UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MADE – Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial

RACHEL DE CAMARGO SERPA DE ALMEIDA

ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE: EFEITOS DO COMPORTAMENTO DE CONSUMIDORES DE BAIXA RENDA

Rio de Janeiro
2015

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MADE – Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial

RACHEL DE CAMARGO SERPA DE ALMEIDA

ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE: EFEITOS DO COMPORTAMENTO DE CONSUMIDORES DE BAIXA RENDA

Rio de Janeiro
2015

RACHEL DE CAMARGO SERPA DE ALMEIDA

ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE: EFEITOS DO COMPORTAMENTO DE CONSUMIDORES DE BAIXA RENDA

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração e Desenvolvimento Empresarial.

Orientador: Prof. Dsc. José Geraldo Pereira Barbosa
Co-orientadora: Profa. Dsc. Cecília Mattoso

Rio de Janeiro
2015

X000 ALMEIDA, Rachel de Camargo Serpa de.
Inovações em serviços de saúde / Rachel de Camargo Serpa de Almeida. −
Rio de Janeiro: 2015.
X f.

Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial) − Universidade Estácio de Sá, 2015.

Orientação José Geraldo Pereira Barbosa; Co-orientação Cecília Mattoso.

1.Inovação. 2. Serviços de saúde. 3. Consumidor de baixa renda. I. Título.

Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Empresarial

A dissertação

ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE: EFEITOS DO COMPORTAMENTO DE CONSUMIDORES DE BAIXA RENDA

elaborada por

RACHEL DE CAMARGO SERPA DE ALMEIDA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Administração e Desenvolvimento Empresarial como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EMPRESARIAL

Rio de Janeiro, 03 de julho de 2015

_____
Prof. Dsc. José Geraldo Pereira Barbosa
Presidente
Universidade Estácio de Sá - UNESA

_____
Prof. Dsc. Cecilia Lima Queirós Mattoso
Universidade Estácio de Sá - UNESA

_____
Prof. Dsc. Antônio Augusto Gonçalves
Universidade Estácio de Sá – UNESA

_____
Prof. Dsc. Jorge de Abreu Soares
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Valéria Camargo (1953 - 1999), que desenvolveu em mim desde a tenra idade o gosto pela cultura. À minha avó, Maria Aparecida Camargo (1931 - 2013), que me ensinou ser a educação o bem mais valioso que podemos deixar a um filho. Aos meus filhos Hellen, Isabel e João Maurício, e meu esposo Aroldo, cujas vidas são o sustentáculo de todo o meu esforço e dedicação à vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial aos meus orientadores, prof. Dcs. José Geraldo Pereira Barbosa e prof.ª Dsc. Cecilia Lima de Queirós Mattoso pela dedicação e empenho na condução do presente trabalho.

Agradeço à direção das clínicas envolvidas na pesquisa de campo pela disponibilidade em abrir suas portas à ciência; ao corpo docente e discente da Faculdade do Sul da Bahia - FASB pelo apoio incondicional em todas as fases de elaboração dessa dissertação; e à direção da Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, na figura do Decano do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências do campus Paulo Freire, prof. Dsc. Franceso Lanciotti Jr., que apostou nesse projeto desde a sua concepção.

Finalmente, agradeço à profa. Alyne Meirelles Bonomo, que emprestou toda sua *expertise* em inovação e pesquisa qualitativa à esse trabalho. Seus valiosos conselhos foram fundamentais para alcançar resultados expressivos no campo.

Eu acho que a inovação está ao seu redor. Você vê o que alguém já está fazendo, adapta isso ao seu local e eleva a novos níveis. Este processo nunca pára.

Jack Welch, ex-presidente da GE

RESUMO

Inovação não é uma tendência, é uma necessidade que atinge todo tipo de empresa, em todo tipo de atividade, em todos os lugares do planeta. Tratando-se do público de baixa renda, o mesmo vem alcançando uma real elevação nos padrões de consumo, representando hoje uma fatia de mercado expressiva para a maioria das empresas. Para os serviços de saúde privados, os desafios e oportunidades se multiplicam na medida em que é preciso adaptar a estratégia empresarial às especificidades do público de baixa renda, mantendo o foco nas inovações centradas no paciente. O objetivo da pesquisa, um estudo múltiplo de casos, de abordagem qualitativa, foi descrever quais são as orientações estratégicas utilizadas por instituições de saúde privadas para desenvolver inovações para pacientes de baixa renda. Os resultados da pesquisa evidenciaram a importância dada ao atendimento de funcionalidades mais essenciais valorizadas pelo público alvo, seguida da preocupação em flexibilizar formas de pagamento. Direcionadas principalmente aos processos, as inovações encontradas têm características sobretudo incrementais, desenvolvidas e disseminadas informalmente e suportadas por uma cultura organizacional colaborativa e focada no paciente, com forte apelo social. As inovações na estrutura física, políticas de atendimento e pagamentos são consoantes com a percepção dos pacientes de baixa renda entrevistados. Eles apontam como principais itens de escolha da clínica popular, diante do SUS, as evidências de conforto e comodidade, bem como o tratamento eficaz (fruto de indicações e experiências anteriores) e a agilidade no tratamento.

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

ABSTRACT

Innovation is not a trend, but a necessity which affects every kind of business in all sorts of activities, everywhere on the planet. As for what concerns the low-income consumers, they have achieved a real increase in consumption patterns, representing today a significant market share for most companies. For private health services, the challenges and opportunities multiply and it is necessary to adapt business strategy to the specificities of low-income public, keeping the focus on patient-centered innovations. This qualitative research aims to assess the main strategic guidelines to low-income public that are taken in order to develop innovations in health services. It highlights the importance given to the more essential service features valued by the target audience, followed by the concern on flexible forms of payment. Innovations were directed primarily to processes. Its main characteristics are incremental features and they are developed and disseminated informally and supported by a collaborative organizational culture that is focused on patient and have a strong social appeal. Innovations in physical structure, and care and payment policies are consonant with the perception of the low-income patients interviewed, who indicated that the main preferred items of choice, when comparing the popular clinic with SUS's services, are the physical evidences of comfort and convenience, as well as an effective and agile treatment (focused on indications and previous experiences).

Keywords: innovation; health services; consumer behavior; low-income consumption.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Elementos motivadores da inovação nas empresas.....25
Figura 2 – Processo de desenvolvimento de inovações no setor de serviços de saúde.....38
Figura 3 – Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 52
Figura 4 – Hierarquia de necessidades de Maslow 54
Figura 5 – Totem de divulgação e panfleto promocional na Clínica C.....104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação das atividades econômicas no PIB brasileiro.....32
Gráfico 2 – Relação entre a evolução do PIB *per capita* e o número de beneficiários de serviços de saúde privada.....36
Gráfico 3 – Número de pobres e indigentes nas seis regiões metropolitanas, 2002-2008 (em número de indivíduos).....55
Gráfico 4 – Distribuição dos domicílios particulares permanentes, segundo as classes de rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* (em salário mínimo real de julho de 2010) - Brasil - 2000/2010.....56
Gráfico 5 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - 2000-2014).....79
Gráfico 6 - Despesa familiar estimada com saúde como proporção da renda familiar, por ano.....80
Gráfico 7 - Despesa familiar percentual estimada com saúde como proporção da renda familiar, por item.....80
Gráfico 8 - Proporção de idosos na população, por ano.....81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia da inovação em serviços.....32
Quadro 2 – Abordagens sobre a inovação em serviços.....33
Quadro 3 – Especificidades da inovação no setor de saúde.....40
Quadro 4 – Seis forças que podem promover ou aniquilar a inovação.....43
Quadro 5 – Dimensões e itens de percepção sobre a qualidade de um serviço hospitalar.....45
Quadro 6 – Pilares da inovação centrada no paciente.....46
Quadro 7 – Motivadores do comportamento de consumo.....50
Quadro 8 – Estudos sobre o comportamento de consumo do consumidor de baixa renda brasileiro.....59
Quadro 9 – Marketing e baixa renda.....61
Quadro 10 – Serviços de saúde adaptados aos pacientes de baixa renda.....104
Quadro 11 – Orientações estratégias de inovação em clínicas populares.....108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Participação dos grupos etários na população residente total (%).....35
Tabela 2 – Emprego e renda gerados pelo PMR, somente levando-se em conta as atividades-fim do pólo médico.....72

LISTA DE SIGLAS

AMB - Associação Médica Brasileira

CNS - Confederação Nacional de Serviços

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPI - Instituto Nacional de Patentes Industriais

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

PIB - Produto Interno Bruto

PMR - Pólo Médico de Recife

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SUS - Sistema Único de Saúde

TI - Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** 18
1.1. PROBLEMA 19
1.2. OBJETIVOS 19
1.3. SUPOSIÇÕES INICIAIS 20
1.4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO 20
1.5. RELEVÂNCIA DA PESQUISA 22
2. **REFERENCIAL TEÓRICO** 25
2.1. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE 25
2.1.1. Gestão da Inovação 25
2.1.2. Inovação e Serviços 31
2.1.3. Inovação e Serviços de Saúde 36
2.2. COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE BAIXA RENDA 50
2.2.1. Sociedade de Consumo e o Comportamento do Consumidor 50
2.2.2. O Consumidor de Baixa Renda e os Produtos Populares 53
2.3 INFLUÊNCIA DO COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE BAIXA RENDA NA ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE 63
3. **METODOLOGIA** 74
3.1. ABORDAGEM 74
3.2. TIPO DA PESQUISA 74
3.3. ESTATÉGIA METODOLÓGICA 74
3.4. UNIDADES DE ANÁLISE E SUJEITOS DA PESQUISA 75
3.4. COLETA DE DADOS: ESTRUTURAÇÃO, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS 77
3.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 78
3.6. LIMITAÇÕES DO MÉTODO 78
4 **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS** 80
4.1 O MERCADO DE SAÚDE PRIVADA NO BRASIL 80
4.2 ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS 83
4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOSDA PESQUISA DE CAMPO 87
4.3.1 Grupo 1: Gestores 87
4.3.2 Grupo 2: Médicos 94
4.3.3 Grupo 3: Pacientes 96

4.3.4 Grupo 4: Recepcionistas 98
5 **ANÁLISE DOS RESULTADOS** 100
6 **CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS** 109
REFERÊNCIAS.....112
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SUGERIDO 119
APÊNDICE B: REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS CLÍNICAS PESQUISADAS.....121
APÊNDICE C: TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS 124

1. INTRODUÇÃO

Embora os estudos acadêmicos sobre o comportamento do consumidor tenham enfoque fundamental nas classes média e alta, Prahalad (2010) chama atenção para o crescimento, em nível mundial, da população de baixa renda. Essa fatia de mercado é, e tem se sustentado, como um importante nicho potencial para as empresas que desejam se desenvolver e manter o sucesso em um cenário global hipercompetitivo.

De outra parte, a temática da inovação é recorrente na academia desde o final da década de 1980. Aplicada ao contexto dos serviços de saúde, a inovação torna-se assunto de fundamental relevância, uma vez que esse segmento está associado, em última análise, à promoção do bem-estar social (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002).

A nova e emergente classe média brasileira, que até então só dispunha dos serviços públicos de saúde como opção de atendimento, vislumbra agora a possibilidade de adesão ao sistema privado das operadoras de planos de saúde, consumo que até então se restringia às camadas mais abastadas da população. Assim, o consumidor de baixa renda passa a representar uma importante fatia de mercado para as empresas 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.

No âmbito dos serviços de saúde, o atendimento ao cliente é fundamental na percepção de qualidade dos serviços. Anjos e Lepsch (2010) propõem, em sua pesquisa, um modelo de avaliação da qualidade de atendimento dos serviços hospitalares baseado, entre outros, nos critérios de acesso e receptividade, bem como na confiabilidade, empatia e gentileza com as quais o paciente é tratado. Para obter a satisfação e fidelização dos clientes, nestas e em outras dimensões, é preciso que os hospitais (sobretudo os privados) e serviços relacionados invistam consistentemente em inovações incrementais em serviços e processos (TIDD, 2003).

Corroborando a importância dada ao paciente dos serviços de saúde, recentemente têm-se desenvolvido um conjunto de estratégias de aplicação mundial reconhecidas como inovação centrada no paciente (REED *et al.*, 2012). Embora a literatura estrangeira aponte estudos interessantes nessa direção, nota-se claramente a ausência de publicações acadêmicas recentes tratando de estratégia e desenvolvimento de inovações em serviços de saúde motivados pela orientação ao público de baixa renda, tornando esse um campo fértil e relevante para pesquisa.

1.1. PROBLEMA

Quais são as orientações estratégicas utilizadas pelas clínicas populares privadas para desenvolver inovações direcionadas aos pacientes de baixa renda?

1.2. OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo principal descrever quais são as orientações estratégicas utilizadas pelas clínicas populares privadas para desenvolver inovações direcionadas aos pacientes de baixa renda.

Para tanto, são formulados os seguintes objetivos intermediários:

- Descrever as características da inovação no setor de serviços de saúde;
- Descrever as características do comportamento do consumidor de baixa renda;
- Identificar as inovações implementadas pelas organizações pesquisadas;
- Relacionar as orientações estratégicas presentes nas organizações pesquisadas com as inovações implementadas;
- Relacionar as inovações implementadas com os interesses declarados pelo consumidor de baixa renda.

1.3. SUPOSIÇÕES INICIAIS

- As orientações estratégicas adotadas pelas clínicas pesquisadas tendem a reproduzir um modelo genérico reativo às tendências em serviços de saúde privados, sobretudo imitando padrões mantidos em grandes hospitais brasileiros (BARBOSA; GADELHA, 2012);
- Itens como política de preços e convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser vislumbrados como direcionamentos estratégicos específicos para o atendimento do público de baixa renda (VICTALINO, 2004; GODOY; SILVA; SILVA, 2012);
- Nos serviços de saúde direcionados ao público de baixa renda fatores como preço, cordialidade no atendimento, tempo de espera e proximidade ao local de residência são os principais atributos que levam à satisfação desse consumidor (ANJOS; LEPSCH, 2010; NASCIMENTO; YU; SOBRAL, 2008).
- O consumidor de baixa renda, ao utilizar serviços de saúde privados, valoriza itens que sejam convergentes com sua aspiração à ascensão social. Assim, aspectos do ambiente de serviços que remetam às classes ricas podem ser responsáveis por uma visão positiva a respeito da empresa prestadora (ROCHA; SILVA, 2009).
- Apenas as inovações organizacionais e de marketing são geradas internamente, enquanto que as inovações tecnológicas em serviços e processos são fruto da adoção de modelos inerentes ao mercado de saúde (THAKUR; HSU; FONTENOT,2012).

1.4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Quanto à delimitação temporal, a presente pesquisa foi realizada durante 30 dias, em maio de 2015.

Nesse período foram realizadas entrevistas junto aos pacientes, gestores, integrantes da equipe médica e funcionários envolvidos diretamente com o

atendimento ao paciente de baixa renda, em três clínicas populares de multiespecialidades.

Sob o aspecto geográfico, a pesquisa em pauta tem como enfoque a região do extremo sul baiano, restringindo-se a clínicas de saúde privada, especializadas sobretudo no atendimento ambulatorial, localizadas no município de Teixeira de Freitas, Bahia. A cidade, que se apresenta como a mais populosa e desenvolvida economicamente da região do extremo sul baiano (dados do censo demográfico IBGE, 2010), concentra em termos de serviços de saúde a demanda de 12 municípios além dele próprio: Itamaraju, Prado, Alcobaça, Caravelas, Nova Viçosa, Mucuri, Ibirapuã, Medeiros Neto, Lajedão, Itanhém, Veredas e Jucuruçu.

A seleção das instituições pesquisadas obedeceu ao critério de pertinência quanto ao objeto de estudo, ou seja, todas são empreendimentos privados, especializados em atendimento ambulatorial, que têm como principal cliente a população de baixa renda da região, contando para isso com valores diferenciados de consultas, procedimentos e exames, além de eventual convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com planos de saúde.

Em termos teóricos, considerando-se como temática central do projeto de pesquisa as orientações estratégicas da inovação em serviços de saúde voltados aos consumidores de baixa renda, são abordados no referencial teórico:

- o conceito de inovação, sua tipologia e segmentação;
- as orientações estratégicas da inovação no setor de serviços, com ênfase naqueles direcionados à saúde e ao bem-estar do paciente;
- o comportamento do consumidor de baixa renda e suas principais características; e
- trabalhos relevantes sobre a inovação em serviços hospitalares centrados ao paciente, bem como sobre o comportamento do consumidor de baixa renda brasileiro e suas expectativas no setor de serviços.

Para tanto, a pesquisa bibliográfica contempla, sem se restringir, os entendimentos do tema inovação oriundos de Schumpeter (1980), Tidd (2003) e Tigre (2006) e as estratégias de inovação de Freeman e Soete (1997).

A inovação em serviços de saúde é sustentada a partir da pesquisa de Thakur, Hsu e Fontenot (2012), que trata da dinâmica da inovação nessas organizações e suas

principais tendências, além dos trabalhos de Albuquerque e Cassiolato (2002) sobre as especificidades da inovação na saúde e de Reed *et al* (2012), no que tange ao modelo de inovação centrada no paciente. Quanto às percepções do consumidor frente às inovações em serviços de saúde é utilizado o modelo de Anjos e Lepsch (2010).

De outra parte, o comportamento do consumidor foi pautado no entendimento de Zeithaml; Bitner; Gremler (2011) e de Solomon (2011). Especificamente quanto ao consumidor de baixa renda, esta pesquisa se orientou pelo trabalho de Rocha e Silva (2009) e pelas estratégias de inovação em produtos populares de Nascimento, Yu e Sobral (2008).

Finalmente, a metodologia da pesquisa de campo, de caráter qualitativo, foi construída sob a ótica de Vergara (2009) e Yin (2010).

Convém ressaltar que o referencial teórico do presente projeto de pesquisa não se limitou aos autores anteriormente citados, sendo composto substancialmente por artigos publicados em revistas e *journals* nacionais e internacionais indexados, bem como teses, dissertações e trabalhos recentes apresentados em congressos de grande representatividade.

1.5. RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Estudar o comportamento do consumidor de baixa renda no Brasil é, por si só, um tema de grande relevância em termos acadêmicos e mercadológicos, uma vez que a ascensão dessa camada da população produziu uma nova classe média ávida por consumo. E para ela, até então, raramente tanto empresas fornecedoras de produtos quanto de serviços direcionavam suas ações de marketing. Os impactos disso se refletem tanto no cenário econômico interno quanto no comportamento do indivíduo dessa camada com relação ao ato de consumir.

Rocha e Silva (2008) tratam como urgente a conscientização dos estudiosos brasileiros de marketing sobre a necessidade de estender sua atenção para essa camada negligenciada da população como forma de fomentar a aquisição de cidadania, e, ao mesmo tempo, ampliar o mercado consumidor para todo tipo de produtos e serviços.

Mas o fenômeno da ascensão econômica das classes pobres ao universo do consumo não é privilégio brasileiro. Essa é uma realidade mundial. Segundo Prahalad (2010, p.109)

> Os mercados da base da pirâmide representam 80% da humanidade. É razoável esperar que quatro bilhões de pessoas em busca de melhor qualidade de vida venham a constituir um dos mercados de crescimento mais vibrantes da história das relações econômicas.

Tamanha expressividade econômica deve, portanto, ser objeto de pesquisas que visem ao desenvolvimento de soluções apropriadas ao consumo de baixa renda, seja em termos de produtos ou de serviços. E esse é o campo da inovação. Embora desde a década de 1980 tenham-se produzido inúmeros trabalhos sobre a temática da inovação, o desenvolvimento de produtos tem dominado a área. As características da inovação em serviços vêm sendo pouco discutidas pela academia, com trabalhos esporádicos publicados a partir do final da década de 1990. Em termos de inovação em serviços hospitalares, a maioria das publicações preocupa-se com os tratamentos de saúde em si promovidos pelo hospital, bem como com os processos, a hotelaria e a tecnologia utilizados nesse ambiente. Barbosa e Gadelha (2012, p.74) afirmam, em sua pesquisa, que

> Embora o conhecimento sobre a dinâmica de geração de inovação nos segmentos industriais da saúde continue crescendo, a análise acerca de geração de inovação no âmbito dos serviços segue pouco documentada.

O relacionamento entre o consumo de serviços de saúde e a baixa renda torna-se relevante em termos acadêmicos por unir duas frentes de interesse na comunidade científica. Mais ainda, esta pesquisa inquire sobre a representatividade da baixa renda na tomada de decisão das empresas de saúde quanto às suas estratégias de inovação, assunto ainda inexplorado em pesquisas brasileiras recentes.

O acesso à saúde privada no Brasil vem evoluindo de maneira mais rápida do que a própria ascensão do PIB, alcançando em média 22% dos brasileiros (CAMPANA, OPLUSTIL; FARO, 2011). Esse cenário sugere que novas camadas da população - a baixa renda - também estão preocupadas em sair da dependência de serviços públicos de saúde geralmente ineficazes, e que o consumo, por exemplo, de planos de saúde, funciona como elemento de conforto, segurança e até mesmo *status* para essas famílias. Uma das justificativas plausíveis para o aumento do gasto das

famílias com saúde privada é o dimensionamento dos serviços da rede pública. Em termos de número de médicos por habitante, por exemplo, a média brasileira calculada pelo Ministério da Saúde (SGTES/DEGERTS/CONPROF, 2014) é de um para cada 522. Esse cenário, na região nordeste, é ainda mais severo, com um médico para cada 851 habitantes. A Bahia acompanha as estatísticas nordestinas, com 1 médico para cada 858 habitantes.

Do ponto de vista mercadológico, responder a essa questão dá margem ao desenvolvimento de estratégias de inovação focadas nesse público emergente, além de subsidiar ações de marketing direcionadas ao consumidor de baixa renda que serão capazes de conquistar e manter esse tipo de carteira num segmento - os serviços de saúde - em que a troca de prestador de serviço causa maior sensação de insegurança (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1.1. Gestão da Inovação

A gestão sistemática da inovação nas organizações não é algo recente. Já no início do século XX Schumpeter (1911) discutia a importância da inovação na sobrevivência econômica dos negócios. Porém, em termos de literatura científica, o estudo sobre essa temática passa a se intensificar após a segunda guerra mundial, ganhando ainda mais corpo a partir da década de 1970 (NASCIMENTO; YU; MACHADO, 2008).

Diversos e complementares são os conceitos sobre inovação. Schumpeter (1911) adota a ideia de que a inovação é algo abrangente, associando-a a qualquer item que diferencia e cria valor para um negócio. Já o Manual de Oslo (1997), referência no desenvolvimento e difusão de inovações na comunidade europeia, descreve que as inovações ocorrem em três dimensões do negócio: produtos; processos; e mudanças organizacionais. O documento indica ainda que um "produto tecnologicamente novo é aquele cujas características fundamentais diferem significativamente de todos os produtos previamente produzidos pela empresa" (OSLO, 1997).

As organizações são impelidas a inovar por conta de diversos fatores, inerentes ao mercado global e hipercompetitvo da atualidade. Sheth e Ram (1987) tradicionalmente sistematizaram essas forças em 4 vertentes, conforme mostra a Figura 1:

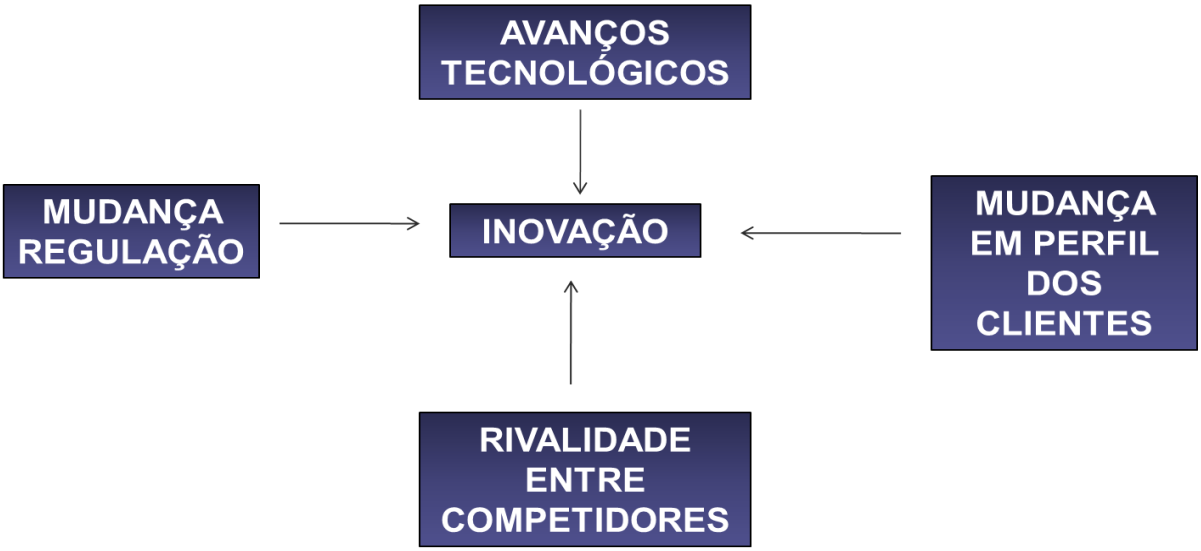


Figura 1 – Elementos motivadores da inovação nas empresas
Fonte: Sheth e Ram (1987, p.6)

As inovações podem se manifestar nas organizações de diversas formas. O produto inovador, por exemplo,

> [...] é aquele cujas características fundamentais (especificações técnicas, componentes e materiais, softwares incorporados, *user friendliness*, funções ou usos pretendidos) diferem significativamente de todos os produtos previamente produzidos pela empresa. (IBGE, PINTEC, 2011, p.19).

Essa diretriz se aplica tanto aos produtos quanto aos serviços produzidos pela empresa. Já na esfera dos processos, a inovação trata dos métodos de produção, da entrega de produtos e das mudanças tecnológicas na forma de produzir e entregar tais produtos ou serviços (IBGE, PINTEC, 2011). Por fim, o manual de OSLO destaca a existência da inovação do ponto de vista organizacional, que incluem novas técnicas de gestão, mudanças na organização do trabalho e nas relações com o meio externo, melhorando o uso do conhecimento, a eficiência dos fluxos dos processos laborais e, em última análise, a qualidade dos bens ou serviços produzidos pela empresa (OECD, 2005). Nesse caso a inovação resulta da estratégia organizacional, que promove uma nova forma de organizar processos, atividades e tarefas, seja por força da dinâmica de mercado ou mesmo por ideias produzidas dentro da própria organização, como sugerem Mol e Birkinshaw (2009).

Nessa direção, Hamel (2006) destaca a inovação organizacional como forma criar sólida vantagem competitiva, capaz de alçar empresas a mudanças relevantes em termos de posicionamento no mercado. O século XX foi prova disso, uma vez que a

inovação organizacional, mais do que qualquer outro tipo de inovação, foi a responsável por ajudar as empresas a “atravessar novos limites de desempenho” (HAMEL, 2006, p.2). Inúmeras organizações, contudo, são fundadas e se baseiam em princípios clássicos e amplamente validados, tendo como resultado objetivo a semelhança de indicadores com seus principais competidores, sem que se destaquem em nenhum aspecto. Ao contrário, as corporações que fazem uma profunda, constante e sistemática avaliação de suas estruturas e processos de negócio, estando voltadas para a inovação, tendem a alcançar posição de destaque no segmento em que se propõe a atuar (HAMEL, 2006).

Em complemento às teorias já citadas, as tipologias de inovação são sintetizadas por Tidd, Bessant e Pavit (2008, p.30) da seguinte forma:

- Inovação de produto - mudanças nas coisas (produtos/serviços) que uma empresa oferece;
- Inovação de processo - mudanças na forma em que os produtos/serviços são criados e entregues;
- Inovação de posição - mudanças no contexto em que produtos/serviços são introduzidos;
- Inovação de paradigma - mudanças nos modelos mentais subjacentes que orientam o que a empresa faz.

A inovação não é algo estanque, mas um processo contínuo vivido pelas organizações de todos os setores econômicos em todas as partes do globo. Ela se apresenta em diversos graus, conforme o composto de novidade tecnológica que inclui.

Tigre (2006) define a inovação incremental como a mais elementar das mudanças tecnológicas, podendo por exemplo gerar aperfeiçoamentos no *layout*, nos processos, nos suprimentos e nas vendas. Já as inovações do tipo radical possuem um caráter descontínuo, sendo usualmente fruto de atividades de pesquisa e desenvolvimento que geram um salto quântico em termos tecnológicos.

Um próximo estágio da inovação corresponde às mudanças no sistema tecnológico vigente, ou seja, um novo campo tecnológico emergente acaba por transformar um ou vários setores da economia, tendo como exemplo o advento da internet.

Por fim, mudanças no paradigma técnico-econômico envolvem inovações não somente nas tecnologias, mas "[...] no tecido social e econômico no qual elas estão inseridas" (TIGRE, 2006, p.75).

Nesse contexto, observa-se que a inovação deve ter conexão direta com a estratégia organizacional. O conceito original de estratégia, desenvolvido por Porter (1980), atribui a ela a relação entre a organização e seu ambiente competitivo, sendo influenciada por cinco forças competitivas: barreiras de entrada; ameaça de substituição; rivalidade entre competidores; e poder de barganha, tanto com relação aos fornecedores quanto com relação aos clientes. Muito embora a adoção de um único modelo de estratégia de inovação seja pouco provável, e que exista uma dinâmica própria de alteração nesses modelos diante das oscilações de mercado, Freeman e Soete (1997) propõe em seu trabalho seis alternativas de estratégias tecnológicas genéricas a serem adotadas pelas organizações. Elas são descritas por Tigre (2006) da seguinte forma:

1. Estratégia Ofensiva: mais encontrada em grandes empresas com processos formais de pesquisa e desenvolvimento, é caracterizada por grande dose de criatividade e está focada em introduzir algo novo no mercado, seja no projeto de produto, no processo produtivo, nos serviços e relacionamento com clientes, na distribuição ou no *design*. Já no universo das pequenas empresas, é recorrente encontrarmos negócios baseados em estratégia ofensiva nas *spin-offs* de grandes empresas ou em organizações originárias de incubadoras mantidas por universidades e centros de pesquisa. Contudo, dificilmente se observa na prática a existência de organizações pautadas unicamente em uma estratégia ofensiva de inovação como única escolha, uma vez que a mesma amplia o risco do negócio.
2. Estratégia Defensiva: caracterizada por uma maior valorização quanto à segurança do negócio, a estratégia defensiva não busca o pioneirismo em suas atividades, embora, de outra parte, não esteja disposta a deixar seus concorrentes continuamente na vanguarda. Essa estratégia tem como fundamento aprender com os erros dos produtos e serviços pioneiros, desenvolvendo alternativas mais seguras e consistentes para o mercado, conquistando assim sua liderança. Valorizam a capacitação em áreas complementares, como produção e distribuição, para desenvolverem

diferenciais competitivos consistentes e se valerem de economia de escala. É uma alternativa comum em oligopólios, como na indústria de telefones celulares, onde os *players* se valem de marcas já reconhecidas e alta capacitação técnica em seu corpo funcional. Outra motivação interessante para a escolha da estratégia defensiva é a intenção de tornar o ciclo de vida dos produtos mais amplo, valendo-se do hábito dos consumidores frente a um produto maduro, que já tem seu processo produtivo otimizado e seus custos reduzidos.

3. Estratégia Imitativa: Nesse caso a empresa não aspira à liderança de mercado, nem no desenvolvimento de modelos de produtos e serviços com maior valor agregado que dos pioneiros de mercado. Comum em países em desenvolvimento, principalmente em culturas nacionais protecionistas, a estratégia imitativa se vale de técnicas como a engenharia reversa e se vale, dentre outros, do acesso privilegiado a determinados mercado locais e da fidelidade de marca presente em um nicho de consumidores. Sendo assim, distribuição e custo são variáreis essenciais para os adotantes dessa estratégia. É recorrente escolha entre empresas de pequeno porte participantes de mercados menos sensíveis às inovações tecnológicas, e apresenta como principal desvantagem a margem de lucro diminuída, uma vez que os produtos oriundos de imitações encontram mercado quando ofertados a um preço final mais baixo que da concorrência.

4. Estratégia Dependente: Nesse modelo a empresa funciona em dependência de outra, maior, não dispondo tradicionalmente de capacidade técnica instalada ou pesquisa e desenvolvimento próprios. Seu grande diferencial é o atendimento estrito a um modelo fornecido por outra empresa. Essa situação ocorre em casos onde a empresa fabrica produtos sob a marca de terceiros, nas franquias, subsidiárias de corporações que centralizam as atividades de pesquisa e desenvolvimento, ou através da aquisição de licenças de marcas tradicionais ou tecnologicamente diferenciadas. Em todos esses casos a empresa adotante de um modelo dependente deve ser capaz de operar, de forma eficiente, regras e padronizações emanadas de suas empresas provedoras.

5. Estratégia Tradicional: Caracterizada por baixas modificações em seus produtos, a estratégia tradicional não demanda esforços intensivos de pesquisa e desenvolvimento nem requer alta capacidade técnica instalada. Comum em nichos de mercado que praticamente não inovam, essas empresas podem até adotar mudanças incrementais e de design, baseadas mais na experiência dos colaboradores do que no desenvolvimento tecnológico próprio. Em situações normais essa é uma organização que deve manter enxuta sua estrutura de custos, pois seus produtos são bastante sensíveis ao preço - já que concorrem com opções de mesmo valor agregado. Outra situação ocorre com empresas tradicionais que detém um nicho fiel de mercado exatamente pautando-se na característica artesanal de seus produtos (Casa Granado e Catupiry são alguns exemplos).
6. Estratégia Oportunista: Associada à exploração de nichos e oportunidades temporárias, a estratégia oportunista não demanda esforços intensos de pesquisa e desenvolvimento, mas exige alta capacidade empreendedora e imaginação para a identificação de nichos anteriormente despercebidos. É importante que a inovação rapidamente chegue ao mercado, nesses casos, como em períodos de grandes competições esportivas (Copa do Mundo, Olimpíadas).

Agregar a questão da inovação à estratégia organizacional faz sentido, uma vez que a competição global e a rápida obsolescência tecnológica elevam substancialmente a necessidade das empresas em estabelecer vantagens competitivas consistentes não somente oriundas de seu tamanho ou patrimônio, mas da capacidade de oferecer inovações no que ofertam e como colocam essas ofertas (TIDD; BESSANT; PAVIT, 2008).

Apesar de fundamental, inovar e difundir as inovações não é algo simples. Vários desafios se impõe à difusão de inovações, principalmente em países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil. Tigre (2006, p.77) avalia que:

> A difusão de uma tecnologia, especialmente em países menos desenvolvidos, exige uma série de adaptações às circunstâncias do mercado local, em função dos níveis de renda, condições climáticas, hábitos dos consumidores, escala de negócios e disponibilidade de insumos e materiais.

Nos estudos sobre inovação nota-se que a maioria dos trabalhos acadêmicos privilegia a inovação em produtos. Porém, como afirmam Barbosa e Gadelha (2012, p.70), "em decorrência do peso do setor de serviços na economia, a inovação nesse segmento passa a ter sua importância tão reconhecida como na área industrial". Sendo assim, o tópico a seguir trata das especificidades e desafios da inovação em serviços.

2.1.2. Inovação e Serviços

Segundo Zeithaml, Bitner e Gremler (2011, p. 39), "serviços são atos, processos e atuações oferecidos ou co-produzidos por uma entidade ou pessoa, para outra entidade ou pessoa". A atividade econômica de serviços está associada a um resultado que está além de um produto físico, constituindo valor agregado superior para quem o consome, seja isso representado através da diversão, conveniência, oportunidade, conforto ou, como é o foco desse trabalho, saúde (QUINN; BARUCH; PAQUETTE, 1987).

