

INOVAÇÃO EM CLINICAS POPULARES DE SAÚDE: UM ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS NA REGIÃO DO EXTREMO SUL DA BAHIA

INNOVATION IN POPULAR HEALTH CLINICS: A STUDY OF MULTIPLE CASES IN THE SOUTHERNMOST REGION OF BAHIA

INNOVACIÓN EN CLINICAS POPULARES DE SALUD: UN ESTUDIO DE MÚLTIPLOS CASOS EN LA REGIÓN DEL EXTREMO SUR DE LA BAHIA

Rachel de Camargo Serpa de Almeida

Instituto Federal de Brasília
2164978@etfbsb.edu.br

José Geraldo Pereira Barbosa

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)
jose.geraldo@estacio.br

Cecília Lima Queirós Mattoso

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)
cecilia.mattoso@estacio.br



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi descrever quais são as orientações estratégicas utilizadas por três clínicas populares de saúde localizadas no município de Teixeira de Freitas (BA) para desenvolver inovações para pacientes de baixa renda. A pesquisa de campo foi conduzida por meio de um estudo múltiplo de casos com abordagem qualitativa. A coleta de dados envolveu análise documental, observação direta e entrevistas com gestores; médicos; pacientes e recepcionistas. Direcionadas principalmente aos processos, as inovações encontradas são preponderantemente de natureza incremental, do tipo *ad hoc*, e desenvolvidas a partir de um processo de inovação comandado pela prática. Os resultados da pesquisa indicaram as seguintes orientações estratégicas para as inovações: identificar e atender às funcionalidades mais essenciais do público de baixa renda; aumentar a escala de produção; recorrer a canais de distribuição e marketing específicos à baixa renda; construir imagens de produtos adequadas ao mercado popular; e alongar financiamentos com prestações baixas.

Palavras-Chave: inovação; serviços de saúde; comportamento do consumidor; baixa renda.

ABSTRACT

The objective of the research was to describe the strategic guidelines used by three popular health clinics located in the city of Teixeira de Freitas (BA) to develop innovations for low-income patients. Field research was conducted through a multiple case study with a qualitative approach. Data collection involved documentary analysis, direct observation and interviews with managers; doctors; patients and receptionists. Mainly oriented to the processes, the innovations found are predominantly of an incremental nature, of the *ad hoc* type, and developed from a process of innovation commanded by the practice. The results of the research indicated the following strategic guidelines for innovations: identifying and meeting the most essential functionalities of the low-income public; increase the scale of production; to use specific low-income distribution and marketing channels; construct images of products suited to the popular market; and lengthen financing with low installments.

Keywords: innovation; health services; consumer behavior; Low income.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue describir cuáles son las orientaciones estratégicas utilizadas por tres clínicas populares de salud ubicadas en el municipio de Teixeira de Freitas (BA) para desarrollar innovaciones para pacientes de bajos ingresos. La investigación de campo fue conducida por medio de un estudio múltiple de casos con abordaje cualitativo. La recolección de datos involucró análisis documental, observación directa y entrevistas con gestores; médicos; pacientes y recepcionistas. Las innovaciones encontradas son predominantemente de naturaleza incremental, del tipo *ad hoc*, y desarrolladas a partir de un proceso de innovación comandado por la práctica. Los resultados de la investigación indicaron las siguientes orientaciones estratégicas para las innovaciones: identificar y atender a las funcionalidades más esenciales del público de bajos ingresos; aumentar la escala de producción; recurrir a canales de distribución y marketing específicos a la baja renta; construir imágenes de productos adecuados al mercado popular; y alargar financiaciones con prestaciones bajas.

Palabras clave: innovación; servicios de salud; comportamiento del consumidor; De bajos ingresos.

INTRODUÇÃO

No âmbito dos serviços de saúde, o atendimento ao paciente é fundamental na percepção de qualidade dos serviços. Anjos e Lepsch (2010) propõem que a avaliação da qualidade de atendimento dos serviços hospitalares se pautem pelos critérios de acesso e receptividade, bem como na confiabilidade, empatia e gentileza com as quais o paciente é tratado. Para obter a satisfação dos pacientes, nestas e em

outras dimensões, é preciso que os hospitais e serviços relacionados invistam consistentemente em melhorias em seus serviços e processos.

Em mercados afluentes, Nascimento, Yu e Sobral (2008) argumentam que as inovações em produtos e serviços são fortemente influenciadas por preocupações em agregar valor e tecnologia, diferenciar produtos e *lead time*. Entretanto, seriam os critérios de avaliação de qualidade do serviço e as prioridades do desenvolvimento de produtos acima mencionados, válidos para pacientes de outro estrato social? Para Nascimento, Yu e Sobral (2008), as especificidades dos clientes de baixa renda estão a exigir novas estratégias de inovação. Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como objetivo principal descrever quais são as orientações estratégicas utilizadas por clínicas populares do setor privado para desenvolver inovações para pacientes de baixa renda. Para tanto, foram formulados os seguintes objetivos intermediários:

- Identificar as inovações implementadas pelas organizações pesquisadas;
- Relacionar as orientações estratégicas presentes nas organizações pesquisadas com as inovações implementadas.

O objeto de pesquisa se torna relevante na medida em que a nova e emergente classe média brasileira, servida por serviços públicos de saúde estrangulados pela demanda de atendimentos desproporcional à capacidade instalada, vislumbra agora a possibilidade de adesão ao sistema privado das operadoras de planos de saúde. Assim, o paciente de baixa renda passa a representar uma importante fatia de mercado para as organizações do setor de saúde. Atrair e reter esse novo - e exigente - cliente é ao mesmo tempo uma grande oportunidade e um grande desafio para o setor. Os resultados da pesquisa podem ampliar o conhecimento que se tem sobre esta nova classe emergente e suas demandas em termos de serviços que são novos para esse público. A partir deste conhecimento as organizações poderão aperfeiçoar os serviços por elas prestados assim como poderão também focar em inovações orientadas às funcionalidades essenciais desejadas por esse público.

Ainda em termos de contribuição gerencial, as empresas da região do sul da Bahia poderão buscar ou mesmo aperfeiçoar suas inovações e tratá-las de forma mais profissional e sistemática, a partir das análises feitas nesse trabalho.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Gallouj e Weinstein (1997), um produto (serviço ou bem) pode ser enxergado como um conjunto de características e competências: competências dos prestadores de serviços (habilidades individuais de médicos e enfermeiros no *front office* das clínicas de saúde); características técnicas do prestador de serviços (sistemas organizacionais tangíveis e intangíveis usados no *back office* das clínicas de saúde); competências do cliente (habilidades individuais dos pacientes); características técnicas dos clientes (processos e conhecimento dos pacientes usados no consumo do serviço). Estas características e competências são refletidas nas características finais do serviço prestado (conceituação do serviço de saúde oferecido pelas clínicas de saúde).

