



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**O RELACIONAMENTO MÉDICO-DELEGADO DE
INFORMAÇÃO MÉDICA E AS AÇÕES DE MARKETING: SUA
INFLUÊNCIA NO ATO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA**

Regivaldo da Silva Santana

Dissertação de Mestrado em Marketing

**Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professor Doutor Júlio Mendes
Professora Doutora Patrícia Valle**

2013



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**O RELACIONAMENTO MÉDICO-DELEGADO DE
INFORMAÇÃO MÉDICA E AS AÇÕES DE MARKETING: SUA
INFLUÊNCIA NO ATO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA**

Regivaldo da Silva Santana

Dissertação de Mestrado em Marketing

**Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professor Doutor Júlio Mendes
Professora Doutora Patrícia Valle**

2013

**O relacionamento médico-delegado de informação médica e as ações de marketing:
sua influência no ato de prescrição de medicamentos não sujeitos a receita médica**

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright by Regivaldo da Silva Santana, 2013

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, em especial para minha mãe, por sempre acreditar nas minhas capacidades durante todos esses anos e pelo sacrifício para concluir os meus estudos.

À minha esposa, companheira incansável pela paciência e incentivo constante.

À minha filha Thaisa, o amor da minha vida, por dispensar muito do seu tempo.

Aos professores do curso de Mestrado em Marketing que muito contribuíram para os meus conhecimentos acadêmicos.

Aos meus orientadores Julio Mendes e Patrícia Valle pelo apoio imprescindível para conclusão deste trabalho.

“Qualquer homem pode alcançar o êxito,
se dirigir seus pensamentos numa direção e
insistir neles até que aconteça alguma coisa.”

Thomas Edison

RESUMO

Um dos objetivos principais da indústria farmacêutica é gerar prescrição médica e, atualmente, este facto é uma verdade quer se trate de medicamentos sujeitos a receita médica, quer se trate daqueles que não estão sujeitos a essa obrigatoriedade. O marketing farmacêutico procura materializar a efetivação daquela prescrição através da promoção dos produtos junto da classe médica. Sabe-se hoje que essa promoção deve ser acompanhada da criação de uma interação positiva entre a indústria farmacêutica (na figura do delegado de informação médica) e o médico. Desta forma, os laboratórios apostam cada vez mais no marketing de relacionamento. Assim, foi objetivo deste estudo não só a análise do impacto de diversas ações de marketing no relacionamento, como também a análise da influência dessas ações e do próprio relacionamento enquanto ação de marketing nas prescrições médicas de medicamentos não sujeitos a receita médica.

Para levar a cabo esta investigação, aplicou-se um questionário a 63 médicos de Medicina Geral e Familiar a exercerem em Centros de Saúde da Região Algarve.

Foi efetuada análise descritiva e realizadas sobre os dados recolhidos e apurou-se que a maioria dos médicos inquiridos considera que o desenvolvimento de relacionamento com os delegados de informação médica pode influenciar positivamente as suas prescrições. Como ações de marketing que mais poderão influenciar quer o relacionamento com delegados de informação médica, quer as prescrições, a maioria dos respondentes elegeu a promoção de sessões clínicas pelos laboratórios farmacêuticos e o patrocínio por parte destes laboratórios da participação dos médicos em congressos científicos. Foi ainda realizada análise de *Clusters* para se estabelecer uma tipologia de médicos que poderão constituir-se como aqueles para quem o marketing farmacêutico poderá direcionar os seus esforços. Trata-se de médicos do género masculino, com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos de idade, com tempo de serviço de 11 a 20 anos, que atendem 10 a 20 pacientes por dia e prescrevem até 9 embalagens de medicamentos não sujeitos a receita médica por dia.

Palavras-chave: indústria farmacêutica, marketing farmacêutico, marketing de relacionamento, ações de marketing, prescrição médica.

ABSTRACT

One of the main objectives of the pharmaceutical industry is to generate medical prescription and, currently, this is true fact whether it regards prescription medicines or those who are not subject to such requirement. The pharmaceutical marketing seeks to materialize the effectiveness of that prescription by promoting products to the medical class. It is known nowadays, that this promotion must be accompanied by the creation of a positive interaction between the pharmaceutical industry (in terms of the delegate of medical information) and the doctor. Thus, the laboratories are increasingly relying on relationship marketing. Moreover, the objective of this study was not only the analysis of the impact of various marketing actions in the relationship, but also the analysis of the influence of these actions and the relationship itself as well as marketing action in medical prescriptions for non-prescription medications.

To carry out this research, a questionnaire was given to 63 General and Family practitioners that practice in Health Centers in the Algarve Region.

Descriptive analysis was performed on the collected data were carried out, concluding that the majority of the inquired physicians believe that the development of relationships with the delegates of medical information can positively influence their prescriptions. As marketing actions that can affect whether the relationship with delegates of medical information or the prescriptions, the majority of the respondents chose the promotion of clinical sessions by pharmaceutical laboratories and sponsorship by these laboratories by the participation of doctors in scientific conferences. *Clusters* analysis was also performed in order to establish a typology of doctors, i.e., male doctors, between the ages of 30 and 39 years of age, with service time from 11 to 20 years, that meet 10 to 20 patients per day and prescribe up to 9 packs of non-prescribed medications per day, who can constitute as those where the pharmaceuticals marketing may direct their efforts.