Os serviços se diferenciam dos produtos devido a 4 características peculiares, conforme o entendimento de Zeithaml, Parasuraman e Berry (2011):

1. Serviços são intangíveis, uma vez que não podem ser vistos, tocados, sentidos e experimentados materialmente, como acontece com os produtos.
2. Serviços são heterogêneos, pois dependem fundamentalmente do ser humano, dificultando sua reprodução exata.
3. Serviços apresentam produção, venda e consumo em momentos simultâneos.
4. Serviços são perecíveis, uma vez que não são passíveis de armazenagem, tendo também dificuldade de revenda, gravação ou devolução.

O composto de *marketing* nos serviços também é ampliado: além dos 4 P's (KOTLER; KELLER, 2006) representados por preço, produto (no caso serviço), praça e promoção; inclui pessoas, evidência física e processo.

Quanto às pessoas, é possível notar que tanto funcionários quanto clientes desempenham papéis importantes na prestação dos serviços, influenciando a qualidade de seus resultados e a percepção do comprador (ZEITHAML, PARASURAMAN; BERRY, 2011). No campo das evidências físicas, temos a tentativa de tangibilização do serviço através do ambiente em que o mesmo é prestado, bem como relatórios, contas e outros artefatos que possam a ele estarem associados. Para Zeithaml, Parasuraman e Berry (2011), o cliente tende a recorrer às evidências físicas principalmente quando não dispõe de informações prévias consistentes para julgar a qualidade de um serviço. Finalmente, os processos representam as etapas vivenciadas pelo cliente durante a prestação do serviço que fornecem base para seu julgamento sobre a experiência de consumo. Nesse item se incluem padronização, nível de burocracia associada e outras evidências.

A relevância dos serviços no mundo atual impacta até mesmo as empresas posicionadas no setor de produtos, pois elas percebem que a concorrência e semelhança entre os itens disponíveis no mercado fazem com que os serviços agregados (pós-vendas, assistência técnica e outros) sejam elementos fundamentais no processo de diferenciação e fidelização de clientes.

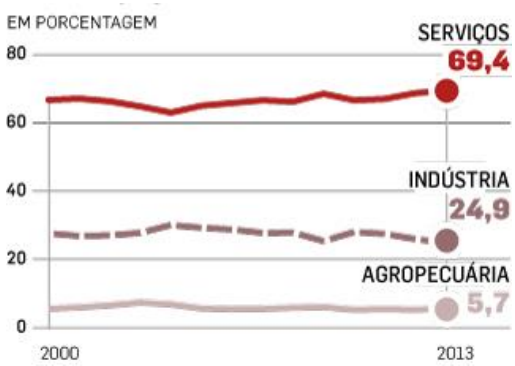
O crescimento do setor de serviços de maneira global se reproduz também no Brasil, pois sua representatividade se eleva substancialmente ao longo dos anos, o que denota uma evolução natural da economia do país. Segundo Oliveira Jr. (2014, p.1),

> De modo geral, o crescimento do setor de serviços costuma acompanhar o desenvolvimento econômico dos países. À medida que um país vai ficando mais rico, e a população consegue obter sua fatia necessária de bens, a demanda adicional acaba se transferindo para o consumo de serviços.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que quase 70% da riqueza gerada no Brasil advém dos serviços (IBGE, 2011). Já a Confederação Nacional de Serviços (CNS) mostra que o setor também é responsável pela geração de aproximadamente 37% dos empregos criados em 2014 (CNS, 2014).

Essa representatividade no Produto Interno Bruto (PIB) nacional pode ser expressada pelo Gráfico 1:

Gráfico 1 - Participação das atividades econômicas no PIB brasileiro



Fonte: Ming (2014), baseado em dados do IBGE.

Ao pensar a questão da inovação no campo dos serviços, é possível sistematizar um paralelo com os preceitos existentes no campo dos produtos, conforme exemplos descritos no Quadro 1:

Quadro 1 – Tipologia da inovação em serviços

Tipo de Inovação	Grau de Novidade	
	Incremental	Radical
Produtos: Serviços para usuários finais.	Versão modificada ou melhorada de um serviço já existente.	Alterações radicais na proposta original do serviço.
Processos: Criação e entrega dos serviços.	Otimização de processos gerando menor custo e mitigando desperdícios.	Mudança radical no fluxo dos processos relacionados aos serviços da empresa.
Posição: Relação com o mercado-alvo dos serviços e a imagem que se constrói sobre eles.	Abertura de novos segmentos de mercado.	Mudança expressiva na abordagem da empresa em relação ao mercado atendido pelos serviços ofertados.
Paradigma: Modelo subjacente de negócio associado aos serviços.	Alterações simples no modelo subjacente por força de sua revisão.	Mudança radical nos sistemas mentais que norteiam a estratégia organizacional.

Fonte: Adaptado de Tidd, Bessant e Pavit (2008)

Tratada inicialmente como decorrência da inovação tecnológica[1], a inovação em serviços apresenta-se em três abordagens: tecnicista; baseada nos serviços; e integradora (VARGAS, ZAWISLAK, 2010). Essa sistematização, embasada na proposta por Gallouj (1998), é apresentada no Quadro 2:

[1] O conceito de inovação tecnológica aqui apresentado segue o entendimento internacional e os padrões utilizados pela PINTEC (IBGE, 2011), estando relacionado à introdução no mercado de um produto (bem ou serviço) tecnologicamente novo ou substancialmente aprimorado, ou pela introdução na empresa de um processo produtivo tecnologicamente novo ou substancialmente aprimorado.

Quadro 2 – Abordagens sobre a inovação em serviços

Abordagem	Características
Tecnicista	Amplamente difundida, essa abordagem trata a inovação em serviços como consequência da adoção de inovações tecnológicas oriundas da produção de bens de capital. Nesse caso, o campo dos serviços não apresenta inovação em si, mas se vale da difusão de inovações tecnológicas da indústria.
Baseada nos serviços	Acredita em uma dinâmica de inovação específica do setor de serviços, que evolui de um "serviço básico" e, a partir de inovações incrementais, são adicionados "serviços periféricos". Tal abordagem também identifica uma trajetória de inovação nos serviços que se comporta de maneira intangível, contrapondo-se ao que ocorre com a trajetória tecnológica dos produtos.
Integradora	Preconiza a convergência entre a dinâmica da inovação nos campos do produto e do serviço, embora reconheça as peculiaridades de cada um, principalmente levando em conta o quão intensa é a relação entre usuário e produtor – de bens ou de serviços.

Fonte: Adaptado de Gallouj (1998)

O trabalho de Vargas e Zawislak (2006) trata da inovação no setor de serviços sob um prisma integrador, caracterizado pela economia do aprendizado. Muito embora devam ainda evoluir as teorias que conciliam a inovação em produtos aos serviços, dadas as especificidades contidas nos mesmos, os autores concluem que:

> As abordagens teóricas sobre a inovação em serviços já acumulam evidências empíricas que não permitem mais nenhuma dúvida sobre a capacidade inovadora das organizações do setor de serviços e, sobretudo, sob o caráter majoritariamente endógeno destas inovações. (Vargas; Zawislak, 2006, p.156)

Uma das peculiaridades do setor de serviços no que concerne às inovações trata do processo de difusão das mesmas. Djellal e Gallouj (2012) defendem que, historicamente, a difusão de tecnologia nos serviços vem obedecendo a dois modelos simplistas: um baseado em computação pesada e outro que alia computação e redes, que se sucedem e se sobrepõem.

A percepção dos consumidores frente às inovações em serviços é também especial. Zolfagharian e Paswan (2008) avaliam que essa percepção se dá de modo diferenciado, incluindo 7 dimensões:

1) Instalações interiores, incluindo elementos tangíveis disponibilizados pela organização em seu ambiente interno privilegiando itens como conforto e conveniência durante a prestação do serviço.
2) Administração, tomada como o conjunto de atividades concernentes ao processo de gestão do negócio, vinculando-se indiretamente ao serviço prestado.
3) Instalações exteriores, entendidas como a infraestrutura externa do imóvel onde a empresa está instalada, incluindo fachada, estacionamento e outros.
4) Funcionários, sendo estes percebidos a partir do perfil de atendimento, empatia, identificação e oferta de serviços ao consumidor de maneira adequada e eficiente.
5) Tecnologia percebida através das máquinas e equipamentos envolvidos na prestação de serviço.
6) Responsividade, dimensão relacionada a itens como capacidade de comunicação, customização e disponibilidade na prestação do serviço.
7) Núcleo do serviço, representada por atividades inerentes a cada serviço em especial, podendo sofrer análise por parte do consumidor tão somente quando o mesmo efetiva a contratação.

O fato que emerge das discussões teóricas sobre inovações em serviços é que esse setor merece destaque, sendo de fundamental importância acadêmica e metodológica sua compreensão em termos de estratégias e dinâmicas de inovação.

Classificada como serviço, a saúde se submete a todo esse conjunto de elementos anteriormente citados, e ainda de forma mais pujante, na medida em que é capaz de afetar diretamente a qualidade de vida do indivíduo, exercendo assim forte caráter social.

2.1.3. Inovação e Serviços de Saúde

Embora 4,2% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro seja gasto com serviços públicos de saúde de acordo com o Human Development Report (2013), Oliveira Jr. (2014) afirma que a avaliação da população sobre o desempenho do setor é ruim, o que abre campo para uma imensa demanda reprimida por serviços de saúde de origem privada. Soma-se a essa demanda o real aumento da renda média dos brasileiros, que passam a ter acesso a novos patamares de consumo - seja de produtos ou serviços, incluindo-se a saúde.

Outro fator relevante para a ampliação do consumo de serviços de saúde se relaciona à evolução da pirâmide etária brasileira, que eleva a participação de grupos etários mais idosos entre os residentes no país, conforme apresentado na Tabela 1:

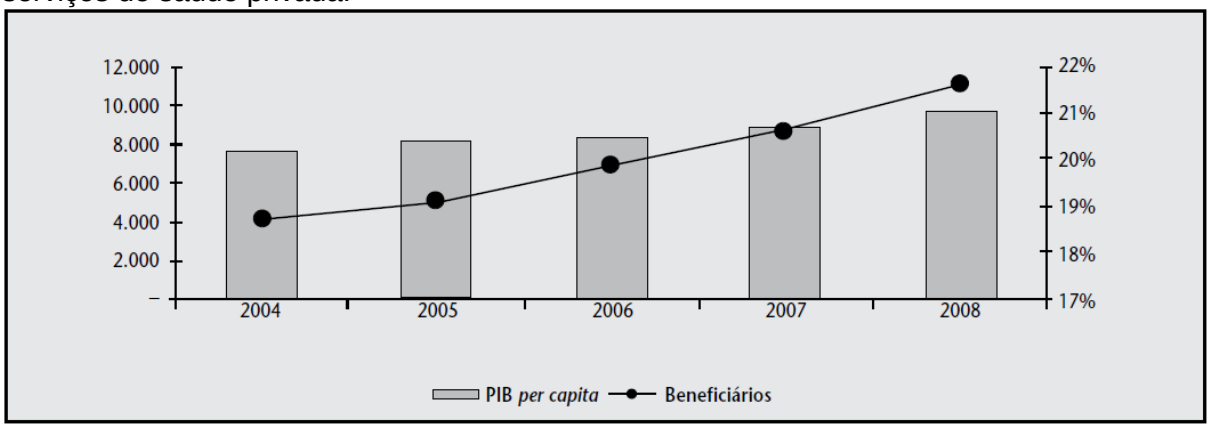
Tabela 1 - Participação dos grupos etários na população residente total (%).

Brasil - Participação dos grupos etários na população residente total									
Ano	1991			2000			2010		
Faixa etária	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+
Percentual	34,7%	60,4%	4,8%	29,6%	64,5%	5,9%	24,1%	68,5%	7,4%

Fonte: Adaptado de IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

É possível observar, a partir da tabela 1, que há um sensível envelhecimento na população brasileira, fruto da melhoria nas condições de saúde, alimentação e educação, dentre outros fatores, nas últimas décadas. Ao relacionar a evolução do PIB *per capita* com o consumo de saúde privada, Campana, Oplustil e Faro (2011) relacionam a evolução do PIB per capita com o número de beneficiários dos serviços de saúde privados conforme demonstrado no Gráfico 2:

Gráfico 2 - Relação entre a evolução do PIB *per capita* e o número de beneficiários de serviços de saúde privada.



Fonte: Campana; Oplustil; Faro, 2011.

Observa-se claramente que a evolução da adesão dos brasileiros à saúde privada se comporta de forma mais expressiva do que a própria evolução da renda, levando a crer que esse mercado tenha uma tendência expressiva de ascensão nos próximos anos.

Alinhada a essa perspectiva está a constatação de que 90,6% das entidades privadas de saúde apresentam fins lucrativos (IBGE, 2009), enquanto que o vínculo entre tais entidades e o sistema público de saúde (SUS) vem diminuindo - de 30,6% em 2005 para 27,1% em 2009 (IBGE, 2009).

A importância econômica e social do setor fica ainda mais clara quando se observa a multiplicidade de organizações que compõe os serviços de saúde, dentre elas exemplificando-se as elencadas por Thakur, Hsu e Fontenot (2012):

- Hospitais gerais - fornecem alojamento, alimentação, serviços de enfermagem, diagnóstico ou serviços terapêuticos, além de serviços médicos ou cirúrgicos.
- Centros médicos - operações semelhantes à dos hospitais gerais, porém em escala menor, com foco regionalizado e em especialidades médicas, como cardiologia, dermatologia e outras.
- Instalações de cuidados urgentes - fornecem serviços complementares pós-emergência, como atendimento clínico ambulatorial em horários ampliados, fora da rotina de agendamento.
- Clínicas de enfermagem - especializadas em serviços de apoio à pacientes com necessidades de cuidado especiais (reabilitação, *home care*, etc.).

A saúde tradicionalmente constitui-se como importante frente na geração de inovações. Em média 22% dos gastos mundiais com pesquisa e desenvolvimento de inovações corresponde a esse segmento (MATLIN S.; FRANCISCO, 2008), que atua com interdependência em relação a outros setores (principalmente o de equipamentos médicos), concedendo ao segmento de saúde dinamismo superior (BARBOSA; GADELHA, 2012).

Thakur, Hsu e Fontenot (2012) afirmam que, apesar da sensível melhora geral nos serviços de saúde, a ineficiência ainda existe a despeito dos sólidos investimentos em inovação. Para as organizações que atuam nesse cenário, indicadores de sucesso estão relacionados à confiabilidade das mesmas frente às interações complexas existentes entre pacientes, contribuintes, prestadores de serviço e fornecedores. Assim como, em setores tradicionais, a estratégia inovadora está ligada às competências da organização, ao perfil dos clientes 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 competitividade (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012).

O fator comprometimento também parece ser, em termos de assistência médica, um marco estratégico das organizações bem-sucedidas no 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).

Quanto ao entendimento sobre a dinâmica da inovação em organizações do setor de saúde, Thakur, Hsu e Fontenot (2012, p.565) fornecem esclarecimentos a respeito de 3 questões fundamentais:

> [...] (1) Quais são as características essenciais e requisitos subjacentes da inovação nos serviços de saúde? (2) Como os prestadores de serviços de saúde geram novas ideias e as colocam em prática? (3) Qual o papel desempenhado pela tecnologia da informação na estratégia inovadora desse setor?

Sobre a primeira questão, os autores evidenciaram, através de pesquisa de campo, que a inovação está associada a novas maneiras de ajudar os profissionais médicos a trabalhar de forma mais inteligente, rápida, com baixo custo e atendimento de alta qualidade. A relação dos executivos e profissionais de saúde com a inovação

mostrou-se positiva, levando a crer que as organizações estão abertas a aceitar sugestões e / ou alterações na medida em que estas subsidiam lucros maiores e fornecendo serviço de alta qualidade aos seus pacientes, como destacado pelos executivos entrevistados. Outro fator de destaque é dado às pessoas que compõe a equipe da organização. No entendimento dos entrevistados, um bom clima organizacional facilita a tomada de decisão e serve como impulsionador de inovações (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012).

O resultado da pesquisa é consoante com as descobertas de Birken *et al* (2012), em estudo constatando que a efetividade nas mudanças relacionadas ao setor de saúde está relacionada qualitativamente à atuação da média gerência. O comprometimento dos gerentes de nível médio influencia na eficácia da implementação da mudança quando esses assumem conduta proativa e criam "um clima organizacional onde a proatividade é recompensada, apoiada e esperada" (BIRKEN *et al*, 2012, p.29).

O processo de desenvolvimento e estabelecimento de inovações no setor de saúde pode ser resumido através do fluxograma retratado na Figura 2:

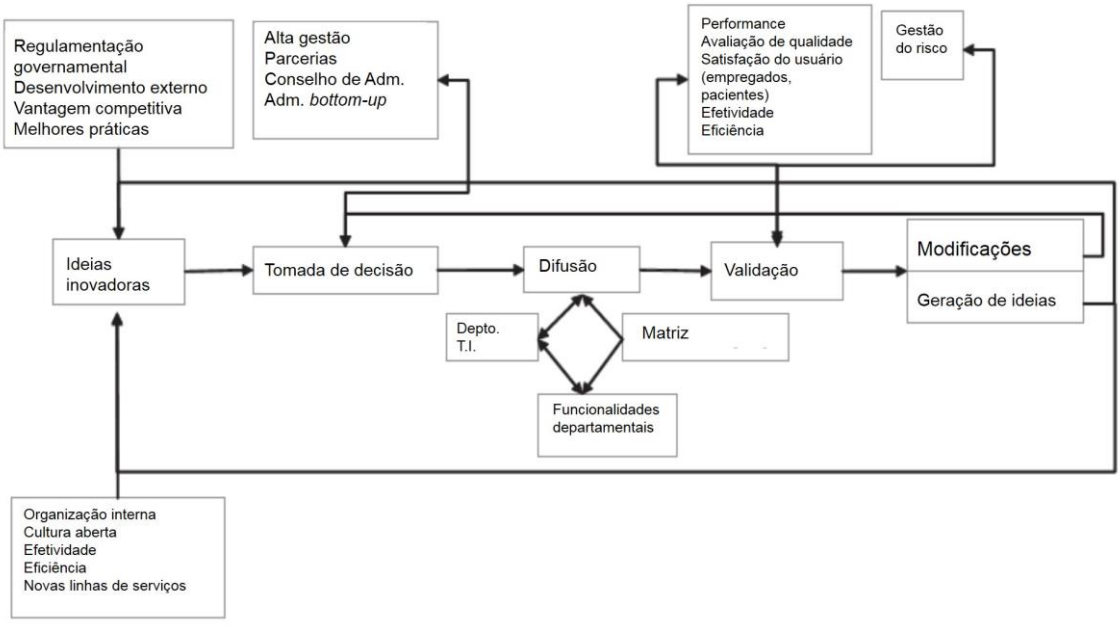


Figura 2 - Processo de desenvolvimento de inovações no setor de serviços de saúde.
Fonte: Thakur, Hsu e Fontenot (2012)

Esse fluxograma ressalta a complexidade da inovação no setor de saúde, envolvendo 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.

Os autores destacam que a mudança envolve "grande quantidade de energia e recursos para fazer as coisas direito" (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012, p.568). De fato, a adoção de uma inovação acarreta não somente o desenvolvimento e implantação da mesma, mas a constante reavaliação sobre seus impactos na efetividade da organização que a adota.

O fluxograma retratado na Figura 2 sugere, de maneira simplificada, que o processo de tomada de decisão quanto às inovações no setor de saúde envolve várias etapas, que incluem: "(1) geração de ideias, (2) tomada de decisão, (3) implantação e difusão, (4) avaliação e (5) modificação" (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012, p.568).

Avaliando o papel da tecnologia da informação nos serviços de saúde, tem-se que a mesma exerce papel crucial, embora parte das organizações pesquisadas ainda adotem controles rígidos sobre suas soluções, estabelecendo mudanças em uma relação unidirecional do tipo *top-down*. Por outro lado, alguns departamentos de TI operam a nível local e apresentam-se como elemento importante de comunicação entre empresas desenvolvedoras das soluções implantadas, áreas funcionais individuais e clientes / pacientes durante o processo de implantação (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012). Isso corrobora a teoria de gestão de processos de Smith e Fingar (2007), que afirma ser o reforço ao empenho de supervisores e pessoal dos departamentos envolvidos / afetados pela inovação durante sua implantação fator de alavancagem para sua efetiva adoção. Fica claro, então, que quando os representantes dos departamentos envolvidos (especialistas em TI ou não) se tratam como iguais ou parceiros na inovação há um incentivo à melhoria contínua e à efetiva adoção das inovações.

De outra parte, a pesquisa de Thakur, Hsu e Fontenot (2012) aponta dificuldades surgidas quando não há um setor específico da TI nas organizações de saúde, sendo essa atividade terceirizada. O principal entrave, nesse caso, é a comunicação unidirecional que dentre outros, pode tornar moroso o tempo de implantação e adoção das inovações - seja por resistência dos profissionais envolvidos ou mesmo

por dificuldades técnicas oriundas da solução a implementar. Por fim, a pesquisa aponta a falta de transparência como um dos principais desafios da TI em organizações de saúde no futuro, uma vez que o investimento em inovações de cunho tecnológico por parte desse setor é alto e, por consequência, gera a expectativa de alto retorno (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012).

A dinâmica da inovação nos serviços de saúde é entendida pela academia como algo particular. Albuquerque e Cassiolato (2002) estabelecem algumas das especificidades do setor, descritas no Quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Especificidades da inovação no setor de saúde

Elemento	Especificidade
Universidades e instituições de pesquisa	Exercem forte influência na dinâmica da inovação para serviços de saúde, uma vez que o fluxo de informação científica e tecnológica com origem e destino a essas instituições é intenso.
Instituições de assistência médica (hospitais, clínicas, postos médicos e outros)	Interagem continuamente com as indústrias do setor e com as universidades ou centros de pesquisa, contribuindo de forma especial no desenvolvimento de inovações.
Instituições de regulação, associações profissionais e escolas médicas	Servem como ambiente de seleção para as inovações geradas pelas universidades e indústrias.
Empresas do setor	Interagem de forma dinâmica em diferentes graus com as universidades e centros de pesquisa, apoiando no desenvolvimento e validação de inovações.
Saúde pública	Exerce papel importante na interação direta com as universidades e instituições de pesquisa, além de ser mediada pelo sistema de assistência médica no recebimento de inovações oriundas do complexo médico-industrial.
População em geral	Inovações relacionadas ao sistema de saúde têm repercussão direta sobre o bem-estar da população, implicando na melhoria, dentre outros, da expectativa de vida de seus beneficiários.

Fonte: Adaptado de Albuquerque e Cassiolato (2002)

É importante salientar que os teóricos concentram-se na avaliação de inovações, fundamentalmente, de produtos ligados às indústrias da saúde. Embora importantes para a prática médica, serviços como procedimentos clínicos e cirúrgicos não estão sujeitos à indústria, mas sim a uma efetiva interação entre universidades, centros acadêmicos médicos e sistema de assistência médica (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002).

No início da década de 1990, Gelijns (1990) dava conta da escassez de informações sobre investimentos em pesquisa e desenvolvimento associados a inovações em procedimentos clínicos. Porém, aparentemente, esse cenário mudou.

Barbosa e Gadelha (2012) analisam em seu artigo o papel dos serviços hospitalares que se mostram como elemento central na dinâmica de inovação em saúde, mercado esse que conta ainda com outros importantes atores, como indústrias farmacêuticas, institutos de pesquisa e universidades. Dentre as evidências encontradas, destaque é dado para a "[...] potencialidade desses serviços em articular virtuosamente as dimensões socioeconômicas do desenvolvimento" (BARBOSA; GADELHA, 2012, p.68). E isso inclui não somente procedimentos clínicos, mas a análise estratégica das instituições, suas tecnologias, modelos de gestão e interações na dinâmica do setor de saúde.

Na linha das inovações estudadas dentro do contexto hospitalar, diversos trabalhos merecem destaque. Quanto ao ambiente de inovação gerado em instituições hospitalares, Machado e Barzotto (2012) associam o ambiente inovador do hospital pesquisado com a padronização de procedimentos, estrutura de mercado, concorrência e comunicação, facilitando o processo de acreditação da instituição, entendida esta como "[...] um padrão de qualidade que consiste numa significativa inovação frente ao diminuto número de hospitais brasileiros" (MACHADO; BARZOTTO, 2012, p.51), o que valida a importância das pessoas envolvidas na organização com o sucesso das inovações, em consonância com os estudos de Thakur, Hsu e Fontenot (2012) e de Isidro-Filho *et al*. (2013). Este último trata do papel das competências mobilizadas pelos prestadores de serviços de saúde no sucesso das inovações, afinal, em um ambiente fortemente amparado pela TI, a aprendizagem tende a contribuir para a aquisição de competências relacionadas às mudanças nos hospitais decorrentes da adoção de novas tecnologias.

Assim, o estudo confirma que estratégias de aprendizagem e

> "[...] o desempenho de competências profissionais com base em novas tecnologias é determinado pela forma como os inquiridos pensam, modificam e aplicam seus conhecimentos, habilidades e atitudes no local de trabalho, utilizando novas tecnologias de informação e comunicação." (ISIDRO-FILHO *et al*, 2013, p.122)

O trabalho de Queiroz, Albuquerque e Malik (2013) também vai ao encontro das pesquisas anteriormente citadas, uma vez que analisa e compara aspectos organizacionais e de gestão de pessoas com a eficácia na implementação de inovações no contexto hospitalar, concluindo ainda que tais variáveis são capazes de estimular a inovação e facilitar a superação de desafios específicos do setor de saúde que costumam impedir seu sucesso nessa questão.

Tais entraves inerentes ao setor de saúde são explorados por Herzlinger (2006), que inicialmente classifica as inovações nele contidas em 3 frentes distintas: (1) inovações quanto ao modo como o consumidor adquire e utiliza a assistência médica; (2) inovações quanto à tecnologia que dá suporte ao atendimento, incluindo novos produtos e tratamentos; e (3) inovações quanto ao modelo de negócios, abarcando nesse item integrações verticais, horizontais e atividades isoladas de saúde. Do ponto de vista do consumidor, que espera serviços cada vez mais convenientes, eficazes e baratos, a pesquisa realizada com o público norte-americano constatou que, na prática, o que se vê é a demora para agendamento de consultas e excesso de deslocamento do paciente, principalmente em casos de doenças crônicas que necessitam de serviços multidisciplinares. Já sobre a tecnologia, ela deve se propor a apoiar os serviços de saúde no sentido de gerar condições de tratamento menos onerosas, dolorosas e desgastantes para o paciente, além de congregar dados que melhorem a qualidade do atendimento e diminuam os erros. Por fim, quanto ao modelo de negócios, Herzlinger (2006) afirma existir uma dicotomia entre a fragmentação real do setor de saúde americano e o desejo de um modelo inovador e integrado, capaz de congregar qualidade, baixo custo e comodidade para o paciente.

Os desafios à inovação nos serviços de saúde estão relacionados, na visão da autora, com as 6 forças de influência inerentes ao seu processo, sendo elas: "atores, financiamento, regulamentação, tecnologia, clientes e prestação de contas"

(Herzlinger, 2006, p.34). Elas tanto são capazes de fomentar quanto paralisar o processo de inovação nas organizações de saúde, ocorrendo essa última situação principalmente diante de conflitos de interesse próprios do setor, como no caso de erros médicos, em que hospitais, médicos, agências reguladoras, planos de saúde e pacientes possuem expectativas díspares quanto à resolução do problema.

Tais desafios têm impacto determinante na capacidade de inovar das organizações de saúde, e são descritos no Quadro 4:

Quadro 4 – Seis forças que podem promover ou aniquilar a inovação

Força de influência	Desafios
Atores	Amigos e inimigos que povoam o setor de saúde podem destruir ou reforçar as chances de sucesso de uma inovação.
Financiamento	Processos de geração de receita e aquisição de capital, ambos distintos dos existentes na maioria dos demais setores.
Regulamentação	Normas que permeiam o setor para evitar danos irreversíveis a pacientes por atores desqualificados ou fraudulentos.
Tecnologia	Alicerce para avanços no tratamento e para inovações que possam tornar o atendimento médico mais eficiente e conveniente.
Clientes	Consumidores cada vez mais engajados do setor de saúde, para quem o passivo termo “paciente” soa ultrapassado.
Prestação de contas	Exigência, por parte dos consumidores vigilantes e pagadores interessados em cortar custos, de que produtos inovadores sejam não só seguros e eficazes, mas de boa relação custo/benefício em relação a produtos concorrentes.

Fonte: Herzlinger, 2006, p.35

Superar essas barreiras setoriais à inovação, principalmente em organizações privadas de saúde, passa pelo reconhecimento das forças de influência; pela capacidade de compreendê-las e, se possível, revertê-las a favor da organização; e pela maturidade na tomada de decisão, no sentido de que nem toda inovação se apresenta em tempo e condições favoráveis à sua implantação (HERZLINGER, 2006).

Tratando da temática da adoção de inovações em saúde, não somente barreiras setoriais se impõem, mas inúmeros são os fatores motivadores e limitadores (MACHADO; HOELTGEBAUM; SCHLINDWEIN, 2008). As autoras chamam atenção para os seguintes itens:

- A maioria das inovações importantes adotadas nas unidades pesquisadas não foram aquelas desenvolvidas no ambiente hospitalar local;
- Tais inovações estão relacionadas a processos de atendimento e são percebidas como benefício assistencialista ao paciente;
- Existe alto custo associado às inovações, e em contraponto um restrito poder de negociação junto às operadoras dos planos de saúde.

Mais uma vez o papel do paciente enquanto *stakeholder* determinante para a criação e adoção de inovações no setor de saúde aparece em destaque nas pesquisas acadêmicas recentes. Lambooij e Hummel (2013) discutem a questão sobre o prisma das diferentes prioridades em inovação existentes entre as diversas partes interessadas na assistência hospitalar, em linha semelhante ao trabalho de Herzlinger (2006). Como conclusões obtidas a partir de pesquisa de campo sobre o valor de 9 inovações tecnológicas nos serviços de saúde junto a pacientes, enfermeiros, médicos, gestores, seguradoras de saúde e órgãos reguladores concluiu-se que, de fato, os mesmos adotam estruturas de preferências distintas sobre as inovações. Essa divergência, segundo Lambooij e Hummel (2013), está mais fortemente relacionada com os benefícios percebidos pelos interessados em cada inovação do que com os custos para o indivíduo ou grupos de interesse. Tal achado tanto serve como norte para a tomada de decisão quanto às inovações em serviços de saúde de forma geral quanto desperta para questões inerentes ao consumidor de baixa renda desses serviços, que é objeto do presente estudo.

Ao analisarem o comportamento do paciente frente aos serviços de saúde Anjos e Lepsch (2010) sugerem que, ao menos no âmbito hospitalar, a satisfação do mesmo advém de um conjunto amplo de fatores, que inclui tratamento eficaz, gestão dos processos e evidências de conforto e comodidade. Soma-se a isso o desafio de mensurar a qualidade percebida pelos clientes nos serviços hospitalares, que deve estar consoante com eficiência de custos, avanço tecnológico e agilidade no tratamento, incluindo a diminuição do tempo de hospitalização (ANJOS; LEPSCH, 2010). As principais dimensões de qualidade percebida entre clientes de serviços hospitalares estão descritas no Quadro 5:

Quadro 5 – Dimensões e itens de percepção sobre a qualidade de um serviço hospitalar

Dimensões	Itens de percepção da qualidade
Espaço Físico, Tangibilidade e Disponibilidade	• Conforto do quarto ou da enfermaria; • Higiene e limpeza dos corredores; • Alimentação (gosto, aparência e temperatura); • Visita ao local de internação (excluindo UTI); • Menor tempo de permanência no hospital; • Adequação, conservação e segurança (tamanho, distribuição dos espaços, infraestrutura).
Biossegurança Medidas de limpeza e desinfecção do ambiente.	• Limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos.
Acesso e Receptividade	• Rapidez no processo burocrático da admissão da internação; • Disponibilidade e acesso a informações sobre ações, locais, normas e rotinas de atenção (referências, fluxo, acesso, atendimento, horários, etc.). • Acesso geográfico; • Flexibilidade da triagem para inclusão de situações de urgência; • Flexibilidade e disponibilidade dos horários de atendimento.
Confiabilidade, Empatia e Gentileza	• Apoio de um assistente social ou psicólogo ao paciente e/ou família, enquanto estiver internado; • Gentileza e atenção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) para atender necessidades, dúvidas e solicitações com rapidez; • Gentileza e atenção do recepcionista na admissão para a internação; • Comprometimento do serviço com respostas a necessidades e problemas dos pacientes.

Fonte: Anjos; Lepsch, 2010

Aprofundando-se na questão dos pacientes, usuários, consumidores ou clientes de serviços de saúde, termos esses utilizados como sinônimos nesse trabalho, Reed *et al* (2012) avaliam, em sua pesquisa, 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*, tomada de decisões compartilhada com pacientes e familiares, além de reformas nos sistemas de pagamento da saúde privada. Percebe-se, ainda, que a inovação centrada no paciente é resultado do direcionamento estratégico das organizações para esse fim, agregando a ela redução de custos, melhoria da qualidade e sobrevivência organizacional. Quanto à inovação centrada no paciente, Reed *et al* (2012) propõe os seguintes pilares, descritos no Quadro 6:

Quadro 6 – Pilares da inovação centrada no paciente

Pilares	Caracterização
Metas	Compartilhamento das metas, qualidade, sobrevivência organizacional, expansão de mercado, contenção de gastos, comprometimento com reformas no serviço de saúde. Pretende-se, nesse item, avaliar os motivadores da estratégia organizacional.
Estratégias e atividades	Grau de aderência entre as estratégias produzidas de forma ativa e as efetivas ações organizacionais voltadas para o bem-estar do paciente.
Barreiras e facilitadores para o alcance dos objetivos	Fatores que facilitaram ou dificultaram o alcance dos objetivos organizacionais, tais como resistência à mudança, falta de recursos ou outras pressões organizacionais.

Fonte: Adaptado de Reed *et al* (2012)

Do ponto de vista estratégico, além de ter o paciente como norteador das inovações em serviços de saúde, o estudo de Bora, Monteiro e Machado (2013) avalia que a tendência nesse nicho é de orientação para o mercado, 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 (BORA; MONTEIRO; MACHADO, 2013). A realidade brasileira foi exemplificada, nesse estudo, através da análise de um hospital em João Pessoa (PB), em que ficaram evidenciadas como apoio ao processo de inovação a prática de seguir tendências emanadas de empresas do mesmo segmento, principalmente outros hospitais considerados superiores, dentro e fora do país. Barbosa e Gadelha (2012) raciocinam na mesma direção, afirmando que os hospitais brasileiros praticam inovações sobretudo de natureza endógena, traçando uma relação estreita com a estratégia e o planejamento organizacional. Salientam, ainda, que na dinâmica das inovações em serviços de saúde as entidades hospitalares são precursoras notórias.

Contudo, a extensão das inovações emanadas dos serviços de saúde não é ponto pacífico entre os pesquisadores. Os trabalhos de Dias e Escoval (2012), e de Bullinger *et al* (2012) atentam para a natureza aberta das inovações presentes, sobretudo, nos serviços de saúde de caráter hospitalar, uma vez que os hospitais contam com o apoio de redes multidisciplinares de colaboradores internos e externos, como médicos, indústrias farmacêuticas, centros de pesquisa entre outros. Bullinger *et al* (2012, p.165) relatam, por exemplo, que “os resultados sugerem que

práticas de inovação aberta tendem a levar a resultados interessantes e são bem aceitas pelos participantes".

Avaliando o contexto brasileiro, na década de 1990 46% dos artigos científicos com temática de inovação tratavam da área de saúde, mas somente 7% dos registros de patentes do Instituto Nacional de Patentes Industriais (INPI) referia-se ao mesmo assunto (CHAVES; ALBUQUERQUE, 2006). Esses dados podem levar à conclusões sobre a imaturidade do setor, entendimento que é sustentado também por Ferreira *et al* (2014), autores que trazem um extrato a partir dos resultados do Concurso de Inovação na Administração Pública Federal para traçar tendências em inovação no setor de saúde. São descritos na pesquisa os projetos premiados pela inovação em serviços de saúde pública no período de 1995 a 2011, seja em termos tipológicos, de objetivos e de abrangência, como quanto aos resultados por eles alcançados.

