

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
CURSO DE MESTRADO

SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:
ESTUDO DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL

LUIS PAULO SOARES MUNHOZ

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, junho de 2009

LUIS PAULO SOARES MUNHOZ

**SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:
ESTUDO DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL**

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, junho de 2009

LUIS PAULO SOARES MUNHOZ

**SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:
ESTUDO DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL**

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração.

Conceito Final.....

Aprovado em.....dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Janaina Macke - UCS

Prof. Dr. Guilherme Cunha Malafaia - UCS

Prof. Dr. Rolando Vargas Vallejos - FTEC

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, ser supremo que guia minha vida sempre.

Agradeço a minha família pelo apoio, incentivo e confiança. Em especial agradeço a minha esposa Lana, minha filha Thaís e a meus pais Saldanha e Maria, que souberam entender a minha ausência em vários momentos e sempre tiveram palavras de incentivo.

A meu orientador Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea, agradeço pelo incentivo, pela orientação, pela motivação, compreensão e acompanhamento em momentos difíceis do trabalho.

Agradeço a meus colegas de trabalho na FTEC, professora Débora Frizzo, professora Sandra Frigeri, professora Juliana Dal Piaz e professor Guilherme Coelho. Amigos de apoio constante, que muitas vezes organizaram-se para disponibilizar-me um tempo maior de dedicação a este trabalho.

Aos colegas de mestrado agradeço pela amizade e carinho de todos os momentos. Agradeço especialmente aos colegas Simone Weind e Adriano Prestes, parceiros de pesquisa.

EPÍGRAFE

“Não passam de traidoras as nossas dúvidas, que às vezes nos privam do que seria nosso se não tivéssemos o receio de tentar.”

William Shakespeare

RESUMO

Atualmente diferentes iniciativas são levadas a efeito pelo governo e o meio acadêmico, que visam à identificação de um Sistema Nacional de Inovação em Saúde e também a formação de Sistemas Locais de Inovação em Saúde. Todos os setores econômicos procuram estudar e entender os processos que integram a geração de conhecimento e de inovações. O setor da saúde também busca este conhecimento. Esta pesquisa através da análise da literatura de gestão sobre sistemas de saúde e sistemas de inovação e de um estudo de caso, do tipo multicaso e intracaso, com atores da saúde no município de Caxias do Sul, investigou como os atores interagem, se houveram inovações em suas organizações impulsionadas pelas interações e se o Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX) apresenta características de um sistema local de saúde. Em uma primeira fase da pesquisa foram entrevistados atores importantes do sistema de saúde identificados na literatura da área. Os entrevistados foram os representantes indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, pela 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, pelo Conselho Municipal de Saúde, pelo Hospital Geral e pela Universidade de Caxias do Sul. Em uma segunda fase da pesquisa, foram selecionados atores entre os indicados na primeira fase, que fossem representativos dos principais atores do SSCX. A seguir foram realizadas entrevistas em profundidade visando obter informações sobre as interações entre estes atores e o relacionamento das mesmas com as inovações realizadas pelas suas organizações. Realizada a fase de coleta dos dados, os relatos das entrevistas foram transcritos e constituíram o corpus da pesquisa. A análise e interpretação dos dados da pesquisa, através da análise de conteúdo das entrevistas, permitiram estudar as relações entre o grupo de atores selecionados para este estudo e apontou que os atores selecionados inovaram no período de estudo, sendo que algumas destas inovações foram impulsionadas pelas interações com os outros atores. Utilizando-se as características gerais dos sistemas locais de saúde, apontadas por Mendes (1993), realizou-se uma comparação entre o SSCX e estes sistemas, apontando que várias das características apontadas estão presentes no SSCX, através dos atores selecionados para este estudo, o que pode caracterizá-lo como um SILOS.

Palavras-chave: sistemas locais de saúde, inovação e sistema de inovação

ABSTRACT

Currently various initiatives are implemented by government and academy, to the identification of a National Health Innovation and also the formation of Local Systems of Health. All economic sectors seek to study and understand the processes that make up the generation of knowledge and innovations. The health sector is also seeking this knowledge. This research by examining the management literature on innovation systems and a case study, the type and multicase uncased, with actors of health in the municipality of Caxias do Sul, investigated how these actors interact, these interactions are stimulated innovations in their organizations and the Health System of Caxias do Sul (SSCX) has characteristics of a local system of health. In a first phase of the study were interviewed key players in the health system identified in the literature. The interviewees were the representatives appointed by the Municipal Secretariat of Health, the 5th Regional Health, the Municipal Health Council, the General Hospital and the University of Caxias do Sul in a second phase of the study were selected among the actors listed in first phase, which were representative of the main actors of SSCX. The following was interviewed in depth to obtain information about the interactions between these actors and the relationship between them with the innovations made by their organizations. Held phase of data collection, the reports of the interviews were transcribed and formed the corpus of research. The analysis and interpretation of research data, through analysis of the interviews, allowed to study the relationship between the group of players selected for this study and found that all the players selected innovated during the study period and a significant number of these innovations were driven by interactions with other actors. Using the general characteristics of local systems of health, as reported by Mendes (1993), there was a comparison between the SSCX and these systems, noting that several of the features listed are present in SSCX by the actors selected for this study, which can characterize it as an SILOS.

Keywords: health system, innovation and innovation system

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gastos estimados em saúde por segmento (Brasil, 2005).....	27
Figura 2 - Hélice tripla.....	36
Figura 3 - Âmbito do sistema nacional de inovação em saúde	38
Figura 4 - Estabelecimentos de saúde registrados no CNES (estratificação por tipo)	39
Figura 5 - Modelo ideal de interações do SSCX	40
Figura 6 - Fontes para transferências de conhecimento e tecnologia	41
Figura 7 - Fases e etapas da pesquisa.....	43
Figura 8 - Comissões permanentes e temporárias do CMS de Caxias do Sul.....	59
Figura 9 - Organizações que representam usuários e trabalhadores em saúde no CMS.....	60
Figura 10 - Resumo das observações da seção.....	96
Figura 11 - Interações planos e hospitais	107
Figura 12 - Interações planos e laboratórios	109
Figura 13 - Interações laboratórios e hospitais.....	111
Figura 14 - Modelo ampliado do SSCX.....	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questões sugeridas para verificação da adequação da seleção dos casos	46
Quadro 2 - Questões e objetivos do instrumento utilizado na primeira fase da pesquisa.....	49
Quadro 3 - Questões e objetivos do instrumento utilizado na segunda fase da pesquisa	50
Quadro 4 - Atores identificados do SSCX na primeira fase da pesquisa.....	56
Quadro 5 - Identificação geral do Hospital Geral.....	62
Quadro 6 - Identificação geral do Hospital do Circulo Operário Caxiense	63
Quadro 7 - Identificação geral do Hospital Saúde.....	64
Quadro 8 - Identificação geral do Hospital Pompéia.....	65
Quadro 9 - Identificação geral do Hospital Fátima.....	66
Quadro 10 - Identificação geral do Hospital Paulo Guedes	67
Quadro 11 - Identificação geral do Laboratório Laborclin	68
Quadro 12 - Identificação geral do Centro de Patologia Médica	68
Quadro 13 - Identificação geral do Laboratório Alfa	69
Quadro 14 - Identificação geral do Laboratório CONRAD	70
Quadro 15 - Identificação geral do Laboratório de Radiologia De Carli.....	70
Quadro 16 - Identificação geral do Laboratório Fleming	71
Quadro 17 - Identificação geral do Laboratório Capacity.....	72
Quadro 18 - Identificação geral do Plano de Saúde do Círculo Operário Caxiense.....	73
Quadro 19 - Identificação geral do Plano de Saúde Fátima	74
Quadro 20 - Identificação geral do Plano de Saúde Unimed Nordeste	74

Quadro 21 - Listagem de algumas atividades desenvolvidas nas UBS's.....	76
Quadro 22 - Resumo do perfil dos entrevistados.....	78
Quadro 23 - Resumo do tempo de duração das entrevistas.....	79
Quadro 24 - Resumo ratificação dos atores.....	90
Quadro 25 - Resumo do tipo de interações entre os atores selecionados	91
Quadro 26 - Relatos dos entrevistados do grupo geral	93
Quadro 27 - Relatos dos entrevistados do grupo hospitais	94
Quadro 28 - Relatos dos entrevistados do grupo laboratórios.....	95
Quadro 29 - Relatos dos entrevistados do grupo planos	95
Quadro 30 - Relatos dos entrevistados do grupo geral - percepção do papel da UCS	97
Quadro 31 - Relatos dos entrevistados do grupo hospitais- percepção do papel da UCS	98
Quadro 32 - Relatos dos entrevistados do grupo laboratórios - percepção do papel da UCS..	99
Quadro 33 - Relatos dos entrevistados do grupo planos - percepção do papel da UCS	99
Quadro 34 - Relatos dos entrevistados do grupo hospitais - relação com os planos	100
Quadro 35 - Graus de centralidade das interações entre planos de saúde e hospitais	108
Quadro 36 - Grau de intermediação planos e hospitais.	108
Quadro 37 - Grau de centralidade das interações entre os planos de saúde e os laboratórios	110
Quadro 38 - Grau de intermediação planos de saúde e laboratórios	110
Quadro 39 - Grau de centralidade das interações entre os planos de saúde e os laboratórios	112
Quadro 40 - Grau de intermediação laboratórios e hospitais	112
Quadro 41 - Objetivos específicos e atendimento do objetivo.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APADEV	Associação dos Pais e Amigos dos Deficientes Visuais
APL	Arranjo Produtivo Local
APLs	Arranjos Produtivos Locais
APS	Atenção Primária em Saúde
C&T/S	Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEF	Caixa Econômica Federal
CIC	Câmara de Indústria, Comércio e Serviços de Caxias do Sul
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DS	Distritos Sanitários
DSCIC	Diretoria de Saúde da CIC
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FUCS	Fundação Universidade de Caxias do Sul
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões de Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões de Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões de Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões de Marítimos
IAPTEC	Instituto de Aposentadoria e Pensões de Estiva e Transporte de Cargas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCEM	Instituto de Pesquisas Clínicas para Estudos Multicêntricos
MS	Ministério da Saúde
NEPESC	Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PIB	Produto Interno Bruto

PPI	Programação Pactuada e Integrada e/ou Programa de Pactuação Integrada
5ª CRS	5ª Coordenadoria Regional de Saúde
SACA	Serviço de Controle e Avaliação
SADT	Serviço de Apoio Diagnose e Terapia
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SDU	Secretaria de Desenvolvimento Urbano
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIs	Sistemas de Inovação
SLI	Sistema Local de Inovação
SLIs	Sistemas Locais de Inovação
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNI	Sistema Nacional de Inovação
SNIIs	Sistemas Nacionais de Inovação
SNIS	Sistema Nacional de Inovação em Saúde
SSCX	Sistema de Saúde de Caxias do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCS	Universidade de Caxias do Sul
US	Unidade de Serviço

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.1 TEMA	19
1.2 PROBLEMA	19
2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2.3 JUSTIFICATIVA	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 SISTEMAS DE SAÚDE.....	23
3.1.1 O Sistema de Saúde Brasileiro	24
3.1.2 Sistemas Locais de Saúde/Distritos Sanitários.....	28
3.2 SISTEMAS DE INOVAÇÃO	30
3.2.1 Sistemas Nacionais de Inovação	31
3.2.2 Sistemas Locais de Inovação.....	33
3.2.3 Sistemas de Inovação em Saúde.....	38
3.2.4 O Sistema de Saúde de Caxias do Sul - SSCX.....	39
3.2.5 A importância das interações	40
4 MÉTODO E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	42
4.1 FASES E ETAPAS DA PESQUISA	43
4.2 PESQUISA QUALITATIVA.....	44
4.3 ESTUDO DE CASO.....	45
4.3.1 Escolha do Caso.....	45

4.3.2	Técnica da Coleta de Dados	46
4.3.3	Entrevista semiestruturada e em profundidade	47
4.4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	51
4.4.1.1	Análise de conteúdo.....	52
5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	53
5.1	PESQUISA QUALITATIVA (EXPLORATÓRIA).....	53
5.1.1	Identificação e justificativa de seleção dos casos da primeira fase	53
5.1.2	Análise de conteúdo das entrevistas da primeira fase.....	54
5.1.3	Casos selecionados para este estudo: caracterização e justificativa	57
5.1.3.1	A Secretaria Municipal de Saúde (SMS).....	58
5.1.3.2	A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS).....	58
5.1.3.3	O Conselho Municipal de Saúde (CMS)	59
5.1.3.4	A Universidade de Caxias do Sul (UCS).....	60
5.1.3.5	Os Hospitais de Caxias do Sul	61
5.1.3.6	Os Laboratórios Clínicos	67
5.1.3.7	Os Planos de Saúde.....	72
5.1.3.8	A Diretoria de Saúde da CIC (DSCIC).....	75
5.1.3.9	As Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	76
5.2	ENTREVISTAS INDIVIDUAIS EM PROFUNDIDADE	76
5.2.1	Validação do instrumento de coleta de dados	76
5.2.2	Unidade de análise.....	77
5.2.3	Perfil dos entrevistados.....	77
5.3	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO DA PESQUISA.....	79
5.3.1	Ratificação da identificação dos atores do SSCX e dos casos selecionados	80
5.3.2	Tipos de interações identificadas entre os atores selecionados do SSCX	90
5.3.3	Interações e inovação.....	92
5.3.4	Percepção sobre o papel da universidade	97
5.3.5	Principais relações na saúde suplementar.....	100
5.3.6	Preocupações de alguns atores.....	102
5.3.7	Outros atores citados	104
5.3.8	O modelo do SSCX ampliado.....	106
5.3.9	O SSCX comparado a um SLI.....	114
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
6.1	CONCLUSÕES.....	117
6.2	DOS OBJETIVOS PROPOSTOS	118
6.3	LIMITAÇÕES E LIÇÕES DA PESQUISA.....	119

6.4 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXO A - ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES PRIMEIRA FASE	129
ANEXO B - REFERENCIAL TEÓRICO REDUZIDO	131
ANEXO C - ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES SEGUNDA FASE	133
ANEXO D - PROCEDIMENTOS PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS	135

INTRODUÇÃO

A Saúde é uma preocupação constante em todas as sociedades. No Brasil, considera-se saúde como um direito de todos e dever do Estado, é o que garante a constituição promulgada em 1988 no artigo 196. Para alcançar este objetivo são necessárias políticas sociais e econômicas que visem o bem-estar, o bem social e a redução do risco de doenças e de outros agravos, assegurando acesso às ações e serviços de saúde de maneira universal e igualitária.

Segundo Pereira *et al.* (2004), a estrutura administrativa do governo e as políticas públicas têm sido bastante influenciadas por temas de saúde, desde a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (C&T/S) em 1994. Também no ambiente acadêmico registrou-se crescente número de iniciativas nesta área. As políticas de ciência e tecnologia são direcionadoras da inovação e da competitividade no Brasil e a inserção de temas de saúde na gestão destas políticas direciona-se para caracterização de um Sistema Nacional de Inovação (SNI) e de Sistemas Locais de Inovação (SLIs).

A inovação ocupa um lugar de destaque na nova economia, baseada no conhecimento (CONDE, 2003). O estudo de *clusters* e SLIs de saúde visam identificar os agentes que integram estes sistemas, suas interações e a influência destas interações na criação da inovação.

O direcionamento deste projeto é para o estudo das interações que ocorrem no Sistema de Saúde de Caxias do Sul e, a partir deste estudo, caracterizar o SSCX como um sistema de inovação ou não, identificando os agentes que o integram, estudando as interações destes agentes sob a ótica dos sistemas de inovação. A partir deste estudo exploratório e descritivo, pretende-se caracterizar o sistema em relação à literatura da área.

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado em todo o país e a partir desta data foram criados todos os órgãos necessários ao funcionamento do novo sistema que

foi amadurecendo e consolidando-se com o passar dos anos. No entanto, já em 1992, durante a IX Conferência Nacional de Saúde, o tema debatido era a municipalização da saúde como o caminho para o amadurecimento e efetividade do SUS. Desde 1994, o caminho para a municipalização está sendo trilhado. Inicialmente, os estados e municípios passaram a ter uma gestão parcial do sistema, passando à gestão plena.

A gestão plena, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), caracteriza-se pela vinculação de toda a rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde ao gestor municipal. Este gestor é o responsável por todas as atividades de gerência e execução da assistência ambulatorial básica, das atividades básicas na área de vigilância sanitária e das atividades básicas na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças. O gestor municipal elabora sua Programação Pactuada e Integrada (PPI), em conjunto com os outros municípios envolvidos na organização da rede de serviços regional, o que garante a referência intermunicipal básica e de média e alta complexidade, sendo que esta relação é mediada pelo estado, mas acontece de gestor para gestor.

Este gestor municipal é sempre um agente público, sendo a Secretaria de Saúde do Município responsável pelo gerenciamento, que compreende a responsabilidade pelas autorizações de internações hospitalares e de procedimentos de alto custo/complexidade. Realiza também as atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação dos prestadores que trabalham com a assistência básica, controle do sistema e liberdade de planejamento e implantação de políticas.

No entanto, os prestadores de serviço ao sistema podem ser tanto estatais (federais, estaduais e municipais), como privados sem fins lucrativos (entidades filantrópicas) e também privados com fins lucrativos (saúde suplementar). Muller Neto (1991) entende a municipalização como a atuação dos dirigentes e técnicos dos serviços municipais de saúde de todos os municípios do Brasil de forma organizada e articulada, visando a defesa de um conjunto de temas e objetivos que apresentam relação com a descentralização de recursos, de poder e ações no setor saúde.

A municipalização está baseada em conceitos como o de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), usando a denominação genérica, ou "distritos sanitários", denominação usada em alguns países, inclusive no Brasil (MENDES, 1993). Estas são expressões que significam um processo no qual se busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações de maneira regionalizada, objetivando a melhoria de seus níveis e condições de saúde.

A regionalização tem caráter fundamental na descentralização da administração da saúde, aumentando a cobertura e o impacto sobre os problemas de saúde locais (MIR, 1990). Para Mendes (1993), a criação e desenvolvimento dos Distritos Sanitários (DS) tem um cunho maior do que apenas um passo a mais no processo de descentralização político-administrativo do sistema de saúde, pois considera que o propósito maior dos DS é alterar a organização e as ações e serviços de saúde, de maneira a atender às demandas da população, respondendo às necessidades de saúde e contribuindo para a solução dos problemas de saúde da população do Distrito Sanitário.

Assim, é no SILOS que acontecem as ações de saúde e, para tanto, faz-se necessário o planejamento, o controle e a criação de redes de interligação que visem não só atender ao sistema, mas também permitindo a interferência da população.

1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

1.1 TEMA

Sistemas locais de saúde: estudo do sistema de saúde de Caxias do Sul.

1.2 PROBLEMA

De acordo com o Manual de Oslo¹ (2005), a inovação pode ocorrer em qualquer setor da economia, incluindo serviços governamentais como saúde e educação. Entretanto, as diretrizes do mesmo são essencialmente voltadas para as inovações de empresas comerciais, abrangendo indústrias de transformação, indústrias primárias e o setor de serviços. Para Albuquerque e Cassiolato (2000), um sistema de inovação viabiliza a realização de fluxos de informação necessários ao processo de inovação tecnológica através de arranjos institucionais que envolvem as empresas, agências governamentais, universidades, institutos de pesquisa, laboratórios de empresas, atividade de cientistas e engenheiros. Os autores ainda afirmam que existem articulações destes arranjos em forma de um circuito de agentes que geram, implementam e difundem as inovações, articulando-se com o setor industrial e empresarial, com as instituições financeiras e com o sistema educacional.

O Manual de Oslo (2005) considera que as interações conectam a empresa inovadora a outros atores no sistema de inovação, incluindo entre estes atores os laboratórios governamentais, as universidades, os departamentos de políticas, os órgãos reguladores, os concorrentes, os fornecedores e os consumidores. Assim, as pesquisas que buscam identificar as atividades de inovação e suas interações, obtendo informações acerca da prevalência e da importância de diferentes tipos de interação, representam uma valiosa contribuição para o

¹ Manual de Oslo – Manual de ciência e atividades tecnológicas e de inovação.

entendimento dos sistemas de inovação e ajudam a determinar a influência de programas governamentais para a promoção do compartilhamento de conhecimentos e da difusão de tecnologia e, no caso específico desta pesquisa, para a promoção do bem-estar.

Neste sentido, o problema desta pesquisa é: o SSCX pode ser caracterizado como um SILOS?

2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral da presente pesquisa consiste identificar as interações entre os atores selecionados do SSCX e verificar se as mesmas podem caracterizar o SSCX como um SILOS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A partir do objetivo geral, a presente pesquisa se estruturará nos seguintes objetivos específicos:

- Identificar e caracterizar os atores selecionados do SSCX;
- Verificar se existem interações entre os atores identificados;
- Existindo as interações, verificar se são suficientes para caracterizar o SSCX como um SILOS;
- Verificar se os atores selecionados consideram-se inovadores.

2.3 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho propõe-se a investigar as interações que ocorrem no SSCX à luz da teoria dos sistemas de locais de saúde e sistemas locais de inovação, o que se justifica pelo fato dos serviços de saúde representarem um gasto global de 3 trilhões de dólares, 8% do PIB mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000), 7,6% do PIB brasileiro (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, definiu o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos governos estaduais, municipais e pela União. Para os estados, o mínimo foi definido em 12% das receitas próprias; para os municípios, o mínimo ficou em 15% das receitas próprias. Já para a União, o limite mínimo foi definido como o valor investido em 1999, acrescido de 5%. Para os anos subsequentes, este valor aumentaria de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (CONASS, 2006).

Um SILOS cria condições de melhoria na gestão e entrega dos serviços de saúde locais. A municipalização da saúde trouxe para o âmbito do município a responsabilidade pela gestão eficiente dos recursos da área de saúde que são colocados à disposição da população. A inovação em saúde contribui para a propósito final dos sistemas de saúde que é a promoção do bem-estar da comunidade.

O SILOS segundo Paganini e Capote Mir (1990) são utilizados como uma tática de operações que permite acelerar a aplicação da estratégia de atenção primária em saúde (APS), contribuindo para o desenvolvimento local através da democratização e maior participação social nas ações de saúde, visando obter maior equidade, eficácia e eficiência na gestão da saúde. A medida que as interações entre os atores do SILOS se desenvolve, aumenta a capacidade de análise da situação da saúde no nível local, possibilitando uma melhor coordenação de uso dos recursos para a produção de serviços que ofereçam uma melhor resposta as necessidades e problemas de saúde da população.

As interações entre os atores são impulsionadoras de competências que geram uma rede de serviços desenvolvidos de maneira proporcional às necessidades da população em determinada área geográfica de abrangência do SILOS, oferecendo complexidades de atendimento diferentes e coordenando relações entre órgão públicos, universidades e organizações privadas da área de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMAS DE SAÚDE

Um sistema de saúde, que tem como objeto de trabalho a promoção da saúde da população, deve ser entendido como um componente da qualidade de vida. Segundo Oliveira (2005), a expressão “promoção da saúde” foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, Mark Lalonde, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses).

Para Castro (2002), a melhoria do estado de saúde, a cura, não está à venda no mercado, o que o consumidor adquire são cuidados de saúde, que poderão resultar em um estado de saúde. McGuirre, Henderson e Mooney (1992) introduziram o conceito de necessidade, relacionando a demanda por saúde com uma expressão da “necessidade por serviços de saúde”, que é um conceito relativo, pois resultante do julgamento da sociedade e do indivíduo sobre os custos e benefícios de um determinado tratamento e sua importância.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu World Health Report 2000, definiu que um sistema de saúde deve ter as seguintes funções: gestão, criação de recursos, prestação de serviços e financiamento, enfatizando a importância do governo desempenhar o papel de gestor do sistema.

Hsiao (2003) considera que sistemas de saúde, como outros sistemas socioeconômicos, evoluem em contextos históricos, culturais e políticos exclusivos. No entanto, cada sistema está estruturado por ações de estatais ou não, para determinados fins sociais. O sistema existe e evolui para atender às necessidades sociais. Resumindo, um

sistema de saúde é um meio para atingir um fim. Aplicando um paradigma de longa data na economia industrial, nós hipoteticamente podemos dizer que os componentes estruturais do sistema afetam o comportamento dos indivíduos e das empresas nesse sistema e que o seu comportamento e interações determinam os resultados observados. Sob esse paradigma, um sistema de saúde é um conjunto de relacionamentos na qual os meios (ou seja, componentes estruturais) estão casualmente ligados às extremidades ou a população.

Para Elias (2009), sistemas de saúde são construções sociais que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover e têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

3.1.1 O Sistema de Saúde Brasileiro

No Brasil, o sistema de saúde no século XX seguiu o processo de países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai. Em 1920 destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Já em 1923 instituiu-se o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), financiadas de forma tripartite, pelo governo, empresas e empregados, sendo organizadas por empresas ou categorias profissionais, deixando fora do sistema as pessoas que não pertenciam a nenhuma destas categorias (EDLER; ESCOREL; NASCIMENTO, 2005).

Na década de 30, a estrutura das CAP's foi somada a dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) autarquias centralizadas no governo federal, com supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Ao longo dos anos 30 foram ainda criados os institutos de marítimos (IAPM), industriários (IAPI), comerciários (IAPC), estiva e transporte de cargas (IAPTEC) e bancários (IAPB). Nos anos 40 foi criado o último desses institutos, o dos servidores do Estado (MÉDICI, 2007).

Durante as décadas de 40 e 50, as CAP's e IAP's eram a única forma de assistência médica prestada pelas organizações aos trabalhadores formais, e serviços de assistência médica adequados às necessidades da população eram mantidos por poucos Estados e Municípios. As famílias pobres e indigentes recebiam cuidados de saúde por alguns estabelecimentos filantrópicos. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, que tinha alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria.

No entanto, a assistência médica prestada pelos IAP's excluía muitos trabalhadores formais, bem como os do setor informal urbano e os rurais, por não pertencerem a ramos de atividade ou categorias profissionais cobertas pelos IAP's e pela estrutura remanescente das CAP's. Para Medici (2007), a excludência e outras deficiências precipitaram a reunião das estruturas da assistência médica dos IAP's, consumada pela Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960.

O golpe militar de 1964 e o governo autoritário que se instituiu criaram condições para a alteração do sistema de previdência social e assistência médica até então reinante. Em 1967, juntamente com as reformas administrativa, fiscal e financeira, foi realizada também a reforma previdenciária, unindo cinco dos seis IAP's em um único instituto - o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, cuja contribuição na época era de 8% dos seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas.

Também passaram a receber cobertura os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica), o que gerou problemas para as instituições de assistência médica da previdência social, pois os estabelecimentos dos antigos IAP's não davam conta do incremento da clientela do INPS. Foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência, como também contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processos de compra e venda de serviços médicos por unidade de serviço (US), passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS.

O setor privado, por sua vez, com exceção do filantrópico, não contava com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Fazia-se necessário ampliar esta rede para dar conta da nova demanda governamental. Os recursos públicos, oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), financiaram boa parte da expansão desta rede. O FAS havia sido criado em 1974 e formado por recursos das loterias federal, loteria esportiva e por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF).

Medici (2007) relata que, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que administrava e recolhia recursos; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciária.

A criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) consolidaram a estrutura previdenciária, que permaneceu quase inalterada até os anos 80. Somente em 1988, com a Constituição Cidadã, verificaram-se alterações de porte na estrutura, quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou a unificação formal de algumas destas estruturas, para atender a determinação de que a saúde seja direito de todos e dever do Estado. O SUS agregou os hospitais universitários do Ministério da Educação e as redes de saúde públicas e privadas conveniadas nos Estados e Municípios, formando um sistema que tem abrangência nacional.

O SUS segue uma orientação cujo exemplo pode ser encontrado no modelo de organização do sistema de saúde inglês da década de 40, marcado pela noção de direito à assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços e o controle e regulação do sistema pelo Estado. O artigo 198 da Constituição Federal, em seu parágrafo único, diz que o SUS seria financiado com recursos dos orçamentos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Porém, em 1993, a Saúde Pública perdeu a sua principal fonte de recursos, pois o que era arrecadado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social passou a cobrir as despesas previdenciárias. Assim sendo, o setor teve que passar a disputar outras fontes de receitas com distintas áreas.

Para tentar garantir a estabilidade do SUS, foram criadas a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), de 1996, e a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Esta última definiu o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos governos estaduais, municipais e pela União. Para os estados, o mínimo foi definido em 12% das receitas próprias; para os municípios, o mínimo ficou em 15% das receitas próprias. Já para a União, o limite mínimo foi definido como o valor investido em 1999, acrescido de 5%. Para os anos subsequentes, este valor aumentaria de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (CONASS, 2006).

Em 2006, firmou-se o Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo que introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilidade sanitária, estendendo a discussão da Saúde para além dos limites setoriais e aprofundando a descentralização do SUS para estados e municípios de forma compartilhada.

O SUS pauta-se por três princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade diz respeito à extensão das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos, sem distinções ou restrições, o que ofereceria uma

gama bastante ampla de serviços sanitários e socialmente necessários, sem qualquer custo. A partir desses serviços, os cidadãos teriam ainda a possibilidade de recorrer aos serviços suplementares promovidos por sistemas privados e pagos.

Há um grande número de países que constituíram sistemas públicos universais, como a Alemanha e o Canadá, enquanto outros segmentaram seu sistema de saúde. A segmentação é muito comum nos países em desenvolvimento. No Brasil, especialmente pela dificuldade de se criarem as bases materiais para a garantia da universalidade, a construção social do SUS vem sendo feita de forma segmentada, incorporando dois outros subsistemas relevantes (Figura 1), o Sistema de Saúde Suplementar, controlado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Sistema de Desembolso Direto (BRASIL, 2006).

Figura 1 - Gastos estimados em saúde por segmento (Brasil, 2005)

SEGMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	GASTO ANUAL (EM R\$ BILHÕES)	%
SUS	68,8	45,3
Sistema de Saúde Suplementar	36,2	23,8
Sistema de Desembolso Direto	46,8	30,9
Total	151,8	100,0

Fontes: Ministério da Fazenda: STN, In: Afonso (2006). Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006). World Health Organization (2006).

A integralidade visa a garantir ao cidadão uma atenção que abrange as ações de tratamento, reabilitação, promoção e prevenção, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do SUS. A integralidade também presume a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, com vistas à inserção social.

Carvalho (2006) propõe a integralidade regulada para o SUS, definindo e ofertando a todos os brasileiros um conjunto de serviços sanitários e socialmente necessários. Estes serviços devem ser organizados em redes, concentrando alguns e dispersando outros. Em geral, os serviços de atenção primária devem ser dispersos e os serviços de densidade tecnológica devem ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O terceiro princípio que estrutura o SUS é o da equidade. Foi definido pela Sociedade Internacional de Equidade em Saúde, na Conferência sobre Equidade em Saúde de Havana de 2000, como a ausência de diferenças e potencialidades remediáveis em um ou mais aspectos da saúde que se manifestam em grupos populacionais definidos social, demográfica ou geograficamente (STARFIELD, 2006).

