

ISSN: 2594-0937

REVISTA ELECTRÓNICA MENSUAL

Debates sobre *i*nnovación

DICIEMBRE
2019

VOLUMEN 3
NÚMERO 2

XVIII Congreso Latino Iberoamericano de Gestión Tecnológica
ALTEC 2019 Medellín



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco



MEGI
MAESTRÍA EN ECONOMÍA, GESTIÓN
Y POLÍTICAS DE INNOVACIÓN



LALICS

LATIN AMERICAN NETWORK FOR ECONOMICS OF LEARNING,
INNOVATION AND COMPETENCE BUILDING SYSTEMS

Inovação Disruptiva: O Modelo das Clínicas Populares no Estado do Ceará

Ezequiel Alves Lobo

Universidade Estadual do Ceará, Mestrado em Administração de Empresas, Brasil
ezequiellobo2013@gmail.com

José Iran Batista de Melo Filho

Universidade Estadual do Ceará, Mestrado em Administração de Empresas, Brasil
irandemelo.idm@gmail.com

Jessie Coutinho de Souza Tavares

Universidade Estadual do Ceará, Doutorado em Administração de Empresas, Brasil
Professora da Universidade de Fortaleza
jessie.tavares@aluno.uece.br

Resumo

A literatura que trata da inovação, tradicionalmente, indica sua influência direta no desenvolvimento econômico das nações, principalmente na esfera da economia capitalista. A caracterização da inovação nas empresas que já estão ou que ingressam no mercado demonstra um movimento dinâmico e não circular que, tanto pode gerar novas organizações como trazer um novo mercado para organizações já existentes, ou eliminá-las, concretizando o processo da destruição criativa. O enfoque do artigo foi direcionado para o conceito da inovação disruptiva e sua caracterização nas clínicas populares de saúde localizadas em Fortaleza-Ce. A pesquisa, multimétodos, exploratória e descritiva foi realizada mediante entrevistas estruturadas, utilizando-se como método a análise de lexiometria e suas modalidades, como Classificação Hierárquica Descendente e análise de Similitude, com o objetivo de identificar, sob a ótica do cliente, se as clínicas populares fazem parte de um modelo de inovação disruptiva.

Palavras-Chave: Inovação Disruptiva. Setor de saúde. Clínicas Populares.

1 Introdução

O contexto da acirrada competição no ambiente de negócios exige das organizações estratégias contínuas que se adequem às constantes mudanças. De tal forma que, nenhuma estratégia de negócio é garantia de sucesso ou que a estabilidade de uma organização apresenta solidez perene. Neste caso, o desafio das grandes e pequenas empresas é ter que se reinventarem para não perder mercado e continuar existindo. A inovação neste cenário oportuniza ganhos de mercado e a presença da organização em novos segmentos, diversificando o atendimento da demanda dos consumidores (Rodrigues, Sereia, Lopes, & Vieira, 2010; Hamel, 2000).

Essa nova estratégia tem suscitado o conceito de inovação disruptiva, cunhado por Clayton Christensen, na década de 90 a partir de sua análise da indústria de disco que gerou os principais componentes da inovação disruptiva. Segundo o autor, a disrupção se caracteriza como uma mudança substancial, ou como qualquer nova tecnologia ou startup que pretenda favorecer uma indústria e alterar seus padrões competitivos (Christensen et al., 2018)

Christensen, Anthony e Roth (2007) consideram que sua formação engloba a inovação sustentadora, caracterizando o conjunto de melhorias em produtos já valorizados no mercado, bem

como as inovações disruptivas de baixo e novo mercado, as quais não só reformulam mercados já existentes, como também criam novos mercados.

O campo educacional é citado pelos autores como um terreno promissor para a inovação disruptiva. Nesta seara, o vislumbre é direcionado à parcela de consumidores que tradicionalmente não têm acesso ao ensino superior e que, no entanto, dispõe de tempo livre capaz de viabilizar o aprendizado online; existe aqui a proposta de ampliar a disrupção pela internet e levar a educação para o consumidor que não pode se fazer presente no campus universitário (Christensen, Anthony & Roth, 2007).

Quando considerada no âmbito da saúde, a teoria da inovação assume um posicionamento mais relacionado à disrupção, à reformulação de mercados já existentes. Posto de outra forma, a problematização no setor migra da condição em que oferta serviços de última geração para um público seletivo, demandando investimentos constantes, para a consideração de valores que podem tornar estes serviços mais acessíveis (Christensen, Grossman & Hwang, 2009).

Inicialmente implementada no setor de saúde norte-americano, este modelo de inovação teve como objetivo primordial sanar a negatividade do cenário econômico que se apresentava, o qual demonstrava, segundo os percentuais do Produto Interno Bruto (PIB), que os investimentos na saúde movimentavam de forma significativa a economia do país, realidade que, embora parecesse satisfatória, representava, na verdade o caráter escasso relacionado à acessibilidade a estes serviços (Christensen; Anthony & Roth, 2007).

De forma que determinada gama de serviços, dentre eles, o acesso à saúde, estivesse à disposição da população sem a necessidade de altos custos, houve um aumento na disponibilidade e acessibilidade de serviços de saúde oferecidos por empresas particulares a preços populares. Referida situação também ganhou contornos no Brasil. Segundo Costa (2016), o país demanda pela defasagem constante de um sistema democrático e sustentável, visto a caracterização de saúde da população e o desenvolvimento tecnológico na área da saúde, o que permite inferir sobre a relevância da inovação neste setor.

Tem-se em vista o crescente aumento no país, e em particular no Nordeste, de clínicas populares para a prestação de serviços de saúde, que visam o público-alvo de brasileiros que não possuem plano de saúde, estimados em, aproximadamente, 150 milhões de indivíduos. A partir desta constatação, o estudo tem como objetivo analisar as clínicas populares na perspectiva do conceito de inovação disruptiva e seus constructos.

2. Referencial Teórico

Inicialmente, nesta seção serão sintetizados os principais elementos teóricos relacionado ao tema, com o intuito de fornecer sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. Dessa maneira, abordou-se, de forma breve, conceitos de inovação no enfoques neoschumpetiano e em seguida o de inovação disruptiva e seus constructos como aporte teórico do estudo.

2.1 Inovação

Na visão de Schumpeter (1984), o sistema capitalista é responsável por gerar desenvolvimento econômico e conseqüentemente aumentar a competitividade. Neste cenário, surge a inovação tão amplamente definida por este autor como novas combinações de bens,

serviços, produção, processos e formas organizacionais, sendo a responsável pela grande variedade de bens que há no mercado como também, suas contínuas melhorias.