> A identificação dos trabalhos premiados, bem como seus objetivos, mostram o vetor de direção do processo de inovação no setor público [...]. Pode-se verificar que são basicamente inovações caracterizadas por pequenas mudanças em estruturas de serviços ou nos processos de trabalho. (FERREIRA *et al*, 2014).

Barbosa (2009) e Silva *et al* (2010) auxiliam na compreensão da dinâmica inovadora nos serviços de saúde brasileiros. Barbosa (2009) traz à tona em sua pesquisa no campo hospitalar o fato de que os gastos em pesquisa e desenvolvimento na área saúde são crescentes, com destaque para ações emanadas da indústria farmacêutica. Já no que diz respeito aos equipamentos de saúde em geral, há sensível interdependência entre inovações e pesquisas com outros setores, incluindo o papel fundamental dos especialistas médicos nesses processos. Mais uma vez a extensão incremental das inovações no setor de saúde brasileiro fica evidenciada, como em Bora, Monteiro e Machado (2013), Barbosa e Gadelha (2012) e Ferreira *et al* (2014). Já para Silva *et al* (2010) o interesse do estudo se concentra em inovação tecnológica para o serviço hospitalar, em que o experimento constata a relação positiva entre inovação e melhoria na qualidade e eficiência dos serviços prestados pela organização pesquisada – caracterizada pelos autores como instituição em transição: da melhoria de qualidade para a criação de novos serviços; e da inovação incremental para um modelo recombinativo, dado que a mesma evolui e customiza seus processos continuamente.

Parece claro, então, que é necessária uma readaptação no modelo organizacional tradicional das entidades de saúde para abarcar as dinâmicas da inovação e, assim, fazer frente ao mercado competitivo que se apresenta em tal setor. Sobre isso, Queiroz, Malik e Stal (2007) sugerem, através dos resultados obtidos em pesquisa de campo em um hospital privado de grande porte, que algumas capacidades dinâmicas específicas favorecem a inovação, quais sejam: “geração e incorporação de novos conhecimentos científicos; incorporação e uso eficaz de novas tecnologias; e incorporação e controle contínuo das melhores práticas em atendimento médico assistencial” (QUEIROZ; MALIK; STAL, 2007, p.1). A estrutura organizacional nesse experimento foi considerada como uma burocracia profissional que incorpora características de um modelo inovador, incluindo descentralização, “[...] redução do papel do staff corporativo, sistemas sofisticados de comunicação e uso extensivo de grupos ad hoc” (QUEIROZ; MALIK; STAL, 2007, p.1).

O trabalho supracitado, que se atém às inovações em T.I. na área de saúde desenvolvidas por institutos de pesquisa, vai ao encontro das características comuns a empresas de forte capacidade inovadora, como resumido por Pettigrew e Massini (2003, p.6):

> (1) descentralização radical da responsabilidade por resultados para as unidades operacionais; (2) redução no número dos níveis hierárquicos; (3) redução no papel do staff corporativo; a alta cúpula passa a concentrar-se em criar e disseminar conhecimentos; (4) mudança no estilo gerencial, de ‘comandar e controlar’ para ‘facilitar e autorizar’; (5) sistemas sofisticados de comunicação interna (tanto formal quanto informal), horizontal e vertical; (6) uso extensivo de grupos ad hoc (interdivisionais e interfuncionais) focados em forças-tarefa, ao invés de estruturas organizacionais departamentalizadas e rígidas; (7) uso deliberado dos recursos humanos internos para disseminação de conhecimento.

Caracterizam as organizações voltadas para a inovação estruturas que contém fronteiras permeáveis, ou seja, agrupamentos temporários e multidisciplinares que tem como enfoque o atendimento às necessidades do ambiente externo, com comunicação fluida e ágil pautada na ampla difusão do conhecimento. Algumas características, inerentes à estruturação de serviços de saúde, se firmam nesse contexto, destacando-se a racionalização dos custos, qualidade da prática médica, inovações em atendimento extra-hospitalar, foco em tecnologias de alto valor

agregado e participação efetiva da sociedade na atuação das instituições do segmento de saúde (QUEIROZ; MALIK; STAL, 2007).

Diante do exposto, parece indissociável a estratégia organizacional da estratégia de inovação, e que esta, no setor de saúde, tende hoje a privilegiar soluções focadas no paciente / consumidor. Com amplo campo de amadurecimento na criação de inovações em saúde no Brasil a ser trilhado, é de fundamental relevância compreender as bases que norteiam o comportamento desse consumidor no país, a fim de desenvolver soluções peculiares às suas necessidades e demandas.

2.2. COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE BAIXA RENDA

2.2.1. Sociedade de Consumo e o Comportamento do Consumidor

Empiricamente é possível constatar que a sociedade, desde a antiguidade, faz uso do universo material como forma de construção de *status*, identidades, enfim, como apoio fundamental às relações sociais. Para além desse entendimento os bens materiais têm sido capazes de, entre outros, apoiar a construção de identidades, fazer descobertas e expressar desejos e necessidades humanas, ampliando o escopo do autoconhecimento (BARBOSA, CAMPBELL, 2006).

Em termos de ciência, compreender o comportamento de consumo e sua motivação é um assunto que se destaca na sociedade ocidental desde a Revolução Industrial, ou desde que se aderiu a um estilo de vida onde consumir é um ato que ocupa posição central.

Trabalhos clássicos como os de Warner (1960) e Weber (1978) já propunham o consumo como uma maneira de distinguir classes sociais e oportunidades entre grupos, sendo os bens fontes de *status* e reforço do poder de determinados estratos da sociedade. Para Belk (1988), nossas posses são um dos principais contribuintes para a reflexão acerca de nossas identidades individuais. De forma mais aprofundada, o indivíduo tem no consumo um grande caráter simbólico, uma vez

que, a partir de seu autoconceito, escolhe produtos, serviços e marcas que o representam em seu modo de pensar, agir e se relacionar com a sociedade (BELK, 1988).

Uma vez que o ato de consumir perpassa a fronteira das necessidades materiais e econômicas,

> [...] os bens podem servir, entre muitas outras coisas, para demarcar fronteiras sociais, para distinguir e hierarquizar, para reafirmar, negar, ou esconder o pertencimento a um grupo social, como reforço à autoestima, ou como forma de celebrar amizade e parentesco. (ROCHA; SILVA, 2009, p.26)

Em contraponto a esse cenário, a necessidade individual de "ser", alcançada através do "ter", parece gerar como consequência do consumo a euforia imediata e, no longo prazo, a sensação de eterna infelicidade, insatisfação e ansiedade, criada por aquilo que se "deseja ser" (SHANKAR; FITCHETT, 2002).

As motivações que norteiam o comportamento de consumo de um determinado indivíduo são diversas. Solomon (2011) as elenca conforme o Quadro 7 abaixo:

Quadro 7 - Motivadores do comportamento de consumo

O consumidor enquanto...	Toma decisões de consumo baseando-se em...
Indivíduo	• percepção; • aprendizagem e memória; • motivação e valores; • autoconceito; • personalidade e estilo de vida; • atitudes e persuasão.
Tomador de Decisão	• disponibilidade de informações para a tomada de decisão; • experiência de compra, uso e descarte; • grupos de referência e líderes de opinião; • influência da família e das organizações.
Integrante de uma Subcultura	• renda e classe social; • subculturas étnicas, raciais e religiosas; • subculturas etárias.
Parte de uma Cultura	• padrões culturais locais; • padrões culturais globais.

Fonte: Adaptado de Solomon (2011)

É evidente que a decisão de consumo não pode estar associada somente a um dos papéis relacionados no Quadro 7. Ao contrário, ela ocorre de forma integrada e

interdependente, já que o indivíduo participa, de forma simultânea, de diversas organizações, grupos de interesses, subculturas etc. A complexidade do comportamento do consumidor advém, ainda, do fato de ser eternamente mutante e dinâmico seu perfil de preferências, na medida em que se insere ou abandona, ao longo do tempo, certos padrões de vida, estilos pessoais e tendências, por exemplo.

Na visão de Solomon (2011), os gastos e comportamento econômico do consumidor envolvem principalmente duas características: em primeiro lugar, há que se compreender as atitudes do indivíduo frente ao dinheiro, no sentido da tendência em economizar, gastar moderadamente ou gastar exageradamente; e em segundo lugar, se prendem à confiança do consumidor diante da economia e seus desdobramentos, impactando, sobretudo, nas decisões sobre "comprar agora" ou "deixar para depois".

Concentrando-se na questão das classes sociais, a mobilidade social e as questões de *status* também influenciam no comportamento do consumidor, entendendo que o ato de consumir é capaz de remetê-lo (ao menos psicologicamente) à patamares superiores. Isso é mais sensível ainda quando se fala de indivíduos em momento de ascensão social, que aspiram ao reconhecimento (pessoal e daqueles que o rodeiam) sobre sua evolução em termos de padrões econômicos. Solomon (2011, p.487) reconhece que

> Pessoas que têm dinheiro há muito tempo não precisam provar que o têm. Por outro lado, consumidores relativamente novatos em níveis mais altos da escala social podem despender a mesma quantia de forma bem diferente.

Ainda nessa direção, Hill, Martin e Chaplin (2012) revelam que a comparação social media a relação entre consumo e satisfação pessoal (dados colhidos com mais de 56.000 consumidores em 38 países). Isso quer dizer que o indivíduo, ao se comparar àqueles que se encontram acima ou abaixo de sua atual condição socioeconômica, passa a fazer escolhas de consumo e escalas de prioridade capazes de identifica-lo com o estrato em que julgam estar ou pertencer.

Importante salientar que, a partir do advento da internet e da ampliação do acesso às informações - inclusive de consumo - pela maioria da população mundial, o consumidor se torna a cada dia mais exigente, "empurrando" as organizações industriais e de serviços para patamares de qualidade e diferenciação cada vez mais

elevados. Esse cenário é válido independente da classe social, cultura ou região a que o consumidor pertence.

Tendo em vista a proposta da presente pesquisa em estudar as inovações no setor de saúde diante do comportamento do consumidor de baixa renda, a questão de renda e classes sociais como fatores de decisão de consumo é aprofundada no item a seguir.

2.2.2. O Consumidor de Baixa Renda e os Produtos Populares

Já que o consumo causa no indivíduo, entre outras questões, o sentimento de pertencimento a um grupo ou classe, parece claro que existem motivadores e valores diferenciados que impulsionam o consumo em cada vertente social. No presente trabalho é dado enfoque aos consumidores de baixa renda brasileiros, e para tal classificação adota-se o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2013), que estratifica a sociedade brasileira conforme a Figura 3 a seguir:

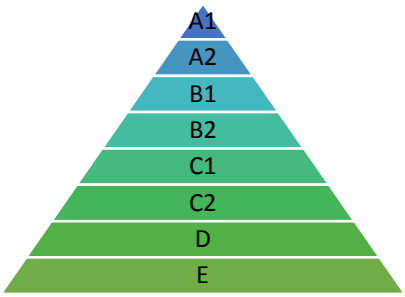


Figura 3 - Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil
Fonte: Adaptado de ABEP (2013)

Para a atribuição de uma classe social são levados em conta itens como nível de instrução formal, ocupação, posse de bens, condições de moradia, acesso a serviços públicos, ativos financeiros e não financeiros, bem como a renda corrente (ABEP, 2013). A escolha desse critério vem sendo preferida pela maioria das empresas que atuam no território nacional para definirem seus públicos-alvo, porém há que se observar o fato de que qualquer tipo de estratificação em classes pode ser superficial diante da dinâmica intensa de mercado vivenciada no país (CHAUVEL; MATTOS, 2008).

Concentrando a atenção no fenômeno brasileiro, o estudo de Castilhos e Rossi (2009) revela que as classes pobres têm, entre si, uma autoclassificação, dividida entre pobres-pobres, pobres e elite dos pobres. No primeiro nível encontram-se aqueles que possuem condições materiais que impõe restrição mais severa ao consumo, incluindo alimentação e moradia. Na segunda faixa estão os indivíduos que possuem capacidade financeira para obter moradia razoavelmente equipada e alimentação simples, porém farta. No último grupo classificam-se aqueles que simbolizam, para os demais pobres, a ascensão social. São microempresários locais, com moradia mais bem estruturada e relações sociais diferenciadas.

Fontes primeiras dos programas governamentais de atenção básica, os pobres-pobres e os indigentes podem realmente ainda estar à margem da sociedade de consumo efetiva. Porém, duas outras camadas apresentam-se como mercado consumidor em consistente atenção, sendo merecedoras de atenção especial por parte das empresas em seus programas de marketing e dos pesquisadores em comportamento do consumidor.

Rocha e Silva (2009) atentam para o fato de que, entre a década de 1970 e o Plano Real (1994), as classes pobres eram simplesmente invisíveis aos olhos dos estudos do comportamento do consumidor. Segundo os autores, isso é justificável pela hiperinflação registrada no período, que impunha um padrão de subsistência e escambo que deixava essa fatia expressiva da sociedade à margem do mundo do consumo.

Não somente a dificuldade econômica contribuiu para o alijamento das classes de baixa renda nos estudos sobre consumo e *marketing*. Uma visão de subsistência, não de consumo, é corroborada por teorias como a da hierarquia de necessidades de Maslow (1954). Devido à escassez de recursos, teoricamente as classes menos favorecidas se contentariam com o atendimento às suas demandas fisiológicas, conforme ilustrado na Figura 4:

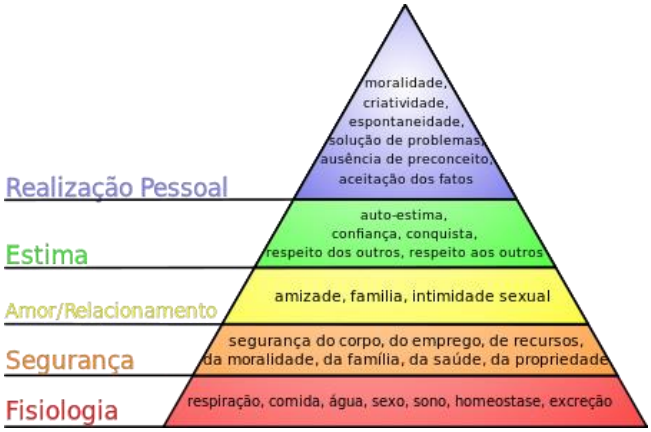


Figura 4 - Hierarquia de necessidades de Maslow
Fonte: Adaptado de Maslow (1954).

Sobre esse assunto Rocha e Silva (2009, p.15) argumentam que

> [...] se as assim chamadas necessidades começam pela base fisiológica, as camadas populares só precisariam, tal como os pré-históricos, de comida, bebida e abrigo...

De fato, torna-se simplista na dinâmica moderna de vida a ideia de se "escalonar" as necessidades humanas, inadmitindo a complementaridade e concorrência entre elas na dinâmica de formação e expressão da identidade do indivíduo. E o consumo é item de destaque nessa identidade, conforme afirma Campbell (2006, p.48) na declaração de que "o processo de querer e desejar está no cerne do fenômeno do consumo moderno", independente da classe social em que se esteja inserido.

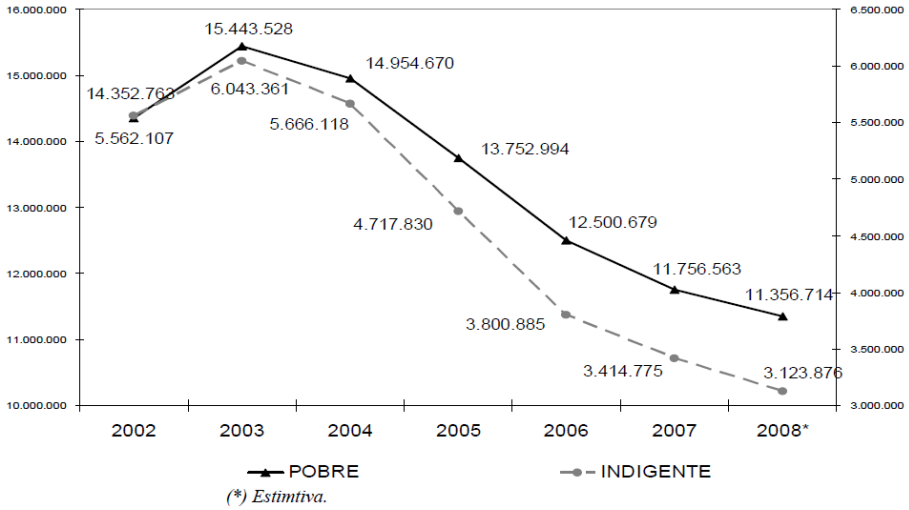
Somado a isso, nas últimas décadas a redução da pobreza se apresenta como tendência no cenário global, elevando cerca de 800 milhões de pessoas ao universo efetivo do consumo - levando-se em conta somente os principais países em desenvolvimento, chamados BRIC's (Brasil, Rússia, Índia e China). Desse total, 20 milhões são brasileiros (ROCHA; SILVA, 2009).

Diante da evolução mundial no nível de renda daqueles que Prahalad (2010) denomina como "base da pirâmide", surge uma emergente demanda por consumo que não pode ser renegada pelas empresas. Nesse contexto, o autor condena a visão tradicional das classes pobres como vítimas ou fardos, que deve dar lugar à compreensão de que essa camada é formada por empreendedores incansáveis, criativos e com consciência de valor, capazes de gerar negócios frutíferos e lucrativos. Contudo, atender com sucesso o imenso mercado representado pelos pobres em nível mundial não é tarefa simples. Segundo Prahalad (2010) há

necessidade de profundas adaptações das empresas de classe mundial para que seus produtos e serviços possam suprir desafios como a baixa especialização desses mercados e sua logística pouco convencional.

O fenômeno brasileiro da ascensão social ao longo da última década pode ser observado através do Gráfico 3, que dá ideia do franco declínio no número de pobres e indigentes nas regiões metropolitanas do país, levando em consideração que indigentes são os que possuem renda per capita de até R$ 103,75, e que pobres são aqueles com renda per capita entre R$ 103,75 e R$ 207,50.

Gráfico 3 - Número de pobres e indigentes nas seis regiões metropolitanas, 2002-2008 (em número de indivíduos)

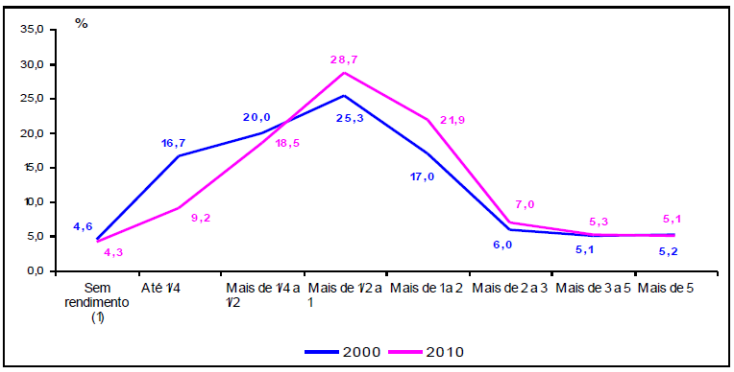


Fonte: IPEA, 2008.

A pesquisa do IPEA (2008) demonstra, portanto, que a parcela pobre da população caiu 20,9% entre 2002 e 2008, e que o número de indigentes recuou 43,8% no mesmo período. Além de uma tendência mundial, esse avanço no perfil de renda da sociedade brasileira pode ser atribuído ao acesso à programas de erradicação da pobreza e de acesso à educação, saúde e assistência social promovidos pelas diversas esferas de governo.

Outra análise importante para o entendimento do perfil da base de consumo dos brasileiros diz respeito à evolução do perfil socioeconômico no país, conforme apresentado no Gráfico 4:

Gráfico 4 - Distribuição dos domicílios particulares permanentes, segundo as classes de rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* (em salário mínimo real de julho de 2010) - Brasil - 2000/2010.



Fonte: IBGE, Resultados do Universo do Censo Demográfico 2000 e Resultados Preliminares do Universo 2010. (1) Inclusive os domicílios com rendimento mensal domiciliar *per capita* somente em benefícios.

Os números do censo (IBGE, 2010) demonstram, desse modo, que o Brasil é formado, em sua maioria, por famílias que dispõe de renda *per capita* entre meio e 2 salários mínimos, figurando nesse estrato as classes C e D (ABEP, 2013), consideradas de maior potencial consumidor para todos os tipos de atividade econômica. Para se ter uma noção do potencial consumidor da classe C no país estimava-se, já em 2008, que:

> Um terço dos membros da classe C tem conta bancária, 25% têm computador em casa; 5% acessam internet com banda larga e 34% têm carro na garagem. A classe C foi responsável, em 2007, por 40% dos computadores vendidos no Brasil, 40% das linhas de celulares, 70% dos apartamentos e casas financiados pela Caixa Econômica Federal e 70% dos cartões de crédito emitidos. (DUALIB; BORSATO, 2008, *apud* ROCHA; SILVA, 2009 p. 25-26)

Tais dados nos permitem inferir que o consumo, visto pela camada ascendente da pobreza ao 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 (ROCHA; SILVA, 2009).

Investigado sob o ponto de vista antropológico, o comportamento de consumo na base da pirâmide brasileira caracteriza-se, na ótica de Barros e Rocha (2009, p.37) como um fenômeno complexo que inclui, em termos de hierarquia de gastos, "um grande desejo de participar dos benefícios da sociedade de consumo". Assim como no trabalho de Mattoso e Rocha (2005), verifica-se que tem grande poder atrativo ao consumo das classes pobres a questão do parcelamento das compras, que

possibilita a realização de vários sonhos de consumo simultaneamente - ainda mais quando se vive em um ritmo acelerado de lançamento de novidades de todos os tipos no mercado.

A fim de atender a essa camada pujante da sociedade, inúmeras empesas vêm se atentando para o desenvolvimento de produtos e serviços populares. Nessa questão as teorias de Zancul (2004) e de Nascimento, Yu e Sobral (2005) mostram-se complementares. Enquanto a primeira referência classifica como popular o produto ou serviço mais barato em sua categoria, capaz de ampliar o acesso do mesmo para consumidores de baixa renda (ZANCUL, 2004); Nascimento, Yu e Sobral (2005) ampliam tal entendimento, uma vez que o preço não necessariamente é o único requisito de um produto popular.

Um produto ou serviço direcionado à base da pirâmide, nessa visão estendida, é aquele que agrega, além do preço, outros fatores fundamentais como os apresentados por Nascimento, Yu e Sobral (2005):

- direcionamento aos consumidores das classes de menor renda;
- qualidade;
- 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.

A respeito das preferências de consumo da base da pirâmide social brasileira, Pfeiffer e Maffezzolli (2011) analisam motivadores de consumo para produtos utilizando como exemplo os televisores. A pesquisa conclui que os fatores qualidade (associada ao prestígio de uma marca) e forma de pagamento são fundamentais para a tomada de decisão nessas classes, e que "a satisfação ou insatisfação do consumidor são fatores decisivos para que este permaneça fiel a uma marca, produto ou loja" (PFEIFFER; MAFFEZZOLLI, 2011, p.18). Dentre os fatores de insatisfação merecem destaque os defeitos e falhas no produto, item que, de modo

geral, impactaria qualquer tipo de consumidor. No caso das camadas mais pobres, a disponibilidade financeira restrita faz com que esse fator seja ainda mais sensível, representando gasto de tempo e mais recursos para efetivar reclamações, fazer consertos ou trocas. Outro dado relevante do estudo é a constatação de que, na maioria dos casos, os consumidores de baixa renda não valorizam, necessariamente, o preço mais baixo, deixando claro que a boa qualidade recompensa a aquisição de uma marca de valor mais elevado. Por fim, o acesso ao crédito é considerado igualmente como item de satisfação do consumidor que não possui condições de adquirir produtos de maior valor à vista (PFEIFFER; MAFFEZZOLLI, 2011).

Em outra temática, Mattoso e Rocha (2005) se utilizaram da inadimplência entre as classes pobres e seus significados para auxiliar na construção de um perfil de preferências de consumo nesse estrato. Dentre as conclusões do trabalho, é possível destacar que, ao contrário de uma primeira visão empírica, não é o consumismo o fator principal que leva à inadimplência a base da pirâmide social, mas sim fatores inesperados como perda de emprego, gravidez e outros, somados à ausência de reservas financeiras para essas ocasiões. Outro dado importante da pesquisa constata que esse consumidor dá preferência à antecipação do consumo - quando possui acesso ao crédito - privilegiando a aquisição imediata do que a poupança para aquisição de um item à vista. Finalmente, corroborando a ideia de que o consumo possui um forte componente social, Mattoso e Rocha (2005, p.1) observam que "o crédito surge como elemento de hierarquização, assumindo a categoria de símbolo de *status*, e como fonte de identidade".

Outros estudos sobe o comportamento do consumidor de baixa renda brasileiros servem de inspiração à essa pesquisa. Seus achados encontram-se resumidos no Quadro 8 a seguir:

Quadro 8 – Estudos sobre o comportamento de consumo do consumidor de baixa renda brasileiro

Temática	Achados importantes	Referência
Consumo de alimentos em famílias pobres do Rio de Janeiro	• Preferência de consumo de marcas líderes em detrimento de marcas novas de alimento como forma de minimizar o risco de uma escolha errada – tanto no paladar quanto, principalmente, no dispêndio financeiro. • Saúde não foi diretamente associada à questão da alimentação. • Uso, preferência e gosto por certos alimentos são coisas distintas. No uso as entrevistadas citam “o que” e “quanto” usam de determinado alimento em suas casas; a preferência se relaciona à uma situação de escolha, que tem como uma das variáveis o preço; e o gosto já tem conotação mais afetiva, associada ao “prazer de comer” que está dissociado da classe a que se pertence.	Casotti, Suarez e Deliza (2009)
Consumo consciente na baixa renda	• A pesquisa de campo dos autores possibilitou a segmentação dos consumidores de baixa renda em 4 agrupamentos: (1) responsáveis saudáveis; (2) ambientalmente educados; (3) desinformados, e (4) conscientes de fachada. • Critérios de gênero, escolaridade, faixa etária e renda têm, de fato, impacto sobre a tendência ao consumo consciente. Por exemplo, jovens adultos homens de baixa escolaridade e maior renda representaram a maior parcela da categoria “desinformados”, enquanto que entre os “responsáveis saudáveis” se destacam as mulheres jovens, de maior escolaridade e menor renda. • O consumidor vem gradualmente aumentando seu interesse em atributos nutricionais, bem como na utilização de técnicas ou manejos sem a utilização de agrotóxicos.	Bacha, Strehlau e Schaun (2011)
Consumo infantil e relação com as marcas na baixa renda	• A motivação para o consumo em crianças de baixa renda é, de fato, grande, e elas consideram o ato de comprar como um entretenimento. • A relação que as crianças de baixa renda têm com determinadas marcas é relevante, e desenvolvida desde a tenra idade. • Personagens infantis e brindes são amplamente valorizados por esse público e influenciam na decisão de consumo.	Panoeiro e Mattoso (2013)

Temática	Achados importantes	Referência
Estratégias de negócio em serviços aéreos para atendimento ao público de baixa renda brasileiro	• Empresas de transporte aéreo brasileiras passam a desenvolver estratégias para atrair o público de baixa renda partindo de estratégias genéricas oriundas de outras indústrias. • Quanto ao transporte aéreo, as estratégias se concentram no composto mercadológico tradicional (produto, preço, canal de distribuição, comunicação e serviço), mas as empresas vêm buscando complementar suas ações utilizando a inspiração do varejo de baixa renda, incluindo assim lojas de vizinhança, porta a porta e meios de financiamento alternativos ao cartão de crédito • O principal desafio à expansão do setor no Brasil é a infraestrutura aeroportuária (na visão das empresas), enquanto que seu principal facilitador é a parceria com operadoras de turismo. • A pesquisa identifica um modelo com estratégia híbrida adotado pelas empresas aéreas brasileiras – uma combinação de diferenciação e baixo custo.	Fleury (2010)

Fonte: Elaborado pela autora

Embora à luz dos achados acadêmicos sobre o consumo das classes populares brasileiras seja esse um campo rico para a ciência, "ainda se sabe muito pouco sobre esses consumidores que foram por décadas praticamente ignorados pelas pesquisas acadêmicas e de mercado" (CHAUVEL; MATTOS, 2008). A pesquisa de mercado nesse nicho, por exemplo, ainda tem pouca representatividade. Barros (2006) alerta para esse fato e o atribui à decisão da maioria dos especialistas em marketing em voltar a atenção de suas ações somente para as classes A e B, consideradas formadoras de opinião e de moda, que consequentemente se propagaria pelas camadas populares pelo desejo latente dos pobres em se identificar com o comportamento dos considerados ricos.

Cumpre papel essencial na percepção de inclusão social das camadas mais pobres o consumo de eletroeletrônicos, como televisores, celulares e outros, que são vistos por esses indivíduos como bens de ascensão imediata ao universo do consumo (BARROS; ROCHA, 2009). A questão do prestígio e valorização de determinadas marcas também se destaca, além da motivação ao consumo baseada: na facilidade de concessão de crédito (caso de lojas de eletroeletrônicos); na qualidade percebida

do produto (caso de marcas de produtos de limpeza), ou na associação de certos produtos às classes ricas (vestuário, celulares).

As ações de marketing, portanto, devem se diferenciar para atender às especificidades do consumo de baixa renda. Rocha e Silva (2008) propõem alguns elementos de adaptação a esse mercado, conforme apresentado no Quadro 9:

Quadro 9 - Marketing e baixa renda

Elementos do Marketing	Enfoques alternativos
Produto	• modelos com *design* mais simples; • projetos de produto mais baratos; • fracionamento das embalagens; • embalagens tamanho-família; • embalagens com matéria-prima mais barata; • produtos mais eficientes no uso de energia; • marcas secundárias.
Preço	• financiamentos mais longos; • esquemas de pré-pagamento; • aluguel em lugar de compra; • produtos compartilhados; • menor burocracia na concessão de crédito.
Praça	• microvarejistas; • porta a porta; • canais de varejo de baixo custo; • parcerias com outros canais.
Promoção	• apresentação pictórica de informações sobre o produto; • instruções simples e objetivas, evitando linguagem técnica; • educação do consumidor.

Fonte: Adaptado de Rocha e Silva (2008)

O desenvolvimento de estratégias direcionadas à baixa renda se cerca de variáveis específicas ao segmento. Sobre o assunto é interessante aprofundar o conceito de *fit strategy* proposto por Oliva *et al* (2010). Para os autores, no atendimento à base da pirâmide não basta adotar uma estratégia genérica de baixo custo. Esse consumidor exige mais. Nesse cenário, a *fit strategy* é tida como *"*uma estratégia de adequação*,* [...], que se configura pelo equilíbrio entre a busca por ofertar melhores preços e o atendimento das necessidades do consumidor de baixa renda" (OLIVA et al, 2010, p.64).

Na análise de produtos populares, Oliva *et al* (2010) recomendam ações de *fit strategy* que incluem:

> - Ter um produto de qualidade. Para o consumidor, itens como segurança e desempenho mostraram-se fundamentais [...], o quesito «Marca» ficou bastante associado à qualidade. [...];
> - Ser acessível. Dentro deste item deve-se destacar a questão do preço ser baixo e a possibilidade de acesso a crédito, conhecido atualmente como parcelização. [...] um produto para atender a base da pirâmide econômica precisa ter um preço que o consumidor consiga adquiri-lo (*Affordability*), estar à venda em lojas de fácil acesso (*Access*) e estar disponível no momento que o cliente quiser/puder comprá-lo (*Availability*);
> - Atender aos requisitos do cliente. [...] questões como assistência técnica e facilidade de uso;
> - Alinhar os valores da empresa com os valores do mercado consumidor. (OLIVA *et al*, 2010, p.84)

O fato é que, pelo menos no Brasil, atender às necessidades de consumo da base da pirâmide é, ao mesmo tempo, uma grande oportunidade e um grande desafio. Compreender os reais motivadores de consumo, seja de bens ou de serviços, dessa ampla camada da população, é algo relativamente novo para o marketing, e ao mesmo tempo ampla fonte potencial de lucro para as empresas que desejam se especializar nesse mercado.

2.3 INFLUÊNCIA DO COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE BAIXA RENDA NA ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Tratando 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 o processo de inovação voltado para tais segmentos.

Prahalad (2005) elenca os 12 princípios da inovação para os mercados populares, a saber:

1. Importância fundamental do fator preço, tanto nos produtos quanto nos serviços;
2. Combinação de tecnologia com infraestrutura;
3. Foco em soluções ampliáveis, ou seja, passíveis de utilização em outros mercados;

4. Valorização da economicidade de recursos (eliminar, reduzir e reciclar);
5. Criação de produtos perfeitamente alinhados com as funcionalidades requeridas pelo mercado;
6. Importância igualitária entre inovações em processo e inovações em produto;
7. Análise da infraestrutura e do ambiente;
8. Educação de clientes como processo-chave;
9. Capacidade de desenvolver produtos para operar em ambientes hostis;
10. Heterogeneidade (de idiomas, culturas e níveis) deve representar ponto importante no desenvolvimento das inovações;
11. Foco em métodos capazes de acessar as camadas populares com custo baixo;
12. Preferência por projetos de desenvolvimento de plataformas capazes de incorporar novas funcionalidades facilmente.

Por sua vez, Nascimento, Yu e Sobral (2008) propõem, no que concerne ao desenvolvimento de inovações direcionadas à base da pirâmide, as orientações estratégicas a seguir:

- Identificar e atender às funcionalidades mais essenciais do público alvo;
- Padronizar produtos baratos; aumentar a escala de produção;
- Aumentar o conteúdo de autosserviço;
- Estender a vida do produto;
- Repensar a estratégia de embalagens;
- Recorrer a canais de distribuição e marketing convenientes;
- Construir imagens de produtos adequadas ao mercado popular;
- Alongar financiamentos com prestações baixas.

O processo de criação e estabelecimento de inovações nos mercados de baixa renda segue uma lógica diferenciada dos mercados tradicionais porque, enquanto itens como tecnologia e agregação de valor são prioritários no desenvolvimento de produtos de modo geral, nos produtos populares essa grade de prioridades se amplia na medida das especificidades do segmento (NASCIMENTO; YU; SOBRAL, 2008). Por exemplo, questões como racionalização de custos e distribuição

diferenciada (para que o produto de fato chegue até o consumidor de baixa renda com facilidade), são alguns dos desafios da inovação nesse segmento.

Apesar da ampla gama de oportunidades gerada pelas classes de baixa renda que ascendem ao consumo no Brasil, o trabalho de Zilber e Silva (2010) aponta para o baixo nível de preocupação das empresas multinacionais que operam no país para o desenvolvimento de inovações radicais voltadas a esse segmento. Os resultados da pesquisa de campo constatam que, dentre as grandes corporações multinacionais do tipo industrial, parece haver o sentimento de que o mercado de baixa renda não é atrativo o suficiente para justificar investimentos maciços em pesquisa e desenvolvimento de produtos para esta faixa. Para o estrato da classe “C”, contudo, as empresas adotam pequenas modificações em produtos e distribuição, o que se configura apenas como inovações de caráter incremental.

Travassos *et al* (2000) pesquisaram as desigualdades geográficas e sociais no que concerne à utilização dos serviços de saúde por parte dos brasileiros. Os autores partem do pressuposto de que

> "[...] o consumo de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde, bem como das formas de financiamento e dos serviços e recursos disponíveis para a população" (TRAVASSOS *et al*, 2000, p.133).