A equidade em Saúde pode ser analisada sob o aspecto do uso do serviço, dos resultados sanitários e do financiamento. A Organização Mundial da Saúde estabelece que um dos objetivos dos sistemas de saúde é o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). No Brasil, a Lei nº 8.080, de 1990, apenas menciona no seu artigo 2º, parágrafo 1º, que é dever do Estado estabelecer acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Para cumprir sua missão, o SUS lança mão de princípios organizadores tais como descentralização, regionalização, hierarquização e a participação da sociedade civil organizada em instâncias de controle social. A descentralização é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas a cada um dos envolvidos (União, estados e municípios) (BRASIL, 2009).

A municipalização reconhece os municípios, através das Secretarias Municipais de Saúde, como principais responsáveis pela saúde da população. Isso implica a transferência dos recursos necessários para o exercício pleno das funções de coordenação, planejamento, negociação, controle, acompanhamento, avaliação e auditoria da saúde local. Desta forma, os serviços de saúde deveriam ficar mais próximos dos cidadãos e de seus problemas. Nesse modelo, os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo. O processo da municipalização e descentralização da gestão do SUS oportunizou a criação dos SILOS ou DS.

3.1.2 Sistemas Locais de Saúde/Distritos Sanitários

Para ALMEIDA (1998):

“pode-se entender que sistemas locais de saúde, como denominação genérica, ou distritos sanitários como denominação em alguns países, inclusive no Brasil, são expressões de um processo de regionalização no qual se busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, com melhoria de seus níveis e condições de saúde, com o máximo de eficácia e eficiência técnico-operacional, política, econômica e social”.

Kalmakovitz (1988), diz que os modelos de desenvolvimento da área de saúde implementados pelos países capitalistas, direcionados pela planificação centralizada e baseados na idéia do Estado de Bem Estar Social, demonstraram sua insuficiência deste a

década de 70, o que oportunizou o surgimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) como resposta à crise dos países latino-americanos.

Segundo Mendes (1993), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) produziram ampla literatura que destaca a necessidade de transformação dos sistemas nacionais de saúde na América Latina, apontando os SILOS como importantes para esta transformação.

Na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1986 foram apresentados os SILOS como modelos conceituais com base na distritalização e com níveis de atenção hierarquizados. Para Paim (1999), na década de 80 os princípios da saúde comunitária estão integrados as primeiras iniciativas de reforma da saúde nos países subdesenvolvidos já com o rótulo atualizado de SILOS.

Dentro do contexto do processo de democratização social, os SILOS proporcionam a participação da sociedade no planejamento, execução e avaliação. Priorizam a intersetorialidade, no nível local e em todas as esferas do governo. Sendo que os conhecimentos devem ser integrados, assim como as tecnologias disponíveis. Tais processos de intersetorialidade podem se transformar em pólos de desenvolvimento, ao identificar e viabilizar soluções para problemas singulares, que influenciam problemas coletivos, podendo causar impacto na mudança das condições reais de vida das pessoas, enfim na saúde (MERHY, MALTA E SANTOS, 2004).

Segundo a Lei 8.080, parágrafo 2 do Artigo 10, “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.” (BRASIL, 1990). Para Roncalli (2009) existe um caráter político, ideológico e técnico que reveste os distritos de saúde, tornando-os muito mais do que meras divisões territoriais das áreas de atuação dos serviços de saúde, introduzindo a idéia do território como uma unidade de trabalho que permite uma atenção mais resolutiva.

Mendes (1993) considera que:

“Os Sistemas Locais de Saúde são definidos por um espaço populacional determinado, levando em conta todos os recursos para a saúde e o desenvolvimento social existente nele mesmo, respondendo aos processos de descentralização do Estado e do setor saúde, as necessidade da população e a estrutura de uma rede de serviços, que organizam-se para facilitar a contenção integral das ações”(MENDES, 1993, p. 21).

Sendo assim, Paganini e Chorny (1990) consideram que a capacidade tecnológica que permite uma adequada resolução de problemas de saúde se dá através dos SILOS, que devem colocar uma adequada capacidade técnico-administrativa nas áreas de planejamento, administração, informação e epidemiológica, contando com um conjunto mínimo de recursos humanos adequados.

Mendes (1993) diz que os Sistemas Locais de Saúde são definidos por um espaço populacional determinado, levando em conta todos os recursos para a saúde e o desenvolvimento social existente nele mesmo, respondendo aos processos de descentralização do Estado e do setor saúde, as necessidades da população e a estrutura de uma rede de serviços, que organizam-se para facilitar a contenção integral das ações.

Pode-se então perceber que existem alguns conceitos-chaves na construção dos Sistemas Locais de Saúde, que são descentralização e ou desconcentração administrativa, territorialização, intersetorialidade, recursos humanos, entre outros.

3.2 SISTEMAS DE INOVAÇÃO

Foi Schumpeter, em 1912, com a publicação do livro *Teoria do Desenvolvimento Econômico*² que influenciou a teoria da inovação, dando a ela um lugar de destaque na teoria do desenvolvimento econômico. Segundo Schumpeter (1934), nas economias capitalistas, o desenvolvimento econômico é dirigido pelo impacto das inovações tecnológicas, que ocorrem através de um processo dinâmico, denominado “destruição criadora”, no qual as novas tecnologias substituem as antigas, contrapondo a idéia do equilíbrio geral da economia, tal como descrito na teoria neoclássica.

A partir deste ponto inicial, os conceitos de inovação foram desenvolvidos constantemente. Na década de 80, o processo de inovação passa a ser observado como um sistema constituído por vários atores que interagem entre si. Um sistema de inovação (SI), segundo Lundval (1992), é constituído por elementos e relações que interagem na produção, uso e difusão do conhecimento economicamente viável e novo. Um sistema nacional de inovação (SNI) engloba elementos e relações que tenham suas raízes nos limites de um Estado-Nação. Ainda segundo Lundval (1992), o SI inclui alguns atores sem os quais a inovação não existe: a) organizações e instituições como as universidades, institutos de

² Publicado em alemão em 1912 e traduzido para o inglês e publicado em 1934.

pesquisas e departamentos de P&D das empresas, todos envolvidos diretamente na busca e exploração de inovações; b) partes e aspectos da estrutura econômica e da configuração institucional, que afetam, de maneira variável, a aprendizagem, bem como a atuação do sistema produtivo, buscando e explorando o mercado e c) o sistema financeiro.

Freeman (1994) apresenta a empresa como um núcleo de habilidades, competências e conhecimentos tecnológicos e organizacionais. Este núcleo permite que a empresa aprenda através de formas diferentes, através das interações com múltiplas fontes internas e externas de informação e conhecimento, desenvolvendo-se uma interdependência sistêmica, não formal, nos sistemas produtivos dos respectivos atores, originando o que denominou SI (EDQUIST, 1997; LUNDVALL, 1992).

3.2.1 Sistemas Nacionais de Inovação

Os SNIs constituem SIs de países, integrando as empresas em vários níveis. Para Porter (1990, p.73), “a unidade básica de análise para compreender a vantagem nacional é a indústria. As nações sucedem não em indústrias isoladas, mas nos conjuntos ou nas indústrias conectadas através de relacionamentos horizontais ou verticais”. Ainda reforçando, Porter (1990, p.73) diz que “a economia de uma nação contém uma mistura de conjuntos, cuja composição e as fontes de vantagens competitivas (ou de desvantagem) refletem o estado do desenvolvimento da economia.”

Nas duas últimas décadas presenciamos uma revolução científico-tecnológica que gerou uma revolução nas formas de produção material, criando novas formas produtivas e transformando as relações entre os atores, o que gerou novas formas de produção do próprio conhecimento (CASTELLS, 1996; GIBBONS, 1994; SCHAFF, 1995).

Para Maciel (2001), a revolução científico-tecnológica das últimas duas décadas provocou mudanças profundas e aceleradas nas formas de produzir e nas relações sociais que as acompanham, tornando a inovação um fator preponderante para o sucesso de um país. No entanto, ainda segundo Maciel (2001), fica evidente em países mais avançados que a capacidade inovadora das empresas ou mesmo das nações está diretamente ligada à capacidade social, cultural e política de empregar produtivamente e usufruir socialmente os recursos materiais e imateriais disponíveis.

Os SNIs são o produto de ações planejadas ou não, que resultam em um processo que influencia e impulsiona o progresso tecnológico em economias complexas, através da

construção de fluxos de informação entre os atores que compõem o sistema (FREEMAN, 1997; NELSON, 1993). Os atores são as empresas - inclusive as redes de interação que se formam entre várias empresas - o governo, as universidades e a sociedade civil organizada.

Nelson (1993) considera que existem graus diferenciados de construção de SIs, sendo que os países desenvolvidos possuem SIs completos ou maduros. Os países em desenvolvimento acelerado possuem SIs em construção e em amadurecimento. A seguir aparecem os países em desenvolvimento que apresentam SIs incompletos e em construção e, por último, os países mais pobres, que não possuem SIs ou apresentam sistemas rudimentares de inovação.

Para Freeman (1995), o desemprego estrutural, a desaceleração da produtividade, a crise de valores e a falta de perspectivas são sintomas de uma crise resultante da incompatibilidade entre as novas tecnologias e formas de produção e os sistemas sociais e organizacionais obsoletos. As relações dinâmicas deste ambiente colocam em cena questões e atores sociais até então desconhecidos, além de tornarem alguns superados e obrigarem outros a redefinirem seus papéis, causando profundas transformações no sistema produtivo e social (MACIEL, 2001).

Surge então a necessidade de um processo dinâmico de interações, articulações e inovação, que não é somente tecnológico, mas também social, trazendo para o sistema os atores que são as empresas, o Estado e a universidade. Neste cenário, cada ator ou agente tem um papel importante para a criação e desenvolvimento da inovação. A universidade tem um papel preponderante dentro do sistema de inovação, como um provedor de capital social e também, em algumas vezes, como incubadora de novos negócios (ETZKOWITZ; SPIVACK, 2001).

Segundo Lundvall (1992), a combinação de conhecimento existente com conhecimento novo, juntamente com um processo de aprendizado interativo e empreendedorismo coletivo, gera a inovação, ou seja, um SI apresenta-se como catalisador deste processo, propiciando os elementos e relacionamentos que interagem com a produção, difusão e uso de conhecimento novo e economicamente utilizável. Essa abordagem é similar a de Nelson (1993), que vê um SI como um conjunto de instituições cuja interação determina o desempenho econômico das empresas.

Bell e Callon (1994) propõem as redes técnico-econômicas como uma metodologia de investigação, que se baseia essencialmente na mobilidade e na circulação da informação

entre os elementos tecnológicos, científicos e de mercado, independente dos suportes utilizados, que intervém nos processos de inovação. Os atores deste sistema criam um círculo que provê a informação necessária para a realização de sua finalidade de maneira inteligente.

Para Bell M (2006), os SIs dos países desenvolvidos são caracterizados por fortes interconexões entre os atores que integram o sistema. A maneira como ocorrem estas interconexões e a extensão da articulação entre os atores tem grande influência sobre a capacidade de inovação do país. Sbragia *et al.* (2006) consideram que as empresas não inovam isoladamente no SNI, mas sim no contexto de um sistema de rede de relações estabelecidas com outras empresas, com as instituições de ensino, entidades de pesquisa, o sistema normativo, o sistema econômico nacional e internacional, de maneira direta ou indireta.

3.2.2 Sistemas Locais de Inovação

A literatura sobre inovação vem privilegiando cada vez mais o estudo de sistemas locais de inovação (SLIs), observando que a interação entre os atores locais/regionais tem um importante impacto na competitividade e produção de conhecimento. A interação pressupõe a existência de um mínimo obrigatório de ativos científicos e tecnológicos, constituído tanto por instituições de ensino e/ou pesquisa como por empresas inovadoras ou com propensão a inovar.

Ao se falar em inovação existem dois termos em evidência, um deles é o de *Cluster* (aglomerado) e o outro se refere a Arranjo Produtivo Local (APL), ambos contribuem para a formação de Sistemas Locais de Inovação.

Clusters ou aglomerados, para Porter (1998), são concentrações de empresas, fornecedores, setores relacionados e instituições especializadas existentes em uma determinada área de um país, estado ou cidade, que competem entre si, mas que também cooperam. Segundo Amato Neto (2000), a principal característica deste agrupamento é o ganho de eficiência coletiva.

Colaborando com a mesma idéia, Casarotto e Pires (2001) afirmam que *clusters* ou Sistemas Produtivos Locais (SPL) são redes setoriais de micro e pequenas empresas concentradas em uma determinada área geográfica para maximizar sinergias entre as empresas, serviços comuns e correlatos.

Schimitz (1997) considera que acreditar na aglomeração entre empresas é valorizar a importância dos laços entre os atores locais e a competitividade, gerada por esses laços, afinal competir com base no local gera dois elementos essenciais: economias de aglomeração e ação conjunta de vários atores locais.

Um APL é conceituado por Puga (2003), como uma concentração geográfica de empresas e instituições que se relacionam em um setor particular, incluindo fornecedores especializados, universidades, associações de classe, instituições governamentais e outras organizações que proveem educação, informação, conhecimento e/ou apoio técnico.

Cassiolo e Lastres (2001, p. 19) acreditam que a geração de vantagem competitiva para o arranjo está vinculada à capacidade de inovação do mesmo: Os arranjos comumente apresentam vínculos importantes que incluem agentes localizados no mesmo território; envolvendo tanto empresas (produtoras, fornecedoras, prestadoras de serviços, comercializadoras, etc.) quanto suas variadas formas de representação e associação (particularmente cooperativas), e ainda diversas outras instituições públicas e privadas (voltadas à formação e treinamento de recursos humanos, pesquisa, desenvolvimento e engenharia, consultoria, promoção e financiamento, etc.). Tal interação objetiva contribuir para a difusão da inovação entre esses diferentes agentes, como importante fonte geradora de vantagens competitivas.

Paiva (2002) afirma que o APL surge naturalmente de uma aglomeração de empresas especializadas que induzem o desenvolvimento em seu entorno, e ainda as transforma qualitativamente. Diz ainda que o APL, ao incorporar sistemas organizacionais estruturados de governança, pode evoluir para um Sistema Produtivo Local.

Conforme Cassiolo e Szapiro (2002), um sistema de inovação representa um conjunto de instituições distintas que juntas e individualmente contribuem para o desenvolvimento e difusão de tecnologias. E também constituindo o quadro de referência a partir do qual o governo forma e implementa políticas visando influenciar o processo de inovação.

Saxenian (1994) foi outro autor que estudou os SLIs, focando seu estudo nas diferenças de cultura e competição, grau de hierarquia e concentração, na experimentação e colaboração e no aprendizado coletivo observado na indústria eletrônica do Vale do Silício, Califórnia, e ao longo da Route 128, em Massachussets. Para o autor, os fatores citados anteriormente teriam provocado diferenças na capacidade de ajuste a mudanças nas condições

de mercado naqueles dois polos tecnológicos americanos. No entanto, limitou-se ao estudo e descrição das diferenças dos processos de surgimento e de crescimento dos aglomerados estudados, pois não propôs nem adotou uma abordagem própria para o estudo desses sistemas.

Outra proposta para análise da competitividade de aglomerados setoriais é denominada de “Sistemas Setoriais de Inovação” (MALERBA, 2001). Este conceito baseia-se na idéia de que diferentes indústrias atuam sob certos regimes tecnológicos que são caracterizados por combinações únicas de oportunidades e condições de apropriação, graus de cumulatividade de conhecimento tecnológico e fatores concernentes às características próprias do conhecimento requerido em certos setores econômicos.

O conceito de SI apresenta diferentes dimensões: nacionais, regionais e/ou locais. Lundvall (2002) considera que a dimensão política do conceito é importante, independente da existência do estado nacional e das entidades políticas com suas agendas próprias em relação à inovação. Dentro dessa percepção, a noção de território assume um papel importante para o entendimento e a ação baseados em Arranjos Produtivos Locais (APLs) e em SLIs.

Segundo o SEBRAE (2003), todo território é uma construção subjetiva, isto é, depende da ação de um sujeito que o institui, podendo este sujeito ser endógeno ou exógeno ao território. Sendo assim, o território é uma rede de relações sociais, políticas, socioeconômicas e culturais, projetadas em um determinado espaço e observando determinadas escalas e diferentes contextos, como a casa, o bairro, a cidade, a região, a nação e o planeta (CASSIOLATO, 2003).

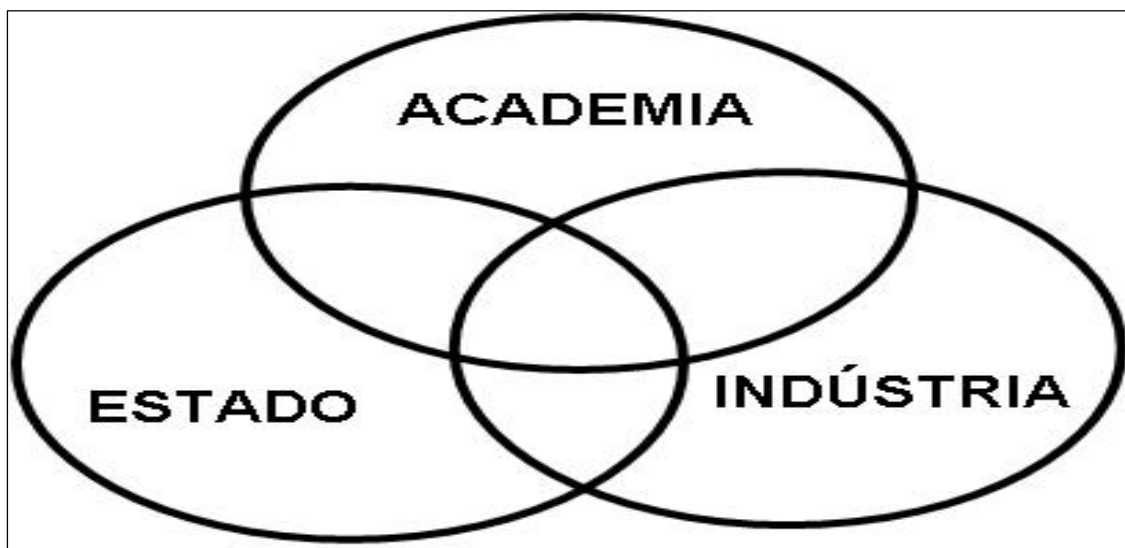
A idéia de sistemas supranacionais (FREEMAN, 1997), regionais (COOKE *et al.*, 1998) e setoriais de inovação (MALERBA *et al.*, 1996) tem sido proposta pela literatura. As pesquisas sobre os APLs e termos como sinergia, economias de aglomeração (*clustering*), eficiência coletiva, etc, têm demonstrado que o espaço local é uma fonte de vantagens competitivas, sendo que, desde o início dos anos 90, a idéia de aglomerações setoriais tornou-se associada ao conceito de competitividade.

Segundo Cassiolato e Lastres (2000), a inovação constitui-se em processo de pesquisa e aprendizado que é socialmente determinada e fortemente influenciada por formatos institucionais e organizacionais específicos, tais como: diversidade regional, especificidades locais etc. Sendo assim, existem diferenças entre os sistemas de inovação de um país para outro, de uma região do mesmo país para outra e até mesmo de um local para outro.

O SLI sustenta-se na noção de que fatores regionais podem influenciar de maneira considerável a capacidade inovadora das empresas e organizações situadas em sua área de abrangência. O foco nas necessidades e oportunidades locais pode servir de diferenciador e gerar o desenvolvimento de setores específicos no âmbito regional. A presença de empresas dinâmicas, aglomerações industriais, instituições de pesquisa e ensino, juntamente com características empreendedoras locais, formam um conjunto de atores estruturais favoráveis à interação e à conformação do SLI.

Neste contexto, segundo Etzkowitz e Spivak (2001), a relação entre a universidade, a indústria, e o governo pode ser simbolizada por uma hélice tripla (Figura 2), que consiste em um modelo que apresenta as relações entre estes atores como potenciais geradoras de inovação em uma dada região, que ao trabalharem juntos ampliam as chances de sucesso de projetos de inovação (ETZKOWITZ; MELLO, 2004).

Figura 2 - Hélice tripla



Fonte: Adaptado de Etzkowitz e Spivak 2001.

Enquanto sistemas nacionais geralmente surgem de articulações e políticas públicas desenvolvidas pelos governos dos países, buscando desenvolver o processo de inovação em um determinado setor (SCHLAPFER e MARINOVA, 2001; MELO, 2001; OECD, 2002), os SLIs surgem não necessariamente em função de políticas governamentais, mas para atender necessidades específicas de uma comunidade, sendo mais propensos a levar em consideração as questões locais de seu ambiente, interagindo com a comunidade local.

No entanto, segundo D'Avila Garcez (2000), existem SLIs constituídos em função de políticas públicas, tais como parques industriais, tecnópolis, incubadoras de empresas e zonas

de livre comércio. Assim, o SLI pode tanto surgir de uma vontade política local como de uma necessidade da comunidade, utilizando o conjunto de estruturas sociais e instituições locais, direcionadas para a criação do conhecimento e o desenvolvimento de competências necessárias à produção da inovação.

Nesse novo contexto, os SLIs apresentam vantagens significativas em relação ao SNI, por permitirem maior adaptação das empresas e instituições nele inseridas às demandas impostas pela sociedade local. Segundo Lundvall (1992), um SLI também apresenta elementos que interagem na produção, difusão e uso de conhecimentos novos, com valor econômico, existentes em uma região específica.

Assim sendo, espera-se de um sistema de inovação, quer ele seja local, regional ou nacional, que nele estejam presentes, com um mínimo de coordenação, Empresa, Academia e Governo, de forma que a interação entre os agentes ocorra sinergicamente e que consiga produzir a inovação.

Giuliani e Bell (2005) entendem que o conhecimento em um *cluster* não está livre no ar, mas é direcionado para as empresas que possuem maior capacidade de absorvê-lo. As organizações que interagem mais efetivamente possuem melhores condições de absorver o conhecimento e gerar inovações. Portanto, segundo Malmberg (2003) e Giuliani *et al.* (2005), é importante o estudo das interações entre os atores que integram o SLI, estudando as interações internas (entre os atores) e externas (interações com outros sistemas).

Miedzinski (2006) considera que os processos de aprendizagem e de inovação são chaves para o desenvolvimento, o avanço econômico e social da região ou da localidade. Para o autor, os processos de inovação não são limitados aos laboratórios e às universidades, mas envolvem negócios, setor financeiro, autoridades públicas, ONGs, e a sociedade civil apresentando consequências de grande envergadura para o desempenho da economia e para a qualidade de vida.

A associação de organizações em nível local em formato de parcerias, redes, sistemas regionais de inovação, geram um aumento da capacidade de aprendizado da região, desde que existam ligações internas fortes e políticas que promovam vínculos entre a academia, a indústria e o setor público (SOTARAUTA, 2007). A revisão da literatura de sistemas de inovação deixa claro a importância destas interações no desenvolvimento regional.

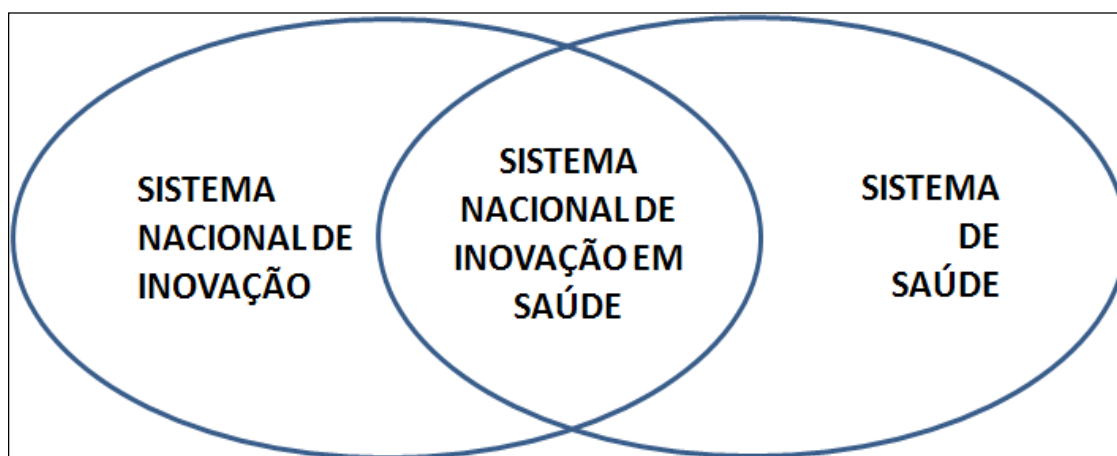
3.2.3 Sistemas de Inovação em Saúde

Ciência, tecnologia e produção se relacionam de forma diferente conforme o setor que se está analisando. No caso do setor da saúde existe uma grande proximidade entre a ciência e a tecnologia segundo Nelson (1995), sendo a ciência o fator mais forte. A inovação na saúde, segundo Gomes e Dacol (1999), gera um reflexo positivo, pois é vista como fonte de melhoria da qualidade de vida das populações.

No Brasil, o sistema pesquisa científica e o sistema de saúde estão, em grande parte, sob a responsabilidade do governo (CONDE e ARAÚJO-JORGE, 2003), o que também se pode inferir a partir do fato de que cabe ao SUS o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de abrangência, conforme determinado na Constituição Federal, no seu artigo 200, inciso VI.

Também, a Lei no 9.639/98, modificada pela Medida Provisória nº 2.143/01, determina que a pesquisa científica em saúde seja uma das áreas de competência do Ministério da Saúde (artigo 14, inciso XVIII). Considerando que a sociedade civil busca serviços de saúde de qualidade que atendam seus requisitos, as estratégias empresariais adotadas pelas empresas industriais da saúde e as estratégias das instituições de C&T constituem fortes interesses que confluem para uma construção econômica, política e institucional, definindo, segundo Gadelha *et al.*(2003), o Sistema Nacional de Inovação em Saúde (SNIS). O mesmo autor ainda coloca o SNIS atuando entre o SNI e o Sistema de Saúde conforme a Figura 3 abaixo.

Figura 3 - Âmbito do sistema nacional de inovação em saúde



Fonte: Adaptado de Gadelha *et al.*(2003).

3.2.4 O Sistema de Saúde de Caxias do Sul - SSCX

O SSCX é composto por vários atores, alguns facilmente identificáveis, por estarem sob o controle do SUS e possuírem registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No entanto, podem existir outros atores que não se enquadram no controle do SUS, mas que fazem parte do SSCX e que necessitam ser identificados. O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000. O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares, Área Física e Recursos Humanos. É base para o Cartão Nacional de Saúde dos profissionais que executam ações e/ou serviços de Saúde pelo SUS no país.

O CNES abrange a totalidade dos Hospitais existentes no país, assim como a totalidade dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS e, ainda, os Estabelecimentos de Saúde ambulatoriais não vinculados ao SUS. O CNES pode ser acessado via internet no site <http://cnes.datasus.gov.br> e permite consultas pré-formatadas ao cadastro. A Figura 4 representa uma consulta realizada ao sistema referente aos estabelecimentos credenciados em Caxias do Sul, por tipo de estabelecimento.

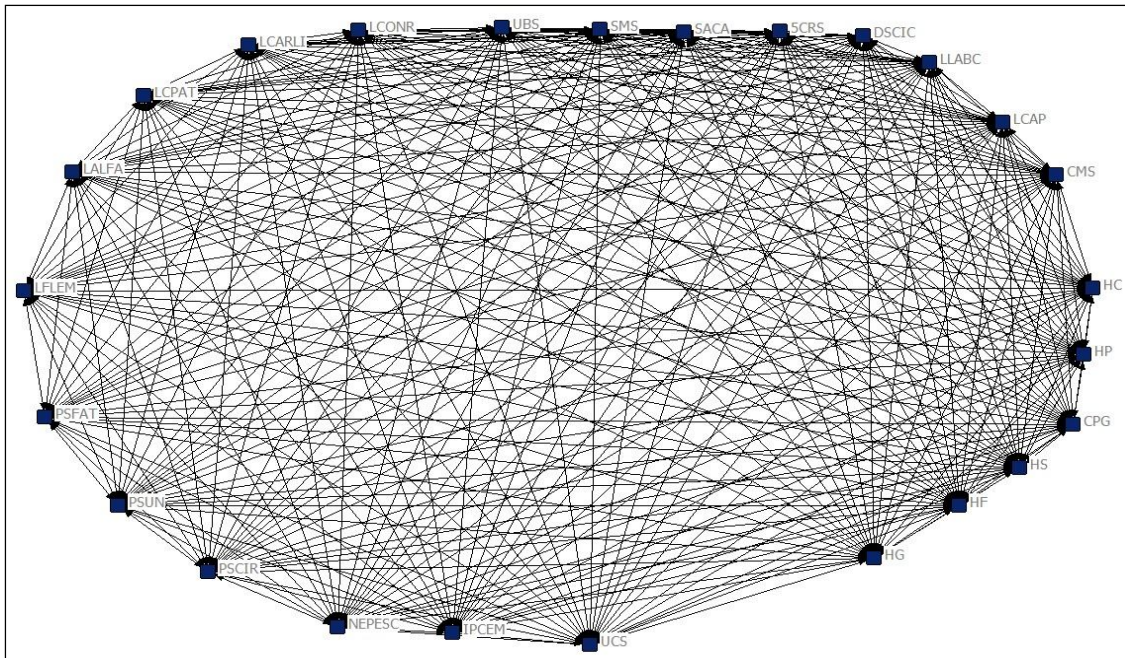
Figura 4 - Estabelecimentos de saúde registrados no CNES (estratificação por tipo)

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE												
Quantidade por Município e Tipo de Estabelecimento												
Município: Caxias do Sul												
Período: Dez - 2007												
Município	Centro de saúde/ unidade básica de saúde	Clínica especializada /ambulatório especializado	Consultório isolado	Farmácia	Hospital especializado	Hospital geral	Policlínica	Posto de saúde	Pronto socorro geral	Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	Unidade móvel de nível pré-hosp. Urgência/emergência	Total
Caxias do Sul	44	113	215	1	1	7	21	6	1	77	2	488

Fonte: CNES.

Com base no referencial teórico abordado neste trabalho, um sistema local de saúde apresenta como característica fundamental a interação entre os agentes que o compõe. Assim, para atender com efetividade a missão de gerar o bem-estar para a comunidade do município e promover a inovação na área da saúde, o SSCX deve apresentar o máximo de interações possíveis entre os seus atores. A Figura 5 a seguir, demonstra o modelo idealizado para o SSCX, contemplando interações entre todos os elementos do sistema.