Segundo as contribuições teóricas já consolidadas junto à comunidade científica sobre a inovação, o conceito é sumariamente entendido como a criação de um novo bem, produto ou uma alteração radical em um produto já lançado. Esta ideia integra a visão primária e precursora da inovação, a qual é entendida como a capacidade que uma organização possui de estabelecer um monopólio e ser dominante em um determinado segmento através do lançamento de um produto (Schumpeter, 1942; Knight, 1967).

Embora referida contribuição seja corroborada por Drucker (1986), a visão do autor já traz um enfoque mais direcionado para a satisfação das necessidades do consumidor, perspectiva esta vislumbrada por Abernathy e Clark (1985) que também contextualizam o conceito na perspectiva do mercado, considerando que o mesmo é a introdução de um novo produto, que esteja distante das práticas antigas da organização.

A modernização do conceito permitiu que alguns autores o abordassem em uma visão mais relacionada à tecnologia (Krugman, 1979; Dubickis & Gaile-Sarkane, 2015; Huang, Wu, Lu & Lin, et al. 2016; Chaym et al. 2018), inferindo sua ocorrência a partir da adoção de novas tecnologias que terão como consequência uma maior competitividade, buscando ampliar o mercado (Chaym et al. 2018; Hamel & Prahalad, 1994). O artigo em questão tem como foco tratar o fenômeno da inovação disruptiva nas clínicas populares de saúde em Fortaleza.

2.2 Inovação Disruptiva

O termo inovação disruptiva foi idealizado por Christensen (1997) quando realizou uma pesquisa sobre a indústria de discos rígidos, devido às empresas líderes neste setor não conseguirem se manter dominantes nos seus respectivos mercados. Este estudo, gerou três componentes principais da inovação disruptiva. Em primeiro lugar, foi constatado que em diversos setores o ritmo que o progresso tecnológico possui supera a demanda por tecnologias de alto desempenho. Em segundo lugar, as empresas necessitam realizar uma distinção estratégica crucial para os diversos tipos de inovação na tecnologia e nos modelos de negócios. E por último, os modelos de negócios estabelecidos restringem os investimentos das empresas em inovação (Christensen, Macdonald, Altman & Palmer, et al. 2018).

O autor ainda se pronuncia no campo da saúde trazendo contribuições relacionadas à inovação neste setor. Segundo Christensen, Anthony e Roth (2007), trata-se de uma área que absorve U\$ 1 de cada U\$ 7 dólares gastos pelo cidadão americano, e que, em decorrência das inovações nos testes de gravidez e glicose, bem como na angioplastia, não só houve uma movimentação significativa de mercado, como também uma aproximação entre os pacientes-consumidores e os profissionais não especializados que, outrora não podiam realizar procedimentos sofisticados, mas que, atualmente manejam com maestria os objetos que são frutos da inovação.

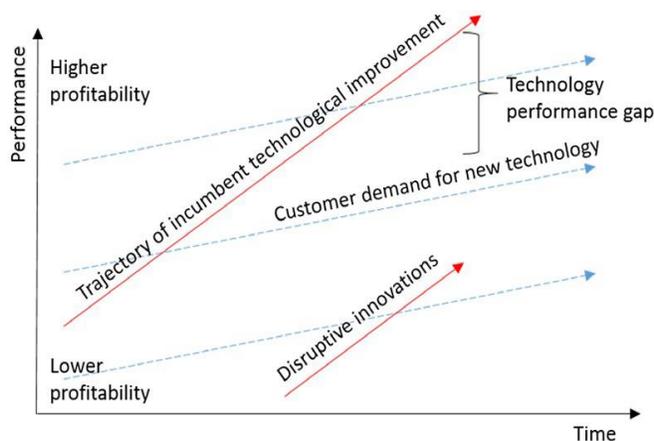
Referidos estudos, defendem a acessibilidade como a tônica da inovação na saúde. Não só os pacientes se aproximam de forma mais pontual dos profissionais não especializados, como também, a medida que um novo corpo de profissionais domina técnicas que outrora pertenciam a profissionais mais qualificados, aquele corpo permite que estes profissionais se debrucem sobre questões mais desafiadoras (Christensen, Anthony & Roth, 2007).

O desdobramento destes estudos no Brasil, suscitou novas questões relacionadas à inovação disruptiva em saúde, como por exemplo, a detecção digital de doenças (DDD) ou os bancos de dados que provêm informações relacionadas à disponibilidade de prontuários eletrônicos. Inclusive Duarte, Pedroso, Bellido, Moreira e Viacava et al. (2015) confronta a estrutura do sistema de informação em saúde do SUS com a observação do modelo exponencial da inovação indicado pelos seis Ds, os quais indicam digitalizado, disfarçado, desmonetizado, desmaterializado, disruptivo e democratizado.

O estudo de Christensen sobre o tema inovação ganha uma roupagem mais elaborada quando o autor lança, em 1997, o livro *O Dilema da Inovação* e populariza a inovação disruptiva. Desde então, o tema tem estado presente no dia a dia de diversas organizações e estudos acadêmicos sendo utilizado para fazer referência aos produtos e serviços que criam um novo mercado e rompem com as formas tradicionais de negócios (Rodrigues et al. 2010).

A partir destes estudos é proposto o framework do modelo de inovação disruptiva que segue:

Figura 1: Modelo da inovação disruptiva



Fonte: Christensen *et al.* 2018

Conforme pode ser observado, existem necessidades nas partes inferiores do mercado que atingem os clientes que não possuem um grande poder de compra. Isto ocorre devido a maioria das empresas se concentrarem em produzir produtos de alto desempenho tecnológico que exigem uma grande riqueza de recursos. É no contexto de restrições, que as inovações disruptivas se fazem presentes e tendem a ser aperfeiçoadas ao longo do tempo através de uma trajetória de melhoria tecnológica que é demandada por clientes mais exigentes preenchendo uma gap de performance (Christensen et al. 2018).

De acordo com Christensen e Raynor (2003) as inovações disruptivas podem ser classificadas como de novo mercado e baixo mercado. As inovações disruptivas de baixo mercado ocorrem quando consumidores de um determinado produto ou serviço não estão interessados em tecnologias sofisticadas e de preços elevados, geralmente oferecidos por empresas líderes. Então, as empresas entrantes neste mercado, desenvolvem produtos e serviços com qualidade semelhante e com atributos de menor custo, maior conveniência e facilidade no uso atendendo as mesmas necessidades.