Keywords: pharmaceutical industry, pharmaceutical marketing, relationship marketing, marketing actions, medical prescription.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Justificação da escolha do tema	2
1.2. Objetivos	2
1.3. Questões da investigação	3
1.4. Estrutura	3
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	5
2.1. A indústria farmacêutica em Portugal	6
2.2. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	11
2.2.1. Medicamentos inovadores	11
2.2.2. Medicamentos genéricos	12
2.3. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	14
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1. Marketing farmacêutico	18
3.2. Marketing de relacionamento	22
3.3. Fatores de influência no ato de prescrição	29
3.3.1. O relacionamento entre a classe médica e o delegado de informação médica	33
4. METODOLOGIA	38
4.1. População alvo e seleção da amostra	39
4.2. Questionário	41
4.4. Recolha de dados	43
4.5. Análise estatística	44
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
5.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra	46
5.2. Opiniões sobre relacionamento e ações de marketing	54
5.3. Análise de <i>Clusters</i>	56
5.4. Discussão dos resultados	64

6. CONCLUSÕES	68
BIBLIOGRAFIA	72
APÊNDICES	79
Apêndice 1 – questionário	80
Apêndice 2 – carta de apresentação	82
ANEXOS	83
Anexo 1 – Outputs do <i>Alpha de Cronbach</i>	84
Anexo 2 – Outputs da análise descritiva – Parte I (questionário)	85
Anexo 3 – Outputs da análise descritiva – Parte II e Parte III (questionário) ...	88
Anexo 4 –. Análise de <i>Clusters</i>	91
Anexo 5 – Dendograma	104

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1 – Quota de mercado ambulatorio e mercado hospitalar	8
Gráfico 2.2 – Média diária de visitas de delegados de informação médica a médicos	9
Gráfico 2.3 – Distribuição de visitas de delegados de informação médica, por especialidade clínica	10
Gráfico 2.4 – Distribuição de visitas de delegados de informação médica por instituição médica	11
Gráfico 4.1 – Distribuição dos médicos a exercer em clínica geral por região em Portugal Continental	39
Gráfico 5.1 – Distribuição dos indivíduos por nacionalidade	49
Gráfico 5.2 - Distribuição dos indivíduos por número de pacientes atendidos por dia	50
Gráfico 5.3 - Distribuição dos indivíduos por número de delegados de informação médica recebidos por dia	50
Gráfico 5.4 – Distribuição dos indivíduos por tempo despendido em cada visita de delegado de informação médica	51
Gráfico 5.5 - Distribuição dos indivíduos por local de trabalho onde é realizada a visita do delegado de informação médica	51
Gráfico 5.6 - Distribuição dos indivíduos por instalação onde recebe o delegado de informação médica dentro do local de trabalho	52
Gráfico 5.7 – Distribuição das respostas para as questões da parte II do questionário	55
Gráfico 5.8 – Distribuição das respostas para as questões da parte III do questionário	56
Gráfico 5.9 – Valores percentuais de concordância registados no <i>cluster</i> 1 para as respostas às questões da parte II do questionário	60
Gráfico 5.10 – Valores percentuais de concordância registados no <i>cluster</i> 2 para as respostas às questões da parte II do questionário	61
Gráfico 5.11 – Valores percentuais de concordância registados no <i>cluster</i> 1 para as respostas às questões da parte III do questionário	62

Gráfico 5.12 – Valores percentuais de concordância registados no <i>cluster 2</i> para as respostas às questões parte III do questionário	63
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 – Mercado total em valor	9
Tabela 3.1 – Distinção entre marketing tradicional e marketing de relacionamento	24
Tabela 3.2 – Marketing tradicional <i>versus</i> marketing de relacionamento	25
Tabela 3.3 – Mudança no enfoque dos negócios	25
Tabela 3.4 – Mudança no enfoque dos negócios	26
Tabela 3.5 – Os cinco níveis de investimento em marketing de relacionamento	26
Tabela 4.1 – Número de médicos com especialidade em clínica geral	40
Tabela 5.1 – Distribuição dos indivíduos por género e por idade	46
Tabela 5.2 – Distribuição dos indivíduos por género e por tempo de serviço.....	47
Tabela 5.3 – Distribuição dos indivíduos por género e por número de Medicamento Não Sujeitos a Receita Médica prescritos por dia	48
Tabela 5.4 – Distribuição dos indivíduos por nacionalidade e por número de Medicamento Não Sujeitos a Receita Médica prescritos por dia	49
Tabela 5.5 – Caracterização geral da amostra	53
Tabela 5.6 – Distribuição das respostas para as questões relativas à opinião sobre o DIM e sobre as ações de marketing	54
Tabela 5.7 – Distribuição dos casos válidos pelos <i>Clusters</i>	57
Tabela 5.8 – Distribuição dos indivíduos por género, idade e nacionalidade e por <i>Cluster</i>	58
Tabela 5.9 – Distribuição dos indivíduos por atributos médicos e por <i>Clusters</i>	59

ABREVIATURAS

DIM – Delegado de informação médica

IF – Indústria farmacêutica

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica

MSRM – Medicamentos sujeitos a receita médica

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais se torna necessário perceber o impacto das ações de marketing como elas são percebidas pelo público-alvo, mesmo que este não seja o consumidor final. Muitas vezes, aquelas ações são direcionadas para intermediários cuja função é impulsionar as vendas. Na presente investigação procurou-se perceber o ato de prescrição de medicamentos não sujeitos a receita médica é influenciado pelo relacionamento entre o delegado de informação médica (DIM) e a classe médica, bem como, quais as ações de marketing que podem influenciar não só o relacionamento e esta mesma prescrição.

1.1. Justificação da escolha do tema

O grande investimento realizado pela indústria farmacêutica (IF), nomeadamente através da área do marketing para a promoção dos seus produtos, justifica perceber a relação custo - benefício de cada ação implementada. Sendo o DIM o elo principal entre laboratório e classe médica, o tema “relacionamento” ganha cada vez maior importância dentro deste contexto. Apesar de haver alguns estudos sobre este tema, todos eles estão direcionados para os medicamentos sujeitos a receita médica. Neste caso, o objetivo é investigar este comportamento na ótica dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), onde, de qualquer forma, passa pela recomendação/prescrição médica, no âmbito da sua atividade clínica diária. Isto é, embora se trate de medicamentos que não estão sujeitos à prescrição médica, muitas vezes os clínicos recomendam qual o mais indicado para determinada situação ou patologia. É para este ponto que o marketing farmacêutico tenta direcionar as suas ações como de medicamentos sujeitos a receita médica se tratasse.

1.2. Objetivos

O presente estudo foi norteado pelos seguintes objetivos:

Objetivo 1 - Perceber se as ações de marketing direcionadas para a criação de um maior relacionamento influenciam, efetivamente, a prescrição de MNSRM.

Objetivo 2 – Identificar quais as ações de marketing, incluindo o relacionamento, são mais eficazes para promover a prescrição médica.