Inovação

Para Gallouj e Weinstein (1997), as inovações emergem como uma mudança nas características (técnicas, serviço ou competências) levada a termo por meio de determinadas “operações”: adição, subtração, associação, dissociação ou formatação. Gallouj e Weinstein (1997) identificam cinco modos segundo os quais ocorre o processo de inovação: inovação radical; inovação de melhoria; inovação incremental; inovação por recombinação; inovação *ad hoc*; e inovação por formalização. Em especial a inovação *ad hoc* é a construção conjunta de uma solução para o problema colocado pelo cliente por

meio da interação entre este e o produtor/prestador de serviço que provoca alterações nas características do serviço. A natureza interativa desse tipo de inovação limita sua reprodutibilidade.

Para Tidd, Bessant e Pavitt (2008) as inovações de produto são entendidas como sendo mudanças nas coisas (produtos/serviços) que uma empresa oferece. Já com relação às inovações de processos, os mesmos autores a definem como sendo a mudança na forma em que os produtos/serviços são criados e entregues. Com relação à inovação de marketing, os autores as definem como redirecionamento de produtos/serviços para outros mercados ou para mercados ainda não existentes (necessidades latentes).

Usualmente as inovações são diferenciadas por seu grau de mudança em relação às versões anteriores de produtos e processos. Assim, em termos de grau de novidade elas podem ser caracterizadas como inovações incrementais que não rompem a trajetória evolutiva do produto em termos de *design* e/ou tecnologia incorporada ou inovações radicais que possuem alto grau de novidade, pois rompem as trajetórias existentes, inaugurando uma nova rota tecnológica (TIGRE, 2006). Algumas vezes, acrescentam Tidd, Bessant e Pavitt (2008), a inovação envolve mudanças descontínuas, mas na maioria das vezes ela ocorre de forma incremental.

Aprofundando-se na questão dos pacientes, Reed *et al* (2012) avaliam a importância dada atualmente à inovação centrada no paciente quando se fala em serviços de saúde. Ela se reflete no desenvolvimento, por exemplo, de sistemas de atendimento *home care*, tomadas de decisões compartilhada com pacientes e familiares, além de reformas nos sistemas de pagamento da saúde privada. Para os autores a inovação centrada no paciente, como resultado do direcionamento estratégico das organizações para esse fim, propicia redução de custos, melhoria da qualidade e sobrevivência organizacional.

Sobre processos de inovação em organizações do setor de serviços, como é o caso dos serviços hospitalares prestados por clínicas populares, Toivonen (2010) afirma que três tipos de processos de inovação são usualmente utilizados por organizações do setor de serviços: (i) inovação como um projeto separado da prática; (ii) inovação como um modelo de aplicação rápida; e (iii) inovação comandada pela prática. Os modelos diferem entre si em dois pontos: se a inovação é deliberadamente desenvolvida e se a parte principal do processo de inovação é levada a termo antes que o serviço novo ou melhorado esteja em uso no mercado. No processo de inovação como um modelo de aplicação rápida, a ideia de um serviço novo ou melhorado é rapidamente lançada no mercado e desenvolvida simultaneamente com a implementação da inovação, podendo ser mais efetivo particularmente em circunstâncias que envolvem muitas incertezas. De acordo com Toivonen, a razão principal para o uso deste modelo parece ser o fato de que um novo serviço inclui muitas questões que não podem ser corretamente colocadas – menos ainda respondidas – sem operar no mercado real, ou seja, junto aos pacientes. Uma necessidade urgente do mercado (pacientes) pode funcionar como uma motivação adicional para o uso deste modelo. Neste modelo, o planejamento do desenvolvimento da inovação não precede sua implementação.

Estratégia

Do ponto de vista estratégico, o estudo de Bora, Monteiro e Machado (2013) avalia que a tendência no setor hospitalar é de orientação para aumento de competitividade, acabando as empresas de saúde por desenvolver inovações mais incrementais do que radicais, a maioria delas com enfoque na redução de custos e na conquista de maior velocidade nos atendimentos.

Tratando-se do comportamento do consumidor, Solomon (2011) afirma que o comportamento de consumo reflete principalmente as atitudes do indivíduo frente ao dinheiro; e em segundo lugar a confiança diante da economia e seus desdobramentos ("comprar agora" ou "deixar para depois"). Nesse contexto, o aumento nas últimas duas décadas do nível de renda daqueles que Prahalad (2010) denomina como "base da pirâmide", origina uma demanda de consumo por produtos que não pode ser esquecida pelas empresas.

Ao analisarem o comportamento do paciente frente aos serviços de saúde, Anjos e Lepesch (2010) sugerem que, ao menos no âmbito hospitalar, a satisfação do mesmo advém de um conjunto amplo de fatores, como tratamento eficaz, gestão dos processos e evidências de conforto e comodidade. Soma-se a isso o desafio de mensurar a qualidade percebida pelos pacientes nos serviços hospitalares, que deve estar consoante com o valor percebido, o avanço tecnológico e a agilidade no tratamento, incluindo a diminuição do tempo de hospitalização (ANJOS; LEPSCH, 2010).

Para Thakur, Hsu e Fontenot (2012), o processo de inovação no setor de saúde envolve diversos atores intra e extraorganizacionais, como governo, agências reguladoras, a própria organização e sua cultura (mais ou menos resistente à inovação), além dos processos internos que devem ser cumpridos sistematicamente desde a gênese do projeto de inovação até sua efetiva adoção. Para estes autores o sucesso do prestador de serviços está relacionado à forma como ele gerencia as interações complexas existentes entre pacientes, contribuintes, prestadores de serviço e fornecedores. Assim como em setores tradicionais, a estratégia de inovação está ligada às competências da organização, ao perfil dos pacientes e aos novos conhecimentos, da mesma forma as organizações do setor de saúde devem alinhar sua estratégia com a cultura organizacional, o perfil dos pacientes atendidos e com as práticas desenvolvidas até mesmo por seus concorrentes, a fim de se manterem vivas num cenário de grande rivalidade.

O fator comprometimento também parece ser em termos de assistência médica, um fator determinante do sucesso de organizações do setor, pois nesse caso a equipe torna-se profundamente envolvida com a gestão e menos hesitante em relatar erros e aprender com eles (KHATRI *et al.*, 2006). Assim, o comprometimento dos gerentes de nível médio tende a influenciar na eficácia da implementação da mudança quando esses assumem conduta proativa e criam "um clima organizacional onde a pró-atividade é recompensada, apoiada e esperada" (BIRKEN *et al.*, 2012, p.29).