Figura 5 - Modelo ideal de interações do SSCX



Fonte: Elaborada pelo autor.

3.2.5 A importância das interações

A estrutura das interações de uma empresa com as fontes de informação, práticas e recursos humanos, conhecimentos, tecnologias e finanças define as suas atividades inovadoras. Estas interações são influenciadas pela natureza da empresa e apresentam variações segundo as fontes com as quais são estabelecidas, os custos, a intensidade dos fluxos de informação e o nível de contato interpessoal (Figura 6). As fontes de interação são classificadas, segundo o Manual de Oslo (2005), em:

- Fontes abertas de informação: informações disponíveis que não exigem a compra de tecnologia ou de direitos de propriedade intelectual, ou interação com a fonte.
- Aquisição de conhecimentos e tecnologia: compras de conhecimento externo e/ou conhecimentos e tecnologias incorporados em bens de capital (máquinas, equipamentos, softwares) e serviços, que não envolvem interação com a fonte.
- Inovação cooperativa: cooperação ativa com outras empresas ou instituições públicas de pesquisa para atividades de inovação (que podem incluir compras de conhecimento e tecnologia).

Figura 6 - Fontes para transferências de conhecimento e tecnologia

	Fontes abertas de informação	Fontes para compra de conhecimento e tecnologia	Parceiros para cooperação
Fontes no Interior da Empresa:			
P&D	X		
Produção	X		
Marketing	X		
Distribuição	X		
Outras empresas no grupo empresarial	X	X	X
Mercado Externo e Fontes Comerciais:			
Concorrentes	X	X	X
Outras empresas na indústria	X	X	X
Clientes ou consumidores	X		X
Consultores/empresas de consultoria		X	X
Fornecedores de equipamentos, materiais e componentes:			
Software ou serviços	X	X	X
Laboratórios comerciais	X	X	X
Fontes do setor público:			
Universidades e outras instituições de ensino superior	X	X	X
Institutos de pesquisa governamentais/públicos	X	X	X
Institutos de pesquisa privados e sem fins lucrativos	X	X	X
Serviços especializados públicos/ semi-públicos de suporte à inovação	X	X	X
Fontes de informações gerais:			
Divulgação de patentes	X		
Conferências profissionais, encontros, publicações especializadas e jornais	X		
Feiras e exposições	X		
Associações profissionais, sindicatos Trabalhistas	X		
Outras associações locais	X		
Contatos informais ou redes	X		
Padrões e agências de padronizações	X		
Regulações públicas (ambiente, Segurança)	X		

Fonte: Adaptado do Manual de Oslo (2005).

4 MÉTODO E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa de estudo de casos múltiplos (multicaso e intracasos). Seu caráter é exploratório, pretendendo preencher lacunas a respeito do que até então é conhecido em termos de interações entre os atores de Saúde na Cidade de Caxias do Sul/RS, tendo como intenção contribuir de forma científica para futuros estudos, assim como gerar conhecimento acerca desse tema. Neste capítulo busca-se apresentar a metodologia utilizada para desenvolver esta pesquisa.

Minayo (2003) pondera que a metodologia de pesquisa é o caminho do pensamento a ser seguido, portanto, a metodologia toma um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a ser adotado para construir uma realidade. Para Demo (2002) a metodologia é considerada uma forma de manter o pesquisador consciente dos limites e das possibilidades de qualquer projeto. A pesquisa desenvolve-se para buscar a solução para um problema, através do uso do método científico, que segundo Gil (2007) estabelece uma série de procedimentos lógicos que serão adotados durante o processo de investigação científica.

O estudo da metodologia de pesquisa nada mais é do que uma forma intelectual de adquirir conhecimentos pela investigação de um realidade e buscar novas verdades sobre um determinado assunto ou fato (FACHIN, 2001).

Para identificar os atores que constituem o SSCX e estudar se existem interações entre estes atores, e se confirmada a existência, identificar o tipo de interações, o estudo foi realizado em duas fases. Na primeira fase, objetivando a identificação dos atores que constituem o SSCX, foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, aplicada aos representantes indicados dos seguintes órgãos responsáveis pela gestão do sistema de saúde regional e local: 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS); Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (SMS), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Universidade de

Caxias do Sul, através da Coordenação do Curso de Medicina, por tratarem-se de agentes de saúde no âmbito regional e municipal que possuem uma visão abrangente do SSCX, podendo indicar quais são os seus atores.

O levantamento dos atores que integram o SSCX permitirá identificar a população da pesquisa e na segunda fase do projeto, com base nos atores indicados na primeira fase, serão criadas estratificações segundo os polos do governo, tecnológico, científico e sociedade civil, apresentados na revisão bibliográfica e no modelo proposto para o SSCX. A partir desta estratificação, serão selecionados casos de estudo e realizada uma pesquisa qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas com intenção de identificar a existência e o tipo dos fluxos de interação entre os atores selecionados do SSCX.

A metodologia de pesquisa visa buscar um determinado conhecimento, através de um conjunto de atividades orientadas e de um modo sistematizado, utilizando-se para isto um método próprio, técnicas específicas, visando um conhecimento adequado à realidade empírica (RÚDIO, 2001).

4.1 FASES E ETAPAS DA PESQUISA

O trabalho foi dividido em fases e etapas, objetivando facilitar o acompanhamento e acompanhar o andamento do trabalho. Esta organização é melhor observada na Figura 7.

Figura 7 - Fases e etapas da pesquisa

FASES DA PESQUISA			ETAPAS DA PESQUISA
Aprofundamento Conceitual e Detalhamento Metodológico			Pesquisa bibliográfica Problematização da pesquisa Definição dos objetivos da pesquisa Definição da metodologia
Pesquisa Qualitativa (Exploratória)	Estudo de Caso	Primeira Fase	Seleção dos casos para estudo Entrevistas individuais em profundidade Transcrição das entrevistas Análise e interpretação dos dados
		Segunda Fase	Realização do pré-teste Seleção dos casos para estudo Entrevistas semiestruturadas
Análise e Interpretação dos Resultados			Transcrição das entrevistas Análise e interpretação dos dados
Considerações Finais			Conclusões Objetivos propostos Limitações e lições da pesquisa Desenvolvimento de pesquisas futuras

Fonte: Elaboração do autor.

4.2 PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado. Por isso, crenças, valores, significados e outros construtos fazem parte do universo das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis e são trabalhados na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2003).

A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Busca compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995).

Silva, Godoi e Bandeira-de-Mello (2006) enfatizam a flexibilidade da pesquisa qualitativa, assim como o roteiro básico de questões que serve como um guia e não como um protocolo estruturado de perguntas, sendo esta uma lista de tópicos temáticos que auxiliam no momento das entrevistas. O método qualitativo caracteriza análises profundas da realidade estudada sem a utilização de inferência estatística e, de grande importância em estudos exploratórios (CAMPOMAR, 1991; MALHOTRA, 2001).

Gil (2007) afirma que, uma pesquisa exploratória é um trabalho que envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Uma pesquisa exploratória visa proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

O modo exploratório busca levantar questões e hipóteses para futuros estudos através de dados qualitativos (ROESCH, 2005). De igual modo, Godoy (1995) sugere que quando lidamos com um contexto pouco conhecido e a pesquisa é de caráter exploratório, a investigação mais adequada é de natureza qualitativa. Segundo o ponto de vista de Malhotra (2001, p. 155), pesquisa qualitativa

é uma “metodologia de pesquisa, não estruturada, exploratória, baseada em pequenas amostras, que proporciona insights e compreensão do contexto do problema”.

Malhotra (2001) classifica as pesquisas qualitativas em abordagem direta, quando é explicitado o objetivo do estudo ou, abordagem indireta, onde o foco do trabalho não é divulgado aos participantes.

4.3 ESTUDO DE CASO

Os estudos de casos são apropriados quando se trata de uma pesquisa exploratória que é conduzida para estudar um fenômeno social complexo no contexto da vida real. Normalmente o estudo de caso apresenta questões relativas ao como e ao porquê da investigação. (YIN, 2005).

Gil (2007); Yin (2005) citam como fases de um estudo de caso: a) delimitação *do caso*: compreende a escolha do caso, através da compreensão do objeto de estudo como um todo; b) coleta de dados: refere-se à coleta de dados, entre eles estão a observação, análise de documentos, entrevista formal ou informal, história de vida, aplicação de questionário com perguntas fechadas, levantamentos de dados e análise de conteúdo; c) seleção, análise e interpretação dos dados: selecionar de acordo com os objetivos da investigação, e analisar conforme a utilidade e relevância para a pesquisa e d) elaboração do relatório: elaborar relatórios parciais e finais.

Conforme ROESCH (2005), o estudo de caso pode ser único ou múltiplo e a unidade de análise pode ser um ou mais indivíduos, grupos, organizações, eventos, países ou regiões. Uma grande vantagem ao se optar por um estudo de caso é aprofundar o conhecimento em particular de uma unidade de análise, incluindo o contexto e os detalhes do referido contexto. (CAMPOMAR, 1991; YIN, 2005).

4.3.1 Escolha do Caso

Definido o tipo de pesquisa, a escolha do estudo de caso, a próxima etapa é selecionar os casos a serem estudados. Miles e Huberman (1994) sugerem uma lista de questões que podem ser utilizadas para auxiliar a determinar se o critério de escolha dos casos foi adequado. Segundo estes autores, o pesquisador deve considerar as seguintes questões, apresentadas no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1- Questões sugeridas para verificação da adequação da seleção dos casos

Questões relevantes:

- a) A amostra escolhida é relevante para o quadro referencial e para as questões de pesquisa?
- b) O fenômeno no qual o pesquisador está interessado pode ser identificado na amostra?
- c) Os casos escolhidos permitem comparação e algum grau de generalização?
- d) As descrições e explicações que podem ser obtidas a partir dos casos estudados guardam consonância com a vida real?
- e) Os casos selecionados são considerados viáveis, no sentido de acesso aos dados, custo envolvido, tempo para coleta de dados?
- f) Os casos escolhidos atendem a princípios éticos?

Fonte: Miles e Huberman (1994).

A escolha dos casos na primeira e na segunda fase da pesquisa atendeu o proposto por estes autores. Para a segunda fase foram utilizados ainda critérios relacionados à representatividade dos polos sugeridos no modelo proposto no referencial teórico deste estudo.

4.3.2 Técnica da Coleta de Dados

Os objetivos gerais e específicos que norteiam a presente pesquisa determinam a coleta de dados primários e secundários. A revisão bibliográfica, as informações de periódicos, teses e artigos, bem como o acesso aos bancos de dados oficiais referentes ao tema pesquisado, constituíram a coleta de dados secundários que formataram a base conceitual que compõe o referencial teórico utilizado nesta pesquisa, sendo este levantamento extremamente importante (LUNA, 1999).

Os dados primários foram coletados através da técnica de entrevistas individuais em profundidade, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, na primeira e na segunda fase. Segundo Creswell (2002), as entrevistas individuais em profundidade permitem ao pesquisador observar características, desenvoltura e percepção do entrevistado sobre o assunto abordado. Sendo de caráter exploratório, a entrevista pode ser semiestruturada (BAUER, 2000; BELLO; 2004; GASKELL, 2000). A entrevista semiestruturada tem uma sequência de temas a serem cobertos, assim como perguntas sugeridas. Ao mesmo tempo, é aberta para mudanças na sequência e forma das perguntas, no sentido de acompanhar as contribuições das

respostas e das histórias contadas pelo sujeito. Isto significa que o entrevistador seguirá linhas particulares de conversa com o desenvolvimento das perguntas.

4.3.3 Entrevista semiestruturada e em profundidade

Ao optar pela utilização da estratégia de estudo de caso, Yin (2005, p. 114) acrescenta que “as entrevistas constituem uma fonte essencial de evidências para os estudos de caso, já que a maioria delas trata de questões humanas”.

Para Gil (1999), entrevistas qualitativas podem acontecer de várias formas, ou seja, focalizadas, por pautas e formalizadas, a partir do nível de envolvimento do entrevistador no momento da conversação. Diz ainda que as entrevistas informais são desenvolvidas de forma mais espontânea e distingue-se de uma simples conversa por visar à coleta de dados. Já a focalizada apresenta uma espontaneidade e liberdade, no entanto, é orientada a um determinado objetivo. Na entrevista por pautas, identifica-se de certo modo uma estruturação que parte da elaboração de um instrumento que oriente os principais pontos a serem explorados no seu decorrer. E as entrevistas estruturadas preveem o desenvolvimento de perguntas fixas, apresentadas na mesma ordem e composição a todos os entrevistados.

Considerando que o presente estudo é de natureza exploratória e, para tanto, utilizou-se um estudo de casos múltiplos por visar um esclarecimento em relação ao objeto de pesquisa, foi utilizada a entrevista por pautas ou também denominada de entrevista semiestruturada, conforme estrutura-guia nos anexos A e C. May (2004) afirma que o foco das entrevistas semiestruturadas pode ser tanto esclarecimentos quanto a elaboração dos resultados, assim permite que os entrevistados sejam mais espontâneos e possibilitem uma estrutura maior de comparabilidade do que em outros tipos de entrevistas, o que justifica a escolha da metodologia para este estudo.

Em se tratando de entrevistas semiestruturadas, o pesquisador precisa seguir um roteiro previamente definido, mas pode fazer outras perguntas, conforme considerar necessário, e ainda pode ter a sua disposição perguntar abertas ou fechadas, para discorrer a respeito do tema de pesquisa. (BONI e QUARESMA, 2005)

Na entrevista semiestruturada, o conhecimento evolui através de um diálogo e de uma relação interpessoal, e os dados têm coautoria e são coproduzidos pelo entrevistador e entrevistado (FREEBODY, 2003). Os entrevistados na primeira fase foram escolhidos entre os órgãos representantes da saúde e da educação em saúde de Caxias do Sul. Após contatar a

5ª Coordenadoria Regional de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, o Conselho Municipal de Saúde e a coordenação do Curso de Medicina da UCS, buscando indicações de pessoas a serem entrevistadas, foram contatadas as pessoas indicadas e agendadas as entrevistas. Na segunda fase, os entrevistados foram escolhidos entre os casos selecionados para estudo.

O instrumento de pesquisa utilizado em ambas as fases foi desenvolvido de forma semiestruturada, utilizando apenas perguntas abertas, com o objetivo de dar ao entrevistado a oportunidade de apresentar respostas mais ou menos elaboradas, conforme seu conhecimento e disponibilidade de tempo, procurando manter-se a duração de cada entrevista dentro do prazo de uma hora (WOLCOTT, 1994).

Para o instrumento da primeira fase foram propostas oito questões, com o objetivo de identificar os atores que integram o SSCX, suas interações e agrupamentos (polos), conforme apresentado a seguir no Quadro 2.

Quadro 2 - Questões e objetivos do instrumento utilizado na primeira fase da pesquisa

Objetivo	Questões
Identificação dos atores	1. Em sua opinião quais são os atores que integram o SSCX? 2. O que motivou a escolha destes atores?
Identificação das interações	3. É possível identificar a existência de interações entre os atores selecionados? Que tipo de interação? 4. Existe algum tipo de rede ou atividade cooperativa entre os atores identificados? 5. Existe algum evento que reúna os atores do SSCX e promova um espaço de troca e interação? Que evento é este e quais os atores que dele participam?
Identificação dos polos	6. Como classificaria os atores segundo os agrupamentos (polos) do sistema de inovação?
Identificação dos atores	7. Em sua opinião, que outras pessoas poderiam contribuir para a identificação dos atores do SSCX? 8. Gostaria de fazer algum comentário adicional?

Fonte: Elaboração do autor.

Na segunda fase, o instrumento proposto possui onze questões, com o objetivo de ratificar a identificação dos atores da primeira fase, identificar novos atores e identificar as suas interações e se a interação gerou inovações. As questões elaboradas e validadas junto ao grupo de entrevistados da primeira fase são apresentadas a seguir, no Quadro 3.

Quadro 3 - Questões e objetivos do instrumento utilizado na segunda fase da pesquisa

Objetivos	Questões
<p>Ratificar a identificação dos atores e identificar suas interações</p>	<p>1. A instituição entrevistada apresenta algum tipo de interação em relação aos hospitais de Caxias do Sul? Se existe interação, é possível definir o tipo de interação estabelecida com cada um dos hospitais? A interação é formal ou informal?</p> <p>2. A instituição entrevistada possui algum tipo de interação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Caxias do Sul? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada UBS? A interação é formal ou informal?</p> <p>3. Em relação aos laboratórios de análises a Instituição Entrevistada possui algum tipo de interação? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada laboratório? A interação é formal ou informal?</p> <p>4. Em relação às empresas farmacêuticas e de tecnologia para a área da saúde, a Instituição Entrevistada possui algum tipo de interação? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada empresa? A interação é formal ou informal?</p> <p>5. Em relação ao Conselho Municipal de Saúde, a Instituição Entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação? A interação é formal ou informal?</p> <p>6. Em relação à Secretaria de Saúde, a Instituição Entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação? A interação é formal ou informal?</p> <p>7. Em relação à 5ª Coordenadoria de Saúde, a Instituição Entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação? A interação é formal ou informal?</p> <p>8. Em relação à Universidade de Caxias do Sul –UCS, a Instituição Entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação? A interação é formal ou informal?</p> <p>9. Considerando os planos de saúde, a Instituição Entrevistada desenvolve algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação referente a plano? A interação é formal ou informal?</p>
<p>identificar novos atores</p>	<p>10. A Instituição Entrevistada possui algum tipo de interação com outros atores da saúde que não foram citados? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada ator? A interação é formal ou informal?</p>
<p>Identificar se as interações geraram inovações</p>	<p>11. A Instituição Entrevistada gerou alguma inovação nos últimos dois anos, impulsionada pela interação com os atores citados nesta pesquisa?</p>

Fonte: Elaboração do autor.

O questionário da segunda fase utilizou como referência para a identificação e classificação das interações entre os atores do SSCX três situações básicas: não existem

interações, existem interações do tipo informal e existem interações do tipo formal. Assim, a classificação “**Não existe interação**” identifica a situação em que não existem interações entre os atores do sistema, que possam ser consideradas importantes. A classificação “**Existem Interações Informais**” identifica a situação em que as interações são estabelecidas por pessoas (ex.: algumas pessoas que trabalham em um ator, trocam informações com pessoas que trabalham em outro ator), sem uma formalização ou mesmo um protocolo estabelecido. Por fim, a classificação “**Existem Interações Formais**” identifica as situações em que existem interações formalizadas entre os atores, através de meios estabelecidos em comum acordo ou protocolos.

Em apoio ao instrumento de pesquisa, foram desenvolvidos cartões contendo um referencial teórico reduzido, o tipo de interações esperadas e o modelo proposto para o SSCX (Anexo B). Os cartões são apresentados aos entrevistados e objetivam deixar claro o tema da pesquisa e os conceitos que embasam o trabalho. Assim, é possível conduzir a entrevista de forma mais focada, aproveitando todo o conhecimento do entrevistado sobre o tema proposto. Durante a validação do instrumento, verificou-se a necessidade de incluir no referencial teórico reduzido o conceito de inovação, que até o momento não estava relacionado.

4.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Coletados os dados da primeira fase, a etapa seguinte é a análise e interpretação dos mesmos e posteriormente dos dados da segunda fase da pesquisa. O processo envolve a análise dos dados, buscando dar-lhe sentido (CRESWELL, 2007). As entrevistas iniciais, com o grupo selecionado de participantes, geram uma considerável quantidade de dados, que necessitam de uma categorização que facilite o entendimento da fala dos entrevistados e encaminhe a próxima fase da pesquisa.

O resultado das entrevistas é transcrito na forma de textos organizados, que serão interpretados com a finalidade de identificar as frequências com que certos fenômenos são citados e também as relações existentes entre os mesmos. Assim, busca-se identificar o que os entrevistados dizem a respeito do tema proposto (VERGARA, 2003), utilizando-se a Análise de Conteúdo. Utilizou-se estatística descritiva, através de porcentagens, para facilitar a compreensão dos relatos das interações entre os atores.

4.4.1.1 Análise de conteúdo

Análise de Conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004). A contextualização é um pano de fundo para a análise de conteúdo (PUGLISI; FRANCO, 2005) e por isso mesmo importante para a relevância dos resultados obtidos. Daí o interesse deste pesquisador em contextualizar o trabalho a todos os entrevistados, através dos cartões do referencial teórico reduzido e da apresentação do modelo proposto para o SSCX.

Para Chizzotti (2006), a análise de conteúdo trabalha com a relação da frequência de citação de determinados temas, idéias ou palavras em um texto selecionado, que pode ser resultado da transcrição de entrevistas, com o objetivo de medir o peso que o autor ou entrevistado atribui a um assunto determinado. Utilizando-se técnicas sistemáticas, busca-se apreender a mensagem principal do texto.

Neste trabalho o modelo de categoria de análise utilizada na primeira fase da pesquisa é o modelo aberto, pois não foram fixadas categorias previamente (LAVILLE; DIONE, 1999). Os dados resultantes das cinco entrevistas da primeira fase foram ordenados constituindo o corpus da pesquisa e procedendo-se inicialmente a etapa de pré-análise através de leituras flutuantes. Para os dados da segunda fase da pesquisa o modelo de categoria de análise utilizada é modelo misto, pois segundo Laville e Dione (1999), como foram estabelecidas categorias após a primeira fase, agora se pode utilizá-las ou modificá-las conforme o que a análise demandar.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

5.1 PESQUISA QUALITATIVA (EXPLORATÓRIA)

Após a realização da pesquisa bibliográfica e formação do referencial conceitual, a primeira fase da pesquisa objetivou identificar os atores que integram o SSCX e também a possível existência de interações entre os mesmos. Para realizar tal intento, foram selecionados cinco integrantes do SSCX, sendo que três deles (5ª Coordenadoria Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde) aparecem na literatura como importantes atores dos sistemas de saúde municipais. Os outros dois atores selecionados (Hospital Geral e Universidade de Caxias do Sul) representam a escolha do pesquisador com base na importância destes atores para o sistema e conseqüentemente de sua visão de todo o SSCX.

Esta fase da pesquisa foi de grande importância e trouxe luz sobre os atores que não apenas constituem o SSCX, mas que também são importantes para o funcionamento do sistema. Também foram identificados nesta fase, segundo a visão dos entrevistados, os polos do sistema local de inovação onde cada ator será alocado durante a pesquisa.

5.1.1 Identificação e justificativa de seleção dos casos da primeira fase

Assim, seguindo o roteiro de questões proposto por Miles e Huberman (1994), e explicitado na descrição da metodologia desta pesquisa, os casos selecionados para a primeira e segunda fases da pesquisa e relacionados no início desta seção atendem a todas as questões, pois são identificados no referencial teórico e importantes para as questões de pesquisa, o fenômeno de interesse (as interações) pode ser identificado nestes atores, permitem comparação e certo grau de generalização, pois constituem-se atores muito fortes do SSCX. As descrições e explanações obtidas são relatos da vida real destes atores. Também são casos

viáveis, embora o tempo de coleta tenha se alongado devido ao número de atividades desenvolvidas pelas pessoas indicadas para representarem cada ator selecionado, por fim todos os casos atendem a princípios éticos.

5.1.2 Análise de conteúdo das entrevistas da primeira fase

Após a coleta dos dados da primeira fase da pesquisa e a transcrição das entrevistas, procedeu-se a análise de conteúdo das entrevistas. Para Bardin (2004), na análise de conteúdo realiza-se uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, esta operação denomina-se categorização. Esta etapa é considerada por esse autor como um processo estruturalista que comporta duas etapas: isolar os elementos (inventário) e repartir os elementos procurando ou mesmo impondo certa organização às mensagens (classificação).

Nesta pesquisa, a categorização das respostas das entrevistas da primeira fase foi extraída das próprias entrevistas. A primeira categorização diz respeito aos atores indicados pelos entrevistados, na qual identificaram-se cinco categorias, a saber: (1) Gestores da União, do Estado e dos Municípios; (2) Prestadores de serviços; (3) Comunidade; (4) Instituições de ensino e (5) Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Quanto ao questionamento sobre o motivo da escolha dos atores, identificaram-se três categorias, que são aqui relatadas: (1) pela sua importância; (2) pela interação e movimentação existente entre eles; (3) pelo seu papel para o desenvolvimento da saúde. Já quanto ao tipo de interação entre os atores identificada pelos entrevistados, surgiram as seguintes categorias: (1) Fiscalização (1 citação); (2) Controle formal (1 citação); (3) Regulação (1 citação); (4) Formais (3 citações); (5) Informais (diárias) (3 citações); (6) Contrato existente entre os atores (1 citação).

No que diz respeito à importância das interações entre os atores, as seguintes categorias foram identificadas: (1) Regulação; (2) Financeira (permitir redução de custos); (3) Elevar capacidade de atendimento; (4) Elevar a resolutividade dos problemas da saúde, que são multideterminados; (5) Geração de conhecimentos científicos que podem ser socializados para a comunidade. Quanto à existência de uma rede cooperativa, observou-se as seguintes categorias: (1) Reuniões do Conselho Municipal; (2) Colegiado de Gestão Regional; (3) Mapeamento dos hospitais e suas responsabilidades; (4) Atividades multidisciplinares técnicas entre secretarias e (5) Reuniões da rede de UBSs.

Em relação ao questionamento sobre um evento que reúna os atores, as respostas permitiram identificar as seguintes categorias: (1) Reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde; (2) Colegiado de Gestão regional; (3) Fóruns de Debates sobre saúde; (4) Amostra de serviços em atenção básica (permitem visualizar a interação) e (5) Semanas da Saúde. Estas categorias nortearam o trabalho de pesquisa da segunda fase.

Assim, considerando-se o SSCX, é necessário identificar os atores que, fazendo parte do sistema, são atores relevantes para o seu desenvolvimento no que diz respeito a sua atuação como um SILOS. Apoiando-se no referencial teórico deste trabalho e no resultado da pesquisa realizada, identificaram-se os seguintes atores, considerados importantes para o desenvolvimento do SSCX: (1) a Secretaria Municipal de Saúde (SMS); (2) a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS); (3) o Conselho Municipal de Saúde (CMS); (4) os Hospitais atuantes no município de Caxias do Sul; (5) a Universidade de Caxias do Sul (UCS); (6) os Laboratórios Clínicos de Caxias do Sul; (7) a Câmara de Indústria, Comércio e Serviços; (8) as UBS e (9) os Planos de Saúde do município de Caxias do Sul. As empresas fornecedoras (farmacêuticas e de tecnologia para a saúde) também foram citadas na primeira fase da pesquisa, mas identificadas como um ator externo ao sistema.

A próxima etapa foi a verificação de quantos representantes existem para cada ator identificado. Utilizando-se os dados das entrevistas e com apoio do referencial bibliográfico construído, foram buscados junto ao CNES os dados referentes ao município em relação ao conjunto de atores indicados, o que possibilitou verificar que em Caxias do Sul existem sete hospitais cadastrados e atuantes.

A pesquisa pelos laboratórios indicou que os mesmos são classificados de maneira geral como Serviço de Apoio, Diagnose e Terapia (SADT) pelo CNES e existem 78 laboratórios cadastrados. De maneira mais específica, os laboratórios são classificados como serviços especializados e distribuídos em várias categorias, sendo as categorias Serviços de diagnóstico por imagem, Serviços de diagnóstico por anatomia, patologia e ou citopatologia e a modalidade Serviços de Diagnóstico por Laboratório Clínico, aquelas que mais possuem laboratórios cadastrados.

A busca pelos planos de saúde necessitou consulta ao material da ANS. O material disponibilizado informou que existem quatro planos de saúde localizados em Caxias do Sul e que estão com a documentação em dia com a ANS, estes são os planos: Plano de Saúde Fátima, Plano de Saúde Unimed, Plano de Saúde do Círculo e SSI Saúde.

Além destes, nas entrevistas foram também citadas pessoas que poderiam ampliar o conhecimento sobre determinado ator, como o caso da SMS, onde a entrevistada indicou o Serviço de Auditoria, Controladoria e Avaliação (SACA) e a Vigilância Sanitária, serviços da SMS, que acabam tendo um grande contato com outros atores e por isso mesmo poderiam ampliar as informações sobre este ator.

Na entrevista da UCS, foram citados o NEPESC (Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva) e o Instituto de Pesquisas Clínicas para Estudos Multicêntricos (IPCEN). Também na entrevista com o Hospital Geral, foi indicado como um ator importante a Câmara de Indústria, Comércio e Serviços de Caxias do Sul (CIC), mais especificamente a sua recém criada diretoria de saúde, que segundo o entrevistado, congrega os hospitais, a SMS e outras entidades importantes do município. O Quadro 4, a seguir, sintetiza as informações aqui apresentadas.

Quadro 4 - Atores identificados do SSCX na primeira fase da pesquisa

Ator Identificado	Número de possíveis entrevistados	Observação
SMS	03	Na primeira fase foi entrevistada a pessoa indicada pela Secretária de Saúde. Nas entrevistas surgiram mais duas pessoas citadas
5ª CRS	01	Indicado pela Coordenadoria
CMS	01	Indicado pelo CMS
UCS	03	Na primeira fase foi entrevistado o coordenador do curso de medicina que citou outros dois núcleos a serem entrevistados
Hospitais	07	Na primeira fase foi entrevistado o responsável pelo Hospital Geral e na entrevista foram citados os hospitais com atores. Identificou-se no CNES, 07 hospitais cadastrados no município
Laboratórios clínicos	78	Na primeira fase foram citados os laboratórios como atores do SSCX. No CNES existem 78 laboratórios cadastrados em Caxias do Sul
Planos de Saúde	04	Foram citados na primeira fase os planos de saúde como atores. Consultando a ANS, existem 04 planos localizados no município (informação relativa a planos com documentação em dia)
UBS's	44	Na primeira fase, as UBS's foram citadas como um ator do SSCX. No CNES existem 44 unidades cadastradas em Caxias do Sul
CIC	01	Na primeira fase foi indicada a Diretoria de Saúde da CIC como um ator do sistema

Fonte: elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

A preparação para a segunda fase da pesquisa envolve a seleção dos casos que serão utilizados neste estudo. Seguindo o que foi elaborado no referencial teórico deste estudo, a escolha dos casos de estudo deve guiar-se pelo modelo proposto para o SSCX, procurando

evidenciar atores representativos dos polos propostos e não deixando de lado a preocupação com a adequação dos casos selecionados, usando também o roteiro de questões proposto por Miles e Huberman (1994) para a seleção dos mesmos.

5.1.3 Casos selecionados para este estudo: caracterização e justificativa

Lundvall (1992) afirma que “uma atividade central dos sistemas de inovação é o aprendizado, e o aprendizado é uma atividade social que envolve interação entre pessoas”. De acordo com os postulados do Manual de Oslo (2005), a variedade e a estrutura das interações de uma empresa com as fontes de informação, práticas, conhecimentos, tecnologias e recursos humanos e financeiros, influenciam as suas atividades inovadoras, sendo que cada interação conecta esta empresa aos outros atores do sistema de inovação em que a mesma está inserida.