Quanto às inovações de novo mercado, são caracterizadas por possuírem uma mistura de características que atraem o cliente marginalizado, podendo ser mais acessíveis, menores e atenderem a demanda desses consumidores que normalmente estão na base do mercado, e por isso, não tinham acesso a determinados produtos e serviços. Dessa forma, o consumo ocorre de forma mais centralizada. Sendo que no início pode apresentar um baixo desempenho.

Estes mercados negligenciados estão presentes em maior número em países em desenvolvimento, que são o alvo das inovações disruptivas conforme ressalta Hart e Christensen (2002) e Bencke, Gilioli e Royer (2017). O modelo de negócio utilizado em mercados de baixa renda são propícios às inovações de menor custo e atendem a base da pirâmide com pode ser o exemplo das clínicas populares. Isto não quer dizer que as inovações disruptivas não possam atender também os mercados de alta renda, tendo em vista que frequentemente há uma migração para atender mercados mais sofisticados e com maiores exigências (Bencke, Gilioli & Royer, 2017).

No entanto, conforme ressalta Rodrigues et al.(2010) em qualquer das situações tanto de baixo como de novo mercado, as duas consideram o deslocamento de empresas entrantes com tecnologias disruptivas para uma parcela específica dos consumidores. Na medida em que as inovações disruptivas vão recebendo investimentos, inovações incrementais vão surgindo e aperfeiçoam esses produtos ou serviços que adquirem qualidade e maturidade com o passar do tempo, ganhando, dessa forma, o mercado das empresas líderes.

2.3 Clínicas populares como fenômeno socioeconômico

Segundo Duarte et al. (2015) dois fenômenos moldaram o sistema de saúde brasileiro: a descentralização do poder regulatório e decisório para estados e municípios e a proliferação de empresariamento das ofertas de serviços, que emergiram na política de saúde causando impactos nas regiões e estados brasileiros.

As disfunções no tradicional modelo burocrático, conjuntamente com as mudanças no setor econômico, crescimento de serviços, internacionalização do setor de saúde brasileiro, mudanças no mercado de trabalho que respondiam ainda que pouco pelas inadequações do sistema, corroboraram com a abertura de espaço para emergir as relações de rede com: negociação, contratos, consórcios de mercado e conseqüentemente novas oportunidades de negócios (Duarte et al., 2015).

De acordo com Jurca (2018) é importante destacar que, em uma perspectiva integrada da política econômica de inclusão da população de baixa renda na assistência médica privada não se disseminaram homogêaneamente, favorecendo a oferta do espaço de crescimento dos serviços privados de saúde, de forma a incluir o indivíduo da baixa renda no setor privado do sistema de saúde brasileiro, surgindo, dessa forma, as clínicas populares.

No Ceará, as clínicas populares tiveram seu início na década de 1990, na cidade de Fortaleza - capital do estado, com o encerramento das consultas populares na Santa Casa, o que levou os médicos desse instituição a explorar essa oportunidade, abrindo as primeiras clínicas médicas populares no seu entorno, cuja clientela é composta, essencialmente, por trabalhadores que possuem dificuldade de acesso ao serviço público, não possuem planos de saúde e não dispõem de tempo para esperar por consultas públicas (Godoy & Silva, 2018).

Godoy e Silva (2018) ainda mencionam que uma das principais vantagens dessas clínicas é que algumas delas disponibilizam um leque amplo de variedade de médicos e outros especialistas, ofertando em média, cerca de trinta e cinco diferentes especialidades médicas e não médicas; nesse contexto, as clínicas possuem um papel importante frente às disfunções do sistema único de saúde (SUS) e se apresentam como uma espécie de terceira opção ao tratamento, para quem não tem condição de esperar pelo serviço público e por quem não tem condições financeiras suficiente para pagar um valor elevado no setor privado. Essas pessoas acabam ficando na margem desse setor.

2.4 Caracterização do setor de saúde

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [IBGE] (2017) o setor de saúde privada abrange os planos, seguros de saúde, serviços hospitalares, ambulatoriais e de diagnósticos privados. A prestação desses serviços hospitalares inclui serviços de hospitalização prestados a pacientes internados; sanatórios; centros de medicina preventiva; realizados em hospitais com atendimento gerais e direcionados a especialização, a exemplo: clínicas destinadas ao atendimento em ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, dentre outros.

Quanto aos serviços ambulatoriais e de diagnósticos privado, eles são prestados como apoio para as consultas e tratamentos médicos e odontológicos, realizados em ambulatórios, postos de assistência médica, clínicas, policlínicas, centros geriátricos e ainda na própria residência do paciente. Os tipos de serviço prestados pelo apoio de diagnóstico podem ser compostos com atividades de laboratório de anatomia e patologia, serviços de diálise, hemoterapia, radiologia, radiodiagnóstico, radioterapia, quimioterapia, métodos gráfico cardiológicos e neurológicos, endoscopia, exclusivos ao serviço de diagnósticos.

Compõe também o setor de saúde privada os serviços prestados por profissionais habilitados de forma autônoma, como exemplo: exercido por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, optometristas, dentistas, dentre outros e as atividades prestadas por centros de reabilitação física, atendimento psicológico e serviços de terapias nutricionais, além das atividades não tradicionais (acupuntura, cromoterapia, shiatsu e similares).

De acordo com os estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] (2018) os gastos com a saúde vem crescendo acima da inflação em todo o mundo, e inclusive no Brasil que alcançou, em 2012, uma diferença de gastos com a saúde acima da inflação de 6,6%, representando em torno de 8% do seu PIB e gasto per capita internacional (PPC) de \$ 1.318.

Dados referentes ao mercado do setor de saúde privada indicam que, em 2015, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$: 546 bilhões, sendo esse valor composto por despesas de consumo do governo em R\$: 231 bilhões e o restante R\$: 315 bilhões corresponde a despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos, esses valor total de consumo foi distribuído em 79,2% em bens e serviços de saúde e 19,0% em medicamentos, o restante foi composto principalmente em outros materiais médicos, ópticos e odontológicos. Conforme a tabela abaixo, sobre o consumo final, por setor institucional, segundo os produtos, é possível observar o crescimento em todos os anos em que se segue (IBGE, 2017).