Já quanto ao papel da tecnologia da informação (TI) nos serviços de saúde, tem-se que a mesma é crucial (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; SMITH; FINGAR, 2007), principalmente quando os representantes dos departamentos envolvidos (especialistas em TI ou não) se tratam como iguais ou parceiros na inovação. Entretanto Barras (1986) argumenta que os investimentos das organizações do setor de serviços em TI, em um primeiro momento, se manifestam em inovações incrementais para aumentar a eficiência de processos já existentes; em um segundo momento em inovações radicais em processos para aumentar a eficácia dos serviços existentes; e apenas mais tarde em inovações radicais gerando novos serviços. A esta sequência o autor denominou "ciclo reverso da inovação".

Barbosa e Gadelha (2012) enfatizam o papel central dos serviços hospitalares na dinâmica de inovação em saúde, setor esse que conta ainda com outros importantes atores como empresas farmacêuticas, institutos de pesquisa e universidades. Esta influência se faz sentir em procedimentos clínicos, estratégias organizacionais, tecnologias, modelos de gestão e interações prevalentes no setor de saúde.

Clínicas Low Cost

No Brasil, os números do censo (IBGE, 2010) demonstram que o país é formado, em sua maioria, por famílias que dispõem de renda per capita entre meio e dois salários mínimos, figurando nesse estrato as classes C e D (ABEP, 2013). Para Rocha e Silva (2009), o acesso ao consumo, ao permitir a inserção destas classes no que se costuma chamar de "nova classe média", acaba funcionando além do plano do atendimento às necessidades fundamentais, mas se comporta como mecanismo de inclusão social de significados altamente simbólicos.

Um produto ou serviço direcionado à base da pirâmide, numa visão estendida, é aquele que, segundo Nascimento, Yu e Sobral (2005), atenderia não apenas aos níveis de renda e qualidade destes consumidores, mas também incluiria: condições específicas de crédito, pontos-de-venda e atendimento facilitadores para aquisição pelo público-alvo; confiabilidade; fatores humanos; facilidade de manutenção, instalação e suporte; tempo de entrega; e facilidade de acesso. As ações de marketing,

portanto, devem se diferenciar para atender às especificidades do consumo de baixa renda. Assim, o desenvolvimento de estratégias direcionadas à baixa renda se cerca de variáveis específicas ao segmento, conforme o conceito de *fit strategy* proposto por Oliva *et al* (2010). Para estes autores, no atendimento à base da pirâmide não basta adotar uma estratégia genérica de baixo custo. Esse consumidor exige mais.

Tratando-se das estratégias de inovação voltadas para o segmento de baixa renda, os resultados dos estudos de Prahalad (2005), e de Nascimento, Yu e Sobral (2008) sugerem a necessidade de se abordar de forma diferenciada esse processo de inovação. A criação e estabelecimento de inovações nos mercados de baixa renda segue uma lógica diferenciada dos mercados tradicionais porque, enquanto itens como *upgrade* tecnológico e agregação de valor são foco do desenvolvimento de produtos de modo geral, nos produtos populares essa grade de prioridades se amplia para atender às especificidades do segmento (NASCIMENTO; YU; SOBRAL, 2008). Por exemplo, questões como racionalização (enxugamento das operações) e distribuição diferenciada (para que o produto de fato chegue até o consumidor de baixa renda com facilidade e baixos custos) são alguns dos desafios da inovação nesse segmento.

Os resultados da pesquisa de Bastos e Fasolo (2013) sobre fatores de influência sobre a satisfação do paciente de baixa renda em relação aos serviços de saúde ambulatoriais privados e públicos indicam que os serviços privados são, por si só, mais bem avaliados pelos consumidores de baixa renda do que aqueles ofertados pela rede pública. Fatores como facilidade de agendamento de consultas, cordialidade das recepcionistas e do corpo médico, bem como a agilidade no atendimento, foram os mais perceptíveis pelo consumidor de baixa renda ao avaliar os serviços de saúde ambulatorial prestados (BASTOS; FASOLO, 2013).

Regonha (2005) destaca a atuação das chamadas "clínicas populares". Esses estabelecimentos, de caráter ambulatorial na maioria dos casos, estão presentes principalmente nos centros urbanos brasileiros, e possuem forma de atuação diferenciada das clínicas privadas tradicionais nos seguintes sentidos: utilização de economias de escala e forte cultura de redução de custos.

Victalino (2004) expõe a franca expansão das clínicas populares na cidade de Salvador (BA) como forma de preencher o vazio existente entre o atendimento fornecido pelo SUS e o alto comprometimento de renda gerado pela adesão aos planos particulares de saúde. Fernandes e Lima (2006) também pesquisaram as clínicas populares, em especial o *cluster* formado por esse tipo de estabelecimento no centro do Recife (PE). Da mesma forma como indicado na pesquisa de Victalino (2004), as clínicas populares instaladas no centro de Recife parecem se valer do tamanho inadequado da rede pública de saúde frente à procura da população de baixa renda, para criarem um mercado próprio com uma dinâmica de formação de preços e política de atendimento totalmente direcionadas a esse público.

Dentre os dados interessantes colhidos nas pesquisas sobre clínicas populares tem-se: a concentração desses estabelecimentos no entorno dos grandes hospitais públicos de referência; visão mercantil dos médicos fundadores das clínicas; e agrupamento das clínicas em um polo médico na região central da cidade, compartilhando recursos, equipamentos e até mesmo políticas específicas de financiamento com a finalidade de melhoria no atendimento e obtenção de capacidade tecnológica para realização de consultas, exames e diagnósticos, até mesmo em procedimentos de maior complexidade (FERNANDES; LIMA, 2006; GODOY; SILVA; SILVA, 2006).

Mais recentemente, o trabalho de Godoy, Silva e Silva (2012) sobre o espaço urbano conhecido como Pólo Médico de Recife (PMR) constatou que tais clínicas praticam valores para consultas médicas variando entre 8 e 9,7% do salário mínimo, indo até 16% quando se trata de exames complementares. Elas também fazem amplo uso de soluções de mídia simples, baratas e de fácil penetração entre o público que se deseja atingir, tais como internet; recomendação dos funcionários de hospitais públicos próximos ou dos próprios usuários das clínicas populares; indicação de taxistas e demais frequentadores do Centro de Recife. Ademais, o PMR também se destaca pela cooperação entre os profissionais de saúde nele inseridos. Segundo Godoy, Silva e Silva (2012, p.8):

Grande parte dos médicos que atendem nas clínicas e nos consultórios também trabalha em hospitais de grande porte públicos e privados da capital e, em alguns casos, eles disponibilizam os próprios equipamentos para a efetivação de exames nos pacientes e revezam os consultórios com médicos de outras especialidades.