1.3. Questões da investigação

Para servirem de suporte e orientação ao presente estudo foram referenciadas as seguintes questões de investigação:

Questão 1 – O relacionamento entre o delegado de informação médica e a classe médica influencia positivamente a prescrição de MNSRM?

Questão 2 – As ações de marketing influenciam positivamente a relação com o delegado de informação médica?

Questão 3 - As ações de marketing influenciam positivamente a prescrição de medicamentos não sujeitos a receita médica?

Questão 4 – Existem grupos de médicos mais receptivos às ações de marketing da indústria farmacêutica?

Questão 5 – Se existem grupos de médicos mais receptivos às ações de marketing da indústria farmacêutica, qual o perfil sociodemográfico médico?

1.4. Estrutura

O presente trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos: introdução, contextualização do tema, revisão da literatura, metodologia, apresentação e discussão dos resultados e conclusões.

No capítulo correspondente à introdução apresenta-se a justificação da escolha do tema, bem como os objetivos que se pretendem alcançar, as questões de investigação e a estrutura adoptada.

A contextualização do tema foi segmentada em três subcapítulos: a indústria farmacêutica em Portugal, os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica e os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

No capítulo em que se realiza a revisão da literatura são apresentados quatro subcapítulos: marketing farmacêutico, marketing de relacionamento e fatores de influência no ato de prescrição.

Na metodologia é apresentada a população alvo e a seleção da amostra e é feita uma breve descrição do questionário aplicado. São ainda referidos os métodos de recolha de análoze e a análise estatística a que se recorreu.

Procede-se, em seguida, à apresentação dos resultados obtidos pela aplicação do questionário, iniciando-se a mesma por uma caracterização socio-demográfica da amostra, seguida da análise dos dados tendo em vista as questões de investigação. Segue-se uma apresentação dos resultados obtidos pela análise de *Clusters* em que se pretendeu a criação de tipologias de médicos prescritores de MNSRM. Termina-se este capítulo com a discussão dos resultados obtidos à luz de estudos idênticos ao nosso.

Por último, apresentamos as conclusões obtidas na presente investigação.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

2.1. A Indústria Farmacêutica em Portugal

Para Kotler (2008, p. 31), *mercado* “consiste de todos os consumidores potenciais que compartilham de uma necessidade ou desejo específico, dispostos e habilitados para fazer uma troca que satisfaça essa necessidade ou desejo”. O mercado farmacêutico é considerado um sector estratégico para os sucessivos governos, tanto pela importância da saúde da população, como pelo seu impacto nas contas públicas. Os governos encontram nesta atividade uma oportunidade de reduzir os seus gastos com as despesas públicas devido aos valores movimentados pelo sector. Para gerir este sector recorrem a algumas ferramentas. Aguiar (2009) sugere que essas ferramentas são i) a pressão sobre os preços e margens dos operadores [no mercado farmacêutico], sejam eles, produtores, retalhistas ou distribuidores intermediários; e ii) o aumento dos locais de dispensa dos medicamentos, seja por via das farmácias instaladas em hospitais ou por facilitação de novos espaços para a saúde.

Não só os fatores acima mencionados, bem como descidas administrativas dos preços, desde o ano 2005 até ao presente ano, sobretudo ao nível dos medicamentos genéricos, contribuíram, substancialmente, para a redução dos custos governamentais. De acordo com Silva (2008, p. 6), “a nível internacional a Indústria Farmacêutica tem registado um crescente sucesso desde o final dos anos 80, alcançando impressionantes taxas anuais de crescimento, acima dos 10 por cento, com o conseqüente crescimento dos lucros”.

Na Europa, e mais acentuadamente em Portugal, esta tendência de crescimento poderá ter sido contrariada devido à crise económica, financeira e social que se faz sentir. De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012), não existe em Portugal um sistema de monitorização dos efeitos desta crise na saúde.

Segundo Ferreira (2008, p. 606), “a situação económica em Portugal está marcada por um *deficit* crónico do orçamento que sucessivos governos têm tentado colmatar, diminuindo o investimento público e as despesas correntes tentando aumentar as receitas”. Ainda de acordo com o mesmo autor (*ibid*, p. 606), “as despesas com saúde

são a segunda maior rubrica inscrita no orçamento do Estado, [sendo a primeira a educação]”.

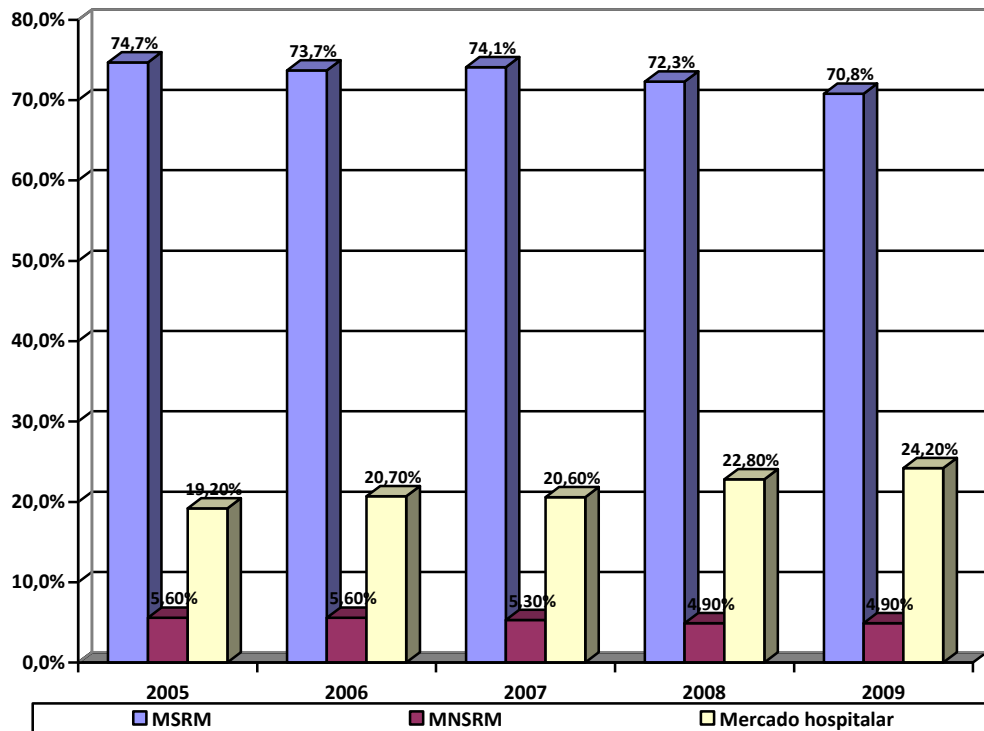
Segundo Italiani (2007), o sector farmacêutico atual caracteriza-se por ser extremamente complexo e competitivo devido aos vários *stakeholders* envolvidos e aos seus diferentes papéis na IF, que vão desde a investigação e desenvolvimento, comercialização dos medicamentos por parte dos laboratórios para os grossistas, hospitais, farmácias e, eventualmente, para as exportações até, e no caso das farmácias, para o consumidor final. Ou seja, o mercado farmacêutico engloba os laboratórios farmacêuticos, os armazenistas (grossistas), farmácias, parafarmácias e hospitais. Os grossistas encarregam-se da distribuição do produto para os demais intervenientes ficando a cargo dos laboratórios a promoção do produto dentro desta cadeia.

