

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO DOM CABRAL

Programa de Pós – Graduação em Administração
Mestrado Profissional em Administração

***CLUSTER DE SAÚDE DE CERES (GO): UM RESGATE DO SEU PROCESSO
DE FORMAÇÃO E EXPANSÃO.***

Flávio Manoel Coelho Borges Cardoso

BELO HORIZONTE

2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Flávio Manoel Coelho Borges Cardoso

**CLUSTER DE SAÚDE DE CERES - GO: UM RESGATE DO SEU PROCESSO
DE FORMAÇÃO E EXPANSÃO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais / Fundação Dom Cabral, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dra. Liliane de Oliveira Guimarães

BELO HORIZONTE

2005

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Cardoso, Flávio Manoel Coelho Borges
C268c Cluster de saúde de CERES (GO) : um resgate do seu
processo de formação e expansão / Flávio Manoel Coelho Borges
Cardoso. – Belo Horizonte, 2005.

200f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liliane de Oliveira Guimarães.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade
Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em
Administração.

Bibliografia.

1. Administração de empresas - Goiás. 2.
Conglomerados (Empresas). 3. Concentração industrial. 4. Redes de
relações sociais. 5. Organizações de manutenção de saúde. I.
Guimarães, Liliane de Oliveira. II. Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Administração. III.
Título.

CDU: 658(817.3)

A minha família pela paciência,
apoio, compreensão e carinho
durante esses anos no mestrado.
Que um dia possa recompensá-los
pelas minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível devido ao apoio e participação de algumas pessoas no processo de sua elaboração. Assim, expresso todos os meus sinceros e efusivos agradecimentos ...

À minha orientadora Prof^a. Dra. Liliane de Oliveira Guimarães, em especial, pela sua dedicação, compreensão, motivação e apoio, que superou todas as minhas expectativas na relação entre orientador e orientando.

Ao prof. Dr. Sérgio Rezende, pela sua colaboração e apoio.

A todos os professores do mestrado da PUCMINAS / FDC, pela qualidade do curso, nas pessoas dos Profs. Drs. Roberto Duarte e Dalton Jorge, pelas palavras de apoio e incentivo.

A todos os funcionários da PUCMINAS, na pessoa de Luciene S. Silveira, pela dedicação e eficiência no atendimento aos mestrandos.

A todos os colegas da terceira turma do mestrado da PUCMINAS / FDC, pelos bons momentos juntos. Em especial, a Luis Renato, Maria Amália e Jorge, pela grande amizade e por tudo que fizeram por nós.

Aos colegas Anderson R. Valverde e Marcelo F. Tete, pela grande amizade, companheirismo e pelos momentos inesquecíveis durante o período do mestrado.

Aos médicos entrevistados, na pessoa do pioneiro Dr. Jair Dinoah de Araújo, pela disponibilidade, interesse e atenção por esta pesquisa.

À Escola Agrotécnica Federal de Ceres, na pessoa do ex-Diretor Prof. Wanir Pereira Alvin, por me conceder a dispensa para realização do curso.

Ao Centro de Ensino Superior de Rubiataba / Faculdade de Ciências e Educação de Rubiataba, nas pessoas de seus dirigentes, o Bispo Dom Carlos de Oliveira e a Prof^a Zita Pires de Andrade, respectivamente, pelo apoio financeiro dado.

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, pela oportunidade que me foi dada para a realização deste sonho. Hoje, me sinto parte dessa bela instituição.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

Faça sempre estas perguntas a si próprio: aonde você quer chegar? Qual é a pedra no seu caminho? Do que você precisa para atingir os seus objetivos?

Mahatma Ghandi

RESUMO

A presença de muitas organizações do setor de saúde na cidade de Ceres , um município com aproximadamente 19.000 habitantes, localizado no centro-norte de Goiás, numa região chamada de Vale do São Patrício, nos despertou o interesse em pesquisar quais fatores favoreceram a origem e a expansão do referido setor. Para tanto, realizamos um estudo de caso utilizando como instrumentos de coleta de dados o levantamento bibliográfico e documental, a observação e entrevistas. O primeiro passo foi caracterizar essa concentração de empresa de um mesmo setor como um *cluster*, por meio do método do Quociente Locacional - LQ - e do *Sistema Diamante* de Michael Porter. Os resultados do trabalho comprovam a presença de um *cluster* de serviços de saúde, cuja origem está associada à implantação da Colônia Agrícola Nacional de Goiás - CANG - pelo governo federal e a fatores como demanda por serviços de saúde , localização , infra-estrutura, construção do Hospital da Colônia e papel pioneiro dos médicos Dr. Jair e Dr. Domingos. A expansão do referido *cluster* pode ser explicada por fatores como demanda por serviços de saúde, presença de mão-de-obra especializada e favorecida, principalmente, pela existência de redes de relacionamentos - vínculos sociais, profissionais e familiares - que contribuíram de diversas maneiras para que as organizações de saúde de Ceres se multiplicassem.

PALAVRAS-CHAVE : *cluster* de saúde de Ceres, aglomerado de empresas, redes sociais.

ABSTRACT

The presence of many health organizations in Ceres - a 19.000 inhabitants city located in the north center of Goiás, in a region known as São Patricio Valley – aroused our interest to research which factors have enabled both the formation of this sector and its growth. Thus, we conducted a single and incorporate qualitative case research - once it involves more than one unit of analysis - focusing several subunits. Bibliographic and documental surveys as well as observations and interviews were utilized as our data collection instruments. The first step was to characterize this organizations concentration as a cluster by means of both the Locational Quotient - LQ - method and Michael Porter's Diamond System. The results of our analysis suggest the existence of a health services cluster which stems from the implantation of the Goiás National Agricultural Colony – GNAC - by the federal government as well as several other factors like health services demand, location, infrastructure, the construction of the Colony Hospital and the explorer role of two doctors: Dr. Jair and Dr. Domingos. The cluster expansion factors identified in our research were the health services demand, skilled labor, spin-offs, spillovers and mainly the relationships networks formed through social, professional and familiar bonds.

KEYWORDS: cluster, companies agglomerate, social networks, GNAC and Ceres.

LISTA DE FIGURAS

Nº	TÍTULO	Pg.
01	AS FASES DE UM <i>CLUSTER</i> E A SUAS ESTRUTURAS	27
02	MAPA DE ORIENTAÇÃO CONCEITUAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DAS REDES	55
03	RELAÇÃO DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS	77
04	FASES DAS ENTREVISTAS ATÉ DESCRIÇÃO DO CASO	82
05	ILUSTRAÇÃO O CARATER VISIONÁRIO DE BERNARDO SAYÃO	93
06	ORIGEM DOS HOSPITAIS DE CERES - GOIÁS	112
07	ESPECIALIDADES MÉDICAS PRESENTES NO SETOR DE SAÚDE DE CERES	115
08	MAPA COM REGIÕES DE SAÚDE	119
09	SISTEMA DIAMANTE	128
10	ESTRUTURA DO <i>CLUSTER</i> DE SAÚDE DE CERES	133
11	GRÁFICO MOSTRANDO A ORIGEM DOS MÉDICOS DE CERES	160
12	PRINCIPAIS ELEMENTOS RESPONSÁVEIS PELA FORMAÇÃO E EXPANSÃO DO <i>CLUSTER</i> DE SAÚDE DE CERES.	168

LISTA DE TABELAS

Nº	TÍTULO	Pg.
01	ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR DE SAÚDE DE CERES	113
02	ESTRUTURA HUMANA / PROFISSIONAL DO SETOR DE SAÚDE DE CERES	114
03	ÍNDICE DA QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO SETOR MÉDICO / HOSPITALAR POR 1.000 HABITANTE NO ANO DE 2002	117
04	INDICADORES DE SAÚDE DE ACORDO COM O SUS	120
05	FATORES QUE INFLUENCIAM NA FORMAÇÃO DE UM <i>CLUSTER</i> / AGLOMERAÇÕES DE EMPRESAS E OS FATORES ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS COM OS MÉDICOS.	139
06	FATORES QUE INFLUENCIAM NA EXPANSÃO DE UM <i>CLUSTER</i> / AGLOMERAÇÕES DE EMPRESAS E OS FATORES ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS COM OS MÉDICOS.	143
07	FATORES QUE FAVORECERAM AS REDES DE RELACIONAMENTOS EM UM <i>CLUSTER</i> / AGLOMERAÇÕES DE EMPRESAS E OS FATORES ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS COM OS MÉDICOS.	155

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LQ	Resumo
CANG.....	Resumo
EURADA.....	p.25
PME.....	p.32
CDC.....	p.83
SUS.....	p.83
IBGE.....	p.84
NOVACAP.....	p.92
HEG.....	p.94
APAE.....	p.99
UFG.....	p.106
CEMICE.....	p.108
UFBA.....	p.109
IMEC.....	p.109
DATASUS.....	p.121
OMC.....	p.121
IDE.....	p.129
IDS.....	p.129
IDH.....	p.129
SENAC.....	p.131
INAMPS.....	p.152

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Problema de pesquisa e justificativa.....	12
1.2	Objetivos.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	Cluster de organizações.....	17
2.1.1	<i>Definições de cluster.....</i>	<i>21</i>
2.1.2	<i>Estágios no desenvolvimento do cluster.....</i>	<i>25</i>
2.1.3	<i>Vantagens e desvantagens dos clusters.....</i>	<i>28</i>
2.1.4	<i>Papel do governo e das associações na concentração de organizações especializadas.....</i>	<i>35</i>
2.1.5	<i>Fator localização na formação e desenvolvimento dos clusters.....</i>	<i>37</i>
2.1.6	<i>A “Terceira Itália”: um caso clássico de desenvolvimento por meio de cluster de pequenas empresas.....</i>	<i>38</i>
2.1.7	<i>O Vale dos Sinos: um caso clássico brasileiro.....</i>	<i>46</i>
2.2	Redes de relacionamentos.....	49
2.2.1	<i>Redes: noções e tipologia.....</i>	<i>49</i>
2.2.2	<i>Redes sociais.....</i>	<i>56</i>
2.2.2.1	<u>Vínculos sociais e os relacionamentos interpessoais.....</u>	<u>62</u>
2.2.2.2	<u>A família e as redes sociais.....</u>	<u>65</u>
3.	METODOLOGIA DE PESQUISA.....	69
3.1	O cluster de saúde de Ceres.....	70
3.2	Método de pesquisa.....	71
3.3	Coleta de dados.....	74
3.4	Análise dos dados.....	82
4	DESCRIÇÃO DO CASO	87
4.1	Histórico de Ceres : a colônia agrícola nacional de Goiás como origem ...	87
4.2	Bernardo Sayão – “ O Bandeirante”.....	91
4.3	História da rede hospitalar de Ceres.....	95
4.3.1	<i>Origem do aglomerado de empresas de saúde em Ceres(GO):</i>	

<i>os hospitais pioneiros</i>	95
4.3.2 <i>A expansão do aglomerado de empresas de saúde em Ceres-GO: a multiplicação dos hospitais privados</i>	103
4.4 Estrutura de saúde de Ceres.....	114
4.5 Identificação e mapeamento do cluster de saúde de Ceres (GO).....	123
4.5.1 <i>Identificação do cluster de saúde de Ceres (GO)</i>	123
4.5.2 <i>Mapeamento do cluster</i>	128
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	138
5.1 Principais elementos na formação e expansão do cluster de saúde de Ceres (GO).....	138
5.1.1 <i>A formação</i>	138
5.1.2 <i>A expansão</i>	143
5.1.3 <i>Aspectos da rede de relacionamentos que influenciaram a expansão do cluster de saúde de Ceres</i>	155
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
6.1 Resultados da pesquisa.....	163
6.2 Contribuições e limitações desta pesquisa.....	170
6.3 Sugestões para futuras pesquisas.....	171
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172
ANEXO E APÊNDICES	183

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problema de pesquisa e justificativa

Este trabalho discute os elementos que favoreceram a formação e expansão do aglomerado de organizações de saúde – principalmente hospitais e clínicas – no município de Ceres, Goiás. Este município, localizado no chamado *Vale do São Patrício*, no centro-norte goiano, foi fundado em 1953, mas tem sua origem na determinação do governo federal de se criar uma colônia agrícola na região — Colônia Agrícola Nacional de Goiás – CANG - com o objetivo principal de ocupar o espaço oeste do País, até então pouco povoado ou praticamente vazio. Como estratégia para efetivação da *Marcha para o Oeste*, o governo resolveu implantar colônias agrícolas para atrair as pessoas do litoral para o interior. A expectativa era chamar agricultores do Brasil inteiro para ocuparem espaços no interior do País e iniciar uma agricultura moderna.

Atualmente, Ceres tem aproximadamente 19.000 habitantes, mas, a despeito da pequena população, Ceres é reconhecida como uma cidade-pólo no que se refere à prestação de serviços de saúde. São 10 hospitais, 307 leitos e 65 profissionais médicos, o que apresenta um índice de 3,39 médicos por 1.000 habitantes, quando a média do município de São Paulo é 2,53 e, no País, é de 2,08 médicos por 1.000 habitantes (DATASUS, 2004). Além disso, conta com muitas clínicas, farmácias, laboratórios e outras organizações do setor de saúde.

Nossa pesquisa pretendeu resgatar o histórico do processo de concentração de organizações de saúde, tentando identificar os fatores que agiram de maneira propulsora. Utilizamos, como referência, a literatura que discute a formação de *clusters*, mas diferentemente dos estudos tradicionais que privilegiam o estudo de

concentrações de empresas industriais (MARSHALL, 1985; BRUSCO 1992a, 1992b, 1999; PIKE e SEGENBERGER, 1992), nossa pesquisa analisou um aglomerado de organizações prestadoras de serviços no setor de saúde.

Segundo Porter (1999), para se caracterizar um *cluster*, não basta a existência próxima de várias empresas de um mesmo setor, pois somente isto não assegura a existência de elos entre as partes e a utilização dos benefícios decorrentes da proximidade geográfica. Mas, para Porter (1999), o conhecimento da situação de um aglomerado proporciona importantes *insights* sobre o potencial produtivo da economia local e das limitações ao seu desenvolvimento.

Neste trabalho, analisamos a formação e expansão do *cluster* de saúde de Ceres sob duas perspectivas. A primeira considera, para análise, a existência dos chamados fatores econômicos, em que se destacam demanda, infra-estrutura, presença de mão-de-obra especializada, políticas de governo, convite de empresários a profissionais especializados, e dependência da trajetória (*path dependence*) como principais fatores propulsores da origem e expansão de um *cluster* (MARSHALL, 1985; BEST, 1990; BRUSCO 1992a, 1999; PIKE e SEGENBERGER, 1992; SUZIGAN, 2001). A segunda prioriza a existência de fatores de caráter sociológico, em que destacam-se as redes sociais, os vínculos profissionais e familiares, a confiança, valores, regras e tradições como fatores também responsáveis pela expansão de um aglomerado (SCHMITZ, 1997, 1998, 2000; NADVI, 1995, 1999; LORENZEN e FOSS, 2003). Esses elementos, considerados facilitadores do processo de concentração de empresas são contemplados na literatura sobre *clusters* e foram apresentados no referencial teórico deste trabalho.

Para que pudéssemos compreender o processo de concentração de empresas, evidente na cidade de Ceres – Goiás, fez-se necessário, inicialmente, desvendar a sua origem e, também, sua trajetória de crescimento. Para tanto, estabelecemos, como pergunta de pesquisa, o seguinte questionamento: quais foram os fatores

propulsores da origem e expansão do *cluster* de organizações de saúde de Ceres – Goiás?

Justificamos nosso trabalho a partir de dois elementos. O primeiro, de ordem pessoal, está relacionado à constatação de um grande número de organizações de saúde na cidade onde fixamos residência, mas desconhecíamos, contudo, as razões que favoreceram a expansão deste aglomerado bem como os motivos que geraram sua criação.

Uma segunda justificativa está associada à capacidade que o setor tem de alavancar o desenvolvimento econômico e projetar a região, uma vez que a presença destas organizações trouxe benefícios como a geração de empregos, renda, bem-estar social e mais recursos financeiros entre outros. Além das empresas do setor de saúde, organizações de setores correlatos foram atraídas ou formadas para darem apoio ao *cluster* como hotelaria, instituições de ensino, supermercados e outras atividades comerciais. Como consequência desse *cluster*, a região atraiu muitos profissionais especializados na área de saúde, como médicos, odontólogos, biomédicos, farmacêuticos e mesmo profissionais que não são da área de saúde, mas que perceberam o potencial de crescimento econômico e social da região e optaram por ali fixar residência. Neste sentido, consideramos relevante identificar e analisar os fatores que contribuíram para que uma região até pouco tempo desconhecida e desabitada se tornasse referência em prestação de serviços de saúde no país.

Assim, a expectativa é que este trabalho possa contribuir para resgatar e divulgar o histórico e a trajetória do processo de formação da concentração de organizações de saúde em Ceres, dando oportunidade, aos interessados pelo tema, sejam estudiosos, professores ou agentes do poder público, de conhecerem os elementos que contribuíram para o desenvolvimento do setor na região, o que, sem sombra de dúvidas, foram determinantes para facilitar o desbravamento e o crescimento demográfico da região Centro Oeste com a ampliação das cidades, das atividades econômicas e da própria projeção, no âmbito nacional, da região.

1.2 Objetivos

Para conseguir elucidar nossa indagação, estipulamos objetivos geral e específicos. Como objetivo geral deste trabalho, estabelecemos: identificar e analisar os fatores que levaram à formação e expansão do *cluster* de organizações de saúde no município de Ceres (GO), notadamente o papel dos vínculos sociais no processo.

Como objetivos específicos, estipulamos, primeiramente: analisar os fatores históricos que estimularam a implantação de organizações de saúde em Ceres (GO). Com tal objetivo, pretendemos buscar na origem da - Colônia Agrícola Nacional de Goiás - CANG - e do município de Ceres, os fatores que permitiram o surgimento do aglomerado de saúde, além dos atores envolvidos nesse processo.

O segundo objetivo específico - identificar e analisar os fatores que permitiram a trajetória de expansão desse *cluster*, buscou levantar os fatores propulsores do crescimento do aglomerado e os principais atores nela envolvidos.

O terceiro e último objetivo definido para o trabalho foi identificar e analisar a importância das alianças ou relações sociais existentes entre os atores que influenciaram na formação e expansão desse *cluster*.

Para atender os objetivos desta pesquisa, estruturamos o trabalho conforme descrevemos a seguir. No capítulo seguinte, apresentamos o referencial teórico, relativamente ao tema *cluster* de organizações, discutindo definições, estágios de desenvolvimento, vantagens e desvantagens, papel do governo e das associações de classe, fatores locacionais, e ilustrando com dois estudos de casos clássicos sobre o assunto – Terceira Itália e Vale do Sinos. Em função de sua importância para a compreensão dos processos de formação de concentração de empresas, outro assunto discutido em nosso referencial foi o papel das redes de relacionamentos. Nessa parte, discutimos o papel dos vínculos sociais,

profissionais e familiares entre as pessoas como elementos no estabelecimento de relações de cooperação fundamentais para permitir a expansão do *cluster*.

No terceiro capítulo, apresentamos a metodologia empregada nesta pesquisa. Descrevemos os motivos da escolha pelo método qualitativo, do estudo de caso único incorporado e de todo o processo de seleção, levantamento e análise dos dados coletados para tal fim.

No quarto capítulo, descrevemos em detalhes o caso em estudo, desde a origem da CANG até a fundação do último hospital em Ceres e, no capítulo seguinte, procedemos à análise do caso descrito.

Finalmente, no último capítulo, apresentamos as conclusões desta pesquisa. Também nossas sugestões para futuros trabalhos que possam contribuir para a evolução do tema em questão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, iremos apresentar a literatura que discute a formação e expansão de aglomerados, apontando os elementos identificados como principais propulsores do processo de concentração de organizações, bem como as vantagens e desvantagens dessa configuração. Na literatura sobre *cluster*, os vínculos sociais e as redes de relacionamentos têm sido apontados como um dos elementos que favorecem a formação e expansão dos *clusters*. No caso específico das organizações de saúde de Ceres, esses fatores também se mostraram preponderantes, e, por isso, optamos por também discuti-los, de maneira mais detalhada, neste capítulo.

2.1 *Cluster* de organizações

Muitos pesquisadores em administração e economia, como Saxenian (1989); Best (1990); Brusco (1992a, 1999); Pyke e Sengenberger (1992); Pyke, Becattin e Sengenberger (1992); Azais (1992); Schmitz (1997,1998,2000); Nadvi (1995,1999); Lipparini e Lomi (1999); Porter (1999,2002; Haddad (2002), Lorenzen e Foss (2003), Suzigan *et al.*(2004) entre outros, vêm destacando a importância econômica da concentração de organizações, os chamados *Clusters*, aglomerados ou, ainda, distritos industriais. Essa aglomeração espacial econômica formulada por Alfred Marshall, em 1890, originariamente, foi caracterizada a partir dos desdobramentos da análise dos distritos industriais, notadamente, na Inglaterra do século XIX e início do século XX. Posteriormente, as concentrações de empresas passaram a ser vistas como sistemas flexíveis de produção, estruturada ao nível local (Amato Neto,2000). Para que possamos entender melhor a origem dos *clusters*, traçamos um delineamento conceitual a respeito do assunto.

A palavra aglomerado é a tradução para o português do vocábulo em inglês *cluster*. Pelo que podemos perceber, muitos autores como Garcia (2001a, 2001b, 2001c), Amato Neto (2000), Lorenzen e Foss (2003) e outros têm demonstrado dificuldade de definir ou conceituar o termo *cluster*, devido à complexidade do assunto e dos muitos arranjos organizacionais que eles assumem. Podem ser compostos, por exemplo, de uma grande empresa, com pequenas empresas satélites, ou de várias pequenas e médias empresas operando em rede, com relações formais ou informais. Assim, podemos perceber a dificuldade dos pesquisadores do assunto em conseguir um consenso quanto a uma única definição.

Alguns autores brasileiros, como Carvalho (2001), Almeida e Fischmann (2002), Garcia (2001b), Suzigan *et al.* (2004) e alguns estrangeiros, como Pyke e Sengenberger (1992), Schmitz (1997), Nadvi (1999), Hendry et al. (1999) e Porter (1999) se referem ao termo *cluster*, no sentido de aglomerados, aglomerações, arranjos produtivos locais e distritos industriais, sem fazerem distinção conceitual entre eles. Para o escopo deste trabalho, adotaremos esses termos como sinônimos, por entendermos que esses autores utilizam nomenclaturas diferentes tratando do mesmo assunto.

Porter (1999) considera Alfred Marshall um dos pioneiros nos estudos teóricos sobre *cluster*, que abordou, em um dos capítulos do seu livro **Principles of economics**, publicado em 1890, as externalidades das localizações industriais. Marshall (1985), ao analisar as causas que levam à concentração de indústrias especializadas em certas localidades, enumera como as mais significativas:

- ✓ as condições físicas: tais como a natureza do clima, do solo, acesso fácil por terra ou mar;
- ✓ o patrocínio das cortes (governos): um rico contingente de pessoas reunidas favorece a procura por mercadorias de alta qualidade, e isso atrai mão-de-obra especializada;

- ✓ os convites deliberados de dirigentes industriais aos artesãos de outras localidades, que os instalavam em grupos.

Segundo esse autor, esses elementos propulsores estão associados a ideais de vida, entrelaçadas por influências religiosas, políticas e econômicas. Esses fatores inclinados para um ou outro lado em virtude de grandes acontecimentos, ou por meio da influência de indivíduos, podem explicar o surgimento de concentrações, em determinadas localidades, de empresas.

Isto significa que Marshall (1985), ao descrever o processo de implantação de organizações especializadas em determinada região no século XIX, percebe a influência dos mais diversos elementos agindo como propulsores. Esses elementos se referem tanto às condições físicas e naturais da região, como também aos estímulos e incentivos despendidos pelas classes hegemônicas da época.

Da mesma forma, Porter (1999) reconhece que não existe apenas um fator importante para a constituição das primeiras empresas de um aglomerado. Segundo o autor, a explicação reside num conjunto de fatores, como existência de qualificações especializadas, pesquisa universitária, conveniência da localização física, boa infra-estrutura ou, pelo menos, apropriada, e uma demanda local incomum, junto a uma ou mais grandes empresas. Porter (1999) ainda considera a possibilidade da ocorrência da concentração de forma aleatória, sem aparente existência de elemento ou elementos facilitadores.

Para alguns autores, como Garcia (2001a), os eventos aleatórios também são importantes na cadeia de causalidade que conduz à formação da empresa pioneira do *cluster*, via criação de condições vantajosas de demandas ou fatores históricos acidentais. Algumas análises podem indicar que a evolução setorial ocorreu ao acaso, mas esse acaso deve ser considerado num contexto da localidade. O que parece acaso, talvez, seja resultado de circunstâncias locais

pré-existentes, pois, também para este autor, o surgimento dos aglomerados raramente está associado a uma única causa.

Para Barca (2003) e Suzigan et al. (2004), existe uma forte *path dependence* - dependência do caminho - para a formação do aglomerado, como ofertas de governos a agentes privados locais de oportunidade para se agruparem, reunião de conhecimentos e legados de propostas para projetos de interesse geral, sentimento de pertencer a um aglomerado por parte de seus membros, a difusão de redes de negócios que facilitam o estabelecimento de relações informais e a troca de informação privada entre empresas, além de agilidade jurídica no sancionamento de contratos formais. Garcia (2001a) define *path dependence* como sendo o caráter dependente da trajetória dinâmica da empresa, já que, para o autor, a trajetória futura depende das capacitações acumuladas ao longo de processos de aprendizado que se deram no passado.

Já a literatura sobre desenvolvimento regional focaliza, como um elemento importante da formação dos *clusters*, a indução da demanda e da oferta (PORTER, 1999). Esse processo de indução propicia a formação de uma cadeia produtiva, enfatizando o desenvolvimento de organizações que mantenham vínculos comerciais umas com as outras. Assim, a teoria dos aglomerados defende o aproveitamento das concentrações emergentes de empresas, como ponto de partida para o desenvolvimento de setores com elos mais fortes dentro do *cluster*.

Esses elos de ligações têm sido objeto de estudos conforme deixam bem claro Lorenzen e Foss (2003, p. 82), quando destacam que

atenção particular foi dedicada aos problemas de coordenar interações econômicas entre negócios empreendedores - medindo relações de fornecedor verticais a alianças estratégicas horizontais ou ação de coletivo. (Tradução nossa).

Na verdade, constata-se que princípios de gestão mais atuais defendem um enfoque direcionado para a cooperação dentro das organizações, pela formação em rede (*networks*) entre fornecedores – produtores – consumidores e, até, entre empresas concorrentes (COUTINHO e FERRAZ, 1994).

A explicação para isso é dada por Pyke e Sengenberger (1992, p.4) quando afirmam que

uma empresa em um distrito industrial não está só; uma condição de seu sucesso é o sucesso da rede inteira de empresas das quais é uma parte. Um distrito industrial não é simplesmente uma aglomeração essencialmente isolada, de empresas individualmente competitivas que estão localizadas juntas, sem acoplamentos entre elas. (Tradução nossa).

Partindo dessas considerações iniciais, podemos explorar algumas definições encontradas na literatura sobre *cluster* de empresas.

2.1.1 Definições de *cluster*

Autores, como Amato Neto(2000), Silvestre e Dalcol (2003), Balestrim e Vargas (2003) e Siqueira (2003) sempre fazem a consideração de que a definição de *cluster* vai variar e depender muito das diferentes localidades, dos segmentos envolvidos, assim como dos atores envolvidos. O aglomerado pode assumir várias formas sem perder a essência de ser um agrupamento de empresas, de um mesmo setor ou de setores correlatos, envolvidos de forma cooperativa e / ou concorrencial. A maioria dos participantes pode não competir diretamente e estarem ligados a diversos setores desde produção de bens de capital à prestação de serviços, compartilhando necessidades e oportunidades comuns.

Porter (1999, p.211) define os aglomerados de maneira bem esclarecedora como sendo:

um agrupamento geograficamente concentrado de empresas inter-relacionadas e instituições correlatas numa determinada área, vinculadas por elementos comuns e complementares [...] Os aglomerados assumem diversas formas, dependendo de sua profundidade e sofisticação, mas a maioria inclui empresas de produtos ou serviços finais, fornecedores de insumos especializados, componentes, equipamentos e serviços, instituições financeiras e empresas em setores correlatos. Os aglomerados geralmente também incluem empresas em setores a jusante (ou seja, distribuidores ou clientes), fabricantes de produtos complementares, fornecedores de infra-estrutura especializada, instituições governamentais e outras, dedicadas ao treinamento especializado, educação, informação, pesquisa e suporte técnico (como universidades, centros de altos estudos e prestadores de serviços de treinamento vocacional), e agências de normatizações [...] Finalmente, muitos aglomerados incluem associações comerciais e outras entidades associativas do setor privado, que apóiam seus participantes.

De um modo mais simplificado, Amato Neto (2000, p.53) definiu *cluster* como “uma concentração setorial e geográfica de empresas [...] independentemente de seu nicho de atuação, do tipo de produto ou serviço que proporcionam”. Ainda, segundo o mesmo autor, entre as várias características de um *cluster*, a mais importante é o ganho de eficiência coletiva, entendida como vantagem competitiva da ação conjunta.

Para Casarotto Filho e Pires (2001), o aglomerado ou *cluster* desenvolve-se sobre a vocação regional e pode conter empresas produtoras de bens finais, verticalizar-se a jusante – serviços - ou a montante – fornecedores -, além de incluir associações de suporte privadas ou ligadas ao governo. Porém, não significa que um *cluster* necessariamente contenha toda uma cadeia produtiva. Ele pode, ainda, abranger apenas relações de parceria informais, ou seja, relações comerciais sem contratos.

Reforçando a definição dos autores anteriores, para Suffi (2002), *cluster* é uma forma de organização da produção regional que se estrutura a partir da identificação das complementaridades e sinergias entre empresas de um mesmo ramo de atividade, que pode fazer com que coexistam num ambiente de competição e cooperação entre elas.

Já Pyke e Sengenberger (1992, p.2) definem as aglomerações de maneira mais ampla, mostrando a importância do aspecto social e algumas das suas principais características :

os Distritos são sistemas produtivos geograficamente definidos, caracterizados pelo envolvimento de um número grande de empresas em várias fases, e de vários modos, na produção de um produto homogêneo. [...] Uma característica do distrito industrial é que deveria ser concebido como um todo social e econômico. Quer dizer, há uma inter-relação íntima entre as diferentes esferas sociais, políticas e econômicas, e que o funcionamento de um, o econômico, é que determina o funcionamento e organização do outro. O sucesso dos distritos não está só no reino do econômico. Aspectos sociais e institucionais são da mesma maneira tão importantes. [...] Adaptabilidade e inovação são marcas oficiais de uma capacidade comum para satisfazer rapidamente demandas por produtos variáveis que são fortemente dependentes uma força flexível de trabalho e redes produtivas flexíveis.[...] Uma característica significativa é que o motor de sucesso não está na grande integração vertical das corporações, com todos os seus recursos internos, habilidade para colher benefícios de economias de escala, e poder de mercado. Pelo contrário, organização e liderança vêm das pequenas, freqüentemente de propriedades de famílias, negócios ligados por uma articulada divisão de especialização. (Tradução nossa).

Para Porter (1999), existe uma diferença significativa entre aglomerados e agrupamentos tradicionais. Os primeiros estão mais preparados para a competição, indo mais além do que os segundos. Eles captam importantes elos, complementaridades e estão mais abertos a novas tecnologias, qualificação, informações e ao *marketing*. Na visão do autor, essas conexões são fundamentais para a competição, para a produtividade, para acompanhar inovações e possibilitar, inclusive, a formação de novas empresas.

Carvalho (2001) também considera que as chamadas economias de aglomerações têm algumas características que as diferenciam dos modelos tradicionais de agrupamento para desenvolvimento regional, como o estímulo a atividades vocacionadas e a cooperação entre firmas numa mesma cadeia produtiva, o que favorece a troca de conhecimento e informações.

Segundo Porter (1999), os *clusters* podem ser constituídos tanto por empresas de setores tradicionais como de alta tecnologia, de fabricação, como de prestação de

serviços. Os aglomerados progredem bem em países em desenvolvimento e nas economias avançadas. Porém Porter (1999) teme que a falta de profundidade no que concerne à quantidade de ramos de atividades envolvidos e estrutura de relacionamento entre empresas dos *clusters* nas economias emergentes seja um típico obstáculo ao desenvolvimento. Assim, para esse autor, a ampliação e o aprofundamento com sucesso dos *clusters*, são considerados essenciais para o êxito do processo do desenvolvimento econômico.

Ainda, segundo Porter (1999), os *clusters* podem variar em tamanho, amplitude e estágios de desenvolvimento. Alguns podem conter empresas de grande e pequeno portes; outros podem envolver apenas empresas pequenas e médias; alguns giram em torno de universidades, enquanto outros não. Essas diferenças se refletem na estrutura dos setores constitutivos, sendo que os aglomerados mais desenvolvidos apresentam bases de relacionamento mais profundas e especializadas, com um amplo aparato de setores correlatos e instituições de apoio. Na visão do autor, a sinergia proporcionada pela combinação de competências complementares, provendo inovações tecnológicas, vem se convertendo em fator crucial para o aumento da competitividade dos agentes produtivos. Essa sinergia também pode desencadear em aumento do número de empresas no aglomerado, por meio das *spin-offs*. Esta é uma forma de empresa que é estabelecida com a ajuda de uma empresa existente, ou seja, uma empresa que nasce dentro de outra no aglomerado (BEST,1990; DAHLSTRAND,1997; CASTELLS, 1999).

As *spin-offs* acabam produzindo relações de profundidade, que são responsáveis pelo sucesso das organizações, podendo ser do tipo verticais e horizontais na cadeia produtiva, e são desenvolvidas pela cooperação entre seus membros. Neste sentido, Schimtz (2000) considera a proposição cooperação como o mais íntimo e essencial fator para responder prosperamente a crises ou oportunidades.

Para Casarotto Filho e Pires (2001), justamente o nível de profundidade dessas relações verticais e horizontais na cadeia produtiva são os fatores que irão determinar o estágio ou fase em que se encontra o *cluster* numa determinada região.

2.1.2 Estágios no desenvolvimento do *cluster*

Apesar de ser difícil precisar a estrutura e as fases da formação de um aglomerado de empresas, principalmente no que concerne à duração de cada uma, Casarotto e Pires (2001) apresentam uma tipologia, adaptada do *site* do - European Association of Development Agencies - EURADA - com as características dos períodos para formação e consolidação de um *cluster*.

Numa fase inicial, um aglomerado não contém nenhuma forma de relacionamento entre as empresas, apesar de estarem voltadas para um mesmo produto. Na segunda fase, quando o *cluster* começa realmente a se formar, aumenta a concentração de empresas e surgem algumas relações de parcerias, mesmo que elas sejam apenas de caráter comercial, por meio de vínculos do tipo *arm's length*. Segundo Uzzi (1997), vínculos de *arm's length* são aqueles meramente comerciais, cujos atores são movidos por interesses próprios de compra e venda de produtos ou serviços, podendo mudar para novos compradores ou vendedores para tirar proveito de novos concorrentes ou para evitar dependência. As relações contratuais do tipo *arm's length* são baseadas em preço e com baixa confiança entre fornecedores e compradores (WHITLEY et al. , 1996).

Na terceira fase de um *cluster* em desenvolvimento, aumenta a concentração de empresas do setor e começam a surgir relações mais estreitas, surgindo as redes verticais de produção, em que cada empresa elabora parte de um produto, ou seja, a produção de um determinado bem é dividida entre mais de uma empresa.

Na quarta fase, *cluster* estruturado ou complexo, as redes são formadas tanto em nível vertical quanto horizontal, cujos concorrentes podem trocar informações, o que gera um aprendizado para ambos. Nessa fase, é forte a presença das entidades de apoio, como: instituições de ensino - faculdade ou universidade -, entidades de classe - associações representativas -, apoio dos governos - municipal, estadual ou federal - e empresas prestadoras de serviços (consultorias, financeiras e etc) (CASAROTTO FILHO E PIRES, 2001).

A figura 1 demonstra as fases de um aglomerado e a estrutura que caracteriza cada uma dessas fases.

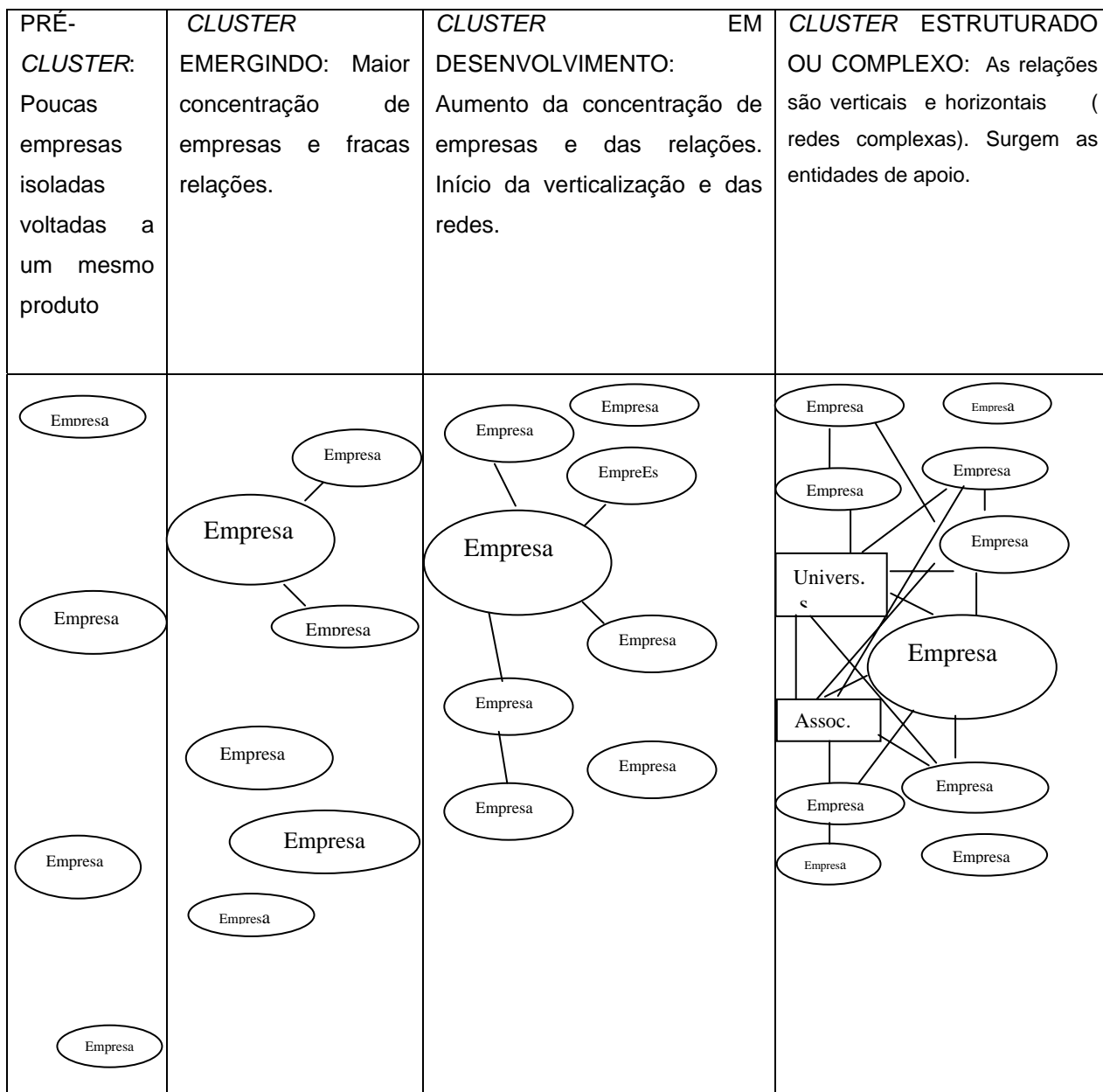


Figura 1 - As fases de um *cluster* e as suas estruturas

Fonte - site do Eurada (2003), adaptado pelo autor da dissertação.

Porter (1999) tem uma visão diferente quanto à identificação das fases constituintes de um *cluster*. Para o autor, a formação de um *cluster* é geralmente consequência da ação de uma grande empresa, com várias pequenas e médias empresas satélites em volta ou uma concentração de empresas semelhantes. Em seguida, analisa-se o quanto e em que sentido são formadas a cadeia de

empresas e as instituições em torno da grande empresa catalisadora. Assim, podem-se reconhecer quais outros setores estão envolvidos além daquele de empresas semelhantes, que fornecem produtos ou serviços complementares. Após a identificação dos setores e empresas do aglomerado, devem-se isolar as instituições que oferecem qualificações especializadas, tecnologias, informações, infra-estrutura e entidades coletivas, e que estão em volta dele. Por último, buscar os órgãos governamentais / reguladores, que exercem influências significativas sobre o *cluster*.

Nesse processo de identificação das fases de um *cluster*, Porter (1999) chama a atenção para a dificuldade de delimitar as fronteiras do aglomerado, pois as mesmas se encontram constantemente em mudança, já que novas empresas e setores vão surgindo, algumas encolhendo ou perdendo força, setores entrando em declínio e, em paralelo, o desenvolvimento e a transformação das instituições locais. A evolução dos mercados e novas tecnologias trazem novos setores, criam novos elos ou alteram mercados atendidos. A dimensão e as fronteiras do aglomerado podem ser responsabilizadas pela alteração nas normas e nos regulamentos por parte do governo.

Para um melhor entendimento do que é um *cluster* e das suas fases, faz-se necessário perceber as suas vantagens e desvantagens, como faremos a seguir.

2.1.3 Vantagens e desvantagens dos *clusters*

A concentração de organizações especializadas em determinado setor apresenta muitas vantagens para as empresas que o constituem, assim como para a região na qual está instalado, como apontam vários autores como Schmitz (1997, 2000), Nadvi (1999), Porter (1999, 2002), Amato Neto (2000), Garcia (2001c) e outros. O fator mão-de-obra qualificada é uma das vantagens. Para muitas empresas juntas

de um mesmo setor, fica mais fácil encontrar profissionais para trabalhar e, por outro lado, a busca por trabalho fica mais fácil quando se tem uma oferta maior de postos de trabalho num só lugar (MARSHALL,1985).

Segundo Porter (1999), os aglomerados favorecem a existência de pessoas especializadas e com experiência, reduzindo, assim, o custo de busca e o recrutamento de pessoal. Além disso, também representa, na visão do autor, uma oportunidade de recolocação para pessoas especializadas desempregadas ou oriundas de outras localidades. Em outras palavras, tanto patrões, quanto empregados especializados, tiram vantagens dos *clusters*, na medida em que a concentração de empresas de um mesmo segmento projeta a localidade, facilitando o acesso de mão-de-obra especializada e, assim, reduzindo o dispêndio por parte do empresariado no esforço de recrutamento de profissionais. Nas palavras de Marshall (1985, p.234), “em todos os estágios do desenvolvimento econômico, exceto nos mais primitivos, uma indústria localizada obtém grande vantagem pelo fato de oferecer um mercado constante para mão-de-obra especializada” .