Conforme Albuquerque, Souza e Baess (2004), no setor da saúde as atividades inovadoras são caracterizadas por uma interação forte com o setor científico, o que origina informações que favorecem o surgimento de inovações, que, por sua vez, suscitam novas práticas médicas e conseqüentemente afetam a saúde. Esses autores consideram ainda que o fluxo de informações gerado pelo setor de saúde constitui-se em um repositório enorme e crescente de informações que podem gerar novas pesquisas científicas.

Seguindo esta orientação, buscou-se primeiramente selecionar representantes de cada um dos atores e estabelecer contatos com o objetivo de agendamento de entrevistas. Após, os contatos de sondagem foram estabelecidos, eram explanados os objetivos do trabalho e verificava-se o interesse em participar do estudo por parte da organização que o contato representava. Existindo o interesse, a entrevista era agendada. A grande maioria dos contatos de sondagem foi realizada por telefone. Realizados todos os contatos e agendadas as entrevistas, são apresentados a seguir os casos selecionados para este estudo e sua justificativa de seleção.

Novamente, seguindo o roteiro de questões proposto por Miles e Huberman (1994), pode-se verificar que todos os casos atendem os critérios para serem considerados adequados. Também nesta fase foram utilizados os polos do modelo proposto como critério de seleção e todos os polos foram contemplados.

5.1.3.1 A Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul é um dos principais responsáveis pela saúde da população, é o órgão responsável pela formulação e implementação de políticas, projetos e programas que objetivam a promoção de saúde de qualidade à população usuária do SUS, além das ações e serviços de saúde oferecidos ao município. Também tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da cidade de Caxias do Sul, bem como para os 48 municípios de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde.

A SMS tem como missão:

“prestar atenção integral à saúde da população da cidade, envolvendo desde a atenção aos problemas e necessidades básicas mais comuns (acolhimento, atendimento e atividades nas Unidades Básicas de Saúde), até o atendimento a casos mais complexos (atendimentos e acompanhamento em ambulatórios e serviços especializados); a atenção às necessidades de urgência e emergência no Pronto Atendimento 24 horas e a assistência hospitalar aos casos que requerem internação para cirurgias e acompanhamento mais intensivo” (SITE DA SMS).

Durante a entrevista com a SMS, o Serviço de Vigilância Sanitária e o SACA foram apontados como setores importantes para a relação da SMS com outros atores do SSCX. A representante da Vigilância Sanitária não conseguiu abrir um espaço para entrevista em sua agenda e por isso não participou deste estudo. Já com o SACA foi possível realizar a entrevista.

A SMS representa o polo de governo neste estudo, pois não somente representa o governo municipal, como também, através da descentralização da saúde, é o representante local do governo federal.

5.1.3.2 A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS)

A 5ª CRS, dentro do SSCX e do sistema de saúde do estado, é o ator responsável:

“pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS”. (SECRETARIA DA SAÚDE/RS, 2000).

A 5ª CRS também representa o polo de governo, no caso representa o governo estadual principalmente, e tem uma grande visão dos processos da saúde na região.

5.1.3.3 O Conselho Municipal de Saúde (CMS)

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é o órgão permanente e deliberativo com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Em Caxias do Sul, o CMS foi criado em 22/09/1992 e possui sede própria, na rua Visconde de Pelotas, número 449. Atualmente o CMS tem uma presidente, que é representante do Sindicato dos Metalúrgicos de Caxias do Sul.

O CMS conta com 36 conselheiros titulares, dos quais 18 representam o segmento de usuários; 08 representam o segmento de gestores; 07 representam o segmento de trabalhadores de saúde; e 03 representam o segmento dos prestadores de serviços. Além disso, possui comissões permanentes e comissões temporárias que visam facilitar o trabalho da entidade, direcionando os assuntos conforme a necessidade.

Neste estudo, o CMS foi selecionado por atender os critérios de adequação da seleção de casos e também por representar o polo da sociedade civil organizada, visto que a estrutura de comissões permanentes e temporárias permite a participação de vários setores da sociedade. A seguir na Figura 8 - Comissões permanentes e temporárias do CMS de Caxias do Sul, apresenta-se a lista de comissões permanentes e temporárias do CMS de Caxias do Sul.

Figura 8 - Comissões permanentes e temporárias do CMS de Caxias do Sul

Comissões Permanentes:	Comissões Temporárias:
Comissão de Saúde do Trabalhador;	Comissão de acompanhamento e elaboração do Novo Plano Municipal de Saúde;
Comissão de Saúde Mental;	Comissão de Revisão da lei e regimento interno do CMS;
Comissão Técnica;	Comissão de Pesquisa sobre Gestão Plena em Caxias do Sul/RS;
Comissão de Fiscalização;	Comissão para acompanhar a construção do PA 24horas;
Comissão de Capacitação dos CMS e CLS (organização);	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

Também participam do CMS, entidades, instituições e movimentos, considerados representativos dos usuários e que participam ativamente, além de entidades, instituições,

sindicatos, confederações e associações que representam os trabalhadores em saúde conforme demonstrado na Figura 9.

Figura 9 - Organizações que representam usuários e trabalhadores em saúde no CMS

Representantes dos Usuários	Representantes dos Trabalhadores em Saúde
Associação dos Aposentados e Pensionistas;	Sindicato Médico;
Sindicato dos Trabalhadores Rurais;	Associação Brasileira de Enfermagem
Sindicatos de Trabalhadores Urbanos (cinco);	Associação dos psicólogos da região nordeste
Setores conforme Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SDU):	Sindicato dos assistentes sociais
Setor 01 - Centro	Sindicato dos trabalhadores em estabelecimentos em saúde
Setor 02 - Santa Lúcia	Sindicato dos odontólogos;
Setor 03 - Fátima	Entidades de representação dos trabalhadores do SUS;
Setor 04 - Cruzeiro	
Setor 05 - Esplanada	
Setor 06 - Desvio Rizzo	
Setor 07 - Forqueta	
Setor 08 - Ana Rech	
Setor 09 - Galópolis	
Setor 10 - Área Rural	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

Cabe aqui salientar que as reuniões do conselho são públicas e abertas aos usuários. Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) integram-se ao CMS e representam a instância dos usuários nos vários setores definidos pela Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SDU) do município, o que também permite a participação de todos os setores da sociedade.

5.1.3.4 A Universidade de Caxias do Sul (UCS)

A Universidade de Caxias do Sul (UCS) representa no SSCX o ator do polo científico, realizando pesquisas e formando recursos humanos para a saúde. Dentre as várias

atividades desenvolvidas pela UCS, inicialmente participou da entrevista o departamento de medicina pelo seu vínculo total com a formação de recursos humanos para a saúde. No transcorrer do trabalho, foram identificados ainda outros possíveis integrantes da universidade que apresentam interações muito fortes com o SSCX, sendo eles o NEPESC (Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva) e o Instituto de Pesquisas Clínicas para Estudos Multicêntricos (IPCEM).

O NEPESC é uma instância do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UCS e desempenha o papel de articulador de ações estratégicas no âmbito da saúde coletiva que impulsionem mudanças e a construção de perfis para o desenvolvimento profissional e formação no campo da saúde. O núcleo tem por objetivo:

Integrar e promover ações institucionais de ensino (técnico, graduação, pós-graduação), pesquisa, extensão (qualificação, atualização e capacitação); Articular estratégias de trabalho em conjunto com serviços da região; Participar ativamente na educação permanente de gestores, profissionais e usuários; Implementar e consolidar fóruns de discussão permanente sobre políticas de mudanças na formação profissional; Produzir e socializar conhecimento relevante e útil socialmente, contribuindo para a análise e construção de novos modos de fazer saúde (SITE UCS).

Já o IPCEM é um órgão prestador de serviços na área da pesquisa clínica, capacitado para a execução de protocolos de pesquisa, atuando nas seguintes especialidades: cardiologia, pneumologia, oncologia, reumatologia, hematologia, infectologia, cirurgia geral, gastroenterologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, gineco-obstetrícia, reprodução humana, neurologia. O IPCEM está habilitado e autorizado a prestar serviços para empresas farmacêuticas, para instituições de pesquisa governamentais ou não governamentais, e instituições de ensino.

5.1.3.5 Os Hospitais de Caxias do Sul

No SSCX existem 7 (sete) hospitais atuantes: o Hospital Geral, o Hospital Saúde, o Hospital do Círculo, o Hospital Fátima, o Hospital Pompéia, o Hospital da Unimed e a Clínica Paulo Guedes. Apenas o Hospital da Unimed não participou da presente pesquisa, não se disponibilizando a participar das entrevistas. A seguir apresenta-se um breve resumo de cada hospital participante da pesquisa, cujos dados foram buscados no CNES e também em dados da pesquisa dos hospitais realizada pela colega Simone Grün Weiland e disponibilizados para este trabalho. Os hospitais atendem aos critérios de adequação para a seleção e fazem parte do polo tecnológico no setor da saúde.

5.1.3.5.1 Hospital Geral (HG)

O Hospital Geral teve o início de seu funcionamento em 19 de março de 1998, e foi oficialmente constituído por meio do convênio nº 334/97, celebrado entre o Estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Universidade de Caxias do Sul (FUCS). Através deste, ficou definido que o Estado, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, delegava à FUCS a gestão do Hospital Geral de Caxias do Sul.

O Hospital foi construído entre os anos de 1989 e 1996, sendo que nos dois anos seguintes, 1997 e 1998, foi equipado com recursos financeiros repassados pelo Estado à Fundação. Na vigência do convênio, a FUCS garante, no Hospital Geral, atendimento universal e gratuito aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando desde pronto atendimento ambulatorial de urgência até os serviços auxiliares de diagnóstico.

O Hospital Geral possui capacidade de atendimento de 235 leitos e está localizado na Rua Professor Antônio Vignolli, 255 - no Bairro Petrópolis - Caxias do Sul/RS. O Quadro 5 a seguir apresenta algumas características de identificação geral do hospital.

Quadro 5 - Identificação geral do Hospital Geral

Identificação Geral do Hospital	
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL INTERNAÇÃO SADT URGÊNCIA	Convênio: SUS SUS SUS SUS
Composição do faturamento em 2007:	
Sistema Único de Saúde	100%
Tipo Unidade: HOSPITAL GERAL	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: FUNDAÇÃO PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.5.2 Hospital do Círculo (HC)

O Hospital Nossa Senhora Medianeira, conhecido como Hospital do Círculo Operário Caxiense, foi fundado em setembro de 1995, tratando-se de um prédio construído com uma concepção moderna em termos de instituição de saúde, e na época o único Hospital de Caxias do Sul edificado horizontalmente,

Desde sua fundação, o Círculo caracteriza-se por ser uma entidade associativa civil, filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos e inspirada na doutrina cristã. Após reforma

estatutária ocorrida em 2008, a entidade é atualmente composta por um Conselho de Administração, mais um Conselho Fiscal, ambos formados por membros voluntários, além de um Assistente Eclesiástico indicado pelo Bispo Diocesano de Caxias do Sul.

O Hospital do Círculo possui capacidade de atendimento de 136 leitos e está localizado na Rua Arcy da Rocha Nobrega, 421 - no Bairro Jardim Margarida - Caxias do Sul/RS. O Quadro 6 a seguir apresenta algumas características de identificação geral do hospital.

Quadro 6 - Identificação geral do Hospital do Círculo Operário Caxiense

Identificação Geral do Hospital	
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL INTERNAÇÃO INTERNAÇÃO SADT URGÊNCIA	Convênio: PARTICULAR PARTICULAR SUS PARTICULAR PARTICULAR
Composição do faturamento em 2007:	
Sistema de Saúde Suplementar	91,56%
Sistema de Desembolso Direto	8,44%
Tipo Unidade: HOSPITAL GERAL	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.5.3 Hospital Saúde (HS)

Em 1928, Francisco Oliveira e sua esposa começaram a construção do Hospital Beneficente Santo Antônio, que iniciou suas atividades em 1931, provisoriamente no Hospital Carbone. No ano de 1943, o Hospital foi vendido à Mello & Cia. Ltda, uma empresa formada por médicos. Em 1945, o Hospital foi novamente vendido, desta feita à empresa Leonardelli & Cia Ltda, a qual transformou o prédio do Hospital no luxuoso Caxias Hotel.

Em 25 de agosto de 1954, o Caxias Hotel foi adquirido pelas irmãs de São José, retornando, desta forma, à sua trajetória no atendimento à saúde e passando a ser denominado Hospital Nossa Senhora da Saúde, destinado como um “anexo” ao treinamento das alunas da Escola de Enfermagem Madre Justina Inês.

O Hospital Nossa Senhora da Saúde foi vendido em setembro de 1974. Os novos proprietários, médicos, modificaram a razão social, surgindo então a denominação Hospital

Saúde Ltda. Logo após a aquisição foram providenciadas ampliações físicas e após o término do pagamento das prestações assumidas com os antigos proprietários, o Hospital Saúde passou a investir em equipamentos para atender às necessidades dos pacientes.

O Hospital Saúde possui capacidade de atendimento de 139 leitos e está localizado na Rua Vinte de Setembro, 2311 - no Bairro Centro - Caxias do Sul/RS. O Quadro 7 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do hospital.

Quadro 7 - Identificação geral do Hospital Saúde

Identificação Geral do Hospital	
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL AMBULATORIAL INTERNAÇÃO INTERNAÇÃO INTERNAÇÃO SADT SADT URGÊNCIA URGÊNCIA	Convênio: PARTICULAR PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARTICULAR SUS PLANO DE SAÚDE PRIVADO PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARTICULAR PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARTICULAR
Composição do faturamento em 2007:	
Sistema Único de Saúde	Não Informado
Saúde Suplementar	Não Informado
Desembolso Direto	Não Informado
Tipo Unidade: HOSPITAL GERAL	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.5.4 Hospital Pompéia (HP)

Através do trabalho comunitário liderado por senhoras da sociedade caxiense, que constituem o Pio Sodalício das Damas de Caridade, no dia 24 de junho de 1920 é fundado o Hospital Nossa Senhora de Pompéia, com a missão de atender aos necessitados na época denominados carentes ou indigentes. Em 25 de dezembro de 1940 foi inaugurado o novo prédio, onde atualmente é o bloco central do Hospital. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, por força da lei o Hospital Pompéia passou a destinar 60% da capacidade instalada ao atendimento dos pacientes do SUS.

Hoje é considerado um Hospital de grande porte, atendendo alta complexidade cirúrgica. Foi reconhecido em novembro de 2007, pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde, como Hospital de Ensino, formando médicos nas áreas de cirurgia

geral, clínica médica, traumato-ortopedia, neurocirurgia e nefrologia. Além disso, a partir de 2008, iniciou atividades em pesquisa.

O Hospital Pompéia possui capacidade de atendimento de 302 leitos, e está localizado na Av. Júlio de Castilhos, 2163 - no Bairro Centro - Caxias do Sul/RS. O Quadro 8 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do hospital.

Quadro 8 - Identificação geral do Hospital Pompéia

Identificação Geral do Hospital	
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL AMBULATORIAL INTERNAÇÃO INTERNAÇÃO SADT SADT URGÊNCIA URGÊNCIA	Convênio: PARTICULAR SUS PARTICULAR SUS SUS PARTICULAR SUS PARTICULAR
Composição do faturamento em 2007:	
Sistema Único de Saúde	35%
Sistema de Saúde Suplementar	62%
Sistema de Desembolso Direto	3%
Tipo Unidade: HOSPITAL GERAL	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.5.5 Hospital Fátima (HF)

A Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima foi fundada no ano de 1956 pelo Dr. Virvi Ramos, com o apoio de familiares e amigos. Esta instituição deu origem a todo o grupo Fátima, incluindo o Hospital Fátima. No ano seguinte ao da fundação da associação, o Hospital iniciou os atendimentos à comunidade.

Buscando resolver o problema de carência de recursos humanos especializados na área da saúde, em 1º de fevereiro de 1958 o Hospital Fátima criou a Escola de Auxiliares de Enfermagem; dois anos depois, em 1960, criou uma Faculdade de Direito, tornando-se a primeira e única sociedade hospitalar brasileira a ter uma Faculdade de Direito. Depois disso, em 1961, criou-se a Faculdade de Medicina, sendo que no ano de 1967 o Fátima transfere os Cursos de Direito e Medicina para contribuir com a constituição da Universidade de Caxias

O Hospital Fátima possui capacidade de atendimento de 100 leitos e está localizado na Rua Alexandre Fleming, 454 - no Bairro Madureira - Caxias do Sul/RS. O Quadro 9 a seguir apresenta algumas características de identificação geral do hospital.

Quadro 9 - Identificação geral do Hospital Fátima

Identificação Geral do Hospital	
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL AMBULATORIAL INTERNAÇÃO INTERNAÇÃO SADT SADT URGÊNCIA URGÊNCIA	Convênio: PARTICULAR PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARTICULAR PLANO DE SAÚDE PRIVADO PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARTICULAR PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARTICULAR
Composição do faturamento em 2007:	
Sistema de Saúde Suplementar	100%
Tipo Unidade: HOSPITAL GERAL	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.5.6 Clínica Paulo Guedes (CPG)

A Clínica Psicológica Paulo Guedes, especializada em doenças mentais, foi fundada em 1971, sendo oficialmente inaugurada no ano de 1972 e tendo como fundadores os médicos Antonio Tadeu Bonalume, Domenico Castagnote e Jaime Daisson.

Inicialmente o regime de atendimento era de caráter particular, e a clínica contava com 100 leitos. Em 1974, foi firmado convênio com o então denominado Instituto Nacional da Previdência Social - INPS, com a finalidade de prestar atendimento a um maior número de pacientes portadores de deficiências mentais, convênio este que persiste até hoje.

Gradativamente, o número de leitos foi aumentando em função da demanda de pacientes de toda a região, o que propiciou a necessidade de criação de uma unidade feminina. Em 1987, foi criada a unidade particular, sendo desativada em 1992, devido à pouca demanda de pacientes. A Clínica Paulo Guedes possui capacidade de atendimento de 300 leitos e está localizada na Avenida Rio Branco, 1554 - no Distrito de Ana Rech em Caxias do Sul/RS. O Quadro 10 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do hospital.

Quadro 10 - Identificação geral do Hospital Paulo Guedes

Identificação Geral do Hospital	
Tipo de Atendimento: INTERNAÇÃO INTERNAÇÃO INTERNAÇÃO	Convênio: SUS PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARTICULAR
Composição do faturamento em 2007:	
Sistema Único de Saúde Saúde Suplementar Desembolso Direto	Não Informado Não Informado Não Informado
Tipo Unidade: HOSPITAL ESPECIALIZADO	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.6 Os Laboratórios Clínicos

Foram identificados 78 laboratórios em Caxias do Sul e selecionados casos que: a) representam as três principais categorias³ definidas no CNES; b) atendem os critérios de adequação; d) aceitam participar da pesquisa. Os laboratórios foram também incluídos no polo tecnológico, por utilizarem as tecnologias desenvolvidas no polo científico. A seguir são caracterizados os casos escolhidos.

5.1.3.6.1 Laborclin Instituto Caxiense de Medicina Laboratorial (LLABC)

O Laborclin está localizado na Rua Garibaldi, 789 - 4º andar - sala 45 no Bairro: Centro - Caxias do Sul /RS. O Quadro 11 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do laboratório.

³ Serviços de diagnóstico por imagem; Serviços de diagnóstico por anatomia, patologia e ou citopatologia; e Serviços de Diagnóstico por Laboratório Clínico.

Quadro 11 - Identificação geral do Laboratório Laborclin

Identificação Geral do Laboratório	
Nome: LABORCLIN INSTITUTO CAXIENSE DE MEDICINA LABORATORIAL	
Matriz (X) Sim () Não	Número Filiais: Não
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL SADT SADT	Convênio: PARTICULAR PARTICULAR SUS
Nível de Atenção: AMBULATORIAL	Atividade: MÉDIA COMPLEXIDADE
Fluxo de Clientela: ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	
Tipo Unidade: UNIDADE DE APÓIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.6.2 Centro de Patologia Médica Ltda (LCPAT)

O Centro de Patologia Médica Ltda. está localizado na Rua Garibaldi, 789 - 10º. andar - sala 103 no Bairro: Centro - Caxias do Sul /RS.

O Quadro 12 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do laboratório.

Quadro 12 - Identificação geral do Centro de Patologia Médica

Identificação Geral do Laboratório	
Nome: CENTRO DE PATOLOGIA MÉDICA LTDA	
Matriz (X) Sim () Não	Número Filiais: Não
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL SADT SADT	Convênio: PARTICULAR SUS PARTICULAR
Nível de Atenção: AMBULATORIAL	Atividade: MÉDIA COMPLEXIDADE
Fluxo de Clientela: ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	
Tipo Unidade: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.6.3 Laboratório Alfa Ltda (LALFA)

As atividades do Laboratório Alfa iniciaram em 1976, como Laboratório de Radioimunoensaios, quando o Dr. Paulo Weirich - médico endocrinologista licenciado pela Comissão Nacional de Energia Nuclear - após ter concluído Curso de Radioisótopos, dividia seu tempo entre o consultório médico e as Dosagens Hormonais, que realizava pessoalmente e apenas para os seus próprios pacientes.

Em pouco tempo, o Alfa abriu-se para a comunidade médica da cidade e região. O número e a quantidade de procedimentos aumentaram, outros profissionais foram sendo admitidos na equipe, novas metodologias foram incorporadas e o Alfa transformou-se num Laboratório de Análises Clínicas completo, sendo o maior do interior do Rio Grande do Sul. (<http://www.alfalaboratorio.com.br/empresa.php>)

O Laboratório Alfa está localizado na Av. Júlio de Castilhos, 1614 - sala 05 no Bairro: Centro - Caxias do Sul /RS. O Quadro 13 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do laboratório.

Quadro 13 - Identificação geral do Laboratório Alfa

Identificação Geral do Laboratório	
Nome: LABORATÓRIO ALFA LTDA	
Matriz (X) Sim () Não	Número Filiais: 2
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL SADT SADT	Convênio: PARTICULAR PARTICULAR SUS
Nível de Atenção: AMBULATORIAL AMBULATORIAL	Atividade: MÉDIA COMPLEXIDADE ALTA COMPLEXIDADE
Fluxo de Clientela: ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	
Tipo Unidade: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.6.4 Conrad Consultório de Radiodiagnóstico Ltda (LCONR)

O Laboratório CONRAD está localizado na Rua Alfredo Chaves, 705 no Bairro Centro - Caxias do Sul /RS. O Quadro 14 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do laboratório.

Quadro 14 - Identificação geral do Laboratório CONRAD

Identificação Geral do Laboratório	
Nome: CONRAD CONSULTÓRIO DE RADIODIAGNÓSTICO LTDA	
Matriz (X) Sim () Não	Número Filiais: Não
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL SADT	Convênio: PARTICULAR PARTICULAR
Nível de Atenção: AMBULATORIAL AMBULATORIAL	Atividade: MÉDIA COMPLEXIDADE ALTA COMPLEXIDADE
Fluxo de Clientela: ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	
Tipo Unidade: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.6.5 Consultório Radiológico De Carli (LCARLI)

O Laboratório De Carli está localizado na Av. Júlio de Castilhos, 2020 - 2º Andar - sala 2001 no Bairro Centro - Caxias do Sul /RS. O Quadro 15 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do laboratório.

Quadro 15 - Identificação geral do Laboratório de Radiologia De Carli

Identificação Geral do Laboratório	
Nome: CONSULTÓRIO RADIOLÓGICO DE CARLI	
Matriz (X) Sim () Não	Número Filiais: 2
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL e SADT	Convênio: PARTICULAR
Nível de Atenção: AMBULATORIAL	Atividade: MÉDIA COMPLEXIDADE
Fluxo de Clientela: ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	
Tipo Unidade: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.6.6 Laboratório Fleming Ltda (LFLEM)

O Laboratório Fleming foi fundado em fevereiro de 1962 e é parte da história da cidade. Nestes 45 anos de atividades, o Fleming vem se aperfeiçoando, investindo em novas

tecnologias e, sobretudo, contando com a qualificação e experiência de seus profissionais. Localizado em sede própria, oferece a seus clientes serviços de qualidade com o certificado ISO 9001, prioriza um tratamento atencioso e humanizado que, juntamente com a informatização, permite a emissão de resultados de forma mais ágil.

Além do atendimento a particulares, o Laboratório Fleming mantém convênio com cerca de 90 instituições, (<http://www.laboratoriofleming.com.br/>). O Laboratório Fleming, está localizado na Rua Moreira Cesar, 2712 - Térreo, no Bairro Centro - Caxias do Sul/RS. O Quadro 16 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do laboratório.

Quadro 16 - Identificação geral do Laboratório Fleming

Identificação Geral do Laboratório	
Nome: LABORATÓRIO FLEMING LTDA	
Matriz (X) Sim () Não	Número Filiais: Não
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL SADT SADT	Convênio: PARTICULAR SUS PARTICULAR
Nível de Atenção: AMBULATORIAL	Atividade: MÉDIA COMPLEXIDADE
Fluxo de Clientela: ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	
Tipo Unidade: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.6.7 Laboratório Capacity (LCAP)

O Laboratório Capacity está localizado na Rua Garibaldi, 789 - 6º andar - sala 61 no Bairro Centro - Caxias do Sul /RS. Está registrado no CNES como Centro de Anatomia, Patologia e Citologia Ltda.

O laboratório atende no local ou também em hospitais conforme a necessidade do usuário de seus serviços. Presta serviços para o centro cirúrgico dos hospitais. Possui em seu quadro médicos e também técnicos. Executa exames citopatológicos e anatomopatológicos, atende SUS e convênios. O Quadro 17 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do laboratório.

Quadro 17 - Identificação geral do Laboratório Capacity

Identificação Geral do Laboratório	
Nome: CENTRO DE ANATOMIA, PATOLOGIA E CITOLOGIA LTDA	
Matriz (X) Sim () Não	Número Filiais: Não
Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL SADT SADT	Convênio: PARTICULAR PARTICULAR SUS
Nível de Atenção: AMBULATORIAL	Atividade: MÉDIA COMPLEXIDADE
Fluxo de Clientela: ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	
Tipo Unidade: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Esfera Administrativa: PRIVADA
Gestão: MUNICIPAL	Natureza da Organização: EMPRESA PRIVADA

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.7 Os Planos de Saúde

Os Planos de Saúde registrados na ANS e com localização no município são quatro: Plano de Saúde Fátima, Plano de Saúde Unimed, Plano de Saúde do Círculo e SSI Saúde. O plano SSI não participou deste estudo. Todos os demais planos participaram. A escolha dos planos como atores e como casos para este estudo atende os critérios de adequação e também por serem relacionados como participantes do polo tecnológico, já que também utilizam-se de tecnologias desenvolvidas no polo científico e influenciam a aquisição de tecnologia e a inovação de outros atores do sistema.

5.1.3.7.1 Plano de Saúde do Círculo (PSCIR)

Foi em 1934 que o Padre Orestes Valeta, motivado pela iniciativa do padre jesuíta Leopoldo Brentano, trouxe para Caxias do Sul a semente que fez germinar o Círculo Operário Caxiense. Ao longo dessas mais de sete décadas de dedicação à comunidade caxiense, o Círculo firmou-se como o Círculo Operário mais atuante do Brasil. Com uma carteira de mais de 60.000 usuários e um corpo funcional de 1200 pessoas, a cada ano que passa, o objetivo semeado pelos primeiros idealizadores é reforçado sempre e cada vez mais, pois acreditamos que há muitas maneiras de amar o próximo, mas somente uma de amar a Deus - amando o próximo. Esse ideal é o pilar de sustentação do Círculo Operário Caxiense.

O plano de saúde do círculo faz parte do grupo do Círculo Operário Caxiense e fica localizado na Av. Visconde de Pelotas, 809 - galeria Jotace no Bairro Centro em Caxias do Sul - RS. O Quadro 18 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do plano de saúde.

Quadro 18 - Identificação geral do Plano de Saúde do Círculo Operário Caxiense

Identificação Geral do Plano de Saúde	
Operadora: CIRCULO OPERÁRIO CAXIENSE	
Situação junto a ANS: ATIVA	
Total de Beneficiários 49.288	Competência: Maio/2009
Qualificação da Saúde Suplementar	
Índice de Desempenho 2007 - IDSS	Na faixa de: 0,40 e 0,59

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.7.2 Plano de Saúde Fátima (PSFAT)

Em 1988, por demanda de lideranças empresariais, surge o Plano de Saúde Fátima. O primeiro modelo de plano de saúde dirigido especificamente aos colaboradores das empresas de Caxias e região, para onde se expandiu nos anos subsequentes. Em decorrência do sucesso do Plano de Saúde, foi o precursor na prestação de serviços de medicina ocupacional, revolucionou o setor de diagnóstico com a aquisição de atualizados equipamentos e aprimorou o atendimento no Hospital incorporando, de forma pioneira na região, os mais modernos conceitos de hotelaria hospitalar.

Atendendo à demanda de mercado, o plano Fátima remodela-se e lança um novo conceito de gestão de planos de saúde. Planos modernos e inovadores que oferecem benefícios únicos, onde é oferecida aos clientes a possibilidade de escolher sua própria rede de prestadores. E, em 2005, ocorreu a expansão do plano Fátima para Porto Alegre, com o credenciamento do Sistema de Saúde Mãe de Deus. E ainda no ano de 2008 é lançado o Linha Integrada Fátima Empresa (LIFE), sistema de relacionamento que integra e interliga as ações de saúde nas empresas.

O plano de saúde Fátima faz parte do grupo Fátima e está localizado na Av. Rio Branco, 209, no Bairro São Pelegrino, em Caxias do Sul - RS. O Quadro 19 abaixo apresenta algumas características de identificação geral do plano de saúde.

Quadro 19 - Identificação geral do Plano de Saúde Fátima

Identificação Geral do Plano de Saúde	
Operadora: PRO SALUTE SERVIÇOS PARA A SAÚDE LTDA	
Situação junto a ANS: ATIVA	
Total de Beneficiários 60.161	Competência: Maio/2009
Qualificação da Saúde Suplementar	
Índice de Desempenho 2007 - IDSS	Na faixa de: 0,40 e 0,59

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.7.3 Plano de Saúde Unimed (PSUN)

No início dos anos 70, um marco na história da Medicina na região começava a dar os primeiros passos. Partindo das idéias do cooperativismo, iniciado em 1844 na Inglaterra por um grupo de tecelões, a Unimed Nordeste - RS, à época denominada Unimed Nordeste do Rio Grande do Sul - Sociedade de Serviços Médicos Hospitalares, foi fundada em 9 de junho de 1972 por um grupo de 42 médicos. Desde 1972 até os dias atuais, os números da Unimed Nordeste - RS, integrante da Federação das Unimed RS, multiplicaram-se. Em 1974, a instituição contava com 9 mil beneficiários, na maioria pequenas empresas locais, além dos conveniados com o IPE.