Tal entendimento já denota que, dentre os determinantes de consumo para esse tipo de serviço, a classe social e a disponibilidade de recursos são elementos centrais. É importante frisar, também, que as desigualdades no acesso ao sistema de saúde - que são fruto das desigualdades sociais sistêmicas - são distintas das desigualdades no consumo desse tipo de serviço. Embora as classes menos favorecidas, principalmente os considerados indigentes, estejam sujeitos às vulnerabilidades sociais que ampliariam a chance de ocorrência de diversas doenças, esse é o estrato da sociedade que menos recorre ao sistema de saúde. Curiosamente, de outra parte, classes mais abastadas tendem a se utilizar mais frequentemente de uma ampla gama de serviços de saúde, levando a crer que existem questões de estilo de vida associadas a esse cenário (TRAVASSOS *et al*,

2000), que são somadas a fatores como idade, sexo e a análise individual que se faz sobre o risco de adoecer.[2]

Complementar a esse entendimento é o trabalho de Kilsztajn, Camara e Carmo (2002, p.259) que conclui, a respeito do gasto familiar com saúde (de modo amplo) frente ao avanço da renda *per capita*:

> À medida em que sobe a renda familiar *per capita*, cai a participação do gasto com medicamentos e sobe a participação do gasto com planos de saúde e com odontologia no gasto total com saúde das famílias.

Também fatores de ordem social, individual ou cultural podem influenciar as demandas por serviços de saúde. Segundo Sawyer, Leite e Alexandrino (2002), os fatores delimitadores do consumo de serviços de saúde se localizam em três esferas: (1) capacitação, (2) necessidade e (3) predisposição. Na capacitação estão delimitados fatores econômicos, ou a capacidade de destinar seus recursos para esse fim, além da disponibilidade dos serviços de saúde na localidade em que o consumidor vive. No campo da necessidade está o entendimento individual do consumidor a respeito de sua própria saúde e da necessidade de procurar os serviços a ela relacionados – além da saúde objetiva propriamente dita. E, em termos de predisposição, avaliam-se características inerentes ao indivíduo que podem – ou não – aumentar sua chance de desenvolver uma intercorrência de doença. Um dos achados interessantes desse estudo quantitativo é que o jovem de baixa renda, não usuário de planos de saúde e com situação de saúde considerada boa tende a procurar a farmácia (não a consulta médica) em ocasiões de doença, embora sejam consumidores ocasionais de serviços de saúde por motivos distintos da doença (acidentes, por exemplo). Em outro extremo, mulheres brancas, de maior escolaridade e faixa de renda, tendem a gastar mais com saúde e se dividem entre as que consideram sua saúde boa e ruim – embora, via de regra, não declarem ser portadoras de doenças crônicas e não tenham vivido internações recentes. Chama a atenção ainda uma terceira situação extrema, representada por mulheres idosas, que moram sozinhas, pertencem ao estrato da baixa renda e não são consumidoras usuais de serviços de saúde privados, dependendo tão-somente do que é ofertado

[2] Princípio que norteia o funcionamento dos planos de saúde, desenvolvido por Dranove e Satterthwaite (2000) sob a alcunha de *marketability of risk*.

pelo SUS na localidade onde moram (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). À luz dessa pesquisa é possível perceber que, de fato, a questão das classes sociais influencia na predisposição (ou não) do consumidor em realizar gastos com saúde, desdobrando-se daí a pertinência com os conceitos de inovação para a baixa renda propostos por Prahalad (2005) no tocante à "educação" do consumidor.

Herszlinger (2006) discute a questão da renda frente aos serviços de saúde atentando para o fato de que inovações no atendimento médico são capazes de tornar essa experiência mais conveniente para o paciente de modo geral. Pessoas com tempo escasso e crescente autonomia tendem a valorizar serviços mais eficazes e baratos. Em especial no tocante à baixa renda, Diniz *et al* (2007) chamam atenção para o caráter catastrófico que as despesas das famílias com serviços de saúde no Brasil podem assumir. Ao decidirem pela não-adesão aos recursos de assistência médica (seguros e planos de saúde de forma geral), os consumidores podem viver intercorrências em que o atendimento efetuado pelo SUS não transcorra a contento e, assim, obrigue as famílias a se descapitalizarem a ponto do endividamento, dilapidação patrimonial ou até mesmo a migração definitiva para estratos cada vez mais pobres da sociedade.

Tal entendimento é compartilhado por Rodrigues e Maia (2012). Esses autores afirmam que o gasto privado com saúde é um dos indicadores de desenvolvimento econômico em um país – quanto menos desenvolvido, maior é esse gasto. Os autores relatam que

> No Brasil, embora o sistema de saúde seja de acesso universal e gratuito garantidos pela Constituição Federal de 1988, os gastos privados com saúde, embora estejam diminuindo sua participação no gasto total, ainda representavam mais de 50% de todo o gasto com saúde em 2010. Desse total, cerca de 40% foi gasta com planos de saúde, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde no mesmo período. (Rodrigues; Maia, 2012, p.2)

A desigualdade social no Brasil acarreta consequências diretas no gasto com serviços de saúde. Embora tais serviços sejam considerados básicos para o ser humano, ainda é notório que itens como planos de saúde e qualquer outro tipo de assistência privada sejam mais peculiares às classes A e B – ainda que se observe crescimento principalmente da classe C nesse perfil de consumidores. Rodrigues e Maia (2012, p.5) afirmam que "enquanto os gastos *per capita* dos 5 centos mais

ricos da população ultrapassavam os R$ 150 mensais em 2009, esses não eram superiores a R$ 10 reais mensais entre os 20 centos mais pobres".

Para atrair esse público ávido pelo consumo e, de outra parte, até hoje à margem da maioria das ações de empesas do setor, a estratégia assume caráter especial quando se trata do desenvolvimento de inovações em serviços de saúde, independente da classe de renda. Vargas (2007) relaciona estratégia e inovação em serviços tomando como base o contexto hospitalar. Em sua pesquisa, demonstra como o processo de inovação nos serviços hospitalares ocorre de modo endógeno, estando fortemente associado às definições estratégicas do negócio. Diante do resultado encontrado, não se sustentou a ideia de que as inovações em serviços hospitalares vêm como consequência direta das inovações advindas da indústria, o que é um dado importante.

Schilling (2013) argumenta sobre o desenvolvimento de inovações em serviços de saúde para o público de baixa renda a partir de um estudo sobre a criação de um novo plano de saúde. O trabalho trata de uma nova unidade de negócios, alinhada às proposições estratégicas da organização como um todo, que foi criada para ter dedicação exclusiva ao novo produto para a baixa renda. Com pressupostos estratégicos firmemente delineados para essa inovação, como a ampliação no número de vidas atendidas e a racionalização dos custos médicos, Schilling (2013) destaca a importância da formulação e execução da estratégia ocorrerem de maneira interligada, pois a partir de tal postura os objetivos trilhados foram, de fato, alcançados – mesmo diante de inúmeros fatores diferenciais existentes no mercado de baixa renda.

Há que se observar, também, o fator de atratividade exercido pelo novo produto, de caráter popular, sobre as empresas. Tradicionalmente a elevação dos gastos das empresas com planos de saúde era associada à pressão dos grupos sociais representados por sindicatos e entidades de classe, que reivindicam as formas privadas de financiamento do sistema de saúde, representadas pelas cooperativas médicas e pelos seguros privados de saúde (ASSIS; VILA; NASCIMENTO, 2003). Na prática atual, no entanto, a oferta da saúde privada como benefício aos trabalhadores é tida como forma de atração e retenção de talentos, sendo a oferta do novo plano de saúde popular aderente à esse conceito, o que acarretou num

crescimento expressivo e contínuo da comercialização do plano direcionado à baixa renda na organização pesquisada (SCHILLING, 2013).

Contudo, achados como os de Piva *et al* (2007) dão conta que, de modo geral, os consumidores de planos de saúde relacionam positivamente as variáveis satisfação e fidelização, gerando consequente aumento de rentabilidade por parte das operadoras. Emerge nessa discussão o artigo recente de Bastos e Fasolo (2013) sobre os fatores que influenciam a satisfação do paciente de baixa renda em relação aos serviços de saúde ambulatoriais privados e públicos. Um resumo da pesquisa pode ser extraído da constatação quantitativa de que

> Dos 3.700 indivíduos elegíveis, 3.391 responderam a pesquisa. Desses, 64,8% consultaram nos três meses antecedentes a entrevista. Em relação à satisfação geral da última consulta, 63,7% referiram estar satisfeitos e 23,2% estar muito satisfeitos. Na análise ajustada, indivíduos que consultaram em locais conveniados/privados apresentaram uma probabilidade 1,15 vezes maior de estar satisfeitos comparados a locais públicos. (BASTOS; FASOLO, 2013, p.114)

Tal constatação pode levar à inferência de que os serviços privados são, por si só, mais bem avaliados pelos consumidores de baixa renda do que aqueles ofertados pela rede pública. Bastos e Fasolo (2013) identificam fatores como facilidade de agendamento de consultas, cordialidade das recepcionistas e do corpo médico, bem como a agilidade no atendimento como os mais perceptíveis pelo consumidor de baixa renda ao avaliar os serviços de saúde ambulatorial prestados. Contudo, tal pesquisa não se concentra em outras questões que podem afetar o comportamento desse consumidor, como por exemplo, o cenário de serviços (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

A avaliação do usuário frente às novas tecnologias e práticas de assistência ocular, uma das vertentes dos serviços de saúde, foi estudada por Pereira *et al* (2009) tendo como amostra pacientes de baixa renda da periferia paulista. Foram levados em consideração os fatores dignidade, autonomia, privacidade, comunicação, prontidão no atendimento, acesso a serviços de apoio social durante o tratamento, infraestrutura básica de qualidade e escolha, e os resultados alertam que, para as camadas pobres, as questões de custo e disponibilidade do serviço em regiões próximas à residência implicam na utilização ou não de serviços de assistência oftalmológica. Quase a metade dos entrevistados buscou nos serviços privados o

atendimento de que necessitavam (47,99% da amostra), pois não encontraram serviços do SUS nas proximidades. Mais uma vez o tempo de espera na recepção se mostrou importante na construção da satisfação diante do atendimento, bem como a qualidade das informações prestadas pelos funcionários da clínica (PEREIRA *et al*, 2009). Na pesquisa fica explicitado, ainda, que a satisfação geral com o atendimento prestado é maior quando o consumidor de baixa renda utiliza os serviços privados de saúde.

Merece destaque, nesse cenário complexo e desafiador, 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 - permitem a redução de custos através da ampliação no número diário de atendimentos (em várias delas supera uma centena de consultas).
- Cultura de custos - uso intensivo da informação de custos como ferramenta de controle, gerenciamento e tomada de decisão, influindo na precificação, na identificação de serviços e clientes mais lucrativos, na avaliação de custos fixos e variáveis (com respectivo ponto de equilíbrio) e no estabelecimento de indicadores (REGONHA, 2005).

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 pelos planos de saúde de iniciativa individual. Embora a maior lucratividade do setor advenha de tratamentos de alta complexidade abarcados por tecnologia de ponta (e preços consequentemente altos), o acirramento da competição aliado à 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 funcionam sob uma perspectiva diferenciada (VICTALINO, 2004).

Fernandes e Lima (2006) também concentram seus estudos sobre as clínicas populares, porém concentrando-se no *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 subdimensionamento 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 na pesquisa, tem-se que, na sua maioria, as clínicas populares se concentram no entorno dos grandes hospitais públicos de referência, que atraem pacientes de baixa renda tanto da capital quanto do interior do Estado. Outra questão diz respeito à visão mercantil dos médicos fundadores de tais clínicas, que compreendem em seus clientes-pacientes indivíduos que se encontram no hiato entre a total necessidade de cobertura pelo SUS e a condição para pagamento de um seguro saúde ou um tratamento totalmente privado - situação essa sempre medida em termos de disponibilidade de recursos financeiros. No caso específico da pesquisa a inovação se dá no modo como as referidas clínicas formam um pólo médico na região central da cidade, compartilhando recursos, equipamentos e até mesmo políticas específicas de financiamento em vistas da melhoria no atendimento e na capacidade tecnológica para realização de consultas, exames e diagnósticos, até mesmo em procedimentos de maior complexidade (FERNANDES; LIMA, 2006).

Mais recentemente, o trabalho de Godoy, Silva e Silva (2012) sobre o espaço urbano conhecido como Pólo Médico de Recife (PMR) constata que algumas práticas mercadológicas desse conjunto de estabelecimentos privados de saúde voltados à baixa renda se alinham tanto com o conceito de inovação direcionada à baixa renda de Nascimento, Yu e Sobral (2008) quanto com a ideia de serviços de saúde centrados no paciente de Reed *et al* (2012). Tal cenário se constrói a partir do momento em que, centradas na questão da racionalização de custos, 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. As soluções inovadoras em logística recomendadas por Nascimento, Yu e Sobral (2008) se fazem presentes na política marketing do PMR: já que a maioria dos clientes-pacientes advém das camadas populares de Fortaleza e cidades próximas, as clínicas 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 da clínicas populares; indicação de taxistas e demais frequentadores do Centro de Fortaleza (GODOY; SILVA; SILVA, 2012).

Já com relação ao direcionamento proposto por Reed *et al* (2012), a pesquisa conclui que a opção dos empresários pela localização das clínicas populares, bem como a oferta de serviços das mesmas, estão fortemente ligadas ao público-alvo que se deseja atrair, uma vez que sua clientela é basicamente composta por indivíduos que procuram o SUS e não são satisfatoriamente atendidos; e por outro lado não têm disponibilidade financeira para arcar com o custo mensal de um plano de assistência médica particular. Preços mais acessíveis, nesse caso, são atrativos por viabilizar num curto espaço de tempo procedimentos que, pela rede pública, demandariam filas e agendamentos de longo prazo. O atendimento, peculiar ao segmento de saúde para a baixa renda, inclui agendamento prévio para portadores de plano de saúde ou ordem de chegada, para aqueles que pagam em espécie por consultas, exames e demais procedimentos. Ademais, a dinâmica das clínicas populares do PMR também se destaca pela questão cooperativa que se forma 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.

De toda forma, o fenômeno do PMR fica, desse modo, relacionado não somente ao desenvolvimento de um mercado econômico pujante, que movimenta a economia local gerando emprego e renda diretamente como descrito na Tabela 2, mas cumpre importante papel social no provimento de bem-estar, saúde e qualidade de vida para a população de baixa renda.

Tabela 2 - Emprego e renda gerados pelo PMR, somente levando-se em conta as atividades-fim do pólo médico

Tipo de Estabelecimento	Quantidade	Empregos diretos
Atendimento hospitalar	139	11.674
Urgência e emergência	17	315
Atenção ambulatorial	358	809
Serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	316	3.255
Outros profissionais de saúde	678	1.271
Outros estabelecimentos de atenção à saúde	301	2.838
Total	1.809	20.162

Fonte: Adaptado de Fernandes e Lima (2006)

3. METODOLOGIA

3.1. ABORDAGEM

O presente trabalho utilizou a abordagem qualitativa, uma vez que aquilo que se pretendia era 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; TEÓPHILO, 2009, p.141).

Ainda mais, a partir do entendimento de Minayo (1996), a abordagem qualitativa permite ao pesquisador compreender e aprofundar-se à realidade humana, buscando significados no universo das ações e relações (MINAYO, 1996, p. 21-23).

3.2. TIPO DA PESQUISA

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)

3.3. ESTATÉGIA METODOLÓGICA

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.

Ademais, sua classificação como estudo de casos múltiplos seguiu a recomendação de Yin (2009) da necessidade de rigor metodológico no que se refere à descoberta de evidências por meio do recurso de replicação da pesquisa de campo em distintas unidades de análise.

Mais ainda, além de analisar as estratégias adotadas pelas empresas pesquisadas, foram colhidas impressões e experiências do consumidor de baixa renda ao utilizar os serviços dessas organizações, o que classifica o estudo como multicaso e holístico.

3.4. UNIDADES DE ANÁLISE E SUJEITOS DA PESQUISA

As unidades de análise adotadas nessa pesquisa foram as clínicas populares de multiespecialidades. As empresas selecionadas para a fase de pesquisa de campo foram três empreendimentos privados, todos localizados no município de Teixeira de Freitas (BA), pólo de atratividade comercial e de serviços que serve como referência na região conhecida como extremo sul baiano.

A seleção das empresas pesquisadas foi fundamentada tanto na representatividade quanto na conveniência da autora. A cidade de Teixeira de Freitas apresenta-se como pólo de crescimento populacional e econômico na região, sendo reconhecida localmente pela ampla gama de serviços de saúde (públicos e privados) ofertados. Este cenário parece frutífero para o desenvolvimento de inovações no setor, que se amplia constantemente a partir de serviços de maior complexidade e abrangência. Soma-se a isso o histórico da cidade, formada em sua maioria por trabalhadores rurais e industriais de baixa renda. As clínicas populares pesquisadas são fruto dessa evolução social, tendo como direcionamento a cobertura de múltiplas especialidades em ambulatório, aliando preços populares e atendimento cordial.

Foram os seguintes os critérios para a escolha das empresas pesquisadas:

- Natureza do empreendimento: clínicas populares de pequeno porte com característica de multiespecialidades;

- Setor: privado;
- Inovação: organizações que reconhecem ter desenvolvido, nos últimos dois anos, inovações em seus processos e/ou modelo de negócio;
- Acessibilidade: clínicas cujos gestores permitiram a realização da pesquisa e atuaram como facilitadores da mesma;
- Localização: clínicas populares estabelecidas na cidade de Teixeira de Freitas (BA).

A seleção de sujeitos para a realização de entrevistas semiestruturadas nas unidades de análise pretendeu enriquecer a pesquisa qualitativa na medida em que confronta diversas percepções dos atores organizacionais sobre inovações em saúde centradas na baixa renda, proposta pertinente com a triangulação de sujeitos de Quecedo e Blázquez (2002), corroborada por Vergara (2009). Afinal,

> [...] a triangulação visa determinar a exata posição de um objeto a partir de diversos pontos de referência. No âmbito das ciências sociais, a triangulação pode ser definida como uma estratégia de pesquisa baseada na utilização de diversos métodos para investigar um mesmo fenômeno. (VERGARA, 2009, p.242).

Diante das alternativas de triangulação propostas por Denzin (1978, *apud* VERGARA, 2009), a proposta de triangulação de dados mostrou-se mais pertinente ao objeto de estudo em questão. A partir dessa perspectiva foram selecionadas, em cada uma das clínicas pesquisadas, diferentes fontes de dados, explicitadas a seguir:

- Gestor / empreendedor – proprietário da clínica ou sócio-gestor;
- Médico conveniado – profissional médico que atende na clínica popular, estabelecendo ou não com ela relação de vínculo empregatício;
- Recepcionista – funcionário envolvido diretamente com o atendimento ao paciente (consumidor de baixa renda), seja pessoalmente ou por telefone, na marcação de consultas, na marcação e entrega de exames, bem como no apoio à organização dos atendimentos;
- Paciente – consumidor de baixa renda efetivamente usuário dos serviços ofertados pela clínica popular.

Foram levadas a cabo em cada unidade de análise, portanto, 6 entrevistas (1 gestor integrante da alta direção; 1 médico; 3 pacientes e 1 recepcionista trabalhando diretamente em contato com os pacientes).

3.4. COLETA DE DADOS: ESTRUTURAÇÃO, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Enquanto trabalho qualitativo, este se utilizou de um conjunto de técnicas apropriadas a um tratamento subjetivo do problema de pesquisa, emergindo daí evidências a partir da coleta das mesmas para que se confrontem (ou não) com os pressupostos indicados *a priori* (MARTINS; TEÓPHILO, 2009).

A primeira fase de coleta de evidências se caracterizou por entrevistas informais junto ao grupo dos gestores / empreendedores. 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, comprometendo desse modo essa categoria com o trabalho de campo.

O levantamento das evidências incluiu, de modo fundamental, as entrevistas semiestruturadas com os sujeitos já mencionados no item anterior. O objetivo foi de analisar múltiplas perspectivas sobre a orientação estratégica das clínicas populares no desenvolvimento de inovações em serviços de saúde para o público de baixa renda. A construção do roteiro de entrevistas apresentado no apêndice da pesquisa encontrou suporte no referencial teórico que sustenta o trabalho.

Sendo assim, as questões foram direcionadas às inovações produzidas e implementadas por essas clínicas, alinhando-as às suas estratégias enquanto organização. Itens como qualidade, preço, serviços, inspirações e processos de inovação, bem como o suporte estratégico e da cultura organizacional a essas inovações fizeram parte do roteiro do grupo que inclui empreendedor, médico e pessoal de atendimento / recepção. Do ponto de vista do paciente, foram levantados pontos a respeito da percepção de inovações, satisfação e itens que chamam a atenção do indivíduo no consumo dos serviços de saúde.

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 a inovação e suas estratégias de direcionamento ao público de baixa renda, bem como dimensionou, no dia a dia, como essas inovações são postas em prática.

3.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

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).

Para tanto, foi privilegiada a análise do conteúdo a partir das categorias, temas, frases ou palavras em todo o material coletado nas entrevistas, que constituíram uma vertente categorial, ou seja, advinda da própria bibliografia que sustenta o trabalho, uma vez que se pretendia verificar a convergência ou não entre as teorias presentes no referencial teórico e as situações apresentadas no campo.

Na prática, as entrevistas semiestruturadas forneceram arquivos em áudio, posteriormente transcritos para facilitar o processo de tabulação e categorização dos conteúdos, evitando também possíveis vieses da pesquisadora.

3.6. LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Tendo em vista o fato de que se trata de uma pesquisa qualitativa, 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 (VERGARA, 2009). Contudo, há que se destacar a validade da generalização teórica no que diz respeito à realidade sobre a qual se concentra o estudo.

Para dirimir essa questão foram contempladas unidades de análise distintas e diversos atores organizacionais, valendo-se do princípio da triangulação de sujeitos que é capaz, dentre outros, de evitar a parcialidade típica das opiniões dos entrevistados, bem como o viés da pesquisadora.

A escolha da estrutura multicaso na pesquisa de campo também apresenta limitadores, principalmente a demanda de extenso tempo de execução (a transcrição das entrevistas semiestruturadas é um exemplo disso). Para Yin (2009, p.78), “um passo importante em todos os procedimentos de replicação é o desenvolvimento de uma estrutura teórica rica”, fator que justifica tal preferência na medida em que a proposta seria evidenciar, de forma mais robusta, o conjunto de estratégias desenvolvidas pelas clínicas populares para estabelecer inovações direcionadas ao público de baixa renda.

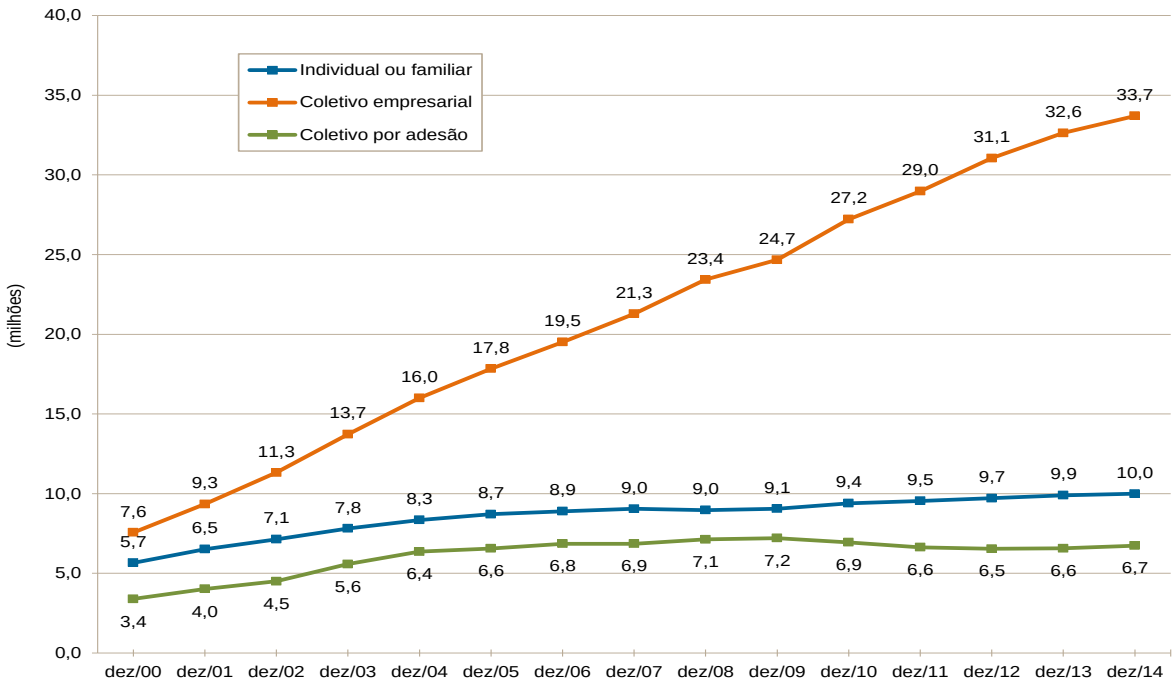
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo compreende a apresentação do mercado de saúde privada no Brasil, além da descrição das características das 3 clínicas pesquisadas e dos resultados colhidos na pesquisa de campo.

4.1 O MERCADO DE SAÚDE PRIVADA NO BRASIL

O estudo sobre o mercado brasileiro de saúde privado revela a relevância desse setor para a economia brasileira. Os planos privados de assistência suplementar à saúde, por exemplo, vêm ganhando beneficiários de forma consistente, puxados principalmente pelos planos empresariais, oferecidos aos trabalhadores como item na carteira de benefícios. O Gráfico 5 ilustra esse crescimento:

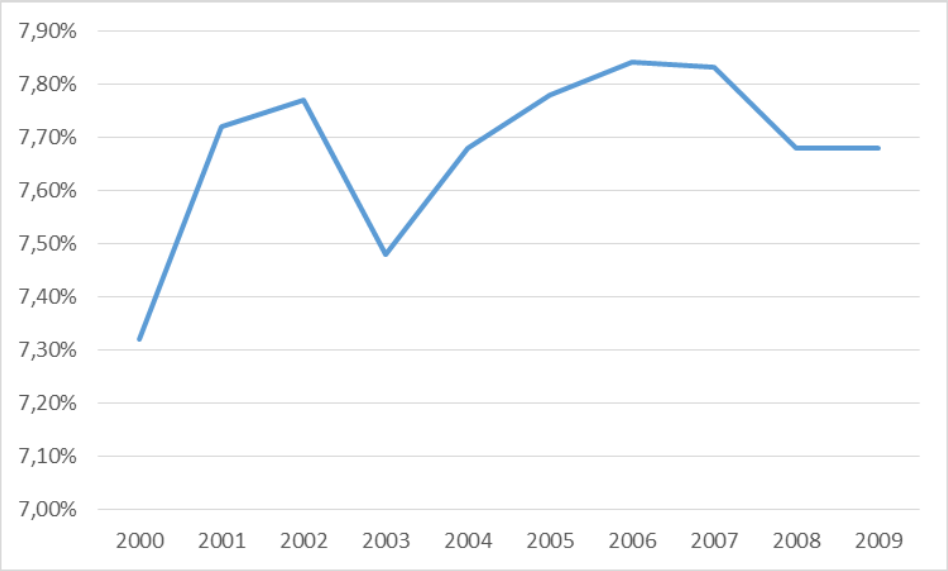
Gráfico 5 - Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - 2000-2014).



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014.

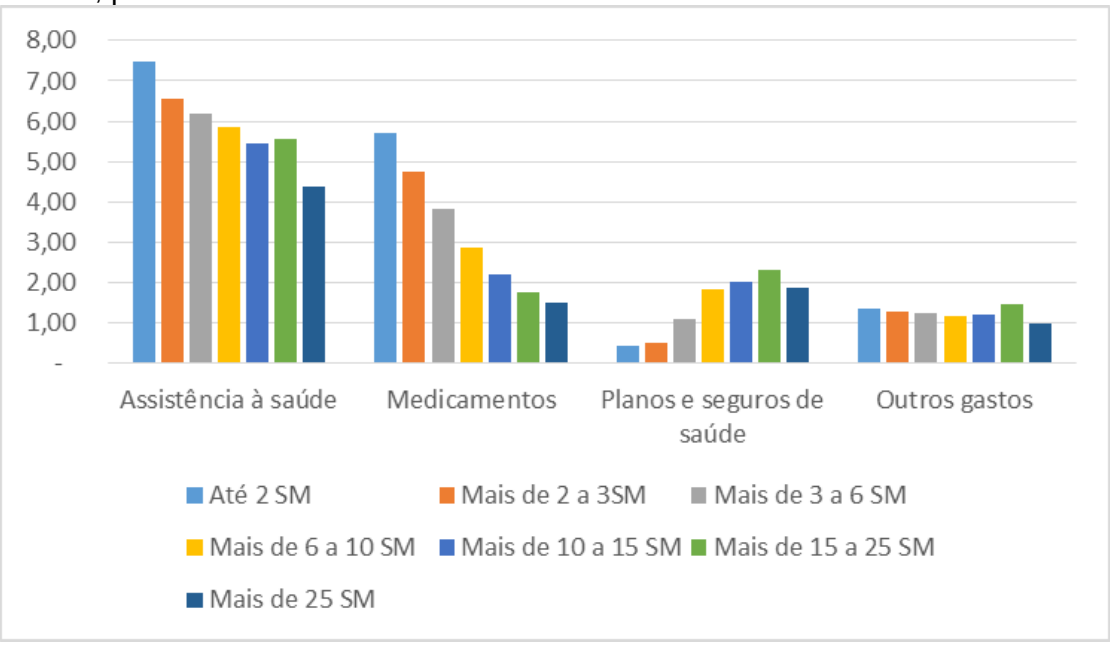
De outra parte, o gasto familiar com saúde (consultas, exames e outros serviços) como proporção da renda vem se mantendo basicamente constante na faixa de 7% a 8% nos últimos 10 anos, sendo ele substancialmente composto por serviços privados de saúde. Os Gráficos 6 e 7 representam esse cenário:

Gráfico 6 - Despesa familiar estimada com saúde como proporção da renda familiar, por ano.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de contas nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007.

Gráfico 7 - Despesa familiar percentual estimada com saúde como proporção da renda familiar, por item.

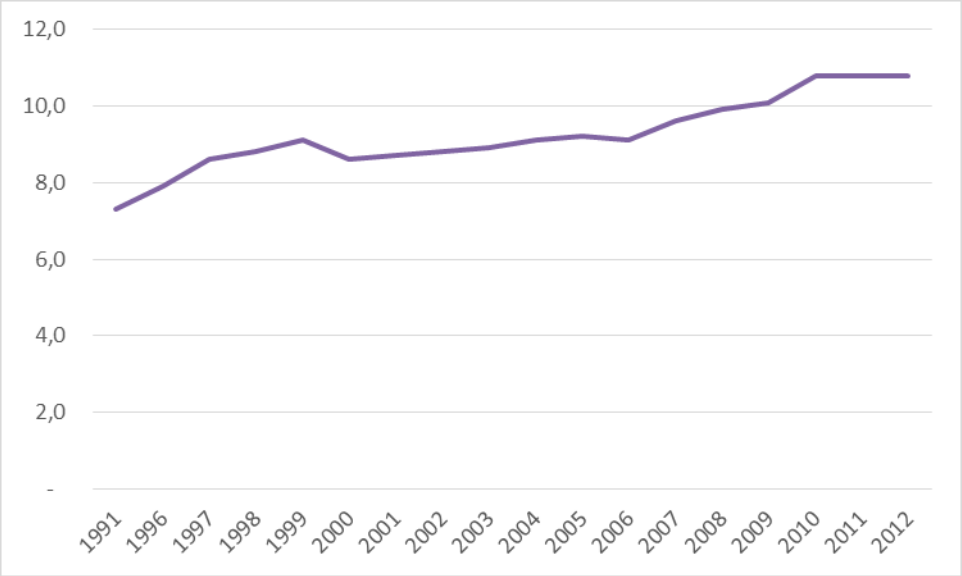


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de contas nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007.

Observa-se a partir do Gráfico 7 a importância do gasto com assistência à saúde e com medicamentos no público com renda até 2 salários mínimos. Tal distribuição pode, a princípio, justificar o interesse do setor privado de saúde em desenvolver novos serviços para esse público, como é o caso das clínicas populares.

Outra questão que pode impactar no gasto privado com saúde é o envelhecimento, de modo geral, da população brasileira. O aumento da expectativa de vida tem como consequência a maior necessidade de cuidados médicos. O Gráfico 8 trata da evolução etária brasileira desde 1991, com enfoque nos idosos:

Gráfico 8 - Proporção de idosos na população, por ano.



Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas.

Diante dos números apresentados, procedeu-se a pesquisa de campo com organizações do setor privado de saúde situadas na cidade de Teixeira de Freitas (BA), tendo como referencial aquelas direcionadas ao público de baixa renda. A importância econômica desse segmento da sociedade já foi demonstrada nos capítulos 1 e 2.

4.2 ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS

A pesquisa de campo contemplou três organizações do setor privado, especializadas em atendimento de saúde (sobretudo ambulatorial) às populações de baixa renda na cidade de Teixeira de Freitas (BA).

Pelo fato de congregar os serviços de saúde disponíveis para todas as 12 cidades da região conhecida como extremo sul baiano, a cidade é considerada atualmente um pólo de atratividade para serviços médicos e afins.

Sendo assim, passa-se a apresentar brevemente 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 e está estabelecida, desde então, em um bairro central da cidade de Teixeira de Freitas (BA). Seu primeiro enfoque de negócios foi o *home care*, ou seja, a assistência domiciliar privada aos pacientes acamados ou com deficiência de mobilidade. Contudo, após quatro anos de fundação, os sócios enxergaram mudanças no contexto de saúde, tanto na região de Teixeira de Freitas quanto no Brasil, que se refletiram numa reorientação estratégica da empresa. Assim, diante de 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 empreendedores decidiram ofertar ao público de baixa renda da região (que não dispõe de condições financeiras para arcar com planos de saúde) um atendimento médico acessível e centrado no bem-estar do paciente.

Assim, a partir de 2014 a clínica passou a funcionar como um centro de saúde popular multiespecialidades, englobando consultas médicas em Angiologia, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria, Gastroenterologia, Nutrição, Acupuntura, Clínica Geral e Endocrinologia. Em termos de apoio ao diagnóstico também são oferecidos, a custos menores, exames de

Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Urologia e exames preventivos e laboratoriais de maneira geral.

Quanto à estratégia de negócio, desde sua constituição como espaço de multiespecialidades, a Clínica A orienta suas ações para o público de baixa renda, e empenha-se em oferecer três diferenciais competitivos: qualidade do corpo médico e do atendimento de recepção e estabelecimento de parcerias com instituições assistenciais e filantrópicas para concessão de descontos e gratuidades (convênios com a Associação dos Idosos, Pestalozzi e Associação dos Deficientes são alguns exemplos). Com relação ao corpo médico, todos os profissionais envolvidos são também integrantes da rede pública de saúde, além de reconhecidos pelo atendimento cordial e dedicação aos pacientes de baixa renda. Tal estratégia é considerada fundamental no estabelecimento de empatia quanto ao público da clínica, via de regra composto por idosos de baixa renda que já enfrentaram dificuldades diante dos gargalos impostos pelo sistema público de saúde do país. Já quanto ao atendimento de recepção, a clínica procura personificar em uma funcionária-chave a relação direta com o paciente, concentrando na mesma as atividades de recepção, agendamentos, controles e pagamentos, a fim de que os clientes sejam acolhidos em um ambiente agradável e familiar, sem que isso tenha reflexo no custo dos serviços contratados. Por fim, advém das parcerias com associações e instituições filantrópicas a ampliação veloz da carteira de clientes da clínica, uma vez que sua proposta de valor é comunicada às principais entidades de assistência da região, fomentando o estabelecimento de contratos de parceria visando uma redução de custo de serviços ainda maior, em que a clínica obtém ganhos financeiros através do volume de atendimentos em detrimento da margem unitária dos serviços ofertados.

A Clínica B foi fundada há 30 anos, inicialmente como um centro de atendimentos ambulatoriais e de internação clínica em diversas especialidades. Localizada também em uma área central e de fácil acesso da cidade, passou ao longo do tempo por diversas reformas e ampliações das instalações originais, sendo hoje composta de consultórios para atendimento ambulatorial, centro de diagnósticos por imagem, além de estrutura para internação, centro cirúrgico e pequeno atendimento de urgência e emergência.