Outro fator importante de vantagem para as empresas em um aglomerado é que essa concentração atrai fornecedores e clientes, reduzindo, assim, os custos de transação, que podem ser definidos, grosso modo, como gastos associados às transações entre agentes econômicos, tanto em nível de venda quanto de compra. Segundo Porter (2002), os fornecedores que se instalam no *cluster* têm a vantagem de manter estreitas relações com seus clientes, por meio da troca de informações, acesso a novas tecnologias e esforços técnicos entre outros. Por outro lado, também se torna mais fácil para o comprador encontrar o produto que procura, nos padrões desejados.

Acesso a novas informações técnicas, de mercado e sobre outras áreas especializadas, é outra vantagem da aglomeração. Essas informações são consideradas mais confiáveis e de menor custo, permitindo que os participantes aumentem a sua produtividade e ampliem fronteiras (PORTER,1999).

Essas trocas de informações são uma decorrência do que alguns autores, como Castells (1999), Garcia (2001a, 2001c), Lissoni e Pagani(2003), Lorenzen e Foss (2003) e outros chamam de *spillovers*, que são como *transbordamento* de conhecimento e tecnologias que ocorrem nos *clusters* ou nas redes, facilitando a difusão desses conhecimentos e tecnologias, podendo levar ao aprimoramento técnico, melhora da qualidade dos produtos e expansão das empresas.

Nas palavras de Holmén e Jacobsson (1998, p. 1),

é discutido que empresas estão vinculadas não só por transações de mercado mas também por relações em rede que podem dar origem a significantes externalidades positivas na forma de *spillover* de conhecimento. (Tradução nossa).

As empresas correlatas também são atraídas pelas vantagens dos aglomerados. De acordo com Porter (2002), empresas correlatas são aquelas nas quais se pode coordenar ou compartilhar atividades na cadeia de valor ou que envolvem produtos complementares. O estabelecimento dessas ligações é facilitado se as atividades essenciais e a sede administrativa das empresas estiverem próximas. A presença das empresas correlatas contribui para agregar valor ao que é produzido no *cluster* e a reduzir custos, pois os aglomerados mais desenvolvidos são constituídos não apenas de um setor, mas de vários setores correlatos.

No setor de saúde, por exemplo, não basta apenas o serviço prestado pelos hospitais, mas o paciente também vai precisar comprar remédios na farmácia, fazer exames nos laboratórios de patologia ou fazer tomografias, ultra-sonografias, radiografias nas clínicas de imagem. Além dessas atividades ligadas diretamente à questão médica, os acompanhantes dos pacientes precisam ficar hospedados em hotéis, fazer pequenas compras em supermercados ou até adquirir roupas em lojas de confecções.

Ainda, no caso específico do setor de saúde, Siqueira (2003, p.183) define bem a importância da participação das instituições de apoio e do governo no financiamento das empresas participantes,

O sistema de saúde é financiado basicamente pelo pagamento de particulares por serviços prestados, pelas empresas de seguro e assistência médica, pelas administradoras de planos de saúde e pelas instituições de previdência das empresas públicas. A rede pública atende basicamente aos assistidos pelo Serviço Único de Saúde (SUS). Em relação à implantação das unidades médicas, os investimentos são realizados com recursos próprios e com o apoio de instituições de desenvolvimento como o BNDES.

Outra vantagem significativa apontada por autores é a melhora da qualidade dos produtos e serviços, devido à competição entre empresas do aglomerado. A rivalidade entre os competidores exerce um efeito estimulante, fazendo com que busquem melhorar cada vez mais, por uma questão de sobrevivência, por orgulho, ou desejo de prestígio.

As empresas concentradas em determinadas localidades têm seu trabalho de avaliação facilitado, principalmente, quanto ao desenvolvimento de instrumentos de mensuração de desempenho das suas atividades, pois existem muitas empresas com funções semelhantes. Os gestores das empresas envolvidas direta ou indiretamente dispõem de maiores oportunidades para comparar dados e informações sobre custos, transações financeiras e desempenho de funcionários etc. (PORTER, 1999).

Uma outra grande vantagem dos *clusters*, apontada pela literatura, é a possibilidade de aprendizagem decorrente da proximidade e do relacionamento entre empresas. A comunicação periódica e os freqüentes contatos entre os atores são oportunidades para aprendizagem de novas tecnologias, tanto em nível de equipamentos, quanto de atividades operacionais e administrativas, que tendem a se tornar mais disponíveis a todos os participantes. Por outro lado, essas interações também contribuem para a redução nos custos de transação,

porque fomentam a confiança, a comunicação aberta e reduzem o custo de rompimento e reformulação dos relacionamentos de mercado (PORTER, 1999).

Alguns autores como Best (1990), Cândido e Abreu (2000), Santa Rita e Braga (2003) e Garcia (2001a, 2001b) entre outros apontam as vantagens da participação das PME's nos aglomerados. Para esses autores, as PME's estão se conscientizando de que, *clusterizadas*, podem ficar mais competitivas, uma vez que podem ter seus custos de produção reduzidos, se houver um compartilhamento na oferta de componentes ou execução de etapas do processo produtivo.

Nos aglomerados, o acesso aos equipamentos e às matérias-primas se torna relativamente mais fácil, uma vez que representantes dos fornecedores, ou eles próprios, passam a ter interesse em se fazerem presentes no *cluster*. Essa é considerada uma das externalidades positivas do *cluster* (PORTER,1999).

Segundo Almeida e Fischmann (2002), imaginava-se que, no jogo dos negócios, enquanto um ganha, o outro perde. Porém, devido à complexidade que afeta as decisões estratégicas, a teoria dos jogos veio nos mostrar que o objetivo do jogo não é derrotar o adversário, mas alcançar resultados melhores do que os dele. Essa nova perspectiva na arena da concorrência abriu espaço para a possibilidade de ações cooperativas entre concorrentes.

Nesse sentido, os aglomerados representam uma combinação entre competição e cooperação. A competição vigorosa se trava na disputa por clientes, tanto pela sua conquista, quanto pela sua manutenção. A cooperação se desenvolve de diversas formas, envolvendo setores correlatos, concorrentes diretos e instituições de apoio. A competição e a cooperação coexistem porque ocorrem em dimensões e entre participantes diferentes, contribuindo para o êxito de todos os envolvidos(PORTER, 1999).

Para Hamel e Prahalad (1999), a competição deve ser vista como uma busca pela criação de competências. Visto por esse ângulo, a competição não deve ser encarada como algo que leva à destruição, mas como um estímulo ao desenvolvimento das empresas.

Porter (1999) complementa a perspectiva de Hamel e Prahalad (1999) afirmando que os aglomerados influenciam a competição de forma positiva por meio de três de maneiras: primeiro pelo aumento da produtividade das empresas; segundo, pela elevação da capacidade inovativa e, por último, pelo estímulo ao surgimento de novas empresas, que levam ao crescimento do *cluster*. Muitas de suas vantagens são decorrentes de economias externas às empresas ou de outros efeitos decorrentes do setor.

Na visão de Porter (1999,p.226), “cada uma de suas três grandes influências na competição dependem, até certo ponto, dos relacionamentos pessoais, da comunicação face a face e da interação entre as redes de indivíduos e as instituições.” Embora a existência do aglomerado possa facilitar o desenvolvimento da interação entre atores, além de aumentar a sua eficácia, por outro lado, os relacionamentos podem facilitar a formação dos aglomerados e de ganhos de eficiência coletiva.

Nessa mesma perspectiva, Mateus (2000) afirma que os *clusters* favorecem a eficiência coletiva, pois a proximidade geográfica facilita e encoraja a especialização, a cooperação e a troca de informações e conhecimentos entre as empresas. Os agentes empresariais e institucionais locais / regionais se mobilizam de forma intensa e coletiva, buscando transformar suas próprias condições socio-econômicas, de modo a beneficiar todo o conjunto.

Garcia (2001c, p.3) define de maneira bem clara o que seja eficiência coletiva.

A eficiência coletiva é definida como as vantagens competitivas, apropriadas coletivamente pelos agentes participantes do processo, advindas da concentração geográfica e setorial das firmas. A eficiência

coletiva é, portanto, resultado das externalidades positivas incidentais verificadas nos sistemas produtivos locais e do maior escopo para a ação conjunta dos agentes locais, dado que a proximidade permite e estimula o estabelecimento de relações de confiança entre eles.

Por outro lado, as desvantagens mais significativas dos aglomerados estão associados à especialização das atividades e ao mercado de trabalho. A concentração pode limitar muito o emprego de mão-de-obra a uma única classe, gerando problemas ao restante dos membros da família do profissional, caso não sejam da mesma especialização. Essa situação pode causar uma exigência por altos salários, como forma de compensar a redução da renda familiar. A solução, segundo Marshall (1985), seria a instalação de empresas de caráter supletivo, como associar siderúrgicas com indústrias têxteis, para que possa gerar trabalho para o restante da família (esposa e filhos). Essa suplementação contribui, na visão desse autor, para o crescimento e complexidade dos aglomerados, transformando uma fraqueza em força.

Outra desvantagem apontada por Marshall (1985) também decorre da especialização da indústria. Nos momentos de crise, falta de matéria-prima ou baixa procura pelo único produto do *cluster*, toda a região pode ficar prejudicada pela recessão. Quando existem outros setores operando, pode haver uma compensação e apenas uma retração econômica na região.

O que podemos perceber é o predomínio absoluto das vantagens sobre as desvantagens na formação de aglomerações de empresas. Isso estimula o governo a favorecer ou até incentivar a formação das aglomerações, pois os mesmos acabam contribuindo muito para facilitar a ação do governo no desenvolvimento do País, por meio da geração de empregos, aumento de renda, bem-estar social e desenvolvimento de determinadas regiões.

2.1.4 **Papel do governo e das associações na concentração de organizações especializadas**

Alguns autores como Barca (2003), Garcia (2001a, 2001b), Porter(1999), apesar de saberem que o mercado é o melhor instrumento para alocação de recursos, reconhecem nele algumas falhas que devem ser corrigidas por políticas governamentais.

O governo pode contribuir para a expansão e desenvolvimento de um *cluster*, com investimento em instituições especializadas, programas educacionais, promoção de feiras comerciais, *marketing* e outros. Assim sendo, o governo pode ter um papel fundamental, por meio de criação de escolas e universidades públicas que atendam ao aglomerado; simplificando a legislação que regulamenta as atividades empresariais locais; coletando e compilando informações sobre o mesmo.

De acordo com Barca (2003, p.306), existem duas visões opostas em relação aos incentivos públicos para fomento das aglomerações, conforme ele destaca muito bem, chamando a primeira de *visão antiga*,

[...] política econômica de inventar incentivos dirigidos a áreas atrasadas que podem compensar por qualquer diferencial de lucro que eles acumularam relativo a áreas com aglomerações. A idéia é usar incentivos para criar “aglomerações artificiais”, enquanto confiando no fato de que aglomerações, uma vez em movimento, podem ficar auto-sustentáveis graças às externalidades que elas desenvolvem, de forma que os incentivos podem ser removidos. (Tradução nossa).

Segundo o mesmo autor, os incentivos para apoiar a multiplicação de organizações em determinadas localidades não devem fazer o papel de compensar fracassos do mercado, mas financiar mercados lucrativos, porém, como qualquer negócio, incerto. Não deve exercer o papel de coordenar empresas, mas de investir em uma determinada área para produzir novas externalidades de aglomeração.

Desse pressuposto, surgiu a segunda visão de Barca (2003, p.307) em relação aos incentivos públicos, que ele denominou de *visão alternativa*,

Para o sucesso da aglomeração, é também extremamente pertinente se suas empresas agruparem os seus conhecimentos para averiguarem as necessidades da área por infra-estrutura e investimentos público não materiais (em treinamento, pesquisa e redes) e desenvolverem projetos para serem submetidos a governos locais. Para introdução da especialização, agrupando empregos, *spillover* tecnológico e agrupando conhecimento, é necessário existir a “proximidade econômica”. Proximidade física certamente ajuda a proximidade econômica, mas necessariamente não exige isto. (Tradução nossa).

Assim como os governos, diferentes organizações são capazes de influenciar, de forma independente, os aglomerados. As organizações pioneiras têm seu papel e são as maiores beneficiárias; as entidades de classe; as instituições governamentais; os consórcios; as associações comerciais e outros órgãos coletivos são necessários e apropriados para fomentar a concentração de empresas de determinado setor. As associações comerciais, representando a totalidade ou a maioria dos participantes de um *cluster*, são capazes de obter mais atenção e exercer maior influência do que os membros individualmente. Além disso, é um grande instrumento para reduzir custos, via compartilhamento das operações e informações (PORTER, 1999).

Grande parte das associações comerciais e entidades de classe só conseguem exercer atividades de representação, compilação de estatísticas e relações sociais entre seus membros. Porém, as possibilidades de órgãos representativos de classe obterem benefícios e apoio às suas demandas são muito maiores, porque traduzem de maneira única a necessidade dos participantes e representam um elo entre os componentes do aglomerado. Na verdade, as associações e entidades são como um foro neutro para se identificar necessidades, limitações e oportunidades comuns. Elas são responsáveis também por organizações de feiras, congressos, programas de treinamento, gerenciamento de consórcios e coleta de informações sobre o aglomerado. Sendo assim, assumem um papel importante de liderança para o desenvolvimento do *cluster*(PORTER,1999).

2.1.5 Fator localização na formação e desenvolvimento dos *clusters*

Porter (2002), Haddad(2002), dentre outros, consideram um equívoco achar que, com o desenvolvimento de modernas tecnologias de transportes, das comunicações e a redução das barreiras regulatórias entre os países, a localização dos empreendimentos tenha perdido a sua relevância econômica. De uma localidade para outra, alguns fatores específicos podem ser preponderantes para o desenvolvimento do *cluster*, como a disponibilidade de mão-de-obra qualificada / especializada em constante processo de renovação de conhecimento, consumidores com alto nível de preferências e exigências e uma massa crítica de fornecedores de produtos e serviços.

Segundo Porter (2002), os efeitos da concentração de empresas de um mesmo segmento em um espaço geográfico é muito positiva, mesmo que se considere que as diferenças culturais, políticas ou de custos entre as localizações não sejam significantes.

Haddad (2002) pondera, no entanto, que estudos comparativos internacionais indicam que as vantagens comparativas das regiões para atrair investimentos relacionam-se cada vez mais com a disponibilidade de serviços, centro de pesquisas, recursos humanos especializados, ambientes cultural e outros - fatores locacionais não-tradicionais -, do que para disponibilidade de recursos naturais ou mão-de-obra não qualificada abundante - fatores locacionais tradicionais.

Desconsiderar as particularidades locais significa desfigurar aquilo que cada lugar tem de mais precioso, ou seja, sua identidade. Assim, aconselha o autor, cada comunidade local, ao enfrentar as mudanças sociais em curso, deve buscar a sua própria forma de atuar empresarialmente. Nesse sentido, o *cluster*, sendo uma forma de organização regional que se estrutura a partir da identificação das complementaridades e das sinergias entre as empresas de um mesmo ramo de

atividade, pode representar uma estratégia competitiva interessante para a obtenção de vantagens econômicas e projeção da comunidade.

De acordo com Garcia (2001a), baseados principalmente na experiência italiana dos distritos industriais, alguns autores passaram a investigar os fatores locais ou as condições determinantes das vantagens competitivas das estruturas concentradas.

Sem desprezar a importância da localização, a análise das experiências de *clusters* considerados bem-sucedidos, como o *Silicon Valley*, desenvolvido em torno da Universidade de Stanford, na Califórnia, com empresas de alta tecnologia na área de microeletrônica e a *Terceira Itália* localizada na região centro norte da Itália, formada com empresas consideradas tradicionais (têxteis, cerâmica, calçados e outras) demonstram que, geralmente, *clusters* têm surgido espontaneamente e que, à medida que os mesmos evoluem, se fortalecem. É comum, após o período inicial, a criação de instituições responsáveis pela estruturação de mecanismos de suporte e pela definição de diretrizes para o desenvolvimento comum das atividades, contribuindo para a evolução do aglomerado. Iremos relatar, a seguir, o caso da *Terceira Itália*, por se tratar de um caso clássico e formado por empresas consideradas tradicionais.

2.1.6 A TERCEIRA ITÁLIA: um caso clássico de desenvolvimento por meio de *cluster* de pequenas empresas.

Na busca por maior competitividade das empresas, alguns governos utilizam-se de políticas para desenvolverem suas economias, aproveitando-se de algumas particularidades regionais ou nacionais, tais como: cultura, mercados, disponibilidades de recursos e outros.

Segundo Best (1990), a história do crescimento econômico japonês baseou-se na atividade de grandes empresas, que buscavam dominar o mercado doméstico e alcançar competitividade internacional. De forma a permitir a competitividade das grandes empresas japonesas, o governo central estabeleceu políticas industriais que as levaram a obter vantagens competitivas sobre as rivais estrangeiras. Na visão do autor, esse modelo de desenvolvimento também foi seguido pela Coreia, Taiwan, Hong Kong e Singapura.

Entretanto, outros governos não obtiveram sucesso em estimular o desenvolvimento econômico de suas nações. Apesar disso, em certos países, algumas regiões desenvolveram mecanismos próprios capazes de alavancar suas atividades econômicas e conseguiram prosperar, tais como o Vale do Silício na Califórnia, nos Estados Unidos, no ramo da microeletrônica e a Itália, no caso das indústrias no ramo de calçados, têxteis, cerâmica, na chamada *Terceira Itália*.

Um exemplo clássico é o da região conhecida na literatura como *Terceira Itália*, que, sem muita interferência governamental, ficou conhecida como uma das experiências mais bem-sucedidas da Europa na formação de um novo padrão de organização espacial de atividades produtivas. A experiência de desenvolvimento econômico baseada em redes de pequenas empresas é considerada, a partir da *Terceira Itália*, um modelo que gera eficiência pela especialização produtiva de firmas localizadas em uma mesma região geográfica (BEST, 1990; BRUSCO, 1992a, 1992b e PYKE, BECATTIN e SENGENBERGER, 1992).

Best (1990) aponta que o sucesso do rápido crescimento regional da Itália não é decorrente de uma única configuração institucional. A *Terceira Itália*, situada na parte Centro Norte da Itália - distinta da área industrial do norte de Milão, Turin, Gênova e o agrícola sul -, está baseada em grupos de empresas pequenas.

Azais (1992, p.43) descreve de maneira bastante oportuna a configuração econômica da *Terceira Itália*, em comparação com as demais regiões do país.

A literatura sobre os distritos industriais italianos é abundante; ela é produto de economistas e sociólogos que se interessaram pelo desenvolvimento econômico do que foi chamado a “ Terceira Itália”, retomando-se o título do famoso livro de A. Bagnasco (1977), “Três Itálias” (“Tre Italie”). Segundo ele, a Itália dividir-se-ia em três: o Noroeste, lugar da primeira industrialização, caracterizado pela presença de grandes empresas, rico; o Sul, onde convivem grandes e pequenas unidades, nitidamente à margem economicamente em relação ao Norte, apesar dos investimentos pesados feitos pelos poderes públicos que, de fato, pouco contribuíram para limitar o êxodo para as províncias do Norte e o estrangeiro e a Itália do Nordeste e do Centro (Veneto, Trentino, Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Umbria), reino das pequenas empresas, do qual estão praticamente ausentes as grandes. O desenvolvimento destas regiões italianas se fez sobre um sem-número de pequenas unidades de produção que souberam explorar as brechas do mercado e exportar parte de sua produção. Não se beneficiaram com incentivos fiscais, e os enormes investimentos do estado como o Mezzogiorno, mas elas foram o teatro de um grande desenvolvimento industrial, considerado pelos mais otimistas como um “milagre no milagre”.

Best (1990, p.204) também descreve o período de desenvolvimento industrial da Itália e a contribuição das pequenas empresas neste processo.

Entre os 1970s e o meio-1980, a Itália desfrutou a mais rápida taxa de crescimento das quatro grandes economias européias e passando a Inglaterra e a França para se tornar a quarta maior economia capitalista em termos de produção nacional total. Mas o crescimento não era associado com uma troca de pequenas para grandes empresas. Na realidade, parte da produção nacional era produzida por empresas que empregam entre 20 e 100 trabalhadores. (Tradução nossa).

O desenvolvimento italiano baseado em pequenas empresas não ocorreu por acaso. Entre 1963 e 1973, após o *boom* econômico ocorrido entre os anos 55 e 63, a taxa de acumulação de capital diminui, a inflação cresce e os empresários das grandes empresas do norte do país implementaram uma política de reestruturação para garantir aumentos de produção, com menores investimentos. Por outro lado, os sindicatos dos trabalhadores adquirem força, conseguindo aumentos de salários e, em 1970, a adoção do Estatuto dos Direitos do Trabalhador leva em conta uma série de reivindicações dos trabalhadores, o que reforça o peso e a importância política dos sindicatos (AZAIS, 1992).

O Estatuto dos Direitos do Trabalhador teve um efeito perverso. Idealizado para conter as *paixões revolucionárias* e orientá-los para questões de cunho material, acabou por reforçar o poder dos operários sobre as fábricas. Segundo Azais (1992), os empresários reagiram implantando uma operação de desmembramento de suas unidades de produção em estabelecimentos menores, isolados geograficamente e demitindo um grande contingente de trabalhadores qualificados. Os operários acabam se dirigindo às pequenas empresas, juntando-se aos que, nos anos 50, haviam criado seus próprios negócios. Esse movimento, registrado em algumas regiões da Itália, acaba por direcionar o desenvolvimento econômico delas para as pequenas empresas e não mais unicamente baseada nas grandes (AZAIS,1992).

Das 20 regiões da Itália, a Emília-Romagna, cujo centro industrial fica na província de Modena, foi a que teve um crescimento mais rápido e se tornou a região de renda *per capita* mais alta. O seu desenvolvimento econômico se baseou na presença de numerosas pequenas empresas, concentradas numa área restrita (BRUSCO e RIGHI, 1989).

Em 1980, a Emília- Romagna tinha uma população de 3,9 milhões, com uma população economicamente ativa de 1,7 milhões e 325.000 empresas registradas, com uma média de cerca de cinco trabalhadores por empresa. Noventa por cento das empresas industriais empregavam abaixo de 99 pessoas e respondiam por 58% da mão-de-obra total da Itália. Para de ter uma idéia do crescimento industrial da região, basta dizer que, entre 1951 e 1971, 56% dos trabalhadores estava empregada na agricultura caindo para 19% após esse período sendo a parte na indústria aumentada de 25% para 51%. Por volta de 1986, estavam empregados 9% da mão-de-obra na agricultura e 45% na indústria. O desemprego em Modena, em 1987, era aproximadamente 5.5% comparados com a média nacional de 12 % (BEST, 1990).

O número de empresas industriais registradas somente na província de Modena aumentou de 12.500, em 1971, para quase 22.000, em 1981, e o número de

pessoas empregadas, artesãos (artesãos proprietários), e os empregados aumentaram de 100.000 para em torno de 140.000, uma média de 6,4 por empresa. Grandes empresas são raras em Modena: só 14 empregam mais de 500, 119 empregam entre 101 e 500, e 180 empregam entre 51 e 100 (BEST, 1990).

Ainda, com relação ao processo de concentração de indústrias de pequeno porte na região, vale ressaltar que com o fim da Segunda Grande Guerra Mundial, a prefeitura de Modena foi governada pelo Partido Comunista Italiano. Aproximadamente 60% da população economicamente ativa estava empregada na agricultura e 25% com a indústria, sendo que, desses, muitos eram empregados de empresas grandes, como a FIAT tratores. Porém, o poder político da maioria dos grandes proprietários de terras e industriais ficou reduzido com o desaparecimento do fascismo. Foram derrotados os partidos políticos da esquerda ao nível nacional, mas continuaram em nível local, na região chamada de *Terceira Itália* (BEST, 1990).

Na avaliação de Best (1990), dois princípios que guiaram a prática do Partido Comunista Municipal se mostraram importantes para o desenvolvimento regional: o primeiro era distinguir entre capital de monopólio - ou Grande Negócio - e capital de artesão - ou pequeno negócio - dirigido por artesãos; segundo, os municípios governados pelos comunistas buscaram governar por consensos.

Assim, governos locais comunistas invocaram processos democráticos que previamente não tinham existido na Itália ou em países comunistas e estabeleceram aliança com pequenos empresários. Governos comunistas ao nível local, particularmente baseados em noções de aliança com grupos de negócio e de consensos, foram criados com bases populares em oposição ao antifascismo. Em Modena, pelo menos, o Partido Comunista era mais um partido político da comunidade que um partido fundado em princípios doutrinários de teoria política comunista e economias marxista (BEST, 1990).

Best (1990, p.209) destaca bem a importância do Partido Comunista Italiano no desenvolvimento da *Terceira Itália*.

Em localidades governadas pelo Partido Comunista Italiano, a noção de livre-empresa assumiu um significado novo. Em nenhuma parte, o pequeno negócio é mais competentemente assistido pelo governo que pelo Partido Comunista que governou províncias como Modena. (Tradução nossa).

Uma das ações de apoio às pequenas empresas desenvolvidas pelos governos comunistas municipais foi criar uma legislação própria para elas. A diferença entre uma pequena empresa e uma grande empresa é mais fácil de se determinar, porém a distinção entre um artesão e uma empresa industrial não é tão fácil, mas foram feitas tentativas de fazer isso na legislação italiana (BEST, 1990).

Para se enquadrar como uma firma artesanal em 1986, uma empresa não deveria ser de responsabilidade limitada, o dono deveria ter sido um gerente de produção de outra empresa e, pelo menos, um outro sócio da empresa deveria ser da mesma família. Por meio dessa lei, uma empresa de artesãos não podia empregar mais de 18 pessoas, incluindo sócios familiares e excluídos os aprendizes. Além dessas regras, a lei permite para empresas escolher entre registrar como um artesão ou empresa industrial (BEST, 1990).

Na prática, as empresas de artesãos são menores, com uma média de três empregados, e são associados com os partidos comunistas ou socialistas. Empresas classificadas como industriais são maiores, com uma média de 25 empregados, e os seus proprietários tendem a não ser associados aos partidos políticos de esquerda (BEST, 1990).

Empresas desfrutam de certos benefícios registrando-se como artesanais ao invés de uma empresa industrial. Uma empresa artesanal pode aplicar em um fundo do governo nacional para subsidiar dinheiro para financiamentos e não é obrigada a divulgar balanço. Mas a maior vantagem são os serviços que uma associação de artesãos estabelecidos pode oferecer. Esses serviços se estendem

além dos de uma associação de comércio encontrada em outros países. Na realidade, as associações de artesãos são uma mistura de associação de comércio e agência de governo. Essas associações de artesãos tiveram um papel muito importante no desenvolvimento desse modelo italiano de aglomerados, sendo um elo de ligação entre os associados e entre os associados e o governo (BEST, 1990).

Por outro lado, Azais (1992, p.48) destaca o papel da educação no processo de formação e desenvolvimento dos *clusters* da *Terceira Itália*.

Não se pode tampouco esquecer a importância da tradição intelectual e universitária na região que terá um impacto sobre a percepção da formação pelos atores sociais. A Universidade de Bolonha é a mais antiga da Europa. Esta tradição universitária fez com que a burguesia agrícola de Emilia-Romagna sempre se interessasse pelas questões culturais e contribuiu à formação de escolas, permitindo-se assim aos trabalhadores rurais melhor enfrentar as mudanças ocorridas na agricultura (mecanização, associações, sindicatos, diálogos com responsáveis políticos). A valorização da esfera intelectual na região teve um impacto considerável sobre a estruturação das relações sociais locais.

Assim sendo, Azais (1992) destaca a história e a cultura industrial da comunidade local, a concorrência e cooperação entre unidades empresariais, sendo essa última remanescente da solidariedade originada do trabalho agrícola e das relações de reciprocidade formada ao longo do tempo, como um dos fatores mais importantes no sucesso dos aglomerados. Brusco (1992b) também destaca a importância dos trabalhadores artesãos tradicionais e de suas pequenas firmas, no modelo de aglomeração de empresas da *Terceira Itália*.

O modelo foi evoluindo e, desde a década de 80, a divisão da Itália em três tende a não corresponder mais à realidade. Percebe-se uma convergência do tamanho pequeno para médio na dimensão das empresas, medida em número de empregados na região centro norte. Aumentou o número de empresas que têm entre 20 e 100 empregados nessa região. Progressivamente, as diferenças

regionais se diluem, levando a *Terceira Itália* a se fundir com a *Primeira* (AZAIS, 1992).

Em resumo, as principais características do modelo da *Terceira Itália* que alguns autores como Best (1990), Azais (1992), Brusco (1992a, 1992b) e Amato Neto (2000) entre outros apontam para os *clusters* da *Terceira Itália* são:

- ✓ formação de empresas em rede baseada em PME's;
- ✓ surgimento de forma não induzida e sem interferência do governo, mas com apoio do governo local;
- ✓ capacidade inovadora das empresas;
- ✓ especialização flexível da produção, definida como a capacidade que uma empresa tem de modificar a organização dos recursos, de maneira a incentivar a inovação e a adaptação a mudanças no ambiente (Piore e Sabel, 1984);
- ✓ existência de redes de empresas formais, com existência de contratos, ou informais, sem a existência de contratos baseados nas relações de compra e venda e / ou com base nos vínculos sociais;
- ✓ coexistência da cooperação e competição entre empresas e trabalhadores;
- ✓ existência de associações de profissionais que servem de apoio ao aglomerado;
- ✓ sindicatos atuantes;
- ✓ tradição intelectual e universitária da burguesia agrícola da região;
- ✓ redes fortes de relacionamentos sociais.

Além do caso da *Terceira Itália*, existem muitos outros casos clássicos em vários países, como nos Estados Unidos, Japão, México e outros. Porém, merece destaque um caso brasileiro de aglomeração de empresas, na região chamada de Vale dos Sinos.

2.1.7 O vale dos sinos: um caso clássico brasileiro.

No Brasil, existe uma região chamada de Vale dos Sinos, localizada no estado do Rio Grande do Sul, que é uma grande produtora de couros e calçados, e que vem sendo objeto de estudos sobre *cluster*. Muitos pesquisadores, tanto brasileiros como Galvão (2000), Vargas e Alievi (2000), Souza (2001), Garcia (2001a), Setubal (2002) e outros, quanto alguns estrangeiros, como Nadvi (1995) e Schmitz (1998) têm desenvolvido trabalhos sobre o *cluster* da região do Vale dos Sinos.

Segundo Garcia (2001a), o Vale dos Sinos não é uma microrregião geograficamente definida. A aglomeração calçadista do Vale dos Sinos se estende por várias microrregiões, como a de Porto Alegre, Gramado-Canela, Lajeado-Estrela e Montenegro. Segundo o mesmo autor, essas microrregiões são responsáveis por mais de 40% dos empregos do setor no Brasil, sendo a maior produtora de calçados brasileira.

A região do Vale dos Sinos é composta de muitos municípios que, em conjunto, desenvolvem várias atividades ligadas ao setor calçadista, com a presença dos diversos elos da cadeia produtiva, indústrias correlatas e de apoio. Devido à extensão da sua estrutura produtiva e da sua importância para o setor no Brasil, Nadvi (1995) e Schmitz (1998) o consideram um *supercluster*.

O *cluster* do Vale dos Sinos é composto de pequenas, médias e grandes empresas, sendo que as médias e grandes empresas de hoje foram as pequenas

do passado. Essas empresas desenvolvem atividades das mais diversas, como: produção de matéria-prima (couro, borracha, tecidos etc), fabricação de sapatos, indústrias de maquinários, agentes de exportação, prestadores de serviços - design, consultorias, financeiros, logísticos e outros. Além das outras organizações que produzem informação especializada - jornais e revistas – a empresas diretamente relacionadas à indústria calçadista, existem associações de empresários e profissionais, SENAI, SEBRAE entre outras (NADVI, 1995).

Segundo Vargas e Alievi (2000), as origens do *cluster* de calçados do Vale dos Sinos remontam a 1824, com a chegada dos primeiros alemães ao Brasil. Naquela época, a produção de calçados era artesanal e para atender o consumo local. Na cidade de Novo Hamburgo, essa atividade evoluiu rapidamente e, em 1920, já contava com 66 fábricas e 1.180 operários.

Segundo os mesmos autores, na década de 60 do século passado, a indústria de calçados do Rio Grande do Sul já representava quase 33% da produção nacional. Essa trajetória de crescimento teve contribuição de fatores como: ampliação do mercado devido ao adensamento de determinadas localidades, introdução das fábricas de sandálias, implantação das ferrovias na região e a implantação da usina hidroelétrica da Cascata do Herval, em 1927, gerando energia suficiente para a expansão do parque industrial calçadista.

O grande impulso para a consolidação da aglomeração de empresas do setor calçadista do Vale dos Sinos aconteceu na década de 70 até o fim da de 80, com a exportação de calçados para os EUA e Europa. Com a crise do sistema *fordista-taylorista* de produção, os principais produtores mundiais de calçados, EUA, Alemanha, UK e França, passaram a ter problemas com o custo da matéria-prima e da mão-de-obra, além da entrada no mercado de países como o Brasil, Taiwan, Coréia do Sul e Hong Kong (GALVÃO, 2000; VARGAS e ALIEVI, 2000). Além das condições internacionais de demanda favoráveis ao setor, as chamadas *economias de aglomeração*, como a proximidade geográfica, cooperação entre empresas, presença de fornecedores, de indústria de apoio e correlatas,

viabilizaram a trajetória do *cluster*. Foi nessa fase que as pequenas e médias empresas do Vale dos Sinos se tornaram grandes produtoras de sapatos (SCHMITZ, 1998). O crescimento das exportações, por sua própria natureza, levou as prósperas empresas a expandirem sua produção via sistema fordista de produção em massa (NADVI,1995).

A partir do início da década de 90, com o aparecimento de novos concorrentes no mercado, como Índia, Malásia, Tailândia e, principalmente, a China, associada a problemas econômicos brasileiros, ocasionou uma grave crise para o arranjo produtivo do Vale dos Sinos (GALVÃO, 2000; VARGAS e ALIEVI,2000). O chamado *Choque Chinês* causou impactos no sistema de organização das empresas até então participantes no mercado internacional. Esses novos participantes, conseguiram baixar ainda mais os custos de mão-de-obra e matérias-primas. Esse acontecimento requereu mudanças na organização do processo produtivo no Vale dos Sinos (NADVI,1995; SCHMITZ, 1998).

Segundo Galvão (2000), a reorganização produtiva do setor na região primou pela flexibilização do sistema de produção, com maior ênfase na alta qualidade e produção diferenciada. Nesse processo de reorganização industrial, algumas empresas faliram ou descentralizaram suas grandes plantas, transformando-se em fábricas menores. As grandes empresas buscaram reduzir a sua dependência do mercado americano, abrindo novos canais de comercialização com países europeus. Porém, as pequenas e médias empresas conseguiram manter suas exportações para o mercado americano ou, até mesmo, as intensificaram, devido aos seus processos de produção flexível. Para Nadvi (1995), essa fase representa um retorno da predominância das pequenas e médias empresas e a um sistema de produção mais artesanal em certo sentido .

Na avaliação de Vargas e Alieve (2000, p.6), “a predominância natural de uma cultura associativista na região consistiu num elemento importante para a consolidação desse extenso aparato institucional “. A interação e cooperação entre os diferentes atores e segmentos, apesar de ter sido reduzida muito em

relação à década de 70, ainda é um fator de importância fundamental no arranjo produtivo do Vale dos Sinos (SCHMITZ, 1998). Em pesquisa desenvolvida por Vargas e Alieve (2000) com as empresas da região, constatou-se que a maior parte das empresas (63%) reconhecem a existência de acordos informais e as demais (37%) afirmaram contar com relacionamentos via contratos. A evidência da existência das redes de relacionamentos dentro do *cluster*, mesmo que de maneira informal em sua maioria, contribuiu para a consolidação do arranjo produtivo de calçados no Vale dos Sinos (VARGAS e ALIEVE, 2000).

Devido à importância dada pela maioria dos autores com relação às interações ou vínculos de cooperação na formação e desenvolvimento dos *clusters*, decidimos discutir, de maneira mais aprofundada, o assunto. No item seguinte deste trabalho, abordaremos o papel das redes de relacionamentos, que tanto têm sido objeto de estudo de pesquisadores quando em foco a concentração de empresas especializadas.

2.2 Redes de relacionamentos

2.2.1 Redes: noções e tipologia

Os desafios competitivos contemporâneos impõem à gestão empresarial novas políticas organizacionais de melhoria contínua de produtos e processos. Mas, além disso, Coutinho e Ferraz (1994) afirmam que, no atual contexto de competição, as empresas precisam desenvolver um conjunto de características e habilidades voltadas para a cooperação dentro e entre organizações, com a

formação de redes (*networks*) entre fornecedores, produtores, concorrentes e consumidores.

Na verdade, a definição do que sejam redes é muito ampla, podendo designar vários fenômenos distintos entre si, tais como acordos entre países, alianças estratégicas entre organizações, interação entre grupos, conjunto de contatos entre pessoas que acontecem durante a vida (LOPES, 2001).

No entanto, o estudo e as discussões sobre as organizações em forma de rede têm crescido muito desde as décadas de 80 e 90. Baldi e Lopes (2002, p.33) destacam os motivos e aplicações.

As redes têm recebido crescente atenção na literatura organizacional, como decorrência, dentre outros motivos, de sua aplicação nas mais diversas esferas da sociedade. As redes têm sido empregadas como alternativa de expansão por empresas em setores competitivos (farmacêuticas, biotecnologia, automobilística), bem como por organizações não-econômicas, tais como ONG, universidades e centros de pesquisa.

Porém, segundo os mesmos autores, as redes organizacionais vêm sendo discutidas desde as décadas de 60/70 pelos teóricos contingencialistas e pelos economistas defensores da abordagem dos custos de transação, cuja principal referência é Oliver Williamson. Ainda para Baldi e Lopes (2002), da década de 60/70 até os dias atuais, os trabalhos sobre rede foram tomando enfoques diferentes. Por um lado, os estudos seguiram a corrente econômica, que defende que os motivos para a formação em rede estão focados nos fatores econômicos (preço, mercado etc) e estão baseados na economia dos custos de transação, que ,

como sugere o termo, a economia dos custos de transação econômica centra a atenção nas transações e nos esforços de economizar que se realizam na organização correspondente. Ocorre uma transação quando se transfere um bem ou um serviço por meio de uma interface tecnologicamente separável. Termina uma etapa da atividade e se inicia outra. Com uma interface que funcione bem, como no caso de uma

máquina que funcione bem, estas transferências ocorrem suavemente (WILLIAMSON¹ *apud* ARBAGE, 2002, p. 6).

Por outro lado, para Baldi e Lopes (2002), as transformações sociais ocorridas na década de 90, enfatizando as mudanças nos hábitos de consumo das pessoas e o perfil da força de trabalho, foram determinantes nas formas de estruturação das organizações e nos seus modelos de gestão. Assim sendo, de maneira geral, as organizações passaram a apresentar características como descentralização, estruturas menos hierarquizadas, fluidez e configuração transitória.

Tais características são condizentes com o enfoque sociológico para análise de redes, com autores como Parker (1992), Powell (1998), Granovetter (1973,1985,1992a,1992b), Uzzi (1997) e Grandori e Soda (1995) entre outros. Nessa perspectiva, as redes são aceitas como uma estrutura social e econômica de governança, ou seja, são formas organizacionais baseadas em diferentes aspectos relacionais, sejam eles sociais ou econômicos (GRANOVETTER, 1985, 1992a, 1992b ; PARKER,1992; GRANDORI e SODA, 1995; UZZI,1997; POWELL, 1998; HITE, 2003).

Para Parker (1992), as redes são frutos da transformação da sociedade atual que levou ao surgimento de novas formas de relacionamento dos atores sociais, tendo pouca relação com sistema industrial do século passado. Essas novas formas são estruturas fragmentadas em pequenas unidades autônomas de produção e, na maior parte, com gestão integrada por tecnologia de informação.

Também para Quinn, Anderson e Finkeltein (2001), as bases consideradas tradicionais de competitividade como custo, qualidade, capital financeiro e tecnologia, já não são uns diferenciais significativos para a sobrevivência da empresa. Os autores consideram que as formas de organização em rede são uma resposta a um ambiente marcado por ambigüidades e incertezas. Daí a

¹ WILLIAMSON, O.E. **The economic institutions of capitalism**. New York: The New York Free Press, 1985, 449 p.

emergência da organização em rede como resposta às pressões por velocidade e reação, sem sacrifício da eficiência. Segundo os autores, as redes combinam características como velocidade de reação a mudanças, flexibilização de formas e de produção, descentralização produtiva e administrativa e ligações verticais e horizontais.

Na verdade, as duas grandes categorias para análise das formações organizacionais ou mesmo individuais em rede – econômica ou sociológica – desdobram-se em outras categorias conforme o referencial teórico para análise desse processo social / organizacional. Nesse sentido, constata-se o desenvolvimento de tipologias que tentam classificar as análises conforme a teoria de base. Apresentamos a tipologia desenvolvida por Grandori e Soda (1995), que tem sido adotada por vários autores sobre redes como Osborn et al. (1998), Lopes (2001), Baldi e Lopes (2002). Essa tipologia estabelece onze linhas teóricas para o estudo de redes, conforme a seguir.

- ✓ *Economia Industrial* – Esta linha teórica se preocupa com as organizações industriais, baseada na pesquisa sobre integração vertical e horizontal e, mais recentemente, no processo de internacionalização da economia. Procura medir a eficiência da rede de organizações por meio de indicadores como: classes de custos de produção, economias de escala e escopo e o nível de especialização das atividades da organização.
- ✓ *Abordagens Históricas e Evolucionistas* – Esta abordagem considera que as organizações vivem um processo de constante evolução, cuja característica é a acumulação de experiência ao longo do tempo. As redes são usadas para minimizar os custos de aprendizagem e maximizar a aprendizagem, via incorporação do conhecimento dos parceiros envolvidos.
- ✓ *Economia Organizacional* – Nesta linha, a análise é focada nos custos de transação e na governança da rede. O objetivo é descobrir quais os fatores

que interferem na diferenciação e na coordenação das diversas áreas da organização e como isso contribui para reduzir os custos de transação.