Tabela 1 - Consumo final, por setor institucional, segundo os produtos Brasil - 2010 - 2015

Produtos	Consumo final, por setor institucional (1 000 000 R\$ a preços correntes)					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Famílias						
Total	165 432	184 577	211 282	239 986	278 874	307 054
Medicamentos para uso humano	62 071	66 064	72 718	79 022	88 509	92 517
Preparações farmacêuticas	119	130	144	160	172	174
Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	316	370	438	491	570	656
Outros materiais para uso médico, odontológico e óptico, inclusive prótese	5 105	5 505	6 000	7 088	8 271	9 271
Saúde privada	97 821	112 508	131 982	153 225	181 352	204 436
Governo						
Total	139 710	152 563	164 889	189 198	215 299	231 448
Medicamentos para uso humano	7 042	7 297	7 325	8 469	9 422	10 884
Saúde pública	105 612	117 275	126 536	148 871	170 348	184 284
Saúde privada	27 056	27 991	31 028	31 858	35 529	36 280
Instituições sem fins de lucro a serviço das famílias						
Total	4 301	4 552	4 615	5 998	7 175	7 583
Saúde privada	4 301	4 552	4 615	5 998	7 175	7 583

Fonte: IBGE, Diretoria de pesquisa, Coordenação de Contas Nacionais.

O crescimento do consumo dos bens e serviços no setor de saúde, corrobora para o aumento de empregos nos segmentos do setor. Enquanto o número de postos de trabalho em outras atividades caiu 3,8%, nas atividades de saúde cresceram 3,5%, dentre os segmentos com maior número de ocupações são o da Saúde privada e a Saúde pública, de forma geral as atividades relacionadas à saúde passaram de 5,3% das ocupações, em 2010, para 6,4%, em 2015.

Conforme tabela 2, observa-se que a ocupação nas atividades de saúde, apresenta um ganho total de postos de trabalho no país comparadas a outras atividades que não estão relacionadas ao setor. Indicando que mesmo apesar de recessão em outros segmentos da economia, o da saúde continuou em expansão.

Tabela 2 - Ocupações nas atividades de saúde Brasil 2010-2015

Atividades	Ocupações					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atividades relacionadas à saúde	5 228 775	5 455 108	5 733 939	6 049 668	6 337 473	6 559 191
Fabricação de produtos farmacêuticos	90 675	93 221	92 060	95 120	100 062	91 798
Fabricação de instrumentos e material médico, odontológico e óptico	59 979	62 514	70 011	66 993	66 700	68 458
Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos	1 027 451	1 060 688	1 112 543	1 169 287	1 222 467	1 204 022
Saúde privada	2 294 668	2 451 934	2 617 872	2 688 997	2 968 721	3 082 956
Saúde pública	1 562 737	1 585 717	1 645 234	1 839 563	1 780 378	1 903 462
Saúde pública - Educação e Defesa	193 265	201 034	196 219	189 708	199 145	208 495
Outras (não saúde)	92 887 443	94 105 049	95 226 329	96 487 730	99 135 205	95 385 885

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS] (2018), apontam também para um crescimento no setor de saúde, principalmente, na saúde privada, onde os planos de saúde em

Dezembro de 2017 alcançaram um patamar de 47,3 milhões de usuários, sendo um aumento de 108.551 inscritos referente ao mês de Novembro do mesmo ano.

Contudo, há indivíduos na população que não possuem acesso ao serviço de saúde de qualidade no setor público e que não possuem condições financeiras para pagar por uma consulta, diagnóstico ou tratamento no setor de saúde privada. Essa dinâmica econômica faz surgir a demanda por um serviço que alcance esses indivíduos que estão marginalizados no setor de saúde brasileiro.

Dessa forma, surge as clínicas populares, que atendem a esse segmento populacional negligenciado, sendo uma alternativa aos seguros, planos de saúde, atendimento do sistema único de saúde (SUS) e instituições organizacionais sem fins lucrativos.

3 Metodologia

O estudo tem abordagem qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório e descritivo, segundo Gerring (2017) a somatória dos aspectos qualitativos e quantitativos da pesquisa são unidos com um ganho maior dentro do estudo e possibilita a diversidade de métodos. No estudo multimétodo, ainda segundo o autor, essa combinação dos dados na mesma análise parece refletir nas tendências atuais de pesquisa dentro do campo, refletindo o multimétodo como uma solução plausível entre os conflitos de métodos.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se entrevistas semiestruturada objetivando a obtenção das informações em relação às variáveis selecionadas que se alinha à perspectiva da entrevista qualitativa, que de acordo com Bauer e Gaskell (2002), é uma metodologia de coleta de dados cuja utilização é difundida em estudos no campo das Ciências Sociais Aplicadas. Não obstante, o conteúdo obtido na entrevista dispõe de informações relevantes para a compreensão das relações entre a problematização relatada e seus agentes.

O universo de pesquisa foi composto pelos usuários das clínicas populares localizadas no município de Fortaleza, os quais foram convidados a participar da entrevista, deixando-se claro o propósito da pesquisa e a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais. A amostra utilizada foi por conveniência que consiste em uma amostragem não probabilística caracterizada pela facilidade no acesso, ficando a seleção das unidades amostrais a cargo do entrevistador (Stake, 2011).

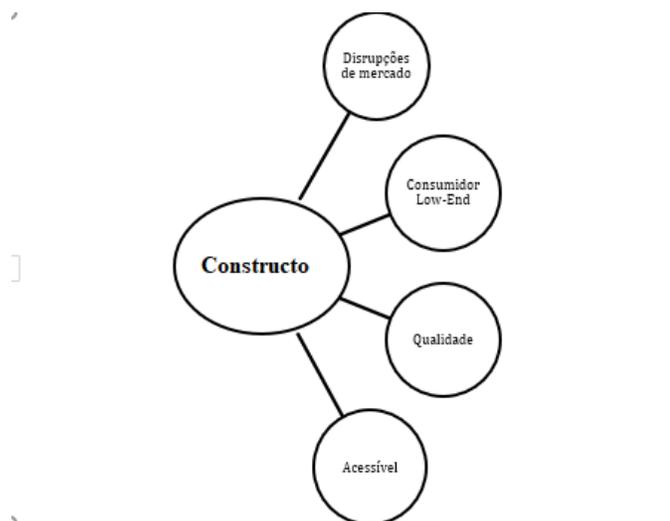
Para a análise dos dados oriundos das entrevistas, optou-se pela técnica de lexiometria que segundo Damasceno (2008) pode ser entendida como um procedimento metodológico e tecnológico objetivo, descritivo, indutivo e científico que trata estatisticamente os dados qualitativos com o olhar e análises quantitativas para a caracterização topológica e combinatória de elementos lexicais de um corpus textual delimitado, para que, por meio dessas operações a trajetória do discurso seja balizada e os elementos lexicais do corpus textual caracterizados.