Traduzindo em números, a Clínica B dispõe de atendimento médico em 16 especialidades e realiza mensalmente, em média, 36 cirurgias, dispondo de um total de 7 leitos em quartos particulares e 8 leitos em enfermaria.

Fundada por 4 pediatras, do ponto de vista da estratégia de negócio 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 descontos e métodos facilitados de pagamento eram discutidos entre os sócios para permitir o acesso dos pacientes aos serviços de saúde disponibilizados. Verificando a carência de serviços de saúde de qualidade na região, um dos sócios se disponibilizou a realizar, uma vez por semana, atendimentos ambulatoriais gratuitos durante todo o dia. Assim, construiu-se uma reputação de atendimento humanizado prestado por médicos de alta qualidade que garante à clínica hoje uma posição de destaque no cenário local. Hoje seu faturamento advém, principalmente, de cirurgias eletivas de curta internação – principalmente partos, que são oferecidas a preços populares e com pagamento facilitado. A ideia, com isso, é aproveitar-se dos gargalos na prestação de serviços de saúde oferecidos pelo SUS, que acabam por gerar uma demanda latente e crescente, que encontra-se ávida por consumir serviços atribuídos às classes mais altas.

Por fim, a Clínica C está estabelecida em Teixeira de Freitas há aproximadamente 5 anos, e também se localiza em região central de fácil acesso. 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 – Dentista, laboratório de análises clínicas, serviços de diagnóstico por imagem e convênio de descontos.

Assim como a Clínica B, a Cínica C não foi fundada especificamente para o atendimento a pacientes de baixa renda. Seus sócios, diferentemente das outras unidades de análise, não são médicos, e a visão inicial de negócio era a de suprir uma lacuna importante na região quanto a serviços ambulatoriais privados para as

classes média e alta, mercado esse que, segundo o depoimento dos sócios, se mostrava amplamente lucrativo 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. Sendo assim, pacientes do SUS que encontravam dificuldade no agendamento de consultas e exames com esses profissionais na rede pública recorriam à Clínica C para agilizar seus diagnósticos e tratamentos. Para esse nicho de mercado, então, era necessário desenvolver algo inovador. Assim surgiu o principal diferencial da empresa - um produto próprio nos moldes de cartão convênio. Tal produto foi desenvolvido especificamente para pacientes de baixa renda e consiste em sua associação à clínica, mediante pagamento de uma anuidade de R$ 20,00, que 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). Por outro lado, a clínica trabalha com pagamentos somente em dinheiro e à vista, abolindo qualquer iniciativa de parcelamento e crédito. Dentre os profissionais médicos, somente 10% trabalham em convênio com planos de saúde. Pelo fato de o convênio entre as prefeituras e o SUS terem sido suspendidos em 2014, a Clínica C não tem sido mais contratada para a realização de exames complementares. A justificativa da alta direção da empresa para o pagamento a dinheiro e a vista é que isto permite que os médicos recebam diariamente o faturamento sobre suas consultas e exames; além de facilitar a gestão financeira do negócio permitindo, entre outros, investimentos sucessivos em melhoria nas instalações físicas da clínica a partir de recursos próprios.

Diante desse conjunto de ações, a organização vem se expandindo ano a ano, sendo necessárias sucessivas reformas para ampliação dos espaços de atendimento.

Observando as características centrais das 3 clínicas pesquisadas, é possível perceber que a maioria das estratégias não foram desenvolvidas conscientemente para atender ao público de baixa renda, embora esse estrato venha sendo, ao longo do tempo, o de maior representatividade na carteira de clientes dessas organizações. Assim, a maioria das clínicas se tornaram populares por conta da

dinâmica local e das características dos pacientes que buscavam seus serviços, não por força de uma escolha consciente de determinado público-alvo. A preocupação com a qualidade dos profissionais médicos presentes nas clínicas foi constante nos três empreendimentos, bem como o entendimento sobre o papel social exercido pelas clínicas diante dos pacientes de baixa renda.

4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

A apresentação dos resultados da pesquisa de campo segue a lógica dos respondentes: gestor, médico, recepcionista e pacientes. Tais resultados são fruto dos relatos dos entrevistados, bem como da observação direta das clínicas e da pesquisa documental realizada através de ofícios, memorandos e atas de reunião disponibilizados pelos gestores dessas organizações.

4.3.1 Grupo 1: Gestores

Quanto à caracterização dos gestores entrevistados, as clínicas A e B são dirigidas por médicos, enquanto que a clínica C foi fundada e é dirigida por dois profissionais de nível superior em saúde (não médicos) e um sócio cotista, que não se envolve na gestão administrativa. Esta constituição diferenciada do corpo gerencial mostrou-se relevante para o entendimento das estratégias dessas organizações. Assim, os resultados da pesquisa sugerem que a Clínica C orienta-se substancialmente por uma abordagem pragmática de seu negócio, enquanto que naquelas fundadas e dirigidas por médicos os valores sociais e humanitários transparecem mais diretamente nas ações empresariais.

A gestora da Clínica A relatou processos contínuos de inovação, sendo mais concentrados no último ano, quando o empreendimento deixa de ser focado em

atividades de *home care* e passa a ter a configuração ambulatorial de consultas, exames e procedimentos voltados para a renda baixa. Algumas das inovações citadas dizem respeito:

- À ampliação da clínica em termos de instalações físicas para oferecer maior conforto aos pacientes e abrigar variedade abrangente de especialidades;
- À inserção de novos serviços de saúde, como fisioterapia e raio x;
- À implantação de novas formas de pagamento, como cartões de débito e crédito, facilitando e dividindo o valor de consultas, exames e procedimentos;
- À adoção de convênios com 4 a 5 prefeituras da região, para atingir um número maior de pacientes carentes.

Quanto às orientações (diretrizes) sobre o que deve ser priorizado nas melhorias a serem implantadas a entrevistada disse que a comunicação sobre mudanças é feita *a posteriori* diretamente aos médicos, recepcionista e outros profissionais, seja por meio de documento formal (circular) ou através de reuniões e conversas individuais. Existe uma rotina mensal de reuniões entre recepção e sócios; e trimestral entre médicos e sócios. Para a gestora, as sugestões dos médicos e pacientes são de fato levadas em conta, citando a inclusão de serviços de ortopedia e fisioterapia como ideia dos médicos e introdução de novas formas de pagamento por sugestão dos pacientes. Ela acredita que incluir o cartão de débito e crédito como formas aceitas de pagamento possa viabilizar o tratamento de muitos dos seus pacientes – a maioria formada por idosos que recebem seus proventos e aposentadorias por cartão. Citou como exemplo o cuidado com feridas para pacientes acamados e cadeirantes, que ficará mais acessível com o parcelamento no cartão de crédito.

A fim de dar forma às inovações, a gestora da Clínica A vem apostando na pesquisa de mercado, que faz de maneira informal – por exemplo, durante um ano fez pesquisa junto com a recepcionista para saber quais eram as especialidades procuradas pelos pacientes que a clínica ainda não disponibilizava. Ao final do período percebeu que deveria incluir novas especialidades e ampliar as instalações.

A questão da qualidade dos profissionais da Clínica A também pareceu ser tema central. Por se tratar de uma clínica popular, seu argumento para atrair bons profissionais médicos a despeito do pequeno retorno financeiro é a vantagem do reconhecimento:

> A parte humanitária não tem preço [...], porque uma pessoa que reconhece seu trabalho vale muito. Você vê o carinho que eles têm com você, não tem preço [...] Isso vale mil consultas.

Na Clínica A existe foco específico no público de baixa renda, principalmente no idoso. A gestora tem como sonho fundar uma casa para idosos. Sobre sua participação nas inovações da clínica, relata:

> Tem tudo meu na (nome da clínica), desde a recepção, [...] todos os profissionais que vão lá, que eu convidei para trabalhar lá, [...] a escolha era pelo perfil de humanidade do médico. Tinham médicos de muito nome, que aceitaram ir, mas aquele médico assim, que o paciente está falando ele está escrevendo, não está ouvindo o paciente, não está olhando para o paciente [...] Como é que você atende alguém sem olhar? [...] Deixei de chamar colegas com muita capacidade técnica para chamar outro com menos especialidades [...] porque aquele era mais humano com o outro.

Já o gestor da Clínica B apontou como prioridade das inovações ao longo tempo a valorização dos funcionários, a gestão participativa e a estrutura física, tendo enfoque no conforto do paciente “mas sem ter a intenção de transformar a clínica em hotel”. Nessa direção foram apontados:

- Reformas e ampliações da clínica para oferecer conforto e comodidade aos pacientes de ambulatório e internados;
- Aquisição de equipamentos para realização de internações, cirurgias e exames;
- Investimento em tecnologia (a clínica foi pioneira na região em implantar sistema informatizado para recepção e prontuários eletrônicos);
- Valorização do corpo de funcionários – médicos ou não – através de seleção criteriosa e treinamentos constantes;
- Gestão participativa e reuniões mensais de feedback para alinhamento de ações e reforço aos valores da cultura organizacional.

Na visão do gestor entrevistado, a estratégia da clínica vem se tornando cada vez mais participativa, mas ainda poderia ser melhor. Os sócios e colaboradores são convidados a participar de reuniões mensais de feedback e existe uma política de caixa de sugestões que, na sua visão, é efetiva. De outra parte o mesmo admitiu que todos são constantemente cobrados quanto à qualidade dos serviços, no sentido de “tratar bem e tratar certo”. Para isso ocorrem avaliações de desempenho formais e, em caso de desvios, advertências informais e formais.

O direcionamento central para a qualidade no atendimento se pauta nos valores de servir com educação, delicadeza e benevolência: “tem que parecer bom, [...] tem que tratar as pessoas bem”. Essas diretrizes não são passadas formalmente, mas nas conversas do dia-a-dia com os funcionários e equipe médica. O gestor percebe que o contato diário e frequente é algo efetivo na internalização dos valores e diretrizes para a mudança, mas não há documento para isso. Ainda sobre a questão das diretrizes e valores a serem seguidos, disse que “talvez esteja mais inserido nas pessoas do que em qualquer documento”, admitindo em seguida que o documento é importante, embora confie no livro de ata que atualmente vigora.

Em seu discurso, o gestor da Clínica B afirmou que os valores da clínica estão por trás de todas as reformas. Sobre a modernização de equipamentos, infraestrutura e profissionais, refletiu que:

> [...] não teria sentido algum uma melhora absoluta e pontual só na estrutura física se o profissional não fosse realmente valorizado, e se não fosse cobrado também [...]

O entrevistado percebeu a inovação como um processo constante, que não se pauta somente pela produtividade e lucratividade. Para ele, numa unidade hospitalar, é preciso observar outros fatores, como garantir o aprendizado constante e ter foco no paciente.

Finalmente, sobre os rumos da Clínica B respondeu: “A velha pergunta do ‘pra onde vamos?’ O céu não é o limite [...], o que a gente quer é profissional bom.”

O entrevistado relatou seu entendimento sobre a prestação de serviços de saúde privados para a população de baixa renda da seguinte forma:

> Teixeira de Freitas é circundado, é referência de um raio de aproximadamente 110km ou mais, e de população humilde. Qualquer cidade que se encaixa nesse perfil, qualquer unidade de saúde privada não vai ser estritamente privada, vai ter alguma característica de medicina popular. Porque se você quer fazer medicina você quer ajudar de certa forma, você vai querer ajudar, você vai querer operar, você vai querer fazer o exame, e não é qualquer paciente que tem ($) pra desembolsar isso tudo. [...] mas não é, nunca foi, e acredito que não seja o perfil, nem a intenção, nem a ideologia da clínica se tornar uma clínica de assistência à saúde popular [...]

Na Clínica C percebeu-se alguma dificuldade inicial em identificar o que seriam inovações, porém o convite a revisitar a história da clínica desde a sua fundação fez com que a gestora se recordasse de pontos de melhoria referentes:

- À implantação de um sistema informatizado de recepção e prontuário após um ano de fundação da clínica;
- A adoção de reuniões com o pessoal de recepção para melhorar continuamente os serviços;
- À melhoria e ampliação das instalações para atendimento clínico de múltiplas especialidades;
- Ao investimento em computadores para os médicos, ligados ao sistema informatizado da clínica para diminuir número de papéis e formulários;
- À criação de um serviço de cartão convênio – atendimento, desconto em consultas e exames. A partir de um pagamento simbólico anual, o paciente tem acesso a atendimento diferenciado com descontos que variam de 20% a 50% e consultas e exames na clínica;
- À distribuição de “consultas de cortesia” para a população pobre em igrejas da região.

Para a gestora entrevistada, as mudanças ocorrem no dia a dia, pois a visão do negócio é “fazer sempre melhor”. O maior diferencial em inovação observado na Clínica C foi o cartão convênio, e sobre ele a gestora afirma que:

> [...] hoje você pode contar a dedo quem faz o (pagamento) particular. O pagamento – não vou dizer de 100%, mas de 99% dos pacientes é no cartão convênio.

A maioria dos pacientes da clínica, segundo ela, paga os serviços em dinheiro, sendo somente dois médicos conveniados a algum plano de saúde. O convênio com o SUS também é restrito, incluindo somente duas prefeituras, em alguns serviços (geralmente exames).

Quanto à gestão do negócio, há um movimento de mudança, pois a entrevistada não vê participação da equipe e dos médicos. Segundo ela, um dos sócios permanece mais tempo na empresa e, por isso, dita as regras, enquanto que outro não se envolve diretamente mas participa de modo consultivo nas grandes tomadas de decisão. Hoje tem-se a visão da necessidade de reuniões de feedback. A

disseminação das inovações atualmente ocorre informalmente: os médicos são comunicados um a um sobre as inovações, já a equipe administrativa é comunicada em reuniões eventuais. Contudo, a gestora crê que ficam aceitavelmente claras as motivações para as melhorias implementadas a partir da decisão dos sócios. A justificativa principal para a disseminação informal foi o tamanho da organização, não havendo intenção de mudar tal conceito: “Aqui é pequeno [...] tem médico que trabalha todo dia, [...] aí todo dia eu estou com eles.”

Embora a gestão seja centralizada, acredita que todos trabalham em equipe, “como uma família.” Quando essa atitude não é percebida pela gestão, ocorrem sanções informais e até mesmo o desligamento do funcionário. A gestora acredita que dá autonomia a funcionários-chave para que a qualidade dos serviços (principalmente de recepção) permaneça constante, num sistema de mútua ajuda. Ela mesma atua na recepção quando existem horários de maior movimento.

Quanto à relação com os médicos, a gestora demonstrou insatisfação quanto à baixa participação dos mesmos nas decisões da clínica, inclusive gerando nos sócios certo grau de desmotivação. Exemplo disso é o fato de que a entrevistada não se recordava de nenhuma decisão de mudança em toda a história da empresa que envolvesse sugestão dos médicos associados. Sobre a situação a gestora relatou:

> Aí o médico diz: ‘Ah mas a clínica caiu o movimento, a clínica está fraca’. Doutor, ano novo, Carnaval, época comemorativa o movimento cai. Falou que tem festa o movimento cai, o povo está guardando para a festa. [...] ‘Ah, está precisando de divulgação’. Hoje a internet é tão boa [...] todo mundo tem Whats App, tem Facebook, por que ele (o médico) não divulga que trabalha em tal clínica, faz tais exames?

Nesse momento as finanças da clínica não vão bem, e esse foi o motivador para uma maior participação dessa gestora nas áreas de administração e finanças. A expressão “uma bola de neve” foi usada para descrever os compromissos financeiros e dívidas que existiam na organização. Para sanar a situação, disse que vem cortando excessos em material, mudando políticas de repasse aos médicos e formas de pagamento. A clínica deixou, por exemplo, de aceitar cartões e cheques como forma de pagamento. A gestora relatou que:

> Cartão o paciente pagava com 30 dias, mas o médico recebe por semana, [...] terminou eu acerto tudo! [...] Como você vai pagar uma coisa que você não tem? [...] Acabou negócio de cartão e cheque. [...] Isso já deu um respiro.

A prioridade das inovações na Clínica C estiveram voltadas para a questão administrativa. Como a gestora entrevistada assumiu essa função recentemente, acredita que ainda está por concluir a fase de diagnóstico organizacional. Sobre essa necessidade comentou:

> Eu sei que relatório é todo mês, todo mês tem que ter relatório, mas eu não consegui ainda. [...] Vou fazer de janeiro a maio. [...] Quando for dezembro eu vou ter outra reunião, fechar de novo o relatório e mostrar tudo de vez. Eu quero ter pelo menos duas reuniões esse ano. Depois disso se o médico quiser ver mensalmente o relatório da clínica eu vou imprimir e vou mostrar. [...] Eu vou pedir opiniões, [...] vou pedir ajuda.

Embora não tenha sido fundada com o objetivo do atendimento popular, na Clínica C as inovações estiveram direcionadas para a baixa renda e para o atendimento humanizado. O cartão convênio é exemplo disso. Essa diretriz ficou clara na declaração:

> Não é todo mundo que tem como pagar uma consulta, um exame. Uma colonoscopia é R$ 600,00. Não é todo mundo que tem condições de, no momento, tirar R$ 600,00 para pagar um exame desses. Com o cartão cai para R$450,00, já ajuda. A gente tá pensando sempre na pessoa mais humilde, que não pode pagar tão caro.

Outra iniciativa inovadora nesse sentido foi encontrada na cortesia de consulta para pessoas carentes, que são atendidas por um Clínico Geral gratuitamente na primeira visita. Tais cortesias são distribuídas geralmente em igrejas da região. Com essa estratégia a clínica pretende atrair um número maior de pacientes de baixa renda, aumentando as adesões ao cartão convênio e, consequentemente, movimentando os demais serviços de saúde (exames laboratoriais, por exemplo, também são oferecidos pela Clínica C).

Diante das declarações obtidas na entrevista, percebeu-se claramente na Clínica C os enfoques em gestão administrativa e no direcionamento para os serviços prestados aos pacientes de baixa renda, mesmo não sendo esse empreendimento voltado exclusivamente ao público pobre.

4.3.2 Grupo 2: Médicos

O depoimento colhido com profissional médico na Clínica A revelou que as inovações nessa organização se referem principalmente à agilização dos atendimentos e da disponibilização dos resultados aos pacientes. Caracterizado, segundo o médico entrevistado, como uma “qualificação dos serviços”, este percebe o investimento em equipamentos e na ampliação da estrutura física como resultado de uma demanda reprimida da região, que considera carente em termos de serviços de saúde. Ao contrário do discurso da gestora da mesma clínica, o médico afirma que as diretrizes referentes às inovações são repassadas informalmente, através de reuniões, não tendo mencionado os ofícios e circulares para tal fim. Ainda mais, valorizou o fato da clínica reunir profissionais que tenham experiência em saúde pública e sejam conhecedores do público-alvo, reforçando a função social do negócio. Refletindo sobre o processo de inovação na Clínica A como fruto de pesquisas de mercado comentou:

> Porque existe uma certa pesquisa de demanda, entendeu? E como essa pesquisa de demanda é positiva, é forte, então compensa investir, compensa partir pra esse lado do atendimento, né? Porque se não existir uma demanda você fica desmotivado, né? Então existe uma demanda.

Já a entrevista na Clínica B evidenciou que há coesão entre as declarações do gestor e o entendimento do médico quanto à dinâmica das inovações no negócio. Sua principal percepção de mudança se referiu ao ambiente – reformas de fachada e ambiente interno, além de melhoria em serviços complementares (como Nutrição) e ampliação na carteira de exames oferecidos. Citou como melhoria, por fim, a adesão a convênios com instituições voltadas ao idoso para atingir camadas mais populares de pacientes, embora não acreditasse que a clínica tenha exclusivamente esse perfil. As diretrizes, segundo o entrevistado, são passadas em reuniões gerais de feedback para “falarmos a mesma língua”, e sua formalização acontece através de manuais de procedimentos e atas de reunião.

O médico da Clínica B percebe que a caixa de sugestões é um instrumento útil e que a alta direção apoiou essa ação como subsídio às inovações no atendimento. Assim, relatou que o funcionamento da clínica é melhorado a partir de sugestões

dos próprios pacientes, que são estimulados pelas recepcionistas a declarar e registrar suas impressões e ideias. Já quanto às instalações físicas, acredita que as diretrizes vêm exclusivamente da percepção dos proprietários.

Na Clínica C, o médico entrevistado percebe como principais melhorias as adaptações nas instalações físicas, implantação de mais especialistas, exames e procedimentos médicos e odontológicos. Além desses, deu destaque ao cartão convênio:

> O mais revolucionário de tudo foi o cartão desconto que nós implantamos, que favoreceu as classes de mais baixa renda, fazendo com que eles tivessem acesso ao atendimento médico por um preço mais acessível e também aos exames de laboratório, que foi uma outra cosia que a gente procurou baixar um pouco o preço para que eles pudessem ter acesso. Isso fez até que a gente tivesse um pouco provocado ciúmes em algum plano de saúde da cidade, principalmente o mais poderoso, porque na época que nós implantamos o cartão eles tinham 15 mil usuários, e quando nós mantivemos o cartão, nós rapidamente chegamos a 5 mil. [...] nós temos todo dia gente fazendo cartão aqui. Isso gerou um desconforto lá entre eles (referindo-se à direção do maior plano de saúde da região) mas o nosso objetivo é realmente atingir as classes menos favorecidas da cidade [...] a clínica já foi fundada nessa perspectiva.

Nota-se nessa declaração que o médico teve uma percepção divergente da gestora com relação aos valores que nortearam a fundação da clínica. Embora ela tenha afirmado que o empreendimento não foi criado com enfoque no paciente de baixa renda, o médico crê que esse vem sendo o principal público desde o início. Acredita, ainda, que o corpo de profissionais de saúde se disponibiliza a receber menos por consultas e exames como uma forma de colaborar para o atendimento à população de baixa renda. Percebe também que as melhorias implementadas ao longo do tempo são feitas em comum acordo entre sócios e profissionais médicos – principalmente aqueles que permanecem por mais tempo na clínica. Mostrou-se satisfeito com o nível de colaboração e cooperação de médicos e direção rumo às inovações.

> A gente chegou à conclusão aqui em Teixeira que se não houver corporativismo a gente não vai pra frente. Sozinho é difícil.

Citou como exemplo, nessa direção, o serviço filantrópico de assistência gratuita a pacientes pobres (consultas com clínico geral). Acha gratificante o trabalho na Clínica C, não vê as inovações como algo imposto “de cima para baixo”, sente um

clima colaborativo na organização. Relatou que a equipe médica é composta de profissionais identificados com os valores da clínica, principalmente na ênfase aos pacientes de classes menos favorecidas e no atendimento humanitário. Contudo, comentou que o processo de inovação não é formal, e sim fruto de conversas entre os profissionais envolvidos. “É tudo entendimento verbal”.

Finalmente, acredita que o sucesso do empreendimento está ligado à visão humanitária da equipe e à formação de excelência:

> Nós somos hoje uma clínica vencedora em termos de atendimento à classe mais pobre. [...] As pessoas podem pensar: ‘mas pobre não rende nada’. É mentira, eu sempre digo que o pobre é mais fiel ao tratamento do que o rico. [...] Tem gente que acha que em Teixeira não tem gente que presta. Mas olha, se você pegar a formação da maioria dos médicos daqui, nenhum é mal formado.

4.3.3 Grupo 3: Pacientes

De modo geral, os pacientes entrevistados na Clínica A percebem como inovações o aumento no número de especialidades médicas e o tipo de atendimento prestado. Uma das entrevistadas fala que o diferencial da clínica está na humanização, discurso que está em conformidade com os valores citados pela gestora e pela recepcionista da organização:

> [...] Uma das coisas que a gente observa muito é a forma como se é tratado. [...] além de atuar de forma competente há também esse lado humano, no meu caso por exemplo eu estava passando mal. Me passaram para a frente, como prioridade.

Já na perspectiva dos pacientes da Clínica B, a questão da reforma das instalações físicas teve destaque na percepção sobre as inovações. Comodidade, conforto, melhor atendimento (espaço e número de profissionais) são alguns dos itens mais frequentes nos discursos. Um dos pacientes justifica o benefício das reformas associando-o ao tempo de espera para consultas e exames:

> Você tendo um ambiente mais agradável torna a espera da consulta ou serviço mais tranquila, tornando o ambiente e a pessoa mais tranquila.

Em seguida, aparecem como importantes a proximidade de casa e a qualidade dos profissionais – associada à fama da clínica e dos médicos. Tais declarações vão ao encontro dos depoimentos dos profissionais da Clínica B – gestor, médico e recepcionista, evidenciando que as prioridades colocadas quanto às inovações desenvolvidas e a desenvolver estão surtindo o efeito desejado sobre os pacientes de baixa renda. Quanto à escolha da Clínica B diante das demais opções de atendimento popular de saúde o item mais mencionado entre os pacientes foi a qualidade de médicos e atendimento, não sendo colocada em nenhuma declaração a questão do preço como prioridade. Uma das pacientes entrevistadas diz sobre sua opção: “Eu acho que é em relação à qualidade, [..] o conforto, não tem? A gente tem mais segurança aqui”.

Quanto à Clínica C, todos os pacientes relatam como inovação principal o cartão convênio, percebendo tal produto como benéfico à medida que facilita o acesso dos pacientes de baixa renda que não possuem plano de saúde aos tratamentos médicos e exames complementares oferecidos pela mesma. Foi citado, ainda, o convênio com a associação dos idosos como diferencial para melhorar a acessibilidade aos serviços. Itens como qualidade dos médicos e cordialidade no atendimento da recepção também estiveram presentes nos relatos, juntamente com o conforto ou comodidade das instalações físicas. Sobre a humanização dos serviços uma das pacientes declara:

> O atendimento, vejo assim, como tratar as pessoas, a igualdade, [...] é bem aconchegante essa clínica.

Um dos relatos colhidos na Clínica C destaca como motivo para utilização da clínica popular a diferença entre os serviços públicos e privados de saúde:

> A gente sabe que o SUS é bem pobre, não atende direito a gente. [...] e com esse cartão convênio aqui fica mais barato o serviço.

Fatores como a disponibilidade para agendamento de consultas, rapidez no atendimento e instalações físicas parecem ser importantes na decisão de desembolsar recursos próprios para o tratamento de saúde em clínicas populares. Consultado sobre o motivo de ter procurado a Clínica C e não os serviços do SUS para a realização de uma consulta médica um dos pacientes respondeu:

> [...] A gente não vai esperar pra morrer! A gente faz um esforçozinho, pede dinheiro emprestado aqui e ali e paga pra não ter que esperar tanto.

Já para o público idoso de baixa renda, enfoque principal da clínica A, a questão da espera por consultas e exames pelo SUS se mostra fator ainda mais decisivo, como na declaração de uma das pacientes da clínica A, de 72 anos:

> No postinho demora muito, aí só pra quem tem saúde, pra quem pode esperar. Quem é assim como eu (se referindo à idade avançada) não tem muito o que esperar não, minha filha, senão já é pra bater as botas mesmo.

As questões de espera para marcação de consultas e exames, bem como a burocracia existente nos serviços do SUS foram apontadas como principais motivadores na escolha de uma clínica popular para atendimento. Outro ponto em comum entre os entrevistados das 3 clínicas é o valor percebido nas instalações físicas. Todos os pacientes de baixa renda citaram como importantes itens como conforto e ambiente agradável - climatização, limpeza dos banheiros, salas de espera e oferta de café e água foram os principais itens mencionados.

4.3.4 Grupo 4: Recepcionistas

A recepcionista da Clínica A é a única que tem nível superior completo. Tal diferenciação tem suporte na ideologia da clínica, e a escolha desse perfil profissional foi relatada pela gestora em suas declarações. Durante a entrevista esta recepcionista declarou que o enfoque da clínica é o público idoso de baixa renda, e que a principal inovação mencionada por esses pacientes se refere à acessibilidade:

> O acesso mesmo ao profissional [...] Porque muitas vezes você chega no posto de saúde e nem sempre o paciente tem acesso. [...] Aqui eles têm esse vínculo.

Segundo ela, a gestora da clínica e os médicos associados não visam “só o lado financeiro”. Os relatos dos pacientes à recepcionista dão conta dos benefícios que o preço diferenciado e a disponibilidade de médicos e exames têm exercido na vida desses idosos pobres:

> Tem paciente que fica um ano na fila de espera (no SUS). [...] Muitas vezes pode-se descobrir uma doença num estado inicial que se fosse esperar pela condição financeira, por exemplo, de um aposentado, de uma dona de casa, para fazer pelo SUS ou pelo preço comum aí de mercado!? [...] Isso tem ajudado no diagnóstico precoce e tem contribuído para a melhor qualidade de vida na saúde.

Como a recepcionista é responsável também pelos procedimentos de triagem, suas impressões a respeito da preferência dos pacientes pela Clínica A se referem aos preços praticados e à qualidade e fama do trabalho social da sócia gestora.

Na Clínica B a recepcionista cita a reforma do prédio como principal item de melhoria / inovação descrito pelos pacientes. Além disso, conforto, atendimento cordial e acomodações são relatados como benefícios percebidos. Além das novas instalações, a recepcionista observa que a localização central da clínica e a inclusão de novas especialidades faz com que ocorra um fluxo maior de pacientes. Numa análise particular, crê que a despeito das melhorias físicas, a comparação de preços diante de outras clínicas populares e a qualidade dos médicos são, de fato, os itens que mais têm peso na escolha dos pacientes pela Clínica B nos últimos tempos.

Por fim, a recepcionista da Clínica C relata que os pacientes citam qualidade de atendimento e promoções – consultas grátis e “pacote laboratório”, além do cartão convênio, como principais melhorias implementadas pela organização. Sobre o cartão ela explica: “É como se tivesse um plano de saúde só da gente. [...] Os pacientes gostam muito desse plano, procuram muito.” A ampliação no número de especialidades e exames também foi citada pela entrevistada como ação de melhoria. Na sua opinião, o paciente prefere a Clínica C como opção de clínica popular pelo conjunto de ações – atendimento, variedade e preço popular.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são comparados os resultados da pesquisa de campo com o que os autores visitados no capítulo do referencial teórico afirmam sobre o problema da pesquisa, procurando confirmar ou não as suposições levantadas.

A partir da tipologias de inovação utilizada por Tidd, Bessant e Pavit (2008), observou-se que nas clínicas pesquisadas as inovações em processos foram as mais frequentes, seguidas pela ampliação nos serviços prestados. O desenvolvimento de um produto totalmente novo – o cartão convênio – foi encontrado somente na Clínica C. Já a inovação em paradigma é notória na Clínica A, 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 com menor grau de novidade nas organizações em geral. A única inovação com maior grau de novidade aconteceu na Clínica C, a partir do desenvolvimento de um novo produto – o cartão convênio, que se diferencia das práticas de todas as outras clínicas populares da região.

Quanto à percepção dos pacientes sobre as melhorias em serviços de saúde, ela se concentrou na dimensão de instalações físicas (Zolfagharian; Paswan, 2008), acompanhada pelas dimensões da responsividade (principalmente na Clínica C) e dos funcionários, citados como atenciosos pelos pacientes em todas as clínicas. Já a questão da qualidade dos serviços, tratada por Anjos e Lepsch (2010) em seu trabalho, foi mensurada na presente pesquisa através das questões sobre o que fez o paciente escolher uma clínica específica diante das demais opções populares na região, ou mesmo os serviços do SUS. Nesse ponto destacaram-se as evidências de conforto e comodidade, bem como o tratamento eficaz (fruto de indicações e experiências anteriores) e a agilidade no tratamento, sendo esse último fator citado por todos os pacientes das 3 clínicas 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 (filas, processos burocráticos) são percebidos como negativos 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.

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. Contudo, reafirma-se entre os gestores e demais funcionários entrevistados o entendimento de que um bom clima organizacional e o comprometimento da gestão funcionam como facilitadores ao processo de mudança (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; BIRKEN *et al*, 2012).

O investimento em tecnologia e equipamentos foi apontado como orientação 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 apresentados no fluxo de inovações proposto no modelo de Thakur, Hsu e Fontenot (2012).

Analisando a questão da inovação sob o prisma da interação com empresas do setor farmaucêtico e universidades ou centros de pesquisa proposta por Albuquerque e Cassiolato (2002), as clínicas pesquisadas se contrapõem a tal entendimento, não sendo mencionada tal integração em nenhuma das organizações pesquisadas. A localização geográfica dessas clínicas – em cidade do interior do nordeste, distante das principais indústrias, universidades e centros de pesquisa do setor – pode ser apontada como possível explicação.

A principal força motriz para as inovações nas empresas pesquisadas foi o cliente (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, desenvolvendo 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 clientes foram destacadas somente na Clínica C.

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 participação dos médicos no processo decisório, esse fator é visto como determinante e se coloca como prioritário nas reformas administrativas que estão em curso.

Tratando-se do enfoque das inovações frente ao público de baixa renda, percebeu-se uma ênfase da direção da clínica em orientar as inovações no sentido de aproveitar oportunidades de mercado. Somente a Clínica A foi reestruturada estrategicamente 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 rearranjarem 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 funcionam sob essa perspectiva, em complemento ao gargalo gerado pelos serviços do SUS.

Na pesquisa de Nascimento, Yu e Sobral (2008, p.98), as orientações estratégicas de inovação para produtos (bens) populares em empresas do setor industrial, foram assim apresentadas:

> Os resultados apontam que são outras as orientações estratégicas efetivas: identificar e atender às funcionalidades mais essenciais do público alvo; padronizar produtos baratos; aumentar a escala de produção; aumentar o conteúdo de autosserviço; estender a vida do produto; repensar toda a estratégia de embalagens; recorrer a canais de distribuição e marketing convenientes; construir imagens de produtos adequadas ao mercado popular; alongar financiamentos com prestações baixas.

Tais resultados podem ser comparados com os achados desta pesquisa de campo, com foco em serviços, na medida em que as clínicas que foram objeto de estudo concentraram seus esforços em identificar e atender ao público de baixa renda, seguindo para a flexibilização e 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 produção, 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.

Assim como concluído por 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 determinantes para os clientes de baixa renda também na escolha pelos serviços de saúde, o que indica ser esse binômio (preço – qualidade) relevante tanto no consumo de produtos quanto no de serviços.

Traçando, através do Quadro 10, um paralelo entre o trabalho de Rocha e Silva (2008) sobre a adaptação de produtos aos mercados populares e as evidências encontradas no campo dos serviços de saúde voltados para o público de baixa renda em Teixeira de Freitas (BA) tem-se:

Quadro 10 – Serviços de saúde adaptados aos pacientes de baixa renda

Elementos do Marketing	Enfoques alternativos
Produto / Serviços	Nas 3 clínicas pesquisadas consultas e exames são mais baratos para os pacientes de baixa renda que comprovam tal situação através de convênio com instituições assistenciais; Valorização de médicos e demais profissionais de saúde que tenham experiência com os serviços do SUS foi citada como diferencial na Clínica A.
Preço	Adaptação na tabela de preços presente nas 3 clínicas para atendimento aos pacientes de baixa renda; Desenvolvimento do cartão convênio na Clínica C identificada como inovação radical, que impulsionou o desenvolvimento do negócio e ampliação da base de clientes; Ampliação das formas de pagamento e parcelamentos relatada como inovação na Clínica A.
Praça	Desenvolvimento de serviços voltados para a baixa renda tem justificativa na realidade socioeconômica local nas 3 clínicas pesquisadas.
Promoção	Cartazes e folhetos informativos fortemente pictóricos são usados para atrair pacientes na Clínica C

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

Mais ainda, é possível conceber que as organizações pesquisadas se valeram das ações de *fit strategy* propostas por Oliva *et al* (2010), já que nelas existe preocupação central em oferecer um serviço de qualidade (notadamente associado aos 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 3 instituições exemplificam esse direcionamento.