- ✓ *Análise de Negociação* – Nesta abordagem, a unidade de estudo são as trocas de recursos e comportamentos entre organizações. As trocas são estabelecidas e controladas pela rede na qual estão inseridas.
- ✓ *Dependência de Recursos* – Analisa as relações de poder e dependência entre uma organização e suas parceiras (bens materiais e transações).
- ✓ *Neoinstitucional* - Esta linha trata da dependência de recursos, não se referindo apenas aos bens materiais, mas incluindo também a legitimação da organização. As redes são estruturas centrais e, ao pertencer a ela, uma organização se legitima perante o ambiente no qual ela está inserida, evitando o isolamento.
- ✓ *Inserção Institucional* – Nesta abordagem, a formação de redes é contingente às instituições sociais mais amplas nas quais os relacionamentos estão inseridos. Tais instituições sociais podem ser o sistema político, a estrutura de mercado de trabalho, o sistema bancário e outros.
- ✓ *Estudos Marxistas e Radicais* - Consideram as redes como estruturas puras de poder, criadas para reproduzir o controle das elites e das classes dominantes no nível organizacional, direcionando os meios de produção, o ambiente social, político e econômico. Nessa perspectiva, as redes são consideradas mecanismos para a promoção da eficiência e eficácia organizacionais.
- ✓ *Ecologia Populacional* – O argumento principal dessa linha é que a eficiência e a eficácia econômica ajudam a selecionar as organizações que competem no mercado. As redes são arranjos que regulam as atividades econômicas do mercado. Se uma empresa consegue se inserir numa rede, ela aumenta a sua chance de sobrevivência à seleção do mercado. Por outro lado, se não conseguir, aumenta os riscos de ser eliminada da competição.

- ✓ *Estratégia e Gerenciamento das Redes* – Esta abordagem é voltada para a política de negócios da rede, aliança estratégica e identificação de competências da organização.
- ✓ *Teoria da Rede Social* – Derivada da psicologia social, seu tema central é o estudo da emergência e da mudança de estruturas informais, dos limites da rede, do processo de cooptação corporativa e dos fechamentos e padrões de relacionamentos entre pequenas firmas. Em termos metodológicos, as pesquisas nessa linha teórica são feitas com base em pequenos grupos.

Apresentamos também a tipologia feita por Balestrin e Vargas (2004), que classifica as redes interorganizacionais por critérios de hierarquia, cooperação, formalização e conveniência. Aqui vale explicar que Balestrin e Vargas (2004) não se preocuparam em categorizar as relações entre organizações a partir de um determinado corpo teórico e, sim, a partir de suas características funcionais / operacionais. Assim, na visão desses autores, as redes interorganizacionais podem ser classificadas em:

- ✓ redes verticais (dimensão da hierarquia) – As relações entre matriz e filiais são um exemplo de redes verticais;
- ✓ redes horizontais (dimensão da cooperação)- São constituídas de empresas independentes, mas que coordenam certas atividades em conjunto. Nessa perspectiva a cooperação propicia um ambiente de aprendizagem interorganizacional;
- ✓ redes formais (dimensão contratual) – São redes formalizadas via contratos, que estabelecem regras de conduta entre os participantes. Alguns exemplos são: consórcios, *joint-ventures* e franquias;
- ✓ redes informais (dimensão da conveniência) – São encontros informais entre atores econômicos (profissionais, empresas, universidades, associações e

outros) com interesses semelhantes, permitindo troca de informações e experiências com base na livre participação e sem contratos formais.

Para uma melhor visualização da dimensão em que as redes estão estruturadas, Balestrin e Vargas (2002) fizeram uma adaptação do modelo apresentado por Marcon e Moinet (2000)² de um gráfico denominado Mapa de Orientação Conceitual para a Classificação das Redes, como se vê na figura 02.

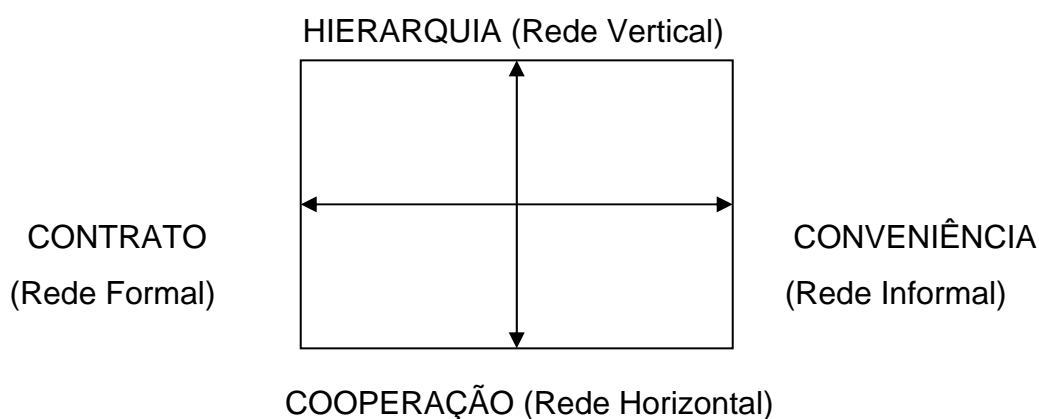


Figura nº 02 - Mapa de orientação conceitual para a classificação das redes

Fonte - BALESTRIN E VARGAS (2002, p. 9).

Sydow e Windeler (1998) consideram que as redes apresentam três propriedades básicas. A primeira delas seria a propriedade de mercado, em que as empresas se relacionam apenas com objetivos meramente econômicos. Na segunda, que os autores chamam de hierarquia, os relacionamentos entre as empresas são organizados por uma delas, que moldam os relacionamentos, impondo regras e desempenho. A terceira das propriedades é a mais importante, segundo os autores, as relações interfirmas operam em uma lógica de troca que é muito diferente de ambas as lógicas de mercados e hierarquias, combinando elementos cooperativos e competitivos, autonomia e dependência, confiança e controle.

² MARCON, M.; MOINET, N. **La stratégie-réseau**. Paris: Éditions Zéro Heure, 2000.

Granovetter (1985) é um autor que também aborda essa lógica e a discute na perspectiva da inserção social, que significa relações estáveis entre atores sociais moldando suas expectativas e comportamento. Porém, a inserção social não é limitada a relações pessoais estáveis, ou seja, somente com pessoas de reputação conhecidas ou de sua confiança. Como consequência disso, as relações entre os atores em redes são vistas como inseridas num contexto social da rede interfirmas e na sociedade, em que as trocas são produzidas e reproduzidas por tais relações. Elas criam expectativas que estão baseadas em reciprocidade, e isso se torna uma lógica de troca dentro das redes, aceita basicamente por grande parte dos atores. Uma consequência fundamental dessa lógica que, apesar de seus elementos cooperativos, não exclui a competição entre firmas .

Dentre as várias perspectivas teóricas para análise das redes, este trabalho irá se centrar em discutir a formação de redes ou da atividade econômica a partir da estrutura dos relacionamentos sociais, ou seja, dentro dos pressupostos da Teoria das Redes Sociais, abordando cooperação e vínculos informais entre indivíduos nas organizações (GRANOVETTER,1973,1985,1992a, 1992b; GULATI, NOHRIA e ZAHEER,2000).

2.2.2 Redes sociais

As redes sociais podem ter várias definições conforme o enfoque dado pelo autor. Dentro de um enfoque da literatura sociológica e antropológica, Barnes ³ , *apud* Bott (1976, p.107), define redes sociais.

Cada pessoa está, por assim dizer, em contato com um número de pessoas, algumas das quais estão diretamente em contato com cada uma das outras e algumas das quais não estão[...] Acho conveniente

³ BARNES, J.A. Class and committees in a norwegian island parish. **Human Relations**, v.7, p.39, 1954.

falar de um campo social deste tipo como uma rede (*network*). A imagem que possui é a de um conjunto de pontos, alguns dos quais ligados por linhas. Os pontos da imagem são pessoas, ou às vezes os grupos, e as linhas indicam que pessoas interagem com as outras.

Especificamente na arena organizacional, para Aldrich e Zimmer (1986), as relações entre pares de indivíduos como empreendedores, clientes, fornecedores, credores e outros, independentemente do conteúdo ou dos papéis sociais das pessoas envolvidas, podem ter uma amplitude de análise indefinida. Assim, Aldrich e Zimmer (1986, p.3) definem redes sociais como sendo,

um conjunto de todas as pessoas conectadas por um certo tipo de relação e é construída por meio da identificação dos vínculos entre todas as pessoas de uma população em estudo,[...] . Dado um sistema limitado, os investigadores identificam todas as ligações entre pessoas dentro dos limites.

Segundo alguns autores como Cook (1977), Cook et al. (1983), Yamagishi, Gillmore e Cook (1988), as redes sociais são redes de troca de conteúdo específico envolvendo a transferência de artigos como informação, sentimentos, conselhos, ou coisas mais tangíveis como bens e serviços diretos. Essas redes podem ser constituídas de um conjunto de atores (indivíduos ou organizações) que trocam recursos entre si.

Por outro lado, para Uzzi (1997), os vínculos entre os atores que permitem ou favorecem a formação de redes podem ser de duas formas. Na primeira, os parceiros de troca são unidos via vínculos de *arm's-length*⁴. Nesse tipo de vínculo, os interesses próprios motivam a ação, e atores regularmente mudam para novos compradores e vendedores para tirar proveito de concorrentes novos ou evitar dependência. A própria troca é limitada, pois está baseada em dados que supostamente apresentam todas as informações necessárias para tomar decisões eficientes, especialmente quando há muitos compradores e vendedores ou as

transações não são específicas. Segundo o mesmo autor, as relações pessoais são frias e atomísticas; se vínculos contínuos ou contratos implícitos existirem entre as partes, acredita-se que seja mais uma questão de interesse próprio, como lucro. Vínculos do tipo *arm's-length* podem facilitar o desempenho das empresas porque elas dispersam seus negócios entre muitos competidores, enquanto pesquisam menores preços e evitam situações de pequenas barganhas.

Numa segunda situação, Uzzi(1997) sugere que transações possam acontecer por grupos de indivíduos independentes, que mantêm impessoal e constantemente vínculos de troca, como em mercados, ou por redes estáveis de parceiros de troca que conservam fechadas relações sociais. A distinção fundamental entre esses sistemas está na estrutura e na qualidade dos vínculos de troca, porque esses fatores nesses grupos de indivíduos independentes moldam expectativas e oportunidades.

Para Granovetter (1973,1985,1992a,1992b) a compreensão de como o comportamento das pessoas e as instituições são influenciados pelas redes de relacionamentos se tornou um grande problema para estudos. Dessa forma, o mesmo autor, assim como Uzzi (1997), buscaram analisar esse problema por duas perspectivas: a primeira delas segue as teorias econômicas clássicas e neoclássicas, cujas relações são consideradas racionais, atomizadas e movidas por interesses próprios, que ele denominou subsocializada, ou seja, nessa perspectiva, os atores sociais agem movidos apenas por interesses de ganhos econômicos, sem a preocupação com a ética e valores sociais da comunidade.

Na segunda perspectiva, (SALANCIK E PFEFFER, 1978, GRANOVETTER 1985, 1992a, 1992b, ALDRICH E ZIMMER, 1986), o comportamento é considerado de caráter normativo, em que as pessoas não agem apenas em interesse próprio, sem considerar os outros. Elas se comportam conforme o contexto social em que

⁴ Conforme anteriormente citado, segundo Uzzi (1997), os vínculos de *arm's length* são aqueles meramente comerciais, em que os atores são movidos por interesses próprios de compra e venda de produtos ou serviços.

estão inseridas. Granovetter (1985, p.483) chama essa perspectiva de supersocializada e a define como sendo,

a concepção em que as pessoas são esmagadoramente sensíveis às opiniões dos outros e, conseqüentemente, obedientes às ordens consensualmente desenvolvidas por um sistema de normas e valores, incorporados por socialização, de forma que obediência não é percebida como uma obrigação. (Tradução nossa).

Para o mesmo autor, apesar de as perspectivas terem abordagens diferentes, elas apresentam pontos em comum. Dessa forma, Granovetter (1992a, p.30) descreve alguns dos pontos em comum das referidas perspectivas.

Ambas têm em comum uma concepção de ação e decisão realizadas por atores atomizados. Na subsocializada, a atomização é o resultado da estreita busca utilitária de seu próprio interesse. Na supersocializada, a partir do fato que padrões de comportamento foram incorporados e assim foram afetadas apenas periféricamente por relações sociais contínuas. Que as regras incorporadas de comportamento são sociais em sua origem não diferencia este argumento decisivamente de um utilitário, no qual a fonte das funções de utilidade é deixada em aberto, enquanto deixando espaço para comportamento guiado inteiramente por meio de normas e valores determinadas consensualmente –como na visão de supersocializada. Soluções supersocializadas ou subsocializadas do problema em questão fundem-se assim na atomização dos atores a partir do contexto social imediato. (Tradução nossa).

Na verdade, as redes sociais são vistas como um processo, em que elas são reproduzidas e alteradas pelas ações dos atores que dela fazem parte. Isso sugere que os atores são agentes ativos, dinâmicos e que tomam decisões não apenas como estruturas inertes e dadas. Partindo dessa afirmação, existe uma contraposição entre o surgimento das redes e a intencionalidade dos atores. Por um lado, os atores são considerados agentes racionais e dotados de intencionalidade, e isso deriva da ação econômica, recursos escassos e necessidade de maximizar a sua utilidade, o que levaria à formação de redes. Por outro lado, os relacionamentos entre os atores são desenvolvidos a partir de interações informais, significando que nem sempre o ator está interessado exclusivamente em maximizar recursos, podendo estar associado à afeição, simpatia e outros. Dessa forma, as organizações devem ser entendidas e

analisadas, em termos de múltiplos relacionamentos em redes, que podem ser prescritos–contratuais ou emergentes–informais, ocorrendo conforme o contexto (NEDEVA, *apud*, LOPES, 2001)⁵.

As redes sociais para Cross, Nohria e Parker (2002) são redes informais em que pessoas usam o seu relacionamento pessoal para conseguir informações para si e para a sua organização, beneficiando a ambos. Assim, as redes de relacionamentos são meios nos quais os representantes das organizações adquirem conhecimento de fora de suas fronteiras (ANAND, GLICK e MANZ, 2002). Uma grande parcela do conhecimento está dentro dos limites formais da organização, sendo chamado de conhecimento interno. Porém, as organizações também precisam de conhecimentos e outros recursos que estão fora das suas fronteiras, que são chamados de conhecimento/recurso externo. São esses recursos externos que, muitas vezes, podem ser obtidos pela interação entre as pessoas (ANAND, GLICK e MANZ, 1998).

Dois aspectos, em particular, merecem atenção nas redes de relacionamentos. Primeiro, para participar dessas redes, são necessários um alto nível de conhecimento técnico e habilidades, de forma a contribuir e tirar algum proveito dos desenvolvimentos dentro das comunidades. Segundo, os efeitos de reputação são muito importantes, porque é necessário não ser muito passivo e só receber a informação de outros, mas passar informações confiáveis também (DAHL e PEDERSEN, 2002).

Para Zaheer, McEvily e Perrone (1998), confiança pode ser definida como a expectativa de que um ator vá cumprir suas obrigações, comportando-se de maneira previsível, agindo e negociando claramente quando a possibilidade para oportunismo está presente. Os mesmos autores consideram a confiança como um *pulo de fé*, por acreditarem numa situação sem terem certeza absoluta de que as ações não produzirão surpresas desagradáveis no futuro. Essa definição,

⁵ NEDEVA, Silviya Svejnova. **Understanding and managing networks**: a guided tour in a terminological jungle. Barcelona: IESE, 2000. 61p.

portanto, caracteriza confiança interorganizacional como tendo que se basear em três componentes : fidedignidade, previsibilidade e integridade, o que mostra a complexidade do conceito.

Granovetter (1973) associa confiança com proximidade. Segundo Granovetter (1973) ; Marwell, Oliver e Prael ⁶, *apud* Lopes (2001), a densidade dos laços entre os indivíduos significa mais freqüência no relacionamento entre eles, sejam eles de troca de recursos materiais ou simbólicos. Por sua vez, isso implica a existência de um certo grau de confiança entre eles. A densidade, a freqüência e a confiança facilitam a troca de opiniões entre os indivíduos e torna mais fácil que se chegue a acordos e consensos, agilizando a ação coletiva. Assim, alguns autores defendem que as redes de relações constituem um valioso recurso para a conduta de negócios, enquanto proporcionando, para os seus membros, o conhecimento gerado externamente (NAHAPIET e GHOSHAL, 1998; ANAND, GLICK e MANZ, 2002).

A literatura sobre os distritos industriais italianos (BRUSCO, 1992a e PYKE; BECATTIN e SENGENBERGER , 1992) argumenta que uma das explicações para a concentração de atividades inovadoras é o conhecimento desenvolvido em um agrupamento. O conhecimento flui rapidamente dentro dele, mas, lentamente, fora. Um das razões é que as redes informais de contatos emergem entre indivíduos atravessando os limites das firmas. Esses canais de comunicação facilitam a difusão de conhecimento, dando às empresas localizadas no agrupamento vantagens com relação a desempenho inovador(DAHL e PEDERSEN, 2002).

Para Nadvi (1999), nas redes de produção de um aglomerado, estão inseridas redes sociais locais, com seus valores, regras e tradições. Elas influenciam, direta ou indiretamente, a forma de se organizar a produção e a maneira pela qual o conhecimento técnico é difundido, afetando, assim, o desenvolvimento do

⁶ MARWELL, Gerald; OLIVER, Pamela E.; PRAHL, Ralph. Social networks and collective action: a theory of the critical mass. **American Journal of Sociology**. Chicago: USA, v.94,n.3, p. 502-34, Nov. 1988.

aglomerado. Segundo o autor, quando se avaliam a inserção e a força dos relacionamentos na rede, não significa acreditar num determinismo social ou cultural. Nadvi (1999) lembra que os vínculos e normas sociais não são rígidos, pelo contrário, eles evoluem e são constantemente moldados para acompanhar o desenvolvimento técnico e econômico. Ao mesmo tempo, os conjuntos dos valores socioculturais não ocorrem de forma homogênea e previsível em todos os segmentos do agrupamento.

Para o mesmo autor, as redes sociais podem também restringir a entrada de pessoas estranhas, intensificando injustiças sociais e regionais, limitando a possibilidade do aglomerado de crescimento via atração de novas habilidades ou recursos. Na literatura sobre *cluster*, os vínculos sociais são múltiplos e variados. Eles se formam ao redor de noções de família, raça, religião, educação ou política. Nos aglomerados do nordeste da Itália, por exemplo, a família, a igreja e política local são apontados como elementos de base para o desenvolvimento de vínculos sociais.

2.2.2.1 Vínculos sociais e os relacionamentos interpessoais

Nenhuma pessoa consegue viver isolada das outras, pois a necessidade de interagir e de trocar recursos, sejam elas materiais ou simbólicos, são inerentes aos seres humanos, não importando o ambiente no qual estão inseridos. Um exemplo disso são as relações de trabalho, que nascem das relações sociais de produção, da interação entre as posições opostas de capital e trabalho no processo produtivo (FLEURY, 1996) .

Uma *network* é uma teia de participantes autônomos, unidos por valores e interesses particulares. A *network*, redes de contatos pessoais e profissionais com base nos mais diversos interesses, é algo muito forte na vida dos indivíduos. Os

vínculos ocasionados por esses contatos acabam estreitando laços entre as pessoas (LIPNACK e STAMPS,1992).

Para Granovetter (1973), a força de um vínculo é uma combinação da quantidade de tempo, a intensidade emocional, a intimidade (confiança mútua), e os serviços recíprocos que caracterizam o vínculo. Cada um deles é um pouco independente do outro. Entretanto, o conjunto é obviamente altamente intracorrelacionado. Segundo o autor, os vínculos podem ser de dois tipos: fortes ou fracos. Os vínculos fortes são aqueles que envolvem compromissos há mais tempo, ou seja, quanto mais freqüente duas pessoas interagem, mais fortes serão os sentimentos entre elas. Em contraste com os vínculos fortes, os vínculos fracos são os laços superficiais ou casuais que se caracterizam por pouco investimento emocional.

Na sua análise, Granovetter (1973) observa que os laços fortes existentes entre amigos próximos, que se conhecem muito bem, agregam quase sempre pouco valor, quando o indivíduo está buscando recursos. Os laços fortes de família, dos amigos, dos pequenos círculos, pela homogeneidade que contêm, conduzem com freqüência a obtenção das mesmas informações e recursos. Em contrapartida, na visão do autor, os laços fracos agregam valor, pois, ao conectar cada ator a outros atores com referências, recursos e informações diferentes, esses vínculos fracos teriam maior possibilidade de acrescentar recursos ao repertório do ator em questão.

Para ilustrar seu argumento, Granovetter (1973) relata que se uma pessoa conta um boato a todos os seus amigos íntimos, e eles o fazem igualmente, muitos ouvirão o rumor uma segunda e terceira vez, uma vez que esses que se uniram por meio de vínculos fortes tendem a compartilhar só com os amigos. A motivação para espalhar o rumor é reforçada um pouco em cada onda de repetição. Então, o rumor que se move por vínculos fortes é muito mais provável de ser limitado a alguns grupos exclusivos do que aquele que vai por um laço fraco. Neste, os boatos se espalham com mais rapidez e para um número maior de indivíduos,

pois não existe comprometimento entre as partes, e as quantidades de vínculos são maiores.

Em um outro estudo com profissionais, técnicos e gerentes, Granovetter (1973) demonstra que os vínculos fracos facilitam a procura por emprego, pois as informações são espalhadas por outras redes, como um antigo colega de faculdade ou um companheiro do trabalho anterior, aumentando a possibilidade de conseguir o emprego. Porém, na sua visão, por meio dos vínculos fortes, as informações circulam sempre pelas mesmas pessoas, diminuindo as chances de se conseguir um emprego.

Granovetter (1973, p. 1.373) ressalta a importância dos vínculos fracos entre os profissionais e especialistas.

Especialmente entre técnicos e profissionais especializados que são bem definidos e limitados em tamanho, esta mobilidade estabelece uma estrutura elaborada para atravessar vínculos fracos entre os agrupamentos mais coerentes que constituem redes operativas em locais particulares. Informações e idéias fluem assim mais facilmente por meio de especialistas, enquanto dando a isto um "senso de comunidade", ativados em reuniões e convenções. A manutenção de vínculos fracos pode ser bem a consequência mais importante de tais reuniões.

Quando uma pessoa muda de emprego, ela não só está se movendo de uma rede de vínculos para outro, mas também estabelecendo uma ligação entre eles. O tal *link* é freqüentemente do mesmo tipo que facilitou o próprio movimento dele. Assim, um conjunto de vínculos fracos efetuam, na perspectiva de Granovetter (1973), um papel de coesão social.

Segundo o mesmo autor, a sua pesquisa demonstrou que a ação econômica é afetada pelos relacionamentos sociais. Contrariando a concepção atomística das teorias clássicas e neoclássicas, não se pode explicar a ação econômica, apenas pelas atitudes das pessoas isoladamente. Portanto, para Granovetter (1973), as relações sociais influenciam a ação econômica.

A ação econômica pode ser resultado do processo de tomada de decisões de um indivíduo, mas levando em consideração fatores tanto pessoais, quanto sociais. (GRANOVETTER, 1973; LOPES, 2001).

Apesar de os estudos de Granovetter (1973) terem demonstrado as vantagens e a importância dos vínculos fracos, Hite (2003) considera que, tanto os vínculos fracos, como os vínculos fortes têm um papel importante nas relações sociais. Reconhecendo isso, e apesar de as redes de relacionamentos sociais serem constituídas de vínculos, tanto fortes como fracos, de várias naturezas, como de amizade, profissional, escolares, afetivo e familiar, abordaremos as redes sociais e os vínculos familiares com mais profundidade no item seguinte, por considerá-lo importante para melhor entender o processo de formação e consolidação do *cluster* de saúde de Ceres.

2.2.2.2 A família e as redes sociais

Dentro do estudo da antropologia, a família tem sido objeto de estudo com muito destaque, devido ao seu papel fundamental no desenvolvimento da sociedade. Costuma-se dizer que ela é a espinha dorsal da sociedade. Porém, não são muitos os estudos sobre a família e as redes de relacionamentos que a cercam (BOTT, 1976).

Bott (1976) é uma das pesquisadoras que parece ter mais se aprofundado sobre o assunto de redes sociais e família, sendo muito citada por Granovetter (1973). Assim, para entendermos o papel dos vínculos familiares nas redes sociais, precisamos começar delimitando o que seja família. Bott (1976), em sua pesquisa sobre as redes de relacionamento familiar, define família como sendo composta pelo marido, esposa e os filhos.

Desde as sociedades mais remotas, as pessoas mantêm uma grande quantidade de relacionamentos fora da família, além dos relacionamentos internos. A importância deles reside no fato de que os relacionamentos com parentes não se restringem apenas aos relacionamentos domésticos, mas também aos políticos, econômicos e sociais. Assim, tais relacionamentos ocupam a maior parte do tempo dos indivíduos. Como consequência, existe maior dependência geral e ampla de parentes familiares, que dependência de profissionais e instituições (ETZIONI, 1967; BOTT, 1976).

O ambiente externo à família, além dos parentes afins, é composto de amigos, vizinhos, clubes, lojas, locais de trabalho e outros, que são os seus relacionamentos externos reais e imediatos (LOGAN e SPITZE, 1994). Esses relacionamentos ocorrem em forma de redes, nos quais existem variações de conexão entre elas. Por conexão, indica-se a extensão em que as pessoas conhecidas por uma família se conhecem e se encontram umas com as outras, independentemente da família. Assim, quando uma rede tem muitas relações entre as unidades componentes, Bott (1976) usa a expressão *malha estreita* para defini-la e, quando tem poucos relacionamentos entre as unidades componentes, a chama de *malha frouxa*.

Bott (1976, p.77) esclarece ainda que,

quando muitas das pessoas que alguém conhece interagem entre si, ou seja, quando a rede desta pessoa é de malha estreita, os membros desta rede tendem a alcançar um consenso sobre normas e exercem uma pressão informal consistente uns sobre os outros para que se conformem às normas, para que mantenham um contato uns com os outros e, caso necessário, para que ajudem uns aos outros.

Em parte, a conexão depende muito das famílias, pois elas podem escolher e apresentar os componentes do seu ambiente externo uns aos outros ou não. As famílias podem mudar frequentemente de lugar, de forma que a sua rede se torna de *malha frouxa* e outras podem permanecer onde estão por muito tempo, tornando a *malha estreita* (BOTT, 1976).

Um outro aspecto importante é a personalidade dos membros da família. A personalidade dos indivíduos na família influencia as decisões tomadas por eles. Porém, essas decisões ficam muito limitadas às forças sobre os quais os mesmos não têm controle. Nesse ponto, o meio social adquire grande relevância. Segundo Bott (1976, p.109),

o sistema econômico e ocupacional, a estrutura das instituições formais, a ecologia das cidades e muitos outros fatores afetam a conectividade das redes, limitando e configurando as decisões que a família possa vir a tomar. Estes fatores não operam separadamente, por si só, mas sim em combinações bastante complexas.

Assim sendo, Bott (1976) define alguns fatores que afetam as variações na conectividade das redes familiares. São os seguintes:

- ✓ *os vínculos econômicos entre os membros de uma rede* - Este tipo de vínculo opera com mais força entre parentes do que entre amigos ou vizinhos. A conectividade pode ser aumentada se o parente for proprietário de empresas ou herdeiro de bens comuns. Esse fator pode ajudar uns aos outros a conseguir empregos. Os vínculos entre parentes tendem a ser mais fortes quando os parentes estão capacitados a ajudar um ao outro no sentido ocupacional;
- ✓ *O tipo de vizinhança* - As redes de família estão propensas a se desenvolver em locais onde os habitantes são socialmente semelhantes. Os sentimentos de semelhança social se tornam mais fortes entre classes profissionais, nas quais existe uma indústria ou setor dominante na região. Assim sendo, a composição da vizinhança está relacionada com a ocupação e a classe social;
- ✓ *oportunidade de fazer relacionamentos fora da rede existente* - A rede sofrerá influência se os membros tiverem mais ou menos oportunidade de formar novos relacionamentos com pessoas desconhecidas (LOGAN e SPITZE, 1994);
- ✓ *mobilidade física e social* - A conectividade da rede depende da estabilidade e da continuidade dos relacionamentos. Alguns fatores afetam a mobilidade física e

social, como algumas ocupações: executivos, aviadores, bancários etc. Outros fatores seriam: custo de moradias, relacionamentos com vizinhança e familiares e filhos;

- ✓ *características da personalidade como um fator afetando a conectividade* - A personalidade dos membros e como eles reagem diante de diversas situações podem ter influência muito significativa nos relacionamentos. A combinação das forças da situação e das necessidades pessoais pode afetar a conectividade da rede familiar.

As famílias urbanas não podem ser analisadas isoladamente, pois nenhuma delas poderia sobreviver sem sua rede de relacionamento externo. Conceitualmente, a rede se situa entre a família e o meio social, sendo que a variabilidade do meio social e a personalidade dos membros afetam as suas escolhas nos relacionamentos externos (BOTT, 1976; LOGAN e SPITZE, 1994).

Como Bott (1976, p.111) bem descreve,

o meio social imediato das famílias urbanas é melhor compreendido, não como a área local em que vive a família, mas sim, como a rede das relações sociais reais que elas mantêm, sem se considerar o fato de estarem confinadas à área local ou de se estenderem para além de suas fronteiras.

Dessa forma, os vínculos sociais e redes das famílias podem ter um impacto importante nos funcionamentos das organizações locais. Elas podem prover uma base para regular relações entre firmas, enquanto mediando competição local e cooperação, facilitando a difusão e sedimentação do conhecimento entre as mesmas (NADVI, 1999).

Em resumo, neste trabalho abordamos os *clusters* sob dois aspectos. A primeira abordagem envolve fatores econômicos, em que destacamos demanda, infraestrutura, presença de mão-de-obra especializada, políticas de governo, convite

de empresários a profissionais especializados, redes de relacionamentos, cooperação e competição, *spin-offs*, *spillovers* e *path dependence* como principais fatores propulsores da origem de um *cluster*. A segunda abordagem envolve fatores sociológicos, quando destacamos as redes sociais, os vínculos profissionais e familiares, a confiança, valores, regras e tradições. Essas duas abordagens envolvem elementos que devem ser observados na análise do objeto / problema deste estudo. O detalhamento de todo o processo de pesquisa será demonstrado no capítulo Metodologia de Pesquisa, que abordaremos a seguir.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste capítulo, buscamos apresentar quais os procedimentos metodológicos foram utilizados nesta pesquisa, tratando das questões relacionadas com o planejamento e a execução da mesma. No primeiro item, relatamos os motivos da escolha pelo *cluster* de saúde de Ceres. No item seguinte tratamos do método de pesquisa utilizado, que foi o estudo de caso, abordando suas principais características e situando-as no contexto do estudo em questão. No item 3.3 deste capítulo, detalharemos os procedimentos adotados para a coleta de dados e os instrumentos utilizados, com ênfase nos trabalhos de entrevista. Logo em seguida, descreveremos o processo de análise de dados, desde a unidade de

análise, assim como os passos utilizados para tanto. Por último, apresentaremos nossas considerações finais relativas à metodologia empregada nesta pesquisa.

3.1 O *cluster* de saúde de Ceres

As aglomerações de organizações têm despertado o interesse de vários pesquisadores como Marshall (1985), Saxenian (1989), Best (1990), Brusco (1992a, 1992b), Pyke e Sengenberger (1992), Pyke, Becattin e Sengenberger (1992), Schmitz (1997,1998,2000), Nadvi (1995,1999), Porter (1999,2002), Lorenzen e Foss (2003), Suzigan *et al.*(2004) entre outros. Desde o século XIX, com os estudos do economista Alfred Marshall sobre a concentração de indústrias especializadas em certas localidades, vem se percebendo a importância dessas aglomerações para o desenvolvimento das economias regionais.

Partindo dos estudos de Alfred Marshall, os estudos sobre aglomerações de empresas foram aprofundados com um enfoque voltado para a economia, abordando fatores como demanda, proximidade geográfica de empresas do mesmo setor, presença de mão-de-obra especializada e incentivo governamental. A experiência mais conhecida e estudada sobre *cluster* é o caso da chamada *Terceira Itália*, que é formada por pequenas empresas na região Nordeste e Centro da Itália - Veneto, Trentino, Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Umbria (BEST,1990; AZAIS,1992).

Por outro lado, os estudos sobre *clusters* também seguiram uma abordagem de cunho sociológica. Alguns pesquisadores como Saxenian (1989), Schmitz (1997,1998,2000), Nadvi (1995,1999) entre outros perceberam que, além dos fatores econômicos, alguns fatores sociológicos influenciavam as aglomerações de organizações, como as redes de relacionamentos entre os indivíduos e organizações e as redes sociais e família.

Em Ceres, cidade localizada numa região do centro-norte do estado de Goiás, chamada de *Vale do São Patrício*, desenvolveu-se uma aglomeração de organizações do setor de saúde. Essa cidade conta com um grande número de empresas do setor de saúde, das várias atividades específicas, como hospitais, laboratórios de análise clínicas e patológicas, clínicas especializadas (ginecologia, clínica geral, oftalmologia, otorrinolaringologia, acupuntura, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e odontologia etc), clínicas de diagnóstico e imagem, farmácias, banco de sangue e postos municipais de saúde entre outras.

Assim, nossa pesquisa investigou os fatores que levaram ao surgimento e expansão do *cluster* de saúde de Ceres, tendo como referência teórica a literatura de base econômica e de cunho sociológico.

Acreditamos que os resultados da pesquisa possam contribuir para os estudos sobre *clusters*, uma vez que a grande maioria das pesquisas sobre o assunto envolve empresas de setores industriais e, muito raramente, prestadoras de serviços, como neste caso. Ao mesmo tempo, esta pesquisa pode ajudar aos empresários e profissionais de saúde a entenderem as suas origens, assim como planejar as suas ações futuras.

3.2 Método de pesquisa

Neste trabalho, desenvolvemos uma pesquisa do tipo exploratória, devido ao objeto central de estudo e aos temas principais do referencial teórico (*clusters* e redes sociais). Para Selltiz et al. (1971, p.61) “no caso de problemas em que o conhecimento é muito reduzido, geralmente o estudo exploratório é o mais recomendado”. A realização desse tipo de estudo não exige o rigor no tratamento científico na pesquisa. Assim sendo, foi necessária uma vasta pesquisa bibliográfica, visando buscar conceitos mais consistentes para um melhor

enquadramento e explicação do fenômeno (SELLTIZ et al., 1971; TRIVINOS, 1987).

A estratégia de pesquisa teve uma abordagem *qualitativa*, pois preocupamo-nos, essencialmente, com a percepção da realidade intrínseca no fenômeno estudado e não procurando enumerar e/ou medir os eventos estudados. Parte de questões de interesses amplos que vão se definindo na medida em que o estudo se desenvolve, trabalhando a partir da obtenção de dados relativos a pessoas, lugares e processos e pelo contato do pesquisador com a situação estudada (MILES e HUBERMAN, 1994).

Vieira (2004, p.15) descreve muito bem o que seja uma pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa é definida de acordo com o axioma de crenças do investigador. Atribui importância fundamental à descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem, aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos, aos significados e aos contextos.

Da mesma forma, Miles e Huberman (1984, p.1) caracterizam muito bem a pesquisa qualitativa como sendo,

uma fonte de ricas descrições, bem fundamentadas e explicações de processos em contextos locais identificáveis. Com dados qualitativos, a pessoa pode preservar o fluxo cronológico, ver precisamente quais as consequências da condução dos eventos e a origem de explicações frutíferas. Então, também, bons dados qualitativos são mais direcionados para conduzir a achados acidentais e novas integrações; eles ajudam os pesquisadores a adquirir além de concepções iniciais e gerar ou revisar estruturas conceituais. Finalmente, os achados de estudos de qualitativos têm uma qualidade de "incontestabilidade". Informações, especialmente organizadas em incidentes ou histórias, tenha um sabor concreto, vívido, significante que freqüentemente prova muito mais convencendo ao leitor – outro pesquisador, um político, um profissional - que páginas de números resumidos. (Tradução nossa)

Assim, segundo Vieira (2004), a lógica e a coerência da pesquisa qualitativa está no uso de várias técnicas de maneira qualitativa, como entrevistas, observação de

campo, análise histórica e outras. Para Miles e Huberman (1994), a descrição detalhada desses procedimentos dá credibilidade e objetividade à pesquisa.

Devido às características da pesquisa anteriormente referidas, optamos pelo estudo de caso. Segundo Bonoma (1985), Yin (1981, 2001), a preferência pelo estudo de caso deve ser dada para estudo de eventos contemporâneos inseridos em contexto da vida real, quando o pesquisador tem pouco controle sobre eles, mas em que é possível fazer coleta de dados via pesquisa documental, observações diretas, entrevistas e outros.

Assim sendo, pode ser caracterizado como um estudo de caso do tipo único – incorporado, que, segundo Yin (2001), é quando um mesmo estudo de caso envolve mais de uma unidade de análise, dando-se atenção a uma subunidade ou a várias subunidades. A unidade empírica principal estudada foi o aglomerado de saúde de Ceres como um todo, e as subunidades são os hospitais que a compõem. A escolha pelos hospitais se deve ao fato de se tratar das maiores organizações que compõem o aglomerado e também porque mantém o aglomerado unido, uma vez que todas as outras organizações existem em função deles.

Neste estudo, foi utilizado um corte do tipo seccional com perspectiva longitudinal, e, segundo Vieira (2004), a coleta de dados é feita num determinado momento do tempo, mas resgatando dados e informações de períodos passados. O objeto em estudo e a forma como se encontra no momento da coleta de dados é o foco da pesquisa. As informações resgatadas do passado são utilizadas para a compreensão da configuração atual do objeto.

3.3 Coleta de dados

Segundo Miles e Huberman (1994), no planejamento de uma pesquisa qualitativa, algumas decisões conceituais em relação à definição do caso, amostras, instrumentos de coleta de dados e a natureza dos dados a serem coletados podem dar suporte ao pesquisador no momento do tratamento e análise dos mesmos.

No planejamento do nosso trabalho, ficou definido que o foco da pesquisa seriam as organizações hospitalares, pelos motivos expostos anteriormente. Decidimos por estudar todo o universo das organizações hospitalares, pois todos eles fazem parte da história da formação e a expansão do *cluster* de saúde de Ceres. Utilizamos os seguintes instrumentos de coleta de dados por considerarmos os mais adequados para o caso: pesquisa documental e bibliográfica, observação e entrevistas. Assim, empregamos a técnica de triangulação na coleta de dados (TRIVINOS, 1987; EISENHARDT, 1989; Yin, 2001)

Primeiramente, realizamos um minucioso levantamento documental e bibliográfico para entendermos o processo de formação da rede hospitalar de Ceres. Assim, buscamos a leitura de dois livros que contam a história de Ceres desde a implantação da CANG, que depois deu origem ao município de Ceres: **Eu vi Ceres nascer** de Benedito da Silva Aranha, pioneiro de Ceres. O outro sobre a vida do Engenheiro Agrônomo Bernardo Sayão, fundador da CANG, **Meu pai Bernardo Sayão** escrito por sua filha Léa Sayão.

Além desses livros, levantamos informações em revistas, artigos, reportagens de jornal. Esses livros, revistas e jornais nos auxiliaram no entendimento da formação da CANG e do Hospital da Colônia, que foi o ponto de partida para o desenvolvimento da rede hospitalar no município. Para chegarmos a essas fontes, fizemos contato com descendentes de alguns pioneiros, que nos indicaram essa literatura.

As informações sobre as atividades atuais do Hospital Pio X – o antigo Hospital da CANG - , foram conseguidas por meio da assessoria da diretoria, que nos forneceu material informativo e de divulgação da organização. Dados sobre o quantitativo de empresas e profissionais do setor de saúde em Ceres nos foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ceres. A cooperativa dos médicos de Ceres – UNIMED Vale do São Patrício e a Associação Médica de Ceres nos cederam informações sobre a sua história. Segundo Yin (1981, 2001), o uso de informações documentais e de registros de arquivos são muito relevantes, pois colaboram e valorizam outras evidências, fornecendo detalhes.

Ao mesmo tempo em que utilizamos o instrumento anterior de coleta de dados, levantamento documental, para o nosso trabalho, empregamos um segundo instrumento na busca por evidências para a pesquisa, que foram as observações. Para Yin (2001,p.115),

as observações podem variar de atividades formais a atividades informais de coleta de dados. [...] De uma maneira mais informal, podem-se realizar observações diretas ao longo da visita de campo, incluindo aquelas ocasiões durante as quais estão sendo coletadas outras evidências, como as evidências provenientes de entrevistas. [...] As provas observacionais são, em geral, úteis para fornecer informações adicionais sobre o tópico que está sendo estudado. [...] As observações podem ser tão valiosas que você pode até mesmo pensar em tirar fotografias do local de estudo. No mínimo essas fotografias ajudarão a transmitir as características importantes[...].

Fizemos observações diretas informais em três situações distintas, mas que ocorreram num mesmo período de tempo, que foram os anos de 2003 e 2004. Na primeira situação foi quando realizamos as entrevistas com os médicos proprietários de hospitais, onde fotografamos os hospitais que compõem o *cluster* de saúde de Ceres, inclusive o Hospital Pio X , o antigo Hospital da Colônia. Fotografamos outras organizações de saúde que também compõem o referido aglomerado, para reforçar as evidências da pesquisa (APÊNDICE E).

Numa segunda situação, participamos de algumas reuniões sociais mensais da Associação Médica de Ceres, entre os anos de 2003 e 2004. Essas reuniões

sociais servem para informar sobre a medicina na região ou no País, reforçar os laços de amizade e vínculos profissionais entre os médicos de Ceres ou apresentar profissionais recém-chegados à cidade. Nessas reuniões, observávamos as redes de relacionamentos que aconteciam naqueles eventos e os grupos informais que se estabeleciam. Também, conversávamos informalmente com vários médicos sobre a formação de Ceres e da rede hospitalar, para confrontar e reforçar as informações obtidas nos levantamentos documentais, bibliográficos e nas entrevistas já realizadas.

Numa terceira situação, participamos da XXXI Jornada Médica de Ceres como observador, realizada em setembro de 2003. A nossa participação aconteceu na abertura, na palestra da noite e nos jantares de confraternização. Nessas oportunidades, podíamos colher informações, mesmo que de maneira informal, sobre a importância do evento para a medicina da região e observar as redes de relacionamentos entre os médicos de Ceres e de outras regiões ou estados.

O instrumento de observação foi utilizado como um apoio aos outros, que foram o levantamento documental e bibliográfico e as entrevistas (EISENHARDT e BOURGEOIS, 1988; EISENHARDT, 1989; YIN, 2001). Assim, a observação foi um instrumento acessório neste trabalho, enquanto nos centramos no levantamento documental e bibliográfico e nas entrevistas para coleta de dados para esta pesquisa.

O terceiro instrumento de coleta de dados empregado foi a entrevista. Ela foi a nossa principal fonte de evidência para o estudo de caso em questão e a que exigiu mais tempo e dedicação. Seidman (1991, p.1) se pergunta: “por que entrevisto? Eu entrevisto porque eu estou interessado nas histórias de outras pessoas. Simplesmente, as histórias são um modo de saber”.