Quatorze anos depois, em julho de 1988, já eram contabilizados 80 mil clientes e, em junho de 1996, 170 mil. Atualmente, a Unimed Nordeste-RS conta com mais de mil médicos cooperados e soma mais de 300 mil beneficiários, distribuídos nos 16 municípios de sua área de abrangência geográfica. O plano de saúde da Unimed já é um grupo sólido, conhecido como Unimed Nordeste - RS, e existe em varias regiões do Brasil, está localizado na Rua Moreira César, 2400 no Bairro Pio X em Caxias do Sul - RS. O Quadro 20 a seguir apresenta algumas características de identificação geral do plano de saúde.

Quadro 20 - Identificação geral do Plano de Saúde Unimed Nordeste

Identificação Geral do Plano de Saúde	
Operadora: UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	
Situação junto a ANS: ATIVA	
Total de Beneficiários 276.422	Competência: Maio/2009
Qualificação da Saúde Suplementar	
Índice de Desempenho 2007 - IDSS	Na faixa de: 0,40 e 0,59

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do Datasus.

5.1.3.8 A Diretoria de Saúde da CIC (DSCIC)

A Câmara de Indústria, Comércio e Serviços de Caxias do Sul (CIC) é uma entidade de classe civil, sem fins lucrativos. Fundada em 8 de julho de 1901, congrega pessoas jurídicas que exercem atividades empresariais na Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. É a maior e mais expressiva entidade de classe do interior do Estado. Possui em seu quadro de associados aproximadamente mil pessoas jurídicas de micro, pequeno, médio e grande portes que representam os segmentos da indústria, do comércio e dos serviços.

Desde sua fundação, a CIC tem como principal objetivo atuar de forma pró-ativa para servir de modelo à comunidade de negócios, visando ao fortalecimento da livre iniciativa e da capacidade de empreender e competir. A CIC abriga em suas instalações a sede de doze sindicatos patronais.

A Diretoria de Saúde da CIC (DSCIC) foi criada em 2008 e reúne representantes de hospitais, serviços e órgãos públicos e privados ligados ao setor de saúde. Os objetivos propostos para esta diretoria envolvem homogeneizar as ações voltadas à promoção da saúde preventiva, gerenciando políticas que possam melhorar o desempenho e a estrutura do atendimento à população.

Esta diretoria pretende auxiliar no enfrentamento dos desafios da saúde no município, enfrentando-os conjuntamente. Para tanto, vários representantes de hospitais, serviços e órgãos públicos e privados ligados à saúde em Caxias do Sul, integram a diretoria. Os representantes listados são os seguintes:

- Conselho Regional de Medicina/Seccional Caxias
- Hospital Pompéia
- Hospital Saúde
- Hospital Medianeira (Hospital do Círculo)
- Hospital Fátima
- Hospital da Unimed
- Hospital Geral
- Clínica Paulo Guedes
- Faculdade de Medicina da UCS
- Secretaria Municipal da saúde
- Emercor
- Resgate de Emergências Médicas
- SOS Unimed

5.1.3.9 As Unidades Básicas de Saúde (UBS)

As UBS são a porta de entrada do usuário no sistema de saúde do município, isso quando usuário do SUS. Atualmente existem 44 UBS listadas no CNES. Identificou-se que estas unidades não possuem em sua estrutura organizacional uma pessoa responsável pelo gerenciamento da UBS, embora esta alteração deva ocorrer brevemente. A coordenação de todas as UBS do município atualmente é realizada pelo setor de Atenção em Saúde, por isso a importância da entrevista com diretora deste setor. O Quadro 21 apresenta uma breve relação de ações desenvolvidas nas UBS's.

Quadro 21 - Listagem de algumas atividades desenvolvidas nas UBS's

- Consultas médicas em ginecologia-obstetrícia, clínica geral e pediatria;
- Assistência pré-natal;
- Programa Acolhe o Bebê;
- Aleitamento Materno;
- Acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- Acompanhamento de oxigenoterapia domiciliar.
- Acompanhamento Nutricional;
- Prevenção de câncer de mama e colo uterino;
- Coleta para exame citopatológico e teste do pezinho;
- Ações de educação em saúde (realização de palestras, grupos de orientação preventiva sobre diversas temáticas de saúde pública);
- Controle das Doenças Respiratórias e Diarréicas;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;
- Vigilância das condições de saúde da população de sua área de abrangência;
- Vacinação;
- Medicamentos (Conforme lista básica definida por equipe multidisciplinar da Secretaria da Saúde);
- Curativos, aplicação de injeções (desde que se apresente receita médica), retirada de pontos, etc.
- Marcação de consultas especializadas e encaminhamento para serviços especializados;
- Acolhimento e Vinculação dos usuários a UBS;
- Planejamento, avaliação e controle das ações de saúde de acordo com a realidade da população atendida;

Fonte: Adaptado do SITE DA SMS.

5.2 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS EM PROFUNDIDADE

5.2.1 Validação do instrumento de coleta de dados

A validação do instrumento de coleta de dados é uma fase importante do trabalho do pesquisador. Partindo de um suporte na literatura da área e direcionado aos objetivos da pesquisa proposta, construiu-se um roteiro básico de questões. Este roteiro foi submetido aos entrevistados da primeira fase da pesquisa, com o objetivo de validá-lo através do sistema de pré-teste. Segundo Coelho e Turroni (2008), para eliminar problemas de linguagem e também

de interpretação do questionário, devem ser feitos pré-testes com experts e profissionais da área.

Após o pré-teste percebeu-se a necessidade de alterar o referencial teórico reduzido, que foi apresentado aos entrevistados, pois identificou-se que todos os entrevistados solicitavam que lhes fosse explicado o que o entrevistador considerava inovação, ou seja, a apresentação de um conceito de inovação fez-se necessário. Assim, ao referencial teórico reduzido, acrescentou-se o conceito de inovação e as quatro categorias de inovação conforme Tidd, Bessant e Pavitt (2005) e Bessant e Tidd (2007).

5.2.2 Unidade de análise

O SSCX é a unidade de análise desta pesquisa, como foi evidenciado na descrição da metodologia da pesquisa (capítulo 5) e o objeto da pesquisa é a interação entre os atores que constituem o SSCX. A população da pesquisa é constituída por todos os atores identificados na primeira fase da pesquisa e que são considerados integrantes do SSCX. Considerando-se que os entrevistados relataram os atores por tipo de atividade que desempenhavam, buscou-se no CNES a relação de integrantes, caracterizando assim a população da pesquisa.

Todos os casos selecionados estão dentro da unidade de análise deste estudo e atuam ou apresentam forte relação com o setor da saúde no município de Caxias do Sul. Para cada caso selecionado buscou-se entrevistar pessoas indicadas. Destaca-se a grande dificuldade encontrada para o agendamento das entrevistas, o que ocasionou um aumento relativo do período de coleta de dados. Em média, as entrevistas eram agendadas com 30 dias de antecedência, sendo necessário muitas vezes repetir o procedimento de agendamento, pelo fato de o entrevistado não conseguir estar disponível na data previamente agendada. Muitos dos atores contatados não manifestaram interesse em participar da pesquisa, principalmente entre os laboratórios.

5.2.3 Perfil dos entrevistados

Foram entrevistadas 25 pessoas que representam atores importantes do SSCX, que foram identificados na primeira fase da pesquisa e estão relacionados aos casos selecionados para este estudo. Todos os entrevistados ocupam posições dentro da estrutura das organizações que representam, que lhes permite ter uma visão ampla desta organização, de sua posição dentro do SSCX, bem como das interações com os demais atores identificados.

A capacidade de resposta dos entrevistados é importante para a pesquisa, pois os mesmos devem esclarecer diferentes aspectos do objeto de estudo, assim seu perfil é importante para o estudo. O perfil resumido dos entrevistados é apresentado no Quadro 22 a seguir. Para preservar a identidade dos respondentes, apenas o cargo é informado.

Quadro 22 - Resumo do perfil dos entrevistados

A	Pesquisador
B	Presidente
C	Diretor
D	Coordenador
E	Diretor Geral
F	Superintendente Geral
G	Superintendente Administrativo
H	Diretor
I	Administrador
J	Diretor Administrativo
K	Diretor
L	Administrador
M	Diretor
N	Administrador
O	Diretor Técnico Administrativo
P	Administrador
Q	Diretor
R	Coordenador
S	Gerente Executivo
T	Gerente Administrativo
U	Coordenador
W	Diretor
V	Diretor
X	Diretor
Y	Diretor

Fonte: elaboração do autor.

As entrevistas individuais semiestruturadas foram todas realizadas em Caxias do Sul e na sede das organizações representadas pelos entrevistados. Algumas entrevistas foram agendadas com mais de 30 dias de antecedência e outra com antecedência menor, mantendo uma média de 30 dias. Muitas entrevistas foram remar cadas várias vezes o que determinou que o período de entrevista se estendesse de outubro de 2008 a junho de 2009. O Quadro 23 abaixo apresenta de maneira sintética o resumo do tempo de duração de cada entrevista.

Quadro 23 - Resumo do tempo de duração das entrevistas

Entrevistado	Data	Duração	Local
A	14/10/2008	57 min	Caxias do Sul
B	20/10/2008	34 min	Caxias do Sul
C	24/11/2009	43 min	Caxias do Sul
D	19/1/2009	45 min	Caxias do Sul
E	19/1/2009	47 min	Caxias do Sul
F	10/3/2009	52 min	Caxias do Sul
G	12/3/2009	49 min	Caxias do Sul
H	24/3/2009	46 min	Caxias do Sul
I	6/4/2009	35 min	Caxias do Sul
J	7/4/2009	30 min	Caxias do Sul
K	14/4/2009	42 min	Caxias do Sul
L	27/4/2009	58 min	Caxias do Sul
M	5/5/2009	34 min	Caxias do Sul
N	8/5/2009	30 min	Caxias do Sul
O	11/5/2009	30 min	Caxias do Sul
P	15/5/2009	46 min	Caxias do Sul
Q	19/5/2009	45 min	Caxias do Sul
R	21/5/2009	38 min	Caxias do Sul
S	25/5/2009	35 min	Caxias do Sul
T	28/5/2009	37 min	Caxias do Sul
U	4/6/2009	34 min	Caxias do Sul
W	9/6/2009	37 min	Caxias do Sul
V	16/6/2009	56 min	Caxias do Sul
X	18/6/2009	45 min	Caxias do Sul
Y	23/6/2009	38 min	Caxias do Sul

Fonte: elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

5.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO DA PESQUISA

De acordo com Chizzoti (1991, p. 81), “o pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais”. A pesquisa qualitativa, segundo Holloway e Wheeler (1995), obtém dados a partir de observação, entrevistas ou interações verbais e focos nas intenções e interpretações dos participantes. A realização de pesquisas qualitativas apresenta desafios importantes a serem superados.

Wolcott (1994) ressalta que em relação a pesquisas qualitativas, o desafio não está na coleta dos dados e sim no uso dos mesmos, pois é nesta fase que transformamos dados em conhecimento e em novas formas de entender a realidade. Assim, utilizando-se os dados das entrevistas, nesta etapa procura-se realizar a sua análise e interpretação.

5.3.1 Ratificação da identificação dos atores do SSCX e dos casos selecionados

Nesta subseção busca-se ratificar a identificação dos atores que integram o SSCX, através do relato dos entrevistados, matendo-se o teor dos relatos transcritos. Através da análise das entrevistas de cada um dos participantes, buscou-se identificar quais atores são percebidos como importantes para o SSCX, se existem interações perceptíveis entre estes atores. A seguir seguem os relatos dos entrevistados em relação aos atores identificados, objetivando ratificar sua escolha.

O entrevistado A identifica a SMS como um importante ator do SSCX pela “[...] sua ação para o desenvolvimento da saúde no município [...]” e continua dizendo que “[...] além disso, internamente nós temos todos os serviços que prestam cuidados, que produzem cuidados que têm uma ação direta com os usuários e os setores de apoio e que garantem a produção do cuidado, como o SACA e a Vigilância Sanitária [...]” Cita ainda que com o acorde gestão plena, “[...] praticamente todos os atores que são prestadores de serviços de saúde de qualquer cunho têm uma interface com a Secretaria”.

Também considera que o CMS é outro ator do sistema, pois “[...] a sociedade civil está representada no Conselho Municipal de Saúde e nos Conselhos Locais de Saúde (atualmente são 14), que são instâncias de debate e implementação de políticas de saúde”. Ainda sobre o CMS, diz que “[...] o conselho local de saúde é composto por usuários do local e profissionais de saúde que atuam neste local. A periodicidade de reuniões e a composição variam de local para local, conforme a necessidade de cada local [...]”.

Continuando o relato deste entrevistado, o mesmo considera que “[...]a 5ª CRS representa a integração com os outros municípios, que através de suas secretarias de saúde também são atores, através do Programa de Pactuação Integrada (PPI), onde os serviços de maior complexidade são ofertados ou comprados da Secretaria de Saúde de Caxias do Sul.” Classificando-a também como ator importante do SSCX. Em relação aos hospitais diz que “[...]temos no município hospitais que ofertam serviços de alta complexidade a municípios da região através da coordenadoria” incluindo-os no rol de atores, assim como “[...] todos os prestadores de serviço, laboratórios e farmácias”.

Em relação à atuação da UCS argumenta, “[...] no Polo Científico eu colocaria as instituições formadoras, mas temos muito pouca pesquisa. Somos um polo de potencialidade de pesquisa, mas não temos pesquisa. A UCS é a única que está fazendo isso”.

O relato do entrevistado B inicia-se com a sua identificação dos atores, comentando que “na minha visão, fazem parte deste sistema, os gestores do sistema único de saúde, que são representados pelo Governo Federal, Estadual e Municipal. Sendo que estão representados pela 5ª Coordenadoria Regional de Saúde e pela Secretaria de Saúde do Município”.

Por ser o representante do CMS, este entrevistado informa: “[...] eu tenho a visão da atuação do conselho e assim o conselho municipal de saúde tem o papel de fazer a fiscalização e o controle social do sistema único de saúde”. Diz ainda que o CMS atua muitas vezes “[...] verificando como está funcionando e como as verbas estão sendo aplicadas. Tanto verbas federais como estaduais ou municipais. Tudo o que acontece em termos de sistema único de saúde na cidade tem de passar pelo conselho municipal de saúde”. Ratifica, portanto a importância do CMS para o SSCX.

Este entrevistado afirma ainda que identifica [...] a 5ª CRS com um dos representantes do polo de governo na proposta de sistema que foi apresentada”. E diz ainda que também “[...] fazem parte deste sistema [...]também os prestadores de serviço, no caso hospitais e laboratórios”.

Dando sequência aos relatos, o entrevistado C diz que entende “[...] como atores deste sistema o conselho municipal de saúde, nós da 5ª Coordenadoria regional de saúde, a secretaria municipal de saúde, o governo federal como o maior financiador da saúde pública, os prestadores de serviço e todos os hospitais”. Complementa esclarecendo que “[...] como prestadores de serviços considero os laboratórios”. Seguindo seu relato informa que “[...] identificamos o CMS como um órgão gestor da saúde que além de auxiliar no controle das ações de saúde no âmbito do SUS, traz a participação dos usuários representados pelos conselheiros e também pelos conselhos locais”.

Este entrevistado também relata que “[...] na cidade não temos empresas que desenvolvem máquinas e equipamentos para a saúde, temos conhecimento de que os laboratórios da UCS estão desenvolvendo um sistema de próteses, mas não temos controle desse trabalho”. E em relação aos planos de saúde, considera que “[...] embora não sejam totalmente controlados pela Coordenadoria devem apresentar seus planos de expansão e

planos de aquisição e com isso acabamos fiscalizando a evolução dos processos de maneira formal”.

O entrevistado D diz que “[...] considerando os atores locais apenas, que é o que te interessa, vamos começar pela Universidade de Caxias do Sul, que através de sua área de saúde, com certeza é um ator importante do sistema de saúde”. O entrevistado segue ainda dizendo “[...] depois podemos considerar o Conselho Municipal de Saúde, do qual faço parte, a Secretaria Municipal de Saúde e também a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo que todos estes atores atuam em conjunto, não se faz nada sem que exista certa integração entre eles”.

Continuando afirma que “[...] os hospitais também são atores e muito importantes, pois se focaliza neles muito do que se percebe sobre a saúde. Os planos de saúde também são atores”. E encerra numa reflexão: “[...] acho que as Unidades Básicas de Saúde também são atores, mas não sei se ao considerarmos a Secretaria Municipal um ator, não devemos considerar as UBS como um braço deste ator, então as UBS desempenham um papel importante no sistema, mas são geridas pela Secretaria Municipal, assim não se constituem um ator isoladamente”.

Nos relatos do entrevistado E verifica-se que o mesmo considera como atores “[...] o poder público de Caxias do Sul, representado pela Secretaria Municipal de Saúde, o próprio estado através da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, os hospitais da cidade, sendo que Caxias do Sul é considerada referência dentro da área da 5ª Coordenadoria”.

Em relação ao CMS, informa que “[...] somos fiscalizados pelo conselho municipal de saúde e participamos de ações desenvolvidas no conselho”. Na relação com os outros hospitais, relata que “[...] o hospital Geral desenvolve ações conjuntas com o hospital Pompéia. Com os demais hospitais mantemos contato, mas em nível menor”.

O entrevistado diz ainda, que também considera “[...] a comunidade como um ator deste sistema, pois representa os usuários do sistema”. Em relação aos atores que realizam pesquisa, diz que “[...] no polo científico teríamos também empresas como a Pfizer e a Roche que desenvolvem medicamentos, embora estas não sejam locais, e a UCS que também desenvolve pesquisas na área de saúde da família e no IPCEM”. E considera que “[...] talvez a recém criada diretoria de Saúde da Câmara de Indústria e Comércio de Caxias do Sul (CIC) poderia participar como um ator do sistema”.

Falando sobre os atores que integram o SSCX, o entrevistado F inicia dizendo que “[...] o hospital mantém relação com a Secretaria da Saúde [...] através de convênio firmado visando a prestação de serviços hospitalares ao SUS [...] e mantém também relação com as UBS.” Diz ainda que também é “[...] integrante da diretoria do CMS e participa de todas as reuniões e inclusive auxilia nas tomadas de decisões”. Em relação a 5ª CRS diz que [...] a coordenadoria regional coordena o atendimento regional das altas complexidades e o nosso hospital atende nas áreas de neuro, traumato, cardio, onco e hemodiálise”. Confirma ainda que “[...] o hospital mantém uma interação [...] com os hospitais de Caxias do Sul”.

O entrevistado também relata que “[...] o hospital mantém convênios com o laboratório de patologia para elucidação diagnóstica das amostras extraídas no bloco cirúrgico, possui laboratório de análises clínicas próprio mantendo plano informal de contingência para a realização de determinados exames quando da necessidade com os laboratórios de análises clínicas existentes no município”. Por fim, diz que o hospital “[...] mantém convênios formalizados com planos de saúde”.

Para o entrevistado G “[...]a interação com a Secretaria da Saúde ocorre através do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e a Vigilância Sanitária e através da Central de Leitos do SUS”. A interação com “[...] os demais hospitais da cidade e região se dá através de reuniões para levantamento de índices de evento sentinela (Gestão da Qualidade), encontros científicos de enfermagem, reuniões da Hospiserra (Círculo participou até o mês de agosto), reuniões da Diretoria da Saúde (CIC), reuniões dos Hospitais da Mitra, Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS (Círculo é afiliado)”. Com os laboratórios, o entrevistado diz que existe interação “[...] no que diz respeito à patologia, por exemplo”.

A SMS é identificada pelo entrevistado H por existir “[...] uma interação formal, com o SACA para a radioterapia, hemodiálise e cirurgias das mãos”. Reconhece, portanto, a atividade gestora da SMS. Diz ainda [...] participamos de ações e atividades de saúde que são organizadas pela 5ª CRS”. E informa que desenvolve interações “[...] com os hospitais do município em maior ou menor grau[...]" e “[...] interação formal com a UCS, através de um convênio para estágios em algumas áreas”. Na relação com os laboratórios considera que existe “[...] uma relação formal com o laboratório Fleming”. Termina dizendo que [...] atendemos todos os planos de saúde [...]", confirmando sua relação também com os planos de saúde do SSCX.

O entrevistado I diz que existe uma interação com a SMS que “[...] ocorre de forma informal, através de verbalização, [...] existem momentos onde um auxilia o outro”. Falando

sobre o CMS, diz que “[...] pelo histórico de nossa organização, com mais de 50 anos de atuação na área de saúde, somos parceiros do CMS e possuímos representação no mesmo”. O auxílio caracteriza a interação com os hospitais, segundo o entrevistado “[...] existe essa interação com os demais hospitais do município, principalmente em nível assistencial, o pessoal tem dificuldade de leitos e se nós tivermos essa disponibilidade ela é aceita e vice-versa, com todos os hospitais”.

Com a UCS, o entrevistado diz que “[...] existe interação histórica” e quando fala dos laboratórios diz: “[...] nós temos o nosso laboratório, mas vários exames que fogem a nossa capacidade interna são repassados para os demais [...] com exceção dos de patologia, onde a coleta do material é feita aqui e repassada para os serviços que fazem patologia”. Também fala sobre os planos de saúde, dizendo que “[...] com alguns planos temos interação como prestador de serviços”.

“Estamos dentro do que nós chamamos uma rede de saúde, onde nós somos um dos itens da rede da secretaria [...]”. Assim o entrevistado J define sua escolha da SMS com um ator do SSCX. Diz também, em relação ao CMS que “[...] é um dos elementos que exige de nós anualmente um relato dos atendimentos, dos processos na área de saúde. Também estabelece metas e nós temos de preencher o que está estabelecida para a clínica”. Falando sobre a 5ª CRS, diz “[...] então funciona assim, a secretaria do município atende os pacientes que são do município e a quinta atende toda a região que ela representa”.

Este entrevistado também cita que existe “[...] um convênio com a UCS, com a faculdade de medicina e com a faculdade de serviço social”. Diz ainda, que atende “[...] todos os planos. Cada um possui um número específico de vagas. Nossa interação é administrativa, relacionada ao controle de internações e tempo de tratamento”.

Ao considerar a SMS um ator do SSCX, o entrevistado K diz que [...] a relação com a secretaria de saúde pode ser caracterizada como formal e informal. A formalização vem através da fiscalização e dos contratos e convênios estabelecidos com o laboratório. A informal vem da relação pessoal que possuo com funcionários da secretaria. Existe também uma relação para o controle de epidemias, que têm um processo formalizado, onde o laboratório tem que informar os casos positivos e doenças infecto-contagiosas”.

Complementando sua identificação dos atores, diz que participa do “[...] conselho local de saúde do bairro Fátima, considero importante a atuação do CMS dentro do sistema de saúde”. Prossegue dizendo que “[...] o principal hospital com que nos relacionamos é o

Hospital Pompéia, até pela proximidade do nosso laboratório e o hospital”. E afirma que “[...] em alguns momentos fornecemos para os pesquisadores da UCS materiais, peças de análise”. Salienta ainda que interage também “[...] com os outros laboratórios, mas não temos nada formalizado[...]”. O que já é diferente na relação com os planos, afirmando que “[...] tenho relações, interações com todos os planos, sempre de maneira formalizada”.

O entrevistado L identifica a relação com a SMS através “[...] do alvará e da fiscalização do prazo de validade dos produtos”. Salientando que outro ator com o qual relaciona-se são os hospitais, dizendo: “[...] nós prestamos serviços para o centro cirúrgico dos hospitais, para os médicos que trabalham nos hospitais”. Com os demais laboratórios de Caxias do Sul, “[...] temos algum tipo de interação e com os planos de saúde essa relação é de fornecedores e prestadores de serviço”.

A SMS verifica “[...] se estamos trabalhando dentro das normas e também em alguns momentos, trocamos informações em relação a alterações que possamos ter de fazer”. Assim, o entrevistado M identifica sua relação com a SMS e passa também a falar da

5ª CRS, dizendo que “[...] a quinta coordenadoria faz a aprovação de projetos arquitetônicos quando vamos abrir uma nova unidade ou ampliação de uma unidade à atual do laboratório, [...] também temos um funcionário nosso que trabalha na quinta, com isso trocamos informações de maneira informal, o que nos mantém atualizados em relação a tudo o que está sendo preparado ou alterado nas normas, nos procedimentos”.

Este entrevistado também informa que “[...] com os laboratórios temos algumas trocas de informações de maneira informal, mais para a análise de resultados de exames. Já com os planos de saúde, nossa interação é mais formalizada, mas estamos mais na área administrativa”.

“A SMS faz o controle das ações de saúde no município e a quinta coordenadoria fiscaliza ampliações, plantas, funcionamento etc.”. Assim o entrevistado N vê a sua relação com estes dois atores. Cita também, que relaciona-se com os planos, pois “[...] atendemos todos os planos”. Termina falando dos laboratórios, diz que [...] existe uma interação maior com o Conrad, com os outros laboratórios quase não existe”.

Já o entrevistado O diz que a “SMS exerce o controle do setor da saúde no município[...]” e falando de suas outras interações no SSCX, complementa que “[...] temos total interação com o hospital saúde, pois temos uma unidade do laboratório lá dentro. Isso é muito importante tanto para nós como para o hospital. Há uma parceria muito importante com

o hospital saúde”. Seguindo, informa que “[...] atendemos a todos os planos de saúde sendo que a Unimed, o mais forte, é o nosso maior cliente”.

“O contato com a SMS se dá através da fiscalização e com a 5ª CRS também se dá da mesma forma, ou seja eles são órgãos fiscalizadores e esta é nossa interação[...]”. É o que o entrevistado P relata e além destes atores, segundo ele, relaciona-se também com “[...] o laboratório De Carli temos uma interação mais intensa, com os demais laboratórios existem interações informais para troca de materiais e de informações às vezes”. Cita também os planos de saúde, falando “[...] atendemos todos os planos”.

Já para o entrevistado Q, “[...] existe sempre uma interação com a SMS, seja de controle ou de troca de informações com o SACA”. Com os hospitais diz que sua relação é “[...] a nível administrativo também existem interações com os hospitais para fornecimento de exames e de material”. Com a UCS, relata que “[...] troca informações com outros colegas da área que estão hoje trabalhando pesquisas dentro da universidade”. Já com os laboratórios diz que “[...] tem uma relação maior com novos laboratórios do que com os laboratórios já estabelecidos”. Finaliza dizendo “[...] somos credenciados de vários planos de saúde”, alertando sobre sua interação com estes atores.

“A SMS faz o acompanhamento e a liberação dos alvarás, todo estabelecimento de saúde deve possuir o alvará de funcionamento”. Para o entrevistado R esta é a característica de sua interação com a SMS, mas também relata que “[...] buscamos nos adaptar ao que é determinado pelo CMS”. Com os hospitais diz que “[...] apenas o hospital Fátima não participa desta interação, que acontece normalmente com todos os demais hospitais de Caxias do Sul e região”.

Este entrevistado também narra sua interação com a UCS dizendo que “[...] nós usamos alguns serviços deles, tem o instituto de medicina do esporte, que a gente tem contrato [...] fazíamos sempre promoções em parceria com a UCS ou até aquela ação comunitária, para interagir com a comunidade. A UCS ajuda bastante a gente e a gente também ajuda bastante eles na interação com a sociedade”. Com relação aos laboratórios diz: “[...] interagimos muitas vezes ao solicitarmos novos tipos de exames, para atender o novo rol de procedimentos determinados pela ANS [...]”.

A SMS “[...] tem um papel de fiscalização”, segundo o entrevistado S, que ao continuar falando sobre as relações que vê no SSCX, diz que “[...] nós temos o que chamamos de rede de credenciados aqui em Caxias do Sul onde alguns hospitais participam”.

Diz ainda que “[...] com laboratórios de análises clínicas temos interação somente com o laboratório do círculo, mas com relação a laboratórios de patologia nós temos cinco laboratórios credenciados”. Afirma que outras interações acontecem, como as “[...] interações de prestação de serviços, por exemplo, com o hospital Fátima e o plano Fátima. O plano de saúde da Unimed é cliente do hospital do círculo na radiologia”.

Para o entrevistado T “[...] a SMS é o órgão gestor de saúde e a 5ª CRS também é um ator por ser um dos responsáveis pela saúde”. Relaciona-se também com hospitais, pois relata que “[...] nós temos uma sistemática de gerenciamento dos serviços prestados com os hospitais. Não ocorre essa relação com o Hospital Geral porque é público”. Continuando seu relato, diz que “[...] os laboratórios em relação ao plano, há a questão da contratação da mesma forma que existe na questão dos hospitais [...] sendo credenciados e prestando serviço em maior ou menor demanda ao plano”. Finaliza dizendo que com os planos “[...] há interação no sentido de existir uma concorrência, pelo menos no sentido de conhecer qual ação que está sendo tomada do outro lado”.

O entrevistado U considera que SMS e “[...] todos os departamentos da SMS são atores do sistema de saúde”. E diz que o CMS é um ator importante, pois “[...] através dos conselhos locais desencadeiam-se ações e solicitações que chegam ao CMS” e que juntamente com a 5ª CRS e “[...] os municípios da coordenadoria que pactuaram a assistência da média e alta complexidade com Caxias”, geram as alterações do sistema. Considera ainda que os hospitais, laboratórios e planos de saúde também participam como atores, pois “[...] são prestadores de serviços públicos e privados”, identifica também “[...] todas as instituições de ensino, UCS, faculdades, ensino técnico. São instituições que formam recursos humanos para a saúde”.

Para o entrevistado W a “[...] SMS controla e administra as UBS e através da interação com o Conselho Municipal e a Quinta Coordenadoria, estuda a necessidade de alocação de novas UBS”. Salaria ainda que “[...] toda a nova unidade (UBS) a ser construída, necessita da liberação da Quinta Coordenadoria e com isso temos de nos adequar às normas e aos procedimentos por ela determinados”. Sendo que o “[...] CMS atua junto com a SMS para a definição de ações solicitadas e também para o levantamento de necessidades de cada local, inclusive a necessidade de criação de novas UBS’s”. Como “[...] todas as UBS têm como hospital base para internação o hospital geral, isso é formalizado, lá na UBS, o médico já pode através de contato encaminhar o paciente direto ao hospital geral”, o que demonstra a relação

das UBS com os hospitais, mas o entrevistado também diz que “[...] cada UBS tem o laboratório de referência sendo que em algumas unidades a coleta é feita na própria unidade”.

“A SMS é o órgão gestor da saúde no município”, diz o entrevistado V e ao informar que sua entidade é nova, também diz que relaciona-se com os hospitais, pois “[...] como tentamos organizar, planejar e transformar tudo em um grande projeto que torne mais eficiente as ações em momentos de crise ou situações extremas, os hospitais são muito importantes”. Também comentou que a UCS é outro ator com o qual se relaciona, “[...] a UCS integra a diretoria e por isso temos certa interação com eles nas reuniões.”