Outra constatação levantada na pesquisa de campo é de que os pacientes de baixa renda avaliam melhor os serviços privados de saúde do que os públicos, assim como descrito na pesquisa de Bastos e Fasolo (2013). Assim como elencado por esses autores, os pacientes das clínicas populares de Teixeira de Freitas (BA) identificaram como diferenciais os itens: facilidade de agendamento de consultas; cordialidade das recepcionistas e do corpo médico; e agilidade no atendimento.

Finalmente, a penetração dos serviços privados populares de saúde na cidade pesquisada segue o entendimento extraído do trabalho 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 5 exemplifica essas ações na clínica C:

Figura 5 – 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.

Diante das suposições iniciais do presente trabalho, é possível verificar que as mesmas foram confirmadas parcialmente, uma vez que:

- Políticas diferenciadas com relação ao preço foram verificadas nas 3 clínicas, porém o convênio com o SUS somente foi citado na clínica C. A relação com o SUS, aparentemente, ocorreu mais fortemente como fonte de captação de profissionais médicos, como mencionado pela gestora da clínica A como condição essencial para admissão no quadro médico dessa organização.

- A satisfação dos pacientes com relação aos serviços das clínicas populares esteve relacionada aos fatores preço, cordialidade no atendimento, tempo de espera e proximidade ao local de residência, confirmando uma das suposições iniciais. Somado a isso os depoimentos relataram a importância da referência de qualidade dos profissionais médicos que atendem nessas clínicas.

- Outra questão que se confirmou no campo foi a de que a maior parte das inovações geradas internamente são, de fato, organizacionais e de marketing. Em termos de processos tecnológicos essas inovações não se manifestaram, tendo em vista que a pesquisa de campo se deu em clínicas que oferecem serviços médicos de baixa complexidade.

- A reprodução de modelos e tendências em serviços de saúde privados das capitais não foi mencionada por gestores ou funcionários, refutando uma das suposições iniciais.

- A aspiração à ascensão social não se manifestou em nenhuma das entrevistas com pacientes das 3 clínicas, embora a percepção de conforto tenha sido mencionada com frequência. A qualidade do ambiente de serviços foi associada à comodidade na espera (climatização, água, café, cadeiras confortáveis).

Esta seção se encerra com o Quadro 11 que procura sintetizar os principais resultados da pesquisa agrupados em 3 grupos: orientações estratégicas para o processo de inovação; inovações implementadas e características dos serviços priorizadas pelos pacientes:

Quadro 11 – Orientações estratégias da inovação em clínicas populares.

Aspecto avaliado	Resultados encontrados na pesquisa de campo
Orientações estratégicas para o processo de inovação	• *Identificar e atender às funcionalidades mais essenciais do público alvo* – orientação estratégica encontrada nas clínicas A, B e C, seja em termos de variedade e disponibilidade de serviços, em mecanismos de regulação (processos de atendimento, filas etc.) ou em termos de diferenciação de preços e formas de pagamento; • *Aumentar a escala de produção* – mais notadamente na Clínica C a questão de aumento da base de clientes para os serviços prestados foi mencionada. • *Recorrer a canais de distribuição e marketing convenientes* – as clínicas A, B e C recorreram aos convênios com associações de idosos e outras específicas de atendimento ao público de baixa renda para ampliar a base de clientes; • *Construir imagens de produtos adequadas ao mercado popular* – fortemente presente nos materiais promocionais da Clínica C; • *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).
Inovações implementadas	• *Inovação de produto ou serviço* – as clínicas A, B e C ampliaram sua carteira de serviços 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. • *Inovação de processo* – o investimento das clínicas A, B e C em reformas nas instalações físicas se concentraram na oferta de um ambiente confortável e acolhedor para os pacientes. Esse fenômeno foi ainda mais associado à percepção de qualidade por parte dos pacientes da Clínica B. O investimento em políticas de atendimento de recepção com enfoque no público de baixa renda somente foi verificado na Clínica A, embora as clínicas B e C destaquem a importância de reuniões de feedback e treinamentos direcionados ao atendimento ao público. Políticas de contratação diferenciadas foram relatadas pelos gestores das clínicas A e B, porém com enfoques distintos: na Clínica A há o direcionamento para profissionais com experiência em saúde pública; na Clínica B é privilegiada a competência técnica e referências anteriores. Inovações referentes ao investimento tecnológico foram mencionados em maior grau na Clínica B, ainda que citado por todos os gestores entrevistados. Tais investimentos se referiram à aquisição de equipamentos médicos e de sistemas de apoio para recepção e médicos.

Aspecto avaliado	*Resultados encontrados na pesquisa de campo*
Inovações implementadas	• *Inovação de posição* – 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. *Inovação de paradigma* - A Clínica A foi fundada como empresa de *home care* e mudou efetivamente de segmento de atividade, passando a ser uma clínica popular.
Percepção de melhorias e características dos serviços priorizadas pelos pacientes	• *Espaço Físico, Tangibilidade e Disponibilidade* – melhorias prioritariamente em estrutura física e ampliação de número de serviços e especialistas foram relatadas pelos pacientes das 3 clínicas pesquisadas. Itens como conforto, banheiros, oferta de café e água, além da localização das clínicas e disponibilidade para marcação de consultas e exames também estão presentes nos discursos com maior ou menor intensidade. • *Biossegurança Medidas de limpeza e desinfecção do ambiente* – limpeza e segurança quanto aos procedimentos foram relatados apenas por pacientes da Clínica B. • *Acesso e Receptividade* – os pacientes de todas as clínicas elogiaram o comportamento dos funcionários de recepção e atendimento. Comparado aos serviços do SUS, esse foi relatado como o principal diferencial. Questões como demora no atendimento e burocracia para marcação de consultas e exames dificultam, na visão dos pacientes entrevistados, o acesso aos serviços públicos de saúde. • *Confiabilidade, Empatia e Gentileza* – os pacientes da Clínica A foram unânimes ao indicar que a referência dos médicos (seja por atendimentos anteriores ou por indicação de parentes) foi considerada como prioritária na escolha da clínica popular. Relatos semelhantes foram colhidos também na Clínica B, e com menos intensidade na Clínica C. O ambiente acolhedor foi citado pelos pacientes das 3 clínicas como importante diferencial.

Fonte: resultados da pesquisa de campo

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando de serviços de saúde, cuja relação oferta e demanda se apresenta num contexto ímpar, o consumo nem sempre pode ser adiado, afetando o poder de barganha do consumidor. A urgência em se obter um diagnóstico ou ter acesso a um tratamento médico mais adequado e especializado faz com o paciente de baixa renda decida por fazer desembolsos significativos, ao invés de submeter-se 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 não se apresentam nos serviços privados, que, por conta disso, podem atuar com maior desburocratização e agilidade. Quanto à personalização e humanização do atendimento, essas foram percebidas pelo paciente 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. Diante das características dos serviços de saúde, esses têm qualidade difícil de medir por parte do paciente, uma vez que estão fortemente relacionados com a questão da credibilidade. Assim, a tentativa de tangibilização advinda da avaliação dos pacientes quanto ao ambiente confortável e acolhedor das clínicas, assim como a valorização de indicações sobre bons médicos pode ser considerada natural.

Avaliando as inovações efetivamente 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. Somada a isso, políticas de preço e condições de financiamento diferenciadas também fornecem indicativos desse direcionamento.

Já a respeito da relação entre inovações e tecnologia, a questão das 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 informalmente a partir das demandas do dia a dia e das oportunidades identificadas no mercado local. Exceção se faz à Clínica C, cuja inovação radical trazida pelo cartão convênio permitiu o estabelecimento de importante vantagem competitiva diante das demais clínicas populares.

Finalmente, é possível dizer que as inovações utilizadas pelas clínicas pesquisadas para atingir os pacientes de baixa renda estão ligadas aos valores centrais do negócio, à cultura organizacional dominante e ao cenário regional. As orientações estratégicas utilizadas tiveram como foco identificar e atender às funcionalidades mais essenciais do público de baixa renda, seguida pela preocupação em alongar financiamentos com prestações baixas. É interessante notar que economias de escala, adaptações no marketing e na imagem construída a respeito dos serviços de saúde foram iniciativas mais fortemente presentes na Clínica C, a única cuja gestão está mais voltada aos aspectos econômicos do negócio. Nas clínicas A e B, onde os valores declarados são mais assistenciais que econômicos, tais orientações não foram explicitadas com clareza por gestores, médicos ou pessoal de recepção, corroborando a ideia do impacto da cultura organizacional sobre as práticas de inovação. Ainda destacando a questão cultural, todas as organizações relataram que as inovações implementadas ao longo do tempo estão ligadas ao bem-estar do paciente e a uma visão humanitária, sendo suportadas por um clima de cooperação e colaboração diante das mudanças.

O presente trabalho não se pretende conclusivo em relação às estratégias de inovação adotadas pelos serviços de saúde voltados à baixa renda, cabendo nesse campo a continuidade das pesquisas em temáticas como:

- Estratégias de desenvolvimento de inovações utilizadas por demais atores do campo da saúde (hospitais, por exemplo), que voltam suas atividades para o público de baixa renda;
- Identificação de um modelo genérico de desenvolvimento de inovações adotado por empresas do setor privado da saúde que se concentram no atendimento às classes populares;
- Estudo da relação entre tecnologia e inovação em organizações do setor de saúde que atendem serviços de baixa complexidade *versus* aquelas que se dedicam aos serviços de média e alta complexidade;
- Comparação entre as estratégias de desenvolvimento de inovações voltadas ao público de baixa renda em organizações do setor público e privado;
- Avaliação do impacto de modificações no ambiente de serviços de saúde sobre a percepção de qualidade dos pacientes de baixa renda.

REFERÊNCIAS

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Dados gerais: beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2014). Disponível em http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais. Acesso em 25/05/2015.

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, 11. **Proceedings**... 2010.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; Nascimento, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BACHA, M.L.; STREHLAU, V.I.; SCHAUN, A. Consumidor consciente da renda baixa: uma proposta de segmentação. **REMark - Revista Brasileira de Marketing**, v. 10, n. 3, p. 67-83, 2011.

BARBOSA, P.R. **Inovação em serviços de saúde: dimensões analíticas e metodológicas na dinâmica de inovação em hospitais** Tese de doutorado (Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: 2009.

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

BARROS, C. A "invisibilidade" do mercado de baixa renda nas pesquisas de marketing. Encontro de Marketing, 2. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2006.

_____; ROCHA, E. Lógica de consumo em um grupo das camadas populares: uma visão antropológica de significados culturais. In: ROCHA, A.; SILVA, J.F. (org). **Consumo da base da pirâmide:** estudos brasileiros. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009.

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.

BELK, R.W. Possessions and the extended self. **Journal of Consumer Research**, v. 15, n. 2, p. 139-168, 1988.

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. Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, 17. **Anais...** São Paulo: 2013.

BULLINGER, A. *et al*. Open innovation in health care: analysis of an open health platform. **Health Policy**, n.105, p.165-175, 2012.

CAMPANA, G.A.; OPLUSTIL, C.P.; FARO, L.B. Tendências em medicina laboratorial. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** [online], v. 47, n. 4, p. 399-4082011.

CAMPBELL, C. Eu compro, logo sei que existo: as bases metafísicas do consumo moderno. In: BARBOSA, L.; CAMPBELL, C. (org.). **Cultura, consumo e identidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CASOTTI, L.; SUAREZ, M.; DILEZA, R. Consumo de alimentos nas famílias de baixa renda: compartilhando achados, experiências e aprendizados. In: ROCHA, A; SILVA, J. (orgs.) **Consumo na base da pirâmide:** estudos brasileiros. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009.

CASTILHO, R.B.; ROSSI, C.A.V. Subindo o morro: consumo, posição social e distinção entre famílias de classes populares In: ROCHA, A.; SILVA, J.F. (org). **Consumo da base da pirâmide:** estudos brasileiros. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009.

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

CHAUVEL, M.A.; MATTOS, M.P.A.Z. Consumidores de baixa renda: uma revisão dos achados de estudos feitos no Brasil. 2008, **Cadernos EBAPE.BR**, v. 6, n. 2, 2008.

CHAVES, C.V.; ALBUQUERQUE, E.M. Desconexão no sistema de inovação no setor saúde: uma avaliação preliminar do caso brasileiro a partir de estatísticas de patentes e artigos. **Economia Aplicada**, v. 10, n. 4, p. 523-539, 2006.

DENZIN, N.K. **The research act:** a theoretical introduction to sociological methods. 2 ed. Chicago: Aldine, 1978.

DIAS, C.; ESCOVAL, A. The open nature of innovation in the hospital sector: the role of external collaboration networks. **Health Policy and Technology**, n.1, p.181-186,2012.

DINIZ, B.P.C. et al. **Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre o gasto catastrófico**. IPEA: Brasília, cap.4, p. 146-156, 2007.

DRANOVE, D.; SATTERTHWAITE; M. The industrial organization of health care market. In: CULYER, A.J.; NEWHOUSE, J.P. (Org). **Handbook of health economics**. North Holland: Elsevier; 2000, p. 1095-1139.

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.

FERREIRA, V. et al. Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no concurso de inovação na administração pública federal. In: Encontro da ANPAD (EnANPAD), 36. **Anais**... Rio de Janeiro, 2012.

FLEURY, P.M. **Estudo sobre estratégias de negócio de empresas de transporte aéreo para atender o mercado de baixa renda: estudo de caso**. 2004. Dissertação de Mestrado (Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo: 2010.

FREEMAN, C.; SOETE, L. **The economics of industrial innovation**. 3. ed. USA: The MIT Press, 1997.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Two decades of research on innovation in services: which place for public services? International EIBURS-TAIPS Conference on Innovation in the Public Sector and Public Services**,** 1. **Proceedings:** Urbino, Italia, 2012.

GALLOUJ, F. Innovating in reverse: services and the reverse product cycle. **European Journal of Innovation Management**, v.1, n. 3, p. 123-138, 1998.

GELIJNS, A.C. Comparing the development of drugs, devices and clinical procedures. In: GELIJNS, A. **Modern methods of clinical investigation**: medical innovation at the crossroads, v. 1, 1990. Washington: National Academy, 1990.

_____; ROSEMBERG, N. The changing nature of medical technology development. In: ROSEMBERG, N.; GELIJNS, A.C.; DAWKINS, H. **Sources of medical technology: universities and industry**. Washington, DC:National Academies Press; 1995. p.3-14.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2007.

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.

HAMEL, G. The why, what, and how of management innovation. **Harvard Business Review**, p.1-18, 2006.

HERZLINGER, R.E. Por que inovar na saúde é tão difícil. **Harvard Business Review**, p.32-40, 2006.

HILL, R.P; MARTIN, K.D; CHAPLIN, L.N. A tale of two marketplaces: consumption restriction, social comparison, and life satisfaction. **Marketing Letters**, v. 23, p.731-744, 2012.

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.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Pobreza e riqueza no Brasil metropolitano**, 2008. [Comunicado da Presidência], nº7, agosto de 2008.

ISIDRO-FILHO, A. et al. Workplace learning strategies and professional competences in innovation contexts in Brazilian hospitals. **Brazilian Administration Review.** [online]: v.10, n.2, p. 121-134. 2013.

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.

KILSZTAJN, S.; CAMARA, M.B.; CARMO, M.S.N. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.48, n. 3, p. 258-262, 2002.

KOTLER, P.; KELLER, K.L. **Administração de marketing:** a bíblia do marketing. 12 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall Brasil, 2006.

LAMBOOIJ, M.S.; HUMMEL, M.J. Differentiating innovation priorities among stakeholders in hospital care. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 13, p. 91, 2013.

MACHADO, D.N.; HOELTGEBAUM, M.; SCHLINDWEIN, N.F. Adoção de inovações em saúde: fatores motivadores e limitadores. Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica do ANPAD, 25. **Anais...** Brasília, 2008.

MACHADO, N.M.; BARZOTTO, L.C. Ambiente de inovação em instituição hospitalar. **Revista de Administração e Inovação**, v. 9, n. 1, p. 51-80, 2012.

MATLIN, S.; FRANCISCO, A. (ed.). **Monitoring financial flow for health research:** the changing landscape of health research for development. Geneva: Global Forum for Health Research, 2008.

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

MASLOW, A. **Motivation and personality**. New York: Harper, 1954.

MATTOSO, C.Q.; ROCHA, A. Significados associados às estratégias para solução de problemas financeiros dos consumidores pobres. In: ENANPAD, 29. **Anais...** Brasília: ANPAD, 2005. 1 CD-ROM.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOL, M.J.; BIRKINSHAW, J. The sources of management innovation: when firms introduce new management practices. **Journal of Business Research**, n. 62, p. 1269-1280, 2009.

NASCMENTO, 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.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT - OECD **Economic Surveys: Brazil.** 2005. Tradução: Fundação Getúlio Vargas.

_____. **Guide-line for collecting and interpreting innovation data**. 3. ed. European Comission: OECD. 2005.

OSLO MANUAL. **A proposed guideline for collecting and interpreting technological innovation data.** OECD: Statistical Office of the European Communities,1997.

PANOEIRO, P.; MATTOSO, C.Q. O consumidor infantil de baixa renda, sua motivação para o consumo e sua relação com as marcas. Encontro da ANPAD, 37. **Anais...** Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, J.M. et al. Avaliação dos serviços de assistência ocular em população urbana de baixa renda da cidade de São Paulo – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 72, n. 3, p. 332-340, 2009.

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.

PETTIGREW, A.M.; MASSINI, S. Innovative forms of organizing: trends in Europe, Japan and the USA in the 1990s. In: Pettigrew. A.M. et al. (ed.). **Innovative forms of organizing**. London: Sage, 2003.

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.

PIVA, L.C. et al. Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde. **Revista de Ciências da Administração**, v. 9, n. 19, p. 54-80, 2007.

PORTER, M. **Estratégia competitiva**. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 1985.

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**: conceitos y características. Documento policopiado. Bilbao – Badajóz, 2002.

QUEIROZ, A.C.S.; ALBUQUERQUE, L.G.; MALIK, A.M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **RAUSP** [online], v.48, n.4, p.658-670, 2013.

_____; 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.

RODRIGUES, C.G.; MAIA, A.G. A contribuição dos gastos com saúde para a condição de pobreza no Brasil. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 18. **Anais...** Águas de Lindóia (SP): ABEP, 2012.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n .4, p.757-776, 2002.

SCHILLING, L.F. **A execução da estratégia na implantação de um produto de assistência à saúde para o mercado de baixa renda**. Dissertação de mestrado (Administração). Escola de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS: 2013.

SOBRAL, M.C. et al. Desenvolvimento de produto popular: estratégia, inovação e decisão. **Revista de Ciências da Administração**, v.9, n.19, p.81-102. 2007.

SCHUMPETER, J. **Teoria do desenvolvimento econômico** [1911]. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1988.

SHANKAR, A.; FITCHETT, A.J. Having, being and consumption. **Journal of Marketing Management**, n.18, p. 501-516, 2002.

SILVA, G.F.A. et al. Inovação tecnológica em serviços hospitalares: um estudo de caso. Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica, 26. **Anais...** Vitória (ES): ANPAD, 2010.

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.

TIGRE P.B. **Gestão da Inovação:** a economia da tecnologia no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2006.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.133-149, 2000.

VARGAS, E.R. Relação entre estratégia e inovação em serviços: análise de casos no setor hospitalar. **Organização & Sociedade**, v. 14, n. 40, 2007.

_____; ZAWISLAK, P.A. Inovação em serviços no paradigma da economia do aprendizado: a pertinência de uma dimensão espacial na abordagem dos sistemas de inovação. **Revista Administração Contemporânea** [online]. v.10, n.1, p. 139-159, 2006.

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.

WARNER, W.L. **Social class in America:** an evaluation of status. New York: Harper and Row, [1949] 1960.

WEBER, M. Classe, status, partido. [1920] In: WRIGHT, E. Race, class, and income inequality. **American Journal of Sociology.** Chicago, v. 83, n. 6, p. 1368-1397. Mai. 1978.

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

ZANCUL, E.S. Desenvolvimento de produtos populares: comparação entre os fatores de redução de preços em bens de consumo duráveis, não-duráveis e serviços. **Working Paper** – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2004.

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

_____: PARASURAMAN, A.; BERRY, L.L. **Delivering quality service:** balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press, 1990.

ZILBER, S.N.; SILVA, F.L. Inovações das grandes empresas multinacionais para o mercado brasileiro de baixa renda: um estudo multicaso. EnANPAD, 34. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

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: ROTEIRO DE ENTREVISTA SUGERIDO

Pré-caracterização:

- Grupo;
- Sexo;
- Idade;
- Escolaridade;
- Faixa de renda;
- Origem (naturalidade);
- Para gestor e médicos: cargo; tempo de experiência na organização.

Questões formuladas ao Grupo 1 (Gestor):

- Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos anos, no que se refere aos serviços prestados aos pacientes; e no que se refere aos processos administrativos e gerenciais da clínica que tenham também beneficiado os pacientes.
- A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde ou do setor administrativo orientações (diretrizes) sobre o que deve ser priorizado nas melhorias a serem implantadas? Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas?
- Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas?
- Comente como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias acima mencionadas.

Questões formuladas ao Grupo 2 (Médicos):

- Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos anos no que se refere aos serviços prestados aos pacientes.
- A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde ou do setor administrativo orientações (diretrizes) sobre o que deve ser priorizado nas melhorias a serem implantadas? Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas?
- Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas?
- Comente como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias acima mencionadas.

Questões formuladas ao Grupo 3 (Pacientes):

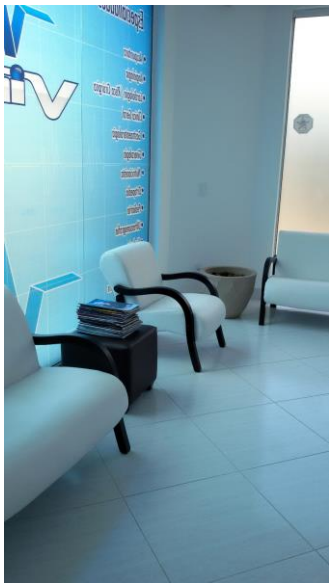
- Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais?
- De que modo você foi beneficiado por estas melhorias?
- Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha?
- Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS?
- Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS?

Questões formuladas ao Grupo 4 (Recepcionistas):

- Os pacientes relataram melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais?
- O que os pacientes falam sobre os benefícios destas melhorias?
- Na visão dos pacientes, quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha?

APÊNDICE B: REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS CLÍNICAS PESQUISADAS

Clínica A:



Clínica B:

ESPECIALIDADES MÉDICAS:
EXAMES DE DIAGNÓSTICO
ATENDIMENTO 24 HORAS

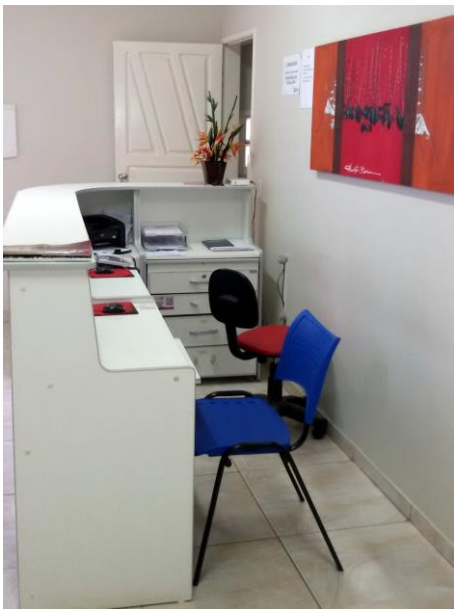
TOLEDO

SORO
CAIXAS DE SUTURA
BORRACHAS
LUVA ESTÉRIL
MEDICAÇÕES DE A-G
MEDICAÇÕES DE H-Z
FIOS DE SUTURA
TUBOS ENDOTRAQUEAIS

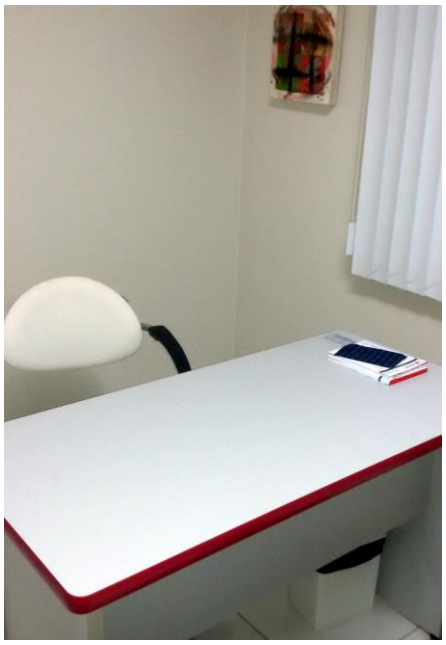
Clínica C:

819
VistaLab
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
(73) 3013-7979
Atender
é cuidar bem
de você
VistaLab
ATENDEMOS OS CONVÊNIOS
SEPACO
Unimed

POLICLINICA
BELA VISTA
813



O LABORATÓRIO VISTALAB
INOVA MAIS UMA VEZ!
PROMOÇÃO
FAÇA SEU CHECK-UP ANUAL
GANHE
UMA CONSULTA MÉDICA!
* Consulta médica válida
com um Clínico Geral na
Policlínica Bela Vista.
www.vistalab.com.br
VistaLa



APÊNDICE C: TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

- Clínica A. Grupo 1: Gestor
- Sexo: feminino. Idade: 41 anos
- Escolaridade: Ensino superior completo com pós graduação.
- Faixa de Renda: classe B. Origem (naturalidade): Brasília

1) Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos 5 anos no que se refere aos serviços prestados aos pacientes: “Em relação aos serviços prestados aos pacientes nós estamos ampliando a clínica pra fornecer ao mesmo tempo mais profissionais durante o mesmo período, hoje nós temos um consultório apenas. A clínica vão ser 4 consultórios, é o ambiente é maior onde eu posso tá colocando também outras modalidades como fisioterapia em que na clínica hoje eu não tenho e na instalação que inaugura no próximo mês eu já vou ter fisioterapia, é montando serviço de raio X dentro da clínica e que hoje eu não tenho e oferecendo um espaço melhor, um espaço maior e com mais profissionais atendendo ao mesmo tempo.” E as inovações no que se refere aos processos administrativos e gerenciais da clínica que tenham também beneficiado os pacientes? “Esses processos também, a gente em relação ao administrativo que possa tá beneficiando ao paciente na verdade agora vão ser adeptos os cartões de débito e crédito porque a população pede muito o uso do cartão. Hoje não tem e a população né, solicita, sempre pergunta se pode fazer uso do cartão de crédito ou débito e nós vamos estar utilizando. É outro procedimento também administrativo e gerencial nós vamos fazer convênio com algumas prefeituras porque tem uma população que ainda mesmo sendo a popular não pode pagar consulta e nós fechamos com 4 ou 5 prefeituras em volta de Teixeira de Freitas que são os municípios menores que tem uma carência enorme nas especialidades. Fizemos um preço popular também pra prefeitura pras eles tarem me triando esses pacientes também por conta da prefeitura então isso vai tá ajudando bastante a parte de abranger a população realmente que necessita do atendimento e não tem condições de ter esse atendimento.”

2) A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde ou do setor administrativo orientações (diretrizes) sobre o que deve ser priorizado nas melhorias a serem implantadas? Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas? “Em relação a essas mudanças, são comunicadas, é eu comunico os médicos né dentro da clínica qual seria a mudança e Terezinha que a minha recepcionista quem conversa é meu esposo que é quem faz a parte administrativa mesmo de estar conversando com os funcionários. E nós passamos né através de circular, a gente faz uma circular e entrega a cada médico o que vai ser mudado, horário de funcionamento, o que vai ter a mais de serviço e a gente tem a ata né de reunião.” Vocês fazem reuniões periódicas? “Fazemos.” De quanto em quanto tempo? “Normalmente a cada 30 dias nós sentamos eu meu esposo e a Terezinha que é a recepcionista pra discutir nós 3 a parte de funcionamento da clínica, o que que tá debilitado, o que precisa melhorar. E com os médicos, geralmente, a cada 3 meses, ai nós sentamos né pra discutir também sobre os problemas.” Essas inovações que vocês implementam, de alguma forma envolveram sugestões que funcionários ou médicos davam? “Sim, sim. A parte de fisioterapia e ortopedista é necessitado porque né a parte de artrose, essas coisas, tem muito paciente idoso e fazia falta fisioterapia que hoje nós temos no município? Temos, mas é uma rede que tem que oferecer pra muitas pessoas e poucos profissionais habilitados pra isso. Então nós conseguimos levar fisioterapia pra lá num preço bem popular também, com profissional qualificado com certificado, cursos que trabalha na região em outros locais particulares que vai atender lá a preço popular a parte de fisioterapia. E a outra sugestão foi a de cartão de débito e crédito porque é uma realidade hoje realmente né, se usa muito e a população mesmo sendo uma população popular, vamos dizer assim são pessoas que recebem a base de cartão pra eles é mais fácil tá trabalhando no cartão do que, ele tá seguro indo ao banco. E como tem uma parte que é nova também que o tratamento de feridas, pessoas que tem feridas crônicas, pacientes acamados que faz aquelas feridas, então isso a gente também tá implantando agora. Não é um tratamento, que embora popular, não é um tratamento muito acessível mas o cartão de crédito permite que ele faça o tratamento e dívida em 5, 6, 10 vezes e ele consegue fazer o tratamento todo então a gente consegue uma resposta boa pra aquele paciente, que antes não teria semanalmente pra pagar

aquele valor mas ele consegue parcelar e a gente fecha o tratamento dele e ele parcela. Então hoje ele consegue fazer.”

3) Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas? “Sim, através de ofícios e circulares.”

4) Comente como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias anteriormente mencionadas. “Bem, uma das sugestões foi realmente tá ampliando o número de especialidades né, dentro da clínica. Durante um ano nós fizemos um estudo de pesquisa assim do que o paciente procurava e eu não tinha. Então a minha funcionária foi orientada a anotar, então nós temos uma procura por essa especialidade que nós não temos e isso me levou a procurar o especialista que estava falando né, conversar com o colega, mostrar pra ele o porquê do atendimento popular, qual é a vantagem pra ele como profissional. Não é uma vantagem financeira, com certeza mas é uma vantagem pro profissional ser conhecido. E fala assim ‘ah doutora e lá tem movimento?’ O médico bom 8 passam pra frente, então é assim vantagem pra ele ser conhecido mostrar o serviço dele pra uma classe que é não tão favorecida mas que é muito volumosa. Então as pessoas conhecerem o médico, ah é o Dr. Fulano, então isso pro médico é vantajoso, ser conhecido. A parte humanitária não tem preço porque uma pessoa que reconhece seu trabalho assim muito, muito, muito. Então assim você vê o carinho que eles tem com você, sabe isso não tem preço. Quando chega lá, ‘ah Dra., o fulano deixou uma mandioca, deixou’. Toda semana tem um que lembra de mim e leva alguma coisa assim, isso não tem preço. Isso vale mil consultas, então pra mim esse retorno eu tenho uma paixão pelo idoso, é claro trabalho numa associação de idosos há anos, no asilo eu vou há anos, assim eu tenho uma paixão pelo idoso mesmo. E acaba sendo uma classe que não é tão favorecida porque é aposentado, como que o aposentado compra remédio? Tanta coisa. Às vezes até sustenta a família dele com a aposentadoria dele. E hoje até comentei com Terezinha, não tem relação com a pesquisa mas que foi um paciente lá e vai precisar de assistência contínua e é uma família que não tem uma renda né e eu falei assim eu vou independente de, é meu compromisso com ele que é meu paciente há mais de 6 anos. Se ele precisar que eu vá todo dia até a família aprender o que tem que ser feito eu vou todo dia até a família aprender o que tem que ser feito, eu vou. Eu vou de coração, sabe? Eu gosto, gosto de tratar. Meu

sonho não era a clínica, era uma casa de idosos, não asilo, mas uma casa de idosos.” Você acha que todas as inovações que você pensa pra clínica, todas tem essa linha, essa proposta sua, tem muito de você na Vip Med? “Tem tudo meu na Vip Med, desde de a recepção que Terezinha assim é uma pessoa que eu olhava e falava assim, nossa ela tem que trabalhar comigo porque a ideia é a mesma, o sentimento é o mesmo. E a pessoa pra trabalhar com você ela tem que seguir a sua linha né e Terezinha a gente olhou assim paixão a primeira vista, falei é essa. É esse perfil que eu quero que trabalhe comigo. Todos os profissionais que vão lá, que eu convidei pra trabalhar lá eu tive a opção de 1, 2, 3 da mesma especialidade a escolha era pelo perfil de humanidade do médico. Tinham médicos de muito nome que aceitaram ir mas aquele médico que, o paciente tá falando e ele tá escrevendo. O médico tem que tá ouvindo o paciente, tem que tá olhando o paciente. Como que você atende alguém sem olhar? Então assim, eu deixei de chamar colegas com capacidade no sentido técnica e chamar outro com menos, menos curso de especialidade, especialista também porém com menos cursos né preparatório porque aquele era mais humano do que o outro.” Hoje você tem quantas especialidades, tem quantos médicos com você lá? “Ixi, tem que contar. Óh: angiologista, ortopedista, dermatologista, nefro, de ultrassom, gineco, cárdio, cirurgia geral. Acho que nós somos uns 12. Ah o gastro. É por isso a necessidade de ampliar. Vai ser legal, nós vamos criar um lugar em que a assistência vai ser mais bacana.”

- Clínica A. Grupo 2: Médico.
- Sexo: masculino. Idade: 64 anos.
- Escolaridade: Superior com pós graduação em ultrassonografia e saúde pública
- Faixa de Renda: classe C. Origem (naturalidade): Rio Grande do Sul

1) Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos 5 anos no que se refere aos serviços prestados aos pacientes: “A agilização dos exames em termos da liberação dos resultados, e uma qualificação desses exames em termos de equipamentos.” Houve então investimento em equipamentos desde a fundação? “Certo.” Com relação por exemplo ao número de especialidades médicas, vem aumentando? Como é que o senhor está percebendo, por exemplo, essa questão da mudança, de estar indo para outro endereço? “Justamente, justamente por causa

disso. Está indo para outro endereço pra ter mais salas, porque tem uma demanda de profissionais aumentando, então tem que ter mais salas.”

2) A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde orientações, diretrizes sobre o que deve ser priorizado nessas melhorias a serem implantadas? Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas? “Sim, sim. Sim ela passa toda essa dinâmica, é repassada.” E o senhor percebe que há uma orientação de fato para os pacientes de baixa renda? “Sim, sim.” Como é que o senhor chegou, por exemplo, nessa clínica, foi através dessa proposta? “Foi através dessa proposta, justamente.” O senhor trabalhava no lar dos idosos, como é que foi isso? “É, eu trabalho nessa área. Tenho formação também na área de saúde pública, né? Trabalhei muitos anos nessa parte de saúde pública, muitos anos trabalhando com o SUS, então a gente conhece essa demanda como é que é.” O senhor acha que Teixeira é um lugar muito carente, assim, em termos de saúde? O pessoal procura bastante? “Justamente, é sim.”

3) Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas? “Não, é informalmente.” Ela faz reuniões com vocês, como é isso? “Isso, é.”

4) Comente como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias anteriormente mencionadas. “Porque existe uma certa pesquisa de demanda, entendeu? E como essa pesquisa de demanda é positiva, é forte, então compensa investir, compensa partir pra esse lado do atendimento, né? Porque se não existir uma demanda você fica desmotivado, né? Então existe uma demanda.” Então o senhor vê até uma função social nisso? “Social, claro, também.”

- Clínica A. Grupo 3: Pacientes (entrevista 1)
- Sexo: feminino. Idade: 35 anos.
- Escolaridade: Ensino superior completo com pós-graduação.
- Faixa de renda: classe C. Origem (naturalidade): Teixeira de Freitas (BA).

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Olha, eu percebo que eles têm um atendimento bem voltado mesmo a valorizar o paciente. Eles têm um lado humano que eu achei bem interessante, valoriza bastante. O

espaço, a estrutura é muito boa. A qualidade do atendimento, do profissional também achei muito profissional, muito satisfatório.”