Segundo Yin (2001), as entrevistas são uma fonte essencial de evidências, pois os estudos de caso em pesquisa social lidam muito com atividades de pessoas, porém recomenda cuidado com as interpretações, para evitar distorções. Essa

recomendação se deve porque a descrição verbal do entrevistado sobre a sua experiência pode ser ou não aceita pelo seu valor aparente e pode ser interpretada por meio de outros conhecimentos a seu respeito ou de uma teoria. Além disso, é possível fazer inferências a respeito de aspectos que não foram descritos (SELLTIZ, et al., 1971).

Devemos esclarecer que Ceres tem uma cidade vizinha chamada Rialma, separada apenas pelo rio das almas e alguns dos médicos que trabalham em Ceres residem em Rialma. Assim, para efeito deste estudo, foram considerados os médicos que trabalham em Ceres, independentemente de onde residem. Devido à nossa facilidade de acesso aos médicos de Ceres, tivemos muita facilidade para escolher os entrevistados mais adequados a nossa pesquisa (SEIDMAN, 1991).

Dentre os 65 médicos que trabalham em Ceres, escolhemos 20 para entrevistar. A definição do quantitativo foi aleatória, pois acreditamos que, por meio desses 20 entrevistados, conseguiríamos obter as informações que procurávamos. Porém, a escolha dos mesmos foi intencional e obedeceu aos seguintes critérios: ser proprietário de hospital ou clínica, morar na região há mais de vinte anos ou ser pioneiro ou descendente dele. Acreditamos que os médicos que se enquadrassem em pelo menos um desses critérios poderiam contribuir de forma significativa para o esclarecimento do processo de formação e consolidação do *cluster* de saúde de Ceres. Em função dessa amostra, criamos quatro categorias de roteiros para entrevistas: 1. Pioneiros; 2. Empresários–Hospitais; 3. Empresários–Clínicas; 4. Profissionais autônomos.

Segue no quadro da figura 3 a relação dos médicos entrevistados, com as categorias em que foram enquadrados e os códigos pelo qual foram tratados durante a pesquisa.

ENTREVISTADO	CATEGORIA	Código
1 – Eudméa Hassel Mendes da Silva	Pioneiro	EP1
2 - Jair Dinoah de Araújo	Pioneiro	EP2
3 – Fernando Bezerra de Albuquerque	Empresário - Hospital	EE1
4 - Silas Fernandes Avelar	Empresário - Hospital	EE2
5 - Ernane Martins Moulin	Empresário - Hospital	EE3
6 - Moacir Tyrone Guimarães	Empresário - Hospital	EE4
7 - Bráulio Brandão Rêgo	Empresário - Hospital	EE5
8 - Fernando Alves Serafim	Empresário - Hospital	EE6
9 - Antônio Araújo	Empresário - Clínica	EC1
10 - Cláudio Campos Borges	Empresário - Clínica	EC2
11 - Édson Carvalho	Empresário - Clínica	EC3
12 - Paulo Moreira Melo	Empresário – Clínica	EC4
13 – João Alves Diniz	Empresário – Clínica	EC5
14 - Luiz Roberto Andrade Araújo	Empresário – Clínica	EC6
15 - Rivaldo Ferreira Rêgo	Profissional Autônomo	EA1
16 - Maria Esther A.Vilela	Profissional Autônomo	EA2
17 - Fernando Corso	Profissional Autônomo	EA3
18 - Sônia Maria Fregonesi	Profissional Autônomo	EA4
19 - Francisco Hassel Mendes da Silva	Profissional Autônomo	EA5
20 - Hélio Albino da Silva	Profissional Autônomo	EA6

Figura 3 – Quadro com a relação dos médicos entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor da dissertação

Segundo Miles e Huberman (1994), as amostras numa pesquisa qualitativa tendem a ser mais vantajosas quando não são randômicas, pois assim podem atender aos seus propósitos. Isso se deve ao fato de os processos sociais apresentarem uma lógica e coerência próprias, de tal forma que uma amostra aleatória pode interferir na capacidade de uma boa interpretação dos dados.

As entrevistas foram do tipo semi-estruturada, em que elaboramos roteiros preestabelecidos, com questões abertas. Segundo Miles e Huberman (1994), os roteiros devem estar limitados ao que o pesquisador pretende obter, evitando questões muito amplas que gerem informações desnecessárias. Como toda entrevista começa com um ambiente de incerteza e insegurança, em todos os roteiros, iniciamos com uma pergunta de Rapport, para criar uma atmosfera de harmonia, interesse pelo assunto, simpatia e confiança, permitindo que o entrevistado se sentisse mais à vontade para responder as questões (TRIVINOS, 1987; SEIDMAN, 1991). A pergunta de *Rapport* criou uma atmosfera tão emotiva nas entrevistas, que um dos entrevistados chorou ao se lembrar das dificuldades enfrentadas no início da sua carreira em Ceres.

Optamos por registrar as entrevistas com o uso de gravadores, com o consentimento dos entrevistados, pois assim pudemos melhor captar as respostas e realizar o trabalho de análise com maior eficiência (SEIDMAN, 1991; YIN, 2001). Em todas as entrevistas foram permitidas gravações, com exceção da primeira. As entrevistas tiveram uma duração média de 45 minutos e, geralmente, aconteceram nos consultórios dos próprios médicos.

Como o nosso objetivo era identificar os fatores propulsores da formação e da expansão do aglomerado de saúde de Ceres, elaboramos quatro roteiros de entrevistas, conforme os critérios anteriormente estabelecidos. O primeiro tipo de roteiro foi direcionado aos médicos pioneiros e proprietários dos primeiros hospitais particulares da região do Vale do São Patrício, Dr. Jair Dinoah de Araújo e Dr. Domingo Mendes da Silva. Além da pergunta de *Rapport*, esse roteiro continha perguntas que exploravam o período da formação da CANG e dos primeiros hospitais de Ceres, mas também perguntas sobre o período de expansão (APÊNDICE A).

Por motivo de saúde, o Dr. Domingos, que seria o primeiro entrevistado, ficou impossibilitado de nos conceder uma entrevista e, por isso, entrevistamos a sua esposa e companheira na trajetória de vida em Ceres, D. Eudméa Hassel Mendes

da Silva. O contato para a entrevista foi feito por meio de seu filho Eugênio, que a convenceu a conceder a entrevista. A primeira entrevistada não concordou em gravar a conversa. Fizemos anotações das informações fornecidas por D. Eudméa. Apesar da grande contribuição de D. Eudméa, foi uma perda muito grande para este trabalho não poder entrevistar o Dr. Domingos, pois foi um personagem muito importante na história de Ceres. Além de sujeito de estórias folclóricas, construir o primeiro hospital privado da região e a Escola de Enfermagem, foi um político muito ativo, sendo o primeiro prefeito eleito de Ceres e deputado estadual.

O segundo entrevistado foi o Dr. Jair Dinoah de Araújo, o primeiro médico a chegar a Ceres e que construiu o Hospital da Colônia, hoje Hospital São Pio X. O contato para a entrevista foi feito por seu filho Luiz Roberto, com o qual tivemos uma conversa preliminar sobre o nosso estudo, explicando o seu teor e o da entrevista. Ele gostou tanto da idéia que até contratou um profissional para filmar a entrevista com seu pai. Essa entrevista foi como uma volta no tempo e reviver a história de Ceres. Ele fez um relato muito detalhado da formação da CANG, do hospital da colônia e dos primeiros hospitais privados.

O segundo tipo de roteiro de entrevistas foi direcionado aos médicos proprietários de hospital. Além da pergunta de *Rapport*, esse roteiro continha, num primeiro bloco, perguntas que exploravam a formação dos primeiros hospitais de Ceres e sobre os fatores de expansão do aglomerado. No segundo bloco, abordamos as redes de relacionamentos e as perspectivas futuras do setor em Ceres (APÊNDICE B).

Planejamos entrevistar um proprietário de cada hospital de Ceres, num total de sete entrevistas. Porém, só conseguimos entrevistar seis dos empresários donos de hospitais. Houve alguma dificuldade de se conseguir um tempo disponível para entrevistá-los, pois, além de administrar seus hospitais, eles atuam como médicos. Esse médico-empresário que ficou sem ser entrevistado não faz parte do grupo dos mais antigos profissionais de Ceres e não poderia ter dados significativos que

interferissem no resultado da pesquisa. Ele não foi entrevistado por ter se mostrado indisponível para a realização da entrevista.

Em Ceres, existem dez hospitais, nove privados e um beneficente (Hospital Pio X). A expectativa era de sete entrevistas com empresários – foram realizadas seis - e mais os dois pioneiros, totalizando os nove hospitais privados. A história do Hospital Pio X foi levantada com depoimentos dos pioneiros, de médicos que trabalham nele e via levantamento documental.

O terceiro tipo de roteiro foi elaborado para os médicos empresários proprietários de clínicas médicas. Além da pergunta de *Rapport*, esse roteiro continha, num primeiro bloco, perguntas que exploravam a formação da estrutura de saúde de Ceres, os fatores de expansão do aglomerado e o motivo que os levou a montarem suas clínicas. Da mesma forma que no roteiro anterior, no segundo bloco, abordamos as redes de relacionamentos e as perspectivas futuras do setor em Ceres (APÊNDICE C).

Planejamos entrevistar cinco médicos-empresários proprietários de clínicas, porém, como não conseguimos entrevistar um dos médicos proprietários de hospital, entrevistamos mais um dos médicos proprietários de clínicas, totalizando seis entrevistados nessa categoria. A quantidade de entrevistados foi aleatória, mas o critério de seleção está relacionado aos já citados anteriormente. Nesse grupo, incluímos o Dr. Luiz Roberto Andrade Araújo, filho do médico pioneiro Dr. Jair, que nasceu em Ceres. Ele contribuiu enquanto proprietário de clínica, mas nos ajudou muito, relatando a personalidade do seu pai e sua história em Ceres.

O quarto e último tipo de roteiro foi elaborado para os médicos autônomos, aqueles que não eram sócios de clínicas ou hospitais. Essa denominação se deve ao fato de eles trabalharem em consultórios dentro dos hospitais sem terem vínculos empregatícios e pagarem os empregados que lhe prestam serviços como auxiliares de consultório e secretárias. Além da pergunta de *Rapport*, esse roteiro continha, num primeiro bloco, perguntas que exploravam a formação da estrutura

de saúde de Ceres e os fatores de expansão do aglomerado. No segundo bloco, abordamos as redes de relacionamentos e as perspectivas futuras do setor em Ceres (APÊNDICE D).

Planejamos entrevistar seis médicos autônomos e conseguimos realizá-las na sua totalidade. Da mesma forma que os proprietários de hospitais, tivemos dificuldades em agendar as entrevistas, pois trabalham em mais de um hospital ou para a prefeitura em postos de saúde, nos turnos matutinos e vespertinos, e alguns até no noturno, nas emergências. A quantidade de entrevistados foi aleatória, mas o critério de seleção está relacionado aos já citados anteriormente.

As entrevistas geraram aproximadamente 15 horas de gravação e 170 páginas transcritas, para que pudéssemos iniciar o processo de descrição do caso e análise dos dados. Essa fase será detalhada no item seguinte.

3.4 Análise dos dados

Segundo Yin (2001, p.134), “a melhor preparação para conduzir um estudo de caso é ter uma estratégia analítica geral”. Uma das estratégias apresentada por esse autor é a descrição do caso. Para Eiserahardt (1989), a descrição detalhada do caso deve ser a primeira etapa do processo de análise dos dados coletados. Para Miles e Huberman (1994), a partir dos dados qualitativos coletados, podem-se verificar as ligações dos eventos ao longo do tempo devido a uma detalhada descrição do caso, que permite boas explicações do fenômeno em estudo.

A partir das transcrições das entrevistas, realizamos o tratamento dos dados por meio da integração das mesmas por grupo de roteiro. Em outras palavras, o trabalho consistiu da aglutinação das respostas dos médicos com o mesmo roteiro. A partir daí, selecionamos e retiramos os trechos dos depoimentos que

interessavam à pesquisa. Após a aglutinação e seleção dos depoimentos mais significativos, iniciamos a descrição do caso. Foi nessa fase que fizemos a identificação da frequência com que os fatores ou aspectos da teoria sobre *cluster* e sobre redes de relacionamentos que influenciavam a formação e expansão dos *clusters*.

A figura 4 , ilustra as três fases adotadas para chegamos à descrição do caso.

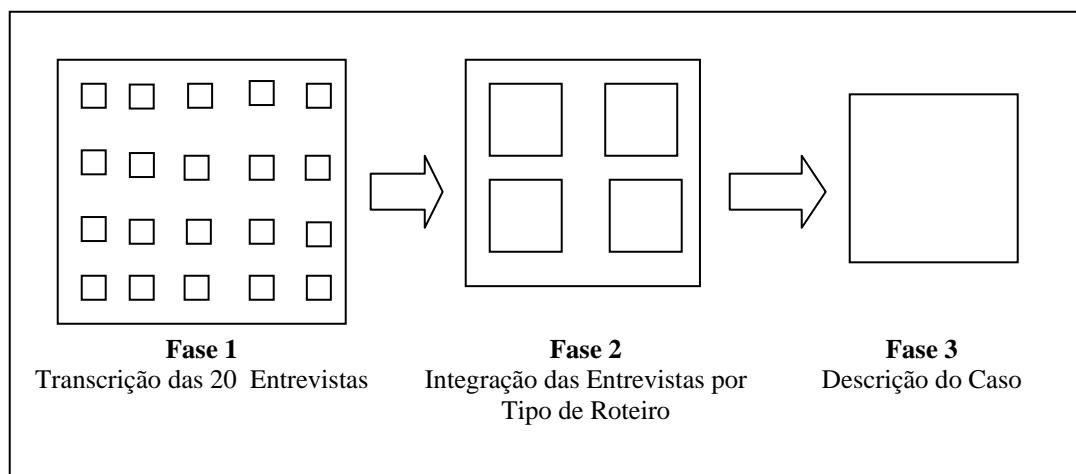


Figura 4 - Fases das entrevistas até descrição do caso

Fonte - ARAÚJO (2004), adaptado pelo autor da dissertação

A descrição do caso começou com um relato detalhado da história de Ceres, desde a formação da CANG, passando por uma breve biografia da vida de Bernardo Sayão. Esse relato serviu de base para entendermos a origem da formação do *cluster* de saúde de Ceres, uma vez que ele surgiu do Hospital da CANG, fundado na administração de Bernardo Sayão. Em seguida, descrevemos a história da rede hospitalar de Ceres, desde um breve histórico de vida do Dr. Jair, a sua chegada à Colônia Agrícola, a construção do Hospital da Colônia, a transferência do referido hospital das mãos do governo federal para a igreja católica, a fundação do primeiro hospital privado do Dr. Domingos até a fundação do último hospital em Ceres, que foi o Centro de Diagnóstico e Cirurgia - CDC –,

do Dr. Munzer Khayat Doumit, passando pela fundação da Associação Médica de Ceres e da UNIMED – Vale do São Patrício.

Em seguida, fizemos um levantamento da estrutura física e humana da rede de saúde de Ceres, compilando dados e informações concedidas pela Secretaria Estadual de Saúde – Agência Regional de Saúde – Ceres (GO) (2002) e Secretaria Municipal de Ceres (2004). Além desse levantamento, realizamos uma pesquisa de campo para identificar a quantidade e a variedade de especialidades médicas existentes no setor em Ceres. Esses dados serviram para evidenciar a existência de uma quantidade e variedade muito significativa de organizações e profissionais especializados no setor de saúde no município de Ceres.

Para reforçar os dados anteriores, retiramos indicadores, como número de leitos / habitantes e número de médicos / habitantes, quantidade de equipamentos de diagnóstico, do estado de Goiás, do estado de São Paulo, do Brasil, e de Ceres, demonstrados por órgãos governamentais como Sistema Único de Saúde – SUS- do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE- e elaboramos outros a partir de dados desses referidos órgãos e por meio de pesquisa de campo. Esses indicadores dão evidências da capacidade e complexidade da estrutura de saúde de Ceres.

O passo seguinte foi tentar comprovar que em Ceres há um *cluster* de saúde. Para esse fim, utilizamos algumas metodologias encontradas na literatura para identificar e mapear o *cluster* de saúde de Ceres. Segundo alguns autores como Leveen (1998), Amato Neto (2000), Shaver e Flyer (2000), Debiasi (2001), Britto e Albuquerque(2002), não existe uma metodologia única ou um padrão para identificação de um *cluster*. Por isso, utilizamos uma combinação de métodos como: um quantitativo, quociente locacional⁷ (*location quocients*) e dois qualitativos (entrevistas/pesquisas de campo). Foi utilizada também, para identificar a aglomeração de saúde de Ceres como um *cluster*, a abordagem de

⁷ Está detalhado na descrição do caso.

Porter (2002), pelo que ele chama de *Sistema Diamante*⁸, correlacionando e descrevendo detalhadamente cada parte desse sistema com o fenômeno em estudo.

Após a descrição do caso, buscamos levantar na literatura fatores que fossem identificados como propulsores da formação de um *cluster*, como também fatores capazes de determinar a expansão de um *cluster*. Para uma melhor compreensão dos impactos desses fatores sobre o *cluster* de saúde de Ceres, dividimos a análise de dados em três partes: primeiramente, os fatores relacionados à formação ou origem de um *cluster* encontrados na literatura e o seu percentual achados no levantamento feito nas respostas dos entrevistados.

Depois, uma tabela com os fatores relacionados à expansão de um *cluster* identificados na literatura e o percentual deles reconhecidos no levantamento feito nas respostas dos entrevistados.

Por último, um quadro com os fatores relacionados às redes de relacionamentos num *cluster* encontrados na literatura e o seu percentual no levantamento feito nas respostas dos entrevistados.

Nesta última parte, além do quadro, elaboramos um gráfico a partir de uma pesquisa de campo realizada por nós, demonstrando qual a origem dos médicos de Ceres e como se dão os seus vínculos sociais / profissionais.

Em cada uma dessas três partes, fizemos uma análise comparando os percentuais encontrados com os fatores identificados na literatura, de forma interativa, em busca de referências sólidas para dar suporte aos quadros elaborados (EISENHARDT, 1989; MILES e HUBERMAN, 1994).

Dessa forma, com base nos dados coletados nas entrevistas, no levantamento documental e na observação, realizamos a análise do caso em estudo,

⁸ Está detalhado na descrição do caso.

identificando a existência de um *cluster* de saúde em Ceres e, principalmente, os fatores propulsores da sua origem e expansão. No capítulo seguinte apresentamos a descrição e a análise do aglomerado de saúde de Ceres.

4 DESCRIÇÃO DO CASO

Nesta parte, iniciamos, no capítulo 4, por resgatar o histórico de Ceres a partir da criação da CANG. A fundação da CANG representou o esforço governamental no sentido de povoar o interior do País e aumentar as áreas cultivadas, e foi determinante para iniciar o processo de formação do *cluster* de saúde. Nesse processo, Bernardo Sayão representou um dos personagens mais importantes e, por isso, relatamos um pouco da sua história.

A seguir, detalhamos a origem, o processo de expansão e a atual estrutura das organizações de saúde em Ceres. Por fim, ainda no capítulo 4, elaboramos, utilizando o método do coeficiente locacional, a identificação e o mapeamento do *cluster* de saúde de Ceres.

4.1 Histórico de Ceres : a colônia agrícola nacional de Goiás como origem

Em 1941, a Europa vivia a Segunda Grande Guerra Mundial, e o Brasil, o auge do Estado Novo do presidente Getúlio Vargas. Foi nesse contexto conturbado de guerra, que foi adotada uma política de colonização do interior do País pelo Presidente Getúlio Vargas. Essa política recebeu o nome de *Marcha para o Oeste*, cujo objetivo principal era o de ocupar o espaço oeste do País, até então pouco povoado ou praticamente vazio (REVISTA DA ACICER,2000 ; CAPOZZOLI, 2003).

Como estratégia para efetivação da *Marcha para o Oeste*, o Governo resolveu implantar colônias agrícolas para atrair as pessoas do litoral para o interior. O objetivo era incentivar agricultores do Brasil inteiro para ocuparem espaços no interior do País e iniciar uma agricultura moderna. Oitos estados foram escolhidos

como fronteiras agrícolas para implantação das colônias: Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Goiás, Território de Ponta Porã (hoje Mato-Grosso), Paraná e Minas Gerais. A CANG foi a primeira delas a ser instalada (REVISTA DA ACICER,2000 ; FILHO ,MENDONÇA e PIMENTEL, 2002).

A *Marcha para o Oeste* se tornou objeto de muita propaganda e discussão, porém quem teria coragem de sair do litoral e desbravar o interior? Conforme relatado por Aranha (2001), Luiz Simões Lopes, Oficial-de-Gabinete do Presidente e seu amigo, lembrou-se do colega de infância e adolescência, o engenheiro agrônomo Bernardo Sayão Carvalho Araújo e o indicou a Getúlio Vargas. O Presidente já conhecia Dr. João Carvalho Araújo, Diretor da Estrada de Ferro Central do Brasil na gestão Arthur Bernardes e quis conhecer o seu filho (ARANHA, 2001).

O encontro de Bernardo Sayão com o Presidente Getúlio Vargas é bem relatado por sua filha.

Foi marcada entrevista, num dia em que a agenda estava toda tomada. Papai deveria entrar no horário entre dois ministros com 10 minutos para as credenciais e exposição do plano. Levava debaixo dos braços os seus mapas, minuciosamente assinalados, seus planos, fortemente traçados. Espalhou tudo sobre a mesa da Presidência e falou. Falou, em vez de 10 minutos, mais de uma hora. Um vínculo de simpatia ligou-o, reciprocamente, a Getúlio. A nomeação veio logo: Administrador da Colônia Agrícola Nacional de Goiás (SAYÃO, 1984, p.53).

A criação oficial da CANG , na região centro-oeste, estado de Goiás, se deu em 19 de fevereiro de 1941, por meio do decreto 6.882, do Presidente Getúlio Vargas. (ARANHA, 2001).

Bernardo Sayão, juntamente com Oliveira Marques, Eduardo Cláudio, Luiz Honório Ferreira e Luiz Caiado de Godoy, compôs uma comissão encarregada de escolher o lugar da CANG. Partiram de Anápolis para Jaraguá no dia 06 de abril de 1941, por uma estrada abandonada. Segundo o relato de Sayão (1984), em Jaraguá, contaram com a ajuda do prefeito Antônio de Castro. Saíram num Ford-29 em direção a Castrinópolis, e , em função das chuvas torrenciais, tiveram de

deixar o carro e seguir a pé 10 km até o local da hospedagem providenciada pelo prefeito de Jaraguá. No dia seguinte, chegaram montados em animais até as barrancas do rio das Almas. Na margem esquerda estava a mata de São Patrício. O local estava escolhido (SAYÃO, 1984).

Em carta às filhas, Bernardo Sayão dizia que a sede da colônia um dia seria uma grande cidade, com cinema, sorveteria, colégios, hospitais, piscinas e tudo de mais moderno (ARANHA, 2001).

Bernardo Sayão ficou tão encantado, que retornou ao Rio de Janeiro para contrair segundas núpcias com a amazonense Hilda Fantonelle Cabral, e mudar de vez para Goiás. No seu retorno, chegou a Anápolis para pernoitar, porém todos os hotéis estavam lotados. Rodando pela cidade, viu um hospital muito bonito e se fez de doente para poder conseguir um lugar para passar a noite. Foi assim que Bernardo Sayão conheceu Dr. James Fanstone no Hospital Evangélico Goiano - HEG - e se tornaram amigos (SAYÃO, 1984).

Com o seu retorno também começaram a chegar os materiais para a CANG e para a construção da rodovia de acesso, aproveitando o traçado da estrada improvisada, existente anteriormente. A ordem era avançar, avançar, não se importando com horário, regulamentos ou burocracia, nem o padrão técnico de engenharia no momento. A rodovia que saía de Anápolis passava por Jaraguá, pela CANG e seguia para o Norte foi chamada de Transbrasileira por Bernardo Sayão. Quando percebia que a ação dos agrimensores retardava o serviço, resolvia na *raça*, tocando a olho nu, apontando o caminho. Daí surgiu o título de *O Homem das Estradas* conferido pelo povo da região (SAYÃO, 1984).

Com a instalação da CANG, em 1941, diversos colonos, vindos de todos os lugares do Brasil, puderam adquirir, por meio de requerimento no escritório da CANG, um lote de 30 hectares de terra. Dos colonos era exigido que plantassem e cultivassem toda a terra, mas podiam ficar com o total da produção. O lote não poderia ser negociado, nem trocado. Eles ganhavam ferramentas, casa popular,

sementes e todo auxílio necessário. Além disso, contavam com escola, atendimento hospitalar gratuita e oficina para reparos nos equipamentos. De Anápolis para a Colônia eram 142 km de estrada de cascalho pronto e bem conservada. Como decorrência disso, a CANG já tinha uma população superior a 10.000 pessoas em 1947 (ARANHA, 2001). Em 1950, a população da CANG já era de quase 30.000 pessoas, sendo 93% deles na zona rural (REVISTA DA ACICER,2000).

Avesso à burocracia, Bernardo Sayão queria ver resultados, não se importando com procedimentos oficiais para uso das verbas disponíveis. Se havia dinheiro para comprar óleo diesel, mas a necessidade era por sementes, ele mandava comprar sementes (REVISTA DA ACICER,2000).

No final do governo de Gaspar Dutra, em 1949, ele foi afastado e exonerado do cargo de administrador da colônia, acusado de irregularidades administrativas. No entanto, nada foi provado contra ele. O episódio da exoneração de Bernardo Sayão nunca foi totalmente esclarecido. Especula-se que interesses políticos determinaram seu afastamento (REVISTA DA ACICER,2000).

O município de Ceres, desmembrado do município de Goiás, foi criado em 04 de setembro de 1953. O nome Ceres foi dado pelo administrador e implantador da CANG, Bernardo Sayão, cujo significado, de origem greco-romana, é deusa da agricultura ou deusa dos cereais, aquela que fornecia alimentos para os povos. Em 13 de novembro de 1953, foi criada a comarca de Ceres, com jurisdição sobre o território do distrito de mesmo nome (ARANHA, 2001).

Para substituir Bernardo Sayão, veio o baiano Datis Lima de Oliveira, funcionário de carreira do Ministério da Agricultura, que havia administrado a Colônia Agrícola nacional do Pará, de 1947 a 1950. Ele ficou de 1950 até a emancipação em 1955

como administrador da colônia, porém ficou morando em Ceres⁹ até 1959 (REVISTA DA ACICER,2000).

A CANG só foi emancipada em 25 de maio de 1955, pelo Decreto n. 37.388 do Presidente João Café Filho. Nesse processo todo, ocorreu um fato inusitado. O município de Ceres foi criado antes da emancipação da colônia. Assim, na cidade existiam dois administradores, um do governo federal responsável pela CANG e outro nomeado pelo governo do estado, responsável pelo município. O primeiro prefeito eleito foi o Dr. Domingos Mendes da Silva, em 1954 (REVISTA DA ACICER,2000; ARANHA, 2001).

A emancipação foi vista por muitos como prematura, pois a Colônia era custeada pelo governo federal. As escolas, a saúde,o hospital, a urbanização e as estradas vicinais ainda precisavam de investimentos, e a nova prefeitura não tinha recursos próprios para custear essas despesas (REVISTA DA ACICER,2000).

A despeito dos problemas enfrentados por Bernardo Sayão, ele foi um personagem fundamental na implantação da CANG e para a criação do município de Ceres, o que nos obriga a detalhar, um pouco, a história desse pioneiro / desbravador¹⁰.

4.2 Bernardo Sayão – “ O bandeirante”

No dia 18 de junho de 1901, nascia, na cidade do Rio de Janeiro, no bairro da Tijuca, Bernardo Sayão Carvalho de Araújo, cujo nome foi uma homenagem feita por seus pais à *Ordem de São Bernardo*. Desde cedo, demonstrou interesse pelas plantas, sementes e animais. Em 1920, sua acentuada predileção pela

⁹ O município de Ceres localizava-se no mesmo espaço geográfico da CANG.

¹⁰ No ANEXO A , algumas histórias folclóricas sobre Bernardo Sayão.

agronomia o levou a matricular-se na Escola de Agronomia Luiz de Queiroz, em Piracicaba-SP e a formar-se engenheiro agrônomo em 1923 na Escola Superior de Agronomia e Medicina Veterinária de Belo Horizonte (MG) (SAYÃO, 1984).

Casa-se, em Belo Horizonte, no dia 16 de outubro de 1925 com Lygia Pimentel, sua primeira esposa e foram morar numa fazenda de café no Paraná, que tocava junto com seu cunhado. Segundo Sayão (1984), uma geada no Paraná, ocasionando um grande prejuízo, faz com que Bernardo Sayão resolva vender a sua parte da fazenda a seu cunhado e mudar-se para o Rio de Janeiro. Foi trabalhar no Departamento de Café do Ministério da Agricultura. Comprou uma fazenda no estado do Rio de Janeiro, perto de Miguel Pereira, região montanhosa, de bom clima, com cachoeira, que chamou de *Ribeirão das Flores* (SAYÃO, 1984).

Bernardo Sayão gostava do convívio com a natureza, principalmente de banhos de rio, de aventuras e de fazer exercícios. Era sócio do clube Botafogo de Futebol e Regatas, onde era remador com muitas premiações. (SAYÃO, 1984). Em 1935, morre Lygia Pimentel e ele fica com duas filhas para cuidar, Laís e Léa Carvalho de Araújo.

Nas férias do inverno de 1939, Bernardo Sayão, com seu espírito irrequieto de aventureiro, resolve conhecer Goiás, cuja nova capital tinha sido construída segundo planos modernos. Ele levou sua irmã Dulce e as duas filhas na aventura (ARANHA, 2001).

Chegando a Goiânia, ficou eufórico. A cidade plana e alinhada lembrava o traçado de Belo Horizonte. Ele disse: “- Vejam que ruas! Examinem as árvores. Já tem muita coisa, e é de muito futuro. Este é um estado rico. Ao norte nem imaginem. Cristais e minérios. Se fizessem estradas, num instante tudo cresceria. Estrada é que traz progresso” (SAYÃO, 1984, p.48). Seguiu para Anápolis e constatou o forte comércio, máquinas agrícolas e grande movimento de cereais. Bernardo

Sayão conversava com muita gente e se informou de tudo sobre a região (SAYÃO, 1984).

Seguiram para o norte até Jaraguá, zona de mata virgem e fazendas antigas. Depois fizeram uma rota para o Rio Araguaia, onde tiveram contato com índios Carajás. De batelão subiram o rio até uma aldeia para conhecer seus costumes e tomar informações sobre o lugar. Ficaram dois dias lá e voltaram para o Rio de Janeiro. Bernardo Sayão tinha tudo registrado em mapas, roteiros de viagem e outras informações. Na escola, suas filhas foram convidadas a mostrar no mapa e a contar a aventura das férias. Elas tiveram uma aula de geografia ao vivo (SAYÃO, 1984).

Além de fundador da CANG, Bernardo Sayão foi um desbravador, um bandeirante moderno em Goiás. Ele construiu várias estradas, inclusive a BR-153, chamada inicialmente por ele de Transbrasileira, depois batizada de Belém-Brasília e, via Decreto-Lei n. 47.763, de 1960, passou a de chamar Rodovia Bernardo Sayão. Além disso, foi vice-governador do estado de Goiás e depois governador, com o afastamento do titular. Foi diretor da Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil – NOVACAP- , nomeado pelo Presidente Juscelino Kubitschek.

Bernardo Sayão morreu no município de Açailândia no Maranhão, quando uma árvore caiu e o galho atingiu o seu escritório - um barracão no meio da mata - durante a construção da Rodovia BR-153 (SAYÃO, 1984). Léa Sayão, sua filha, descreve muito bem a personalidade de Bernardo Sayão: “Era um Engenheiro-Agrônomo, porém gostava era de construir estradas. Espírito irrequieto, amava as aventuras e tinha como distrações: SONHAR e planejar horas a fio, em seu modesto escritório, planos e mais planos” (SAYÃO,1984, p.27).

Segundo sua filha, Bernardo Sayão abria um grande mapa do Brasil sobre a mesa e, com o lápis, enchia-o de rabiscos, cortando-o por quase todos os lados, traçando novas estradas e estudando as regiões, os rios navegáveis. Ficava encabulado com o centro do Brasil: precisava unir o Norte ao Sul do País.



Figura 5 - Ilustração do caráter visionário de Bernardo Sayão

Fonte - SAYÃO (1984, p.507)

4.3 História da rede hospitalar de Ceres

4.3.1 Origem do aglomerado de empresas de saúde em Ceres (GO): os hospitais pioneiros

A história das organizações de saúde em Ceres se inicia com o médico Jair Dinoah de Araújo. Cearense, nascido em Fortaleza, estudou medicina em Recife (PE), onde também prestou serviço militar na época da Segunda Grande Guerra Mundial e aguardava para ir combater na Itália, quando um convite mudou completamente a sua vida.

“Agora quando eu terminei o curso tava com um pé no Brasil pra ir pra Itália, depois eu disse não. Eu chamei o comandante e o capitão e disse: comandante eu vou pra Goiás, eu tinha tido um convite, é uma coisa muito complicada, o capelão do seminário evangélico de Recife era um inglês Foryth, fundador daqui de Ceres também. Então Foryth veio de capelão pro Hospital Evangélico. Nessa época, o Hospital precisava de mais um médico. Então ele escreveu a carta perguntando se eu ia pra Itália ou queria vir pra Goiás” (E P 2).

Dr. Jair era muito amigo do Inglês Foryth, capelão do Seminário Evangélico de Recife, que se mudou para Anápolis, para prestar serviço no HEG. Como no hospital estava faltando médico, Foryth escreveu para Dr. Jair, em novembro de 1943, convidando-o para vir a Goiás. Então, como Dr. Jair costuma contar, decidiu: *em lugar de matar gente na guerra, vou matar mosquito em Goiás*, se referindo à epidemia de febre amarela e malária que grassava, àquela época, no interior do País.

O HEG era dirigido pelo médico James Fanstone, que era amigo de Bernardo Sayão, Administrador da CANG. Devido a uma epidemia na CANG, Bernardo

Sayão procurou o Dr. Fanstone, em Anápolis, para ajudá-lo a identificar a doença e tratá-la. Dr. Fanstone enviou, então, Dr. Jair Dinoah de Araújo à CANG. Ele identificou a epidemia como sendo malária e febre amarela. Isso ocorreu em 1945 e, naquele mesmo ano, Dr. Jair Dinoah de Araújo se muda definitivamente para a CANG, acompanhado de três enfermeiras do HEG.

O primeiro ambulatório funcionava numa casa de madeira com 8 x 6 m , atendia toda a população que se encontrava na colônia, as que estavam chegando e as que moravam na região. Devido à grande migração, a população da CANG crescia muito e, assim, surgiu a necessidade urgente de se construir um hospital. Ainda, em 1945, Sayão e Dr. Jair iniciam a construção do Hospital da Colônia, com verbas do governo federal. Sob a supervisão de Dr. Jair, em 1946, foi inaugurada a primeira etapa do Hospital da CANG, já em condições de realizar até cirurgias. Dr. Jair se tornou então, o primeiro diretor do hospital da colônia. Nesse período, se desfez a parceria da CANG com o HEG. No mesmo ano, iniciava a ampliação que foi concluída em 1950, que funciona até os dias de hoje.

Além do Dr. Jair Dinoah Araújo, entre os médicos pioneiros podemos citar os seguintes doutores que tiveram um período no Hospital da Colônia: Adib Jatene, Álvaro de Melo, Domingos Mendes da Silva, Florival Montenegro, Isaac Barreto Ribeiro, Odyberto Eduardo Foz Monicci, Osvaldo Augusto Curado Fleury, Vanderlei Dutra e Luiz Amazonas. Desses, apenas Dr. Domingos, Dr. Jair e Dr. Odyberto se fixaram de maneira permanente em Ceres. A equipe ainda contava com João Schetini – farmacêutico, Alice Gallia, Elza Amaral, Raquel de Castro Dutra, Giselda Cury, Ester Izabel Sakai, Floripe de Souza Ortega – todas enfermeiras, Rosalina Divina Teles – laboratorista e Maria Seluta – auxiliar (ARANHA, 2001).

Em 1947, o movimento na colônia era muito grande. Então Dr. Jair resolveu convidar o seu colega de turma , Dr. Álvaro de Melo, para ajuda-lo nos atendimentos. Entretanto, nesse mesmo ano, Dr. Álvaro de Melo morreu afogado no Rio das Almas.

Em outubro de 1948, o Dr. James Fanstone, do HEG, estimula o Dr. Domingos Mendes da Silva a visitar a CANG. Seu objetivo era fortalecer o corpo clínico do hospital da colônia em função do aumento do número de habitantes na região. Em 1949, Dr. Domingos mudou-se definitivamente para a CANG, onde trabalhou no hospital da colônia até 1951, ano em que saiu para montar o Hospital das Clínicas Centro Goiano, o primeiro hospital privado da região do Vale do São Patrício. De acordo com um entrevistado,

“Dr. Domingos veio pela primeira vez a CANG em outubro de 1948 a convite de Dr. Bernardo Sayão, indicado por Dr. James Fanstone, médico do Hospital Evangélico de Anápolis, amigo de Dr. Bernardo Sayão. O convite veio devido ao surgimento de uma vaga no hospital da colônia com a morte de Dr. Álvaro de Melo e pela vontade de Dr. Domingos de ir morar no interior do País. Em dezembro de 1948, casa-se com D. Eudméa e mudou-se definitivamente para a CANG em janeiro de 1949” (E P 1).

Segundo os entrevistados, a saída de Dr. Domingos se deu pelo motivo do afastamento do amigo, Bernardo Sayão, da administração da CANG e por não concordar com a forma de trabalhar do seu substituto. A demanda por atendimento de saúde era muito grande na região, e a sua área de abrangência chegava até o sul do Pará, Maranhão, Norte Goiano - hoje Tocantins- e Bahia.

O Hospital das Clínicas Centro Goiano foi criado como um hospital de vocação generalista, atendendo todos os tipos de doenças. Dr. Domingos teve um papel muito importante no desenvolvimento do aglomerado de saúde de Ceres, pois foi um aglutinador dos médicos da cidade, assim como buscava aprimorar os serviços médicos. Ele montou o primeiro serviço de radiologia, surgindo, então, em Ceres, a utilização de diagnósticos baseada em exames complementares. Em 1956, foi fundada, também por Dr. Domingos Mendes da Silva, a Escola de Auxiliar de Enfermagem no Hospital das Clínicas Centro Goiano, como uma forma de capacitar profissionais de saúde para auxiliar a grande demanda por serviços hospitalares. Em 1974, foi transformada em Escola Técnica de Enfermagem,

ambas com autorização de funcionamento do governo federal. Nas palavras do filho de Dr. Domingos, também médico na cidade,

“[...] meu pai tem uma importância muito grande porque ele criou uma escola técnica de enfermagem aqui no nosso hospital. É um outro fator de atração muito grande, pois vinham alunos de todo o Brasil para fazer o curso de técnico de enfermagem aqui, que era um curso reconhecido pelo Ministério da Educação, era um curso autorizado e vinham meninas do Brasil inteiro fazer curso aqui, com esse curso nessa área carente demais[...]” (E A 5)

Além dessas contribuições para o setor de saúde de Ceres, Dr. Domingos foi o primeiro prefeito eleito de Ceres (1955-1959), deputado estadual (1962-1966), fundador de escolas estaduais e municipais, Lions, Maçonaria, Cia. Hidroelétrica São Patrício, Igreja Batista entre outras entidades (ARANHA, 2001). Por ser uma pessoa muito carismática na região, se tornou personagem de histórias folclóricas, como a que relata quando foi chamado para atender pessoas acidentadas numa rodovia perto de Ceres. Eram muitas pessoas entre machucados e mortos. Assim, ele foi separando e diagnosticando entre mortos e vivos. Foi quando examinou um homem e o declarou morto a seus ajudantes. Quando os ajudantes pegaram o homem para juntá-lo no lado dos mortos, ele começou a gemer dizendo-se vivo. Um dos ajudantes declarou ao acidentado - Você está morto! Quer saber mais que Dr. Domingos?

Em 1955, a CANG foi emancipada¹¹, e o Hospital da Colônia foi entregue à Igreja Católica / Diocese de Goiás - GO¹². A partir de 1º de janeiro de 1956, foi constituída uma associação com o objetivo de gerenciar o hospital da colônia. A gestão ficou a cargo das Irmãs dominicanas do Santo Rosário. Assim o hospital da CANG passou a se chamar Hospital São Pio X. O objetivo inicial era de prestar

¹¹ Vale lembrar que nesta época já existia o município de Ceres localizado no mesmo espaço geográfico da CANG. Efetivamente a emancipação significou a união da administração, ou seja, o Prefeito eleito, no caso o Dr. Domingos Mendes da Silva, seria o responsável pela administração municipal, incluindo a CANG, e extinguindo-se a figura do administrador da colônia indicado pelo governo federal.

¹² A diocese de Goiás é uma circunscrição eclesiástica cuja sede é a Cidade de Goiás (Goiás Velho). A cidade de Ceres pertence a essa diocese

assistência de saúde à população da região. O Hospital São Pio X foi a porta de entrada de quase todos os médicos que chegaram a Ceres.

No início da década de setenta, devido a queixas da população quanto à forma de gerenciar o hospital, D. Tomás Balduino, o bispo da Diocese de Goiás, destituiu as freiras da gestão do Hospital São Pio X e nomeou outras pessoas. As pessoas pobres se queixaram que existia preferência e diferença de qualidade, quanto a quem podia e não podia pagar atendimento médico. A nova gestão tinha como proposta o atendimento voltado para a população pobre, ou seja, tornar realmente o Hospital São Pio X uma entidade filantrópica. Essa mudança de filosofia se deve à influência de alguns médicos da época, com o apoio de D. Tomás Balduino, que eram muito ligados a ideais de saúde pública, justiça social, cidadania e trabalhos comunitários. Os médicos que trabalhavam no hospital já haviam desenvolvido trabalhos de assistência de saúde até em tribos indígenas na Amazônia e Mato Grosso. Segundo um entrevistado,

“D. Tomás em 1974 deu uma catracada que partiu da comunidade, pois tinha prioridade dos particulares, o pessoal fez uma assembléia aqui, chamou ele e deu uma catracada, o pessoal da Igreja Católica, aí juntou o pessoal muito ligado ao culto do evangelho, não a turma da cidade que estava sendo bem tratada aqui, mas os pobres estavam muito revoltados, porque eles eram muito maltratados... Meu dilema para escolher minha vida foi essa, porque eu tinha sido operário e eu achei que tinha que devolver aos pobres o que eu aprendi, eu achava que eu ganhei a faculdade toda do governo, faculdade federal, tive uma chance que nenhum operário teve, então minha visão era atender os pobres independente de quem tivesse no poder. É a visão filantrópica” (EC1).