As modalidades lexiométricas utilizadas foram a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) onde os segmentos de texto e seus vocabulários são correlacionados, formando uma escala hierárquica de classes do vocabulário, permitindo inferir no conteúdo do corpus textual, nomear as classes, compreender grupos de discursos e idéias e a análise de Similitudes, por permitir descobrir correlacionamentos favorecendo a descoberta de estruturas e objetos com características comuns o que colabora para a criação de modelos para descrever os

conceitos envolvidos (Damasceno, 2008). Como ferramenta, de auxílio lexiométrico, foi utilizado o software aberto Iramuteq versão 0.7 alpha 0.2 que realiza análises quantitativas de dados qualitativos.

Entende-se que a essencialidade e fidedignidade da pesquisa está na indicação prévia de um construto e variáveis bem definidos, os quais devem ser seguidos e categorizados com o objetivo de atender aos requisitos da pesquisa, bem como trazer um caráter de tangibilidade aos achados. Para tanto, utilizou-se os estudos de Christensen et al. (2018) sobre a relação entre o cliente e a inovação disruptiva, adotando-se como ponto de partida algumas de suas variáveis, conforme já citado no referencial teórico e exposto de forma ilustrativa, na figura 2 abaixo.

Figura 2 - Construto Inovação Disruptiva com relação ao serviço

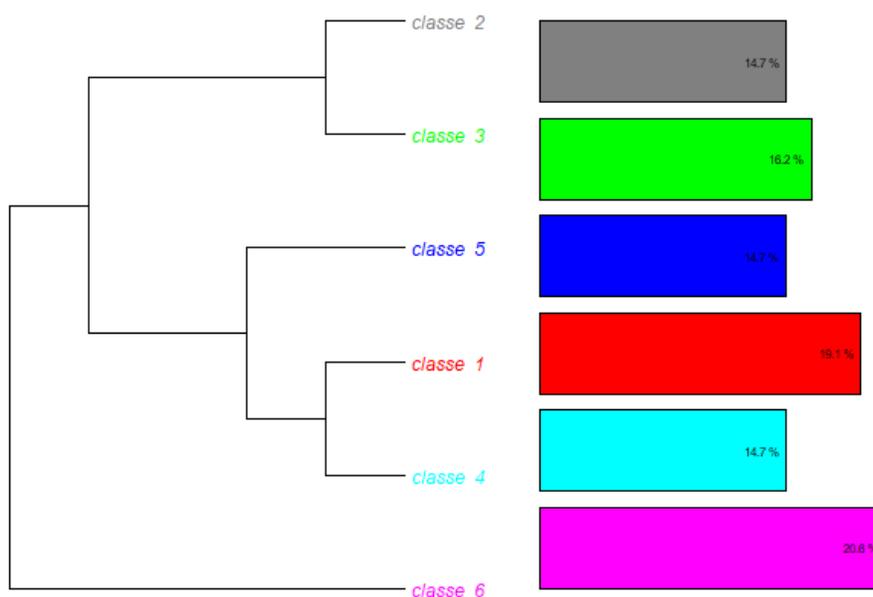


Fonte: Elaborado com base nos estudos de Christensen et al. (2018).

4 Análise dos Resultados

O Corpus textual geral, utilizado na análise lexiométrica, foi constituído por 40 textos, separados em 76 segmentos de textos (STs). Dos 76 STs, foram aproveitados 68 STs com um aproveitamento de 89,47% dos STs, acima do mínimo exigido de 70% nesse tipo de análise. Emergiram 2418 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos) sendo 831 formas distintas e 554 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 13 STs (19,12%); Classe 2, com 10 STs (14,71%); Classe 3, com 11 STs (16,18%); Classe 4, com 10 STs (14,71%); Classe 5, com 10 STs (14,71%) e Classe 6, com 14 STs (20,59%), conforme a figura 3 abaixo:

Figura 3 – Classificação Hierárquica Descendente por porcentagem.



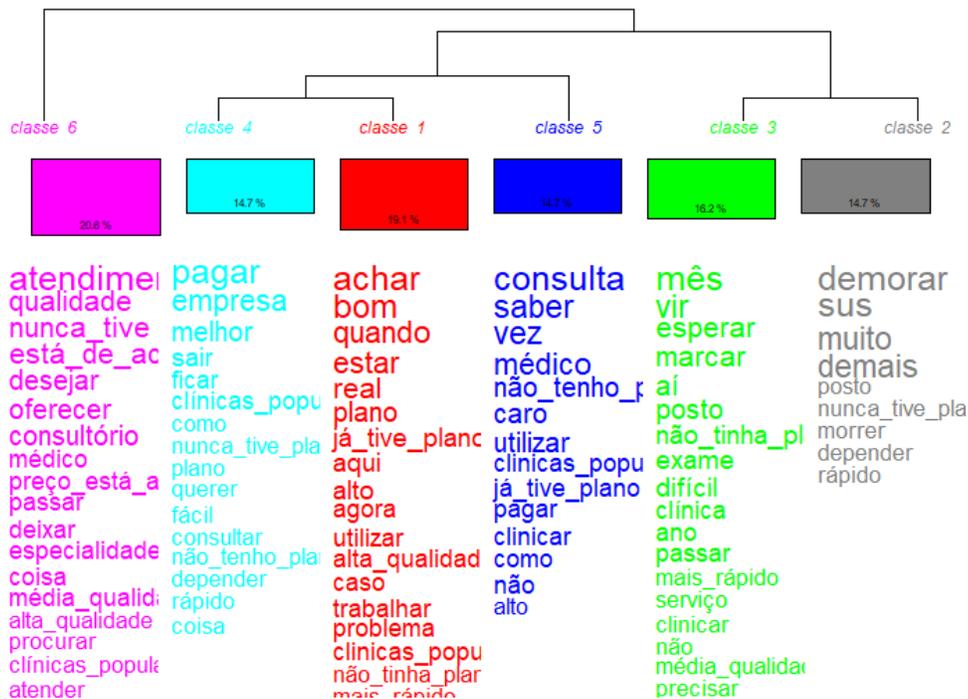
Fonte: Elaborado pelos autores.