O entrevistado X considera sua entidade e por consequência a UCS, um “[...] parceiro da secretaria municipal da saúde, que articula campos que são de interesse dos alunos buscando alinhar estes interesses com as necessidades da secretaria. Tenta também estabelecer uma aproximação maior entre as duas instâncias, educação e trabalho, que têm de estar alinhados para que se possa promover a saúde”. Diz ainda que “[...] devido à natureza dos problemas que trabalhamos e também dos programas que elaboramos, necessitamos muitas vezes da aprovação ou do apoio do CMS”.

Este entrevistado também diz que participa na 5ª CRS “[...] de um conselho que visa a integração das atividades de ensino que incidem na saúde e também fazemos parte do conselho de gestão regional, onde definimos políticas de qualificação dos trabalhadores em saúde e políticas de educação permanente que serão promovidas. Fazemos a execução e o acompanhamento dessas atividades e isto parte diretamente para a Quinta Coordenadoria regional de saúde”.

Prosseguindo, o entrevistado também diz que “[...] os atores com quem o núcleo interage na área de saúde, em Caxias do Sul, são com a secretaria municipal da saúde, com os hospitais mais pontualmente com o hospital geral”. Finaliza dizendo “[...] trabalhamos muito com os Núcleos da Universidade, com os coordenadores de curso, com os gestores e com as instâncias representativas dos dissidentes”.

Finalizando os relatos, o entrevistado Y diz, em relação a sua entidade, “[...] que a sua relação com a SMS aconteceu mais no início do instituto, para credenciamento e liberação de alvará”. Comenta ainda, que “[...] existe uma troca muito grande com o hospital geral” e que em relação a UCS “[...] o instituto realiza pesquisas e apresenta resultados para a universidade”. Informa também que “[...] hoje temos um trabalho com o laboratório Alfa e o

laboratório do círculo que são os únicos que têm condições de trabalhar nas áreas que nós desejamos”.

Através da análise dos relatos apresentados, verifica-se que em maior ou menor grau, todos os entrevistados relacionam-se entre si e que se percebem como atores do SSCX, embora muitas vezes apresentem poucas relações com os outros atores participantes deste estudo. Todos os atores entrevistados foram em algum momento citados pelo menos por um dos demais entrevistados. Cabe ressaltar que no que diz respeito aos laboratórios considerou-se a indicação genérica, ou seja, quando o entrevistado comentou sua relação com os laboratórios do município em geral.

Cabe salientar que o pesquisador propositalmente não uniu as entrevistas dos representantes da SMS e da UCS, com o objetivo de perceber a influência do SACA (no caso da SMS) e do IPCEM e NESPEC (no caso da UCS) nas interações do SSCX.

Os relatos aqui apresentados, todos mantendo a fidelidade ao que foi declarado pelos entrevistados, têm o objetivo de ratificar a escolha dos atores que foram estudados, comprovando a sua importância para o SSCX através da maneira como são percebidos pelos demais atores selecionados. Não houve aqui ainda, preocupação com a natureza de suas interações.

Os relatos foram organizados por entrevistado, seguindo a ordem de sua fala e evidenciando a sua percepção sobre os demais atores. O texto contínuo com os relatos pode tornar difícil a identificação das relações que foram observadas. Assim, visando facilitar a leitura e também apresentar o conteúdo construído com recortes dos relatos, elaborou-se um quadro resumo para sintetizar o relato dos entrevistados e facilitar sua visualização. O Quadro 24, que apresenta este resumo, encontra-se a seguir.

Quadro 24 - Resumo ratificação dos atores

Entrevistado	Atores citados											
	SMS	CMS	5 ^ª CRS	UCS	HOSPITAIS	LABORATÓRIOS	PLANOS*	SACA	UBS	DSCIC**	NEPES C	IPCEM
A	X	X	X	X	X	X		X	X		X	
B	X	X	X		X	X			X			
C	X	X	X	X	X	X	X					
D	X	X	X	X	X		X		X		X	X
E	X	X	X	X					X	X	X	X
F	X	X	X		X	X	X		X			
G	X				X	X						
H	X		X	X	X	X	X	X				
I	X	X		X	X	X	X					
J	X	X	X	X			X		X			
K	X	X			X	X	X					
L	X				X	X	X					
M	X		X			X	X					
N	X					X	X					
O	X				X		X					
P	X		X			X	X					
Q	X			X	X	X	X	X				
R	X	X		X	X	X						
S	X				X	X	X					
T	X		X		X	X	X					
U	X	X	X	X	X	X	X					
W	X	X	X		X	X			X			
V	X				X							
X	X	X	X	X	X							
Y	X			X	X	X						

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

5.3.2 Tipos de interações identificadas entre os atores selecionados do SSCX

As interações entre os atores do SSCX são o foco desta pesquisa. Após a realização da análise de conteúdo das entrevistas da segunda fase, buscou-se identificar quais são os

atores que interagem e qualificar o tipo de interação em informal ou formal, apontando também os atores que não interagem.

Os entrevistados ao responderem as questões da entrevista, em relação ao tipo de interação que apresentavam com os outros atores, classificavam as interações em informais, formais ou não existente. Visando apresentar o resultado desta etapa da pesquisa de forma mais sintetizada, elaborou-se o quadro 25 apresentado a seguir. Para facilitar a acomodação dos dados no quadro, utilizou-se um sistema de numeração, onde zero (0) equivale a respostas que indicam que não há interação com o ator solicitado, um (1) indica que a resposta é positiva para a existência de interação.

Quadro 25 - Resumo do tipo de interações entre os atores selecionados

	SMS	CMS	5ª CRS	UCS	HG	HP	HC	HS	HF	CPG	LLABC	LCAP	LALFA	LCARLI	LFLEM	LCONR	LCPAT	PSUN	PSCIR	PSFAT	SACA	UBS	DSCIC	NEPESC	IPCEM	
SMS	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
CMS	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
5ª CRS	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
UCS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
HG	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
HP	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	
HC	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
HS	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	
HF	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	
CPG	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	
LLABC	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	
LCAP	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
LALFA	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	
LCARLI	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
LFLEM	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
LCONR	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
LCPAT	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
PSUN	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
PSCIR	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	
PSFAT	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	
SACA	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
UBS	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
DSCIC	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
NEPESC	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IPCEM	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

Para apresentar as informações percentuais, considerou-se o total de interações que cada um dos atores poderia apresentar neste estudo, ou seja, 24 interações. A seguir

observou-se o tipo destas interações e posteriormente realizou-se a classificação das mesmas em relação ao total possível para cada ator.

Analisando o Quadro 25 acima, verifica-se que a SMS apresenta o maior número de interações com os outros atores e também o maior número de interações formalizadas, sendo que 87,5% de suas interações com outros atores são formalizadas. A 5ª CRS também apresenta um grande número de interações com os outros atores selecionados, sendo que 79,2% são interações formais e não apresenta interações informais, ou seja 20,8% são interações que não acontecem.

Os três planos de saúde são, na sequência, os que mais interagem com os outros atores do SSCX selecionados para este estudo. O Plano Fátima tem 58,3% de suas interações caracterizadas como formais e os Planos do Círculo e da Unimed tem 50% de suas interações formalizadas. O IPCEM é o ator que apresenta o menor número de interações, sendo que somente interage em 16,7% das vezes, 4,2% informais e 12,5% formalizadas. No entanto, o IPCEM, se considerado um integrante da UCS e não mais observado como um ator isolado, amplia as interações deste importante ator.

5.3.3 Interações e inovação

Os atores selecionados do SSCX para este estudo apresentam interações entre si, conforme constatado nas seções anteriores. Nesta seção, vamos expor o relato das respostas dos entrevistados à questão: “A Instituição Entrevistada gerou alguma inovação nos últimos dois anos, impulsionada pela interação com os atores citados nesta pesquisa?”

O objetivo inicial é verificar se os atores selecionados para este estudo inovaram recentemente, e, a seguir, observar se houveram inovações impulsionadas pelas interações com os outros atores selecionados. Para facilitar a visualização, os relatos dos entrevistados foram colocados em quadros agrupados pelo tipo de ator que representam. Para a construção destes agrupamentos, e considerando-se a necessidade de preservar os entrevistados, utilizou-se a seguinte terminologia:

- a) Grupo Geral: onde foram alocados os representantes da SMS, da 5ª CRS, do CMS, da UCS e da DSCIC;
- b) Grupo Hospitais: onde foram alocados todos os entrevistados representantes dos hospitais participantes deste estudo;

- c) Grupo Laboratórios: onde foram alocados todos os entrevistados representantes dos laboratórios participantes deste estudo;
- d) Grupo Planos: onde foram alocados todos os entrevistados representantes dos planos de saúde participantes deste estudo;

Quadro 26 - Relatos dos entrevistados do grupo geral

Entrevistado	Relato
A	“[...] muitas vezes, através da interação informal, ao descobrirmos necessidades que não foram mapeadas e geram inovações nos processos.”
B	“[...] não foram realizadas inovações.”
C	“[...] a última inovação visa reduzir as rotas de fuga, pois muitas pessoas fazem consultas em vários municípios, buscando um diagnóstico diferencial. Assim podemos evitar a redundância e reduzirmos os gastos.”
D	“[...] as interações com os outros atores podem levar à problematização de situações que ocorrem no sistema e com isso gerarem projetos de pesquisa que conseqüentemente, em algum ponto podem gerar as inovações que interessam a todo o sistema.”
U	“[...] não inovamos muito. Mais controlamos.”
W	“[...] não existem muitas inovações nas UBS, pois toda inovação tem que passar por um processo com coordenações, com secretarias, com o conselho municipal, com o conselho local e isso gera certa demora.”
V	“[...] a existência do nosso grupo é um exemplo da inovação que surgiu para atender as necessidades locais e que exige interação com os outros atores.”
X	[...] a idéia é que tudo o que gera sistema nos leva a algum tipo de inovação. Seja na gestão do serviço ou na maneira como estamos oferecendo serviço, seja na maneira de divulgação, pois de alguma forma nós vamos sempre procurando algo novo, buscando responder e resolver problemas e buscando principalmente sempre avançar muito naquilo que já existe, mas trazendo melhorias significativas.”
Y	“[...] nosso trabalho gera publicações de artigos em revistas, em periódicos, na mídia, na Internet, que pode beneficiar o profissional e torná-lo conhecedor daquilo que está criando, das inovações que existem hoje no mercado.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

Conforme se pode observar, no grupo geral (Quadro 26), as organizações dos entrevistados B, U e W informam que não inovaram no período solicitado. Todas as demais organizações, segundo o relato dos entrevistados, inovaram nos últimos dois anos. Continuando a observação dos relatos, percebe-se que todas os entrevistados deste grupo consideram que tiveram inovações impulsionadas pelas suas interações no sistema.

Quadro 27 - Relatos dos entrevistados do grupo hospitalais

Entrevistado	Relato
E	“[...] ocorreram inovações [...] quando falamos em inovação, falamos sempre em parcerias.”
F	“[...] investimento em equipamentos diferenciados [...] observando o que existe no mercado [...] inclusive local.”
G	“[...] claro que ao interagir com os outros atores a gente observa o que ninguém faz e a gente pode fazer [...]”
H	“[...] o mesmo profissional que trabalha aqui, trabalha em outros hospitais [...] a interação é inevitável e algumas vezes gera inovações, ou pelo menos adaptações do que os outros fazem [...]”
I	“Sim, ocorreram inovações, algumas devido à parceria entre hospitais e também em relação à competitividade [...]”
J	“Não tivemos inovações que tenham surgido por estarmos interagindo [...] as inovações que tivemos foram realizadas pela nossa necessidade.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

Os relatos apresentados no Quadro 27 são relativos ao grupo hospitalais. Neste grupo observa-se que todos os entrevistados confirmam que houve inovações em suas organizações no período estudado e que todas, exceto a organização do entrevistado J, tiveram inovações impulsionadas pela interação com outros atores do SSCX.

O Quadro 28, logo a seguir, apresenta os relatos dos entrevistados do grupo laboratórios. Neste grupo estão alocados sete entrevistados, representando os laboratórios que formam o grupo de casos de estudo desta pesquisa. Percebe-se inicialmente que todos os entrevistados relatam que suas organizações inovaram no período de estudo.

No entanto, também fica nítido que a grande maioria dos entrevistados, cinco entre os sete, não considera que as interações com os atores do SSCX tenham impulsionado suas inovações. Apenas dois dos sete integrantes deste grupo relatam que inovaram e que houve inovações que foram impulsionadas pelas interações que mantêm com outros atores do sistema.

Quadro 28 - Relatos dos entrevistados do grupo laboratórios

Entrevistado	Relato
K	“[...] esta interação às vezes gera um novo procedimento, mas é muito raro [...] e trocamos informações sobre novas tecnologias.”
L	“ [...] inovações sim, mas não pela interação.”
M	“[...] no entanto a inovação só aconteceu em trocas com laboratórios de outras cidades e através de visitas de benchmarking.”
N	“Não pela interação. Adquirimos novos equipamentos, mas por nossa necessidade”.
O	“[...] buscamos inovações, infelizmente não em Caxias, mas em grande número de vezes em Porto Alegre ou noutras cidades. Várias vezes ao ano buscamos fora aquilo que pode gerar a renovação.”
P	“[...] agora pelo menos não lembro de uma inovação que tenha surgido das interações que temos [...]”
Q	“[...] troco informações com outros colegas da área que estão hoje trabalhando com pesquisas dentro da universidade. Isso gera inovações nos meus procedimentos [...]” “[...] a inovação dentro do laboratório acontece até mesmo como resultado do avanço [...] de toda a medicina de uma forma acelerada [...]”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

Analisando os relatos dos entrevistados do grupo dos planos (Quadro 29), pode-se verificar que todos relatam que inovaram no período de estudo e também todos consideram que tiveram inovações impulsionadas pelas suas interações com outros atores do SSCX.

Quadro 29 - Relatos dos entrevistados do grupo planos

Entrevistado	Relato
R	“[...] cada vez que a gente vê um novo equipamento sendo adquirido, uma nova tecnologia, um acaba querendo copiar no bom sentido, inovando também.”
S	“[...] os planos saúde também inovam através do contato com seus usuários, da verificação do que estão esperando, o que aguardam e também das propostas que acabam surgindo [...]” “[...] o plano está ligado à agência nacional de medicina de grupo. Isso gera interação, mas está voltada mais ao atendimento de usuários embora, gerem alguns momentos de inovação pela troca de informações.”
T	“[...] a inovação que o plano está propondo, leva em consideração todos os agentes ligados ao plano de saúde, basicamente é um trabalho integrado.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

Resumindo as observações, no grupo geral 67% dos entrevistados informam que suas organizações inovaram nos últimos dois anos e 33% informam que suas organizações não inovaram. Este grupo também demonstra que 67% das organizações tiveram inovações impulsionadas pelas interações com os atores do SSCX.

No grupo dos hospitais, 100% dos entrevistados informam que suas organizações inovaram nos últimos dois anos e 83% reconhecem que tiveram alguma inovação impulsionada pela interação com outros atores do SSCX. O grupo dos laboratórios também para 100% dos relatos dos entrevistados revelam que suas organizações inovaram no período de estudo, mas apenas 33% dos entrevistados consideram que ocorreram inovações impulsionadas pela interação com os atores do SSCX, enquanto que 67% consideram que as inovações que ocorreram em suas organizações não foram impulsionadas pelas interações com outros atores do SSCX.

No grupo dos planos de saúde, 100% dos entrevistados consideram que ocorreram inovações em suas organizações nos últimos dois anos e 100% considera que ocorreram inovações impulsionadas pela interação com os outros atores do SSCX. A Figura 10 abaixo apresenta um resumo das observações desta etapa. Destaca-se que não é objetivo deste trabalho medir o número de inovações que surgiram das interações com os outros atores do SSCX e sim identificar se houve alguma inovação impulsionada pelas interações.

Figura 10 - Resumo das observações da seção

Grupo	Identificaram Inovações	Impulsionadas pela interação
Geral	67%	67%
Hospitais	100%	83%
Laboratórios	100%	33%
Planos	100%	100%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

5.3.4 Percepção sobre o papel da universidade

Nesta seção, buscou-se analisar os relatos dos entrevistados com o intuito de verificar qual a sua percepção sobre o papel da UCS no SSCX.

Quadro 30 - Relatos dos entrevistados do grupo geral - percepção do papel da UCS

Entrevistado	Relato
A	“Somos um polo de potencialidade de pesquisa, mas não temos pesquisa.”
B	“Não vejo interações com a UCS, no sentido de pesquisa, mas eles participam do conselho.”
C	Não temos interações formais.
D	[...] no caso específico da universidade, as interações podem levar à problematização de situações que ocorrem no sistema e com isso gerarem projetos de pesquisa [...]. Além disso, as pesquisas geradas na Universidade são colocadas à disposição através de publicações em revistas indexadas ou periódicos da área de saúde, isso permite aos interessados o acesso aos conteúdos e depois podem estabelecer os contatos que julgarem necessários para a transferência de tecnologia, quando for o caso, ou para buscarem maiores informações, participarem de pesquisas, etc.”
U	“[...] todas as instituições de ensino, UCS, faculdades, ensino técnico. São instituições que formam recursos humanos para a saúde. Por isso são importantes”.
W	“[...] com a universidade temos vários projetos e desde capacitações de profissionais para as unidades básicas, até estagiários. São interações que acontecem com o pessoal da medicina. Mas não são todas as unidades que comportam estagiários.”
V	“[...] a UCS integra a diretoria e por isso temos certa interação com eles nas reuniões.”
X	<p>“[...] o núcleo e por consequência a UCS, articula serviços na área de saúde onde existe um grau forte de resistência à inserção de alunos, de estagiários, necessitamos mostrar mais competência para garantir esta inserção. Com parceria da FAPERGS, do CNPQ, conseguimos algum tipo de financiamento e também envolvemos as empresas ou outros atores em modelo de contrapartida.”</p> <p>[...] as políticas nacionais estão, através do pacto pela saúde, tentando dar maior importância, priorizando a atenção básica como foco melhoria da saúde. Então nossa relação é direta tanto que prevemos a constituição de um núcleo de excelência clínica em atenção básica.”</p> <p>“[...] a concepção dos projetos constituídos pelas necessidades do próprio usuário inseridas dentro desse processo e junto com os alunos como futuros trabalhadores, que serão.”</p> <p>[...] a mostra de saúde mental onde os usuários desenvolveram atividades que depois foram mostradas à comunidade envolvendo também a academia. À medida que fazemos algumas capacitações também abrimos a possibilidade de pessoas da comunidade participarem.”</p>
Y	“Com a universidade o tipo de interação é a administrativa, o instituto realiza pesquisas e apresenta resultados para a universidade.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

O Quadro 30 apresentado anteriormente, sintetiza os relatos do grupo geral, organizados de maneira a facilitar a leitura. Os entrevistados A, D, X e Y percebem a UCS como um ator que pesquisa na área da saúde dentro do SSCX. Já os entrevistados U e W só percebem a UCS como um ator que forma recursos humanos para a saúde. Por fim os entrevistados V e B percebem a UCS como um ator que atua na comunidade através da participação em entidades da sociedade civil organizada.

Quadro 31 - Relatos dos entrevistados do grupo hospitalis- percepção do papel da UCS

Entrevistado	Relato
E	“Somos parceiros, a UCS desenvolve pesquisas e nós auxiliamos e também aprendemos e crescemos com isso.”
F	“[...] hoje nossa relação é informal, sendo que o hospital tem CEP próprio e direciona-se para o desenvolvimento de pesquisa. A universidade atua na formação de pessoal para as várias áreas da saúde.”
G	Não foi possível identificar a percepção deste entrevistado sobre o papel da UCS
H	“Existe uma interação formal com a UCS, através de um convênio para estágios em algumas áreas.”
I	“Existe uma interação histórica, relacionada à fundação da universidade [...]”
J	“Temos um convênio com a UCS, com a faculdade de medicina e com a faculdade de serviço social, mas o convênio está relacionado a vagas de estágio.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

No grupo dos hospitalis, apresentado no Quadro 31 acima, os entrevistados E e F percebem a UCS como um ator que realiza pesquisas na área da saúde. Os entrevistados H e J percebem a UCS como um ator que forma recursos humanos para a saúde. Seguindo a análise das entrevistas, o grupo de laboratórios (apresentados no Quadro 32 a seguir) a questão da percepção da UCS como um ator que realiza pesquisas na área da saúde é muito pequena. Apenas o entrevistado Q tem esta percepção. O mais interessante deste grupo é que 83% do grupo de entrevistados, ou seja, todos os outros cinco participantes, não apresentam interações com a UCS e por isso não declaram explicitamente como a percebem.

Este grupo de entrevistados não se articula com a Universidade, e no entanto, atua em uma área de uso intenso de novas tecnologias de diagnose. As empresas de tecnologia para a saúde são os atores externos ao SSCX, com os quais as organizações representadas pelos entrevistados neste estudo mais interagem na busca de inovações. O que reforça a percepção

para este grupo, elaborada na seção anterior, a respeito de suas interações dentro do SSCX pouco impulsionarem suas inovações.

Quadro 32 - Relatos dos entrevistados do grupo laboratórios - percepção do papel da UCS

Entrevistado	Relato
K	“Nosso laboratório não tem interações atualmente com a UCS. Acho que é uma falha nossa, mas não temos interações.”
L	“[...] com a universidade não temos nenhum tipo, nunca nos chamaram para nada, considero até um ambiente totalmente fechado.” “Hoje a universidade está fechada lá e nós fechados aqui, então não há uma interação.”
M	“[...] temos com a UCS um convênio onde oferecemos vagas de estágio e às vezes também fornecemos material para pesquisas.”
N	“Não temos interações com a UCS.”
O	“[...] com a universidade temos muito pouca interação, pode-se dizer que nem temos interação atualmente. Talvez porque a gente pensa em ser procurado e também devêssemos procurar. É um caminho de 2 vias.”
P	“[...] Não interagimos com a UCS, não que eu tenha conhecimento pelo menos.”
Q	“[...] com a universidade temos um tipo de interação informal, pois sou professora da universidade, trabalho como docente. Mas atualmente não realizo pesquisas, no entanto, troco informações com outros colegas da área que estão hoje trabalhando em pesquisas dentro da universidade.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

O Quadro 33 abaixo, apresenta os relatos do grupo dos planos:

Quadro 33 - Relatos dos entrevistados do grupo planos - percepção do papel da UCS

Entrevistado	Relato
R	“[...] nos usamos alguns serviços deles, tem o instituto de medicina do esporte, que a gente tem contrato, é uma medicina preventiva [...] que faz parte do convênio também [...]” “[...] mas a gente fazia sempre promoções em parceria com a UCS, [...] para interagir com a comunidade, a UCS ajuda bastante a gente e a gente também ajuda bastante eles na interação com a sociedade, nesse sentido, além da medicina preventiva, com o interagir com a comunidade, fazer eventos em comum, no sentido bem de responsabilidade social.”
S	“Com a universidade não temos uma interação maior a não ser de usuários porque a universidade tem o plano de saúde, Fornece o plano hoje para alguns de seus funcionários. Com o plano então não existe uma interação de que geram melhorias ou inovações através da universidade. Participamos em ações conjuntas na comunidade [...]”
T	“[...] sempre houve uma interação do grupo com a universidade, até pela própria fundação da universidade. Não há formalmente nenhuma participação, nós fomos questionados, já várias vezes, pelo pessoal de pesquisa da UCS em relação a portadores de HIV que são beneficiários nossos e que foram atendidos aqui, e posteriormente houve necessidade de ter acesso à documentação, e então a gente enviou a documentação, contribuiu com isso, mas não que isso seja sistemático, uma formalização.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

Neste grupo apenas o entrevistado T percebe a UCS como um ator que pesquisa na área da saúde, mas se percebe apenas como um fornecedor de informações para estas pesquisas e não como participante do processo. Os entrevistados R e S percebem a UCS como um ator que atua da comunidade através da participação em entidades da sociedade civil organizada.

5.3.5 Principais relações na saúde suplementar

A relação dos planos com os hospitais demonstra que todos os entrevistados deste grupo, exceto o entrevistado E, trabalham com os planos de saúde, como prestadores de serviços. O quadro 34 apresenta os relatos do grupo hospitalais.

Quadro 34 - Relatos dos entrevistados do grupo hospitalais - relação com os planos

Entrevistado	Relato
E	“[...] não atendemos pelo sistema de saúde suplementar, assim, não temos interações formais com os planos de saúde, eu diria que nem informais.”
F	“[...] o hospital mantém convênios formalizados com planos de saúde. Os principais são: Unimed, Fátima e Círculo Operário, entre outros menores.”
G	“Atendemos a vários planos, Unimed, Fátima, Círculo. Somos prestadores de serviços para os planos.”
H	“Temos uma interação formal, pois atendemos todos os planos de saúde.”
I	“[...] sim atendemos formalmente o Fátima e informalmente, quando existe falta de leitos, a Unimed. Não existe uma rotina determinada.”
J	“Atendemos vários planos, nossa interação com todos é formalizada, concretizada através de contratos de prestação de serviços e somos, posso até dizer, vigiados pelos planos de saúde. Cada um possui um número específico de vagas.”

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa.

Já quando analisamos as relações dos planos com os laboratórios, percebe-se uma situação bem menos tranquila. A iniciar pelo relato do entrevistado K, que diz ter “[...] interações com todos os planos, sempre de maneira formalizada.” Mas relata que existem dificuldades nesta relação e fala especificamente de um dos planos de saúde.

As dificuldades que os laboratórios encontram em relação aos planos de saúde é que planos como a Unimed ao atuarem podem fechar laboratórios devido aos seus processos. Há um tempo, a Unimed estabeleceu contatos com vários laboratórios para que atendessem pelo plano. Os laboratórios investiram para atender à demanda. Agora ao criar seu laboratório interno descredenciaram os laboratórios externos, no entanto estes laboratórios realizaram investimentos para atender à demanda dos

usuários do plano. Ao ser rompido o convênio, os laboratórios ficaram com as dívidas e muitos laboratórios pequenos em Caxias do Sul faliram neste processo.

O entrevistado L vai mais longe e faz relatos exemplificando o que aconteceu com a sua organização nesta interação com os planos. O entrevistado relata inclusive ações judiciais para definição de processos entre um dos planos e o laboratório.

Com os planos de saúde a relação é de fornecedores e prestadores de serviço. Temos uma interação um pouco maior com a Unimed. Mas também é uma relação impositiva por parte do plano, que quer determinar o que nós temos que fazer. Atualmente está nos exigindo uma certificação de qualidade. Hoje eles querem determinar a pontuação do meu trabalho. Considero que eles estão desqualificando o profissional em detrimento de um valor ou de um controle que eles estão estabelecendo. Eu sou médica, sou profissional, não sou empresa, o que vale é o meu trabalho. Hoje estamos com uma ação na justiça contra um plano por ter utilizado lâminas nossas, material nosso, para enviar para o outro laboratório que cobrava mais baixo. Quando reclamamos, o plano nos comunicou que então estaríamos fora. Com isso não restou outra opção senão discutirmos judicialmente este processo. Eu tenho direito, nós temos direito na verdade. Não pode baixar a cabeça para tudo e então fomos buscar a instância de solução do problema.

Para o entrevistado M, o processo já está acertado e não existem problemas, “[...] com os planos de saúde nossa interação é mais formalizada, mas estamos mais na área administrativa. Seguindo os relatos, o entrevistado N relata “[...] que os planos, mais especificamente a Unimed, só desejam o lucro. Virou uma mercantilização da saúde. Não interessa o nosso custo no laboratório. Eles são impositivos, é isso e pronto.”

No entanto, o entrevistado P relata que “[...] atendemos todos os planos de saúde, sendo que a Unimed é o mais forte e é o nosso maior cliente.” O problema da certificação, relatado por outros entrevistados não ocorre aqui, conforme fica claro em seu relato: “estamos totalmente adequados às exigências da Unimed e por isso não temos problemas com eles. Já trabalhamos com a certificação ISO há algum tempo e isso não é problema para nós”.

O custo e o atraso no repasse são os problemas relatados pelo entrevistado Q:

[...]se compararmos o que hoje os planos nos remuneram, verificamos que na maioria das vezes se torna inviável adquirir equipamentos de ponta, pois não conseguiríamos o retorno suficiente para pagá-los dentro de um tempo considerado viável. O convênio hoje me paga por exame R\$40, não terei jamais condições financeiras de pagar um equipamento que, por exemplo, custa cerca de R\$150.000,00. [...] hoje os laboratórios que atendem os planos de saúde não têm como construir, por exemplo, um montante de recursos extras para realizar investimentos. Principalmente investimentos de maior monta. [...] tem também que manter os funcionários qualificados e hoje, por exemplo, a Unimed está cobrando que tenhamos um controle de qualidade, é uma norma de certificação, o que para mim não é necessário, pois já tenho meu próprio programa. Mas temos recebido constante pressão inclusive sob o risco de perdermos o convênio.

[...] o plano também nos deixou sem reajuste anos, pagando o mesmo valor. No entanto temos os aumentos de dissídio das funcionárias, o aumento dos reagentes, aumento do dólar e trabalhamos com muitos reagentes importados. Aumento

também do próprio álcool e todo o material de expediente. Projetos para inovar não faltam, o que faltam são recursos.

A relação dos planos com os outros planos do SSCX é uma relação de concorrência e em alguns casos até de parceria. Para o entrevistado R sua organização tem uma relação com os outros planos hoje um pouco menor.

[...] muito pouco, com o Fátima não há nenhum contato, com o próprio círculo operário até se tinha uma parceria, onde nós entrávamos com planos médicos e eles entravam com o resto. [...] a partir de março essa parceria não existe mais. [...] o hospital, laboratório, diagnóstico por imagem, isso a gente continua usando.

O entrevistado S relata que “[...] com os outros planos não temos uma interação formalizada. Mas temos interações de prestação de serviços, por exemplo, o hospital Fátima e o plano Fátima, a Unimed é cliente do hospital do círculo da radiologia. Também comenta que “[...] há um tempo nós tínhamos uma interação de venda de serviços, compra de serviços e também de concorrência, hoje só como concorrentes.”

Segundo o entrevistado T, “[...] há interação no sentido de existir uma concorrência, pelo menos no sentido de conhecer qual ação que está sendo tomada do outro lado, então acho que existe, mas não formal.” Também comenta que observam os outros planos, “[...] em relação à remuneração, por exemplo, você acompanha aquele plano está pagando tanto”. Comenta sobre a atuação da ANS dizendo que “[...] a atuação no mercado na área de planos de saúde é guiada pela própria agência reguladora que acaba sendo muito forte. Se você está numa situação financeira comprometida eles já tomam uma ação.”