Atualmente, o Hospital São Pio X mantém a sua orientação para a saúde pública. Os seus objetivos, segundo seus documentos oficiais, são: prestar assistência de saúde, desenvolver atividades preventivas, educativas, de formação, de ensino e assistenciais na área de saúde. A Associação São Pio X, mantenedora do hospital, é composta de cidadãos que tenham prestado serviços relevantes à

instituição -sócios beneméritos -, membros da diocese de Goiás, delegados de grupos de comunidades ligadas à igreja católica, APAE, maçonaria, sindicatos e agentes pastorais.

O Hospital São Pio X é portador do Certificado de Fins Filantrópicos, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social , bem como dos títulos de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal (Hospital São Pio X, 2004).

Ao longo de sua existência investiu em atividades assistenciais, porém nunca se descuidou do aspecto preventivo, por entender que a saúde está diretamente ligada às condições de vida e educação de um povo. Sua principal fonte de renda para a manutenção das atividades operacionais origina-se dos serviços prestados ao SUS, do Ministério da Saúde. Porém, recebe doações de organizações não governamentais estrangeiras, principalmente européias, para alguns projetos específicos.

Em função desse compromisso e em parceria com órgãos governamentais e organizações não governamentais estrangeiras, desenvolve ações de relevante penetração social, destacando-se , segundo seu material institucional, vários programas :

o Programa de Assistência , Reabilitação e Integração dos Pacientes de Hanseníase, atingindo vários municípios do Vale de São Patrício, desenvolvido por equipe multidisciplinar do próprio hospital ;

o Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher e Criança, com ênfase na fase reprodutiva, destacando-se as ações no pré-natal, na assistência ao parto humanizado e incentivo ao aleitamento materno. Nessa área, destacam-se as ações de apoio à gravidez na adolescência, cujos índices da região do Vale do São Patrício se tornaram preocupantes. Assim, oferece os seguintes atendimentos: assistência ao pré-natal, assistência ao puerpério, planejamento familiar, acompanhamento de puericultura, programa de aleitamento materno,

programa de prevenção do câncer da mama e ginecológico, assistência ao climatério.

Em função dessas ações, recebeu o reconhecimento de organismos e autoridades nacionais e internacionais e os títulos de :

- ✓ 1º Hospital Amigo da Criança do estado de Goiás e 11º do Brasil ;
- ✓ 1ª Maternidade Segura do estado de Goiás e 4ª do Brasil ;
- ✓ 1º Prêmio *Galba de Araújo* por ações de humanização ao parto-nascimento ;
- ✓ indicação pela Secretaria Estadual de Saúde como 1 das 14 maternidades referência do estado de Goiás.

Programa de Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis com ênfase para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida conhecida no Brasil como AIDS, realizando, desde 1994, ações junto a grupos de risco e nas escolas públicas para jovens e adolescentes, bem como a formação de professores;

criação do Centro de Terapias Naturais, com a produção de medicamentos fitoterápicos que tem como objetivo resgatar o saber popular no conhecimento das plantas medicinais. Essa ação representa uma alternativa à política mercantilista das indústrias farmacêuticas que torna os medicamentos, muitas vezes, inacessíveis à população de baixa renda ;

o trabalho junto à Associação dos Diabéticos do Vale de São Patrício, que desenvolve ações assistenciais e informativas aos portadores de diabetes, proporcionando-lhes uma vivência saudável com sua condição de vida.

Destaca-se, também, o aspecto formador, sendo o palco de estágios hospitalares e ambulatoriais para residentes em ginecologia / obstetrícia da Universidade

Federal de Goiás; enfermeiras obstetras da Universidade Católica de Goiás; auxiliares e técnicos de enfermagem do SENAC; agentes comunitários de saúde; agentes pastorais de saúde e agentes indigenistas.

Oferece ainda formação complementar à profissionais médicos - obstetras e pediatras- que se propõem a exercer atividades em maternidades que adotam práticas humanizadas de assistência à mulher.

Atualmente, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, sedia uma unidade ambulatorial 24 horas, com atendimento nas áreas básicas de ginecologia, obstetrícia, pediatria , ortopedia, cirurgia geral e clínica médica (Material Institucional).

Depois da emancipação da CANG e uma nova gestão assumindo o hospital da colônia / Hospital São Pio X, Dr. Jair saiu para construir o Hospital São Lucas, o segundo hospital privado da região. O Hospital São Lucas foi também fundado como um hospital generalista. Ele convidou dois outros médicos, que já trabalhavam no hospital da colônia, para trabalhar no hospital dele, Dr. Vanderlei Dutra e Dr. Osvaldo Augusto Curado Fleury. Eles permaneceram, contudo, pouco tempo na cidade. Segundo Dr. Jair, era muito difícil a fixação de médicos em Ceres nesse período, pois as condições de trabalho eram precárias. Dr. Jair, em seu depoimento, para ilustrar a dificuldade da época, dizia que só os nordestinos agüentavam porque estavam acostumados a viver com um pedaço de rapadura e um saco de farinha. Ele acredita que, apesar de todas as dificuldades, a grande demanda por serviços médicos, inclusive de outros estados, se devia aos bons serviços prestados pelos profissionais ali instalados.

A partir desse momento, 1954, inicia-se a expansão do serviço de saúde em Ceres, devido à fama de prosperidade que a CANG de Bernardo Sayão obteve e a demanda por esse serviço, existente na região. No centro médico-hospitalar de Ceres, atendiam-se pacientes vindos de todo o norte.

4.3.2 A expansão do aglomerado de empresas de saúde em Ceres (GO): a multiplicação dos hospitais privados

Dois fatores chamaram a atenção durante as entrevistas como importantes para a expansão do serviço de saúde em Ceres, principalmente para o crescimento do número de hospitais. O primeiro deles se deve ao fato de tanto Dr. Jair, quanto Dr. Domingos nunca terem aceito abrir o seu hospital para a entrada de sócios. Assim, quando os médicos que trabalhavam em seus hospitais conseguiam recursos para investimentos de maior porte e manifestavam o desejo de se tornarem empresários do ramo, tanto Dr. Jair, quanto Dr. Domingos os incentivavam a sair e montarem os seus próprios serviços¹³. Dessa forma, o fato de existir uma grande demanda, de os dois médicos pioneiros não aceitarem sócios e incentivarem o empreendedorismo dos colegas de trabalho parece ter contribuído para a expansão do aglomerado desde a sua fase inicial. Segundo um entrevistado, filho de Dr. Jair, também médico na cidade,

“uma das coisas que aconteceram na época, por exemplo, meu pai, Dr. Jair foi o pioneiro, foi uma pessoa muito desprendida de ambição, e também isso aí foi um fator interessante, porque de repente se ele tivesse chegado e falado “o médico aqui sou eu” não ia entrar ninguém, teria criado uma cultura de provincialismo, de reserva de mercado e ele não fez isso, meu pai abriu, o pessoal entrou, aqui no hospital mesmo os médicos chegavam de fora, ele deixava entrar, não tinha problema, ele podia segurar o médico, explorar, mas ele nunca fez, interessante e isso criou uma cultura, eu sempre falo isso. ... O próprio Dr. Moacyr Tyrone, quando chegou aqui, a primeira pessoa que ele procurou foi meu pai, ele podia muito bem ter falado, vamos fazer aqui no hospital um serviço de ortopedia, mas ele falou , é melhor você fazer fora e incentivou ele a fazer. Então, as pessoas foram chegando, tiveram condições de trabalho, tiveram condições de crescer. Isso aí tem dois lados. Nem o Dr. Domingos, nem o meu pai eles não abriram o hospital para sociedade, era fechado, era deles né, mas o cara podia crescer. Isso aí criou essa possibilidade da pessoa ter que sair, isso aí foi um fator, então teve esses dois fatores, o fato

¹³ No jargão médico, montar um serviço quer dizer: montar um hospital ou clínica.

da pessoa poder crescer, você tinha clientela pra isso, e, por outro lado, de não poder ser sócio, então eles tiveram que abrir outros serviços” (E C 6).

Com a saída dos dois pioneiros do hospital da colônia e a sua posterior transformação em Hospital São Pio X, com gestão da igreja católica, muitos outros médicos foram contratados. Alguns apenas trabalharam por um período e foram para outras localidades. Porém, alguns trabalharam durante algum tempo e saíram para montar seus próprios serviços, como hospitais e clínicas. O apoio de Dr. Jair e Dr. Domingos nessa fase parece ter sido de fundamental importância para a expansão do serviço de saúde.

O terceiro hospital privado, tornando-se o quarto hospital da cidade, foi o Hospital São Patrício. Ele foi fundado pelo médico Dr. Fernando Bezerra de Albuquerque, que nasceu em Cedro – Ceará e estudou medicina na Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador-Bahia. Dr. Fernando Albuquerque veio para Goiás por influência de dois colegas de faculdade, que, tendo lido sobre Goiás, como sendo a terra da produção, da fartura, o aconselharam a ir para lá. Ele achou que Goiás seria um *eldorado* e para lá se mudou, em 1961. O projeto inicial era, junto com outros colegas, fundar um hospital. Porém, os colegas não honraram o compromisso e ele foi trabalhar na cidade de Araganã, que hoje é estado do Tocantins. Depois foi para Fazenda Nova (TO), e, por fim, trabalhou na cidade de Goiás (Goiás Velho). Em 1962, as freiras do Hospital São Pio X, o chamaram para vir trabalhar em Ceres.

“Vim pra Ceres a convite das freiras do Hospital São Pio X, exatamente a irmã Olímpia que era superiora do convento que tomava conta do hospital, aliás elas geriram o Hospital São Pio X que era da diocese” (EE 1).

Ele trabalhou no Hospital São Pio X até 1963, quando, por desentendimento com a direção, saiu. Ele foi acolhido pelo Dr. Jair no Hospital São Lucas. Lá montou seu consultório, sem vínculo empregatício, e ficou por dois anos até construir seu próprio serviço, o Hospital São Patrício. No início, com poucos recursos, foi muito

difícil. Depois da construção das instalações, os recursos acabaram. Porém, com o apoio e aval de Dr. Domingos, conseguiu comprar os materiais necessários para o funcionamento das atividades rotineiras de um hospital como remédios, enxoval etc.. O Hospital São Patrício tem vocação generalista, atendendo todos os tipos de doentes. Segundo um entrevistado, o capital para a construção do hospital teve origem em

“recursos próprios, ninguém ajudou, não tive influência. A ajuda que eu tive foi do Dr. Domingos Mendes da Silva, não em dinheiro, ... Eu tinha que comprar remédio, roupa para o hospital e não tinha mais dinheiro e o rapaz que vendia tecido foi lá pedir informação minha, e ele disse: não só você pode vender para ele, se ele não pagar eu pago”(E E 1).

Além do processo de expansão das organizações de saúde iniciado com a fundação do hospital do Dr. Domingos e depois com a do hospital do Dr. Jair, foi criada a Associação Médica Goiás, Regional Ceres, em junho de 1968, segundo sua ata de fundação, tendo como primeiro presidente o Dr. Otaviano José Vieira. Ela surgiu como um local para reuniões sociais e profissionais dos médicos de Ceres e região.

Em 1973, a Associação realizou a 1^o Jornada Médica de Ceres, um congresso em medicina, que tinha como finalidade difundir conhecimento e atualizar os profissionais da área de saúde na região. Essa Jornada acontece todos os anos, até os dias de hoje. Ela conta com a participação de profissionais de todo o País e palestrantes de renome nacional. Esse congresso aborda assuntos de todas as especialidades médicas e outros assuntos de interesse da profissão.

Outro evento muito importante para a sociedade médica de Ceres são os jantares mensais que acontecem na sede da Associação Médica de Ceres. Esse jantar conta com presença maciça dos médicos para uma confraternização entre eles e com as suas famílias. Nos jantares acontecem momentos de descontração e lazer, assim como, troca de conhecimentos técnicos por meio de uma conversa informal entre os participantes ou apresentação de algum médico que está chegando à cidade. Esse encontro mensal na Associação Médica contribui muito

para estreitar os laços de amizade e profissionais entre os médicos, tornando a entidade muito forte. Dr. Jair, o primeiro médico de Ceres, ainda frequenta todos os eventos da Associação Médica, da qual foi um dos fundadores. A sua presença tem uma simbologia muito positiva para todos, pois representa a importância da participação e união de toda a classe. Os depoimentos abaixo dos entrevistados, reforçam a importância da Associação e da Jornada Médica para o setor de saúde de Ceres.

“Eu acho que é importante a Associação Médica de Ceres ter uma entidade com esse perfil na cidade, acho que isso faz parte de uma categoria que se organiza e você vê que é uma categoria que busca ser organizada, procura estar plugada à questão do mercado e certa forma isso ajuda a todos, eu vejo isso é um benefício para todos os colegas de profissão” (E A 3).

“A jornada Médica de Ceres é uma jornada tradicional há mais de 30 anos realizada todo ano, já conhecida no País inteiro, aí sim é puramente ciência, agora nos jantares tem sempre aquela conversa de se encontrar com alguém e conversamos sobre os exames, encaminhamento de pacientes então gira um papo gostoso em torno da medicina e que a gente não fica constrangido porque lá é a casa disso, lá é o lugar de se falar disso” (E A 1).

O quarto hospital privado e o quinto da cidade foi o Hospital Santa Helena. A sua vocação principal era a ginecologia/obstetrícia, apesar de atender outras doenças. Ele foi fundado pelo médico Silas Fernandes Avelar, em 1974. O Dr. Silas nasceu em Iraí (MG) e estudou medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tinha parentes em Goiás e, por isso, em 1964, veio trabalhar no Posto de Saúde na cidade de Rialma¹⁴, que se encontrava abandonado, sem médico.

No ano seguinte, por motivos políticos, Dr Silas perdeu o emprego no Posto de Saúde de Rialma e foi trabalhar no Hospital das Clínicas Centro Goiano em Ceres, a convite de Dr. Domingos, seu proprietário. Almejando progredir, crescer e se

¹⁴ Cidade vizinha a Ceres, separada pelo Rio das Almas.

tornar independente, saiu do Hospital das Clínicas Centro Goiano, em 1974, para fundar o seu próprio serviço. Assim, recebeu apoio do Dr. Domingos para construir seu próprio hospital. Os recursos financeiros vieram em parte da venda de umas terras de herança familiar e o restante de economias do seu trabalho de médico. Todo o dinheiro que sobrava, era usado para comprar material e equipamentos para o futuro hospital e o guardava em casa. Em 1975, convidou o Dr. Fernando Alves, que saiu do Hospital São Lucas, para ser seu sócio com 40% das cotas.

O quinto hospital privado e o sexto de Ceres foi o Hospital Ortopédico. A sua história começa com a fundação do Hospital Maternidade Santo Agostinho, em 1973, pelos médicos Dr. Valter Pereira Melo e Dr. Aquira Sado. Em 1975, eles o venderam para os médicos Dr. Moacir Tyrone Guimarães e Dr. Eurípides de Meneses. Os novos proprietários mudaram o nome para Hospital Ortopédico, assim como a sua atividade deixou de ser uma maternidade para se tornar um hospital de ortopedia e traumatologia, atendendo, inclusive, urgências nessas especialidades.

Dr. Moacir e Dr. Eurípides eram colegas de residência médica, especialização em ortopedia / traumatologia em Goiânia no Hospital das Clínicas da UFG e Hospital Ortopédico de Goiânia e, quando terminaram a especialização, resolveram conhecer Ceres, devido a sua fama de pólo de saúde. Encontraram o Hospital Santo Agostinho à venda e resolveram comprar. Foram incentivados por Dr. Jair para a aquisição, que inclusive os avalizou nos empréstimos que tomaram junto a bancos. Não dispunham de recursos financeiros, mas afirmaram que tinham muita vontade de trabalhar. Venderam alguns bens pessoais e tomaram empréstimos nos bancos do Brasil e Bradesco para darem como entrada de pagamento, e o restante deveriam pagar aos antigos proprietários em duas parcelas, uma com sete meses e a outra sete meses depois da primeira. Liquidaram o débito em um ano.

“Quando estava terminando a residência em 1975, um colega nosso de residência tinha decidido que viria pra Ceres, então quando ele chegou aqui em dezembro procurou uma instalação pra nós trabalharmos aqui. Esse hospital que nós estamos aqui hoje estava à venda, era uma maternidade, ele voltou à Goiânia e procurou os companheiros de residência perguntando quem queria vir trabalhar com ele aqui. Eu decidi a vir trabalhar e estamos aqui desde o finalzinho de 1975 [...] Quando nós chegamos, nós fizemos um negócio no hospital, é até interessante que nem eu e nem ele não tinha dinheiro, tinha vontade de trabalhar, e saímos então à procura de empréstimo no banco, no Bradesco, Banco do Brasil e arrumamos o dinheiro pra fazer a entrada e alguma coisa que nós tínhamos de pessoal, de lote, ou de outras coisas, nós vendemos pra fazer a entrada do hospital e o resto nós combinamos de pagar uma parcela com 7 meses e a outra parcela com mais 7 meses, nós liquidamos o hospital em um ano, nós liquidamos a parte dos vendedores, ficamos devendo ao banco” (EE 4).

O sexto hospital privado e o sétimo hospital de Ceres foi o Hospital Bom Jesus, inaugurado em março de 1975, pelos médicos Dr. Bráulio Brandão Rêgo e pelo Dr. Odyberto Eduardo Foz Monicci. O Hospital Bom Jesus foi fundado com vocação generalista. Dr. Bráulio nasceu em Macaúbas – Bahia e veio, em 1949, com os pais para a CANG em busca de um pedaço de terra. Chegando à colônia, seus pais conseguiram uma gleba de terra na zona rural. Quem ganhasse terra na zona rural não tinha direito de ganhar na zona urbana. Optaram por comprar um terreno urbano em Rialma. Ele era fascinado por matemática e quase estudou engenharia. A opção pela medicina se deu pela vontade de trabalhar e viver no interior. Estudou medicina em Goiânia na Universidade Federal de Goiás - UFG -, concluindo o curso em 1971.

Em 1972, Dr Bráulio foi convidado a trabalhar no Hospital São Pio X, pelo Dr. Odyberto, diretor na época desse hospital. Trabalhou nesse hospital até 1974, quando, por motivos de mudanças na gestão e na ideologia do Hospital São Pio X, resolveu sair. Tinha em mente montar sozinho uma clínica de oftalmologia, sua especialidade. Recebeu muitos convites de trabalho, mas em função de sua experiência e dissabores com a administração do Hospital São Pio X, queria fundar seu próprio serviço. O Dr. Odyberto, que já tinha saído do Hospital São Pio X, o convidou para montarem um hospital juntos. Surgiu, então, o Hospital Bom

Jesus, em 1975. Depois, por motivos particulares, o Dr. Odyberto resolveu ir embora de Ceres e vendeu sua parte para o Dr. Bráulio.

Em 2000, o Hospital Bom Jesus passou por reformas, mudando toda a sua estrutura, inclusive, de atendimentos. Foi construído um prédio em anexo ao já existente, dentro de um padrão moderno de construções hospitalares. Os consultórios médicos ficaram bem separados das internações, inclusive, com entradas diferentes. Em 2002, o Dr. Bráulio vendeu 50% das cotas do Hospital Bom Jesus para sete médicos que já faziam parte do quadro clínico do hospital. Segundo um entrevistado,

“[...] o Dr. Odyberto Eduardo Foz Monicci, na época diretor do Hospital São Pio X, que era comandado pelas irmãs dominicanas, havia me feito um convite para trabalhar aqui, trabalhar no hospital, então eu vim a convite dele trabalhar no Hospital Pio X. Depois, com as mudanças ideológicas que ocorreram naquele próprio hospital, eu me senti como um pássaro fora do ninho, em que a minha estrutura, a minha ideologia não batia com a que estava sendo implantado lá, e então eu comecei a ter dificuldades com a administração. Com isso, o Dr. Odyberto que já tinha deixado a direção do hospital e eu continuei - eu cheguei lá em 1972, isso já foi nos dias de 1974 quando estava mudando a administração e eu sentindo que não ia dar certo, eu procurei logo uma nova opção de trabalho fora do hospital para fugir das normas administrativas e ideológicas que é justamente o que se vê até hoje” (E E 5).

O sétimo hospital privado e o oitavo hospital de Ceres foi o Centro Materno Infantil de Ceres- CEMICE - , inaugurado em 1978, pelos médicos Dr. Ernane Martins Moulin e Dr. Valtércio Alvim Alcântara. O CEMICE foi fundado com vocação pediátrica. Dr. Ernane, médico especialista em pediatria, é capixaba, e afirma não ter tido influencia familiar na escolha da profissão, pois não havia médico na sua família. Resolveu estudar medicina numa conversa com colegas no 2º grau. Estudou medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro e tinha a intenção de ir para o interior do Paraná, sair dos grandes centros. Porém, numa visita a familiares em Brasília, um primo falou muito de Goiás como uma terra promissora,

em desenvolvimento, boa para trabalhar. Seu primo pertencia à Igreja Batista, a mesma do Dr. Domingos. Esse primo o apresentou ao Dr. Domingos, proprietário do Hospital das Clínicas Centro Goiano, que, por coincidência, tinha uma vaga para médico, decorrente da saída do Dr. Silas para fundar seu próprio serviço.

Dr. Ernane, chegou a Ceres para trabalhar no Hospital das Clínicas Centro Goiano em 1973 e atuou até 1977, quando saiu, para, juntamente com Dr. Valtércio, montar seu próprio serviço. Dr. Valtércio, nascido em Rui Barbosa (BA), estudou medicina na Universidade Federal da Bahia -UFBA -, e adotou a pediatria como especialidade. Chegou a Ceres em 1973, para trabalhar no Hospital São Patrício, a convite de Dr. Fernando B. Albuquerque, proprietário do hospital. O convite aconteceu por meio de amigos comuns. Em 1977, devido à falta de condições para o atendimento em pediatria nos hospitais onde trabalhavam, eles saíram para montar uma clínica pediátrica, inaugurada em 1978. Os médicos afirmaram que, apesar de trabalharem em hospitais diferentes, a sociedade entre os dois se realizou pela identidade na especialidade: a pediatria. Mais tarde, se tornou o CEMICE.

O oitavo hospital privado e o nono hospital de Ceres, fundado pelo médico Dr. Fernando Alves Serafim, foi o Instituto Médico de Ceres - IMEC -, inaugurado em 1994. O IMEC foi fundado com vocação generalista. Dr. Fernando Alves é paraibano de Catolé do Rocha e também escolheu a profissão de médico por intuição, pois não tinha nenhum parente médico ou amigo. Estudou medicina na Universidade Federal de Pernambuco e se graduou em 1972. No ano seguinte, numa viagem até o Rio de Janeiro para se inscrever numa residência médica, resolveu parar em Brasília, na casa de um colega. Lá encontrou um amigo médico que mora em Goianésia, que o convidou para passar uns dias nessa cidade.

No final de semana, o amigo de Goianésia o convidou para passear em Ceres, na casa do Dr. Valter Melo. Assim, conheceu Ceres. Dr. Fernando Alves resolveu ficar na cidade para substituir um médico que ia entrar de férias. Depois disso, recebeu um convite de Dr. Jair para trabalhar no Hospital São Lucas, onde

trabalhou por dois anos. Em 1975, recebeu um convite do Dr. Silas para trabalhar e se tornar sócio com 40% do Hospital Santa Helena. Em 1994, saiu para fundar o IMEC, totalmente de sua propriedade.

O nono hospital privado e o décimo hospital de Ceres, foi o CDC, fundado pelo médico Dr. Munzer Khayat Doumit e inaugurado em 2002. O CDC foi fundado dentro de um novo conceito de funcionamento dos hospitais no mundo, o *day hospital* ou *hospital dia*, onde os pacientes não são mais internados por longos períodos, mas passam apenas um dia em observação e vão se recuperar de algum procedimento cirúrgico em suas residências. Em função do hospital dia, um outro novo conceito surgiu, o *home care*, em que os pacientes são acompanhados em suas próprias residências após os procedimentos cirúrgicos. Esses novos conceitos estão sendo muito praticados nos países mais desenvolvidos, como forma de reduzir o tamanho dos hospitais e seus custos operacionais. Segundo alguns entrevistados, a saúde está passando por um processo de *desospitalização*, em que a parte de hotelaria dos hospitais seria reduzida ao mínimo possível e focando sua prestação de serviço nas cirurgias e diagnósticos.

Por fim, A Unimed do Vale do São Patrício, Cooperativa de Trabalho Médico, foi fundada em 1991. Essa cooperativa reuniu médicos de vários municípios do Vale do São Patrício, além de Ceres. A Unimed do Vale do São Patrício conta hoje com 60 médicos cooperados, 17 hospitais cadastrados, cinco clínicas cadastradas, 16 laboratórios cadastrados e 4.595 usuários. Esses dados nos foram fornecidos pela UNIMED, por meio de uma solicitação

Vale ressaltar que com a implantação desses vários hospitais, foram surgindo serviços e comércios da área de saúde de apoio aos serviços prestados por eles, como: laboratórios de exames clínicos, farmácias, hemocentro, clínicas médicas, clínica de imagem e óticas. Hoje, como consequência do crescimento da área de saúde, o município conta com um dos maiores percentuais de leitos por

habitantes do País, apesar de a sua população estar diminuindo ano a ano, contando, atualmente, com cerca de 20.000 habitantes.

Para melhor visualização da formação dos hospitais do *cluster* de saúde de Ceres, segue, na figura 6 um diagrama, com os elos de surgimento dos hospitais e o ano da sua inauguração.

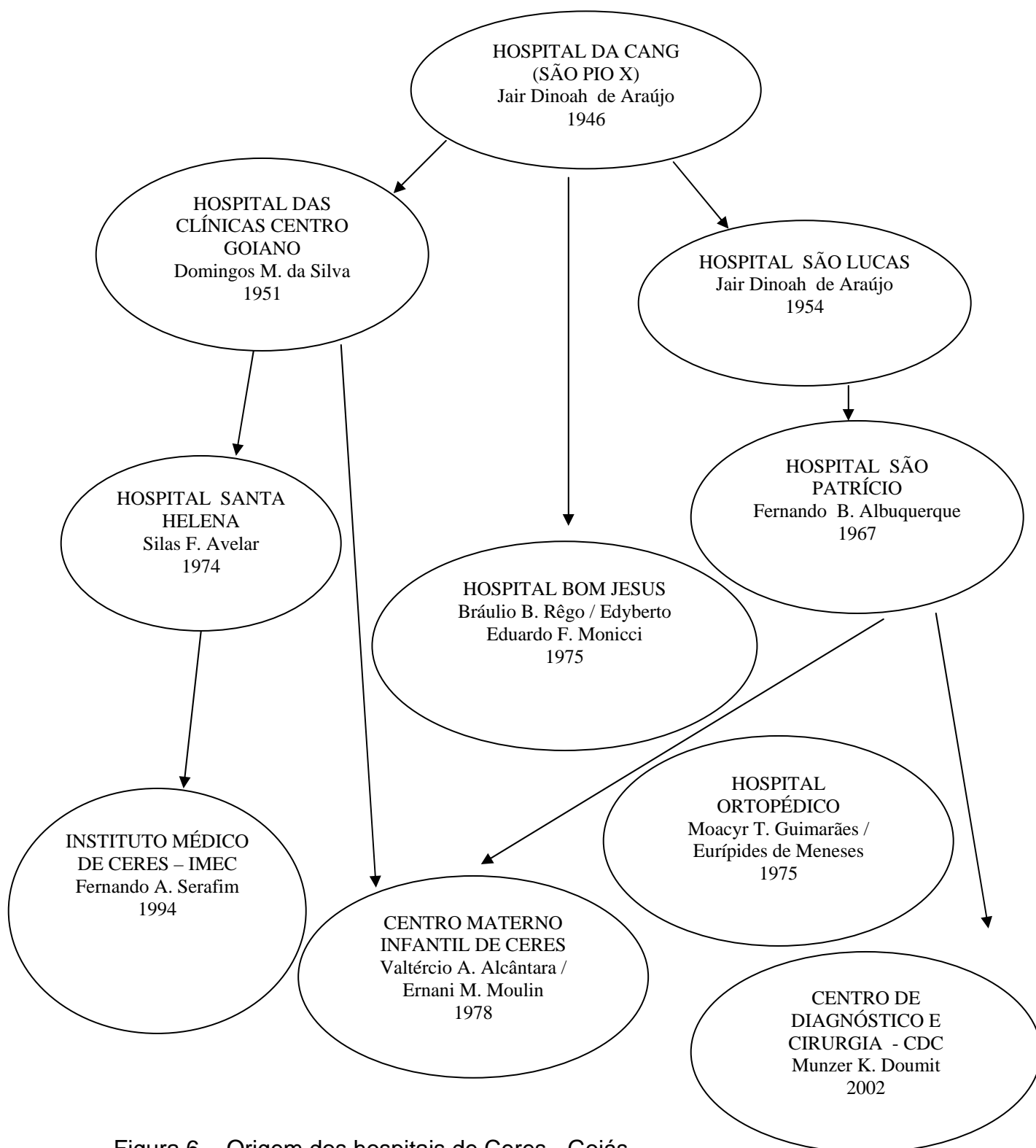


Figura 6 - Origem dos hospitais de Ceres - Goiás

Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação

4.4 Estrutura de saúde de Ceres

Desde o tempo da CANG até os dias de hoje, o setor de saúde de Ceres vem tendo um crescimento impressionante. Podemos perceber que essa estrutura apresenta uma variedade e quantidade muito significativa de áreas de atividade, desde hospitais especializados a clínicas de odontologia, conforme discriminado na tabela 1.

Tabela 1

Estrutura física do setor de saúde de Ceres

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
HOSPITAIS	09
HOSPITAL FILANTRÓPICO	01
CLÍNICAS MÉDICAS	04
CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO	01
Nº DE LEITOS	307
CENTRO DE SAÚDE	01
HEMOCENTRO (Banco de Sangue e atividades afins)	01
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	04
CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS	07
CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO	01
FAMÁCIAS / DROGARIAS	12
LABORATÓRIOS DE PATOLOGIA CLÍNICA	08
LABORATÓRIOS DE ANATOMOPATOLÓGICO	01

Fonte – Elaborada pelo autor da dissertação com informações concedidas pela Secretaria Estadual de Saúde – Agência Regional de Saúde – Ceres (GO) (2002) e Secretaria Municipal de Ceres (2004)

Nota – Clínica de Diagnóstico é a clínica cuja atividade é voltada para imagem e diagnóstico, como: ultra-sonografia, raio X, tomografia, exames cardiológicos, urológicos, mamografia e outros.

Como consequência dessa estrutura de saúde tão variada em atividades, Ceres conta também, com profissionais do setor de saúde em quantidade e variedade de áreas, conforme discrimina a tabela 2.

Tabela 2
Estrutura humana / profissional do setor de saúde de Ceres

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Nº DE MÉDICOS	65
ENFERMEIROS	09
TÉCNICOS EM ENFERMAGEM	48
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	63
FARMACÊUTICOS	15
ODONTÓLOGOS	25
BIOMÉDICOS	07
BIOQUÍMICOS	08
FONODIAUDIÓLOGOS	04
FISIOTERAPEUTAS	05
PSICÓLOGOS	04
ASSISTENTE SOCIAL	01
TÉCNICOS EM RADIOLOGIA	05
TÉCNICOS EM LABORATÓRIO	06
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	07
T.H.D. – TÉCNICO DENTÁRIO	02

Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação com informações concedidas pela Secretaria Estadual de Saúde – Agência Regional de Saúde – Ceres (GO) (2002) e Secretaria Municipal de Ceres (2004).

Mais especificamente, na classe médica, pode-se encontrar uma variedade de especialidades que comprova a pujança do setor em Ceres (GO). A figura 7 mostra um gráfico com as especialidades existentes na cidade de Ceres, o seu quantitativo e a sua participação percentual na área médica do aglomerado de saúde de Ceres.

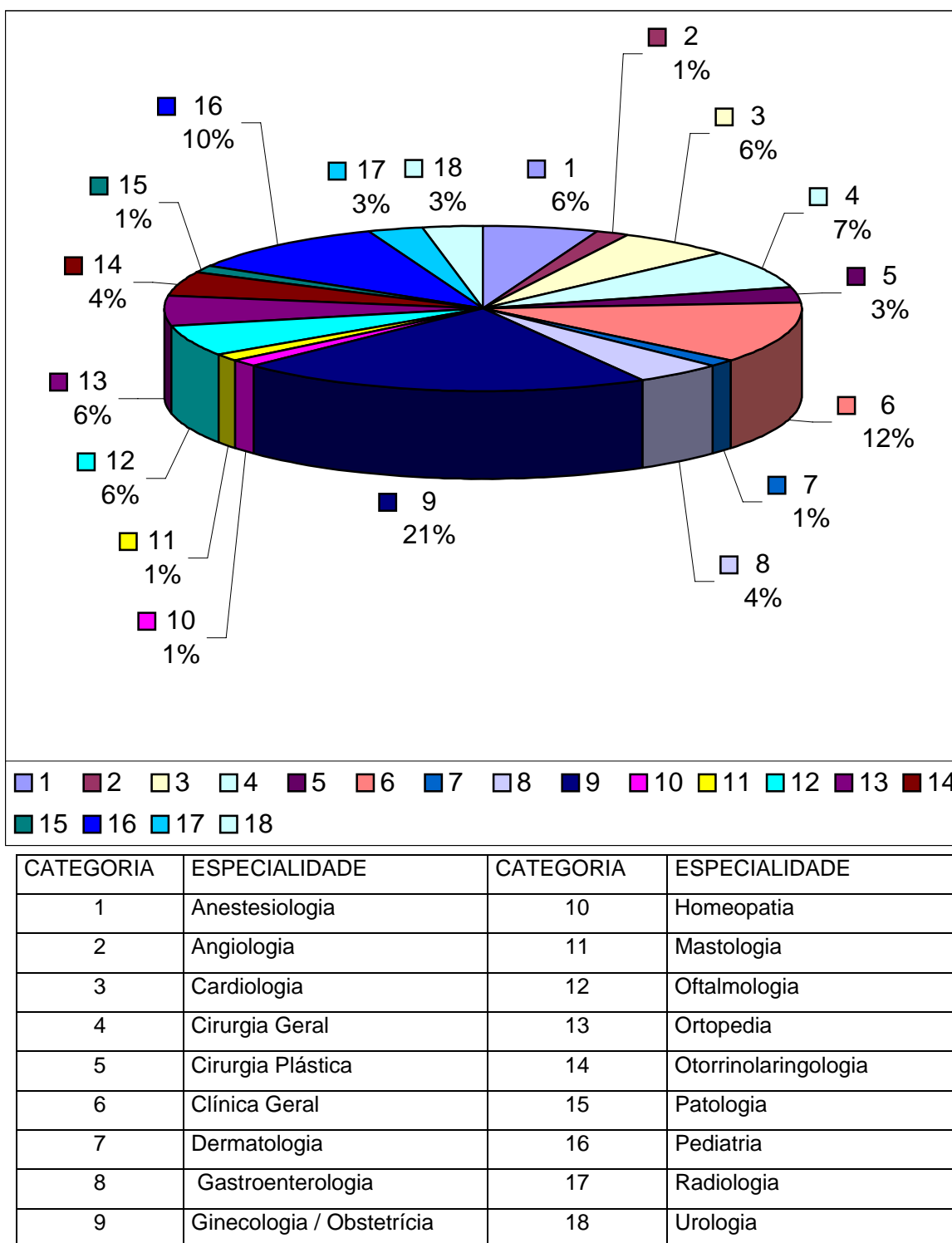


Figura 7 – Gráfico mostrando as especialidades médicas presentes no setor de saúde de Ceres.

Fonte – Elaborado pelo autor da dissertação.

Os dados indicam uma participação mais significativa das especialidades básicas da medicina, como, pediatria, ginecologia / obstetrícia e clínica geral, o que era de se esperar. Porém, esses dados também mostram que existem, nesse aglomerado de saúde, especialidades médicas que, a princípio, apenas grandes centros poderiam ter, como: cardiologia, angiologia, mastologia, gastroenterologia e outras. Essas especialidades exigem a existência de equipamentos e tecnologia de custo elevado. Devido a esse fator, essas especializações necessitam de um volume muito grande de pacientes para compensar seus custos de atendimento.

Podemos observar na tabela 3, que Ceres também dispõe de uma quantidade significativa de equipamentos e tecnologia para que possam atuar os médicos das especialidades anteriormente referidas. Esses equipamentos de diagnóstico dão suporte ao trabalho desses médicos.

Na tabela 3, foi feita uma comparação do quantitativo de equipamentos de diagnóstico, entre as cidades de Ceres – GO, Goiânia-GO e São Paulo – SP, mostrando as diferenças entre elas. Os índices de cada cidade foram encontrados, dividindo-se a quantidade de equipamentos pela quantidade de habitantes aos milhares, conforme dados do IBGE, em 2002.

Tabela 3

Índice da quantidade de equipamentos de diagnóstico setor médico / hospitalar
por 1.000 habitantes no ano de 2002

DESCRIÇÃO EQUIPAMENTO	DO	SP	GOIÂNIA	CERES	DIFER. Ceres / SP	DIFER. Ceres / Goiân.
Equipamentos de diagnóstico por meio de imagem		0,369	0,517	1,093	2,962	2,114
Equipamentos por métodos ópticos		0,165	0,324	0,312	1,891	-1,038
Equipamentos por métodos gráficos		0,159	0,168	0,468	2,943	2,786
Equipamentos para manutenção da vida		2,299	2,219	2,551	1,110	1,150
Mamógrafos com comando simples		0,018	0,023	0,052	2,889	2,261
Tomógrafos		0,015	0,028	0,052	3,467	1,857
Eletrocardiógrafos		0,142	0,137	0,468	3,296	3,416
Ultra-som Doppler colorido		0,042	0,082	0,052	1,238	- 1,577
Ultra-som Ecógrafo		0,048	0,092	0,26	5,417	2,826
Raio X até 100mA existentes		0,087	0,038	0,416	4,782	10,947
Raio X de 100 a 500mA		0,055	0,091	0,156	2,836	1,714
Raio X mais de 500mA		0,022	0,044	0,052	2,364	1,182

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE

Notas - 1 - A diferença foi calculada dividindo-se o índice de equipamentos do município de Ceres pelo do município de São Paulo / SP. Verificando-se, assim, quantas vezes um município tem mais equipamentos por 1.000h. que o outro.

2 - A diferença foi calculada dividindo-se o índice de equipamentos do município de Ceres pelo do município de Goiânia / GO. Verificando-se, assim, quantas vezes um município tem mais equipamentos por 1.000h. que o outro.

Como podemos perceber pelos indicadores acima demonstrados, Ceres (GO) tem mais equipamentos / por habitantes do que o município de São Paulo e Goiânia, ambas capitais de estados. Ceres perde apenas para Goiânia, em número de equipamentos por métodos óticos e Ultra-som Doppler colorido. Pelos dados acima, podemos deduzir que Ceres conta com uma medicina com tecnologia de ponta em relação a dois grandes centros médicos do País. Porém, essa estrutura toda não teria sentido para atender a um município com aproximadamente 20.000 habitantes.

Ceres, por apresentar a melhor infra-estrutura de saúde da região do “Vale do São Patrício” e ter uma posição geográfica estratégica, recebe um grande número de pacientes da região e do estado do Tocantins (SEBRAE / GO, 1999).

A estrutura médico-hospitalar e a rede assistencial de Ceres atende também as populações de Rialma, Rianápolis, Carmo do Rio Verde, Uruana, Nova Glória, Nova América, Rubiataba, Crixás, Uirapuru, Santa Isabel, Jaraguá, São Patrício, Itapuranga, Santa Terezinha, Campos Verdes, Pilar de Goiás, Itapací, Hidrolina e São Luiz do Norte entre outros municípios (SEBRAE / GO, 1999). Na avaliação de um entrevistado,

[...] nós trabalhamos com 250.000 habitantes, então Ceres hoje, como pólo médico que é, nós não podemos pensar em 20.000 habitantes, nós temos que pensar na população que nos procura, isso é estudo feito pela prefeitura, a Secretaria Municipal de Saúde de Ceres fez esse estudo. Nós trabalhamos com mais ou menos 250.000 habitantes e é isso que faz crescer a cidade” (EA 6).

Pelo mapa da figura 8, podemos localizar a região do Vale do São Patrício, que é a principal área de abrangência do *cluster* de saúde de Ceres.



Figura 8 – Mapa com as regiões de saúde do estado de Goiás.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Goiás / 2004

Essa região ilustrada na figura 8 justifica a estrutura de saúde que foi apresentada anteriormente, assim como os altos resultados dos indicadores mostrados e os que estão abaixo.

Segundo dados do Datasus / Ministério da Saúde e da Associação Médica de Goiás/ Regional Ceres, o município de Ceres conta com índices bastante significativos quando comparados com o Brasil, São Paulo e com Goiás, conforme a tabela 4 dos anos de 2001 / 2002. No Brasil, os indicadores utilizados pelo SUS

do Ministério da Saúde são: número de profissionais de saúde / 1.000h., número de médicos/1.000h., número de odontólogos/1.000h., número de leitos hospitalares/1.000h. e outros. Foi feita a tabela 4 apenas com o número de médicos e de leitos/1000h., para que tenhamos uma amostra do tamanho do *cluster* de saúde de Ceres/GO. Os dados de Ceres foram calculados com base em informações da Secretaria Municipal da Saúde de Ceres-GO, baseados em uma população de 19.287 habitantes, 65 médicos e 307 leitos.

Tabela 4
Indicadores de saúde de acordo com o SUS

LOCAL	Nº Médicos/1000 h.	Nº Leitos/ 1000 h.
Brasil	2,08	2,66
São Paulo	2,53	2,50
Goiás	1,80	3,33
Ceres (GO)	3,39	15,98
Ceres (GO) 250.000 pessoas	0,26	1,23

Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação com informações contidas nos *sites* do IBGE (2000) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde -DATASUS-(2004) e por meio de Pesquisa de Campo (2004).

Nota 1 - 250.000 pessoas é uma estimativa de demanda pelos serviços de saúde de Ceres, apresentada pelo entrevistado (EA 6) como sendo de uma pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Ceres. Tal informação apareceu em outras entrevistas de forma aproximada.

Podemos perceber que o número de leitos / 1000h. do município de Ceres (GO) é muito alto para os padrões do Brasil e de Goiás, o que condiz com a quantidade de hospitais acima descritos. Da mesma forma, o número de médicos / 1000 h. de Ceres (GO) também é muito alto para os padrões regionais e nacionais, representando quase o dobro do número do Brasil e do de Goiás. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Ceres (2004), a OMC – Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde preconizam o índice de um médico por 1.000 habitantes e três leitos por 1.000 habitantes.

Para reforçar os indicadores do DATASUS(2004), segundo um dos entrevistados,

“a Associação Brasileira de Oftalmologia preconiza um oftalmologista para cada 100.000 habitantes. Ceres tem quatro oftalmologistas e todos bem-sucedidos” (EA1).