2) De que modo você foi beneficiada por estas melhorias? “Com certeza, o paciente quando busca um profissional de saúde, acho que uma das coisas que a gente observa muito é a forma como se é tratado, né? A sensibilidade. Além do profissional atuar de forma competente há também esse lado humano. No meu caso mesmo, eu não estava passando bem e me colocou na frente, tive um atendimento prioritário. Então são coisas assim que a gente observa e no dia-a-dia vê a importância que isso tem.”

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? O que fez você procurar essa clínica e não uma outra clínica popular? Porque tem várias clínicas populares aqui em Teixeira. Principalmente, assim, o que te trouxe pra cá foi alguma indicação, como é que foi esse processo? “Exatamente a referência profissional, a referência médica mesmo. Eu já conhecia o trabalho da Dra. Alessandra, da Dra. Adriana também, que foi quem me atendeu, com quem eu fui consultada. O profissionalismo delas, o fato de ser uma cínica popular mas com qualidade, que presta um serviço realmente, é, não tô dizendo que as outras não prestam mas eu percebo nelas aí essa qualidade. Um valor popular mas com uma ótima qualidade. São profissionais que eu valorizo e respeito muito.” Você tem plano de saúde ou aqui você paga em dinheiro mesmo? “No momento em dinheiro sim, em dinheiro.” E a questão do preço da clínica, você achou o preço justo, como é que você percebe isso aqui? “Eu achei o preço justo, o preço é justo sim.”

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? “A diferença é colossal (risos). Ah, o atendimento, o tempo de espera. O que mais eu observo no SUS – não que não tenha bons profissionais – mas eu observo que falta muita humanidade mesmo. Uma das coisas mais carentes que o SUS tem é nesse esse quesito: humanidade.” O que você chama de humanidade? “Humanidade é olhar para um ser humano e você tentar se colocar no lugar dele. Eu sei que nem sempre é possível, né, mas às vezes dá pra você pode fazer alguma coisa pra adiantar, como aferir a pressão da pessoa. O profissional ele tem uma habilidade pra lidar com isso, é, o leigo não, o leigo vê que

a pressão tá alta já fica desesperado, já tá morrendo. O profissional não, o profissional acalma. O fato de aferir uma pressão, de conversar, de dar atenção pro paciente.” E isso você não percebe no SUS. “Não. A impressão que eu tenho é de que eles são muito mecânicos, né. A correria, não, a demanda com que eles trabalham, a falta de estrutura, faz com que eles percam isso, que é se colocar no lado do paciente, ver realmente como ser humano, que aquele simples gesto pode estar amenizando a dor do paciente.”

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? “Foi isso que eu já citei. O atendimento. Além de eu ter tido acesso ali a um profissional que eu já conhecia o trabalho dela, já tinha confiança nela – a médica em questão. E o tempo de espera foi importante. Por estar numa situação incômoda, que já estava sentindo dor. O atendimento da médica, a pontualidade dela, foi o que me levou a ir à clínica.”

- Clínica A. Grupo 3: Pacientes (entrevista 2).
- Sexo: feminino. Idade: 72 anos.
- Escolaridade: Ensino fundamental incompleto. Faixa de renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Salvador (BA)

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Sim, frequento desde o início. Eu já era paciente da doutora desde o lar dos idosos. E aí quando me falaram desse atendimento aqui eu fiquei logo animada. Aí eu tô desde o início aqui, que as meninas me tratam bem.” E o que a senhora acha que vem melhorando desde que a clínica foi fundada? “Ah, sempre tem médico. A gente, sempre que eu procuro tem um horário que eu posso ser atendida. É diferente de ter que ir pro postinho, de ter que ir pro SUS. Porque se a gente vai procurar atendimento lá tem que marcar com 2, 3 meses. A pessoa aqui na minha condição, já com hipertensão, negócio de pressão alta, é artrose, diabetes, não pode ficar esperando muito tempo não. Então vem melhorando sempre, porque a gente tá sempre com bom atendimento quando precisa. E o preço ... paga um pouquinho, né? Mas as coisas pra gente conseguir na vida tem que ter um pouquinho de esforço. Aí a gente paga um pouquinho, né, mas consegue o atendimento.”

2) De que modo você foi beneficiada por estas melhorias? “Minha filha, assim, eu sou aposentada, né. Aí você sabe, o dinheiro não rende, porque todo dia tem um

aumento de remédio, tem as coisas. Eu sou sozinha, o marido morreu já, os filhos moram longe, tudo trabalha em outras cidades, né, sem condição. Então quando a gente teve essa oportunidade, quando eu consegui esse atendimento lá com a Dra. Alessandra, eu tenho sentido melhora na minha saúde porque sempre que eu preciso tá lá o médico. O pessoal da recepção sempre atende a gente, se tiver alguma dúvida eles ligam pra gente, pode atender por telefone também. Eu ligo e me informam as coisas por telefone. Então às vezes nem precisa pegar a condução pra ir até lá, às vezes de longe mesmo eu consigo já resposta pra ver se eu consigo esse atendimento."

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? "Eu já tinha conhecimento da Dra. Alessandra desde que eu era paciente dela lá no lar dos idosos, que atende né as pessoas como eu, pessoas assim já com a idade avançada. Então quando ela falou, o pessoal falou que tinha essa oportunidade eu só fiz continuar o atendimento. E não me arrependo não. Qualquer pessoa que e perguntar eu indico, porque é uma oportunidade da gente se cuidar, cuidar da nossa saúde, por um valor que dá pra apertar um pouquinho e a gente cuidar da nossa saúde, que é o bem mais precioso que a gente tem. Agradeço muito a Dra. Alessandra pelo atendimento."

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? "Olha, o pessoal acho que tem até boa vontade, mas é muita gente... A gente chega, tem que chagar 4, 5 horas da manhã pra marcar uma consulta pra daqui 2, 3 meses. Então a diferença é que a gente vai lá na Vip Med, lá com a Dra. Alessandra, a gente consegue atendimento rápido. E lá é muito cheio, muita gente, aí às vezes não tem naquele dia, o médico desmarca porque não pôde vir, porque vem de outro lugar e a gente não pode ficar passando por essas privações. Então é por isso que é uma diferença grande. O atendimento também acaba sendo melhor porque as meninas não tem aquele povo todo reclamando que quer atendimento. Lá são organizados com Dra. Alessandra."

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? "Porque no postinho demora o atendimento. E lá na Dra. Alessandra a gente marca o dia logo próximo assim e consegue atendimento. No postinho não, postinho você tem que chegar cedo, pegar fila, pegar senha e às

vezes não consegue atendimento. Lá com a Dra. Alessandra na Vip Med a gente tem um acesso, o povo é educado, as meninas são educadas. Tem sempre um cafezinho lá, menina, pra gente tomar, né? E a gente é logo atendido. No postinho demora muito, aí só pra quem tem saúde, pra quem pode esperar. Quem é assim como eu não tem muito o que esperar não, minha filha, senão já é pra bater as botas mesmo."

- Clínica A. Grupo 3: Pacientes (entrevista 3).
- Sexo: masculino. Idade: 58 anos.
- Escolaridade: Ensino médio completo. Faixa de renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Teixeira de Freitas (BA).

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais?

"Ô minha filha, é que aqui agora tá tendo mais médicos, né? É que aqui antigamente era muito difícil né conseguir um atendimento aqui. Agora tá tendo mais médicos aqui, tô achando melhor essa situação aí." E com relação, por exemplo, ao serviço da recepção, o senhor é bem atendido aqui, é bem recebido? O senhor está satisfeito? "É eu tô. Aqui o pessoal atende a gente bem, faz a ficha nossa, aqui certinho, tudo direitinho, e eu não tenho o que reclamar. Não tenho reclamação nenhuma não."

2) De que modo você foi beneficiada por estas melhorias? "É melhor né, é melhor porque a espera é menos. A gente vai no posto de saúde e no posto de saúde demora demais o atendimento, e aqui vai mais rápido, né? A melhoria é essa aí."

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? "Foi minha mulher mesmo, falou pra eu vim aqui. Falou pra eu vim aqui, que aqui o atendimento era mais rápido, e que saía mais em conta, e aí eu vim. Ela falou pra eu vim aqui aí eu marquei."

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? "Ô minha filha, é que aqui é mais rápido, né? É mais rápido aqui o atendimento aqui. As pessoas aqui atendem a gente rapidinho, né, não tem problema. No posto de saúde às vezes a demora é muito grande, né, e às vezes a gente não consegue nem ser atendido. E aqui a gente vem aqui, e aqui é tudo mais rápido e a gente consegue atendimento rápido."

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? É por causa da demora mesmo? E com relação ao custo? No SUS é de graça, né? O que levou o senhor a pagar ao invés de procurar o SUS? “Minha filha, aquele é de graça mas não, na situação da idade já que eu tô a gente não pode esperar muita coisa não, né? Então às vezes compensa pagar um pouco e ser atendido do que no posto de saúde não ter atendimento nenhum, ou a gente não consegue atendimento lá, demora demais! Um exame demora 3, 4 meses pra chegar em casa. E aqui não, a gente faz aqui tudo certinho. Embora tenha que pagar um pouco do próprio bolso, né? Mas aqui a gente consegue atendimento e no posto de saúde, no postinho lá do bairro tudo é mais demorado. Uma tomografia leva 6 meses pra fazer.”

- Clínica A. Grupo 4: Recepcionista.
- Sexo: feminino. Idade: 42 anos.
- Escolaridade: Ensino superior completo, cursando pós graduação.
- Faixa de renda: classe D. Origem (naturalidade): Espírito Santo.

1) Os pacientes relataram melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Dentro dessa pergunta a gente pode relatar que, na verdade os pacientes que a gente atende aqui a maioria deles são idosos, levando em consideração que a Dra. Alessandra atende na associação dos idosos carentes e deficientes físicos. Então assim, como ela não pode dar um atendimento, um suporte maior na associação ai o que acontece ela traz esses pacientes ‘pra qui’, atende por um preço bem pequeno mesmo o valor da consulta né, por se tratar de pessoas carentes ela faz esse trabalho posso dizer assim social né e eles têm relatado melhorias sim principalmente no acesso ao médico né, porque assim tem mais acesso né, porque a Dra. Alessandra não visa só o lado financeiro.” Acesso você diz de ter condição de pagar ou do local ser mais acessível? “Acesso da condição de acesso ao médico mesmo, ao profissional né porque muitas vezes você chega assim no posto de saúde não né falando mal denegrindo a imagem de um profissional que trabalha num posto de saúde, mas o paciente nem sempre ele tem acesso e muitas vezes assim o paciente chega aqui e conversa com a Dra. Alessandra independentemente de tá consultando ou não com ela. Então assim eles têm esse relacionamento, esse vínculo, entendeu? E no que diz respeito aos serviços prestados a gente trabalha dentre eles com ultrassom, com consultas com preço popular, a gente tem vários

especialistas que atendem aqui e temos o laboratório também que eles trabalham com um tabela bem popular, preço bem acessível e eles relatam satisfação com relação aos serviços que a gente pode oferecer pra eles.”

2) O que os pacientes falam sobre os benefícios destas melhorias? “Veja bem, é, eles na verdade, eles eu posso até citar um exemplo bem claro. Uma ultrassom, por exemplo, a gente trabalha com as ultrassom a preço popular. Um paciente usuário do SUS, tem paciente que fica 1 ano na fila de espera entendeu? Então assim, eles vem aqui, fazem a ultrassom a preço popular, fazem a consulta temos ginecologista dentre outras especialidades, falando da ginecologista porque geralmente é a mais procurada é a parte ginecológica né e a gente pode oferecer esses serviços com preço acessível à eles. Então assim eles é relatam os benefícios né, muitas vezes pode-se descobrir uma doença no estágio inicial que se fosse esperar né pela condição financeira, por exemplo, um aposentado, uma dona de casa pra fazer ou pelo SUS ou pelo preço comum ai de mercado né nos hospitais uma ultrassom por exemplo de R$ 200,00 a gente cobra aqui R$ 100,00 então assim isso tem ajudado no diagnóstico precoce de vários tipos de doença né, e tem claro contribuído pra melhor qualidade de vida né na saúde.” A maioria dos pacientes são idosos né? “São idosos, acredito que 80% deles são idosos.”

3) Na visão dos pacientes, quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento da escolhe deles? “Olha só, segundo relato deles, muitas vezes assim eu faço uma triagem né quando eles chegam aqui eu me apresento e começo a investigar. Primeiro o preço, o preço acessível à eles e em segundo lugar vem o atendimento pela Dra. Alessandra.” Todos passam por ela? Independente da especialidade que vão? “É, porque assim, a gente, como ela trabalha no hospital municipal ela tem acesso a muita gente lá, trabalha na associação dos idosos, tem acesso a muitas pessoas carentes porque a associação dos idosos ela contempla não só os idosos mas os carentes e deficientes. Então assim ela tem um contato muito grande, ela é muito conhecida aqui na cidade né. Então eles vem porque, primeiro pelo preço que eles podem fazer uma consulta, por exemplo, a R$ 60,00 com uma especialista em angiologia e segundo lugar porque eles gostam do atendimento dos médicos, não só da Dra. Alessandra, mas dos demais especialistas que a gente tem aqui também.”

- Clínica B. Grupo 1: Gestor
- Sexo: masculino. Idade: 32 anos.
- Escolaridade: Superior com pós graduação. Faixa de Renda: classe A.
- Origem (naturalidade): Salvador – Bahia.

1) Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos 5 anos, no que se refere aos serviços prestados aos pacientes: “A principal melhoria foi na estrutura física da clínica, na ampliação e investimento em equipamento para dar um melhor tratamento para os pacientes.” O que vocês fazem aqui em termos de exames que precisem de equipamento, além das consultas? “Temos uma clínica de imagem que tem radiografia, temos serviço de ultrassonografia terceirizados por outros profissionais, temos serviço de endoscopia digestiva alta terceirizados por outros profissionais, temos broncoscopia, temos espirometria.” E tudo isso demanda aparelhagem específica? “Sim, boa parte dos equipamentos são da clínica. Alguns desses que eu citei são dos próprios profissionais.” E as melhorias no que se refere aos processos administrativos e gerenciais da clínica que tenham também beneficiado os pacientes? “Primeiro contratação e ênfase em profissional qualificado. A clínica trabalha com um nível de exigência altíssimo porque lida muito com contato com paciente, com conversa com paciente. Então exige-se profissional qualificado, tanto para atendimento quanto para qualquer tipo de prestação de serviço de medicina, enfermagem, técnico de raio x, eles tem que ser bons, tem que ser qualificados, tem que ser educados. Então esse crivo a clínica São Lucas trabalha com isso há vários anos.” E como é esse processo vocês tem uma empresa terceirizada que faz RH? “Não, não temos empresa terceirizada que faz RH.” Como é esse processo de chegar aqui? “O processo de chegar aqui é via recomendação, uma carta de recomendação e como qualquer unidade de saúde é um pouquinho diferente de qualquer outro tipo de empresa, você geralmente trabalha com pessoas que trabalham com isso inclusive em outros lugares, você conhece outros profissionais, você recebe indicação de outros profissionais e você como gestor também recebe também muitos pedidos de favorecimento para trabalhar aqui e você não faz contratação definitiva nenhuma se você não tem a noção do que aquele prestador de serviço pode oferecer. O profissional chega, o profissional é avaliado, é entrevistado, é feito análise de currículo em qualquer nível que seja – técnico ao nível mais alto que nós temos aqui que são os profissionais pós graduados – não só

de medicina, mas todos os pós graduados. Nossa gerência toda foi contrata através de estudo de currículo e discutido entre os sócios e gerência, sempre assim. Isso historicamente há alguns anos. Obviamente nos primórdios as coisas não eram tão simples assim, você não tinha tanto isso e também por conta disso a clínica sofreu. Porque o profissionalismo veio para ajudar, inclusive para contratar as pessoas. Treinar, e vem sendo trabalhado com treinamento. Você vê o profissional crescendo aqui. Vários profissionais entraram aqui e cresceram aqui, se formaram aqui, concluíram o nível superior aqui dentro. Isso é valorização do profissional também." Vocês tem algum mecanismo de reunião, de feedback, enfim como é que funciona? "Sim, é mensal." Os médicos participam? Todo mundo? "Sim, idealmente sim. Obviamente que nem sempre acontece, mas há participação sim." E vocês falam sobre o que nessas reuniões? "Sobre... é como é mensal, sempre tem algum tema, e sempre surge um tema a ser abordado. Nossa gerência tem mérito nisso, nossa administradora tem um mérito eu acho que talvez em Teixeira de Freitas poucas pessoas tem a visão que ela tem. E você aborda temas que são daquele momento e quando não há um tema, que é raro acontecer, ele é inserido. Sempre voltando o holofote pros princípios da clínica São Lucas, quais são os princípios." São basicamente motivacionais, então? "É motivacional mas também é cobrança. Também há no livro de ata também tem que ser marcado os problemas, tem que ser marcado qualquer tipo de viés que tenha ocorrido em qualquer período que seja, mesmo que seja para voltar e olhar os erros. A clínica São Lucas realmente acredita que isso é produtivo, que isso não é demagogo não, é produtivo isso. É produtivo e faz com que seja inserido no íntimo de cada profissional realmente o ideal da clínica." Então você acredita que a estratégia gerencial de vocês é bem participativa? "É participativa e há como melhorar. Ainda há como melhorar. Ela já evoluiu bastante, eu não sei se tá perto ou próximo do ideal não, eu acho que bem distante porque o ideal sempre está distante mas ela vem numa curva ascendente."

2) A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde ou do setor administrativo orientações (diretrizes) sobre o que deve ser priorizado nas melhorias a serem implantadas? Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas? "Sim, a gestão cobra, a gestão exige. Os gestores também elogiam mas há cobrança sim sobre os principais ideais: qualidade no atendimento, educação no trato com o

paciente, a delicadeza, talvez até a benevolência. Tem que parecer bom, tem que parecer bom.” O que é parecer bom? “Não é parecer não, é ser. Me expressei mal, tem que ser bom. Você tem que tratar as pessoas bem, tem que tratar bem.”

3) Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas? “Não, há um contato diário dos gestores e administração da clínica diário e frequente nessas 12/24h por dia o contato é frequente. Não há formal, não há um documento pra isso mas talvez esteja mais inserido do que qualquer documento porque é contínuo essa cobrança.” Então você acha que hoje não faz falta isso? “Não, não porque eu acho que documentar isso é interessante. Eu acho interessante, é uma coisa que tem que ser avaliada, mas eu acho que um livro de ata bem feito nessas reuniões isso pode acrescentar. Não vai substituir documento, mas é um livro de ata e pode ser utilizado, aliás, deve.”

4) Comente como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias anteriormente mencionadas. “Quando a clínica se propõe a fazer uma reforma, independente da dimensão dessa reforma você tem que saber por que você está fazendo isso. E geralmente quando você trabalha, querendo ou não a clínica é uma empresa, você trabalha para prestar, pra servir. Você tem quer fazer a pergunta: você quer realmente? você se propõe a fazer isso tudo? Por quê? Porque a clínica quer atender bem. Geralmente essas reformas que tem sido feitas, como eu te falei, principalmente na estrutura física mas lembrando que tem também modernização em equipamento e inclusive de profissional é porque você quer servir melhor, não é só ser bonzinho, não é só tratar bem e você quer ser efetivo. Esse sempre foi ideal da clínica tratar bem, junto com isso também na mesma proporção tratar bem e tratar certo. E a clínica São Lucas sempre viveu disso, acredito não é demagogo não. Sempre viveu disso mesmo porque não teria sentido algum uma melhora absoluta e pontual só na estrutura física se o profissional realmente não fosse valorizado. E se não fosse cobrado também, se não tivesse um crivo muito grande sobre os profissionais que há dentro da clínica São Lucas, não é qualquer profissional que vem trabalhar aqui, talvez essa a questão.” E essas cobranças, como elas acontecem: informalmente também ou tem instrumento de avaliação? “Não, não. Tem instrumento de avaliação, já passou por diversos períodos que tinha carta de sugestões e isso era passado para a administração. A advertência sobre qualquer profissional que resida aqui na São

Lucas pode ser feita e formalmente pela administração e informalmente no dia a dia porque acho que profissional de qualquer unidade hospitalar de assistência à saúde você vai chamar a atenção naquele momento, não muito depois tem que ser geralmente no momento então a gente fica um pouquinho preso a isso. Você não vai lidar só com resultado, vê a planilha de um resultado e o resultado foi ruim. Eu acho que é diário, é pontual." É um processo?! "É um processo, é um processo. Planilha é mais, eu acredito que planilha é mais para quem lida somente, somente e absolutamente com produtividade e lucratividade. A clínica também trabalha com isso, não vai ter a lucratividade e uma receita se os meios não são os melhores, se tá tendo algum contratempo, se o profissional não está trabalhando com qualidade, se você está sofrendo, se o profissional não está capacitado." É meio lá, meio cá? "Exato, você tem que ter sucesso, tem que ter lucratividade mas eu acho que em ambiente hospitalar você tem que ter, acho que no dia a dia conta mais aquele treinamento, aquela cobrança, aquele ensino. As enfermeiras ensinam. A administração ela orienta e guia os profissionais de limpeza, os médicos eles geralmente não ensinam ninguém mas eles, talvez, tracem o melhor caminho para as coisas fluírem pra ele e consequentemente pros pacientes." Geralmente as pessoas ficam aqui muito tempo? "Não, não, não. Custa de uma unidade hospitalar que ainda não, que trabalha com cirurgias hoje, por não ter UTI, você trata de cirurgias com baixa, média complexidade. Isso repercute numa rotatividade maior de pacientes." Mas e de profissionais? As pessoas costumam ficar muito tempo aqui? "Nós temos profissionais muito antigos aqui, com décadas inclusive." Mesmo o pessoal de recepção, limpeza costuma ficar muito tempo também? "Recepção não, acho que área que tem a circulação maior porque a gente exige muito aquilo que eu te falei, tem as minúcias, os detalhes, o tato. E isso ai eu acho que é meio intrínseco da pessoa às vezes mesmo treinando você não consegue, e querendo ou não você tem que exigir isso. Mas mesmo assim a gente tem alguns profissionais que estão há algum tempo. Na limpeza eu acredito que 60 a 70% são profissionais aqui que há mais de 5 anos. Na enfermagem também mas há uma circulação maior mas em números absolutos porque se você for olhar proporcionalmente tem mais profissionais que trabalha em regime de plantão então tem um número maior de profissionais da área de enfermagem, então acho que talvez por isso você sinta que circula um pouco mais, mas em números absolutos proporcionalmente ainda tem algumas funcionárias aqui antigas."

5) Alguma coisa a mais que você gostaria de acrescentar sobre as inovações, sobre as suas crenças a respeito disso, para onde vamos? “A velha história do pra onde vamos, não vou falar, não vou lidar com clichês o céu é o limite não porque a gente tem que lidar a clínica São Lucas quer servir bem, e quer servir o melhor porque ela tem capacidade, eu acho que a gente chega lá. E o que a gente quer é profissional bom: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, administração, da recepção e se ela, se essa unidade, se essa empresa consegue aumentar proporcionalmente o número de profissionais com esses perfis eu acho que é o caminho certo, entendeu? E não tem como você anda você está falando de uma empresa de 30 anos você sabe realmente o que vai dar resultado, uma reforma já aumentou o volume de pacientes.”

- Clínica B, Grupo 2: Médico
- Sexo: masculino. Idade: 37 anos. Origem (naturalidade): Espírito Santo.
- Escolaridade: Superior completo com pós graduação em Gastrenterologia.
- Faixa de Renda: classe B

1) Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos 5 anos no que se refere aos serviços prestados aos pacientes: “Bem, nos últimos 2,5 anos - que foi a minha incorporação aqui na clínica São Lucas - a gente viu a reforma total da clínica: desde faixada e ambiente interno. Melhorou as instalações em termos de internação, ambiente da clínica, a parte de nutrição foi uma nutrição mais específica para cada paciente depois da minha admissão aqui na parte de Gastro a gente procurou incorporar isso na clínica a questão de dieta é muito importante. Gastro e dieta realmente está muito interligado. E a questão de alguns convênios para o idoso isso vai facilitar em termos de descontos tá, assim o idoso tem um desconto aqui na clínica quando vem assim acima de 60 anos, a idade que a gente pede tanto homem como mulher. E a assim o mais marcante mesmo na clínica foram as instalações, que teve uma mudança total em termos de fachada de estruturação da clínica toda, novos exames que estão sendo feitos aqui na clínica, assim como tomografia, ultrassom, a parte de endoscopia que não estava tendo na clínica São Lucas a gente começou a 2,5 anos e Phmetria e Manometria que a gente já faz aqui na clínica também.”

2) A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde orientações, diretrizes sobre o que deve ser priorizado nessas melhorias a serem implantadas? “Sim, passam. Existe uma reunião quinzenal com todos os funcionários para discutir as mudanças, as implantações de programas novos dentro da clínica para todo mundo tá falando a mesma língua.” Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas? “Sim, ficam porque a gente bate muito nessas reuniões de falarmos a mesma língua e a gente não ter discordância entre um funcionário e outro quando vai esclarecer qualquer dúvida aos pacientes. Para não ter discordância em questão de falar uma coisa para um paciente, depois falar outra coisa para outro e isso mudar o funcionamento da clínica. É universal o funcionamento. É igual para todo paciente que entra na clínica, mesmos direitos, as mesmas obrigações.”

3) Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas? “Ficam em ata da reunião e tem todo o protocolo de funcionamento da clínica, com normas e direitos tanto dos funcionários quanto dos pacientes. Tem como se fosse um manual ou um protocolo. Na ata cada reunião tem o assunto discutido, o assunto do que foi falado, do que foi resolvido em reunião e disso é formalizado como se fosse mesmo um contrato mesmo social dizendo de todas as obrigações e direitos de todos aqui em função dos pacientes da clínica.”

4) Comente com o as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias anteriormente mencionadas. “Na verdade foi via caixinha de sugestões, a gente tenta incorporar o que o paciente vê que não está funcionando direito na clínica, que às vezes a gente não vê isso, e o paciente que tá fora vê pra poder ter melhoria a gente incorporou justamente essas solicitações de mudança pelos próprios pacientes. Até mesmo quando estava nesse período a secretaria perguntava “o senhor tem alguma sugestão de melhoria do funcionamento e do atendimento da clínica?” e sempre tem então a gente procurou se basear nisso daí.” Então não foi muito pela impressão dos donos, a sua percepção é que tudo o que foi mudado na clínica tem origem no paciente, é isso? “Tudo não. A parte estrutural foi os donos da clínica, a questão de fachada de melhorar fazendo ficar mais bonita, um pouco mais de padrão na clínica. Mas o funcionamento mesmo em si foi baseado em sugestões.”

- Clínica B. Grupo 3: Pacientes (entrevista 1).
- Sexo: feminino. Idade: 35 anos.
- Escolaridade: Ensino superior completo. Faixa de renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Teixeira de Freitas – Bahia.

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Percebi muitas melhorias, primeiro a instalação e atendimento e agora maior conforto para os pacientes.” O que você classifica como melhor atendimento? “Mais atendentes, mais espaço, questão de clima, ar condicionado, essas coisas.”

2) De que modo você foi beneficiada por estas melhorias? “Primeiro porque é perto da minha casa, então pra mim beneficia de estar sempre sendo atendida com bons profissionais, já facilita pra mim.”

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? “Primeiro que é uma clínica já conhecida há muito tempo, já venho sempre, há muito tempo com médicos daqui, são médicos já conhecidos e os novos médicos que estão também aderindo à clínica são bem recomendados então já ajuda muito para nós aqui do bairro, já é uma boa qualidade.”

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? “Todas as melhorias né, primeiro o atendimento, a atenção, o carinho com que os atendentes nos atendem, as instalações, você está sempre confortável, a questão de bons profissionais aqui não tem aquele fluxo enorme de pacientes então consegue ter uma qualidade melhor de atendimento.”

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? “O SUS? Primeiro que pra você conseguir é muita burocracia então já é difícil, segundo que o atendimento não é igual. Então assim, você não tem o atendimento com o mesmo médico, com todas as características, se você vai marcar também um exame demora muito pra chegar, então aqui você marca no mesmo momento você tem o resultado, se tem algum problema já resolve logo e no SUS é mais complicado.”

- Clínica B. Grupo 3: Pacientes (entrevista 2).
- Sexo: feminino. Idade: 32 anos
- Escolaridade: Ensino médio completo. Faixa de renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Alcobaça – BA.

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Olha, é a primeira que eu frequento essa clínica né e eu não tenho nada a reclamar. Gostei muito do atendimento, os profissionais são excelentes e a reforma ficou ótima.” Você fez todo seu pré-natal aqui? “Comecei na outra clínica, porque a doutora que eu fazia ela tinha a própria clínica dela, mas ela transferiu pra cá mas tem já uns 3 meses que estou vindo aqui direto.”

2) De que modo você foi beneficiado por estas melhorias? “Acho que tudo foi ótimo, a comodidade, o conforto, a limpeza acho que também influência muito. Acho que tudo.”

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? “A minha doutora veio pra cá e com isso eu vim também. E eu gostei do atendimento daqui.”

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? “Muitas, aqui pra mim tá excelente, sem comparação. Enquanto o SUS todo mundo sabe a dificuldade que é né. E o SUS deixa muito a desejar.” Em termos de quê? “Olha, atendimento, o local, a maternidade pelo SUS é horrível. Eu passei por lá semana passada na emergência né eu não sabia.”

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? “Eu acho que em relação à qualidade, e acho que a novidade também e tipo assim o conforto que a gente tem eu acho que é mais seguro. Eu acho que tem mais segurança.”

- Clínica B. Grupo 3: Pacientes (entrevista 3)
- Sexo: masculino. Idade: 46 anos.
- Escolaridade: Ensino superior completo. Faixa de renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Salvador - Bahia

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Sim. Percebi que a clínica vem investindo em obras e na parte inicial na frente já se terminou essas obras. E o ambiente ficou muito mais agradável, recepção ampla, oferecimento de chá, agua, café, toalete bem cuidado, as recepcionistas bem distribuídas.”

2) De que modo você foi beneficiado por estas melhorias? “Justamente por isso que eu acabei de falar. Você tendo um ambiente mais agradável, torna a espera da consulta e do serviço mais tranquila, tornando o ambiente e a pessoa mais tranquila.”

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? A gente tem alguns itens aqui que podem ajudá-lo a responder essa pergunta: o que o trouxe para cá, foi a qualidade dos médicos e dos outros profissionais de saúde, foi essa questão que o senhor colocou das instalações físicas estarem mais confortáveis, ou foi o preço da consulta e dos exames, o atendimento mais humanizado, a localização, enfim, o que pesou mais para o senhor vir aqui e não em outra clínica popular? “Inicialmente a indicação de um conhecido meu de um médico que atende nessa cínica, e logo em seguida também a localização, devido se localizar no centro da cidade torna mais viável a presença nessa clínica.”

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? “A burocracia no SUS é muito maior, quando você vai marcar uma consulta a demora é muito grande. Já aqui na clínica nem sempre é imediato o atendimento, mas ao longo de poucos dias se consegue o atendimento.”

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? Foi por conta dessa burocracia ou outro motivo? “Por conta da demora do SUS, devido ao estado da necessidade de realizar consulta e exame, aí recorri a uma clínica popular para agilizar esse atendimento.”

- Clínica B. Grupo 4: Recepcionista.
- Sexo: feminino. Idade: 23 anos.
- Escolaridade: Ensino médio completo. Faixa de renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Teixeira de Freitas – Bahia.

1) Os pacientes relataram melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Sim, com certeza. Ainda mais com a reforma. Teve muitas melhorias citadas pelos pacientes: a questão de conforto, o próprio atendimento fez com que os pacientes se sentissem mais à vontade na clínica. A questão de acomodação também. Isso foi alguns exemplos citados pelos pacientes.”

2) O que os pacientes falam sobre os benefícios destas melhorias? “Como eu falei anteriormente, a questão do conforto. Melhorou até a localização também, o pessoal tá indicando muito. A questão de novas especialidades, novos médicos surgindo fez com que a clínica tivesse um fluxo maior de pacientes.”

3) Na visão dos pacientes, quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento da escolhe deles? “Olha, na minha opinião o médico também, eles tem elogiado muito o trabalho dos médicos, o preço também conta muito. Normalmente, pelo menos eu, gosto de pesquisar antes então muitos pacientes fazem isso também pesquisam e fazem essa comparação de valores e acabam vindo para cá também.” Alguma outra coisa que você vê, alguma outra característica que faz o pessoal preferir a São Lucas do que outra clínica? Porque você falou bastante da questão da reforma, você acha que isso teve impacto na escolha deles? “Sim, com certeza. Novos equipamentos, instalações melhores, consultórios reformados, está mais ampla. E isso fez com que a qualidade também dos próprios funcionários ficasse melhor com os pacientes.”

- Clínica C. Grupo 1: Gestor.
- Sexo: feminino. Idade: 40 anos.
- Escolaridade: Ensino superior com pós graduação. Faixa de Renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Teixeira de Freitas – Bahia.

1) Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos 5 anos no que se refere aos serviços prestados aos pacientes: “Desde quando abriu sempre foi a mesma coisa o antigo quadro de funcionários era até mais, entendeu? Aqui hoje no momento que a gente resolveu tirar um pouco mas especialistas e médicos a quantidade era o mesmo, que tem médico que ai que tá desde quando fundou a clínica até hoje com doutorado e outros e outros.” E em relação ao atendimento das meninas da recepção, você acha que teve alguma melhora? “Não, que tudo cada dia a gente tenta melhorar cada dia mais né, nem sempre a gente vê um erro ou alguma

coisa, alguma falha delas mas a gente tenta puxar a orelha ali né. É por isso que existe as reuniões pra gente poder, ai eu coloco o que?! nem sempre eu falo, deixo elas falarem também o que que tá de errado, o que está falando, bora melhorar em tal ponto e tal. Eu deixo sempre aberto pra gente poder as melhoras." Em termos de infraestrutura alguma coisa mudou? "Teve, teve mudanças, no caso aqui só atendia embaixo, hoje já atende né aqui em baixo e em cima, no caso dois pavimentos né. E cada dia mais a gente vai melhorando, hoje no momento, pretendo pra agora nesse ano ainda a gente colocar computadores em todas as salas pra poder o médico não escrever tanto né, que muita gente reclama da caligrafia de médico. Eu mesmo, tem vez que como eu sou enfermeira muita, 'ai vem aqui Ah Mileide lê aqui você é enfermeira não sei o que'. Tem letras que você não consegue ler o que está escrito." Você acha que o sistema facilitaria? "Com certeza, com certeza." Hoje você tem algum sistema informatizado ou de recepção, prontuário eletrônico?

"Todo mundo tem computador, os prontuários no caso é tudo no sistema. Hoje tudo é no sistema, só está faltando colocar sistema só pros médicos. E todos consultórios ter. Ai alguns que ainda tem seu notebook e traz né, gosta de fazer o seu mesmo mas a gente quer colocar pra como um todo." E esse sistema tinha quando a clínica foi fundada? "Não tinha, era tudo manual as meninas escrevia pra daná e hoje a mudança né no caso, é o que eu tô falando né é o dia a dia a gente tenta melhorar o que tá errado né, tenta consertar, não isso aqui não tá bom, bora fazer diferente." Tem quanto tempo que vocês adquiriram o sistema? "Ah já tem, tem uns 4 anos, foi logo em seguida. As meninas ficaram 1 ano sofrendo um pouco mas em seguida poucos computadores e tudo. E esse ano até o ano que vem a gente pretende colocar pra todos os médicos." E as inovações no que se refere aos processos administrativos e gerenciais da clínica que tenham também beneficiado os pacientes: "Olha, o cartão veio também não é de hoje. O cartão já tem um bom tempo, já tem 3 anos que tem esse cartão. Esse cartão funciona assim: paga, no início 3 anos atrás o valor era R$ 10,00, o paciente pagava dez reais e fazia o cartão com a validade de 1 ano. Aí no caso quem tem filho menor de idade já entrava incluso nesse cartão, pra atendimento, ter desconto na consulta e tal. Hoje esse cartão vale R$ 20,00, de 3 anos atrás a hoje aumentou o que? 10 reais. Esse ano vale 20 reais com o mesmo desconto. É tanto que a gente tem valor do cartão de particular, hoje você pode contar a dedo quem faz um particular. O pagamento de,

não vou contar 100%, mas de 99% é no cartão porque você paga R$20,00 uma consulta que vale mais ou menos uns 25% em cima, tem 25, tem, depende cada consulta, cada procedimento, tem de 25, tem de 20, tem de 30%. Igual o laboratório mesmo, o laboratório dá até 50% de desconto nos exames. É a clínica dá 20, 25, 30% depende né cada exame é exame, é diferente. E aí é muito bom pra família." Você estava falando que a maioria dos seus pacientes são pacientes que pagam, né? "Isso." Não são tanto pacientes de convênio? "Não, de convênio aqui que a gente tem é a Unimed né de convênio e as prefeituras, as prefeituras que no momento a gente tá tendo é Prado, Itapebi e Ibirapuã.