Os produtos comercializados pela IF distribuem-se em dois grupos principais: Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e MNSRM ou *Over the Counters*, vulgo OTC. Dentro dos MSRM consideraremos a subdivisão destes em dois grupos: Medicamentos Inovadores e Medicamentos Genéricos, sendo realizada uma breve abordagem de cada um destes grupos.

O Mercado Total no que se refere à comercialização de medicamentos engloba o Mercado Ambulatório e o Mercado Hospitalar, de acordo com a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (2010). Ainda para a mesma entidade, o Mercado Ambulatório comporta a comercialização de MSRM e de MNSRM. Os valores de quota de mercado para cada um destes setores, desde o ano 2005 ao ano 2009, encontram-se representados no gráfico 2.1.

O gráfico 2.1 permite perceber que dentro do mercado ambulatório, a maior fatia é ocupada pelos MSRM; estes apresentam valores, em média, 13,72 vezes superiores aos valores de mercado sustentados pelos MNSRM.

O gráfico 2.1 mostra, ainda, que o mercado ambulatório ocupa uma quota de mercado mais elevada que o mercado hospitalar; em média, o mercado ambulatório apresenta um valor 3,68 vezes superior ao do mercado hospitalar. Contudo, é de referir que o mercado hospitalar tem crescido em valor no período apresentado, ao mesmo tempo que o mercado ambulatório tem perdido quota de mercado.

Gráfico 2.1 – Quota de mercado ambulatório e mercado hospitalar de 2005 a 2009.

Adaptado de Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (2010).¹

A tabela 2.1 apresenta os dados relativos à taxa de crescimento dos mercados hospitalar e ambulatório para o período de tempo de 2005 a 2008. Esta revela que, em relação aos MSRM houve uma diminuição na taxa de crescimento no período compreendido entre 2005 e 2009. Quanto aos MNSRM, registou-se uma subida na taxa de crescimento, embora os valores realizados em preço de venda ao público sejam menores.

A prática de visita de delegados de informação médica a clínicos, em Portugal, segundo dados fornecidos pela empresa CEGEDIM (2012), apresenta uma média diária de visitas variável entre os sete e oito visitas, para o período compreendido entre Junho de 2011 e Junho de 2012, conforme mostra o gráfico 2.2.

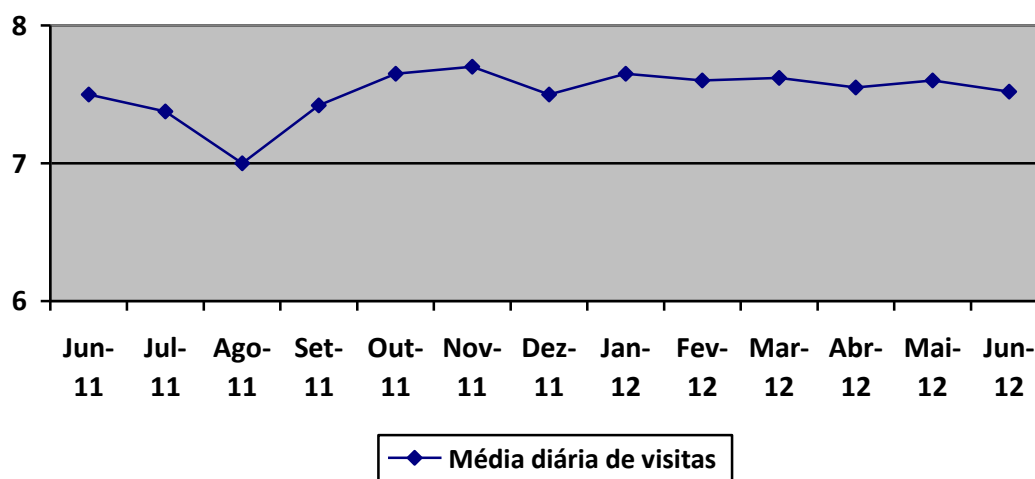
¹ O mercado hospitalar refere-se aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Tabela 2.1 – Mercado Total em valor (milhares de euros – Preço de Venda ao Público) de 2005 a 2009 e Taxa de Crescimento de 2005 a 2008.

	2005	Taxa crescimento %	2006	Taxa crescimento %	2007	Taxa crescimento %	2008	Taxa crescimento %	2009
Mercado Total	4164256	4,7	4359146	3,4	4507620	3,9	4683724	0,9	4727901
Mercado Ambulatório	3363761	2,8	3456743	3,5	3577314	1,0	3613724	-0,9	3582901
MSRM	3111573	3,3	3213842	3,9	3338225	1,4	3384687	-1,0	3349670
MNSRM	252188	-3,7	242901	-1,6	239089	-4,2	229037	1,8	233231
Mercado Hospitalar	800495	12,7	902403	3,1	930306	15,0	1070000	7,0	1145000

Adaptado de Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (2010)

Grafico 2.2 – Média diária de visitas de delegados de informação médica a médicos, em Portugal, de Junho de 2011 a Junho de 2012.