Quando tratamos Ceres com uma população de aproximadamente 250.000 h., população aproximada da Região do Vale do São Patrício, os índices caem significativamente, mas deve-se levar em conta que a maioria dos municípios do Vale do São Patrício conta com algum serviço médico / hospitalar, com no mínimo, um hospital e médicos ginecologistas, pediatras e clínicos gerais. Esses serviços médicos / hospitalares dos outros municípios interferem na busca pelos serviços de Ceres, conforme cita um entrevistado,

“Foi a demanda que fez Ceres chegar aonde chegou, e a prova é que hoje ela encontra-se uma demanda reprimida. Porque reprimida? Por que as cidades em volta começaram formar seus serviços. O próprio sistema público de saúde que era o grande fator que facilitava esse atendimento em Ceres hoje praticamente não existe mais, então se ele não existe não justifica o paciente sair da região pra vir pra Ceres, então ele vem quando lá não tem um especialista, o tratamento que ele precisa ou não tem o exame que ele necessita. Então, hoje, para os casos mais comuns, eles já estão ficando na sua cidade de origem porque ali já são resolvidos seus problemas” (EE5).

A história do município de Ceres e da rede hospitalar foi descrita como instrumentos para mostrar a evolução do setor e auxiliar no entendimento da formação do aglomerado de saúde. Essa grande estrutura de saúde e os seus indicadores com resultados significativos apenas representam a situação atual do setor no município de Ceres (GO). Porém, para a indicação da existência de um *cluster*, é necessária a utilização de alguns métodos de identificação e mapeamento de *clusters*, conforme apresentados na literatura sobre o assunto.

4.5 Identificação e mapeamento do *cluster* de saúde de Ceres (GO)

4.5.1 Identificação do *cluster* de saúde de Ceres (GO)

Após identificar a existência de uma concentração de empresas do setor de saúde na cidade de Ceres, em Goiás, e apresentar a sua estrutura, faz-se necessário uma avaliação se a concentração se caracteriza como um *cluster* de empresas.

Não existe uma metodologia única ou um padrão para identificação de um *cluster* (LEVEEN, 1998; PORTER, 1999; AMATO NETO, 2000; SHAVER e FLYER, 2000; DEBIASI, 2001; BRITTO e ALBUQUERQUE, 2002). A dificuldade começa porque a literatura sobre o assunto não tem um conceito definido do que seja *cluster*. Desde Alfred Marshall, em 1890, até os autores contemporâneos, têm-se várias definições sobre *clusters*. Segundo Amato Neto (2000), acredita-se que isso se deva à complexidade do assunto e dos muitos arranjos organizacionais que eles assumem. Por outro lado, segundo LeVeen (1998), a maioria dos estudos sobre *cluster* se preocupam muito com a definição do que é *cluster*, mas negligenciam abordar, em profundidade, a discussão sobre as diferentes estruturas, metodologia de identificação, relacionamentos entre empresas e outros aspectos.

Existem na literatura vários métodos de identificação de *clusters*. Mas, nesta pesquisa, serão utilizados três métodos para essa identificação: um quantitativo (*location quocients*) e dois qualitativos (entrevistas / pesquisas de campo)¹⁵. Foi utilizada também, para identificar a aglomeração de saúde de Ceres como um *cluster*, a abordagem de Porter (2002), por meio do que ele chama de *Sistema Diamante*.

¹⁵ Os detalhes metodológicos estão explicados no capítulo da Metodologia.

Segundo LeVeen (1998), o método quantitativo, principalmente o *location quotient* (quociente locacional), é uma boa ferramenta para identificar possíveis aglomerações de empresas. Esse tipo de análise disponibiliza uma ferramenta inicial para identificar agrupamentos potenciais e indica a presença relativa de indústrias diferentes na região local. Porém, a mesma autora recomenda a sua aplicação associada a métodos qualitativos, para maior segurança dos resultados. Tal recomendação se deve ao fato de a análise quantitativa não levar em conta alguns fatores, como a relação entre as empresas e entre os indivíduos participantes, não identificar os fluxos de informações entre elas e a existência de colaboração entre elas.

Para Bergman e Faser (1999) existem dois tipos básicos de abordagem para análise de *clusters* de empresas: *bottom-up* e *top-down*. Na abordagem *bottom-up*, o pesquisador parte de um determinado setor e busca a relação de interdependência entre ele e os demais setores e organizações existentes. Na abordagem *top-down*, o pesquisador utiliza técnicas de redução de dados para identificar os *clusters*. Essa abordagem é mais apropriada para regiões em que existe uma grande diversidade de setores, sendo difícil o estudo dos setores individualmente.

Em função das dificuldades acima descritas, adotaremos o roteiro para identificação e análise de *cluster* de empresas sugerido por Bergman e Fezer (1999). Segundo esses autores, são cinco os passos necessários: Definir o setor; determinar qual a abordagem mais apropriada, *top-down* ou *bottom-up*; Identificar os métodos de análises; coletar dados; analisar e interpretar os dados.

Conforme já mencionado, o setor em estudo é o da saúde. De um modo geral, ele é composto de empresas como hospitais, clínicas médicas, clínicas de diagnóstico, clínicas odontológicas, clínicas de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácias, laboratórios de análises clínicas e de patologia clínica, indústrias farmacêuticas, indústrias de equipamentos hospitalares e de uso

médico, indústrias de equipamentos odontológicos e operadoras de planos de saúde entre outras.

Na cidade de Ceres (GO), o setor de saúde tem participação significativa na economia regional, conforme demonstrado na seção 3 – Estrutura de Saúde de Ceres, deste trabalho. Dentro desse setor, este estudo está concentrado na rede hospitalar, por se tratar das empresas pioneiras de maior porte no aglomerado.

Segundo Bergman e Feser (1999), a abordagem mais recomendada é a *bottom-up*, pois a pesquisa é parte de um setor e busca as suas relações com outros e com as demais organizações e instituições da economia regional. Para o estudo em questão, foi adotada a abordagem *bottom-up*, pois partimos do setor de saúde para entender a relação de interdependência entre ele e os demais setores e organizações existentes no *cluster* de saúde de Ceres (GO).

Conforme também já mencionado anteriormente, os métodos utilizados para essa identificação, são três: um quantitativo (*location quocients*) e dois qualitativos (entrevistas / pesquisas de campo). Será utilizada adicionalmente para identificar a aglomeração de saúde de Ceres como um *cluster* a abordagem de Porter (2002), pelo que ele chama de *Sistema Diamante*.

Segundo Bergman e Feser (1999), Debiasi (2001) e Puga (2003), apesar das suas limitações, tais como, apenas identificar uma concentração de empresas do mesmo setor e não identificar os relacionamentos entre elas, o método do quociente locacional-LQ- também é muito utilizado para identificação dos *clusters*. Os LQ são índices que identificam a concentração de trabalhadores de um certo setor em uma determinada região em relação a uma região maior, e pode-se, então, calculá-lo por meio da fórmula:

Número de trabalhadores de um determinado setor em uma determinada região

Número de trabalhadores da região

LQ = -----

Número de trabalhadores de um determinado setor em todo o território nacional

Número de trabalhadores em todo o território nacional.

Segundo os mesmos autores, em países com grandes áreas geográficas, em lugar dos dados do território nacional, pode ser utilizada outra área como referencial. Da mesma forma, por outras medidas de atividade econômica, como substituídos por número de estabelecimentos ou qualquer outra medida.

Para o SEBRAE-SP (2002) e para Britto e Albuquerque (2002), a medida utilizada no LQ é a participação relativa da atividade econômica em número de estabelecimentos . A fórmula utilizada pelo SEBRAE-SP (2002) é:

Participação relativa da atividade "X" (em número de estabelecimentos)

no total de estabelecimentos industriais no município

LQ= -----

Participação relativa da atividade "X" (em número de estabelecimentos)

no total de estabelecimentos industriais no Brasil

Para efeito desta pesquisa, utilizaremos a fórmula do SEBRAE–SP (2002), alterando a relação do município com o Brasil, para a relação do município com o estado de Goiás, conforme justificado na exposição da primeira fórmula .

$$\begin{array}{r}
 28 \text{ (estabelecimentos de saúde em Ceres - IBGE)} \\
 \hline
 482 \text{ (total de estabelecimentos em Ceres – CAGED/ MTE)} \\
 \text{LQ = } \hline
 65.343 \text{ (estabelecimentos de saúde no Brasil - SEPLAN)} \\
 \hline
 2.447.865 \text{ (total de estabelecimentos no Brasil – RAIS/ MTE)} \\
 \\
 0,058091286 \\
 \text{LQ = } \hline
 0,026693874
 \end{array}
 = \mathbf{2,18}$$

De acordo com o SEBRAE–SP (2002), um $LQ > 1$ significa uma grande participação do setor em estudo no município, em relação ao mesmo setor no País. Este resultado significaria um certo grau de especialização do município analisado. Quanto maior o LQ, maior o grau de especialização do município.

Ceres apresentou um quociente locacional de 2,18, para o setor de saúde, o que significa especialização desse setor no município. Esse número indica a

concentração de empresas de saúde em Ceres, o que significa o primeiro sinal de que existe um *cluster* no município em estudo.

Porém, é importante destacar que um $LQ < 1$ não descarta a existência de um *cluster*. “É interessante observar não só os LQ altos, mas também os que estão crescendo com o passar do tempo. Mesmo não estando acima de 1, um LQ que apresenta uma alta taxa de crescimento pode estar sinalizando um *cluster* emergente” (DEBIASI, 2001, p.49).

Assim, segundo a mesma autora, pode-se perceber que os LQ não avaliam *clusters*, mas, sim, concentração de setores, uma vez que, dentro de um *cluster*, podem existir vários setores. “Por meio dos resultados dos LQ, pode-se identificar a concentração geográfica de setores e isto pode ser uma evidência de um *cluster*” (DEBIASI, 2001, p.49).

Segundo Bergman e Feser (1999), os LQ são técnicas baseadas em setores, não avaliando a relação de interdependência entre eles. Assim, para se considerar a existência de um *cluster*, faz-se necessária a utilização de outros métodos de avaliação.

4.5.2 Mapeamento do *cluster*

Para o mapeamento do *cluster* de saúde de Ceres neste estudo, foi adotado o *Sistema Diamante* de Porter (2002), o qual está na figura 9 representado em forma de diagrama.

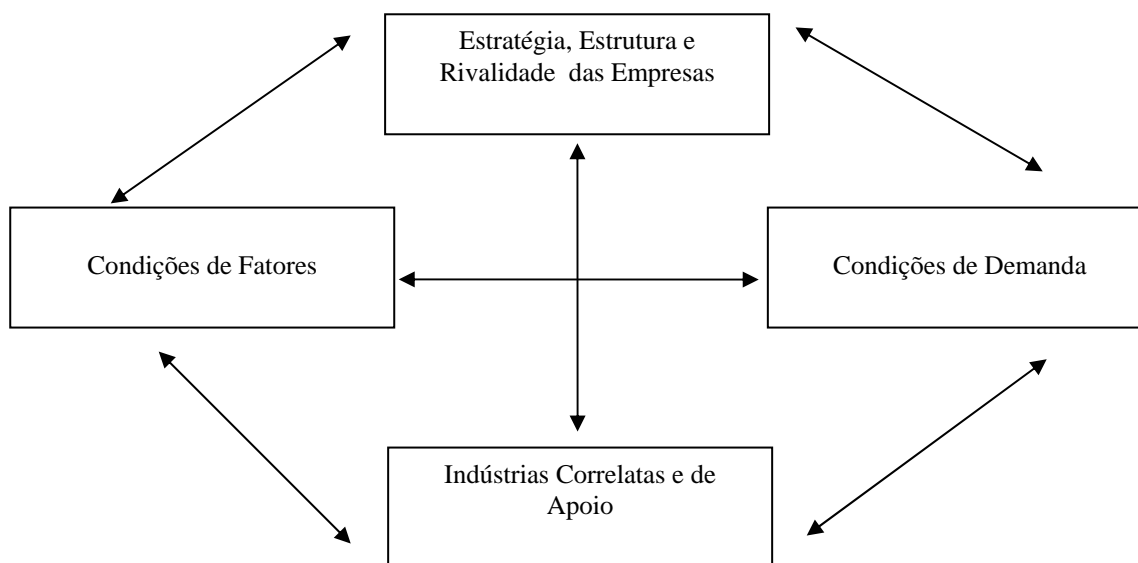


Figura 9 - Sistema Diamante

Fonte - PORTER (2002, p. 88)

Segundo Porter (2002), cada atributo acima representado pode ser assim caracterizado:

- ✓ *condições de fatores* - São os fatores de produção, como mão-de-obra especializada, infra-estrutura, recursos físicos, recursos de conhecimento e disponibilidade de capital;
- ✓ *condições de demanda* – Refere-se à natureza da demanda para os produtos e serviços do setor;
- ✓ *indústria correlata e de apoio* - É a presença de empresas fornecedoras de insumos, equipamentos e serviços, que dão suporte ao setor;
- ✓ *estratégia, estrutura e rivalidade das empresas* – Refere-se à maneira como as empresas são criadas, como estão organizadas e qual a natureza da rivalidade entre elas.

Com base na proposta de mapeamento de um *cluster* de Porter (2002), anteriormente apresentada, foi feito o mapeamento do *cluster* de saúde de Ceres (GO).

No que diz respeito às condições de fatores do modelo do Porter (2002) e analisando-se a estrutura de saúde de Ceres – tabela 2 – pode-se perceber a presença de recursos humanos especializados, tanto em quantidade, quanto em variedade. A tabela 2 mostra que Ceres conta com 65 médicos, nove enfermeiros, 48 técnicos em enfermagem e 63 auxiliares de enfermagem, 15 farmacêuticos, sete biomédicos, sete bioquímicos e cinco técnicos de radiologia entre outros profissionais do setor de saúde. Na mesma seção, o gráfico da figura 7 mostra que, no município em estudo, existem 18 diferentes especialidades da área médica. Entre elas, especialidades como, cirurgia plástica, gastroenterologia, homeopatia e outras, que não são comuns em pequenas cidades.

Com relação à infra-estrutura do município, ele conta com acesso por rodovias asfaltadas, tanto federais quanto estaduais. Apresenta ainda um bom sistema de telecomunicação, inclusive com acesso à internet de alta velocidade (ADSL). As três empresas de telefonia móvel que operam no estado contam com antenas de retransmissão na cidade. Quanto a instituições culturais, a cidade tem cinema e teatro, belas praças, jardins, lago artificial e áreas de lazer. A maior parte da cidade tem ruas asfaltadas, energia elétrica, água encanada e foi montada a rede de esgoto da cidade, aguardando a interligação. Tem boas escolas de ensino básico e uma unidade da Universidade Estadual de Goiás. Conta com quatro agências de diferentes bancos, entre elas, de dois bancos oficiais. Ceres pode ser considerada uma boa cidade para se viver, pois ocupa o nono lugar em Índice de Desenvolvimento Econômico-IDE-, em vigésimo oitavo lugar em Índice de Desenvolvimento Social -IDS- na classificação estadual e tem um Índice de Desenvolvimento Humano-IDH- de 0,782, estando em vigésimo sexto lugar no

ranking estadual (GOIÁS, 2003)¹⁶, em um conjunto de 246 municípios no estado de Goiás, conforme o IBGE (2003).

Já com relação à demanda por serviços de saúde, desde o período da CANG, o setor de saúde de Ceres sempre teve seus serviços muito requisitados. Inicialmente, não existiam serviços de saúde na região e estes iniciaram-se na colônia. Além da grande população da CANG, toda a região do Vale do São Patrício, Norte Goiano, Sul do Pará e do Maranhão buscava o serviço do hospital da colônia, pois o serviço de saúde mais próximo era em Anápolis, que estava a 150km de distância, com estradas sem pavimentação na época.

Nas décadas de 50 a 70, talvez, em função da pouca ou rara oferta de serviços de saúde na região, a demanda não era muito exigente. Porém, nos últimos anos, conforme citado por um dos entrevistado, a demanda tem se tornado mais exigente e buscado profissionais especialistas e exames mais sofisticados. Essa demanda exigente por melhores serviços, tem levado os profissionais da área de saúde a se tornarem mais especializados, serem melhor qualificados e dessa forma, melhorarem os seus serviços prestados. Nas palavras de um entrevistado, o crescimento do setor de saúde tem que ser pela especialização e investimento em tecnologia de ponta.

“Eu só vejo crescimento, eu sempre falo com meus colegas médicos que nós precisamos sempre estar investindo. Nós estamos com investimentos fabulosos como a Diagnose e a Clínica de Hemodiálise. Nós temos 10 hospitais, desses 10, pelo menos cinco deles estão bem equipados, podendo fazer uma medicina de ponta. Realmente, com isso, nós vamos trazer mais especialidades. Eu acho que nós não podemos ficar no canto de fazer raio X, de fazer endoscopia, fazer ultra-som, isso é coisa da idade da pedra da medicina, nós precisamos tentar expandir em ressonância magnética, petis C.T., talvez, e nós temos tudo pra implantar. São Paulo é assim, Minas Gerais é assim, qualquer interior você tem o serviço de transplante renal, nós temos condições, nós temos profissionais pra isso, então veja só, nós precisamos é

¹⁶ Os citados dados foram publicados em 2003, porém se referem ao ano de 2000

galgar essa superespecialidade, essa supertecnologia, pra gente crescer mais a medicina de Ceres, agora com esse grupo de mais de 70 médicos, com 10 hospitais, com várias clínicas”(EA6).

Da mesma forma, como um entrevistado relatou anteriormente, os profissionais e empresários do setor de saúde se antecipam às necessidades da demanda, buscando novas tecnologias e especializações que outros municípios ainda não têm.

A demanda do setor de saúde de Ceres (GO) é de aproximadamente 250.000 habitantes, como já citado anteriormente no capítulo 3 deste trabalho. Não existe perspectiva de crescimento da população da região de modo significativo, uma vez que a população dos municípios entre 10.000 e 20.000 habitantes no estado de Goiás, segundo o IBGE (2003), cresceu a uma taxa de 1,2%, e a taxa do estado de Goiás é de 2,5%. Os municípios que compõem o *Vale do São Patrício* estão na faixa de menor crescimento.

Por outro lado, se a população não tem perspectiva de crescimento, ou seja, de aumento da demanda por serviços médicos, Ceres parece não correr o risco de perder a posição privilegiada de pólo de organizações de saúde, na medida em que se mantém atualizada nas novas tecnologias e procedimentos médicos mais avançados.

Segundo Porter (2002), empresas correlatas são aquelas nas quais, ao competir, podem coordenar ou partilhar atividades na cadeia de valor ou aquelas que envolvem produtos complementares. A participação conjunta ou ao mesmo tempo, em atividades, pode ocorrer de diversas maneiras, como no desenvolvimento de produtos, manufatura, distribuição, comercialização e outras.

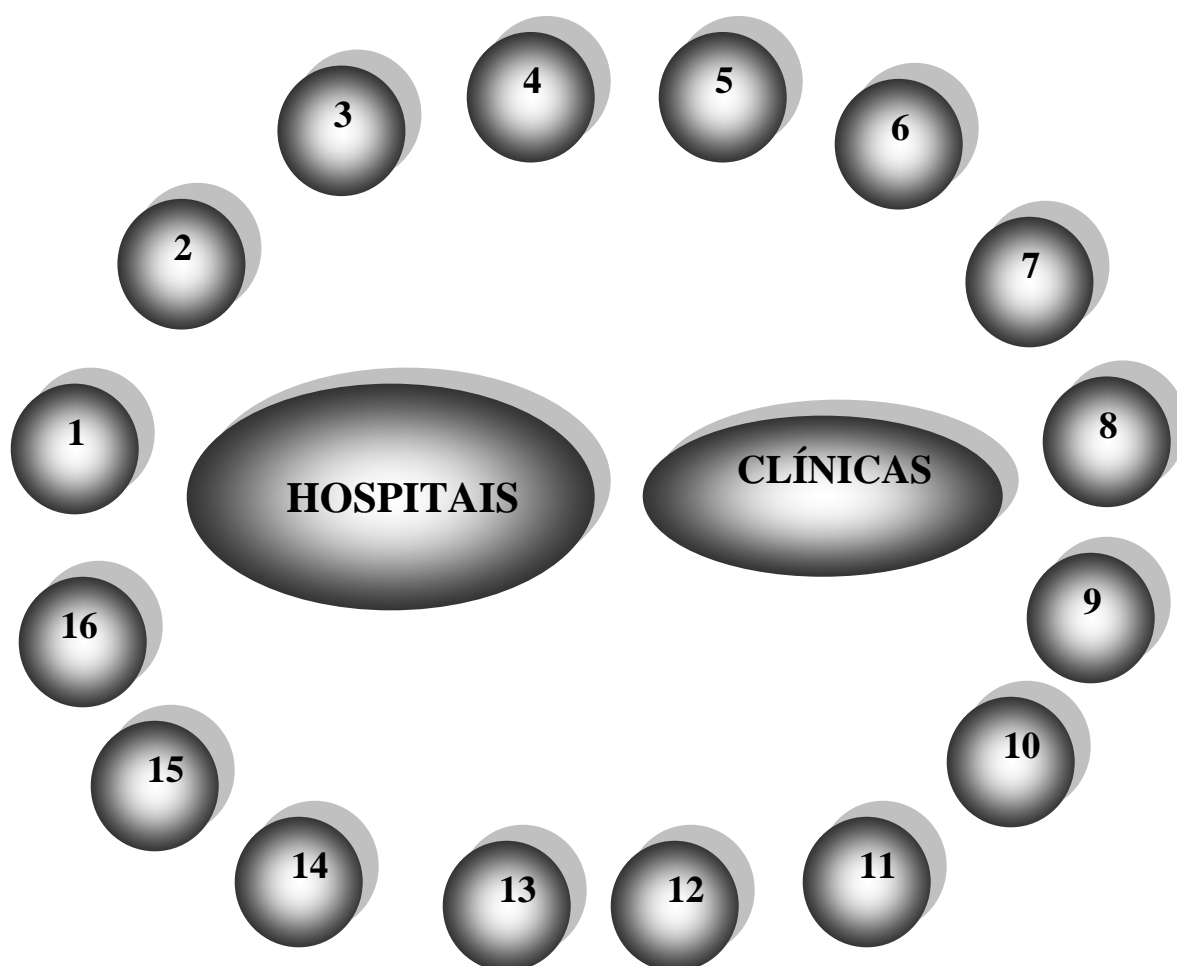
O setor de saúde de Ceres tem muitas empresas correlatas e de apoio. A tabela 1 sobre a estrutura física do setor de saúde de Ceres, mostra que existem organizações hospitalares, clínicas médicas, clinica de diagnóstico e imagem,

clínicas odontológicas, hemocentro (banco de sangue), centros de saúde, centro de reabilitação, farmácias, laboratórios de análises clínicas e patológicas entre outras. Ceres conta com uma unidade do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial-SENAC-, que apóia o setor com cursos em diversas áreas da administração e com um curso técnico em enfermagem e outro para auxiliar em enfermagem. A Secretaria Municipal de Saúde de Ceres, enquanto representante do governo, tem o papel de distribuir as cotas do SUS, administrar programas de apoio à saúde pública, servir de intermediário entre as empresas de saúde e as outras prefeituras da região entre outras atividades.

As relações entre as empresas não têm contrato formal. Elas se relacionam de maneira informal, mas de forma interdependente. O hospital, para realizar uma cirurgia, precisa de exames da clínica de diagnóstico, de exames do laboratório de análise clínica, de sangue do banco de sangue. Da mesma forma, as clínicas encaminham pacientes para se internarem nos hospitais ou para sofrerem procedimentos cirúrgicos. O SENAC oferece cursos de técnico em enfermagem e outros na área administrativa. Alguns problemas de saúde têm origem na odontologia, na fonoaudiologia ou na psicologia. O médico encaminha tratamentos para o fisioterapeuta. Assim, parece evidente a existência de uma situação de interdependência ou complementaridade entre as organizações de saúde de Ceres (GO).

Por fim, nos aspectos estratégia, estrutura e rivalidade do modelo de Porter (2002), a estrutura da aglomeração de empresas de saúde de Ceres é composta de empresas de pequeno porte, segundo os critérios adotados pelo IBGE (2001)¹⁷. Elas são gerenciadas pelos próprios proprietários e, praticamente, sem adoção de métodos profissionais de gestão. A figura 10 ilustra a estrutura de saúde de Ceres, onde cada número representa um dos componentes dessa estrutura, além dos hospitais e clínicas.

¹⁷ os critérios de porte de empresas utilizados pelo IBGE foram os estabelecidos na Lei n. 9.841, de 5 de outubro de 1999, apenas atualizando os valores de 1999 para 2001, com base no IGP-DI.



- 1 – Secretaria Municipal de Saúde
- 2 – Hemocentro (Banco de Sangue)
- 3- Farmácias
- 4 – Clínica de Diagnósticos
- 5 – Óticas
- 6 – Fonoaudiólogos
- 7 – Psicólogos
- 8 - Fisioterapeutas
- 9 – Clínicas Odontológicas
- 10 – Laboratórios de Anatomopatologia
- 11- Laboratórios de Análises Clínicas
- 12- Funerária
- 13- SENAC
- 14 – Banco Cooperativo do Setor de Saúde (Cooperativa de Crédito)
- 15 – UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico (Plano de Saúde)
- 16 – Associação Médica de Ceres

Figura 10 - Estrutura do *cluster* de saúde de Ceres

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação.

Segundo Brusco (1992a, 1992b) e Pyke e Sengenberger (1992), normalmente os *clusters* são compostos de muitas pequenas e microempresas, algumas médias e poucas grandes companhias. Porém, a proporção ou a composição do tamanho de empresas pode variar de *cluster* para *cluster*. Amaral Filho (2002) considera importante a participação das micro e pequenas empresas, principalmente no sentido de dar estabilidade ao *cluster* como um todo, ou seja, dar continuidade às atividades do todo, independentemente de uma ou outra empresa parar de produzir.

Essas organizações sempre tiveram, um bom relacionamento entre si, tanto as complementares e de apoio, quanto as concorrentes, desde a época da CANG. Esse bom relacionamento está associado, principalmente, ao fato de que os hospitais e clínicas surgiram a partir de *spin-offs*, ou seja, organizações que surgiram originadas de outras já existentes (DAHLSTRAND,1997; SEDAITS, 1998; BEST,1990). Conforme descrito na seção 2.2 e depoimento de alguns entrevistados, quando os médicos saíam de um hospital para fundar o seu próprio serviço, em grande parte das vezes, contava com o apoio do proprietário do hospital em que trabalhavam ou de outro proprietário de hospital. Pode-se perceber a importância desse apoio, nas palavras de um entrevistado.

“Eu tinha que comprar remédio, roupa para o hospital e não tinha mais dinheiro e o rapaz que vendia tecido foi lá pedir informação minha,... , Dr. Domingos meu concorrente me deu o aval dele, deu a sua palavra de que eu era capaz de pagar e que, se eu não pagasse, ele pagaria” (EE1).

Do período da colônia até o início da década de 80, devido à demanda muito grande para os serviços de saúde, existia muita cooperação e troca de conhecimento / experiência entre as empresas. Dessa forma, acontecia com mais intensidade o fenômeno do *spillover*, ou seja, o repasse de conhecimento e tecnologias, fazendo com que ocorresse uma difusão dessas informações, podendo levar ao aprimoramento técnico, ao melhoramento da qualidade dos produtos e expansão das empresas, como definem Garcia (2001a), Lissoni e

Pagani(2003c) e Lorenzen (2003c). Porém, após a municipalização da saúde¹⁸ na década de 1980 e a redução das cotas de internação pelos SUS, essa cooperação e troca de conhecimento / experiências diminuiu.

Depois disso, a competição por pacientes aumentou muito, pois, além da redução das cotas do SUS, decorrente da municipalização da saúde, os municípios vizinhos também criaram seus próprios serviços de saúde. Apesar disso, ainda existe um ambiente de cooperação entre as empresas concorrentes, correlatas e de apoio. Percebe-se isso nas palavras de um entrevistado.

“o relacionamento entre os médicos daqui é excelente, o relacionamento entre os médicos, os donos de farmácia, os bioquímicos, os farmacêuticos, os patologistas são bons também” (EA6).

Outro entrevistado também tem um depoimento importante sobre os relacionamentos.

“Ceres eu acho que é a única cidade onde os médicos se encontram, se cumprimentam, se falam, comemoram datas juntos, têm uma Associação, porque todas as cidades que eu conheço, todas, todo grupo de médico é inimigo do outro grupo, inclusive na minha cidade, que apesar de serem primos, os donos de um hospital é inimigo dos donos do outro hospital e dos médicos que trabalham lá e é separado. Aqui houve uma cultura talvez influenciada pelo Dr. Jair que devia haver uma certa afinidade e eu cheguei aqui e os outros médicos aí, têm algumas desavenças hoje eu acho que pequenas, contornáveis e isso deu muita força pra mim. [...]. Porque aqui um médico pede exame num laboratório, pede em outro, um médico faz exame de ultra-sonografia pra mim, faz pra outro e a grande jogada dos últimos tempos, primeiro foi a Diagnose que juntou médicos de diversos hospitais e fundou um centro de diagnóstico “ (EE1) .

¹⁸ Municipalização da saúde foi a distribuição das cotas de internação dos SUS por municípios em função da sua população e a transferência da responsabilidade da gestão das cotas para as prefeituras municipais. O governo federal não é mais responsável pela sua distribuição e gestão.

Diante do exposto anteriormente, percebem-se na aglomeração de saúde de Ceres, algumas características importantes para um *cluster*, que é a existência de cooperação e competição entre empresas, a difusão de conhecimento, a existência de empresas correlatas e de apoio, empresas trabalhando em rede, participação do governo, presença de mão-de-obra especializada e boa infraestrutura.

Nas palavras de Porter (1999, p.251) “as raízes dos aglomerados geralmente podem ser atribuídas a partes do *diamante* presentes numa localidade, devido a circunstâncias históricas”.

Assim, caracterizando a aglomeração de empresas de saúde de Ceres como um *cluster*, podemos partir para a análise dos resultados desta pesquisa, tanto quanto para a sua origem como referente aos fatores que levaram a sua expansão.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

5.1 Principais elementos na formação e expansão do *cluster* de saúde de Ceres (GO)

Neste item, faremos uma análise do processo de formação e expansão das organizações de saúde de Ceres, identificando os principais elementos que permitiram que Ceres se tornasse no Vale do São Patrício o principal centro médico-hospitalar.

5.1.1 A formação

A trajetória do *cluster* de saúde em Ceres tem sua origem na implantação da CANG, pois a decisão governamental de povoamento gerou uma concentração de pessoas muito grande em volta da colônia. A construção do hospital da colônia representou um fator adicional não só para permitir a fixação dos colonos na região, mas também de atração de usuários de saúde de outros municípios. Não existia serviço de saúde na região na época e uma grande demanda sem atendimento. A comprovação disso se encontra na própria história de formação da cidade, além do depoimento dos entrevistados. As palavras do entrevistado confirmam essa afirmação, “[...]Ceres foi criado, numa reforma agrária que deu certo, foi bem estruturada e uma cidade que começou já sua vida com hospitais, com escolas, com tudo, então tinha estrutura” (EA1). Como também as de um entrevistado.

“Ceres foi concebida pelo presidente Vargas como uma colônia agrícola. Ela foi chamada CANG – Colônia Agrícola Nacional de Goiás. Então o presidente Vargas designou o Bernardo Sayão pra abrir essas estradas, de Brasília e tudo, pra fundar essa CANG aqui,[...] Com esse surgimento da cidade, com o pessoal chegando de fora veio muita doença junto pra cá, pois então com isso foi criado o hospital da colônia, pois o pessoal não tinha atendimento médico aqui. [...]. Então veio o desenvolvimento da colônia. No passar dos anos, foi surgindo outras cidades próximas daqui. Naquela época não tinha hospitais nas cidades perto daqui e todo procedimento era feito aqui em Ceres, é por isso que surgiu um hospital, mais um hospital, chegava um médico, mais um médico, é por isso que foi crescendo” (EC5).

Segundo Marshall (1985), o patrocínio das cortes, o que equivale aos governos de hoje, tem um papel muito importante na formação dos *clusters*. Também, para Porter (1999), o governo tem um papel significativo na indução e desenvolvimento das aglomerações de empresas. O governo pode, por meio das políticas econômicas, interferir nas economias regionais, de forma a fomentar a formação de *clusters*. Pyke e Sengenberger (1992) e Best (1990) reconhecem este papel das instituições governamentais de criar mecanismos para fomentar o desenvolvimento local, mas defendem que as ações devem ser de estímulo às potencialidades locais e não de intervenção direta via políticas que beneficiam determinadas atividades empresariais que não são a aptidão da região.

Para 60% dos entrevistados, no caso de Ceres, o governo teve um papel importante no processo de formação do *cluster* de saúde.

“Ceres começou com o Hospital São Pio X, porque o hospital foi fundado juntamente com a colônia Agrícola. Foi uma cidade pioneira em toda região com uma estrutura hospitalar mantida pelo governo federal. Isso aí já começou o grande marco da assistência médica em Ceres, no Hospital São Pio X, pela estrutura implantada pelo governo federal.” (EE5)

Porém, outros fatores também contribuíram para o surgimento e expansão desse *cluster*. A tabela 5 mostra uma comparação entre o que a literatura considera

como fatores que influenciam o surgimento e a expansão de *clusters* e o que se identificou nos depoimentos dos entrevistados como fatores que levaram ao surgimento e expansão de saúde de Ceres (GO).

Tabela 5

Fatores que influenciam na formação de um *cluster* / aglomerações de empresas e os fatores encontrados nas entrevistas com os médicos.

SEGUNDO A LITERATURA	ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS	% sobre o Total
Demanda por produto ou serviços	17	85%
Mão-de-obra especializada disponível	14	70%
Aspectos Geográficos (relevo, clima, infra-estrutura, localização, condições de acesso, etc)	12	60%
Indução do governo	12	60%
Convite de empresários a trabalhadores especializados	11	55%
Dependência da trajetória (path dependence)	6	30%
Aleatoriedade ou por acidente	0	--

Total de entrevistados = 20 MÉDICOS

Fonte – Elaborada pelo autor da dissertação

Nota 1 - O total do percentual ultrapassa 100% porque cada entrevistado citou mais de um fator.

Segundo 85% dos entrevistados, a grande demanda pelos serviços de saúde seria a principal causa da formação do *cluster* de saúde de Ceres. Essa demanda, estaria associada a não existência dos referidos serviços no centro / norte goiano (hoje uma parte dele é o estado do Tocantins), sul do Pará e Maranhão.

“Ceres criou um ambiente médico muito cedo, fundamentalmente em decorrência do hospital da colônia que foi montado e que dava assistência no desbravamento da rodovia Belém / Brasília” (EA5).

Para alguns autores como Marshall (1985), Haddad (1999), Amato Neto (2000) e Porter (2002), a existência de demanda é um dos fatores que influenciam no surgimento de um *cluster* e que desempenham um papel fundamental para tanto. Nas palavras de Porter (1999, p.252), “os aglomerados às vezes também resultam de uma demanda local incomum”.

A presença de mão-de-obra especializada é outro fator considerado facilitador no processo de concentração de determinadas organizações (MARSHAL,1985; PYKE e SEGENBERGER,1992; BRUSCO, 1992a; PORTER,1999; SHAVER e FLYER, 2000; LINS, 2000). Os entrevistados reconhecem isso, pois 70% deles mencionou a existência de mão-de-obra especializada como um fator que foi essencial para o surgimento da aglomeração de empresas de saúde em Ceres.

A grande demanda pelos serviços de saúde atraiu a mão-de-obra especializada, em busca de boas oportunidades do exercício da profissão. Os médicos pioneiros, principalmente os que trabalharam no hospital da CANG, vieram trabalhar na colônia em função da grande demanda por serviços de saúde. Outro aspecto que merece destaque foi a criação da Escola Técnica de Enfermagem pelo Dr. Domingos, em 1956, que gerou mão-de-obra de apoio essencial à prestação de serviços médicos.

Além do aspecto anterior, para alguns autores como Marshall (1985), Brusco (1992a), Pyke e Sengenberger (1992), Porter (1999), Shaver e Flyer (2000) e Garcia (2001a, 2001b), os aspectos geográficos são fatores que impulsionam o surgimento dos *clusters*. Segundo Rosenfeld (1997), a proximidade em termos geográficos viabiliza acessos e trocas de informações, relacionamentos mais intensos, abastecimento a custos mais reduzidos e compartilhamento de infraestrutura entre outras vantagens, que são mais difíceis de aproveitar a distância.

Confirmando o que se encontra na literatura, 60% dos entrevistados atribuem a fatores geográficos o surgimento do *cluster* de saúde de Ceres. A localização estratégica de Ceres no centro do Vale do São Patrício e a Rodovia Bernardo Sayão (BR-153) parecem ter tido muita influência na formação da aglomeração de organização de saúde no município, pois não existia concorrência na região e, por outro lado, havia uma demanda não atendida.

Assim como em relação aos fatores geográficos, na literatura, o convite de empresários a profissionais especializados contribui de forma significativa na formação de um *cluster*. De acordo com Marshall (1985, p.234), “os padrões estão sempre dispostos a recorrer a qualquer lugar em que possam encontrar uma boa seleção de operários dotados de habilidade especial de que necessitam”.

Para 55% dos médicos entrevistados, o convite de empresários médicos a outros médicos e profissionais da área de saúde, contribuiu para a formação do *cluster* de saúde de Ceres.

“ A gente sempre convidou e ainda hoje convidamos colegas para virem trabalhar conosco no hospital” (EE3).

Quanto ao fator *path dependence* (dependência do caminho ou trajetória), apenas uma minoria, ou seja 30% dos entrevistados, creditaram o surgimento das empresas de saúde de Ceres ao processo de crescimento da cidade, ou seja, resultado de condições locais preexistentes. Esse fator para a maioria dos entrevistados não teve muita significância.

Path dependence, para Araújo e Rezende (2003), é definido como uma sucessão de mudanças com influências importantes nos eventuais resultados na economia, acontecimentos esses com elementos de casualidade em lugar de forças sistemáticas. Apesar de as entrevistas não indicarem esse elemento como um dos mais relevantes para o histórico das organizações de saúde de Ceres, alguns autores da literatura sobre *cluster*, como Suzigan (2001), Barca (2003) e Garcia (2002c), o apontam como um dos fatores importantes associados à formação dos

clusters. O entrevistado (EA2) é um dos que acredita nessa trajetória e a definiu assim.

“Eu acho que é a história de Ceres, tinha o Hospital São Pio X, tinha a colônia, todos médicos que eram antigos que fundaram hospitais, Dr. Jair, Dr. Domingos, passaram pelo Hospital São Pio X, começaram trabalhando ali pelo Funrural, sem estrutura na época, aí pensaram, aqui é um bom lugar pra fazer o meu hospital” (EA2).

Podemos perceber, pelo depoimento anterior, que a fundação do hospital da CANG, que depois se transformou no Hospital São Pio X, teve um papel importante na construção da história da prestação de serviços de saúde de Ceres. A maioria dos proprietários de hospitais de Ceres trabalhou no Hospital São Pio X e de lá saiu para montar seus próprios serviços. A fama no País inteiro da Colônia Agrícola Nacional de Goiás e depois do Hospital São Pio X contribuiu para atrair muitos profissionais de saúde para Ceres.

Somente a aleatoriedade não foi citada nas entrevistas como um dos elementos do surgimento do *cluster* de saúde de Ceres. O surgimento de uma concentração de organizações especializadas em função do acaso é previsto por Porter (1999) e Garcia (2001c), mas, no caso de Ceres, 60% dos médicos entrevistados reconheceram que o governo teve um importante papel indutor no processo.

Esses foram os elementos que estimularam a formação do *cluster* de saúde de Ceres. No item a seguir, analisamos os elementos que permitiram a sua expansão.

5.1.2 A expansão

Os elementos que permitiram a multiplicação das organizações de saúde em Ceres não foram, em sua totalidade, na avaliação dos entrevistados, os mesmos que influenciaram o processo de formação.

A tabela 6 apresenta os fatores mais citados pelos médicos entrevistados, para a consolidação e expansão do *cluster* de serviços de saúde de Ceres.

Tabela 6

Fatores que influenciam na expansão de um *cluster* / aglomerações de empresas e os fatores encontrados nas entrevistas com os médicos.

SEGUNDO A LITERATURA	ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS	% sobre o Total
Demanda por produto ou serviços	19	95%
Empresas criadas a partir de outras (<i>spin-offs</i>)	19	95%
Redes de relacionamentos	19	95%
Aspectos Geográficos (relevo, clima, infraestrutura, localização, condições de acesso, etc)	17	85%
Mão-de-obra especializada disponível	16	80%
Difusão de conhecimentos técnicos e gerenciais (<i>spillovers</i>)	14	70%
Cooperação e competição	12	60%
Políticas do governo para o setor	12	60%
Dependência da trajetória (<i>path dependence</i>)	6	30%

Total de entrevistados = 20 médicos

Fonte: elaborado pelo autor da dissertação.

Nota - O total do percentual ultrapassa 100% porque cada entrevistado citou mais de um fator.

Dentre os fatores que levaram à expansão do *cluster* de saúde de Ceres, segundo as entrevistas, um dos que se destacam é a demanda, com 95% de frequência de citação por parte dos entrevistados. Nesse caso e da mesma forma

que no processo de formação, a forte demanda por serviços de saúde foi um dos fatores que apresentaram maior indicação nas entrevistas.

“No passado, era justamente a facilidade de formação de clientela, e essa formação de clientela era pela própria demanda natural que Ceres tinha, porque aqui um médico recém-chegado não importava se ele chegou aqui no hospital ontem ou se ele já estava aqui porque o doente chegava no hospital querendo fazer uma consulta... Foi a demanda que fez Ceres chegar aonde chegou “ (EE5).

Confirmando o depoimento anterior,

“Por Ceres ser um pólo médico e prestador de serviços de maneira em geral, o fluxo de pessoas aqui pra Ceres é muito grande, já foi bem maior, por isso que teve essa construção grande de hospitais como tem aqui” (EE4).

Segundo a literatura sobre aglomerações de organizações, a existência de demanda é um fator de bastante significância. Para Best (1990), Pyke e Sengenberger (1992), Porter (1999,2002), Shaver e Flyer (2000), Cândido e Abreu (2000), Lins (2000), Garcia (2001a, 2001b) e outros, na economia moderna, a demanda influencia também a maior competência das empresas, na qualidade dos produtos e serviços prestados, o que contribui para a criação de um círculo retroalimentador entre a grande demanda e a oferta de serviços de qualidade.

Essa influência da demanda atua nos *cluster* de forma mais significativa, pois as empresas estão num mesmo local. No caso específico do *cluster* de saúde de Ceres, a grande demanda pelos serviços favoreceu a expansão da rede de saúde - principalmente por meio de *spin-offs* dos primeiros serviços – o que gerou maior competição e especialização, ocasionando, por seu turno, investimentos para melhora da qualidade dos produtos e serviços prestados.