Vale ressaltar que essas seis classes se encontram divididas em duas ramificações (A e B) do corpus total da análise. O subcorpus A, “Qualidade nas Clínicas Populares”, composto pela Classe 6 (Qualidade), se refere às características de qualidade encontradas, incluindo principalmente o atendimento das clínicas, o preço está de acordo com as possibilidades financeiras dos usuários, as especialidades e o atendimento médico, principalmente para os indivíduos que nunca tiveram planos de saúde, caracterizando-se pela captação dos clientes que estavam negligenciados no setor e as ofertando o serviço (Godoy & Silva, 2018; Jurca, 2018; Christensen et al., 2018).

O subcorpus B, denominado “Disrupção das Clínicas Populares”, contém os discursos correspondentes à Classe 1 (Clínicas Populares), Classe 2 (SUS), Classe 3 (Comparativo SUS e Clínicas Populares), Classe 4 (Preço Acessível), Classe 5 (Clínicas Populares como opção ao consumidor Low-End), classes estas, que contemplam as Clínicas Populares como uma opção ao consumidor negligenciado, que não quer ser atendido pelo SUS, devido ineficiência do serviço e que nunca possuiu plano de saúde e se possuiu era uma benefício ofertado pela empresa e foi cortado. Caracterizando, dessa forma, as Clínicas Populares como um modelo de inovação disruptiva de novo mercado, desse modo, esse subcorpus, nos permite o seu relacionamento com a variável disrupções de mercado do constructo da figura 2 (Rodrigues et al. 2010; Bencke, Gilioli & Royer, 2017; Christensen et al., 2018, Christensen, Grossman & Hwang, 2009).

Para atingir uma melhor visualização das classes elaborou-se a figura 4 abaixo com a lista de palavras de cada classe geradas a partir do teste qui-quadrado. Nela emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes.

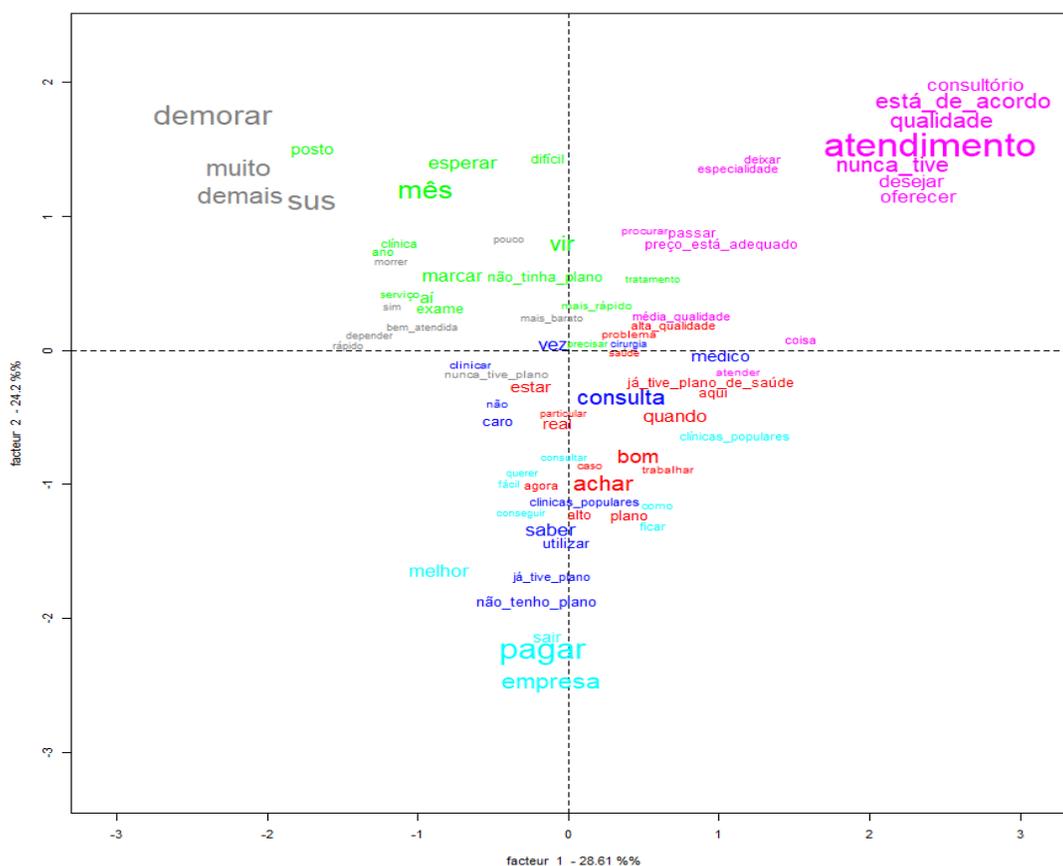
Figura 4 - Classificação Hierárquica Descendente lista de palavras pelo teste qui-quadrado.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da Análise Fatorial por Correspondência (AFC), foi possível realizar associação do texto entre as palavras, considerando a frequência de incidência de palavras e classes, representando-as em um plano cartesiano conforme apresentado na figura 5. Nota-se que as palavras de todas as classes se apresentam em um segmento centralizado e que se expandem periféricamente, evidenciando a separação entre as classes.

Figura 5 - Análise Fatorial por Correspondência



Fonte: Elaborado pelos autores.