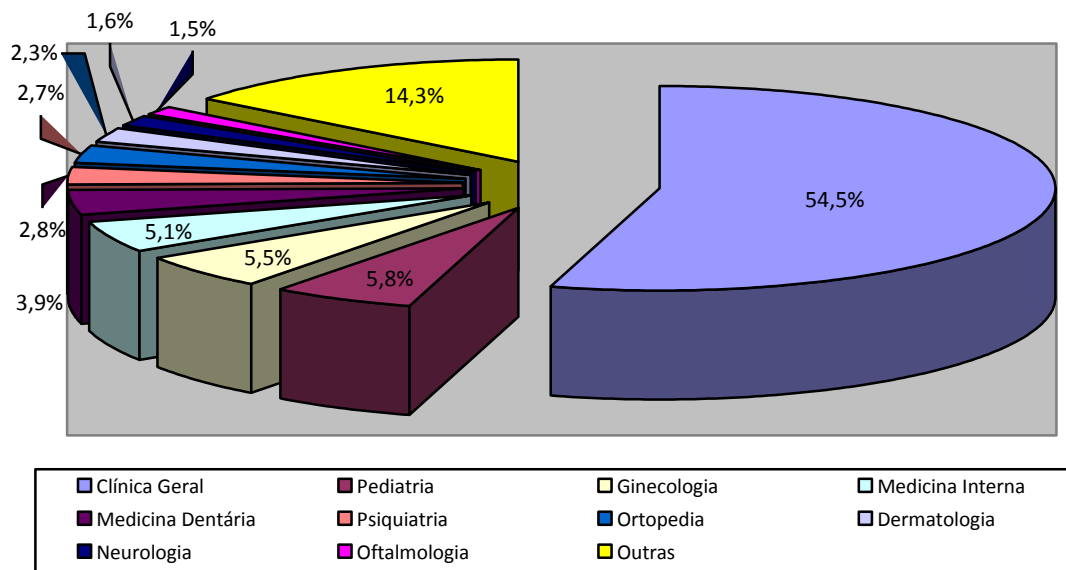


Adaptado de CEGEDIM (2012).

Singh (2008) relembra que em cada uma destas visitas, em poucos minutos, o DIM tem não só que fornecer informação/promover determinado produto, como também criar/manter um relacionamento com o médico. Esta falta de tempo na realização da visita médica poderá ser compensada com recurso a estratégias de *Customer Relationship Management*, (Singh, 2008).

Já em relação às especialidades clínicas mais visitadas em Portugal, a Clínica Geral, no que se refere a *Quick Visit*, parece estar no topo, no mês de Junho de 2012, de acordo com dados de CEGEDIM (2012) – vide gráfico 2.3.

Gráfico 2.3 – Distribuição de visitas de delegados de informação médica por especialidade clínica durante o mês de Junho de 2012, em Portugal.

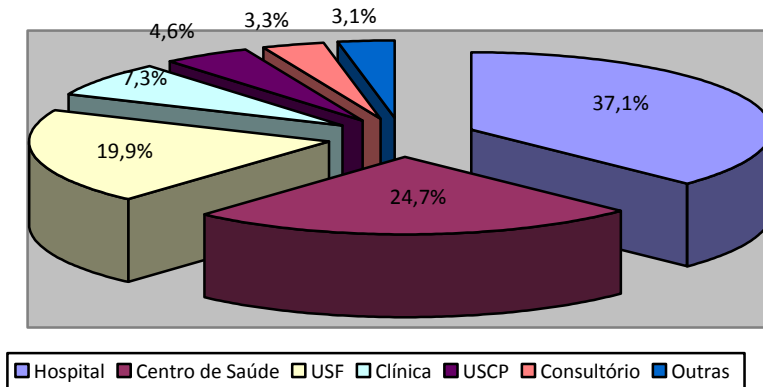


Fonte: CEGEDIM (2012).

A empresa CEGEDIM (2012), para o mês de Junho de 2012, em Portugal, apresenta ainda a distribuição das visitas dos delegados de informação médica por instituição médica (gráfico 2.4). Este evidencia que as instituições eleitas pela IF para realizar as suas visitas são os hospitais (37,1%) e os Centros de Saúde (24,7%).

No presente estudo, como já referido, abordaremos apenas os MNSRM na nossa abordagem empírica. Porém, faremos em seguida uma breve descrição dos diversos tipos de medicamentos.

Grafico 2.4 – Distribuição de visitas de delegados de informação médica por instituição médica, durante o mês de Junho de 2012, em Portugal.



Fonte: CEGEDIM (2012).

2.2. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

2.2.1. Medicamentos Inovadores

Os medicamentos inovadores, éticos, ou também conhecidos como *medicamentos de marca* são os mais rentáveis dentro do grupo dos MSRM, mas também os mais dispendiosos na sua concepção, pois implicam somas avultadas não só quanto à pesquisa e desenvolvimento, como também no marketing para o lançamento do produto e sua comercialização.

Para Italiani, (2007, p. 5),

“a necessidade de elevadas somas de capital para a promoção dos produtos: constitui uma barreira de escala, excluindo do mercado aquelas empresas que não detiverem capital suficiente para os investimentos e manutenção dos gastos necessários em promoção e vendas. As empresas não estão livres dos gastos com marketing e comercialização das especialidades farmacêuticas, em função da diferenciação dos produtos, o

que demanda uma grande parcela do volume total de recursos aplicados pelo laboratório”.

Dentro do quadro de comercialização de medicamentos éticos, o poder de prescrição fica nas mãos dos médicos o que implica que grande parte do esforço de marketing seja dirigida para a classe médica em especial para os *Key Opinion Leaders* (KOL), que são aqueles com mais influência e reputação entre os seus pares. No que se refere a estratégias promocionais direcionadas aos médicos temos a intervenção dos Delegados de Informação Médica (DIM), com visitas regulares aos médicos selecionados, amostras grátis, congressos, sessões clínicas entre outros, como abordaremos adiante.