De acordo com Saxenian (1989), Best (1990), Dahlstrand (1997), Sedaitis (1998), muitos estudos mostraram que o crescimento de prósperos setores são

marcados por *spin-offs*. Entre eles, podem-se destacar os estudos sobre a *Terceira Itália*¹⁹, *Vale do Silício*²⁰ e *Rota 128*²¹. Dahlstrand (1997, p.2), faz uma definição bastante esclarecedora do que seja *spin-off*.

Uma empresa nova, cujo fundador tenha deixado o trabalho anterior dele, para começar um negócio próprio. Esta definição não requer explicitamente que tenha acontecido transferência direta de conhecimento entre a subsidiária e a organização de origem. A suposição básica aqui é que a formação de uma empresa nova deriva de algum modo do emprego anterior do seu fundador. (Tradução nossa).

Para 95% dos entrevistados, o aglomerado de empresas de saúde de Ceres se expandiu em função de empresas que surgiram a partir de outras já existentes. o entrevistado (EE5) faz um breve relato da formação de alguns dos hospitais de Ceres, o que bem ilustra o processo de expansão do *cluster*.

“Ceres começou com o Hospital São Pio X, [...] com a colônia agrícola, então como aqui foi uma cidade pioneira em toda região que tinha uma estrutura hospitalar mantida pelo governo federal. [...] no Pio X trabalhava lá, Dr. Jair, Dr. Domingos eles saíram e montaram seus próprios hospitais, Dr. Fernando Albuquerque também trabalhou no Pio X saiu de lá e montou seu próprio hospital. Em seguida veio o Dr. Valter Melo que trabalhava no Hospital São Patrício e resolveu montar o antigo hospital Santo Agostinho,[...] Dr. Silas que trabalhava no Hospital Centro Goiano resolveu sair para montar seu próprio hospital, Dr. Ernandes Moulin da mesma forma trabalhava no Hospital Centro Goiano saindo pra montar a sua clínica, foi quando também [...], resolvi montar o meu” (EE5).

A expansão do setor de saúde em Ceres passou por dois momentos bem distintos, primeiro a expansão da rede hospitalar e num segundo momento o surgimento de serviços menores por meio das clínicas especializadas. Reforçando o depoimento anterior, o entrevistado (EC2) deixa claro que existiram dois momentos de expansão do aglomerado de organizações de saúde de Ceres.

¹⁹ Aglomerações de pequenas empresas em rede localizadas na região centro-norte da Itália.

“ Foi montado, primeiro os hospitais e dentro de hospitais os consultórios, depois num segundo momento, a clínica especializada. Essa tendência já existe na capital, então o médico recém-formado já vem com um pouco desse aprendizado. Então essa última geração, desses últimos 10 anos, já não havia mais interesse dos novatos de ficar enfurnado dentro dos hospitais em Ceres. Coincidindo com a mudança na política de saúde, que era tudo centrada no antigo INPS, centrada no recurso alto que existia, no número ilimitado de cotas que existia, então se você ficasse dentro do hospital chovia paciente ali,..., então, com uma política de redistribuição, reorganização do Sistema Único de Saúde, os hospitais grandes passaram a sofrer uma diminuição de número de cotas e com o avanço da medicina pela desospitalização²², o paciente no consultório, no ambulatório, isso também contribuiu demais para a formação de novas clínicas, clínicas pequenas, específicas. Então avanço tecnológico, o recurso, o avanço da medicina tem influenciado nisso” (EC2)

As empresas surgidas a partir de outras contribuem para a consolidação do aglomerado e também foram conseqüência das redes de relacionamentos. Segundo alguns autores, como Pyke e Sengenberger (1992), Brusco (1992a), Dahlstrand (1997) e Balestrin e Vargas (2004), as redes de relacionamentos são importantes na expansão dos aglomerados. As redes de relacionamentos podem significar um conjunto de relações externas entre organizações, como podem indicar, também, laços informais entre pessoas ou equipes, o que vai além da estrutura formal da instituição (CHARAN, 1997).

Quando perguntados em que medida os vínculos sociais contribuíram para a expansão do *cluster* de empresas de saúde de Ceres, 95% dos entrevistados afirmaram que esse foi um elemento fundamental.

²⁰ Aglomerações de empresas com base tecnológica, localizadas em torno da Universidade de Stanford na Califórnia – USA.

²¹ Aglomerações de empresas com base tecnológica, localizadas no estado de Massachusetts – USA.

²² Segundo os próprios entrevistados, a desospitalização da medicina é o processo de deixar o paciente doente ou pós-operado o mínimo possível nos leitos hospitalares e continuar o tratamento em na sua própria residência.

“O relacionamento da classe médico e hospitalar de Ceres é muito bom. Não tem nenhum problema e gera defesa do interesse da própria classe. Quando tem algum problema, então juntam os médicos dos hospitais e os médicos da Associação Médica e reúnem para decidir qual a decisão a ser tomada....O relacionamento sempre foi muito cordial entre os médicos De uma certa maneira pode até ter tido esse fator de aumento no número de médicos de Ceres” (EE4).

O bom relacionamento social entre os médicos contribuiu muito para expansão do aglomerado de saúde e chegava a ponto de um avaliar o outro no momento de financiar a construção do seu próprio serviço ou na aquisição de equipamentos. Principalmente os pioneiros, Dr. Jair e Dr. Domingos, tiveram um papel significativo no fortalecimento desses relacionamentos, quando ajudaram e até incentivaram aos médicos que trabalhavam em seus hospitais a sair e construir seus próprios serviços. Devido à importância do aspecto relacionamento social e por se tratar de um dos pressupostos desta pesquisa para a expansão do *cluster* de saúde de Ceres, este será analisado com mais profundidade no item seguinte. Além dos relacionamentos sociais, os fatores geográficos também podem contribuir para a expansão de aglomerados.

A literatura também atribui aos fatores geográficos o motivo da expansão ou crescimento dos *clusters*. Para alguns autores, como Marshall (1985), Best (1990), Pyke e Sengenberger (1992), Feser e Sweeney (2000) e Haddad (2002), a facilidade de acesso, as condições de infra-estrutura, a localização, a proximidade com fornecedores, concorrentes e clientes, entre outros fatores, são importantes para desenvolvimento dos *clusters*.

Os fatores geográficos têm a vantagem de agrupar as empresas num mesmo espaço, trazendo alguns benefícios. Segundo Feser e Sweeney (2000), a proximidade das organizações em um mesmo espaço geográfico provê interação interfirmas e troca de informações, para aquele setor em particular. Para Shaver e Flyer (2000, p. 1.177),

a economia de aglomeração terá os seguintes efeitos se as empresas localizarem-se proximamente. A empresa pobre em tecnologia será capaz de capturar algumas das capacidades de empresas ricas em tecnologia devido a *spillovers*. As empresas ricas em tecnologia poderão capturar algumas das capacidades de empresas pobres em tecnologia devido ao *spillovers*.

Esses autores defendem a tese de que sempre que há troca existe ganho para ambas empresas, pois mesmo a empresa com menos recursos tem algo a oferecer àquela com mais recursos.

Confirmando o que é citado pela teoria, 85% dos entrevistados acreditam que os fatores geográficos tiveram influência na expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

“Também pelo aspecto geográfico...estamos no centro geográfico do Vale do São Patrício, seria numa área de influência de 60 km, nós temos 400 mil habitantes. Você vê que 60km hoje é perto nas grandes metrópoles, então um paciente sair de Rubiataba para fazer uma consulta em Ceres é bom. Então se vê que o aspecto geográfico deu suporte para uma estrutura grande e a estrutura grande atraiu a população para fazer o pólo” (EA1).

As palavras do entrevistado (EC4), confirmam a importância dos aspectos geográficos, entre eles, o da infra-estrutura para a expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

“A infra-estrutura que existe desde o princípio, porque veja você, Ceres surgiu de uma colônia agrícola. Eles implantaram aqui uma estrutura que é que todo mundo alega que as reformas agrárias não dão certo porque dão a terra e não dão a infra-estrutura” (EC4).

A infra-estrutura criada pelo governo federal na CANG, inclusive o hospital da colônia, atraiu demanda por serviços de saúde, que, por sua vez, trouxe profissionais especializados do setor de saúde para a colônia, que depois se tornou Ceres. Como demonstrado no item 3, na tabela 2 e no gráfico da figura 7, a cidade conta com um grande quantitativo de profissionais de saúde, além de uma

grande variedade. Um indicador importante é que Ceres tem a maior quantidade de médicos por habitantes do País, conforme demonstrado anteriormente na tabela 4.

Também, para 80% os entrevistados, a presença de mão-de-obra especializada contribuiu para a expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

“Acho que são os próprios médicos, eu acho que é a teoria do Shopping Center, onde você tem várias camisarias, quer dizer isso vai atrair o público porque sabe que chegando lá ele vai achar a camisa pra ele comprar. Então foi o acúmulo de médicos que já existia aqui, na época que eu vim, que me trouxe pra cá. Trabalhar sozinho na medicina não dá, então se fosse pra eu ir para o interior que tenha dois ou três médicos eu não iria, por que não dá pra desenvolver medicina sozinho. Então eu acho que o grande *puxamento* de médicos pra Ceres é o próprio grupo de médicos, é o trabalho coletivo, é cooperar um com o outro. Não se tem condições de fazer cirurgia se você não tiver um anestesiológico, se você não tiver um bom clínico, se não tiver um bom cardiologista, então o especialista quer saber é se existem outros colegas da área,[...] Ceres tem diversas especialidades e bem estruturadas e isso atrai qualquer médico para trabalhar” (EA5).

Outro fator apontado na literatura como facilitador do processo de aglomeração é a difusão de conhecimentos técnicos e gerenciais ou *spillovers*. Alguns autores como Suzigan (2001), Garcia (2001c), Lissoni e Pagani (2003), Lorenzen e Foss (2003c), Castells (1999) e outros consideram o *spillover* como uma vantagem da aglomeração de empresas. Esses mesmos autores entendem que a transmissão e multiplicação de conhecimento e tecnologias que ocorrem nos *clusters* ou redes fazem com que ocorra uma difusão desses conhecimentos e tecnologias, podendo levar ao aprimoramento técnico, melhora da qualidade dos produtos, dos serviços e expansão das empresas.

Dos médicos entrevistados, 70% reconhecem que essa difusão de conhecimento dentro do *cluster* de saúde de Ceres contribuiu para a sua expansão. Pode-se perceber isso no seguinte depoimento.

“Tem médico que está em outra cidade que diz pra mim que gostaria de ficar em Ceres porque aqui tem uma equipe, tem outros médicos para você tá trocando, pra você tá dividindo angústias inclusive, que é própria da profissão e se desenvolvendo tecnicamente” (EA2).

Outro entrevistado reforça a possibilidade de difusão de conhecimento no *cluster* de saúde de Ceres como um fator positivo, quando fala da associação médica e da jornada médica.

“ Quando eu vou a um jantar da Associação Médica lá é o lugar de falar de medicina, porque lá é só médico. É o lugar de se falar sobre a medicina, sem contar nas jornadas e nos eventos esporádicos que tem. A jornada médica de Ceres é uma jornada tradicional há mais de 30 anos realizada todo ano, já conhecida no País inteiro. Aí sim é puramente ciência, agora nos jantares tem sempre aquela conversa de se encontrar com alguém e conversamos sobre os exames, encaminhamento de pacientes. Então, gira um papo gostoso em torno da medicina e que a gente não fica constrangido porque lá é a casa disso, lá é o lugar de se falar disso” (EA1).

A possibilidade da difusão de conhecimento está estreitamente ligada a outro fator considerado importante pelos autores que estudam as aglomerações de empresas, que é a existência de cooperação e competição . Segundo Schimtz (1997,2000), as relações entre organizações num *cluster* são marcadas por uma rivalidade intensa, mas também por uma significativa cooperação entre elas. Como afirmam Almeida e Fischmann (2002, p.82),

inicialmente, imaginava-se que no jogo dos negócios a soma fosse zero, ou seja, enquanto um ganhava o outro perdia. Contudo, pela complexidade que afeta as decisões estratégicas, a teoria dos jogos veio mostrar que o objetivo do jogo não está em derrotar o adversário, mas em alcançar o melhor resultado que, muitas vezes, passa pela cooperação entre concorrentes, como acontece nos Pólos.

Para os mesmos autores, a cooperação pode ser uma estratégia empresarial por meio da busca por alianças e parcerias com clientes, fornecedores, empresas complementares, concorrentes e governo. A cooperação possibilita ganhos mútuos entre os participantes.

Para Ahuja (2000), a cooperação entre empresas pode gerar dois tipos distintos de benefícios: 1. compartilhamento de recursos, permitindo a combinação de conhecimento, habilidades e bens físicos; 2. acesso a conhecimentos, que conduzirão à descoberta de novas técnicas ou solução de problemas.

A maioria dos médicos entrevistados, 60% deles, reconhecem que existe cooperação e competição no setor de saúde em Ceres, e isso é um fator importante para o seu crescimento.

“ Você não vê em Ceres, um dono de hospital maltratando ou impedindo a atividade de um médico, nem tão pouco briga entre os proprietários de hospitais, e sim uma concorrência sadia. Você vê como exemplo a minha cidade [...], a equipe de um hospital não conversa com a equipe de outro, se um é a favor de um prefeito, o outro é do adversário dele. Então se um assume a Secretaria da Saúde, aquele outro hospital que tá fora não recebe mais os AIHS . O negócio é tão ruim que a comunidade médica não cresce, acaba tendo encaminhamento para Goiânia. Então é por isso que eu acho que a medicina de Ceres ainda sobrepõe sobre as demais por isso. Porque tem um respaldo social, tem um respaldo que todo médico que chega aqui, a gente tenta trazer ele pra ficar junto com a gente. Divergências existem, mas qual sociedade que não existe, mas sem que um prejudique o outro. É uma competição e cooperação ao mesmo tempo. Você não fica querendo tomar o doente do outro, você fica buscando o seu espaço, respeitando os espaços dos outros, eu acho então que isso é mais importante” (EC4).

Não se pode concluir, e não é o objetivo deste trabalho, que a grande demanda por serviços de saúde em Ceres favoreceu a cooperação entre os médicos. Porém, com certeza, ela tem uma significativa parcela de contribuição para isso, do tipo *tem pra todo mundo*. Assim como a demanda, a cultura / tradição de

receptividade aos novos médicos criada pelos pioneiros Dr. Jair e Dr. Domingos teve um papel importante no desenvolvimento da cooperação entre os médicos em Ceres.

Assim como a cooperação e a competição entre firmas são fatores propulsores dos *clusters*, alguns autores da literatura sobre o assunto acreditam que políticas governamentais, favorecendo o setor, propiciam o seu desenvolvimento. Segundo Porter (1999, p.269), “a orientação para os aglomerados enfatiza que muitas atividades governamentais exercem influência sobre a competitividade, [...]. As soluções eficazes geralmente exigem a colaboração entre as diferentes áreas do governo.”

A maioria dos entrevistados, ou seja, 60% deles, também acreditam nessa influência. Nas palavras de um entrevistado, fica bem clara a influência das políticas governamentais no crescimento do *cluster* de saúde de Ceres.

“O surgimento de tantos hospitais em Ceres tem relação com a atuação da política de saúde do governo. No INAMPS de antigamente, as internações hospitalares não tinham limite, em Ceres, já havia uma base hospitalar montada e com essa facilidade de internação começou haver muitas internações, muita necessidade de internação,...., isso foi que fez que houvesse uma multidão de pacientes na região e isso sempre atraía mais paciente e mais paciente, e foi havendo uma falta de leito hospitalar, porque foi havendo um fluxo muito grande de pacientes pra Ceres, sem leitos aqui. Então foram criados novos hospitais” (EA5).

Vale lembrar que o sistema de remuneração das internações hospitalares, na época do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS – do Governo Federal, era baseado em dias de internação, ou seja, o pagamento era feito pelo tempo de internação do paciente. O INAMPS pagava toda despesa da parte de hotelaria hospitalar do paciente, inclusive remédios. Além disso, o valor da diária de internação pelo INAMPS era generoso e permitia a obtenção de bons lucros por parte das instituições hospitalares. Além disso, não

existiam cotas de guias para internação, sendo atendido todo paciente pelo sistema. Assim, quanto mais tempo um paciente ficasse internado, maior a receita do hospital. Dessa forma, a política do INAMPS da época representou um estímulo para o surgimento de hospitais em Ceres.

As políticas governamentais podem exercer uma grande influência na economia de um país, desempenhando uma grande variedade de papéis. Entre esses papéis, Segundo Porter (1999), Barca (2003), Suzigan (2001), o governo, por meio de políticas apropriadas, pode contribuir para o desenvolvimento e aprimoramento dos *clusters* de empresas. Para Porter (1999), o governo pode contribuir criando programas especializados de educação e treinamentos, auxiliando no levantamento e compilação de dados e informações, desenvolvendo infraestrutura como rodovias, comunicação e outros. Suzigan (2004, p.14) deixa bem claro qual o papel das políticas públicas para os *clusters*.

Uma vez que se reconheça que o foco em regiões ou locais oferece oportunidades do ponto de vista de políticas, é necessário reconhecer também que essas políticas não são panacéia, e também que *clusters* ou aglomerações não podem ser criados. Economias externas e outras condições locais favoráveis devem estar presentes [...] o que se deve fazer em primeiro lugar é, [...], identificar aglomerações existentes que poderiam ser objeto de iniciativas de políticas públicas e ações conjuntas das empresas.

Dentre os fatores pesquisados, somente o fator *path dependence* - dependência do caminho ou da trajetória -, para os entrevistados, não representou importância na expansão do aglomerado de saúde de Ceres. Apenas 30% deles indicou a área de saúde como sendo elemento determinante na história e trajetória de Ceres.

Dentre os fatores que levaram à formação e à expansão do *cluster* de saúde de Ceres acima discutidos, esta pesquisa se preocupou em avaliar, mais detidamente, as redes de relacionamentos. Na tabela 7, foi feita uma comparação entre os fatores que constam da literatura como elementos que influenciam as redes de relacionamentos e o que foi verbalizado, na pesquisa,

pelos entrevistados. Ou seja, buscou-se identificar, na fala dos entrevistados, aspectos relacionados à convivência social que fossem responsabilizados pela formação e consolidação das redes de relacionamentos pessoais.

5.1.3 Aspectos da rede de relacionamentos que influenciaram a expansão do *cluster* de saúde de Ceres

Dentre os elementos que permitiram a multiplicação das organizações de saúde em Ceres, as redes de relacionamentos e os vínculos entre indivíduos e / ou organizações, objeto de estudo de vários autores, como os de Granovetter (1973,1985); Saxenian (1989); Uzzi (1997); Nadvi (1999); Hite (2003) foram bastante citados, pelos entrevistados, como responsáveis pela expansão do *cluster*.

A tabela 7 apresenta os fatores mais citados pelos médicos entrevistados, que favoreceram a formação / fortalecimento dos relacionamentos no aglomerado de saúde de Ceres.

Tabela 7

Fatores que favoreceram as redes de relacionamentos em um *cluster* / aglomerações de empresas e os fatores encontrados nas entrevistas com os médicos.

SEGUNDO A LITERATURA	ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS	% sobre o Total
Relacionamentos profissionais;	18	90%
Relacionamentos sociais;	16	80%
Relacionamentos familiares;	13	65%
Interesses econômicos.	09	45%
Confiança;	05	25%
Valores, regras e tradições;	05	25%
Tempo de relacionamento entre indivíduos;	0	--

Total de entrevistados = 20 médicos

Fonte – Elaborada pelo autor da dissertação

Nota - O total do percentual ultrapassa 100% porque cada entrevistado citou mais de um fator.

Algumas pesquisas sobre aglomerações de organizações privilegiam o estudo das similaridades e complementaridades entre os atores. Outras focam a análise nas relações que se estabelecem entre as organizações ou indivíduos, como nos estudos sobre cliente-fornecedor e produtor-usuário que formam uma divisão do trabalho ao *cluster* (BRITTO e ALBUQUERQUE, 2002).

Essas relações entre indivíduos e organizações são estudadas pela literatura de redes na busca por uma definição. Lipnack e Stamps (1992), Marteleto (2001) definem uma rede como sendo uma teia de participantes autônomos, ligados por

interesses e valores comuns. Balestrin e Vargas (2004) complementam a definição anterior de redes, como sendo um conjunto de pessoas ou organizações interligadas direta ou indiretamente. Para os mesmos autores, essas interligações ainda podem ser formais e informais.

No *cluster* de saúde de Ceres, percebe-se que as relações interfirmas são informais, ou seja, sem contratos. Isto é condizente com uma das classificações propostas por Balestrin e Vargas (2004) que afirmam que as redes informais são aquelas baseadas em encontros voluntários e sem formalidades contratuais. Para Macaulay (1963), as relações não contratuais são muito vantajosas, pois não retardam e não complicam as relações entre firmas.

Os relacionamentos interpessoais podem ser profissionais, sociais e familiares (BOTT, 1976; MARTELETO,2001). Para 90% dos médicos entrevistados, as relações profissionais foram importantes para o desenvolvimento da aglomeração de empresas de saúde de Ceres. As relações profissionais estabelecidas entre os médicos do *cluster* de saúde de Ceres contaram e contam com a força significativa da Associação Médica de Ceres. A referida associação promove jantares mensais de confraternização e, uma vez por ano, a tradicional *Jornada Médica de Ceres*, que acontece há mais de trinta anos e é conhecida nacionalmente. A *Jornada Médica de Ceres* é um congresso que acontece no mês de setembro, com palestrantes médicos de todo o País e com grande participação de médicos e acadêmicos de medicina.

“Existe uma Associação Médica de Ceres que trabalha, ela é bem atuante e esse relacionamento médico é por meio do jantar simbólico que tem mensalmente que quer queira, quer não, você congrega toda uma sociedade médica em torno de discussões, bate papo, e como é uma cidade do interior e todo mundo se conhece. Essa vivência, esse relacionamento ficou mais fácil e isso ajuda, porque realmente até algumas brigas, algumas querências são tiradas nessas reuniões. Além disso, tem a jornada médica em Ceres, ela já se transformou, inclusive num dos eventos científicos do Brasil, se eu não me engano é a 32ª Jornada

Médica de Ceres, é um evento médico com continuidade ininterrupta do Brasil, isso é tradição pra nós” (EA5).

A literatura sobre aglomerados reconhece que os relacionamentos entre profissionais podem trazer grandes contribuições para as organizações. Para Lipnack e Stamps (1992), Junqueira (2000), Anand, Glick e Manz (2002), a participação de profissionais em encontros técnicos, associações e em outras formas de reuniões contribuem para a difusão de conhecimentos e esses autores sugerem que as organizações deveriam estimular essa participação.

A importância das relações profissionais e suas contribuições para as organizações podem ser percebidas nas palavras de Anand, Glick e Manz (2002, p.90),

Informações básicas podem ser conseguidas quando os funcionários se reúnem em encontros profissionais e técnicos. Publicações e periódicos técnicos são outras fontes de informação. No entanto, um meio básico de obter tal conhecimento é por meio do uso das redes sociais de funcionários – os vínculos e relacionamentos dos funcionários com outros indivíduos. (Tradução nossa).

Além das relações profissionais, as relações sociais entre indivíduos também têm influência sobre o desenvolvimento das organizações num *cluster*.

Para Weber (2000), uma relação social pode ser de dois tipos: aberta ou fechada. No primeiro, a participação não é negada a ninguém que efetivamente tenha condições de participar e disposição de nela tomar parte. Na fechada, ao contrário, a participação é negada, limitada ou ligada a determinadas condições. Assim como nos relacionamentos profissionais, os entrevistados consideram muito importantes os relacionamentos sociais. Para 80% dos entrevistados, as relações sociais contribuem para a expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

“A Associação Médica de Ceres nos dá um jantar mensal que é uma coisa importante pra gente se reunir, conversar, ver os amigos. A classe médica de Ceres é uma das mais unidas. Claro que tem brigas, tem fofocas, e isso é normal

em todas as sociedades, mas, apesar disso, a gente se reúne, a gente conversa, acho que isso é um dos grandes motivos que fizeram com que a medicina daqui crescesse. As pessoas daqui não são fechadas, qualquer médico que chega aqui de fora ele tem facilidade de entrar, conhecer, a sociedade não é tão fechada como as outras e o fato de estar reunido é bom” (EC6).

Pode-se perceber, pelo depoimento anterior, que a classe médica tem um relacionamento social aberto aos profissionais médicos que queiram dela participar. O jantar mensal da Associação Médica de Ceres é um momento para reforço das relações sociais entre os médicos e suas famílias, mas, ao mesmo tempo, é um momento para se estreitarem as relações profissionais e de apresentação de algum médico recém-chegado à cidade. Então, essas reuniões mensais são uma mistura de relações sociais com relações profissionais de maneira bastante informal.

Da mesma forma que os entrevistados, a literatura aponta para as contribuições que as relações sociais entre os indivíduos realizam para o desenvolvimento das empresas. Como já citado anteriormente, as relações podem acontecer de maneira formal ou informal. Segundo Lopes (2004, p.183),

a maioria dos relacionamentos entre os atores é desenvolvida de maneira informal. Isto significa que nem sempre um ator entra em uma relação interessado em melhorar a utilidade dos seus recursos, principalmente porque ele pode não ter uma idéia muito clara do que vai encontrar ou do material que está disponível a ele. Assim, as intenções dele não podem ser tão racionais; outros fatores podem ser incluídos como afeto, simpatia, influência sobre outras pessoas, e outros. Desta forma, ao longo dos anos, o ator amplia as suas relações, incorporando outros atores e, por conseguinte, formando uma rede. (Tradução nossa).

Para Dahl e Pedersen (2002), as redes informais de contatos emergem entre indivíduos atravessando os limites das firmas. Esses canais de comunicação facilitam a difusão de conhecimento, dando às empresas localizadas no agrupamento, vantagens com relação a desempenho inovador. Para os mesmos autores, quando empresas semelhantes ficam situadas em agrupamentos, elas compartilham uma série de valores comuns e conhecimentos tão importantes que

eles formam um ambiente cultural. Neste ambiente, as empresas são unidas via relações informais muito específicas em uma mistura de competição e cooperação.

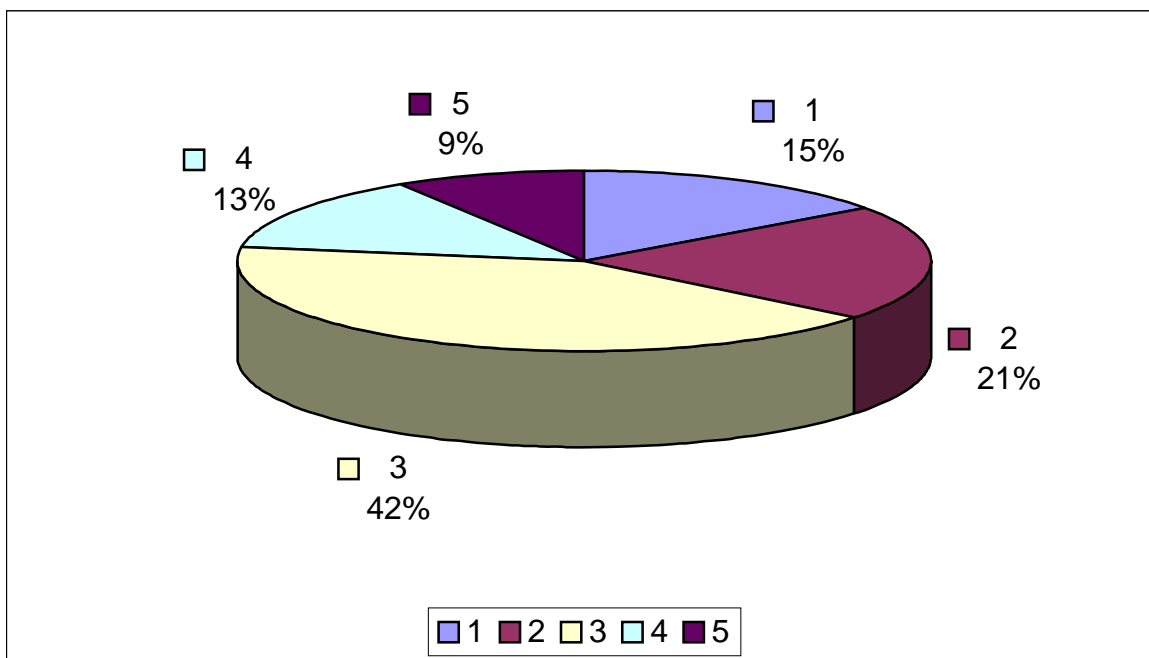
Os vínculos sociais entre agentes locais servem de base de confiança nas relações econômicas. Além disso, o capital social, refletindo em tradições cívicas locais e em normas da comunidade, facilita o comportamento de cooperação (NADVI, 1999).

Para alguns autores, como Etzioni (1967), Bott (1976) e Nadvi (1999), os vínculos sociais também estão fortemente ligados aos vínculos familiares. Para Nadvi (1999), tais relacionamentos têm tanto funções sociais, quanto econômicas, facilitando a cooperação entre firmas, contribuindo para a difusão de conhecimentos e mediando a competição entre elas. Assim, as relações sociais podem influenciar o comportamento produtivo dentro dos *clusters*.

Para 65% dos entrevistados, os vínculos familiares contribuíram para a expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

“O fator de relacionamento e fator familiar. Porque nós estamos vendo hoje a chegada dos filhos, ontem mesmo no jantar na Associação Médica estava sendo apresentado o filho do Lincoln. O filho dele era menino aqui, que nós conhecíamos até pouco tempo era criança, todo mundo convivia com ele aqui. O Glauco agora é médico, residente, 3 anos de residência médica e se especializou em Mastologia e está vindo para Ceres pelo conhecimento que ele tem na cidade, pelas raízes que ele tem aqui, a relação do pai, vendo que tem um espaço profissional pra ele aqui. Então diríamos que a relação do Fernando Alves está na cidade, o filho do médico, o filho do Ronaldo Rego de Rialma está na cidade, é oftalmologista, chegando agora, o pai não é médico mas é da cidade. Então essa relação familiar e relacionamento com os médicos da cidade é um fator forte para trazer pessoas sim” (EA3).

Pode-se perceber no gráfico da figura 11, que os relacionamentos sociais, tanto em nível profissional, quanto familiar, demonstraram uma relevância muito grande na expansão do *cluster* de saúde de Ceres, pois a proximidade determinou o estabelecimento dos médicos na cidade.



CATEGORIAS	ESPECIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS:
1	Filhos de Médicos residentes em Ceres/Rialma.
2	Nascido em Ceres / Rialma e filhos de não médicos.
3	Nascidos em outras localidades e vieram a convite de médicos residentes.
4	Nascidos em outras localidades e não vieram a convite de médicos residentes.
5	Nascidos em outras localidades e casados com pessoas de Ceres/Rialma

Total de médicos pesquisados : 67

Figura 11 - Gráfico mostrando a origem dos médicos de Ceres

Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação

Analisando o gráfico da figura 11, podemos perceber que se confirma o que se encontra na literatura sobre as redes de relacionamentos. A grande maioria dos médicos está trabalhando no *cluster* de saúde de Ceres, devido aos vínculos sociais. Dos 67 médicos pesquisados, 15% deles são filhos de médicos, 21% são nascidos em Ceres / Rialma, 42% estão nesse *cluster* de saúde a convite de médicos residentes em Ceres / Rialma e 9% dos pesquisados são casados com pessoas nascidas em Ceres / Rialma. Assim, 87% dos pesquisados estão desenvolvendo atividades médicas no aglomerado de saúde de Ceres, por alguns dos fatores propulsores das redes de relacionamentos, vínculos familiares, vínculos profissionais e vínculos sociais. Apenas 13% deles vieram por outros motivos.

Segundo a literatura sobre redes e aglomerações, a cooperação entre firmas só acontecerá se as relações entre indivíduos e empresas forem permeadas pela confiança. Para Brusco (1990,1992a,1999), Nadvi (1999) e Almeida e Fischmann (2002), é fundamental que exista uma relação de confiança entre os parceiros de ações desenvolvidas em conjunto, mesmo que sejam concorrentes.

Apesar de vários autores como Brusco (1990,1992a,1999), Pyke e Sengenberger (1992), Nadvi (1999) e outros considerarem significativo o fator confiança nas relações interfirmas, os entrevistados não pensam assim. Apenas 25% deles acham importante a confiança nessa relação. Da mesma forma, a valores, regras e tradições, apenas 25% dos entrevistados os consideraram importantes. O fator tempo de relacionamento, nem foi levado em conta pelos entrevistados.

A partir das análises dos resultados, algumas conclusões podem ser tiradas, assim como algumas sugestões para futuros trabalhos podem ser indicadas. No capítulo seguinte, serão feitos encaminhamentos nesse sentido.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Resultados da pesquisa

Ao iniciarmos este trabalho de pesquisa, estabelecemos como objetivo geral identificar os fatores que levaram à formação e expansão do *cluster* de organizações de saúde no município de Ceres, Goiás. Tínhamos, a partir da nossa vivência na localidade, um pressuposto de que os vínculos sociais e as redes de relacionamentos representaram um importante elemento para explicar o processo de crescimento de hospitais, clínicas e serviços de saúde correlatos na região.

Esse pressuposto com relação à importância dos vínculos pessoais e sociais na formação e expansão dos aglomerados é identificado na literatura que discute os elementos determinantes para o processo de concentração de organizações (PYKE, BECATTIN e SENGENBERGER, 1992; NADVI, 1995, 1999; SCHMITZ, 1997, 1998, 2000; BARCA 2003). Na verdade, com relação à literatura utilizada como base teórica para nossa pesquisa, duas vertentes – a da economia e a da sociologia – foram alicerces para iluminar e nos auxiliar na compreensão do *cluster* de saúde de Ceres.

Pela perspectiva econômica, a demanda, a localização, aspectos físicos e naturais da região, a infra-estrutura, a indução de governos e a presença de mão-de-obra especializada entre outros são aspectos considerados propulsores da formação

e expansão dos aglomerados (PIORE e SABEL, 1984; MARSHALL, 1985; PYKE e SEGENBERGER, 1992; BRUSCO, 1992a; PORTER, 1999; SHAVER e FLYER, 2000; SUZIGAN, 2001).

Pela ótica sociológica, principalmente os vínculos e as redes de relacionamento em família, sociais e profissionais, a confiança, o tempo de relacionamento e os valores, regras e tradições são fatores apontados como responsáveis pela expansão dos aglomerados (BOTT, 1976; COOK, 1977; COOK et al. 1983; GRANOVETTER, 1985, 1992, 1992a; NADVI, 1995; GRANDORI e SODA, 1995; UZZI, 1997; SCHMITZ, 1997, 1998, 2000; HITE, 2003).

Dessa forma, dentro da perspectiva econômica e com base no levantamento bibliográfico pudemos identificar e mapear o *cluster* de saúde de Ceres. Utilizamos o método de quociente locacional - *location quocients* - recomendado por Bergman e Feser (1999), Debiasi (2001) e Britto e Albuquerque (2002) – o que apresentou um resultado de 2,18. Segundo o SEBRAE-SP (2002), um LQ > 1 significa um certo grau de especialização do município. Constatamos, portanto, que Ceres apresenta um grau de especialização mais do que o dobro indicado pelo SEBRAE-SP. Isso mostrou que, em Ceres, existe uma grande especialização no setor de saúde.

Como os autores citados anteriormente recomendaram a associação do quociente locacional com outros métodos, utilizamos a abordagem do *Sistema Diamante* adotada por Porter (2002). Por meio dessa abordagem de caráter qualitativo, identificamos as condições de fatores como os de produção, mão-de-obra especializada, infra-estrutura, recursos físicos, recursos de conhecimento e disponibilidade de capital. A análise por meio deste método indicou a presença de todos os fatores apresentados no *Sistema Diamante* de Porter (2002) no setor de saúde de Ceres. Chegamos à conclusão, pelos resultados encontrados nos dois métodos empregados, de que em Ceres existe um *cluster* de organizações do setor de saúde, tendo como as organizações centrais os hospitais e clínicas, responsáveis por manterem a integração e a atratividade das outras atividades

complementares ou de apoio, as chamadas organizações satélites do *cluster*. Podemos perceber, ainda, que o aglomerado de Ceres pode ser considerado, conforme o modelo de EURADA um *cluster* em fase de desenvolvimento, mas já tendendo a se tornar um *cluster* complexo, pois apresenta uma variedade muito grande de organizações correlatas e de apoio e, além disso, está sendo implantada uma faculdade com cursos voltados para o setor de saúde.

Conforme anteriormente mencionado, a questão principal da nossa pesquisa centrava-se na identificação dos fatores propulsores da formação e expansão do *cluster* de saúde de Ceres. Alguns dos fatores indicados pela teoria (MARSHALL,1985; PYKE e SEGENBERGER,1992) para explicar a origem dos aglomerados foram também identificados no nosso trabalho como elementos relevantes. A grande demanda por serviços de saúde na região, por exemplo, foi o fator considerado pelos entrevistados como o mais importante para a origem do aglomerado de saúde em Ceres, pois não existiam nem médicos e nem hospitais na região na época, sendo os mais próximos os da cidade de Anápolis, distante 150 quilômetros aproximadamente.

Nesse sentido, o governo federal teve um importante papel indutor na origem do *cluster*, pois foi ele que custeou a construção do primeiro hospital – o São Pio X. A grande demanda por serviços de saúde e a existência do hospital da colônia, propiciaram a atração de mão-de-obra especializada em saúde para a CANG, principalmente de médicos (MARSHALL,1985; BEST, 1990; PYKE e SEGENBERGER,1992). Os médicos pioneiros, Dr. Jair e Dr. Domingos, que trabalhavam no hospital da colônia, discordando da direção do hospital e talvez percebendo que apenas um hospital não era suficiente para atender a demanda por serviços de saúde da região, se desligaram dele e construíram seus próprios hospitais, iniciando um processo de multiplicação de organizações de saúde no município.

Na verdade, com a emancipação da CANG, o governo federal entregou o hospital da colônia à igreja católica – diocese da Cidade de Goiás - e se transformou no

Hospital São Pio X. Muitos dos médicos que chegaram a Ceres trabalharam no Hospital São Pio X e saíram para montar seus próprios serviços, sendo que alguns ainda continuam atendendo nele. É inegável que esse hospital contribuiu, e contribui muito, para atração de pacientes e de profissionais de saúde para Ceres, porque se tornou referência em algumas áreas da saúde como a hanseníase, o parto natural e outros, sendo, inclusive, agraciado com prêmios internacionais pela atuação nessas áreas.

A grande maioria dos entrevistados destacou a relevância do papel que os Drs. Jair e Domingos tiveram no processo de formação do *cluster* em estudo. O desinteresse desses pioneiros por incorporar sócios nos seus hospitais e sua disponibilidade para incentivar, atuar como avalistas ou emprestar recursos para que médicos que trabalhavam em seus hospitais se desligassem e construíssem os seus próprios serviços foi determinante para dar início ao processo de criação do aglomerado de saúde de Ceres.

Da mesma forma, o processo de expansão do *cluster* de saúde de Ceres, principalmente em relação às organizações centrais – hospitais e clínicas -, se deu via *spin-offs* (SAXENIAN, 1989; BEST, 1990; DAHLSTRAND, 1997; SEDAITS, 1998), em que os médicos saíam dos hospitais São Pio X, do Hospital das Clínicas Centro Goiano - Dr. Domingos- ou do Hospital São Lucas - Dr. Jair -, para fundarem os seus próprios serviços.

Também, na questão da multiplicação das organizações de saúde, a grande procura por esse tipo de serviço na região foi o fator principal responsável pela expansão do aglomerado de saúde de Ceres. A grande demanda estimulou a multiplicação de hospitais e a migração de médicos (SAXENIAN, 1989; BEST, 1990; DAHLSTRAND, 1997; SEDAITS, 1998).

Outro fator importante para explicar a expansão foi a localização do município de Ceres no centro da região do Vale do São Patrício, com a existência de estradas ligando Ceres às outras cidades. Ou seja, a sua posição geográfica dentro da

região e a infra-estrutura de estradas facilitaram o acesso das pessoas ao município (PORTER, 1999).

Além desses fatores, as redes de relacionamentos se mostraram muito relevantes no processo de expansão do *cluster* de saúde de Ceres. Novamente, Dr. Jair e Dr. Domingos tiveram uma participação significativa, pois, além de estimularem os médicos a montarem seus próprios hospitais, ajudaram seus colegas a adquirirem equipamentos e materiais e, em alguns casos, foram até fiadores. Assim, ao invés de criar uma reserva de mercado para eles, criando empecilhos para a entrada de outros médicos, eles desenvolveram uma cultura de cooperação, amizade, união e de boa receptividade a todos os médicos que chegavam a Ceres (SCHIMTZ, 1997,2000; AHUJA, 2000).

A Associação Médica de Ceres, dos quais eles foram membros fundadores, foi e é o grande instrumento dessa cultura. Até hoje, todo médico recém-chegado à cidade é apresentado oficialmente, num jantar social mensal, à sociedade médica de Ceres. Assim, podemos afirmar que o comportamento cooperativo, de união e de boa receptividade dos Drs. Domingos e Jair influenciaram o desenvolvimento dessa cultura na Associação Médica de Ceres, contribuindo de forma relevante para a expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

A Associação Médica de Ceres e esse ambiente de união e de boa receptividade serviram de instrumento para o desenvolvimento e reforço das redes de relacionamentos por meio de vínculos sociais e profissionais. Esses vínculos aconteciam e acontecem, na maioria das vezes, de maneira informal e, raramente, de maneira formal. As redes de relacionamentos fizeram com que o *cluster* se desenvolvesse e crescesse, pois facilitou a atração de novos profissionais de áreas médicas mais especializadas e que exigiam mais tecnologia, contribuindo para a projeção da qualidade dos serviços médicos prestados na cidade. Conforme apresentado na análise dos resultados, 42% dos médicos que trabalham em Ceres vieram a convite de colegas de profissão. Assim, podemos

concluir que as redes de relacionamentos sociais e profissionais tiveram e têm influência na expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

Além das redes de relacionamentos sociais e profissionais, temos presentes os relacionamentos sociais de vínculos familiares, como fatores que também contribuíram para essa expansão (BOTT, 1976; NADVI, 1995, 1999). Esta pesquisa identificou que 15% dos médicos de Ceres são nascidos em Ceres ou Rialma e são filhos de médicos; 9% vieram para Ceres porque o cônjuge é nascido na região e, ainda, 21% dos médicos são nascidos Ceres / Rialma, apesar de não serem filhos de médicos. Do total dos médicos de Ceres, 45% têm alguma influência de laços familiares para atuarem na cidade. Isso demonstra a força da rede de relacionamento familiar no desenvolvimento desse *cluster*.