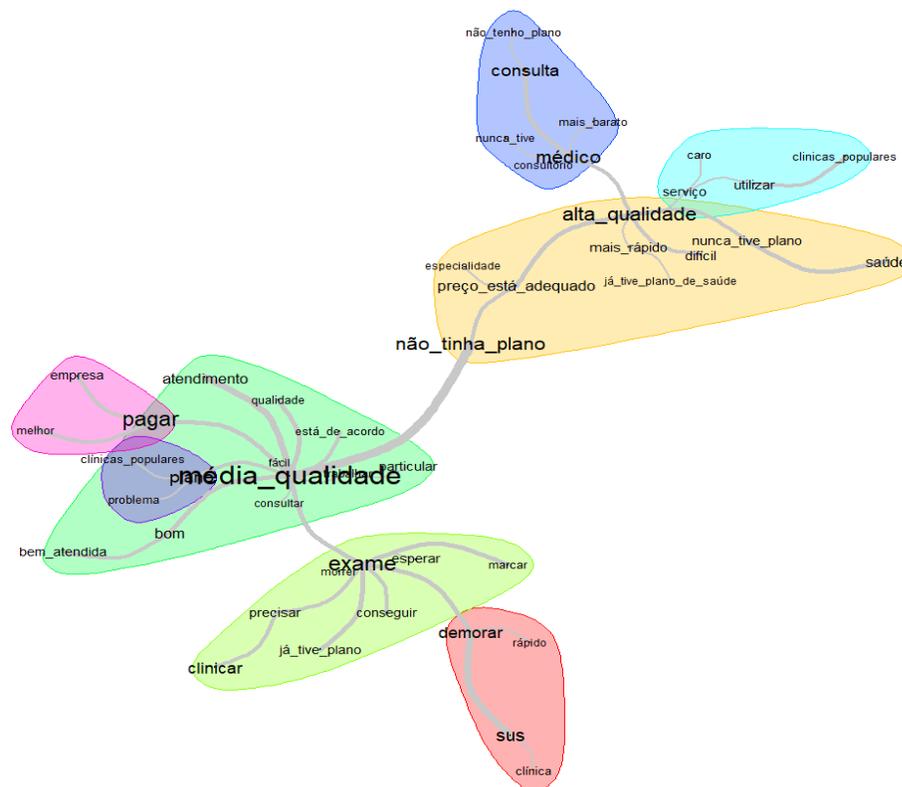
As palavras das Classes 1, 4 e 5 estão mais próximas, tais como “Não tenho plano”, “Clínicas Populares” e “Consulta” o que nos permite a interpretação que essas classes estão relacionadas com a variável consumidor *low-end* do constructo da figura 2 e que mais uma vez essas Clínicas se apresentam como uma alternativa ao serviço de saúde para essas pessoas que não possuem plano de saúde, caracterizando esses modelos de negócios com a inovação disruptiva de novo mercado, corroborando desse modo, também para o relacionamento com a variável acessível do constructo da figura 2 (Christensen et al., 2018).

Em outro quadrante temos as Classes 2 e 3 com suas palavras, tais como “SUS”, “Não tenho plano”, “demorar”, “esperar”, “morrer”, “mais barato”, “mais rápido” o que nos leva inferir que as Clínicas Populares aparecem como uma terceira opção ao tratamento para esses clientes *Low-End*, devido a acessibilidade do preço de seus serviços, os quais eram negligenciados pelo serviço de saúde privada e não podiam esperar pelo atendimento no SUS, nos permite também o seu relacionamento com a variável acessível do constructo da figura 2 (Christensen et al., 2018; Jurca, 2018).

Já a Classe 6 apresenta-se isolada com a maioria de suas palavras em um único quadrante, dentre as palavras temos “qualidade”, “o preço está de acordo” e “desejar” o que nos permite

interpretar que essa classe de fato está relacionada com a variável qualidade do constructo da figura 2 e que o preço acessível e o atendimento se configuram como características de qualidade para esses usuários.

Figura 6 - Análise de similitude das entrevistas



Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da análise de similitude, como se mostra na figura 6 é possível identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações de conexidade entre elas, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual. É possível notar que há 6 palavras e expressões que se destacam nos discursos, são elas: Média Qualidade; Alta qualidade; Pagar; Exame; Demorar, Não tinha plano e SUS. Delas surgem ramificações com palavras que possuem expressão significativa, como: Fácil; Atendimento; qualidade; está de acordo; Empresa; Especialidades; Mais rápido; Saúde; Utilizar; Clínicas Populares; Mais barato, Consulta e Médico.

5 Considerações finais

A pesquisa permitiu inferir que o discursos dos entrevistados, além de apresentarem referências que estão de acordo com a literatura exposta de inovação disruptiva adotada neste trabalho, a saber, Acessível - preços adequados a sua realidade financeira o que alguns acabam caracterizando como sendo o quesito de alta qualidade, Disrupção de mercado - servem como uma opção para quem não tem plano e não pode esperar pelo SUS, rapidez e facilidade de acesso a exames e especialidades, Qualidade - aparece relacionada ao preço está adequado, atendimento e

especialidades. Consumidor *Low-end* ou marginalizado - os que não tinha plano de saúde e dependiam do SUS, com as clínicas populares possuem uma terceira opção de tratamento as quais permitem a eles a realização de exames e marcação de consultas com médicos de diversas especialidades.

Quanto as disrupções de mercado, no contexto do discurso dos entrevistados, podemos notar dois públicos, os que já tiveram plano de saúde e os que não tinham plano de saúde. O que nos permite a interpretação que trata-se da disrupção de novo mercado e de baixo custo.

Contudo, os que tinha plano eram pagos pelas empresas onde trabalhavam e ao perderem seus empregos deixaram de usufruir também desse benefício, dessa forma, a disrupção de mercado que se caracteriza mais com os modelos dessas clínicas populares, de acordo com a literatura de Christensen, Raynor e Macdonald (2015) seria a de novos mercados, onde essas organizações começaram a segmentar os mercados negligenciados e conquistaram uma posição de funcionalidade adequada, ofertando no caso, exames e consultas de diversas especialidades de forma rápida e com um menor custo o que corroborou para a criação desses novos mercados.

Dentre as limitações que tivemos, para a realização desse estudo, foi a captação dos indivíduos da amostra apenas na cidade de Fortaleza e a falta de recursos que possibilitaram ampliar os estudos em outros locais do Brasil. Das contribuições destacamos a importância do empreendedor conhecer seu empreendimento e dessa forma, conhecer se está inserido em um modelo de inovação e qual é esse modelo para que possa ajustar seu negócio aos padrões dessa inovação e se tornar competitivo dentro do seu setor. Outra contribuição importante é o é a análise da inovação disruptiva dentro do segmento dos serviços de saúde, visto que, a academia tem pouca literatura a respeito dessa relação favorecendo também a integração das organizações e universidades.

O presente estudo, buscou investigar a perspectiva do modelo de inovação disruptiva apenas na visão dos usuários do serviço não relacionando as informações de estrutura das clínicas populares estudadas com os dados qualitativos, apresentando este aspecto como limitação da pesquisa mas também, indicando uma lacuna para estudos futuros. Outra proposição de estudos futuros, é que seja realizado uma análise fatorial exploratória através de uma survey a fim de confirmar a relação entre as variáveis.