Para Kotler (2008, p. 537), na seleção de canais de comunicação:

“o comunicador deve selecionar canais eficientes (...) para veicular a mensagem. Em muitos casos muitos canais diferentes devem ser usados. Por exemplo, os representantes dos laboratórios farmacêuticos podem, raramente, tomar mais de dez minutos do tempo de um médico ocupado. Sua apresentação deve ser rápida, clara e convincente. Isto torna as visitas desses representantes extremamente caras, obrigando os laboratórios a encontrar outros recursos para ampliar sua bateria de canais de comunicação”.

2.2.2. Medicamentos Genéricos

De acordo com Simoens (2009), por medicamento genérico entende-se medicamento sem proteção de propriedade intelectual ou outro tipo de proteção após o término da patente do medicamento original. O medicamento genérico apresenta a mesma composição qualitativa e quantitativa em substância ativa, a mesma forma farmacêutica e a mesma biodisponibilidade que o medicamento original.

Em Portugal, o primeiro diploma legal a regular a produção, a Autorização de Introdução no Mercado (AIM), a distribuição, o preço e a comparticipação (por parte do

Estado) de medicamentos genéricos foi o Decreto-Lei 81/90, de 12 de Março, que considera medicamento genérico aquele que é “designado cientificamente por DCI (Denominação Comum Internacional), ou seja, o nome da substância ativa do medicamento”. Posteriormente, o Decreto-Lei 72/91, de 8 de Fevereiro, veio ajustar a definição de medicamento genérico e estabelecer as condições de prescrição e dispensa.

Após vários Decretos-Lei para regulamentar de forma mais clara todo o processo de comercialização dos medicamentos genéricos, é em 2006, com o Decreto-Lei 176/2006, de 30 de Agosto, que a definição é reajustada devido a grande controvérsia sobre a qualidade do medicamento genérico para “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, da forma farmacêutica e cuja bioequivalência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”.

O mercado de medicamento genérico ganha impulso a partir de 2006 com políticas consecutivas de incentivo e redução de preços por parte do Governo.

De acordo com Simoens (2009), este mercado tem sido impulsionado muito por parte da oferta com campanhas de redução de preço, à custa dos laboratórios que veem a sua margem no negócio reduzida; este impulso de mercado deve-se, também, a campanhas informativas.

Trata-se de um sector fortemente afetado pelo ambiente macroeconómico, neste caso o político-legal. Segundo Kotler (2008, p. 153) “as decisões de marketing são fortemente afetadas por desenvolvimentos do ambiente político e legal. Este ambiente é composto de leis, órgãos governamentais e de grupos de pressão que influenciam e limitam várias organizações e indivíduos em sociedade”. Claramente o que acontece na IF.

Em Portugal, o grande dilema para a IF é a sustentabilidade entre o mercado de genéricos e o mercado dos *medicamentos de marca*. Segundo Simoens (2009) os medicamentos genéricos procuram maior quota de mercado, aproximando-se dos outros países da Europa, que já atingem quotas superiores a 50%. Por sua vez, os *medicamentos de marca* alegam depender das vendas obtidas para investirem em ensaios clínicos e investigação e desenvolvimento em novas moléculas e em diversas áreas terapêuticas.

A grande saturação do mercado em torno das mesmas substâncias ativas genéricas aponta, por um lado, para que as entidades envolvidas no sector apostem no aumento de novos medicamentos genéricos, à medida que os laboratórios dos medicamentos originais percam as patentes, e, por outro lado, para o estímulo da vinda de novas empresas e também para a criação de estabilidade na regulamentação por parte do governo.

2.3. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Os medicamentos não sujeitos a receita médica, também designados por *Over The Counter*, correspondem ao grupo dos medicamentos que podem ser comercializados sem prescrição médica. Ainda assim, a sua comercialização pode ser influenciada pela classe médica. Ou seja, no caso dos MNSRM, não há obrigatoriedade de prescrição médica, o que não significa que não se verifique a indicação por parte do médico de qual o produto a adquirir pelo paciente, mesmo tratando-se de um produto de venda livre. Também os profissionais de farmácias podem fazer aconselhamento destes produtos.

Segundo Cesar (2005, p. 24), “a decisão de compra é feita pelo cliente e a conduta mercadológica adoptada pelas empresas é voltada para ele. Quanto à promoção, podemos constatar o uso de canais de comunicação como televisão, rádio, periódicos, eventos, *merchandising* em pontos de venda entre outro”. O mesmo não acontece com os MSRMs, pois para estes existem regras para a sua comunicação e promoção.

Faremos em seguida uma breve abordagem da legislação considerada pertinente para a comercialização de MNSRM.

Em Portugal, a comercialização de MNSRM começou a ser alvo de legislação no ano de 1991, com a publicação do Decreto-Lei nº 72/91, de 8 de Fevereiro. Este documento define-se como o Estatuto do Medicamento e nele surge referência aos MNSRM, designando-os como *medicamentos de venda livre*. O objetivo principal da criação do diploma foi legislar sobre todo o processo desde a introdução no mercado até à comercialização de medicamentos, facilitando a fiscalização da qualidade, segurança e

eficácia dos mesmos. Este diploma legislou, ainda, que a comercialização dos *medicamentos de venda livre* se restringia às farmácias e que a classificação de um medicamento quanto à dispensa é da responsabilidade do Ministério da Saúde. O preço destes medicamentos de venda livre era fixado por portaria.

No ano 1992, publica-se a Diretiva nº 92/26/CEE do Conselho, de 31 de Março, com vista a uniformizar a dispensa ao público de medicamentos no espaço da, então, Comunidade Económica Europeia. Em 1994, publica-se, em Portugal, o Decreto-Lei 209/94, de 6 de Agosto, que veio refletir a aplicação daquela Diretiva no nosso país. Pela mão desta legislação, deixou de utilizar-se a designação de *medicamentos de venda livre* para se adotar a nomenclatura de *medicamento não sujeito a receita médica*. Segundo aquele diploma, os MNSRM não são participáveis a não ser que obedeçam a casos excepcionais devidamente justificados por razões de saúde pública.