Acreditamos ainda que a criação da Associação Médica de Ceres contribuiu para o fortalecimento das redes de relacionamentos, nos aspectos anteriormente citados, e continua cooperando, de forma muito significativa, para o fenômeno da difusão de conhecimentos dentro do *cluster*, que a literatura chama de *spillover* (CASTELLS, 1999; SUZIGAN, 2001; LISSONI e PAGANI, 2003; LORENZEN e FOSS, 2003c). A Jornada Médica de Ceres promovida pela Associação médica é o momento maior desse compartilhamento de informações, mas que se realiza também nos encontros mensais dos associados.

A figura 12 sintetiza os principais elementos que foram responsáveis pela formação e expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

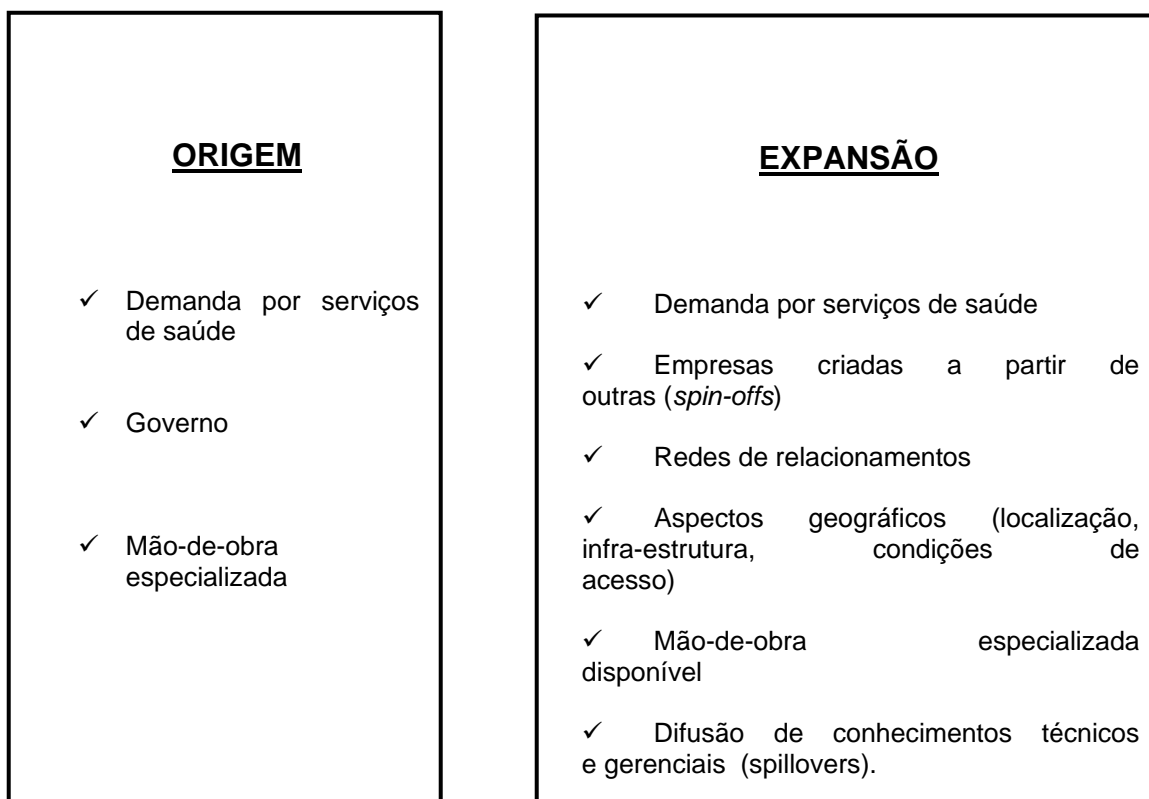


Figura 12 - Principais elementos responsáveis pela formação e expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação.

Partindo do exposto neste capítulo, acreditamos que atingimos os objetivos desta pesquisa, pois identificamos como os principais fatores que deram origem ao *cluster* de saúde de Ceres, como sendo a grande demanda por serviços de saúde na região no período da CANG, a participação do governo federal via construção do hospital da colônia, e a saída de Dr. Domingos e, posteriormente, de Dr. Jair do hospital da colônia para fundarem seus próprios hospitais, caracterizando as primeiras *spin-offs*.

Atingimos também o objetivo desta pesquisa quanto à identificação dos principais fatores propulsores da expansão do aglomerado de saúde de Ceres, que foram: a grande demanda por serviços de saúde na região, mesmo no período após a emancipação da CANG e a criação do município de Ceres; a saída de médicos dos hospitais onde trabalhavam para fundarem os seus próprios; a localização geográfica de Ceres no Vale do São Patrício; as condições de infra-estrutura de Ceres, destacando, entre elas, estrada de acesso; presença de mão-de-obra especializada e, principalmente, as redes de relacionamentos, realçando os vínculos sociais, profissionais e familiares como propulsores da expansão do *cluster* de saúde de Ceres.

Para finalizarmos o capítulo das conclusões, apresentaremos, a seguir, as nossas contribuições para o tema em estudo, as limitações deste trabalho e sugestões para futuras pesquisas.

6.2 Contribuições e limitações desta pesquisa

Esperamos que esta pesquisa tenha contribuído para aumentar a compreensão sobre o fenômeno dos *clusters* de empresas, principalmente, no que concerne às influências das redes de relacionamentos e dos seus vínculos. Porém, acreditamos que a principal contribuição deste trabalho esteja relacionada ao estudo de aglomerações de organizações prestadoras de serviços, uma vez que a grande maioria dos estudos sobre *cluster* de empresas está ligada a organizações do setor industrial. Assim, a nossa expectativa é que esta pesquisa sirva de estímulo a outros pesquisadores para que se interessem por estudar os aglomerados de organizações prestadoras de serviços.

Acreditamos, ainda, que esta pesquisa tenha contribuído para resgatar o histórico do setor de saúde de Ceres, pois, com ela, pudemos esclarecer os fatores

propulsores da origem e expansão do mesmo. Além das contribuições, reconhecemos algumas limitações nesta pesquisa, como a falta de estudos sobre as aglomerações de empresas do setor de prestação de serviços, o que nos exigiu a elaboração de um paralelo com os *clusters* do setor industrial ou dos distritos industriais.

Outra limitação diz respeito à nossa incapacidade de avaliar as perspectivas para o setor em Ceres. Na verdade, ativemo-nos a resgatar a origem e a trajetória do *cluster*, sem, contudo, aprofundar as questões que abordassem o futuro das organizações de saúde de Ceres e o impacto dos novos conceitos – desospitalização, por exemplo – na perenidade do aglomerado.

6.3 Sugestões para futuras pesquisas

Por este se tratar de um estudo pioneiro sobre o *cluster* de saúde de Ceres, e uma vez que os nossos objetivos com esta pesquisa se restringiam a desvendar os fatores propulsores da sua origem e expansão, não foi possível, e nem era a pretensão deste trabalho, aprofundar outros aspectos do fenômeno. Por isso, sugerimos estudos que discutam as mudanças na regulamentação da prestação de serviços de saúde e sua influência no *cluster* de Ceres, o papel do aglomerado no desenvolvimento econômico da região, considerando a fundação de outros tipos de organizações e, mais especificamente, um estudo que avaliasse, com mais profundidade, o papel irradiador do hospital da colônia – São Pio X – na organização da oferta de serviços de saúde de qualidade para a região centro-oeste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHUJA, Gautam. Collaboration networks, structural holes, and innovation: a longitudinal study. **Administrative Science Quarterly**, New York: USA, v. 45, n. 3, p.425-55, Sept. 2000.

ALDRICH, Howard E.; ZIMMER, Catherine. Entrepreneurship through social networks. In: SEXTON, Donald L. e SMILOR, Raymond W.(Eds.) **The Art and Science of Entrepreneurship**. Cambridge: Ballinger , 1986, p.3-23.

ALMEIDA, Isnard R. de; FISCHMANN, Adalberto Américo. Atuação estratégica em pólos empresariais: relatos de duas experiências. **Revista de Administração da USP**. São Paulo, v.37,n. 3, p.79-85, jul./set.2002.

AMARAL FILHO, Jair do. É negócio ser pequeno, mas em grupo.**Desenvolvimento em Debate**. Rio de Janeiro: BNDES, n.3. 2002 . Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/liv_debate.asp. > Acesso em: 19 set 2004.

AMATO NETO, João. **Redes de cooperação produtiva e clusters regionais: oportunidades para as pequenas e médias empresas**. São Paulo: Atlas, 2000.163p.

ANAND, Vikas; GLICK, William H.; MANZ, Charles C. An organizational memory approach to information management. **Academy of Management Review**, New York, v.23, n.4, p.796-809, Out. 1998.

ANAND, Vikas; GLICK, William H.; MANZ, Charles C. Thriving on the knowledge of outsiders: tapping organizational social capital. **Academy of Management Executive**. New York, v.16, n.1, p.87-101, Feb. 2002.

ARANHA, Benedito da Silva. **Eu vi Ceres nascer**. a saga do bandeirante Bernardo Sayão. Ceres,Goiás: João Batista Alves Filho, 2001. 224p.

ARAÚJO, Luis; REZENDE, Sergio. Path dependence, MNCs and the internationalisation process: a relational approach. **International Business Review**, Elsevier, v. 12, n.6, p.719-37, Dec. 2003.

ARAÚJO, José Leonardo. **Conhecimentos em relações intra e interfirmas no desenvolvimento de novos produtos**. 2004, 164 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-graduação em Administração – PUC Minas, Belo Horizonte.

ARBAGE, Alessandro Porporatti. Economia dos custos de transação e a formação de estratégias interorganizacionais: uma revisão teórica na busca de um framework. **Anais do XXVI ENANPAD**. Salvador-BA, set / 2002.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS. Regional Ceres. **Ata de Fundação**. Ceres, Goiás.1968

AZAIS, Christian. Sistemas produtivos locais franceses e distritos industriais italianos: elementos de uma problemática na intersecção da sociologia e da economia. **Sociedade e Estado**, Brasília: UNB, v. 7, n. 1 e 2, p.34-62, jan./dez. 1992.

BALDI, Mariana; LOPES, Fernando D. Rede – Forma híbrida ou nova forma. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, PT: FGV / ISCTE , v.1, n.3, out / dez 2002.

BALESTRIM, Alsones; VARGAS, Lilia M. Evidências teóricas para a compreensão das redes interorganizacionais. **Anais do II Encontro de Estudos Organizacionais**. Recife , 2002.

_____. Redes horizontais de cooperação como estrutura favorável ao desenvolvimento de PME's. **Anais do XXVII ENANPAD**. Atibaia –SP, set. 2003.

_____. A dimensão estratégica das redes horizontais de PMEs: teorizações e evidências. **Revista de Administração Contemporânea**. Curitiba: ANPAD, Edição Especial, v.8, p. 203-27, 2004.

BARCA, Fabrizio. Cooperation and knowledge – pooling in *clusters*: designing territorial competitiveness policies. In: FORNAHL, Dirk; BRENNER, Thomas(Eds). **Cooperation networks and institutions in regional innovation systems**. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2003. cap.14

BERGMAN, Edward M.; FESER, Edward J. **Industrial and regional clusters: concepts and comparative applications**. Virginia: West Virginia University – Regional Research Institute, 1999. Disponível em: <http://www.rri.wvu.edu/WebBook/Bergman-Feser/contents.htm>. Acesso em: 03 set.2004

BEST, Michael H. **The new competition**: institutions of industrial restructuring. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990. 296p.

BONOMA, Thomas V. Case research in marketing: opportunities, problems, and a process. **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 22, n.2, p.199-208, May 1985.

BOTT, Elizabeth. **Família e rede social**: papéis, normas e relacionamentos externos em famílias urbanas comuns. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. 320p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#IndicSaude>>. Acesso em: 15 jul.2004

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **RAIS – Relação Anual das Informações Sociais – Anuário Estatístico**. Disponível em:< <http://anuariorais.datamec.com.br/index1.asp?pag=emprego>>. Acesso em: 22 ago. 2004.

BRITTO, Jorge; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta e. Clusters industriais na economia brasileira: uma análise exploratória a partir de dados da RAIS. **Estudos Econômicos**. São Paulo, v.32, n.1, p. 70-102, jan./mar 2002.

BRUSCO, Sebastiano; RIGHI, Ezio. Local Government, industrial policy and social consensus: the case of Modena (Italy). **Economy and Society**. London:UK, v.18, n. 4, Nov. 1989.

BRUSCO, Sebastiano. The Idea of the Industrial district: its genesis. In: PYKE, F.; BECATTINI, G. and SENGENBERGER, W. (Eds.) **Industrial districts and inter-firm co-operation in Italy**. Geneva: International Institute for Labour Studies, 1992a, p. 10-19.

BRUSCO, Sebastiano. Small firms and the provision of real services. In: PYKE, F.; SENGENBERGER, W. (Eds.) **Industrial districts and local economic regeneration**. Geneva: International Institute for Labour Studies, 1992b, p. 177-196.

BRUSCO, Sebastiano. The rules of the game in industrial district. In: GRANDORI, Anne. **Interfirm networks**: organization and industrial competitiveness. London: Routledge, 1999.

CÂNDIDO, Gesinaldo Ataíde; ABREU, Aline França de. Aglomerados industriais de pequenas e médias empresas como mecanismo para a promoção de desenvolvimento regional. **REAd –Revista Eletrônica de Administração**. Porto Alegre, Ed. 18, n.6, v.6, dez. 2000. Disponível em: <<http://read.ea.ufrgs.br/>>. Acesso em: 06 jun. 2003.

CAPOZZOLI, Ulisses. O branco que ressuscitou os índios. **Scientific American Brasil**, São Paulo, n.11, p.26-8, abr.2003.

CARVALHO, Eveline B. S. A Abordagem de clusters no fortalecimento do setor serviços: um atalho para a competitividade e o desenvolvimento econômico. **Revista Rede de Irrigação**, Dez. /2001. Disponível em: <<http://www.bnb.gov.br/irriga>>. Acesso em: 22 ago. 2003.

CASAROTTO FILHO, Nelson; PIRES, Luis Henrique. **Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local**: estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência italiana. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001. Cap. 3.

CASSIOLATO, José E. ; SZAPIRO, Marina. Uma caracterização de arranjos produtivos locais de micro e pequenas empresas. In: LASTRES, Helena M.M.; CASSIOLATO, José E.; MACIEL, Maria Lúcia (Orgs.). **Pequena empresa**: cooperação e desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2003

CASTELLS, Manuel. **Sociedade em rede**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.

CERES / GOIÁS . Secretaria Municipal de Saúde. **Dados do setor de saúde de Ceres**. Ceres, 2004.

CHARAN, Ram. O uso de redes para redefinir as organizações e obter resultados. In: CHAMPY, James; NOHRIA, Nitin (Orgs.). **Avanço rápido**: as melhores idéias sobre o gerenciamento de mudanças nos negócios. Rio de Janeiro: Campus, Série Harvard Business Review Book, 1997.

COOK, Karen S. Exchange and power in networks of interorganizational relations. **The Sociological Quarterly**, v. 18, p. 62-82, 1977.

COOK, Karen S. et al. The distribution of power in exchange networks: theory and experimental results. **American Journal of Sociology**, Chicago, v.89, n. 2, p. 275-305, 1983.

COUTINHO, Luciano G.; FERRAZ, João Carlos. **Estudo da competitividade da indústria brasileira**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 1994. 510p.

CROSS, Rob; NOHRIA, Nitin; PARKER, Andrew. Six myths about informal networks and how to overcome them. **MIT Sloan Management Review**, Cambridge, USA, v.43, n3, p.67-75, Spring 2002.

DAHLSTRAND, Asa Lindholm. Entrepreneurial spin-off enterprises in Goteborg, Sweden. **European Planning Studies**, London: UK, v. 5, n.5, p.659-74, Out 1997.

DAHL, Michael S.; PEDERSEN, Christian Ø. R. Informal contacts in industrial clusters: myths or realities? **The Nordic Workshop for Interorganisational Research**. August / 2002. Disponível em: <http://www.business.aau.dk/ike/upcoming/IKE_seminar_Christian_180902.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2004.

DEBIASI, Fernanda. **Modelo de identificação e mapeamento de clusters para elaboração de propostas de desenvolvimento regional**. 2001. 135 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da UFSC. Florianópolis.

EISENHARDT, Kathleen M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, New York, v.14, n.4, p. 532-50, 1989.

EISENHARDT, Kathleen M. ; BOURGEOUIS III, L. J. Politics of strategic decision making in high velocity environments toward a midrange theory. **Academy of Management Journal**, New York, v.31, n.4, p. 737-70, 1988.

ETZIONI, Amitai. Sociologia industrial: o estudo das organizações econômicas. in: ETZIONI, Amitai. **Organizações complexas**: estudo das organizações em face dos problemas sociais. São Paulo: Atlas, 1967.

EURADA -European Association of Development Agencies. Cluster, Industrial Districts, Local Productive Systems. Bruxelas : Bélgica. Disponível em: <www.eurada.org/library/documents/clustschemas.htm>. Acesso em : 19 out. 2003.

FESER, Edward J.; SWEENEY, Stuart H. A test for the coincident economic and spatial clustering of business enterprises. **Journal of Geographical Systems**, v.2, p. 349-73, 2000.

FILHO, Gil; MENDONÇA, Grazielle; PIMENTEL, Maurício. Ceres : a cidade dos belos jardins. **Diário da Manhã**, Goiânia, 27 de março de 2002. Documento: Goiás em Raio X, 32p.

FLEURY, Maria Tereza L. O simbólico nas relações de trabalho. In: FLEURY, Maria Tereza L.; FISCHER, Rosa Maria. **Cultura e poder nas organizações**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1996, p.113-28.

GALVÃO, Olímpio J. de Arroxelas. Clusters e distritos industriais: estudos de casos em países selecionados e implicações de política. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília: IPEA, n.21, jun. 2000.

GARCIA, Renato C. **Vantagens competitivas de empresas em aglomerações industriais**: um estudo aplicado à indústria brasileira de calçados e sua inserção na cadeia produtiva. 2001a. 189 f. Tese (Doutorado em Economia) UNICAMP-IE, Campinas.

_____, Aglomerações industriais na indústria brasileira de calçados: identificação e delimitação a partir de dados da RAIS. **Revista Econômica do Nordeste**. Fortaleza, v.32, n. especial, p.505-23, nov. / 2001b.

_____, A Importância da dimensão local da inovação e a formação de *clusters* em setores de alta tecnologia. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.143-60, 2001c.

GOIÁS . Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento. **IDE – Índice de Desenvolvimento Econômico e IDS - Índice de Desenvolvimento Social dos Municípios Goianos 2000**. Goiânia, 2003. 78p.

GOIÁS . Secretaria de Saúde. Agência Regional de Saúde São Patrício. **Dados do Setor de Saúde da Região São Patrício**. Ceres, 2002

GOIÁS . Secretaria de Saúde. **Mapa das Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://e-commerce.cultura.com.br/shopping/index.asp>>. Acesso em: 09 ago. 2004.

GRANDORI, Anna; SODA, Giuseppe. Inter-firm networks: antecedents, mechanisms and forms. **Organization Studies**, London, v.16, n.2, p.183-214, 1995.

GRANOVETTER, Mark. The strength of weak ties. **American Journal of Sociology**, Chicago, v.78, n.6, p.1360-80, 1973.

_____. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. **American Journal of Sociology**. Chicago, v.91, n.3, p.481-510, Nov. 1985.

_____. Problems of explanation in economic sociology. In: NOHIA, Nitin; ECCLES, R.G.(Orgs.) **Networks and organizations: structure, form, and action**. Boston: Harvard Business School Press, p. 25-55, 1992a.

_____. Economic institutions as social constructions: a framework for analysis. **Acta Sociologica**, Abingdon: UK, v. 35, n.1, p.3-11, 1992b.

GULATI, Ranjay; NOHRIA, Nitin; ZAHEER, Akbar. Strategic networks. **Strategic Management Journal**. New York, v.21, n.3, p. 203-15, Mar. 2000

HADDAD, Paulo R. A concepção de desenvolvimento regional. In: HADDAD, Paulo R.(org.). **A competitividade do agronegócios e o desenvolvimento regional no Brasil: estudos de clusters**. Brasília: CNPq / Embrapa, 1999.

HADDAD, Paulo R. Clusters e desenvolvimento regional no Brasil. **Revista Brasileira de Competitividade**, 2002.

HAMEL, Gary; PRAHALD, C.K. **Competindo pelo futuro**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 377p.

HENDRY, Chris et al. Industry Clusters as commercial, knowledge and institutional networks. In: GRANDORI, Anne (ed.). **Interfirm networks: organization and industrial competitiveness**. London: Routledge, 1999. p. 151-84.

HITE, Julie M. Patterns of multidimensionality among embedded network ties: a typology of relational embeddedness in emerging entrepreneurial firms. **Strategic Organization**, London: Sage Publications, v.1, n.1, p. 9-49, 2003.

HOLMÉN, Magnus; JACOBSSON, Staffan. A method for identifying actors in a knowledge based cluster. **DRUID- Danish Research Unit for Industrial Dynamics**. Aalborg, Denmark Working Paper n. 98-26, Nov.1998.

HOSPITAL SÃO PIO X. **Histórico sintético do Hospital São Pio X**. Ceres, 2004

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **As Micro e Pequenas Empresas Comerciais e de Serviços no Brasil 2001**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/microempresa/microempresa2001.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000. Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Organizações sem fins lucrativos e redes sociais na gestão de políticas sociais. **Caderno de Administração - PUC**. São Paulo, n.3, mar. 2000.

LEVEEN, Jessica. Industry cluster literature review. **Urban and Regional Development University of North Carolina / EUA**, Mar.1998. Disponível em: <<http://www.unc.edu/depts/dcrpweb/courses/261/leveen/litrev.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2004.

LINS, Hoyêdo Nunes. Clusters industriais, competitividade e desenvolvimento regional: da experiência à necessidade de promoção. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v.30,n.2, p.233-65, abr.-jun. / 2000.

LIPNACK, Jessica; STAMPS, Jeffrey. **Networks - redes de conexões: pessoas conectando-se com pessoas**. São Paulo: Aquariana, 1992. Cap. I e III.

LIPPARINI, Andréa; LOMI, Alessandro. Interorganizational relations in the modena biomedical industry: a case study in local economic development. In: GRANDORI, Anna (org.). **Inter-firm Networks: organization and industrial competitiveness**. London: Rentledge, 1999.

LISSONI, Francesco; PAGANI, Massimo. How many networks in a local cluster? textile machine production and innovation in Brescia. In: FORNAHL, Dirk; BRENNER, Thomas(Orgs.). **Cooperation networks and institutions in regional innovation systems**. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2003, cap.11.

LOGAN, John R.; SPITZE, Glenna D. Family neighbors. **American Journal of Sociology**, Chicago, v.100, n.2, p.453-76, Set. 1994.

LOPES, Humberto Elias Garcia. **A força dos contatos**: estudo das redes interpessoais de profissionais da região metropolitana de Belo Horizonte. 2001(Tese de Doutorado em Administração)–CPEAD/FACE/UFMG Belo Horizonte.

_____. Theoretical reflections about the concept of social networks. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, ANPAD, v.8, n.1, jan./mar. 2004.

LORENZEN, Mark; FOSS, Nicolai J. Cognitive coordination, institutions and clusters: an exploratory discussion. In: FORNAHL, Dirk; BRENNER, Thomas. **Cooperation networks and institutions in regional innovation systems**. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2003. cap.5

MACAULAY, Stewart. Non-contractual relations in business: a preliminary study. **American Sociological Review**. Washington DC, v.28, n.1, p. 55-67, Feb. 1963.

MARSHALL, Alfred. **Princípios de economia**. São Paulo: Nova Cultural. 1985. v. 1, cap. X. Coleção Os Economistas.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**. Brasília: IBICT, v. 30, n.1, p.71-81, jan./abr. 2001.

MATEUS, Maria Rita F.B. **Cluster e desenvolvimento local**: um estudo exploratório das empresas moveleiras de Carmo do Cajuru. Viçosa, MG: UFV, 2003 (Monografia).

MILES, Matthew B.; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis**: an expanded sourcebook. 2nd ed. Thousand Oaks, USA: Sage, 1994. 338p.

NADVI, Khalid. Industrial *Cluster* and networks: case studies of SME growth and innovation. **United Nations Industrial Development Organisation (UNIDO)**. Oct. 1995. Disponível em: <<http://www.unido.org/userfiles/RussoF/Nadvi.pdf>> . Acesso em: 05 jan 2004.

_____. Shifting ties: social networks in the surgical instrument *cluster* of Sialkot, Pakistan. **Development and Change**, Institute of Social Studies, Oxford:UK, v. 30, n.1, p.141-75, Jan. 1999.

NAHAPIET, Janine; GHOSHAL, Sumantra. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. **Academy of Management Review**, New York, v.23, n.2, p. 242-66, 1998.

O COMEÇO de Tudo. **Revista da ACICER**, Ceres/GO , a. 1, n.1, p.5-9, abr. 2000.

OSBORN, Richard N. et al. Embedded patterns of international alliance formation. **Organization Studies**, London, v.19, n 4, p.617-38, 1998.

PARKER, Martin. Post-modern organizations or postmodern organization theory? **Organization Studies**. London, v.13, n. 1, p.1-17, 1992.

PIORE, Michael J.; SABEL, Charles F. **The second industrial divide: possibilities for prosperity**. New York: Basic Books, 1984. Cap. 10 e 11.

PORTER, Michael. **Competição on competition: estratégias competitivas essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. Cap. 7.

_____. **A vantagem competitiva das nações**, 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002. Cap. 3 e 4.

POWELL, Walter W. Learning from collaboration: knowledge and networks and pharmaceutical industries. **California Management Review**, Berkeley: USA, v.40, n. 3, 1998.

PUGA, Fernando P. Alternativas de apoio as MPMES localizadas em arranjos produtivos locais. **Textos para Discussão**. Rio de Janeiro: BNDES, n.99, jun 2003. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/td.asp#pme>. Acesso em: 01 ago. 2004.

PYKE, Frank; BECATTINI, Giacomo and SENGENBERGER, Werner. **Industrial districts and inter-firm cooperation in Italy**. Geneva: International Institute for Labour Studies. 1992. 237p.

PYKE, Frank; SENGENBERGER, Werner. Industrial districts and local economic regeneration: research and policy issues. In: PYKE, Frank; SENGENBERGER, Werner. **Industrial districts and local economic regeneration**. Geneva: International Institute for Labour Studies, 1992.

QUINN, James B.; ANDERSON, Philip; FINKELSTEIN, Sydney. Novas formas de organização. In: MINTZBERG, Henry; QUINN, James B.(Eds.) **O processo da estratégia**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ROSENFELD, Stuart A. Bringing business cluster into the mainstream of economic development. **European Planning Studies**, London: UK, v.5, n.1, Feb.1997.

SALANCIK, Gerald; PFEFFER, Jeffrey. A social information processing approach to job attitudes and task design. **Administrative Science Quarterly**, New York, USA, v.23, n.2, p.224-53,1978.

SANTA RITA, Luciana P.; BRAGA, Roberto S. Aglomerados produtivos: acordos de cooperação e alianças estratégicas como condicionantes para o ingresso de PME's moveleiras em um processo de desenvolvimento sustentado. Biblioteca Digital da Organização dos Estados Ibero-americanos. Disponível em: <<http://www.campus-oei.org/oeivirt/innovatec.htm>>. Acesso em: 24 ago.2003.

SAXENIAN, Anna Lee. In search of power: the organization of business interest in silicon valley and route 128. **Economy and Society**, London: UK, v.18, n.1, Feb. 1989.

SAYÃO, Léa. **Meu pai, Bernardo Sayão**. 4. Ed. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1984. 509p.

SCHMITZ, Hubert. Eficiência coletiva: caminho de crescimento para a indústria de pequeno porte. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.164-200, 1997.

_____. **Responding to global competitive pressure**: local co-operation and upgrading in the Sinos Valley, Brazil. Brighton-UK: Institute Development Studies – University of Sussex. 1998. Working Paper 82.

_____. Does local co-operation matter? Evidence from industrial clusters in South Asia and Latin America. **Oxford Development Studies**. Oxford:UK, v. 28, n. 3, 2000.

SEBRAE / GO - SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE GOIÁS. **Diagnóstico Municipal de Ceres**. Ceres / GO, 1999. 108p.

SEBRAE / SP - SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE SÃO PAULO. **Subsídios para a identificação de clusters no Brasil: atividades da indústria**. São Paulo, 2002. 53p.

SEDAITIS, Judith. The alliances of spin-offs versus start-ups: social ties in the genesis of post-soviet alliances. **Organization Science**, Maryland: USA, v.9, n.3, may-june 1998.

SEIDMAN, I.E. **Interviewing as a qualitative research**: a guide for researchers in education and social science. New York, Teachers College Press, 1991. 119p.

SELLTIZ, Claire et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: USP/ Herder, 1971

SETUBAL, Jefferson Bernal. Inovação na indústria de adesivos para calçados: um estudo de caso. In: XXXVII CLADEA, 2002, Porto Alegre. **Anais do XXXVII CLADEA**. Porto Alegre: ANPAD, 2002

SILVESTRE, Bruno dos S.; DALCOL, Paulo Roberto T. Redes de empresas e arranjos produtivos locais: alternativas para inserção de empresas na nova economia. In: XXVII ENANPAD, 2003, Atibaia-SP. **Anais do XXVII ENANPAD**. Atibaia: ANPAD, set / 2003.

SIQUEIRA, Tagore V. *Cluster* de alta tecnologia e o desenvolvimento regional. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v.10,n.19,p.129-98, jun. 2003.

SHAVER, J. Myles; FLYER, Fredrick. Agglomeration economies, firm heterogeneity, and foreign direct investment in the United States. **Strategic Management Journal**. West Sussex: UK, v.21, n. 12, 2000.

SOUZA, Yeda Swirski de .Aprendizagem organizacional: um estudo sobre feiras e eventos como oportunidade para a cadeia coureiro-calçadista do Vale do Rio dos Sinos. In: XXV ENANPAD, 2001, Campinas-SP. **Anais do XXV ENANPAD**. Campinas: ANPAD, set. 2001.

SUFFI, Sahid. **Desenvolvimento Regional**: uma abordagem por meio de *cluster* de saúde. 2002, 80 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SUZIGAN, Wilson. Aglomerações industriais como focos de políticas. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v.21, n.3, jul-set 2001.

SUZIGAN, Wilson; FURTADO, João; GARCIA, Renato; SAMPAIO, Sérgio E. K. Aglomerações industriais no estado de São Paulo. **Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional**– FACE / UFMG. Disponível em: <www.cedeplar.ufmg.br/download/wilson%20suzigan.pdf>. Acesso em: 20 set. 2004.

SYDOW, Jorg; WINDELER, Arnold. Organizing and evaluating interfirm networks: a structurationist perspective on network processes and effectiveness. **Organization Science**, Maryland: USA, v. 9, n. 3, May /Jun 1998.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, Cap. 4 e 5.

UNIMED do Vale do São Patrício. Dados solicitados pelo autor. Ceres, GO. 2004

UZZI, Brian. Social structure and competition in interfirm network: the paradox of embeddedness. **Administrative Science Quarterly**, New York, v.42, n. 1, p.35-67, 1997.

VARGAS, Marcos Antonio; ALIEVI, Rejane Maria. **Arranjo produtivo coureiro-calçadista do Vale dos Sinos/RS**. Rio de Janeiro: Bndes, jul. 2000,Nota Técnica n.19.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Débora Moraes (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração**, Rio de Janeiro: FGV, 2004, Cap. 1.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. 4.ed.Brasília: UNB, 2000. v.1. 422p.

WHITLEY, Richard et al. Trust and contractual relations in an emerging capitalist economy: the changing trading relationships of ten large hungarian enterprises. **Organization Studies**. London, v.17, n.3, p. 397-420, 1996.

YAMAGISHI, Toshio; GILLMORE, Mary R.; COOK, Karen S. Network connections and the distribution of power in exchange networks. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 93, n.4, p. 833-51, Jan. 1988.

YIN, Robert K. The case study crisis: some answers. **Administrative Science Quarterly**, New York, v.26, n. 1, p.58-65, 1981.

_____. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

ZAHEER, Akbar; McEVILY, Bill; PERRONE, Vincenzo. Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. **Organization Science**, Maryland: USA, v. 9, n. 2, p. 141-59, Mar. / Apr. 1998.

ANEXO A**ALGUMAS HISTÓRIAS FOLCLÓRICAS SOBRE O DESBRAVADOR
BERNARDO SAYÃO**

Aventureiro incansável, um dia, Bernardo Sayão soube que alguém tinha feito uma roça junto à desembocadura do Rio São Patrício no Rio das Almas. Como não conseguia esperar que a estrada chegasse lá, arquitetou um plano de exploração para descer pelo Rio das Almas 12 léguas até o local. Assim, poderia conhecer o trecho de mata, a navegabilidade do Rio das Almas e outras características do local. Arrumou uma canoa, a matula e dois companheiros para a aventura. Sayão assumiu o leme da canoa e os demais, os remos. Todos eram excelentes nadadores.

Quando começaram a descer o rio, perceberam que a canoa estava furada, mas prosseguiram, esvaziando-a com uma lata. O rio corria mansamente, porém, depois de algum tempo, ouviram um som, que identificaram como sendo de uma cachoeira. Realmente, meia hora depois, as águas ficaram borbulhantes. Era o início de uma corredeira.

Sayão assumiu a liderança e acalmou os companheiros afirmando que, pelo ruído, ela seria pequena. As espumas aumentavam rapidamente, na mesma proporção em que a correnteza se tornava mais veloz, e as pedras afloraram no meio fazendo muito barulho. Sayão, no leme, ficou de pé na canoa conduzindo-a entre as pedras, dando ordem aos companheiros para remarem firmes. Como um passe de mágica, a embarcação passou por uma gargantinha de duas lages de pedra e saltou um metro de altura.

O rio voltou a seu ritmo manso e os companheiros passaram a ter muita confiança em Sayão, depois do susto passado. Nesse momento de calma, ele

observava as margens e a natureza em volta, entusiasmando-se com o diâmetro e o porte das árvores. A decida foi alternando momentos de pequenas corredeiras com momentos de calmaria. Quase que num intervalo de hora em hora se repetia a cena da primeira corredeira e da cachoeirinha.

Já era final da tarde e com pouca luz quando a canoa entrou numa corredeira de maior força e terminou numa queda de quase dois metros. Bernardo Sayão vacilou na escolha do melhor caminho devido à pouca luminosidade e bateram de lado numa pedra, perdendo o controle da embarcação. Mas, devido a sua grande habilidade, conseguiu aprumar o barco na direção certa e evitar o espatifamento. Passado o susto, encostaram numa margem para passar a noite, quando deram simultaneamente gritos como os de Tarzan. Descobriram que tudo estava molhado, inclusive os fósforos e que teriam que dormir dentro do barco, por ser mais seguro numa região tão inóspita. Fizeram sinais de lanterna e deram alguns tiros para ver se havia alguém por perto. Já estavam se preparando para dormir, quando apareceu o morador que eles estavam procurando.

Um segundo episódio ressalta a força de vontade para superar dificuldades de Bernardo Sayão: a construção da ponte de tambores sobre o rio das almas. Cansado de pedir dinheiro ao governo federal para a construção de uma ponte sobre o Rio das Almas para facilitar a ligação da colônia com a rodovia para Anápolis e depois que caiu um caminhão no rio durante uma travessia de balsa, Bernardo Sayão convocou os colonos para construírem uma. Juntaram tambores vazios de óleo, colocaram lado a lado e amarraram com cabos de aço para formar dois pontões compridos. Depois Sayão e sua turma colocaram pranchas de madeira para cobri-los, ficando pronta a ponte. Ela foi batizada de “Carmem Miranda” por Bernardo Sayão, devido ao balanço que ela provocava. Ela funcionou até que foi construída a ponte pênsil.

Fonte - SAYÃO, 1984 e REVISTA DA ACICER,2000

APÊNDICE A

ROTEIROS DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS MÉDICOS PIONEIROS

- 1) O senhor poderia contar um pouco da sua história de vida (onde nasceu, como era sua família, o que seu pai fazia, onde estudou medicina e por que escolheu a profissão)?
- 2) Quando e como veio para a colônia Agrícola Nacional de Goiás (quem o convidou e comente um pouco da formação da CANG)?
- 3) Quando, por que, como saiu do hospital da colônia e fundou o seu próprio (quem o ajudou? Com que recursos financeiros? Convidou médicos para trabalharem no hospital?)
- 4) Fale um pouco das situações em que sentiu necessidade de criar coisas para solucionar problemas ou melhorar alguma coisa?
- 5) Como foi o processo de expansão do serviço médico de Ceres (o que ajudou? Algo atrapalhou?).
- 6) Como era o relacionamento dos médicos na época da colônia e depois que surgiram os hospitais particulares?
- 7) Existia algum lugar na época onde os médicos se encontravam para conversar?
- 8) Havia reuniões para discussão sobre procedimentos médicos ou casos de pacientes? E sobre questões relativas à administração dos hospitais?

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS MÉDICOS PROPRIETÁRIOS DE HOSPITAIS

- 1º) O senhor poderia contar um pouco da sua história de vida (onde nasceu, como era sua família, o que seu pai fazia, qual a sua profissão)?
- 2º) O que o motivou a vir morar em Ceres?
- 3º) Teve influência ou convite de alguém?
- 4º) Qual foi o seu primeiro local de trabalho em Ceres?
- 5º) Por que resolveu fundar o seu próprio hospital?
- 6º) Contou com ajuda de alguém? Com que recursos financeiros?
- 7º) Ao fundar seu próprio hospital, convidou médicos de outras localidades para trabalharem?
- 8º) Como obteve informações sobre esses profissionais?
- 9º) O senhor faz parte de alguma forma de associação de classe? Se sim, quais as vantagens ou benefícios da participação?
- 10º) O senhor acha que o relacionamento (social e profissional) entre os médicos proprietários de hospitais é um fator que contribuiu para a ampliação do serviço de saúde em Ceres? Como? Poderia dar exemplos?
- 11º) Quais os fatores que serviram de atração para que outros médicos viessem trabalhar em Ceres?
- 12º) O senhor acha que o relacionamento entre os médicos é um fator de atração de outros médicos para virem trabalhar em Ceres? Por quê?
- 13º) O senhor acha que o relacionamento (social e profissional) entre os médicos e entre outros profissionais da saúde contribuiu e contribui para o crescimento do serviço de saúde de Ceres? Por quê?
- 14º) A que o senhor atribui o surgimento de tantos hospitais em Ceres?
- 15º) Como foi o processo de expansão do serviço médico de Ceres?
- 16º) Na sua avaliação, quais os fatores que ajudaram o processo de expansão do serviço médico de Ceres?
- 17º) Quais os que atrapalharam?
- 18º) Como o senhor vê o futuro do serviço de saúde de Ceres?

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS **MÉDICOS PROPRIETÁRIOS DE CLÍNICAS**

- 1º) O senhor poderia contar um pouco da sua história de vida (onde nasceu, como era sua família, o que seu pai fazia, qual a sua profissão)?
- 2º) O que o motivou a vir morar em Ceres?
- 3º) Teve influência de alguém?
- 4º) Antes fundar a sua clínica, aonde você trabalhou em Ceres?
- 5º) Por que resolveu sair de um hospital e fundar a sua própria clínica?
- 6º) Contou com ajuda de alguém para fundá-la?
- 7º) Com que recursos financeiros?
- 8º) Ao fundar sua própria clínica, convidou médicos de outras localidades para vir trabalhar?
- 9º) Como obteve informações sobre esses profissionais?
- 10º) O senhor faz parte de alguma forma de associação? Se sim, quais as vantagens ou benefícios da participação?
- 11º) O senhor acha que o relacionamento (social e profissional) entre os médicos proprietários de clínicas é um fator que contribuiu para a ampliação do serviço de saúde em Ceres? Como? Poderia dar exemplos?
- 12º) Quais os fatores que serviram de atração de outros médicos para virem trabalhar em Ceres?
- 13º) O senhor acha que o relacionamento entre os médicos é um fator de atração de outros médicos para virem trabalhar em Ceres? Por quê?
- 14º) O senhor acha que o relacionamento (social e profissional) entre os médicos e entre outros profissionais da saúde contribuiu e contribui para o crescimento do serviço de saúde de Ceres? Por quê?
- 15º) A que o senhor atribui o surgimento de tantas clínicas em Ceres?
- 16º) Como foi o processo de expansão do serviço médico de Ceres?
- 17º) Quais os fatores que ajudaram?
- 18º) Quais os que atrapalharam?
- 19º) Como o senhor vê o futuro do serviço de saúde de Ceres?

APÊNDICE D**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS**
MÉDICOS AUTÔNOMOS / NÃO EMPRESÁRIOS

- 1º) O senhor poderia contar um pouco da sua história de vida (onde nasceu, como era sua família, o que seu pai fazia, qual a sua profissão)?
- 2º) O que o motivou a vir morar em Ceres?
- 3º) Teve influência de alguém?
- 4º) Qual foi o seu primeiro local de trabalho em Ceres?
- 5º) Quais os fatores que serviram de atração de outros médicos para virem trabalhar em Ceres?
- 6º) O senhor acha que o relacionamento entre os médicos é um fator de atração de outros médicos para virem trabalhar em Ceres? Por quê?
- 7º) O senhor já convidou ou recomendou algum colega para vir trabalhar em Ceres?
- 8º) O Senhor acha que o relacionamento (social e profissional) entre os médicos e entre outros profissionais da saúde contribuiu e contribui para o crescimento do serviço de saúde de Ceres? Por quê?
- 9º) A que o senhor atribui o surgimento de tantos hospitais em Ceres?
- 10º) Como foi o processo de expansão do serviço médico de Ceres?
- 11º) Quais os fatores que ajudaram?
- 12º) Quais os que atrapalharam?
- 13º) Como o senhor vê o futuro do serviço de saúde de Ceres?

APÊNDICE E

FOTOGRAFIAS DE ALGUMAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE DE CERES



HOSPITAL SÃO PIO X



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS CENTRO GOIANO
(HOSPITAL DO Dr. DOMINGOS)**



HOSPITAL SÃO LUCAS (Dr. Jair)



HOSPITAL SÃO PATRÍCIO (Dr. Fernando Albuquerque)



HOSPITAL SANTA HELENA (Dr. Silas)



HOSPITAL BOM JESUS (Dr. Bráulio)



CENTRO MATERNO INFANTIL (Dr. Valtércio e Dr. Ernane)



CENTRO DE DIAGNÓSTICO E CIRURGIA (Dr. Munzer)



CLÍNICA DA MULHER (Dr. Cláudio e Dra. Heloisa)



DIAGNOSE – CENTRO DE DIAGNÓSTICO EM MEDICINA



CLÍNICA DE HEMODIÁLISE



LABORATÓRIO NÚCLEO



CLÍNICA MATER SÃO LUCAS (Dr. Luiz Roberto e Dra. Tereza)



Rua São Patrício – várias clínicas, farmácias e laboratórios.



UNIMED E UNICRED

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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