METODOLOGIA

O presente trabalho utilizou a abordagem qualitativa, uma vez que se pretendia descrever e interpretar as orientações estratégicas utilizadas por clínicas populares que desenvolvem inovações centradas no consumidor de baixa renda. Orientada para processos, e não para resultados, a abordagem qualitativa presta atenção aos detalhes e busca construir teorias (MARTINS; TEÓFILO, 2009, p.141).

Quanto aos meios e à finalidade, o estudo caracterizou-se como pesquisa de campo de finalidade descritiva, pois “procura expor características de determinada população ou de determinado fenômeno” (VERGARA, 2009, p. 45). A estratégia metodológica adotada foi o estudo de casos múltiplos, pois foram comparadas as evidências encontradas em três clínicas populares. Segundo Yin (2009), o estudo de casos múltiplos é uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo, em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, como nesse caso.

As unidades de análise pesquisadas, escolhas por critério de acessibilidade, foram três clínicas populares privadas de multiespecialidades localizadas no município de Teixeira de Freitas (BA), polo de atratividade comercial e de serviços que serve como referência na região conhecida como extremo sul da Bahia.

A seleção dos 18 sujeitos da pesquisa para a realização de entrevistas semiestruturadas nas unidades de análise também se deu por acessibilidade. Procurou-se confrontar as percepções de diversos atores organizacionais sobre inovações em saúde centradas na baixa renda, proposta pertinente com a triangulação de evidências mencionada por Quecedo e Blázquez (2002), e corroborada por Vergara (2009). Foram levadas a cabo em cada uma das 3 unidades de análise seis entrevistas com: um gestor (proprietário da clínica ou sócio-gestor); um médico conveniado (profissional médico que atende na clínica popular, estabelecendo ou não com ela relação de vínculo empregatício); um recepcionista (funcionário envolvido diretamente com o atendimento ao paciente de baixa renda); e três pacientes (consumidor de baixa renda efetivamente usuário dos serviços ofertados pela clínica popular). Os dados demográficos dos sujeitos da pesquisa podem ser vistos na Tabela I.

Tabela I – Dados demográficos dos sujeitos da pesquisa

(Continua)

| | Idade | Gênero | Renda (classe) |
|----------------------------|-------|-----------|----------------|
| Gestor da clínica A | 41 | Feminino | |
| Médico da clínica A | 64 | Masculino | C |
| Paciente 1 clínica A | 35 | Feminino | C |
| Paciente 2 clínica A | 72 | Feminino | C |
| Paciente 3 clínica A | 58 | Masculino | C |
| Recepcionista da clínica A | 42 | Feminino | D |
| Gestor da clínica B | 32 | Masculino | |
| Médico da clínica B | 37 | Masculino | B |
| Paciente 1 clínica B | 35 | Feminino | C |
| Paciente 2 clínica B | 32 | Feminino | C |
| Paciente 3 clínica B | 46 | Masculino | C |
| Recepcionista da clínica B | 23 | Feminino | C |
| Gestor da clínica C | 40 | Feminino | |
| Médico da clínica C | 59 | Masculino | B |
| Paciente 1 clínica C | 54 | Feminino | D |

(Conclusão)

| | Idade | Gênero | Renda (classe) |
|----------------------------|-------|-----------|----------------|
| Paciente 2 clínica C | 48 | Feminino | D |
| Paciente 3 clínica C | 40 | Masculino | C |
| Recepcionista da clínica C | 26 | Feminino | C |

Fonte: resultados da pesquisa de campo

A primeira fase de coleta de evidências se caracterizou por entrevistas informais junto aos gestores. Pretendeu-se com isso fazer um reconhecimento inicial sobre a estrutura e cultura organizacional das unidades pesquisadas, além de explicitar a temática, os objetivos e a relevância da pesquisa, de modo a obter seu comprometimento com o trabalho de campo. Com relação ao roteiro de pesquisa, as questões indagaram de gestores e médicos as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos anos; a existência de orientações (diretrizes) explícitas ou informais sobre o que deve ser priorizado nas melhorias a serem implantadas; e como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias acima mencionadas, entre outras questões. No que concerne aos pacientes e recepcionistas entrevistados, foram levantados pontos a respeito da percepção de mudanças nos serviços oferecidos, satisfação com as mesmas e características dos serviços oferecidos que pesaram na escolha da clínica pesquisada e não de outras concorrentes ou serviços disponibilizados pelo SUS.

A seguir a análise documental e a observação direta se sucederam, a fim de analisar documentos e outros artefatos disponíveis nas clínicas pesquisadas que se relacionassem com às inovações encontradas e seu direcionamento ao público de baixa renda, bem como dimensionar, no dia a dia, como essas inovações são colocadas em prática.

Sendo a pesquisa realizada através de um estudo de múltiplos casos, a análise de evidências teve como fundamento examinar, categorizar, tabular ou testar evidências com a finalidade de, empiricamente, levar a conclusões sobre o tema em estudo (YIN, 2010).

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seção se inicia com uma breve apresentação de cada uma das clínicas utilizadas nessa pesquisa de campo. Foram omitidos os nomes reais das organizações a pedido das mesmas, sendo a elas atribuídos os códigos Clínica A, Clínica B e Clínica C.

A Clínica A foi fundada em 2010, tendo seu primeiro enfoque de negócios no *home care*, ou seja, a assistência domiciliar privada aos pacientes acamados ou com deficiência de mobilidade. Contudo, após quatro anos de fundação, percebendo as reclamações dos pacientes sobre falta de médicos, atendimento precário, demora na marcação de exames e consultas, principalmente quando se fala em atendimento pelo SUS, os médicos fundadores decidiram reorientar estrategicamente a empresa. Assim, a partir de 2014 a clínica passou a funcionar como um centro de saúde popular multiespecialidades, tendo como objetivos estratégicos melhorar a qualidade do corpo médico e do atendimento de recepção e estabelecer parcerias com instituições assistenciais e filantrópicas para concessão de descontos e gratuidades.

Já a Clínica B foi fundada há 30 anos, inicialmente como um centro de atendimentos ambulatoriais e de internação clínica em diversas especialidades. Após diversas reformas e ampliações das instalações originais, é hoje composta por consultórios para atendimento ambulatorial, centro de diagnósticos por imagem, centro cirúrgico e atendimento de urgência e emergência de pequeno porte. Ou seja, percebe-se que ela é a única que possui estrutura para internação de média complexidade. Fundada por quatro pediatras, a Clínica B não teve como diretriz inicial oferecer atendimento popular. Desde o início oferecia serviços de internação clínica, além de urgência e emergência pediátrica. Porém, por ser uma empresa comandada por um conjunto de médicos, um deles fortemente orientado para o trabalho filantrópico, o estabelecimento acabou por atrair o público de baixa renda, na medida em que

passou a conceder descontos e métodos facilitados de pagamento. Veja no Apêndice A o registro fotográfico das instalações da clínica B.