Em 2000, publica-se a Portaria nº 713/2000, de 5 de Setembro, que regulou os preços a praticar com a comercialização de MNSRM não sujeitos a participação fixando as margens máximas praticáveis pelas farmácias e pelos distribuidores, respetivamente, 20% e 8% sobre o Preço de Venda ao Público, após dedução do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA).

Após entrada em vigor do Decreto-Lei nº 134/2005, de 16 de Agosto os MNSRM não participados, por sua natureza, passaram a poder ser comercializados também fora das farmácias. Para além disso, este documento veio induzir a redução de preços daqueles medicamentos, pois torna livre a sua fixação, desde que obedeça às regras de concorrência. Sublinhe-se que a venda de MNSRM participados se mantém em exclusivo nas farmácias e o seu preço não é livre. O Decreto-Lei nº 134/2005, de 16 de Agosto, obriga, também, a que sejam respeitadas as disposições legais impostas pelo Sistema Nacional de Farmacovigilância e o princípio de uso racional do medicamento.

Em 2007, é revogado aquele último diploma, pela publicação do Decreto-Lei nº 238/2007, de 19 de Junho. A principal alteração, ao nível dos MNSRM, foi a possibilidade da venda de MNSRM participados fora das farmácias, embora sem a participação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este decreto-lei veio introduzir novos medicamentos no grupo do MNSRM, procurando uma aproximação ao que se realizava já em outros países da Europa.

No mesmo ano, é publicado o Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, que vem estabelecer que os MNSRM pudessem ser comercializados não só em farmácias ou em locais autorizados para a sua venda, como também, ao domicílio ou através da *internet*.

De acordo com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (2012), existem em Portugal 955 locais registados que efetuam a comercialização de MNRSM.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Marketing Farmacêutico

Antes de mais, cabe à definição de marketing que segundo Kotler (2008, p. 27) e dentro do contexto do marketing farmacêutico, corresponde a “um processo social e gerencial pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam através da criação, oferta e troca de produtos de valor com outros”.

O objetivo final do marketing farmacêutico é a prescrição médica e, em consequência, a dispensa dos produtos nas farmácias (Carvalho e Teixeira, 2002).

O marketing farmacêutico não difere muito do marketing a que se recorre em outros sectores de atividade, utilizando as mesmas estratégias do *marketing mix*: produto, preço, distribuição e promoção. Ao conjunto destes quatro fatores, chamou McCarthy (1996, cit. por Kotler, 2008), os *quatro Ps* (*Product, Price, Place, Promotion*).

De acordo com Kotler (2008), a ferramenta mais básica de entre as diversas que compõem o *marketing mix*, ou *quatro Ps*, é o produto. Para este autor (*ibid*, p. 98), o produto corresponde à “oferta tangível da empresa para o mercado, que inclui qualidade, *design*, características, marca e embalagem”. Conduzindo o conceito de produto para o campo do marketing farmacêutico, de acordo com Italiani (2007, p. 122), na prática, devemos ir além daquele aspecto tangível, uma vez que o que é trabalhado é a “componente intangível de uma maneira muito agressiva na mente dos clientes”. Este trabalho é efetuado com recurso a “estratégias de relacionamento a longo prazo com médicos, pacientes e outros profissionais do mercado” (*ibid*, p. 122), o que significa “criar a percepção de uma diferença entre a oferta da empresa e a da concorrência na mente do consumidor” (*ibid*, p. 122). Ou seja, reportando para o marketing farmacêutico, no que se refere ao produto, trabalhar a sua parte tangível é insuficiente; a aposta deve centrar-se também na parte intangível daquele.

Italiani (2007) refere, então, que no segmento farmacêutico, a vertente produto deve ser considerada de grande importância e deve ser dividida em duas categorias: a diferenciação funcional e a diferenciação emocional. A primeira dessas categorias, a diferenciação funcional, relaciona-se com aspectos tangíveis do produto, ou seja, com

os atributos mensuráveis deste. De entre esses atributos, Italiani (2007) refere-nos: a eficácia do produto, os efeitos secundários, a posologia e a forma de apresentação farmacêutica.

Já em relação à diferenciação emocional, ou seja, aos aspectos intangíveis do produto, Italiani (2007) aponta os seguintes: imagem da empresa, relacionamento com a classe médica, prestação de serviços/solução de problemas e indicação pelos pacientes (a outros pacientes). Italiani (2007, p. 124) argumenta que esta estratégia (diferenciação emocional):

é utilizada quando existe pouca diferenciação dos produtos no mercado ou a força das empresas competidoras é tão grande que as empresas acabam recorrendo ao emocional, ao relacionamento, para aumentar a percepção de que os seus produtos são melhores do que os da concorrência.

Observe-se que esta estratégia é uma das mais adoptadas pelos laboratórios farmacêuticos, tendo em conta a baixa diferenciação funcional dos produtos por si comercializados. Italiani (2007, p. 76), refere que “esta [a diferenciação] é a principal barreira para produtos OTC, onde existe uma identificação dos clientes/pacientes por uma marca/empresa”. Para ultrapassar este aspecto, muitas empresas investem em “projetos de desenvolvimento de novas apresentações de produtos já existentes na tentativa de diferenciar seus medicamentos de forma a customizar a apresentação de acordo com a prática utilizada pelos médicos para o tratamento de determinada patologia” (*ibid*, p. 76). Associado a esta questão da diferenciação do produto, na IF, surge o problema de que, com frequência, um produto é lançado como diferente, porém, “na prática, percebe-se que o mesmo é apenas uma modificação na estrutura básica de uma molécula já estabelecida no mercado, não representando para os médicos vantagens adicionais” (*ibid*, p. 76).

Outro fator que pode constituir-se como uma barreira à entrada de um produto é o grande investimento promocional realizado por empresas multinacionais, uma vez que estas

“conseguem desenvolver um trabalho efetivo não somente aos médicos, mas também em outros profissionais de saúde e serviços para a população, impedindo que um novo entrante com menos investimento possa ser competitivo em determinados mercados, principalmente aqueles menos sensíveis ao fator preço” (ibid, p. 77).