2) A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde ou do setor administrativo orientações (diretrizes) sobre o que deve ser priorizado nas melhorias a serem implantadas? Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas? "No caso aqui como eu falei, tem Juliano e Agnaldo né, é no caso eu to respondendo por Agnaldo que é meu esposo e tem o Juliano os dois sócios, meu esposo é o majoritário, né que tem a maior cota e os outros 'é cotista' que tem 1%, 5%, 3% aí os pequenos não opinam, no caso assim os cotistas no momento não opinam em nada. É por isso que eu te falei que estou marcando a reunião agora pra junho pra estar mostrando pra todos eles relatórios, vê a situação da clínica, tá passando pra eles todos ter o conhecimento no momento de como a clínica está." Mas anteriormente isso não era feito? As diretrizes eram passadas como? "Anteriormente, na verdade foi o que eu fiquei sabendo hoje eu tava conversando com meu esposo hoje em relação a essa reunião e falou: - não adianta, você vai perder tempo, – eu falei como? – você vai marcar essa reunião nenhum médico vai comparecer porque o último que fizemos o ano passado de todos os médicos que foram convidados apareceu um.Os outros não compareceram. – ai eu falei não, mas mesmo assim eu vou insistir e vou marcar essa reunião pra poder ver, porque a partir desse momento eu tendo essa reunião e não comparecer ninguém vai ser um meio de eu estar relatando a eles a falha né, ai a falha tá vindo deles." Quando acontece alguma mudança, por exemplo, há 3 anos atrás vocês implementaram um cartão, como os médicos ficam sabendo disso então? "Fica sabendo devido assim, vem de um em um. Tá não tem como reunir a todos porque acaba não vindo, ah tô de plantão, tô isso, tô aquilo, tô viajando e tal. Acaba não vindo, mesmo que sabe da data né com

antecedência mas acaba no momento acontece alguma coisa. Aí o que acontece, aí depois acaba vindo conversa com um depois vai conversa com outro, fica aquela coisa solta, entendeu?" E com a equipe administrativa você consegue mais? "Consigo que aí eu marco. Tal dia é a reunião, aí a gente vê um dia que tem menos movimento, que não tem tanto médico a gente marca aquela reunião. E no anterior foi isso, eu fiquei besta, ele falou você vai marcar e ninguém vai aparecer, mas mesmo assim eu vou tentar. Pra saber se vai ou não eu tenho que tentar né."

2) Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas? "Aí fica entre Agnaldo e Juliano. Eles dois conversam, igual no caso entre Agnaldo e Juliano, o Juliano sabe tudo da clínica, já Agnaldo não sabe tanto como ele, entendeu? Igual essa menina que fica aqui, a funcionária aqui do administrativo, tudo passava pra Juliano, fechamento de caixa e tal, tudo era pra Juliano. Já Agnaldo em relação a isso ele não envolvia em nada, em dinheiro, em nada. Ele só envolvia se, em relação assim via alguma coisa errada, ele vinha e falava pras funcionária isso e isso tá errado, então a menina aqui do financeiro pegava e ligava pra ele. Via que Juliano não resolvia ligava pra ele. Agnaldo tá precisando de isso e isso, não, não é não está errado. Faça isso não, entendeu? Dava, dá conselho em relação a isso." Mas a decisão parte deles dois? "Dos 2." Já aconteceu de alguma mudança partir de alguma sugestão de um funcionário? "Ah de funcionário não, no caso dos dois de partir só do Juliano e fazer coisa que depois o Agnaldo falou: não tá errado e tal, e voltar atrás pra consertar." Então essas diretrizes não são formalizadas, escritas em algum lugar, tem circular com essas mudanças pra distribuir pra médico? "Não, não só na conversa mesmo. Igual essa reunião mesmo que eu vou marcar, eu vou avisar um por um, não vou colocar circular, não vou colocar nada. Vou avisar um por um, ó, tal dia vai ter a reunião, entendeu? Vou falar o local, o horário, aqui ou no laboratório de Juliano tanto faz e vou tá marcando essa reunião. Porque é o que você falou, aqui é pequeno, mas assim uma circular uma coisa assim é quando é uma coisa grande né, que os médicos não se encontra nem nada, mas aqui tem médico que trabalha todos os dias, duas, três vezes na semana entendeu? É raro um médico que trabalha, que só vem um dia na semana ou de quinze em quinze. É todos os dias duas, três vezes na semana, aí todos os dias eu tô com eles."

3) Comente como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias anteriormente mencionadas. “Porque no caso aqui era uma casa, a clínica era uma casa. Tinha que quebrar parede, fazer reformas, ai entraram os dois na conversa no consenso e decidiram pegar empréstimo porque não tinha dinheiro, não tinha nada, fazer empréstimo pra tá fazendo essa reforma ai partiu dos dois de fazer, pra ampliar, pra poder colocar mamografia. Aqui já teve raio x, já teve só que viu que não deu ai tirou, entendeu? Tinha oftalmo também, sala alugada pra oftalmo. É isso. Melhorias porque aqui a gente está aberto tanto pra alugar como pros médicos.” Como surgiu a ideia do cartão? Por que ela é revolucionária! “O cartão saiu dos dois também, dos dois. Foi ideia dos dois.” Mas a ideia era assim, atender o pessoal mais pobre? “Isso. Porque não é todo mundo que tem como pagar uma consulta, igual uma colonoscopia é R$ 600,00 não é todo mundo que tem condições no momento de tirar R$ 600,00 pra pagar uma colonoscopia porque é caro. E com cartão ele cai pra R$ 400,00, quatrocentos e pouco a R$ 500,00 uma coisa assim que cai, um desconto de R$100,00, cento e pouco, entendeu? Já ajuda.” Então você acha que eles tem essa pegada, de tá pensando sempre no pessoal mais pobre? “Isso, tá pensando sempre na pessoa mais pobre, mais humilde que não tem como pagar aquela consulta tão cara.” E o teu pessoal, por exemplo, de recepção você acha que eles vestem a camisa dessa história ai de acolher o pessoal mais pobre, como isso é visto? “Veste, veste porque é o que a gente no caso eu entrei aqui e falei gente eu quero aqui que a gente, que vocês, que nós trabalhe em equipe, um ajudando o outro, se chegar uma pessoa cadeirante, uma pessoa tiver precisando, vocês sai da onde estiver e vai ajudar, vai vê o que aquela pessoa precisa. Humanizar né. A coisa tem que ser humanizada, não adianta ah porque eu sou secretária eu estou aqui só pra isso e não pensar no colega do lado, pensar no paciente que está chegando. Tratar mal não né, outra coisa que eu converso com elas, que eu peço pra elas nas reuniões e peço você tá aqui atendendo o paciente o telefone tocou, você já está com paciente, já está com documento cadastrando, não custa nada você pedir licença à paciente e vê quem tá do outro lado, porque quem tá do outro lado pode tá precisando de uma coisa urgente, uma coisa mais sabe e você deixa tocar, tocar entendeu? Eu peço à elas pra dar prioridade ao telefone, dá prioridade como? Tá atendendo ali porque não atrapalha, não atrapalha você tá no telefone e no sistema. Aquele telefone para de tocar, fica até chato o telefone tocando, tocando, tocando o tempo todo, você

pediu licença a pessoa não vai ficar chateado, enquanto isso você vai ver o que a outra pessoa quer do outro lado, se for pra marcar uma consulta alguma, oh espera um momentinho que eu tô no atendimento, a pessoa vai esperar um pouquinho e você finaliza o atendimento, o que você tiver fazendo. Se for uma coisa que você está no início e tem uma colega desocupada, oh colega oh, atende aqui que a pessoa quer marcar porque é um sistema, a gente tá no sistema como que ela vai cancelar o que ela já começou pra atender outro, ai também não pode. Ela tem que primeiro finalizar essa consulta, esse atendimento pra depois ela abrir aqui o sistema pra dar sequência. Ai é tudo uma conversa." Então você acha que no final das contas o pessoal abraça? "Abraça porque eu vejo muito aqui, eu ligo a câmera aqui e tô, o telefone toca porque quando toca lá você escuta aqui. Ai eu tô olhando, tá ocupada, ai eu tô vendo que tem uma pessoa na frente. O telefone tocou ele já pega. Ai o que eu falei, tá vendo." Seu relacionamento com os funcionários é legal? "É, é legal, muito bom. Aqui a gente é uma família. Eu passo isso pra eles, nós aqui a gente é uma família. A gente levando cedo de casa e vem pro trabalho e só sai de noite, sai pra almoçar, tem umas que já ficam aqui e fica o dia todo. É uma família. É por isso que você tem que trabalhar em equipe, não é porque você tá aqui na frente do computador você é só pra isso. Não, você tem que trabalhar em equipe mesmo, ajudar. A menina da limpeza não veio hoje, oh fulana bora ajudar ali, bora limpar ali aquela sala e isso elas fazem. Aconteceu quando eu cheguei aqui a menina da limpeza não vim, não comunicar nem nada sabe e agente ficar doida. Porque quando avisa, amanhã não dá pra vir, estou ciente, as meninas está ciente, ai vai vir mais cedo pra limpar ou limpa antes de sair ai é uma coisa. Agora sair, aconteceu comigo umas 3x só agora não dou mais chance não. Celular desligado, ah tava descarregado, ah não aceito, não aceito mais. A menina tava assim". Mas você já conversou com ela? "Já conversei depois disso..." Tá um amor né? "Não, todo mundo adoece, filho adoece, mãe adoece, todo mundo. Gente, eu não gosto nem de falar eu sou uma pessoa assim boa de, eu quero que a pessoa chegue pra mim e fale, agora fazer a vou embora sem comunicar, não isso é falta de respeito. Não isso eu não aceito. Igual a menina que eu coloquei pra poder tá me auxiliando não precisa vim pra mim, não fala com ela. Eu dei autonomia pra ela, fala com ela. Porque um exemplo, eu tô em reunião aqui tem uma coisa pra falar, ah pode não que tá em reunião, não você pode liberar. Acabou uma coisa tem que comprar, tem dinheiro no caixa? Pode lançar. Exija a nota, entendeu? Aí eu mesma sou muito

aberta com elas. Eu quero aqui que a gente trabalhamos em equipe e nós trabalhamos em equipe, uma ajudando a outra. Que for de limpar, que limpe se for sua colega tá lá ocupada você tá mais tranquila vai ajudar a colega, tem que repor material em sala, tem que olhar medicação que tá vencida, tudo isso. Se você tá sozinha e tem muita coisa tá perto da hora de ir embora, qualquer coisa, pede ajuda a colega. A colega que ta sem fazer nada. Que tem hora que que fico, olho vou descer e vou ajudar as meninas porque tá cheio, mas tem horas que tá tranquilo eu vejo que tá lá batendo papo, alguma coisa. Não, não quero isso, não é pra você ficar batendo papo vai procurar, vai entrar na sala, vai ver se o médico não deixou o ar condicionado ligado, vê se o prontuário do paciente não tá na mesa, vai botar na gaveta, vai organizar a sala, vai, entendeu?" Elas são multifuncionais!? "Isso, isso graças a Deus." Uma última coisa que eu acho importante você falar sobre essa sua vinda pra cá, a gente até brincou que você é a mulher da inovação aqui, então assim qual é a sua meta aqui? "A minha meta hoje é tirar do vermelho, minha meta é isso porque eu entrei aqui e tá uma bola de neve e hoje graças a Deus eu consegui resolver. Um exemplo, a menina saiu daqui e não falou o que a clínica estava devendo, semana que vem vai aparecer cobrador, nada. Chegava aqui e eu tomei um susto quando me deparei em janeiro sozinha aqui. Estou organizando a casa ainda, cada dia é uma vitória, mas estou organizando ainda. A primeira coisa foi cortar tudo, a clínica tá no vermelho então tive que cortar tudo. Ah acabou receituário, prontuário? Acabou mesmo? Fomos olhar as gavetas, tudo e tinha prontuário pra um mês. Agora não compro um lápis se eu não tiver certeza que realmente precisa. A partir de hoje eu quero que me avise com uma semana de antecedência ou 3 dias e gráfica 15 dias para que eu possa organizar pra poder comprar, não pode esperar acabar pra pedir." Essa questão, por exemplo, do cartão, de você ter abolido cartão e cheque. Isso deu uma melhorada boa? "Deu e como deu. Porque cartão paciente pagava com 30 dias o médico, igual ai Dr. Horácio, tem 3 médico aqui que recebe por semana, todos os dias eu fecho e quando dá na sexta eu acerto. Né terminou acerto tudo. E tem os outros que todo dia eu pago e nisso quando era no cartão, cadê meu dinheiro? Tinha que pagar. Como você vai pagar uma coisa que você não tem? Entendeu? Você vai dar cheque, vai fazer o quê? Vai pegar emprestado? Falei não, ai pronto acabou negócio de cartão, acabou cheque. Eu ainda, não é falar que eu não recebo cheque, há cheques e cheques, eu recebo e eu pago pro próprio médico. Porque tem médico que fala ah é cheque bom, então

se ele mesmo tá falando que é cheque bom então ele mesmo recebe o cheque pra ele. Entendeu? Eu não tô ficando com cheque, o cheque se Dr. Horácio atendeu, mas se tiver um amigo meu eu autorizo o cartão, cheque a mesma coisa, tudo bem se ele tá autorizando então ele vai ficar com a bomba dele. Isso me deu um respiro, não poder pagar tudo isso que tava chegando, chegando eu falei ai meu Deus o que eu faço." Então hoje você acha que a prioridade assim nas inovações da clínica tem que tá mais relacionada a essa área administrativa, você acha que é esse o momento? "Isso, no momento é isso. Primeiro eu tenho que arrumar tudo aqui pra poder. Depois que tiver essa reunião e eu estiver com esses relatórios, eu sei que relatório é todo mês, todo final do mês tem que ter relatório só que eu não consegui ainda, entendeu? Ai que eu tô fazendo, o que eu tava conversando hoje com Agnaldo, eu vou pegar de janeiro a maio, tá aqui. Ai em junho vai ter a reunião tá aqui todos os relatório aqui, tal tal, como a clínica tá, recebeu tanto, tudo, paguei tanto ao X, cartão recebeu tanto, fez tanto, vou mostrar tudo. Quando for em dezembro eu vou ter outra reunião que eu vou pegar de novo, junho, julho, agosto, setembro, outubro, novembro. Fechar novembro a reunião aqui. Entendeu? Porque ai eu vou fechar de novo o relatório, vou deixar guardado os relatório e mostrar tudo de vez. Eu quero ter duas reuniões pelo menos esse ano, assim pra poder mostrar e depois mês que vem o médico quer ver relatório da clínica, eu vou imprimir e pedir opiniões também. Aqui está nisso, entrei estava no vermelho, estou correndo atrás, consegui, vou ver né se eu vou conseguir que ainda tô finalizando, consegui sair ainda não 100% mas pelo menos 50% do vermelho. E ai qual ideia que vocês tem? Estou aberta pra opiniões e vou pedir ajuda. Eles tem que, não é só igual vem uns médico conversa com Juliano ah mais a clínica caiu o momento, ah a clínica tá fraca, ah não sei o que. Igual já veio pra mim falando assim doutor é carnaval, é ano novo, festa da cidade, festa comemorativa o movimento cai. Igual janeiro mesmo, o movimento cai, fevereiro a mesma coisa. Falou que tem festa o movimento cai porque o povo está guardando pra festa, pra viajar final de ano, pra não sei o que. Entendeu? E foi isso que eu falei pra eles. Ah é realmente não sei o quê. Porque tem médico que trabalha aqui e trabalha em outras clínicas, trabalha em hospital mas não realmente lá também caiu. Entendeu? Igual veio outro falando ah tá precisando de divulgação, divulga pra esse e aquilo. Só que os médico, foi o que eu falei, gente hoje o meio de comunicação é isso aqui oh é internet, é tão bom. Todo mundo tem face, todo mundo tem tudo. Por que os próprio médico também não se

ajuda? Por que? Eles tão fazendo o nome deles também, né o da clínica e o nome deles. Coloca, todo não tem whats´app não tem face, não tem tudo então coloca ali, a clínica eu trabalho na clínica, faço isso. Coloca promoções também, entendeu? E é isso que vai. Outra coisa que Juliano fez também junto com Agnaldo foi, eu tinha até esquecido foi dá desconto. Dá desconto, não! Cortesia que ele fez, o médico cobra mais barato ai ele tá dando essas cortesia em igreja pras pessoas carente mesmo que não tem condições de pagar uma consulta. Ai o médico fez bem mais barato, ele está dando de graça e o médico tá atendendo clínico geral. Entendeu? Como Dr. Horácio tá atendendo, tem dois médicos aqui atendendo. Dr. Horácio e Dr. Ulisses, ai o paciente vem passa por esse clínico geral, tanto um quanto o outro e se precisar exames, o que precisar ai quem tem que pagar é eles. Entendeu? Mas a primeira consulta ali no momento, ah que minha pressão tá alta não sei o que não sei o que, aquela primeira consulta tem. Agora se pedir exame e tal ai o paciente vai se virar pra dar. Entendeu? Uma consulta dessa é R$100,00, tá dando de graça pra uma pessoa que não tem condições. Isso a clínica tá fazendo também. Isso ai é uma coisa diferente.”

- Clínica C. Grupo 2: Médico.
- Sexo: masculino. Idade: 59 anos.
- Escolaridade: Superior completo com pós graduação em alergia.
- Faixa de Renda: classe B. Origem (naturalidade): Espírito Santo.

1) Descreva as principais melhorias implantadas na clínica nos últimos 5 anos no que se refere aos serviços prestados aos pacientes: “Bom, as principais melhorias, quando nós abrimos a clínica, a clínica era uma residência, nós fizemos as adaptações e transformamos em consultórios, sala de administração, sala de laboratório. Então, hoje nós temos um serviço quase que de referência. As outras, as outras modificações vieram com o tempo com a implantação da ultrassonografia e da mamografia que a gente tem convênios com o setor público e atende esse tipo de serviço. Posteriormente, já mais recente a gente implantou o serviço de odontologia e tem profissionais que trabalham aqui e o mais revolucionário de tudo foi o cartão desconto que nós implantamos que favoreceu as classes de mais baixa renda, fazendo com que eles tivessem acesso ao atendimento médico com preço mais acessível e também aos exames de laboratório que foi uma outra coisa que a gente procurou abaixar um pouco o preço pra que eles pudessem ter acesso. Isso

fez até que a gente tivesse um pouco, provocasse um pouco de ciúme em algum plano de saúde da cidade, principalmente o mais poderoso porque na época que nós implantamos o cartão eles tinham 15mil usuários e quando, quando nós mantivemos o cartão nós rapidamente chegamos a 5mil. Não sei como está hoje porque eu não tenho acompanhado muito de perto mas eu, pelo o que eu observo, no dia a dia nós temos todo dia gente fazendo cartão aqui. Então isso gerou, é isso gerou um desconforto lá entre eles, mas o nosso objetivo é atingir realmente a classe menos favorecida da cidade." A clínica foi fundada já nessa perspectiva? "A clínica foi fundada nessa perspectiva, inclusive é, o nosso, os nossos preços de consulta, sempre respeitando a tabela mínima que a Associação Médica Brasileira impõe a gente sempre respeitou isso, nunca desrespeitamos mas os próprios profissionais se disponibilizaram a dar uma redução, fazer uma redução no preço pra que eles pudessem favorecer essa faixa da população e tem sido sucesso. Eu tenho gostado muito."

2) A alta direção da clínica passa aos profissionais de saúde orientações, diretrizes sobre o que deve ser priorizado nessas melhorias a serem implantadas? Em outras palavras, ficam aceitavelmente claros para os profissionais os objetivos (finalidades) das melhorias a serem implantadas? "Todas as melhorias que foram feitas aqui, foram feitas em comum acordo com a direção e os profissionais. Claro está que tem profissional que começa a trabalhar aqui e depois se afasta, vai pra outros locais. Isso acontece em todos os setores aqui da cidade. Às vezes o indivíduo chega na cidade, vai pra um hospital grande como o Sobrasa, o São Paulo e posteriormente ele quer, como a gente sempre diz, quer voar sozinho e montar seu próprio consultório mas a gente chegou a conclusão aqui em Teixeira que se não houver corporativismo a gente não vai pra frente, sozinho é difícil. Aqui, por exemplo, nós temos vários profissionais, então um tá sempre procurando a opinião do outro em determinadas áreas, porque se eu atendo um paciente na área de clínica médica e vejo que ele tem um problema cirúrgico eu já encaminho pro cirurgião que tá aqui do lado. Então fica fácil. E todas as vezes que a direção da clínica quer fazer alguma modificação ela consulta os profissionais, principalmente os que estarão envolvidos nessa mudança e tem dado certo, ninguém cria caso, todo mundo colabora e recentemente é, o Juliano, que é o proprietário, ele implantou um serviço que eu posso chamar de filantrópico, um serviço de assistência gratuita em que a gente

distribui algumas senhas em áreas carentes e nós, médicos, principalmente os clínicos dão uma assistência. Eu atendo gratuitamente, não cobro nada e esse paciente sai daqui, é recentemente nós conseguimos resolver 3 graves problemas que se arrastavam no SUS com atendimento aqui. Então pra nós é gratificante, é gostoso, a gente trabalha tranquilo e não há imposição de cima pra baixo. A direção quando precisa fazer alguma modificação ela fala com a gente."

3) Estas diretrizes são explicitadas, formalizadas? "Não, não existe. Não precisa nenhum documento. Normalmente as modificações quando ocorrem, às vezes partem até do próprio profissional que pede, é agora recentemente o laboratório mudou só de posição aqui dentro, ele era na parte mais interior da clínica e nós passamos aqui pra frente mas isso ai não atrapalhou em nada, pelo contrário gerou mais uma sala de atendimento. Então pra nós todas as vezes que vai haver modificação a direção da clínica procura e explica, óh nós vamos fazer isso, isso e isso. Se alguém questiona e precisa, e não concorda ou dá uma outra sugestão ela é analisada e é adequada." Mas não formalmente? "Não, não tem nada, papel, nenhuma documentação, nenhum manual. É tudo no entendimento verbal mesmo."

4) Comente como as diretrizes (orientações da alta direção da clínica) motivaram e apoiaram a decisão de implantar as melhorias acima mencionadas. "Normalmente a direção da clínica se reúne e estabelece algum tipo de movimento dentro da clínica. Depois ela procura os profissionais, conversa e explica o que quer fazer. Se alguém não está disposto a colaborar ele é simplesmente deixado no lugar dele e ninguém é forçado a fazer nada se não quiser fazer mas do geral todo mundo colabora, todo mundo participa. É graças a Deus nós temos aqui um time de profissionais bons e que gostam de colaborar. Tem, tem muito profissional aqui que poderia estar talvez até num grande centro e tal e tá aqui na Bahia, tá aqui em Teixeira colaborando pra melhorar as coisas da nossa saúde e a luta é grande mas ninguém esmorece não." Essas melhorias o senhor acha que pra alta direção elas têm sempre haver com a questão de atender os pacientes mais pobres? "Tem, a nossa preocupação aqui é atender bem a todo mundo mas nós estamos sempre, eu sempre, eu pelo menos junto com a direção eu defendo que a gente precisa dá ênfase maior à classe menos favorecida porque eles não têm pra onde correr, não tem. Nós temos na cidade várias clínicas com o perfil semelhante ao nosso, algumas até mais antigas mas graças ao nosso trabalho desenvolvido aqui e a essa visão mais humanitária nós

somos hoje uma clínica vencedora em termos de atendimento à classe mais pobre e isso traz inclusive, as pessoas podem pensar: ‘mas pobre não rende nada’ – mentira! Eu digo sempre que o pobre é mais fiel ao tratamento do que o rico. Então a classe mais favorecida da cidade não procura atendimento médico na cidade, eles procuram fora. Eu convivo com pessoas de alto poder aquisitivo, nós temos aqui dentro um gastroenterologista excelente e esses meus conhecidos vão à Vitória se tratar com gastroenterologista de lá. Recentemente aconteceu comigo de uma moça que me procurou aqui porque ela levou o filho a um alergista em Vitória e como ficou muito caro ela ir e voltar pra Vitória levar o filho ela procurou alergistas na cidade e ninguém quis tratar o filho dela, foi engraçado, porque alguns colegas alegam que pra começar um tratamento eles tem que partir do zero. Não é necessário isso, ai seria até uma falta de respeito com o colega de outra cidade, então ela me procurou já meio que desesperada. Eu falei não, eu trato seu filho. E ela tá ai, tá feliz, o menino dela vai melhorar mas a gente acha isso demais aqui. Tem gente que acha que Teixeira não tem gente que presta, tem, tem. E nós estamos aqui, nós olha se você pegar a formação profissional da maioria dos médicos aqui nenhum é mal formado não. Tem pessoas aqui que fizeram residência em Belo Horizonte, em São Paulo. Nós temos um cirurgião aqui em Teixeira, ele além de ser cirurgião ele é especializado em hepatologia e ninguém sabe do valor de um homem desse. Um cidadão altamente capaz, interessado, humano, mas se você quiser um hepatologista você vai a Belo Horizonte ou então vai em Vitória que tem um dos maiores do Brasil, mas não vejo diferença entendeu então eu acho.” E o pessoal vem de outras cidades procurar atendimento médico, né? “Ontem mesmo eu atendi gente do Prado aqui uma família inteira. Recentemente chegou aqui um monte de gente que eu olhei o endereço: Itamarajú. Vem gente de tudo quanto é canto. Eu já atendi gente de Itabuna aqui. Mas aqui mesmo, porque Luciano Mota é o secretário de saúde de Prado e como ele, ele é parceiro da gente, ele manda os pacientes menos favorecidos do Prado, a gente tem um convênio com a prefeitura e a gente atende aqui também. Lajedão, tudo. Na minha área mesmo de alergia eu atendo quase que o extremo sul todo, todas, quase todas as prefeituras a gente tem convênio então pra nós é bom, pra eles é bom e pra população é melhor ainda, entendeu? A gente tem procurado trabalhar melhor, né. Não é fácil não. Já ouvi piadas, já ouvi agressões. Olha o que que eu faço, você não tá satisfeito não, pega

seu dinheiro e vai embora, não preciso do seu dinheiro não Pra cada um que me trata mal Deus manda dez que me tratam bem.”

- Clínica C. Grupo 3: Pacientes (entrevista 1)
- Sexo: feminino. Idade: 54 anos.
- Escolaridade: Ensino fundamental incompleto. Faixa de renda: classe D.
- Origem (naturalidade): Minas Gerais.

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Sim, o atendimento mesmo assim como tratar as pessoas né, a igualdade com as pessoas né, é a igualdade né. É porque assim é bem aconchegante né, essa clínica né?!”

2) De que modo você foi beneficiada por estas melhorias? “Tem vários né de por ser uma clínica tem vários tipos né de procedimento de exames né, e o preço também é bem razoável.” A senhora paga então pelos serviços da clínica? “Não porque eu mesma assim particular eu fiz pelo SUS, fui bem atendida né. Eu fiz pelo SUS e fui bem atendida e hoje eu vou passar a ser uma das pessoas né que usa a clínica né. Eu não tinha o cartão da clínica né, então eu...” A senhora viu benefício nessa coisa do cartão? “Eu vi informação por outras pessoas.” E como que funciona isso? “É que a gente paga 20 ao ano né, e ai a gente ia em exames né, isso eu peguei informação. É, em exames a gente né, em aqui e outros lugares né, laboratório por exemplo etc. e 20%, 30%, 50% de desconto porque apesar que o nosso SUS não está muito bem né, não está muito bem mais eu não reclamo daqui da minha cidade mas sim a nível Brasil, por isso a gente..” Então por isso a senhora resolveu fazer o cartão? “Ai eu resolvi fazer o cartão pra ajudar um pouco, né?!”

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? “Eu vi que foi a condição do preço mesmo né e eu não quero falar assim os médico né, que eu vejo que quase todos os médicos que trabalha aqui, prestam serviço aqui ele percebe isso em outras clínicas né, eu vejo é a qualidade também né”. A senhora escolhe pelo médico também? “Os médico, ô sim. Com certeza.”

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? “Não, aqui eu vejo a igualdade né, tanto particular e como pelo SUS aqui né o atendimento é ótimo né.” E se a senhora fosse fazer, por

exemplo num hospital regional ou naquelas clínicas do próprio SUS, é diferente o atendimento? “Eu não tenho muito de reclamar sobre o regional porque eu já fui, já fui muito servida né, então quando eu chego até hoje eu não tenho assim como reclamar também do regional ou qualquer outro hospital público ou mesmo clínica pelo SUS né, porque eu também a uso, se eu fazer isso eu vou ser hipócrita, né. Então eu num, mas o pessoal reclama muito, agora eu não tenho como reclamar né porque eu vejo também que educação cabe em todo lugar também né. Eu num sei.”

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? “Não, eu não sinto a mesma forma porque aqui a gente, aqui age mais né, é rápido. No SUS demora mais, então isso ai precisa melhorar né. Aqui a agilidade né é melhor.”

- Clínica C. Grupo 3: Pacientes (entrevista 2).
- Sexo: feminino. Idade: 48 anos.
- Escolaridade: Ensino fundamental incompleto. Faixa de renda: classe D.
- Origem (naturalidade): Minas Gerais. Mora atualmente em Sto. Antônio (distrito de Teixeira de Freitas)

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “O preço tá melhor, tem desconto, a associação também ajuda muito. Também atende pelo SUS mas a associação dos idosos ajuda muito”.

2) De que modo você foi beneficiado por estas melhorias? “Depois que passei a ser associada na associação ficou bem melhor por causa do desconto. Faço consulta, exame, laboratório, endoscopia com desconto.”

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? “Porque aqui o desconto é melhor e o atendimento é bom.”

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? “No SUS demora muito, se a gente tiver um exame pra fazer pelo SUS demora demais, aqui se a pessoa precisa é rápido.”

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? “É porque disseram que a gente tem umas surpresas né e também por causa do desconto a gente vem aqui.”

- Clínica C. Grupo 3: Pacientes (entrevista 3).
- Sexo: masculino Idade: 40 anos.
- Escolaridade: ensino médio incompleto. Faixa de renda: classe C.
- Origem (naturalidade): Juerana – Bahia.

1) Percebeu melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “A clínica oferece, né, alguns serviços que outros locais, principalmente de onde eu venho, como o cartão convênio que dá desconto, então fica mais barato até mesmo pelo deslocamento de eu estar fazendo os exames aqui nessa clínica. E como ela tem aumentado – aumentou há pouco tempo, então tem uma probabilidade de médicos melhores, né, aqui na cidade.”

2) De que modo você foi beneficiado por estas melhorias? Em relação, por exemplo, ao que você falou que a clínica ficou maior, essa questão do cartão convênio, você se sentiu beneficiado por esses serviços? “Pra quem não tem plano de saúde tem um benefício muito grande. O SUS hoje a gente sabe que é bem pobre e não atende as pessoas direito. Então com esse cartão benefício que a clínica oferece aqui fica mais barato o serviços.”

3) Quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento de sua escolha? Por que você procurou essa clínica e não uma outra clínica popular? “É como eu falei, a questão de dinheiro, né. A gente recebe o salário aí e não dá pra pagar às vezes as contas. Então tem que tirar e ver o mais barato. Aí a gente procura o mais barato. E a questão também é que tem uma quantidade de médicos que a gente não fica esperando muito tempo.”

4) Quais diferenças você percebe entre os serviços prestados aqui e aqueles disponibilizados pelo SUS? “Ah, lá no Hospital Regional é cheio né, cheio de gente, a gente não consegue pegar ficha, fica lá esperando, às vezes fica com fome. Como a gente vem de fora o pessoal deixa a gente lá esperando muito tempo. A gente não tem dinheiro pra às vezes, lanchar, passa o dia com fome. Aqui o pessoal atende a gente melhor, às vezes tem um cafezinho e tal.”

5) Por que você procurou a clínica popular para atendimento, ao invés dos serviços conveniados ao SUS? Foi por conta dessa burocracia ou outro motivo? “Por causa também da demora de marcar a consulta lá. A gente não vai esperar pra morrer, né? Então a gente faz um esforçozinho, pega um dinheiro emprestado aqui e paga pra poder não ter que esperar tanto. Que nem no SUS: pra marcar uma consulta é 5 meses, 3 meses tal.”

- Clínica C. Grupo 4: Recepcionista.
- Tempo de experiência na clínica: 1 ano. Sexo: feminino.
- Idade: 26 anos. Escolaridade: Ensino superior cursando.
- Faixa de renda: classe C. Origem (naturalidade): Minas Gerais.

1) Os pacientes relataram melhorias nos serviços prestados pela clínica? Quais? “Sim, os pacientes relataram melhorias em questão de atendimentos, temos algumas promoções que isso envolve a clínica e o laboratório, os pacientes assim mais carentes recebem consultas grátis, fazem o pacote do laboratório que faz parte da clínica também, recebe essas consulta, temos cartões de desconto. O paciente vem faz o cartãozinho de desconto, o desconto é bem bom, bem favorável para o paciente.” Mais ou menos quanto assim? “Mais ou menos um valor de 20 a 50% de desconto, entendeu? Depende do procedimento. É claro que um procedimento mais caro vai ter mais desconto, mais em conta tem menos desconto ai varia de 20 a 50%. Esse cartãozinho que a gente faz dá descontos em laboratórios, dentistas pra fazer todo procedimento aqui na clínica. É como se fosse um plano de saúde da gente, que paga num valor somente de R$20,00 e esse valor é pago por ano. Beneficia bastante os pacientes e os pacientes gostam muito desse plano, entendeu? Procura muito. Às vezes tem paciente que vem só pra fazer o cartãozinho no caso o plano e acaba gostando do atendimento e acaba ficando conosco, entendeu? Temos também a psiquiatra, que antes não atendia Unimed agora atende, bem procurada.” É a única pessoa que atende plano aqui que você falou, né? “Unimed isso, é a Dra. Ana Paula psiquiatra e tem o Dr. Gerald que faz ultrassom pela Unimed também que antes não tinha. Agora tem e é muito procurado.”

2) O que os pacientes falam sobre os benefícios destas melhorias? “Às vezes a gente escuta muito, eles comentam muito a respeito disso ai mesmo que fica mais fácil, que fica mais em conta, que o atendimento é bom. Temos especialidades que são especialidades que o pessoal mais procura, entendeu? Temos ultrassom, mamografia. Então a gente escuta muito isso que ficaram bem mais fácil pra eles.”

3) Na visão dos pacientes, quais características dos serviços oferecidos pela clínica pesaram mais no momento da escolhe deles? “Eu acho que é de tudo um pouco, né? Começa pelo atendimento, pelas especialidades, pelo bom desconto que a gente tem como eu te falei a respeito desse cartãozinho. Então os paciente procura muito, vem pacientes de fora, que sempre procura a gente aqui, entendeu? Então acaba ficando mais em conta pra eles e também a respeito do atendimento. O atendimento médico, o atendimento da recepção.”