Por fim, a Clínica C está estabelecida há aproximadamente cinco anos. Dentre os empreendimentos pesquisados, é aquele que oferece o maior conjunto de serviços ambulatoriais especializados, congregando 19 especialidades médicas, além de serviços de apoio e salas alugadas para outros profissionais de saúde – dentistas, laboratório de análises clínicas, serviços de diagnóstico por imagem e convênio de descontos. Assim como a Clínica B, a Clínica C não foi fundada especificamente para o atendimento a pacientes de baixa renda. Seus sócios, diferentemente das outras clínicas pesquisadas, não são médicos, e a visão inicial de negócio foi a de suprir uma lacuna importante na região no que se refere a serviços ambulatoriais privados para as classes média e alta. Este mercado, segundo o depoimento dos sócios, se mostrava promissor devido ao crescimento populacional da região. Contudo, na prática, o empreendimento rapidamente passou a atrair pacientes das classes C e D, pois a maior parte dos médicos associados eram especialistas reconhecidos por sua atuação em hospitais públicos da região. Assim, para permitir o acesso dos pacientes das classes C e D aos seus serviços, a clínica lançou um produto próprio nos moldes de cartão convênio. Por outro lado, a clínica trabalha com pagamentos somente em dinheiro e à vista.

Inovações Encontradas

A partir da tipologia de inovação utilizada pelo IBGE (2011), observou-se que nas clínicas pesquisadas as inovações em processos foram as mais frequentes, seguidas pela introdução de novos serviços. O desenvolvimento de um produto totalmente novo – o cartão-convênio – foi encontrado somente na Clínica C. Tal produto foi desenvolvido especificamente para pacientes de baixa renda e consiste em sua associação à clínica, mediante pagamento de uma anuidade de baixo valor (R\$ 20,00 em 2015). Esta associação dá direito a descontos significativos em consultas e exames feitos na clínica - os percentuais variam de 20% a 50% sobre a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Já a inovação de marketing pode ser percebida na Clínica A, na medida em que mudou sua atividade fim e reformulou a estratégia a fim de se voltar ao público de baixa renda (principalmente idosos). Verificou-se também que as inovações em serviços de saúde nas clínicas populares de Teixeira de Freitas aconteceram, sobretudo, de forma incremental. Esse entendimento acompanha os preceitos de Tidd, Bessant e Pavit (2008) sobre a prevalência de inovações de processo com menor grau de novidade nas organizações em geral em função dos menores riscos percebidos tanto em termos tecnológicos quanto mercadológicos. A única inovação com maior grau de novidade aconteceu na Clínica C, a partir do desenvolvimento de um novo produto – o cartão-convênio, que não é utilizado pelas demais clínicas populares da região.

A principal força motriz para as inovações nas empresas pesquisadas foi o paciente (HERZLINGER, 2006). O direcionamento estratégico e a inovação centrada no paciente, conceito proposto por Reed *et al* (2012), foram amplamente citados por todos os grupos pesquisados nas 3 clínicas, indicando que as metas propostas e ideias levadas adiante têm forte aderência a esse entendimento. Isso contraria, em parte, as conclusões de Bora, Monteiro e Machado (2013) quanto à tendência desse setor em se orientar para o mercado, ou seja, priorizar o desenvolvimento de inovações incrementais com enfoque em redução de custos e agilização dos atendimentos. A pesquisa de campo não encontrou relatos de orientação para o mercado, embora as inovações incrementais sejam as mais citadas. Redução de custos e ampliação da base de pacientes foram destacadas somente na Clínica C.

O Quadro I apresenta de forma resumida as inovações implementadas nas 3 clínicas populares.

Quadro I – Resumo das inovações implementadas

| | |
|-------------------------|--|
| Inovações implementadas | <p>Inovação de produto ou serviço – oferta de novos serviços de tratamento de saúde ao longo do tempo, porém somente na Clínica A foi relatada a existência de uma pesquisa de mercado voltada ao público de baixa renda para suportar essa tomada de decisão. Já a Clínica C desenvolveu um produto inovador voltado para a baixa renda: o cartão convênio, relatado em todos os níveis da pesquisa como principal inovação do negócio;</p> <p>Inovação de processo – investimento em reformas nas instalações físicas que se concentraram na oferta de um ambiente confortável e acolhedor para os pacientes, políticas de atendimento de recepção com enfoque no público de baixa renda (Clínica A), políticas de contratação diferenciadas, investimento tecnológico (Clínica B);</p> <p>Inovação de marketing – as clínicas B e C migraram para o segmento de atendimento privado de saúde para a baixa renda ao longo do tempo, aproveitando de uma oportunidade gerada pelo perfil de mercado local; a Clínica A foi fundada como empresa de <i>home care</i> e mudou efetivamente de segmento de atividade, passando a ser uma clínica popular.</p> |
|-------------------------|--|

Fonte: resultados da pesquisa de campo

Orientações Estratégicas em Inovação

O investimento em tecnologia e equipamentos foi apontado como ação estratégica de inovação somente na Clínica B, embora tenha sido mencionado também na Clínica C, com menor intensidade. Esse cenário pode ser justificado pelo fato das clínicas A e C operarem com procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, enquanto que a Clínica B foi a única que apresentou estrutura hospitalar, o que a torna mais sensível aos agentes externos de regulamentação mencionados no fluxo de inovações proposto por Thakur, Hsu e Fontenot (2012).

Analisando a questão da inovação sob o prisma da interação com empresas do setor farmacêutico e universidades ou centros de pesquisa, conforme proposição de Albuquerque e Cassiolato (2002) percebe-se que as clínicas pesquisadas não percebem a relevância desta interação. O pequeno porte e a localização geográfica dessas clínicas – em cidade do interior do nordeste, distante de empresas farmacêuticas, universidades e centros de pesquisa do setor – pode ser apontada como possível explicação.

Somente a Clínica A procurou de forma consciente se reestruturar em função de um direcionamento específico ao público de baixa renda. A dinâmica do mercado local mostrou-se como principal influência para as demais clínicas se reorganizarem para atender tal faixa de pacientes. Victalino (2004) destaca que a demanda latente da população de baixa renda por serviços de saúde de todos os graus de complexidade abre espaço para o desenvolvimento de estabelecimentos que forneçam estes serviços, de forma a suprir o déficit de assistência pública de saúde decorrentes dos gargalos encontrados nos serviços do SUS.

Quanto à estrutura organizacional, as clínicas populares pesquisadas se apresentam em consonância com os resultados do trabalho de Queiroz, Malik e Stal (2007). Todas elas possuem uma estrutura organizacional que diminui o papel do staff administrativo e permite a participação, principalmente dos médicos, nos processos de tomada de decisão relativos às inovações. Mesmo na Clínica C, onde se evidenciou a insatisfação da gestão quanto à pequena participação dos médicos no processo decisório, essa participação é vista como determinante e se coloca como fator relevante nas reformas administrativas que estão em curso.