Para finalizar, um relato extra do entrevistado, onde comenta: “[...] hoje os planos de saúde vendem um tipo de serviço, mas para o usuário muitas vezes era outro tipo de serviço. Com isso o usuário acaba procurando vias judiciais para resolver o problema.” Este relato também confirma o que Porter (2007) fala sobre a prática da concorrência de soma zero.

5.3.6 Preocupações de alguns atores

O custo da inovação é uma das preocupações que nitidamente surgiram dos relatos de alguns entrevistados. O entrevistado D considera que “[...] é importante falar que a inovação gerada pela universidade para chegar até o sistema de saúde normalmente barra no custo, porque inovação necessita investimentos”.

O entrevistado R relata que o fato de adotarem novas tecnologias, principalmente por verificarem a necessidade, acabam aumentando os custos do plano.

Isso acaba nos atingindo porque a partir do momento que um hospital ou um laboratório adota algum equipamento ou tecnologia diferente, e quer que o plano passe a cobrir isso, ele vem e negocia conosco, essa negociação faz com que a gente pague às vezes, às vezes não. Obviamente pagamos conforme entendido o processo e aí a gente inclui nesse contrato, nessa interação, essa negociação. Pagando esse equipamento, essa taxa, essa nova tecnologia.

O entrevistado também cita que a tecnologia em saúde não reduz os preços:

É uma influência em custo porque toda vez que surgem novas tecnologias não é para baixar preço. Na saúde não existe tecnologia para baixar preço, as tecnologias só elevam os preços então isso é bastante pesado e os médicos são uma influência bastante grande para o plano de saúde.

Continuando seu relato, percebe-se que para este entrevistado, os custos da adoção de novas tecnologias gera um cuidado excessivo por parte dos médicos que também acabam solicitando vários exames que são, de certa forma, complementares. Porter (2007) cita que o uso excessivo de testes e exames são resultado da prática do que ele chama de medicina defensiva e que esta prática eleva os custos para os usuários sem, no entanto, melhorar a qualidade do serviço. A continuação do relato do entrevistado R traz esta preocupação:

[...] uma vez eu fazia raio-X e aí resolvia o problema como dava. Aí surgiu a ecografia, então fazia o raio-X e a ecografia. Então surgiu a ressonância, agora eu faço o raio-X, a ecografia, a tomografia e ainda a ressonância e agora está surgindo o PET SCAN⁴. Enfim, é o usuário interagindo com o sistema gerando pra ele mesmo o problema de novo. [...] Se hoje eu absorvesse todas as tecnologias que estão no mercado eu não consigo passar o preço pro plano, se eu fizer isso eu perco o usuário, é complicado.

Para o entrevistado Y, a inovação tem sim um custo, que muitas vezes não é baixo. No caso do desenvolvimento de novas drogas, cita um exemplo.

A inovação que é gerada no instituto percorre um caminho longo que nós chamamos da formação da droga, vamos descobrir todas as suas propriedades e faz passando pelas etapas de legalização, testa a droga em todos os âmbitos, inclusive federal. Analisando a sua eficácia, através da comparação dessa droga com a droga líder para aquele tipo de tratamento hoje existente, quando foi reconhecido como eficiente, ela retorna para a sociedade.

Outra preocupação percebida é a de necessidade de formação e capacitação constante dos recursos humanos que trabalham na saúde. A UCS é vista como uma parceira nesta formação e capacitação e segundo o relato do entrevistado D, procura interferir no sistema, modificando-o.

O que estamos tentando fazer é um ajuste cada vez maior entre o médico da rede e o do ensino, buscando melhorar os processos e gerar a atualização, de maneira que todos falem a mesma língua e a partir daí gerar projetos de pesquisa pensando resolver o mesmo problema. Se lá na rede eu não vejo o problema, não consigo identificar o objetivo de ensino. Também temos o problema da capacitação dos

⁴ PET SCAN - exame funcional que através do uso do FDG (análogo do glucose), permite a detecção de lesões cancerígenas, pois as células cancerosas requerem uma grande quantidade de glucose para o seu metabolismo.

recursos humanos para utilização das tecnologias e também para o trabalho em equipe, pois normalmente os profissionais desta área são melindrosos em relação à intromissão de outros profissionais no seu trabalho. Então o primeiro passo é desenvolver esta interação, depois devemos desenvolver linhas de pesquisa que envolvam profissionais de várias áreas. E então entrar com a inovação a partir do momento que as estruturas estão preparadas, pois não adianta ter um computador lá na UBS com internet para o acesso à informação, se eu não souber utilizá-lo.

Sobre a inovação e o atendimento *online*, com médicos especialistas em um local auxiliando o diagnóstico do médico que está na UBS recebendo o usuário, diz que:

Isto ainda está um pouco longe, mas não tão longe. Hoje temos vinte computadores do projeto que serão encaminhados às unidades básicas de saúde do município. O município já está provendo o acesso à Internet nestas unidades básicas e isso dá início a um processo de interação maior. A rede já está se preparando para manter esta comunicação direta, até a comunicação com vídeo. O que se procura fazer é verificar que existem alguns profissionais que não precisam estar na rede sempre, pela complexidade da sua especialização. Por exemplo, a neurocirurgia. Este profissional não precisa estar na unidade básica de saúde, tem de estar no hospital que é o local para onde a unidade básica de saúde vai encaminhar o paciente. Se adotarmos a comunicação com vídeo inclusive, podemos conciliar o diagnóstico na unidade básica de saúde. Através da telemedicina, posso aconselhar a conduta do profissional na unidade básica de saúde e isto é algo que já está se estruturando. No entanto antes tenho que ensinar a profissional a utilizar o computador. Na universidade hoje já temos alguns locais virtuais para comunicação com a rede de UBS e estamos avançando. É isto.

O usuário L também percebe a necessidade de aumentar a interação entre os vários tipos de profissionais que atuam na área da saúde, objetivando alcançar resultados melhores.

[...] trabalhamos com médicos e de muitas formações e com isso temos de trabalhar em nível de interação maior. já escrevi artigo sobre isso dizendo que na verdade nós precisamos ter uma interação maior, isso vai facilitar o diagnóstico, muitas vezes não temos quase nada para fazer o diagnóstico, só uma peça para analisar, mas não sabemos a idade desse paciente e seu provável diagnóstico, acabamos não trabalhando de forma global, só de uma forma muito técnica sem ver o lado humano, por exemplo.

5.3.7 Outros atores citados

A pesquisa apontou indicações de outros atores que, na visão dos entrevistados, integram o SSCX. Para o entrevistado A, “[...] as Organizações Não Governamentais (ONGs), que atuam no município e que têm como finalidade o trabalho com a questão da saúde, são também atores [...]”. O entrevistado cita as ONGs, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e a Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Visuais (APADEV).

O entrevistado C considera que o Colegiado de Gestão Regional (COGERE), também é um ator que influencia o SSCX e diz que “[...] o colegiado reúne-se uma vez por mês e envolve todos os gestores municipais, verificando como está funcionando a comunicação e

como estão os atendimentos em cada cidade. Isso propicia uma rede de interação e também um evento mensal de interação dentro da rede.”

A Faculdade Fátima foi citada pelo entrevistado H. “[...]existe este mesmo tipo de interação com a Faculdade Fátima para estágios em áreas diversas, principalmente na área de enfermagem.”

Para o entrevistado R, as empresas farmacêuticas são atores que embora sejam externos, atuam muito fortemente no SSCX.

[...] as empresas farmacêuticas e de tecnologia, eles são fortes entre os fornecedores, eu diria que 90% das inovações vêm deles. São atores externos, mas com atuação interna através de seus representantes. [...] são atores poderosos, junto com isso vem toda aquela parte de congressos e feiras, isso influencia muito e faz esse grupo todo se ativar para melhorar, gera interação.

Este entrevistado também sugere a Associação de Apoio às Pessoas com Câncer (AAPECAN) como um ator do SSCX, “[...] A AAPECAN, que é uma entidade que ajuda pessoas com câncer[...].” E também salienta que os médicos e as clínicas são atores do SSCX.

Conforme o referencial teórico construído para este estudo, no Brasil o sistema de saúde está segmentado e incorpora o SUS, a saúde suplementar regulada pela ANS e o sistema de desembolso direto (BRASIL, 2006). A saúde suplementar, através de sua agência reguladora é um importante ator do sistema de saúde brasileiro. Os atores que atuam na saúde suplementar apresentam interações constantes com a ANS que, através de seu sistema de troca de informações, permite interações importantes e também é um indutor de inovações no sistema.

É o que se percebe no relato do entrevistado S. Em sua entrevista, demonstra a importância de um ator da saúde que não tem uma representação local propriamente dita, mas que se faz presente constantemente através da evolução da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

[...]A rede de prestadores do plano de saúde é bastante vasta, envolvendo médicos, clínicas e laboratórios. Temos uma interação muito grande com a própria agência nacional de saúde. Eles têm atuado fortemente como uma agência reguladora e nós respeitamos muito o que nos é passado em termos de leis ou instruções normativas. Mas percebemos embasamento muito forte em pesquisas em tudo que a agência nacional tem desenvolvido.

5.3.8 O modelo do SSCX ampliado

Considerando os atores que participaram, o modelo proposto no referencial teórico e o tipo de interação entre estes atores e os atores citados na pesquisa, verifica-se que a distribuição dos atores segundo seus polos, configura-se como a seguir: a SMS e a 5ª CRS compõem o polo de governo, sendo que externamente são influenciados pela ANS como um ator que embora não tenha representação local, age localmente através dos Planos de Saúde, também aparecem fortemente representados neste polo o governo estadual (5ª CRS) e o governo federal (Gestão do SUS). O polo científico atualmente está representado pela UCS, embora outras faculdades no município formem profissionais para a área de saúde, a única com pesquisas na área ainda é a UCS, conforme os dados do diretório de grupos de pesquisa do CNPQ. As demais instituições de ensino foram representadas no modelo como OIE (Outras Instituições de Ensino).

No polo tecnológico, sente-se a falta de empresas que desenvolvam medicamentos ou equipamentos para a saúde, por isso os hospitais, os laboratórios e os planos de saúde representam este polo, principalmente como usuários das novas tecnologias e das pesquisas, que são geradas fora do SSCX e também dentro do sistema. Este polo é fortemente influenciado pelas empresas fornecedoras de tecnologia externas, conforme salientado nos relatos dos entrevistados (todos os representantes dos laboratórios e também dos planos). O polo tecnológico também é o polo que apresenta maiores interações acontecendo entre seus atores. Tornando difícil a representação de todas as interações evidenciadas entre os atores participante do estudo e alocados neste polo.

Por fim, no polo da sociedade civil, o CMS e a DSCIC, embora não existam interações entre estes atores, representam os usuários e a comunidade. O CMS interagindo mais fortemente com o SSCX, inclusive como fiscalizador em alguns momentos e a DSCIC com atuação ainda insipiente no sistema, mas com grande capacidade de influência, pelo histórico da própria CIC no município.

Para permitir uma visualização melhor das interações dentro do polo tecnológico, dividiu-se os atores do polo em grupos, o que permite demonstrar as suas interações internas e externas. Internas se referem a um mesmo tipo de ator (Ex.: laboratórios) e externa quando se referem a interações com os outros tipos de atores do polo.

Inicialmente, são apresentadas as interações entre os hospitais e os planos de saúde (Figura 11), onde pode-se observar a intensidade das interações entre os hospitais e também

$269/600*100=44,83\%$. Marsden (1987), considera que uma maior densidade, em tese, revela mais força potencial da rede para oferecer uma resposta.

Voltando a analisar as interações entre os planos de saúde e os hospitais, verifica-se que o índice de centralização da rede é de 20,31%. O Quadro 35 a seguir, apresenta os graus de centralidade das interações entre os planos de saúde e hospitais. O que demonstra que os hospitais (HC, HP e HS), além do Plano de Saúde do Círculo, são os atores deste grupo que apresentam maior número de interações com os demais.

Quadro 35 - Graus de centralidade das interações entre planos de saúde e hospitais

	Grau de Saída	Grau de Entrada	Grau de Saída Normalizado	Grau de Entrada Normalizado
HC	7	7	87,5	87,5
HP	7	7	87,5	87,5
HF	6	6	75,0	75,0
HS	6	7	75,0	87,5
PSFAT	6	6	75,0	75,0
PSCIR	6	7	75,0	87,5
PSUN	5	6	62,5	75,0
HG	4	3	50,0	37,5
CPG	3	1	37,5	12,5

Fonte: elaboração do autor com dados do software Ucinet6.0.

Quando buscamos medir o grau de intermediação desta rede formada pelos hospitais e os planos de saúde, buscando identificar a importância de cada ator para a comunicação dentro do grupo, verificamos que o plano de saúde da Unimed é o ator com maior grau de intermediação (Quadro 36).

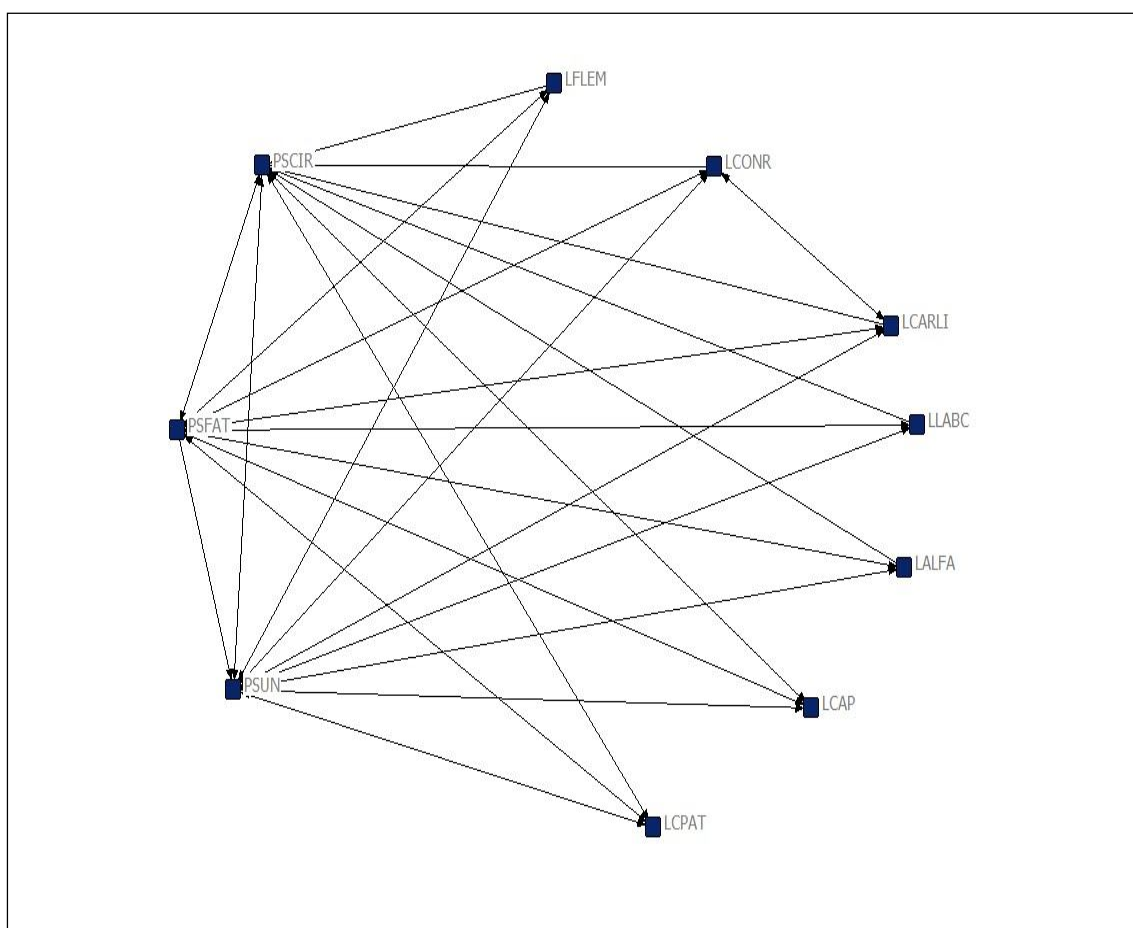
Quadro 36 - Grau de intermediação planos e hospitais.

ATOR	Grau de intermediação
PSUN	14,732
HP	6,949
HC	6,949
PCIRC	4,866
PFAT	4,063
HS	3,601
HF	3,125
CPG	0,357
HG	0

Fonte: elaborado pelo autor.

A seguir, apresenta-se as interações entre os planos de saúde e os laboratórios (Figura 12), utilizando o mesmo critério da análise anterior, com o objetivo de mostrar as interações entre os laboratórios e destes com os planos. Como se pode perceber, existem muito poucas interações entre os laboratórios. O grupo de entrevistados representantes deste tipo de ator, em seus relatos já demonstraram a pouca interação que existe entre eles. Já interação dos laboratórios com os planos é intensa, mesmo que em muitos casos seja conflituosa, conforme os relatos das seções anteriores.

Figura 12 - Interações planos e laboratórios



Fonte: Elaboração do autor.

O quadro 37 a seguir, apresenta o grau de centralidade dos atores do grupo planos de saúde e laboratórios. Com se pode observar, através do grau de entrada normalizado, os planos de saúde da Unimed e do Círculo são os atores que apresentam maior grau de centralidade e por isso mesmo destacam-se nas interações deste grupo.

Quadro 37 - Grau de centralidade das interações entre os planos de saúde e os laboratórios

	Grau de Saída	Grau de Entrada	Grau de Saída Normalizado	Grau de Entrada Normalizado
PSFAT	9	8	100	88,889
PSUN	8	9	88,889	100,000
LCARLI	4	3	44,444	33,333
LCONR	4	3	44,444	33,333
PSCIR	4	9	44,444	100,000
LCAP	3	3	33,333	33,333
LLABC	3	2	33,333	22,222
LALFA	3	2	33,333	22,222
LCPAT	3	3	33,333	33,333
LFLEM	3	2	33,333	22,222

Fonte: elaborado pelo autor.

Ao analisar o grau de intermediação para o grupo de atores constituídos de planos de saúde e laboratórios, percebe-se (Quadro 38), que os planos de saúde da Unimed e do Fátima são os que mais se destacam, sendo portanto os que mais contribuem para a interação dentro do grupo de atores selecionados.

Quadro 38 - Grau de intermediação planos de saúde e laboratórios

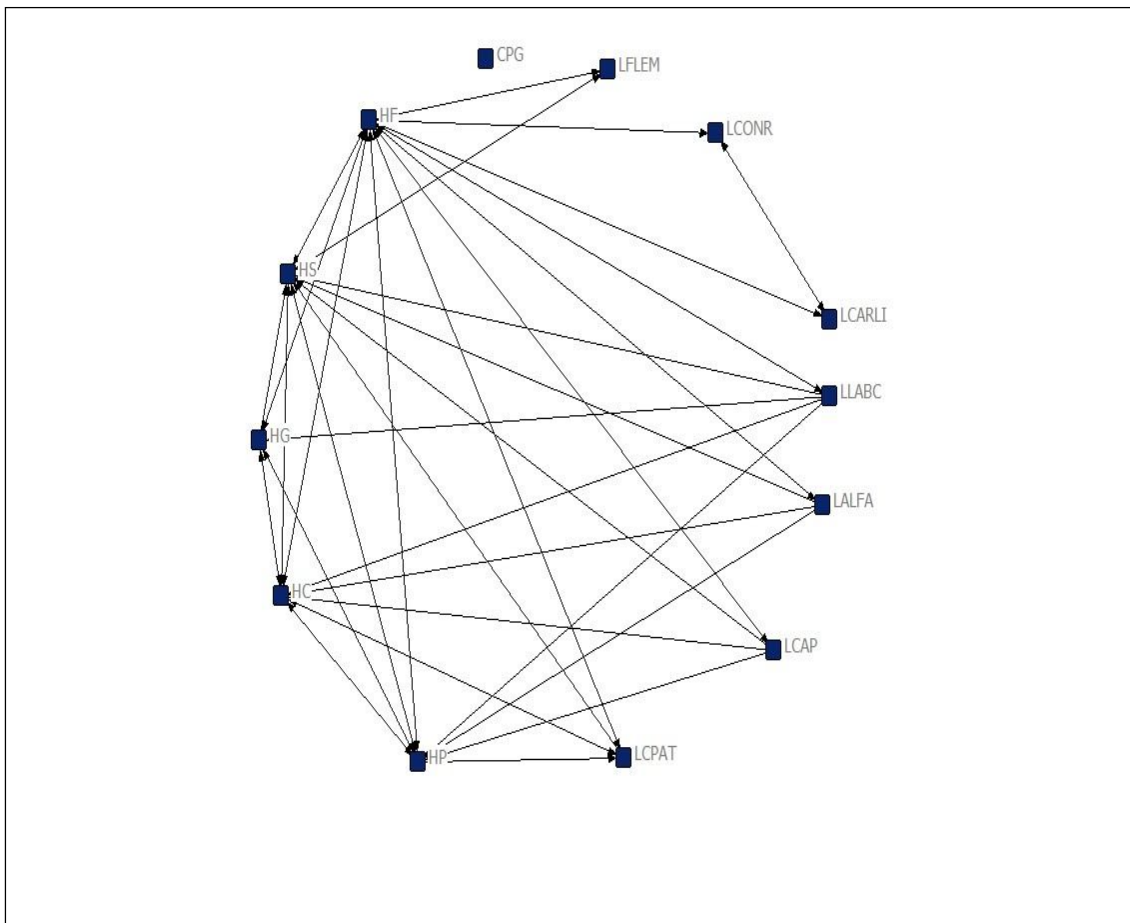
ATOR	Grau de intermediação
PSUN	28,472
PSFAT	28,472
PSCIR	5,729
LCAP	0,174
LLABC	0,174
LCONR	0,174
LCPAT	0,174
LALFA	0,174
LCARLI	0,174
LFLEM	0,174

Fonte: Elaborado pelo autor.

Finalizando a ampliação das interações do polo tecnológico, apresenta-se as interações entre os hospitais e os laboratórios (Figura 13). Estes atores apresentam, no caso dos hospitais, intensas interações entre si, com destaque para a Clínica Paulo Guedes, que relaciona-se com todos, mas de maneira informal, pois o tipo de atendimento neste hospital é diferenciado dos demais. Este ator também fica fora do círculo para demonstrar que não interage com os laboratórios.

Entre os laboratórios, existe uma ligação forte (formal) entre o laboratório Conrad e o laboratório De Carli. Entre os demais laboratórios não existem interações. Já os laboratórios com os hospitais apresentam interações informais, exceto o laboratório Fleming que mantém interação formal com o Hospital Saúde, fato relatado pelos entrevistados representantes de ambos os atores.

Figura 13 - Interações laboratórios e hospitais



Fonte: Elaboração do autor.

Ao analisarmos as interações do grupo formado pelos atores representantes dos hospitais e atores representantes dos laboratórios (Quadro 39), adotando-se a medida de centralidade, verifica-se que considerando o grau de saída normalizado como padrão de análise, teremos o Hospital Fátima como o ator que mais contribui para as interações deste grupo de atores. No entanto, considerando o grau de entrada normalizado, verifica-se que o ator que recebe o maior fluxo de interações é o Hospital Saúde, seguido bem de perto pelos hospitais Fátima, Círculo e Pompéia.

Quadro 39 - Grau de centralidade das interações entre os planos de saúde e os laboratórios

	Grau de Saída	Grau de Entrada	Grau de Saída Normalizado	Grau de Entrada Normalizado
HF	11	8	91,667	66,667
LLABC	5	1	41,667	8,333
HC	5	8	41,667	66,667
HP	5	8	41,667	66,667
HS	4	9	33,333	75,000
LLALFA	4	1	33,333	8,333
HG	4	4	33,333	33,333
LCAP	4	1	33,333	8,333
LCPAT	4	3	33,333	25,000
LCONR	1	2	8,333	16,667
LFLEM	1	2	8,333	16,667
LCARLI	1	2	8,333	16,667
CPG	0	0	0	0

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise do grau de intermediação (Quadro 40), identifica o Hospital Fátima como o ator que mais contribui para a interação no grupo, sendo seguido pelos hospitais Pompéia e do Círculo e também pelo laboratório Laborclin.

Quadro 40 - Grau de intermediação laboratórios e hospitais

ATOR	Grau de intermediação
LCARLI	8,333
LCONR	8,333
HS	38,710
HP	40,000
HF	50,000
HC	40,000
HG	38,710
LFLEM	29,268
LCPAT	38,710
LALFA	38,710
LCAP	38,710
LLABC	40,000
CPG	7,692

Fonte: Elaborado pelo autor.

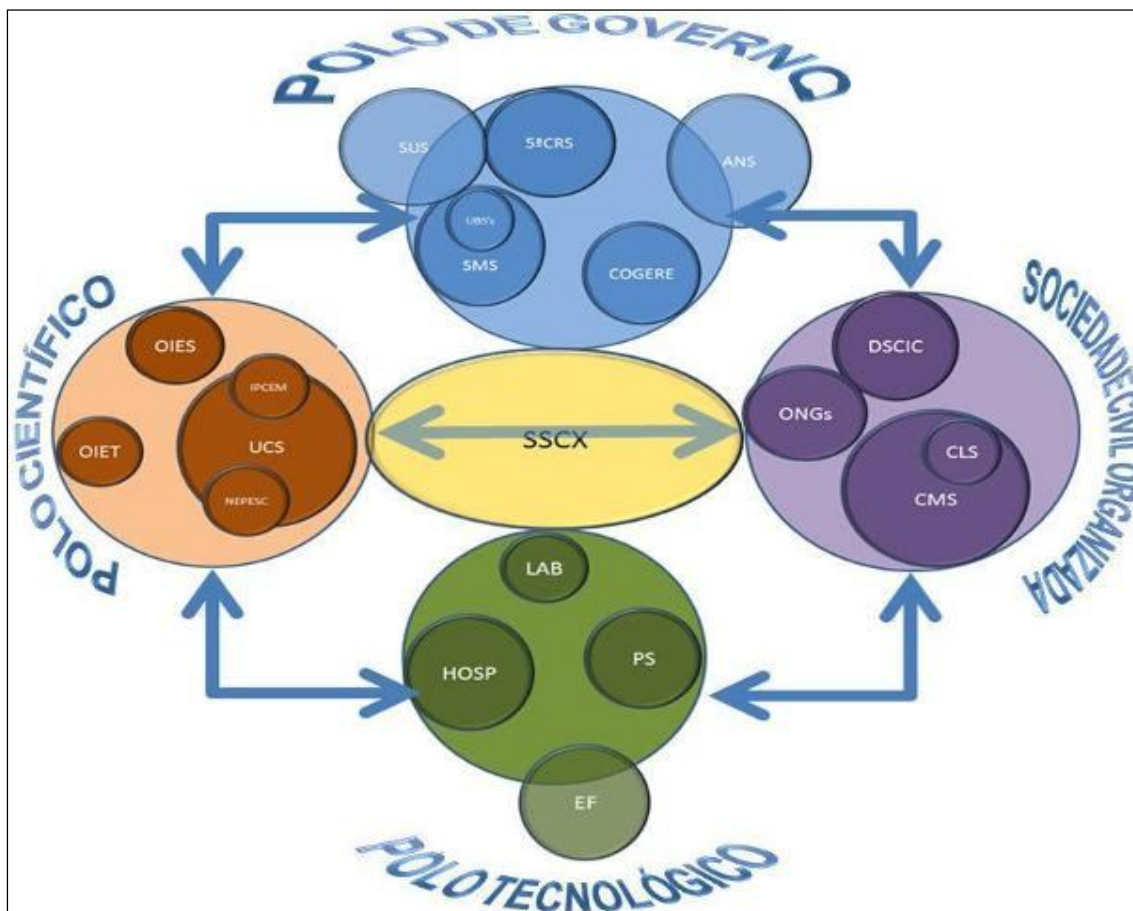
Sendo assim, o modelo proposto para o SSCX, agora ampliado pela alocação dos atores que participaram deste estudo, é apresentado na Figura 14, destacando-se a influência externa da ANS, que embora não tenha uma representação local, torna-se um ator “virtual”, usando as palavras do entrevistado T, que está muito presente e que ao influenciar fortemente

os planos de saúde, acaba influenciando os hospitais, os laboratórios, clínicas, farmácias, enfim um grande número de atores do SSCX.

O SUS também aparece com um ator, não externo, mas regulamentador através das instâncias federal, estadual e municipal. O planejamento e implementação das ações que sustentam o sistema público de saúde acabam influenciando de maneira muito forte o SSCX, pois seus atores ou trabalham vinculados ao SUS ou prestam serviços a este ou, em último caso, são fiscalizados por representantes na esfera municipal (Vigilância Sanitária).

Finalizando, representa-se também a influência dos fornecedores, aqui representados pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (representados na figura como EF - Empresas Fornecedoras). Este sendo um ator externo, muitas vezes uma multinacional, conforme alguns relatos das seções anteriores, mas que influenciam o SSCX, através do fornecimento de tecnologia principalmente, mas também através de treinamentos e cursos oferecidos.

Figura 14 - Modelo ampliado do SSCX



Fonte: Elaboração do autor.

5.3.9 O SSCX comparado a um SLI

O SSCX, pelas interações que apresenta, é vivo e pulsante, consegue organizar-se para superar os obstáculos que se lhe apresentam. É inovador, pois todos os entrevistados informaram que suas organizações inovaram no período recente. Chaves e Albuquerque (2006) apontam algumas características gerais dos sistemas de inovação em saúde. Segundo estes autores, seis pontos importantes caracterizam os SIS. Neste estudo, estes pontos foram utilizados como indicadores comparativos, ou seja, analisou-se o SSCX em relação aos seguintes pontos:

- 1) As universidades e instituições de pesquisa, originam ou recebem grande fluxo de informação científica e tecnológica. As universidades tornam-se foco e centro de convergência de fluxos.
 - a. No SSCX, a UCS realiza pesquisas na área de saúde e forma recursos humanos para o sistema.
 - b. Sua atuação, conforme os relatos já citados em seções anteriores, tem auxiliado na inovação e na mudança do sistema.
- 2) A assistência médica, envolvendo hospitais, clínicas, postos médicos etc., participa também intensamente dos fluxos, interagindo fortemente com as indústrias do setor e com a universidade. Hospitais e centros médicos acadêmicos apresentam demandas para os componentes do subsistema e interagem ao longo do seu desenvolvimento.
 - a. A interação entre os hospitais, laboratórios e planos de saúde (que foram objeto deste estudo) é intensa e gera demandas para os componentes do subsistema.
 - b. No entanto, não foi possível identificar se as clínicas participam neste processo.
 - c. O hospital que hoje desempenha o papel de hospital acadêmico é o Hospital Geral e este interage fortemente com o sistema público de saúde, atendendo expressiva demanda, não só local, mas também regional.
- 3) As instituições de regulação e associações profissionais e escolas médicas cumprem um papel de filtro das inovações geradas pelas universidades e indústrias. Essa combinação de instituições aponta o papel singular desempenhado por ambientes seletivos não-mercantis no setor saúde.