Referências Bibliográficas

- Abernathy, W. J., & Clark, K. B. (1985). Innovation: Mapping the winds of creative destruction. *Research policy*, 14(1), 3-22.
- Barbosa Júnior, A. R. (2005). Fatores Determinantes da Inovação Disruptiva. Tese de Doutorado, Universidade Fumec, Belo Horizonte, Minas Gerais, BH, Brasil.
- Bencke, F. F., Gilioli, R. M., & Royer, A. (2017). Inovação disruptiva: uma análise das pesquisas empíricas publicadas no brasil| disruptive innovation: an analysis of the empirical research published in brazil. *Revista Brasileira de Gestão e Inovação (Brazilian Journal of Management & Innovation)*, 5(2), 159-180.
- Bianchi, C., Bianco, M., Ardanche, M., & Schenck, M. (2017). Healthcare frugal innovation: A solving problem rationale under scarcity conditions. *Technology in Society*, 51, 74-80.
- Chaym, C. D., Barroso, W. D. A., de Melo, J. M. G. N., Benayon, P. A., & Moreira, A. F. (2018). Produção de Conhecimento em Ciência, Tecnologia & Inovação: uma avaliação dos Doutores formados pela Rede Nordeste de Biotecnologia. *Revista Gestão em Análise*, 7(2), 133-150.

Christensen, C. M., McDonald, R., Altman, E. J., & Palmer, J. E. (2018). Disruptive Innovation: An Intellectual History and Directions for Future Research. *Journal of Management Studies*, 55(7), 1043-1078.

Christensen, C. M. (1997). *The innovator's dilemma: when new technologies cause great firms to fail*. Boston: Harvard Business School Press.

Christensen, C. M., Anthony, S. D., Roth, E. A. (2007). *O Futuro da Inovação: usando as teorias da inovação para prever mudanças no mercado*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Christensen, C. M., Grossman, J. H., Hwang, J. (2009). *Inovação na Gestão da Saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade*. São Paulo: Bookman.

Christensen, C. M., Raynor, M. E. (2003). *Innovator's solution: creating and sustaining successful*. Boston: Harvard Business School Press.

Christensen, C. M., Raynor, M. E., & McDonald, R. (2015). What is disruptive innovation. *Harvard Business Review*, 93(12), 44-53.

COSTA, L. S. (2016). Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. *Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública*, n. 32.

Crossan, M. M., & Apaydin, M. (2010). A multi-dimensional framework of organizational innovation: A systematic review of the literature. *Journal of management studies*, 47(6), 1154-1191.

Chesbrough, H. W. (2006). *Open innovation: The new imperative for creating and profiting from technology*. Harvard Business Press.

Dubickis, M., & Gaile-Sarkane, E. (2015). Perspectives on innovation and technology transfer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 213, 965-970.

Duarte, C. M. R., Pedroso, M. D. M., Bellido, J. G., Moreira, R. D. S., & Viacava, F. (2015). Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 1163-1174.

Drucker, P. (1986) *Innovation and Entrepreneurship*. New York: Harper Perennial.

Damanpour, F., & Gopalakrishnan, S. (2001). The dynamics of the adoption of product and process innovations in organizations. *Journal of management studies*, 38(1), 45-65.

Damasceno, E. A. (2008). Lexicometria, geração de descritores, construção de ontologias e ensino de línguas: implicações e perspectivas. *Múltiplas Perspectivas em Linguísticas*. 1a ed. Uberlândia: EDUFU, 1, 01-3037.

Gerring, J. (2017) *Qualitative Methods*. Annual Reviews Further.

Godoy, C. V., & da Silva, J. B. (2018). O Fenômeno de expansão das clínicas médicas populares: resignificação do bairro centro em fortaleza-ceará. *Hygeia*, 14(28), 32-49.

Govindarajan, V., & Ramamurti, R. (2011). Reverse innovation, emerging markets, and global strategy. *Global Strategy Journal*, 1(3-4), 191-205.

Galunic, D. C., & Eisenhardt, K. M. (2001). Architectural innovation and modular corporate forms. *Academy of Management journal*, 44(6), 1229-1249.

Hamel, G. (2000). *Leading the Revolution*. Boston: HBSP.

Huang, K. E., Wu, J. H., Lu, S. Y., & Lin, Y. C. (2016). Innovation and technology creation effects on organizational performance. *Journal of Business Research*, 69(6), 2187-2192.

Hofman, E., Halman, J. I., & Van Looy, B. (2016). Do design rules facilitate or complicate architectural innovation in innovation alliance networks?. *Research policy*, 45(7), 1436-1448.

Jurca, R. L. (2018). *Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo*. Tese Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, SP, Brasil.

Muravskii, D. V., Ablonsky, S. A. (2012). *Determining disruptive innovation potential of multi-sided platforms: case of digital books*. Saint Petersburg: St. Petersburg State University.

Moreira, D. A. (2004). Pesquisa em administração: origens, usos e variantes do método fenomenológico. *INMR-Innovation & Management Review*, 1(1), 5-19.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018) . *Tecnologia Aprendizado e Inovação*. 1a ed. Campinas: Ed. UNICAMP. **Números do setor de saúde nacional suplementar**. Recuperado em 21 julho, 2018, de <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4291-ans-divulga-dados-do-setor-referentes-a-dezembro-2017>

Knight, K. E. (1967). A descriptive model of the intra-firm innovation process. *The journal of business*, 40(4), 478-496.

Krugman, P. (1979). A model of innovation, technology transfer, and the world distribution of income. *Journal of political economy*, 87(2), 253-266.

De Oslo, M. (1997). *Manual de Oslo*. Recuperado de <http://gestiona.com.br/wpcontent/uploads/2013/06/Manualde-OSLO-2005.pdf>

Pisoni, A., Michelini, L., & Martignoni, G. (2018). Frugal approach to innovation: State of the art and future perspectives. *Journal of Cleaner Production*, 171, 107-126.

Rodrigues, C. R., Sereia, V. J., Lopes, A. C. V., Vieira, S. F. A. (2010). Inovação disruptiva no ensino superior. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 30.

Silva, A. B. D., Godoi, C. K. & Bandeira-de-Mello, R. (2006). *Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos*. São Paulo: Saraiva. In: Silva, A. B. A Fenomenologia como método de pesquisa em estudos organizacionais, Cap. 9.

Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.

Schumpeter, J. (1984). *Capitalismo, Socialismo e Democracia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Smith, R. (2007). The disruptive potential of game technologies. *Research-Technology Management*, 50(2), 57-64.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). *Conta-satélite de saúde : Brasil : 2010-2015 - IBGE*. Coordenação de Contas Nacionais. - Rio de Janeiro.

Tidd, J.; Bessant, J.; Pavitt, K (2008) *Gestão da inovação*. Porto Alegre. Bookman

Viana, A. L. D., Miranda, A. S., & Silva, H. P. (2015). Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Zeschky, M. B., Winterhalter, S., & Gassmann, O. (2014). From cost to frugal and reverse innovation: Mapping the field and implications for global competitiveness. *Research-Technology Management*, 57(4), 20-27.