Traçando, através do Quadro 2, um paralelo entre as ações de marketing propostas por Rocha e Silva (2008) para atendimento às especificidades dos mercados populares e as evidências destas ações encontradas nas clínicas pesquisadas tem-se:

Quadro 2 – Ações de marketing voltadas para os pacientes de baixa renda

| Elementos do Marketing | Enfoques alternativos |
|------------------------|---|
| Produto / Serviço | Desenvolvimento de serviços voltados para a baixa renda tem justificativa na realidade socioeconômica local nas três clínicas pesquisadas, como a ênfase nos aspectos tangíveis como as instalações físicas. Utilização de médicos e demais profissionais de saúde que tenham experiência com os serviços do SUS foi citada como diferencial na Clínica A. |
| Preço | Nas três clínicas pesquisadas consultas e exames são mais baratos para os pacientes de baixa renda que comprovam tal situação através de convênio com instituições assistenciais. Adaptação na tabela de preços presentes nas três clínicas para atendimento aos pacientes de baixa renda; desenvolvimento do cartão convênio na Clínica C; ampliação das formas de pagamento e parcelamentos relatada como inovação na Clínica A. |
| Praça | Localização perto do SUS e facilidade de acesso como a marcação de consultas por telefone, com rapidez e flexibilidade de horários. Também as associações com filantropias e redes assistenciais canaliza o acesso às clínicas. |
| Promoção | Cartazes e folhetos informativos fortemente pictóricos são usados para atrair pacientes na Clínica C. O boca a boca sobre os médicos é a forma mais comum de divulgação. |

Fonte: Adaptado de Rocha e Silva (2008), com base nos resultados da pesquisa de campo

Assim como nas conclusões de Pfeiffer e Maffezzolli (2011) a respeito das preferências de consumo da base da pirâmide social brasileira, as questões de qualidade e forma de pagamento foram também determinantes para os pacientes de baixa renda na escolha dos serviços de saúde, o que indica ser esse binômio (preço – qualidade) relevante tanto no consumo de produtos quanto no de serviços.

Mais ainda, verifica-se que as organizações pesquisadas se valeram das ações de *fit strategy* propostas por Oliva *et al* (2010), já que, mais do que adotar estratégias genéricas, nelas pode-se perceber uma preocupação central em oferecer um serviço de qualidade (como decorrência da seleção dos profissionais de saúde envolvidos), acessível ao público de baixa renda e condizente com os anseios e necessidades desse público. O conforto do ambiente e a atenção dispensada pelo pessoal de recepção das três clínicas exemplificam esta tentativa de ajuste entre os objetivos da organização e expectativas de seus pacientes.

O Quadro 3 apresenta de forma resumida as orientações estratégicas para o processo de inovação das 3 clínicas populares.

Quadro 3 – Resumo das orientações estratégicas para o processo de inovação

| | |
|--|---|
| Orientações estratégicas para o processo de inovação | <p>Identificar e atender às funcionalidades mais essenciais do público alvo – variedade e disponibilidade de serviços, atendimento rápido e cordial, redução de filas e diferenciação de preços.</p> <p>Aumentar a escala de produção – mais notadamente na Clínica C.</p> <p>Recorrer a canais de distribuição e marketing específicos – convênios específicos ao atendimento ao público de baixa renda para ampliar a base de pacientes como por exemplo com associações de idosos e prefeituras.</p> <p>Construir imagens de produtos adequadas ao mercado popular – fortemente presente nos materiais promocionais da Clínica C.</p> <p>Alongar financiamentos com prestações baixas – as clínicas A e B adotaram como sistema de pagamento o cartão de crédito, oferecendo diversas formas de parcelamento (com e sem juros).</p> |
|--|---|

Fonte: resultados da pesquisa de campo

Os resultados da pesquisa de Nascimento, Yu e Sobral (2008) sobre as orientações estratégicas de inovação para produtos (bens) populares em empresas do setor industrial, coincidem com os achados encontrados no presente trabalho, uma vez que as clínicas pesquisadas também concentraram seus

esforços em identificar e atender ao público de baixa renda, como por exemplo a flexibilização e o desenvolvimento de novas formas de pagamento. Com discurso de apelo econômico, a gestora da Clínica C foi a única a colocar a importância do aumento da escala de prestação de serviços, manifestada pelo desejo de ampliar o fluxo de pacientes atendidos. A adoção de um cartão convênio próprio e de materiais promocionais direcionados ao público de baixa renda também merecem destaque na Clínica C.

IMPACTOS DAS INOVAÇÕES

Os resultados da pesquisa de campo mostraram que os pacientes de baixa renda avaliam melhor os serviços privados de saúde do que os públicos, em concordância com os resultados da pesquisa de Bastos e Fasolo (2013). Assim, os pacientes das clínicas populares de Teixeira de Freitas (BA) identificaram os seguintes itens: facilidade de agendamento de consultas; cordialidade das recepcionistas e do corpo médico; e agilidade no atendimento, como superiores aos encontrados nos hospitais públicos.

Quanto à percepção dos pacientes sobre as melhorias em serviços de saúde, ela se concentrou na dimensão de instalações físicas (Zolfagharian; Paswan, 2008), seguida pelas dimensões da responsividade (principalmente na Clínica C) e dos funcionários, citados como atenciosos pelos pacientes de todas as clínicas pesquisadas. Tais melhorias, de acordo com Gallouj e Weinstein (1997) ocorreram tanto nas competências dos prestadores de serviços (habilidades individuais de médicos e enfermeiros no *front office* das clínicas de saúde) como também nas características técnicas do prestador de serviços (sistemas organizacionais tangíveis e intangíveis usados no *back office* das clínicas de saúde).

Os resultados da pesquisa de Anjos e Lepsch (2010) indicam que a agilidade no tratamento foi citada por todos os pacientes de três clínicas populares pesquisadas como determinante para a escolha entre clínica popular e serviços do SUS. Isso indica que os mecanismos de regulação próprios do serviço público de saúde (processos burocráticos que por vezes levam a atrasos no atendimento) são percebidos como lentos pelos pacientes de baixa renda. Ainda comparativamente ao SUS, os pacientes relataram a superioridade dos serviços das clínicas populares do ponto de vista da humanização do atendimento, seja por parte de médicos ou de profissionais de recepção.