- a. No SSCX, a regulação é desempenhada principalmente pela SMS, através de vários setores e departamentos com atuações específicas.
 - b. A 5ª CRS também participa como reguladora.
 - c. Existe ainda o CMS que em certas ocasiões atua também na regulação.
 - d. A ANS como um ator externo, mas que tem grande importância e atuação no SSCX, também tem funções reguladoras.
 - e. Todos estes atores citados anteriormente atuam em conjunto e realizam em determinados momentos o papel de incentivadores da adoção de novos processos e tecnologias e em outros momentos, como filtro, devido ao poder regulador que possuem.
- 4) As firmas do setor têm graus diferentes de interação com as universidades.
- a. Dentre os atores selecionados neste estudo, não existem empresas de produção de equipamentos ou tecnologias para a saúde, até por não terem sido identificadas empresas deste tipo no SSCX.
 - b. No entanto, os atores alocados no polo tecnológico atuam como empresas em sua maioria (planos de saúde, laboratórios e hospitais privados).
 - c. Estes apresentam graus diferentes de interação com a UCS. No entanto, as maiores interações acontecem com os hospitais e praticamente inexistem interações com os laboratórios selecionados.
- 5) A saúde pública desempenha um papel importante, tendo interações diretas com as universidades e instituições de pesquisa, além de receber as inovações provenientes do complexo médico-industrial. As interações processam-se de forma mediada pelo sistema de assistência médica.
- a. Não existe um complexo médico-industrial no SSCX.
 - b. No entanto, a saúde pública é muito atuante no sistema.
 - c. Existe uma grande interação com a UCS e as inovações são repassadas à saúde pública representada neste estudo pela SMS.
 - d. A SMS, através de contrato com a UCS e também de interações formalizadas com vários dos atores participantes do estudo, realiza a mediação de grande parte das ações de saúde no SSCX.

- 6) A efetividade das inovações, implementadas pela assistência médica e saúde pública, repercute diretamente sobre o bem-estar da população, que é o objetivo final do conjunto do subsistema de inovação da saúde.
- a. Também aqui é possível observar que o SSCX, justamente por ser Caxias do Sul um município com gestão plena da saúde, aparece como um polo dentro da 5ª CRS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando este estudo, neste capítulo serão apresentadas as considerações finais, a análise dos objetivos propostos, as limitações da pesquisa e sugestões para pesquisas futuras. Visto que a saúde é tema de muitos estudos atualizados no Brasil, embora o enfoque da inovação e dos SILOS seja pouco explorado até o momento, justifica-se a dificuldade na busca de referenciais no primeiro momento do estudo. Mas este mesmo problema, visto sob outro prisma, demonstra haver um vasto campo a ser trilhado, com inúmeras opções de estudo, certamente podendo agregar valor ao trabalho em saúde no município, no estado e até mesmo no país.

6.1 CONCLUSÕES

Durante este trabalho, o contato com pessoas que fazem parte do SSCX, que o tornam vivo e criam interações interessantes e importantes, mostrou que a inovação na saúde passa principalmente pela capacitação das pessoas que trabalham em saúde, pela humanização de processos e procedimentos, e pelo desenvolvimento e difusão do conhecimento que é gerado nesta rede e que necessita ser melhor divulgado.

A adoção de novas tecnologias no SSCX é influenciada fortemente pelo SUS regulamentador, pela ANS também regulamentadora e pela competição entre os próprios atores, embora esta competição seja muito pouco incentivada ou trabalhada. Não existe uma competição na saúde pública, melhor hospital, melhor laboratório. Os usuários são encaminhados pelo sistema sem escolha. Sob o ponto de vista da saúde, a gestão plena é

uma vantagem e aglutina regionalmente as ações de saúde, o que gera maiores fluxos financeiros para o SSCX.

Assim, acontecem inovações no sistema, não em grande número e não de forma aleatória, mas resultado de incentivos externos ou da própria competição entre alguns atores que competem pela prestação de serviços. O SSCX apresenta, como verificado na seção 5.3.9, algumas características esperadas de um SLI. Ainda, considerando-se que o complexo médico-industrial é representado por atores externos, que atuam no sistema, geralmente através dos médicos, que acabam incentivando ou mesmo determinando o uso de novas tecnologias, como foi possível verificar nos relatos dos representantes dos planos de saúde, pode-se considerar o SSCX um SILOS que através da interações de seus atores consegue em determinados momentos inovar, ainda que de maneira isolada.

6.2 DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

O objetivo geral da presente pesquisa consiste caracterizar as interações entre os atores selecionados do SSCX e verificar se é possível identificar interações que possam caracterizar o SSCX como um SILOS. Para atingir este objetivo, foram realizadas entrevistas com atores inicialmente selecionados do SSCX e através destes identificar outros atores que deveriam participar do estudo. Selecionados os atores, procedeu-se uma série de entrevistas semiestruturadas em profundidade, para atingir o objetivo proposto.

Inicialmente, através das entrevistas propostas nas duas fases da pesquisa, verificou-se: a) a existência de interações entre os atores selecionados e b) caracterizou-se o tipo de interação existente entre os atores em formais, informais ou não existentes, e foi possível observar as interações para todos os atores selecionados neste estudo.

A seguir, no desenvolvimento do trabalho, foi possível, através dos relatos dos entrevistados, refinar o tipo de interações e sua ligação com as inovações, verificar a percepção dos atores participantes sobre o papel da universidade no SSCX, identificar alguns problemas pontuais do SSCX e também identificar outros atores que podem servir de base para novos estudos. Foram propostos quatro objetivos específicos para este trabalho e o Quadro 41, abaixo, demonstra estes objetivos e os relaciona com o capítulo e seção onde pode-se evidenciar que os mesmos foram atingidos.

Quadro 41 - Objetivos específicos e atendimento do objetivo

Objetivo Específico
<p>Identificar e caracterizar os atores selecionados do SSCX</p> <p>Os atores participantes deste estudo foram identificados e caracterizados individualmente no capítulo 5, apresentados com suas principais características e responsabilidades dentro do SSCX. (Seção 5.1.3)</p>
<p>Verificar se existem interações entre os atores identificados</p> <p>As interações entre os atores foram apresentadas em quadro resumo no capítulo 5 e também desenvolvida ao longo do capítulo, com a apresentação de relatos individualizados dos atores referenciando suas interações com os demais atores do sistema. (Seções 5.3.2 e 5.3.3).</p>
<p>Existindo as interações, verificar se são suficientes para caracterizar o SSCX como um SILOS.</p> <p>As interações apresentadas pelos atores selecionados (Capítulo 5), aliadas ao fato do Município de Caxias do Sul possuir a gestão plena do sistema de saúde municipal permite classificar o SSCX como um SILOS.</p>
<p>Verificar se os atores selecionados consideram-se inovadores.</p> <p>Os relatos dos atores comprovam que grande parte dos mesmos consideram-se inovadores. Os atores A, C, D, V, X, Y, E, F, H, I, J, K, L, M, N, Q, R,S e T, consideram que já realizaram inovações. (Seção 5.3.3)</p>

Fonte: Elaboração do autor.

Assim, tanto o objetivo geral, quanto os objetivos específicos propostos para a pesquisa foram atingidos. As seções a seguir apresentam as limitações da pesquisa e as lições do pesquisador ao realizar o trabalho e, por fim, a sugestão de trabalhos futuros sobre o tema que é rico e apresenta um grande espaço a ser explorado.

6.3 LIMITAÇÕES E LIÇÕES DA PESQUISA

Por estar formatada como um estudo de caso, esta pesquisa limitou-se a considerar as interações entre os atores selecionados, não permitindo uma maior abrangência de resultados.

Durante a pesquisa também verificou-se que a área de atuação da saúde é muito ampla e que existem muitos atores que contribuem para o funcionamento do SSCX e que não estavam representados no presente estudo.

As lições da pesquisa vieram dos entrevistados e também da pesquisa em dados secundários. O setor da saúde está organizando-se muito bem e o crescimento das interações é nítido. Investimentos em comunicação e sistemas que permitam as interações tornam cada dia mais fácil o acesso rápido e livre a informações importantes sobre a saúde no Brasil. Os novos sistemas de troca de informações que estão sendo implementados, logo poderão facilitar pesquisas como a que ora foi realizada.

6.4 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS

Esta pesquisa apenas indicou mais alguns atores a serem considerados para estudos futuros do SSCX, visto que este sistema necessita ainda de um mapeamento mais completo. No entanto, a complexidade do tema saúde leva a várias áreas e inúmeras interações, com a educação, a nutrição, a segurança e outras áreas ainda. São caminhos abertos, que convidam os pesquisadores a trilhá-los.

A importância do profissional médico na escolha e adoção de novas tecnologias em saúde é outro tema para pesquisas futuras, assim como um estudo sobre as inovações nos processos em clínicas, hospitais, laboratórios, que efetivamente resultaram em melhorias no atendimento e no bem estar da comunidade.

A ação importante das UBS's no sistema público de saúde do município deve ser melhor estudada e entendida. Trabalhos que resultem em inovações em processos nestas unidades podem ter um grande impacto social. Pesquisas sobre o processo de humanização do SUS também podem resultar em melhorias para a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta; CASSIOLATO José Eduardo. As especificidades do sistema de inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. **Estudos FESBE**. Belo Horizonte: FESBE, 2000. Disponível em: <http://www.fesbe.org.br/v3/index.php?page=geral/pagina_sim&code=estudosfesbe&tipo=estudosfesbe> Acesso em: 10 nov. 2007.

_____; SOUZA, Sara Gonçalves Antunes de; BAESSA, Adriano Ricardo. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2004, vol.9, n.2, pp. 277-294. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2009.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Distritos sanitários: concepção e organização. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Série Saúde & Cidadania**, v 1. São Paulo: 1998.

AMATO NETO, João. **Redes de cooperação produtiva e clusters regionais: oportunidades para as pequenas e médias empresas**. Editora Atlas. São Paulo: Fundação Vanzolini, 2000.

BABBIE, Earl. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa Edições 70. Lisboa, 2004.

BAUER, M. W. e GASKELL, G. **Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook**. London: Sage, 2000.

BELL, G.; CALLON, M. Réseaux technico-economiques et politiques scientifique et technologique. **STI Revue**, n. 14. Paris, 1994.

BELL, M. **Science and technology for development: ripe for L20 initiatives?** Background paper to the L20 Workshop. UNU-MERIT. Maastricht, March 7-8, 2006.

BELLO, J. L. P. **Metodologia Científica**. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met01.htm>> Acesso em: 04 fev. 2008.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC. Opinião Pública, Campinas, v. 2, n. 1(3), 2005, p. 68-80. Disponível em: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pfd. Acesso em 21/01/2009.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência À Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília. 1990. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABCdoSUS.pdf> Acesso em: 12 nov. 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. - 3. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOMAR, M. **Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração**. Revista de Administração, São Paulo, v.26, n.3, p.95-97, Julho/Setembro.

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

CASSIOLATO José. E.; LASTRES, Helena M. (coords). **Arranjos e Sistemas Produtivos Locais e as Novas Políticas de Desenvolvimento Industrial e Tecnológico**. Rio de Janeiro: IE.UFRJ, 2000. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____; _____. **Arranjos e Sistemas Produtivos Locais na Indústria Brasileira**. Revista de Economia Contemporânea, v. 5, número especial, 2001. p. 103-136. Disponível em: <www.ie.ufrj.br> Acesso em: 15 mar. 2009.

_____; _____. MACIEL, M. M. L. (eds.) **Systems of innovation and development: evidence from Brazil**. Cheltenham: Elgar, 2003.

_____; _____. Sistema de inovação e desenvolvimento as implicações de política. São Paulo Perspec, São Paulo, v. 19, n.1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02 jul. 2009.

_____; José E.; SZAPIRO, Marina. **Arranjos e Sistemas Produtivos e Inovativos Locais no Brasil**. Projeto: Proposições de Políticas para a Promoção de Sistemas Produtivos Locais de Micro, Pequenas e Médias Empresas. Rio de Janeiro, setembro de 2002. Disponível em: <www.ie.ufrj.br/redesist> Acesso em: 07 nov. 2008.

CASTELLS, M. **The rise of the network society**. Oxford: Blackwell, 1996.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**. ano 4, n. 7, jan./jun. Porto Alegre : 2002, p.122-135.

CHAVES, Catari Vilela; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta. Desconexão no sistema de inovação no setor da saúde: uma avaliação preliminar do caso brasileiro a partir de estatísticas de patentes e artigos. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, out/dez.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 27 jul. 2009.

- CHIZZOTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.
- CHURCHILL, Gilbert A., Jr. A paradigm for developing better measures of marketing constructs. **Journal of Marketing Research**, v. XXI, p. 64-73, 1979
- CONASS. **SUS - Avanços e Desafios**. CONASS Documenta. 2006.
- CONDE, Mariza Velloso Fernandes; ARAÚJO-JORGE, Tânia Cremonini de. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 8, p. 727-741, 2003.
- COOKE, P.; MORGAN, K. **The associational economy: firms, regions and innovation**. New York: Oxford University Press, 1998.
- COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- CRESWELL, John W. **Research design: qualitative e quantitative approaches**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.
- _____. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- D'AVILA GARCEZ. C. M. Sistemas Locais de Inovação na Economia do Aprendizado: uma abordagem conceitual. **Revista do BNDES**, 14: (7) 351-366. Dezembro. 2000.
- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. Atlas: São Paulo, 2002.
- ELIAS, Paulo Eduardo. **Sistemas de saúde**. Material de disciplina. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/cedem/>>. Acesso em 19 mai. 2009.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-81.
- ESCORSA, P.; VALLS, J. **Tecnologia i innovació a l'empresa: Direcció i gestió**. Barcelona. Edicions UPC, 1996. p.15-42.
- ETZKOWITZ, H.; MELLO, J. M. C. **The rise of a triple helix culture - Innovation in Brazilian economic and social development**. TMSD 2 (3) 159-171, 2004.
- _____; SPIVACK, R. N. Networks of Innovation: Science, Technology and Development in the Triple Helix Era. **Technology Analysis & Strategic Management**, 13(4), p. 507-521, 15p. Dec. 2001.
- FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.
- FREEBODY, P. **Qualitative Research in Education: interaction and practice**. London: Sage, 2003.

FREEMAN, C. The economics of technical change, **Cambridge Journal of Economics**. 18, p.463-514, 1994.

_____. The national innovation systems in historical perspective. **Cambridge Journal of Economics**. v. 19, n. 1, p. 5-24, 1995.

_____. Innovation in a new context. **STI Review**. 15, OCDE, 1995.

_____. Innovation systems: city-state, national, continental and sub-national. Paper presented at the Montevideo Conference. **University of Sussex**. SPRU (mimeo). 1997.

FROEHLICH, Cristiane; NEUMANN, Leonardo. Desenvolvimento humano em municípios gaúchos: um estudo através da análise fatorial. **Perspectiva Contemporânea**. Campo Mourão, v. 2, n. 2, p. 79-100, jul./dez. 2007.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):47-59, jan-fev, 2003.

GIBBONS, M. **The new production of knowledge**. London: Sage, 1994.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIULIANI, E.; BELL, M. The micro-determinants of meso-level learning and innovation: evidence from a Chilean wine cluster. **Research Policy**, vol. 34(1), pages 47-68, 2005.

_____.; RABELLOTTI, R.; VAN DIJK (Eds.) **Clusters Facing Competition: The Importance of External Linkages**. Ashgate Publishing, 2005.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: v. 35, n. 2, p. 57-63, abril 1995.

GOMES, Leila Cristina Nunes; DALCOL, Paulo Roberto Tavares. Gestão tecnológica em unidades hospitalares: um estudo sobre importância e fatores relevantes. ENEGEP 1999. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1999_A0195.PDF>. Acesso em: 14 abr. 2009.

HAIR, Joseph F., Jr.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise Multivariada de dados**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARTLEY, Jean F. Case studies in organizational research. In: CASSELL, Catherine; SYMON, Gillian. **Quantitative methods in organizational research: a practical guide**. London: Sage, 1994.

HSIAO, William C. **What is a health system? why should we care?**. Harvard School of Public Health. August, 2003. Disponível em < [http://www.hsph.harvard.edu/phcf/ Papers](http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/)>. Acesso em 16 mai. 2009.

HOLLOWAY, Immy; WHEELER, Stephaine. Ethical issues in qualitative nursing research. **Nursing Ethics**, v. 2, n. 3, p. 223-232,1995.

KADUSHIN, C. The motivational foundation of social networks. **Social Networks**, v. 24(1), p. 77-91. 2002.

KALMANOVITZ, S. **Economía y nación**. Bogotá: Siglo XXI, 1988.

KUMAR, V.; AAKER, D. A.; DAY, G. S. **Essentials of marketing research**. New York : John Wiley & Sons, 1999.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 1999.

LUNDEVALL, Bengt-Ake. **National Systems of Innovation - Toward a Theory of Innovation and Interactive Learning**. A. Cassel Imprint; London, England; 1992.

_____. **Innovation, Growth and Social Cohesion: the Danish Model**. Chetenham, Uk: Edward Elgar, 2002. 219p.

MACIEL, Maria Lucia. Hélices, sistemas, ambientes e modelos: os desafios à Sociologia da Inovação. **Sociologias**. Ano 3, n. 3, jul./dez. 2001. p. 18-29. Porto Alegre.

MALERBA, F.; ORSENIGO, L. The dynamics and evolution of industries. **Industrial Corporate Change**. v. 5, n. 1, p. 51-87, 1996.

_____. Sectoral systems of innovation and production: concepts, analytical framework and empirical evidence. **Conference "The Future of Innovation_ Studies"**. Eindhoven University of Technology, The Netherlands, 20-23 September, 2001.

_____. **Sectoral Systems of Innovation - Concepts, Issues and Analyses of Six Major Sectors in Europe**. New York: Cambridge University Press, 2004.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALMBERG, A. Beyond the Cluster - Local Milieus and Global Connections. in PECK, J.; YEUNG, W. (Eds.) **Remaking the Global Economy - Economic-Geographical Perspectives**. SAGE, 2003.

MANUAL DE OSLO. Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. 3 ed. OECD/FINEP. 2005.

MARQUES, E. C. **Estado e redes sociais - permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. São Paulo: Revan, 2000.

MARSDEN, P. Discussion networks of Americans. **American Sociological Review**. V. 52(1), p. 122-131. 1987.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MÉDICI, André Cezar. **Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde**. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm>> Acesso em: 10 out. 2007.

MELO, A. **The Innovation Systems of Latin America and the Caribbean**. Inter-American Development Bank. Agosto. 2001.

MENDES E. V. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão**. In: Freese, E. (org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.

MIEDZINSKI, Michal. **Development policy as a regional innovation policy? Local innovation and knowledge to enhance capacity development**. The young think tank of the Club of Rome. 2006. Disponível em: <www.clubofrome.org/tt30/material/knowledge_sharing_michal.pdf> Acesso em: 01 fev. 2008.

MILES, Matthew B.; HUBERMAN, A. Michael; **Qualitative data analysis**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIR, R. C. Sistemas locales de salud: organización, regionalización, principios generales. In: Paganini JM, Mir RC., editores. **Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos - Metodos - Experiências**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1990. (Pub. Científica n. 519) p. 117-135.

MULLER NETO J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Revista Saúde em Debate* 1991; 31:54-66. OPAS/F. Kellogg. Tendencias contemporaneas en la gestion de la salud: concepto sobre programación en los Sistemas Locales de Salud. In: **Série HSP-UNIR/MANUALES OPERATIVOS PALTEX**, 1996.

NELSON, R. (ed). **National innovation systems: a comparative analysis**. New York: Oxford University, p. 3-21. 1993.

OECD. Dynamising National Innovation Systems. Paris: OECD; 2002.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, 2005, maio-junho; 13(3):423-31.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología..

PAGANINI, José Maria. CAPOTE MIR, Roberto. **Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiências**. Organización Mundial de la Salud. Washington, 1990.

_____. CHORNY, Adolfo H. **Los sistemas locales de salud**: desafios para la década de los 90. In: *Sistemas locales de salud*, vol 109, n 5-6. Washington: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1990.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol & Almeida. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, cap. 20, p. 473-87.

PAIVA, Carlos Águedo. **O que São Sistemas Locais de Produção** (e porque eles são tão importantes na estratégia de desenvolvimento do governo democrático e popular no Rio Grande do Sul). 1º Encontro de Economia Gaúcha. FEE: 2002. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/eeg/index_1eeg.php> Acesso em: 11 dez. 2008.

PEREIRA, J. P. C. N. **Estrutura do arranjo produtivo, da governança e competência coletiva como fatores da competitividade local: um estudo exploratório no município de Holambra-SP**. Disponível em: <www.poli.usp.br/Organizacao/Departamentos/shownamedo.c.asp?codpes=2086560>. Acesso em: 8 out. 2004.

PORTER, Michael. E. **The competitive advantage of nations**. London. Mc Millan, 1990.

_____. **Cluster and the new Economics of Competition**. E. Harvard Business Review. nov-dec. 1998.

_____; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PUGA, Fernando Pimentel. **Alternativas de Apoio a MPMEs Localizadas em Arranjos Produtivos Locais**. Textos para Discussão 99. Rio de Janeiro: BNDES, 2003. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/td.asp>>. Acesso em: 11 dez. 2008.

PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

ROESCH, Sylvia M. A. **Projeto de estágio e de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.icbs.pucminas.br/arq/textos/pol_sau_sus.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2009.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SAXENIAN, A. **Regional Advantage: culture and competition in Silicon Valley and Route 128**. Cambridge. MA: Harvard Business Press, 1994.

SBRAGIA, Roberto (coordenador); STAL, Eva; CAMPANÁRIO, Milton de Abreu; ANDREASSI, Tales. **Inovação: como vencer esse desafio empresarial**. São Paulo: Clio Editora, 2006.

SCHAFF, A. **A sociedade informática**. São Paulo: Unesp/Brasiliense, 1995.

SCHIMITZ, Hubert. **Eficiência Coletiva: caminho de crescimento para a indústria de pequeno porte**. Ensaios FEE, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 164-200, 1997. Publicado em The

Journal of Development Studies, v. 31, n. 4, abril de 1995. Traduzido por Rogério Passos Severo.

SCHLAPFER, A.; MARINOVA, D. Local Innovation Systems: nature, importance and role. Conference Proceedings: International Summer Academy on **Technological Studies: user involvement in technological innovation**. Deutschlandsberg. Austria: 2001.

SCHUMPETER, Joseph A. **The theory of economic development**. Cambridge: Harvard University Press, 1934.

SEBRAE. **Arranjos produtivos locais não podem ser uma babel**. 2003. Disponível em: <http://www.sebraesp.com.br/principal/sebrae%2520em%2520a%C3%A7%C3%A3o/apl/documentosapl/arranjos_produtivos_locais_n%C3%A3o_podem_ser_uma_babel.pdf> Acesso em: 10 out. 2007.

SECRETARIA DA SAÚDE /RS. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre, 2002.

SILVA, A. B. da; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SILVA, P L. B. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. **Cad Fundap**. 1983; 3:27-50.

SOTARAUTA, Markku. Leadership in promotion of regional development an empirical analysis of power and influence tactics in the finnish regional development activity. **SENTE Working Papers**. 2007. Disponível em: <www.sjoki.uta.fi/sente>. Acesso em 04 fev. 2008.

STARFIELD B. State of art on research in equity. **J Health polit Policy Paw**. 2006; 31:11-32.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2007.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

WOLCOTT, Harry F. **Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO; 2000.

_____. **World Health Statistics**. Geneva: WHO; 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO A - ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES PRIMEIRA FASE

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE
Nome:
Instituição:
Cargo que ocupa:
Telefone:

As perguntas a seguir devem ser respondidas a partir da visualização do Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX) como um sistema de interações entre diversos atores que o constituem. A finalidade do SSCX é promover bem-estar da comunidade. Segundo a literatura os atores do sistema de inovação estão divididos em agrupamentos (polos) designados: polo científico, polo tecnológico, polo de governo e polo da sociedade civil organizada.

1. Em sua opinião quais são os atores que integram o SSCX?
2. O que motivou a escolha destes atores?
3. É possível identificar a existência de interações entre os atores selecionados?
4. Que tipo de interação é observável entre os atores?
5. Qual a importância das interações entre os atores do SSCX para a promoção da saúde no município?
6. Existe algum tipo de rede ou atividade cooperativa entre os atores identificados?
7. Existe algum evento que reúna os atores do SSCX e promova um espaço de troca e interação?
8. Sendo positiva a resposta a questão anterior, que evento é este e quais os atores que dele participam?
9. Como classificaria os atores segundo os agrupamentos (polos) do sistema de inovação?
10. Em sua opinião, que outras pessoas poderiam contribuir para a identificação dos atores do SSCX?

11. Gostaria de fazer algum comentário adicional?

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO B - REFERENCIAL TEÓRICO REDUZIDO

INOVAÇÃO

A inovação é vista como um processo de mudança, na qual produtos ou processos novos ou significativamente melhorados substituem os até então existentes. Classificam-se em quatro categorias (TIDD; BESSANT e PAVITT, 2005; BESSANT e TIDD, 2007):

- a) Inovação de produtos e/ou serviços: são mudanças de um produto ou serviço oferecido pela organização;
- b) Inovação de processos: são as mudanças no modo através dos quais os produtos ou serviços são criados e distribuídos;
- c) Inovação de gestão (organizacional - processo mental): mudanças nos modelos mentais subjacentes que moldam o que a organização faz e;
- d) Inovação de marketing (posição competitiva): mudanças no contexto que os produtos ou serviços são introduzidos no mercado.

SISTEMA NACIONAL DE INOVAÇÃO (SNI)

O SNI é uma rede técnico-econômica composta por um conjunto coordenado de atores heterogêneos (laboratórios públicos, centros de investigação, organizações financeiras, empresas, usuários e órgãos públicos), que participam coletivamente na concepção, elaboração, produção, distribuição e difusão dos processos de produção de bens e serviços, através da interação entre os elementos científicos, tecnológicos e de mercado (BELL e CALLON, 1994).

SISTEMA LOCAL DE INOVAÇÃO (SLI)

O SLI é um conjunto de agentes econômicos, políticos e sociais, localizados em um mesmo território, desenvolvendo atividades econômicas correlatas e que apresentam vínculos expressivos de produção, interação, cooperação e aprendizagem. O SLI geralmente inclui empresas e demais organizações voltadas à formação e treinamento de recursos humanos, informação, pesquisa, desenvolvimento e engenharia, promoção e financiamento. (Cassiolo e Lastres, 2005).

SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL (SSCX)

Sistema integrado por atores diversos, todos ligados à área de saúde, cujo objetivo é gerar o bem-estar para a comunidade de Caxias do Sul e promover a inovação na área da saúde. Apresenta como elementos constituintes (atores) o governo, o polo científico, o polo tecnológico e a sociedade civil.

ATORES DO SISTEMA DE INOVAÇÕES

Polo de Governo: atores cuja finalidade é a regulamentação e também o financiamento do sistema;

Polo Científico: atores que realizam pesquisas e desenvolvem medicamentos, serviços e ações dentro do SSCX;

Polo Tecnológico: atores responsáveis pelo desenvolvimento de tecnologias aplicáveis na área de saúde;

Sociedade Civil: representada pelos usuários do sistema e também responsável pelo controle e ações de solicitação de desenvolvimento do sistema.

TIPOS INTERAÇÕES DENTRO DO SISTEMA DE INOVAÇÕES

Não existe interação: quando não existem interações entre os atores do sistema, que possam ser consideradas importantes.

Interações Informais: quando as interações são estabelecidas por pessoas (ex.: algumas pessoas que trabalham em um ator, trocam informações com pessoas que trabalham em outro ator), sem uma formalização ou mesmo um protocolo estabelecido, mas que geram inovações.

Interações Formais: quando existem interações formalizadas entre os atores, através de meios estabelecidos em comum acordo ou protocolos e que geram inovações.

ANEXO C - ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES SEGUNDA FASE

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE
Nome:
Instituição:
Cargo que ocupa:
Telefone:

As perguntas a seguir devem ser respondidas a partir da visualização do Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX) como um sistema de interações entre diversos atores que o constituem. A finalidade do SSCX é promover bem-estar da comunidade. Segundo a literatura os atores do sistema de inovação estão divididos em agrupamentos (polos) designados: polo científico, polo tecnológico, polo de governo e polo da sociedade civil organizada (conforme o referencial teórico reduzido que foi apresentado).

1. A instituição entrevistada apresenta algum tipo de interação em relação aos hospitais de Caxias do Sul? Se existe interação, é possível definir o tipo de interação estabelecida com cada um dos hospitais? A interação é formal ou informal?
2. A instituição entrevistada possui algum tipo de interação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Caxias do Sul? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada UBS? A interação é formal ou informal?
3. Em relação aos laboratórios de análises a instituição entrevistada possui algum tipo de interação? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada laboratório? A interação é formal ou informal?
4. Em relação às empresas farmacêuticas e de tecnologia, a instituição entrevistada possui algum tipo de interação? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada empresa? A interação é formal ou informal?
5. Em relação ao Conselho Municipal de Saúde, a instituição entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação? A interação é formal ou informal?
6. Em relação à Secretaria de Saúde, a instituição entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação? A interação é formal ou informal?

7. Em relação à 5ª Coordenadoria de Saúde, a instituição entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação? A interação é formal ou informal?
8. Em relação a Universidade de Caxias do Sul -UCS, a instituição entrevistada possui algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação?
9. Considerando os planos de saúde, a instituição entrevistada desenvolve algum tipo de interação? É possível definir o tipo de interação referente a plano?
10. A instituição entrevistada possui algum tipo de interação com outros atores da saúde? Com quais? É possível definir o tipo de interação referente a cada ator?
11. A instituição entrevistada gerou alguma inovação nos últimos dois anos, impulsionada pela interação com os atores citados nesta pesquisa?

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO D - PROCEDIMENTOS PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS

- 1) Entrega da carta de apresentação;
- 2) Apresentação do entrevistador, do entrevistado e da instituição de ensino envolvida;
- 3) Agradecimento à disponibilidade do entrevistado em participar da pesquisa;
- 4) Apresentação do objetivo em pesquisa;
- 5) Comunicação sobre o uso das informações, e a finalidade acadêmica e prática da pesquisa;
- 6) Esclarecimentos sobre os conceitos de inovação, sistema nacional de inovação, sistema local de inovação, sistema de saúde de Caxias do Sul e tipos de interações consideradas. Nesta etapa usar os cartões.
- 7) Verificar se existem dúvidas em relação aos conceitos apresentados e o sistema da entrevista;
- 8) Comunicar sobre os demais envolvidos na pesquisa: “A entrevista será realizada com cada um dos principais atores do Sistema de Saúde de Caxias do Sul”;
- 9) Solicitação da permissão para gravação da entrevista;
- 10) Aviso sobre o início da gravação da entrevista.