Finalmente, a penetração dos serviços privados populares de saúde na cidade de Teixeira de Freitas coincide com as proposições de Godoy, Silva e Silva (2012). Ações que usam mídias simples de fácil penetração, além de recomendação de funcionários de hospitais públicos próximos ou dos próprios usuários das clínicas foram citadas como formas de divulgação e ampliação da base de pacientes. A Figura I exemplifica essas ações na clínica C:

Figura I – Totem de divulgação e panfleto promocional na Clínica C



Fonte: pesquisa de campo

A questão de preferência por médicos que atuem também no SUS, como sugerido por Godoy, Silva e Silva (2012), foi indicada como relevante somente na Clínica A, que teve seu planejamento estratégico inicial desenvolvido com enfoque no paciente de baixa renda. Nas demais clínicas, esse movimento de atração de profissionais do SUS ocorreu naturalmente, fruto da ampliação do número de serviços e especialidades ofertados.

O Quadro 4 apresenta de forma resumida os impactos causados pelas inovações implementadas.

Quadro 4 – Resumo dos impactos das inovações implementadas

| | |
|---|--|
| Percepção de melhorias e características dos serviços priorizadas pelos pacientes | <p>Espaço Físico, Tangibilidade e Disponibilidade – melhorias prioritariamente em estrutura física e ampliação de número de serviços e especialistas (conforto, banheiros, oferta de café e água, além da localização das clínicas e disponibilidade para marcação de consultas e exames);</p> <p>Biossegurança, medidas de limpeza e desinfecção do ambiente – limpeza e segurança quanto aos procedimentos foram relatados apenas por pacientes da Clínica B;</p> <p>Acesso e receptividade – os pacientes elogiaram o comportamento dos funcionários de recepção e atendimento, o que foi percebido como principal diferencial frente aos serviços do SUS;</p> <p>Confiabilidade, empatia e gentileza – o ambiente acolhedor e a referência dos médicos foram considerados como prioritários na escolha da clínica popular.</p> |
|---|--|

Fonte: resultados da pesquisa de campo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando de serviços de saúde, o consumo nem sempre pode ser adiado, o que reduz o poder de barganha do consumidor/paciente. A urgência em se obter um diagnóstico ou ter acesso a um tratamento médico mais adequado e especializado faz com que o paciente de baixa renda decida por fazer desembolsos significativos, ao invés de se submeter aos prazos extensos e processos burocráticos impostos pelo sistema público de saúde no país.

A comparação entre serviços prestados pelo SUS e pelas clínicas populares revelou que o paciente de baixa renda valoriza, sobretudo, a agilidade dos processos de agendamento, atendimento e entrega de resultados (responsividade) das clínicas populares, bem como a personalização e humanização dos serviços prestados pelas mesmas. De fato, mecanismos de regulação aos quais os serviços do SUS estão sujeitos, permitem aos serviços privados, que não estão sujeitos aos mesmos, atuarem com maior desburocratização e agilidade. Quanto à personalização e humanização do atendimento, essas foram percebidas pelos pacientes nas clínicas pesquisadas a partir de instalações físicas que remetem ao acolhimento e conforto, assim como a partir da cordialidade e atenção dispensadas por médicos e pessoal de recepção.

Levando-se em conta que a presente pesquisa se concentrou em clínicas populares que disponibilizam serviços de baixa complexidade, é possível traçar um paralelo com os entendimentos de Zeithaml, Bitner e Gremler (2011) a respeito do comportamento do consumidor em serviços. Os serviços de saúde têm características que fazem com que a sua qualidade seja difícil de ser medida por pacientes. Assim, o paciente usa como avaliação a credibilidade, vinda de indicações ou chancela do SUS, e a tangibilização advinda da avaliação das instalações físicas, do ambiente confortável e acolhedor.

A avaliação da qualidade e desempenho dos serviços é bem mais complexa do que em produtos, em se tratando de serviços de saúde, essa complexidade fica ainda mais acentuada. Segundo Zeithaml, Bitner e Gremler (2011), alguns serviços de saúde, como uma cirurgia, não tem como serem avaliados por um leigo nem mesmo depois de experimentar o serviço. Os pacientes, por não disporem de medidas para avaliar a maioria dos serviços de saúde, se pautam em critérios como credibilidade, limpeza e aspectos físico dos ambientes e no atendimento. Dessa forma explica-se a valorização da indicação de bons médicos, do ambiente confortável e acolhedor das clínicas e de outras ações de tangibilização do serviço de saúde.

Avaliando as inovações implementadas pelas clínicas, o alinhamento às expectativas dos pacientes de baixa renda foi efetivamente levado em conta, tanto no investimento em instalações físicas confortáveis e acolhedoras quanto na valorização de profissionais (médicos ou não) dispostos a prestar

atendimento de forma mais humanizada. Somado a isso, políticas de preço e condições de financiamento diferenciadas também fornecem indicativos desse direcionamento.

Já a respeito da relação entre inovações e tecnologia, o fato de as clínicas oferecerem atendimentos de baixa complexidade médica exerceu impacto importante. A influência de investimentos em tecnologia (equipamentos médicos, softwares etc.) sobre as inovações não foi expressiva, à exceção da Clínica B. Isso pode estar relacionado ao fato de ser esta a única unidade de análise que presta serviços de maior complexidade (internação, cirurgias), que dependem mais fortemente da tecnologia para um atendimento adequado.

De modo geral, as inovações encontradas foram de caráter substancialmente incremental, tendo sido desenvolvidas a partir das demandas do dia a dia e das oportunidades identificadas no mercado local. Exceção se faz à Clínica C, cuja inovação cartão convênio foi de fato uma novidade no mercado local e que acabou por conceder à mesma uma importante vantagem competitiva frente às demais clínicas populares.

A dinâmica das inovações nas organizações pesquisadas revelou baixo índice de formalização, tanto na geração de ideias quanto na difusão das inovações implementadas, com menções pontuais à caixa de sugestões, atas de reunião e ofícios. Em outras palavras, verificou-se um predomínio de inovações do tipo *ad hoc*, conforme definido por Gallouj e Weinstein (1997), a partir de um processo de inovação comandado pela prática, de acordo com Toivonen (2010). Foi possível verificar também entre os gestores e demais funcionários entrevistados o entendimento de que um bom clima organizacional e o comprometimento da gestão funcionam como facilitadores às mudanças. THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; BIRKEN et al, 2012)

Finalmente, os resultados da pesquisa sugerem que as orientações estratégicas utilizadas tiveram como foco “identificar e atender às funcionalidades mais alinhadas ao público de baixa renda” (variedade e disponibilidade de serviços, atendimento cordial, redução de filas e diferenciação de preços em função da capacidade de pagamento), seguida pela preocupação em “alongar financiamentos com prestações baixas”. Todas as clínicas também recorreram a “canais de distribuição e marketing específicos ao público de baixa renda” para ampliar a base de pacientes. Foi verificado que tentativas de “obtenção de economias de escala” (massificação dos serviços) e ações de publicidade para “construção de imagem de produtos adequados ao mercado popular” foram iniciativas presentes apenas na Clínica C, aquela que tem uma orientação mais forte para o mercado. Como pano de fundo para as orientações acima mencionadas, todas as organizações relataram que as inovações implementadas ao longo do tempo estão ligadas ao bem-estar do paciente e a uma visão humanitária.

A principal limitação encontrada nesse trabalho é a impossibilidade de fazer-se generalizações estatísticas quanto aos resultados encontrados, uma vez que isso exigiria a adoção de instrumentos estatísticos característicos da pesquisa quantitativa. Contudo, há que se destacar a validade da generalização teórica no que diz respeito à realidade sobre a qual se concentra o estudo. Uma contribuição interessante que novos estudos poderiam trazer seria replicar com melhorias a pesquisa em outras clínicas populares de saúde.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério de classificação econômica Brasil, jan. 2013.

ALBUQUERQUE, E.M.; CASSIOLATO, J.E. As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 4 (88), p. 134-151, 2002.

ANJOS, S.S.N.; LEPSCH, S.L. Desejos e necessidades dos clientes: geração de inovações na qualidade na prestação de serviços hospitalares. In: International Conference on Engineering and Technology Education, II. **Proceedings...** 2010.

BARBOSA; GADELHA, C.A.G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 46 (Supl), p. 68-75, 2012.

BARRAS, R. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, 1986.

BASTOS, G.A.N.; FASOLO, R.L. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n. 1, p. 114-124, 2013.

BIRKEN S.A.; LEE, D.S.; WEINER, B.J.; CHIN, M. H.; SCHAEFER, C. T. Improving the effectiveness of health care innovation implementation: middle managers as change agents. **Medical Care Research and Review**, v. 70, n.1, p. 29-45, 2012.

BORA, S.M.; MONTEIRO, M.R.; MACHADO, A.G.C. Orientação para o mercado, aprendizagem geradora e estratégias de inovação: um estudo no setor hospitalar. **Revista de Administração Hospitalar**, v.10, n.2, pp. 52-64, maio/agosto, 2013.

CENSO DEMOGRÁFICO. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2010.

FERNANDES, A.C.; LIMA, J.P.R. Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do polo médico do Recife. **Nova Economia** [online], v.16, n.1, p. 11-47, 2006.

GALLOUJ F; WEINSTEIN O. Innovation in Services. **Research Policy**, 26, p. 537-556, 1997.

GODOY, C.V.; SILVA, E.S.; SILVA, J.B. Equipamentos e serviços de saúde da cidade de Fortaleza e a refuncionalização da área central. Encontro Nacional de Geógrafos - ENG, 17. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: UFMG, 2012.

HERZLINGER, R.E. Why innovation in health care is so hard. **Harvard Business Review**, May, p.32-40, 2006.

HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2013. **The rise of the south: human progress in a diverse world**. New York: United Nations Development Programme, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Industrial Inovação Tecnológica - PINTEC: 2011**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2011**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em março de 2015.

_____. **Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em maio de 2015.

KHATRI, N. et al. Medical errors and quality of care: from control to commitment. **California Management Review**, v. 48, n. 3, p. 115-141, 2006.

MARTINS, G.; THEOPHILO, C. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Pearson, 2009.

NASCIMENTO, P.T.S.; YU, A.S.O.; SOBRAL, M.C. As orientações estratégicas da inovação em produtos populares. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 4, p. 907-930, 2008.

OLIVA, F. et al. Proposição do conceito fit strategy: estratégia de adequação para produtos populares. **Economia Global e Gestão**, v. 15, p. 63-87, 2010.

OLIVEIRA JR., C.E.S. Serviços: PIB e segmentação. **Confederação Nacional de Serviços**. 2014. Disponível em http://www.cnservicos.org.br/documentos/economia/001/Setorial_PIB_Segmentacao.pdf, acesso em 09/08/2014.

PESQUISA ANUAL DE SERVIÇOS (PAS). IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, v. 13, p.1-219. 2011.

PESQUISA MENSAL DE ATIVIDADES EM SERVIÇOS. Confederação Nacional de Serviços. Brasília: v.001, maio de 2014.

PFEIFFER, A.M.S.; MAFFEZZOLLI, E.C.F. Estrutura de preferências dos consumidores de baixa renda. **Revista Pretexto**, v. 12 n. 3 p. 9-28, 2011.

PRAHALAD, C. K. **A riqueza na base da pirâmide: como erradicar a pobreza com o lucro**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

QUECEDO, R.; BLÁZQUEZ, F. **Metodología cualitativa: conceptos y características**. Documento policopiado. Bilbao – Badajóz, 2002.

QUEIROZ, A.C.S; MALIK, A.M.; STAL, E. Capacidades dinâmicas, inovação e modelos organizacionais: a trajetória de uma organização hospitalar. In: Encontro da ANPAD (EnANPAD), 31. **Anais...** Rio de Janeiro, 2007.

REED, P. *et al.* Innovation in patient-centered care: lessons from a qualitative study of innovative health care organizations in Washington State. **BMC Family Practice**, 2012.

REGONHA, E. Avaliação de custos em clínicas de serviços de saúde. In: Jornada de Gestão em Clínicas de Serviços de Saúde, 4. **Anais eletrônicos...** 2005: São Paulo. Disponível: www.sindhosp.com.br/hospitalar/eduardoregonha.ppt. Acesso em 22/12/2014.

ROCHA, A.; SILVA, J.F. (org). **Consumo da base da pirâmide: estudos brasileiros**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009.

_____ Inclusão social e marketing na base da pirâmide: uma agenda de pesquisa. **RAE-Eletrônica**, v. 7, n. 2, art. 23, 2008.

SMITH, H.; FINGAR, P. **Business process management: the third wave**. Meghan-Kiffer, USA: 2007.

SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

THAKUR, R.; HSU, S.H.Y.; FONTENOT, G. Innovation in healthcare: issues and future trends. **Journal of Business Research**, v. 65, p. 562–569, 2012.

TIDD J.; BESSANT, J.; PAVIT, K. **Gestão da Inovação**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TOIVONEN M. Different types of innovation processes in services and their organizational implications. In: Gallouj F; Djellal F. (eds). **The Handbook of Innovation and Services**, Cheltenham, UK: Elgar, p. 221-250, 2010.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VICTALINO, A.P.V.D. **Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife**. Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE: 2004.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZEITHAML, A.V.; BITNER, J.M.; GREMLER, D.D. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ZOLFAGHARIAN, M.; PASWAN, A. Do consumers discern innovations in service elements? **Journal of Services Marketing**, v. 22, n. 5, p. 338-352, 2008.

APÊNDICE A: registro fotográfico da clínica B