Para além da classe médica, atualmente, a indústria farmacêutica considera, hoje em dia, a influência de outros intervenientes como sejam os profissionais de farmácia e, dependendo dos produtos, os profissionais de enfermagem. Italiani (2007, p. 21) observa que “farmacêuticos e enfermeiros vêm obtendo uma visibilidade cada vez maior no mercado, sendo responsáveis muitas vezes pela venda, padronização e/ou exclusão de medicamentos em hospitais, clínicas e farmácias”.

No que se refere à componente preço, Kotler (2008, p. 98) apresenta uma definição simplista dizendo que se refere à “quantidade de dinheiro que os consumidores pagam pelo produto”.

No lançamento de um produto novo, os fatores preço e produto do *marketing mix* estão interligados, pois o preço é definido, à partida, no lançamento do produto, o qual traz consigo um valor acrescentado, constituindo-se como uma componente de diferenciação dos produtos concorrentes no mercado.

Um terceiro aspecto apontado *no marketing mix* é a distribuição. De acordo com Kotler (2008, p. 98) refere-se às “várias atividades assumidas pela empresa para tornar o produto acessível e disponível aos consumidores-alvo”.

A distribuição funciona da mesma forma quer se trate de MSRM ou de MNSRM; por lei, é definido que a distribuição deve ser feita através dos grossistas e nos locais indicados. Para Italiani (2007) esta forma de distribuição facilita “a pulverização do produto em todos os pontos de venda além de diminuir e agilizar o processo” (*ibid*, . 135).

No que se refere à distribuição de medicamentos para a população, as farmácias constituem o principal canal, e de acordo com Italiani (2007 p. 17), essa nova forma de

comercialização tem algumas implicações importantes, como sejam, a *mudança na forma de comunicação* e a *forte competição*. Quando nos referimos à *mudança na forma de comunicação*, estamos a falar de dividir a tarefa dos representantes da IF (comunicação) partilhando-a com o farmacêutico e o balconista (realidade da farmácia). A *forte competição* corresponde à introdução da competição em preços no mercado, pois a farmácia, para aumentar as suas margens, tentará comprar o medicamento com menor preço.

Um último fator chave do *marketing mix*, é a promoção que, de acordo com Kotler (2008), deve ser entendida como “todas as atividades desempenhadas pela empresa para comunicar e promover seus produtos ao mercado-alvo” (*ibid*, p. 98).

A promoção constitui o fator de maior relevância para a IF e é onde se concentram os maiores esforços. Dentro destes esforços e de acordo com Ferreira (2008, p. 612), temos;

- Contato direto com os prescritores – através dos Delegados de Informação Médica (DIM);
- Uso de revistas especializadas – periódicos dirigidos à classe médica;
- Contato direto escrito – via correio, *e-mail* ou outro;
- Congressos científicos - com despesas suportadas pelos laboratórios;

Para Sarikaya, Civaner e Vatansever (2009), há ainda a considerar o contato com finalistas do curso de medicina. Segundo a organização *The Kaiser Family Foundation* (2003, p. 3), devem ainda ser tidas em conta a distribuição de amostras de medicamentos.

Corrêa & Oliveira (2008, p. 439) argumentam que “a indústria farmacêutica investe sua força de vendas em contatos com os médicos, realizando visitas e divulgando os seus medicamentos” com o objetivo de obterem prescrições dos seus produtos para os pacientes. De acordo com Kolhatkar e Inamdar (2012), o médico é quem decide o medicamento que o paciente vai comprar e consumir, sendo esta a razão pela qual o médico se torna a parte mais importante do marketing farmacêutico. De acordo com

Italiani (2007), a comunicação pode não ser direcionada para o consumidor final, mas para o médico que atua como intermediário neste processo. Assim, todas as empresas farmacêuticas se esforçam para estabelecer um bom relacionamento com eles.

Os mesmos autores (*ibid*, p. 2) afirmam ainda que, no marketing farmacêutico, a comunicação é uma das partes mais importantes e o objetivo principal é causar uma impressão positiva e duradoura.

Esta abordagem levanta questões éticas que, de acordo com aqueles autores (*ibid*, p. 439), se prendem com o facto de, em alguns casos, os laboratórios oferecerem viagens, custearem despesas para participação em congressos entre outros *prêmios* aos médicos que realizam uma maior aposta nos seus produtos.

Silva (2008) sustenta que a classe médica deve ser entendida como o principal responsável pelo sucesso ou fracasso dos diversos produtos farmacêuticos.

Uma das estratégias de que o marketing farmacêutico pode fazer uso para promoção de produtos é identificar os *key opinion leaders* (KOL). Rocha e Christensen (1999, cit. por Carvalho e Teixeira, 2002) definem KOL como pessoas que influenciam outras; no caso da IF, estes poderão corresponder a um determinado grupo de médicos dentro da classe médica. De uma maneira geral, e de acordo com Italiani (2007), estes correspondem a chefes de departamento ou professores universitários, entre outros. Para Gonul, Carter, Petrova e Srinivasan (2001, p. 79), “o envolvimento dos médicos como decisores-chave é a razão para eles serem o foco do maior esforço promocional das empresas farmacêuticas” (tradução livre do autor).

O autor Singer (2005) refere que na IF, o retorno é muito baixo para a publicidade direta ao consumidor.

3.2. Marketing de Relacionamento

“Mais do que gerir recursos, é necessário gerir relações” (Brito, 2000, p. 69).

Kotler (2008) refere a existência de três conceitos-chave no que se refere ao marketing em linhas gerais: i) atender as necessidades de forma rentável; ii) encontrar desejos e

satisfazê-los e iii) amar o consumidor, entre outros. Para o mesmo autor (*ibid*, p. 37), “o conceito de Marketing assume que a chave para atingir as metas organizacionais consiste em ser mais eficazes que os concorrentes para integrar as atividades de marketing satisfazendo assim, as necessidades e desejos dos mercados alvos”. Ou seja, os quatro pontos fundamentais do marketing são: mercado-alvo, necessidades dos consumidores, marketing integrado e rentabilidade, segundo o mesmo autor (*ibid*, p. 37).

A globalização trouxe consigo um mercado em que compradores e vendedores se tornam cada vez mais exigentes. Já não é suficiente suprir uma necessidade, mas sim encontrar a melhor forma de satisfazê-la. Passou-se de uma visão simplista de satisfação de necessidades para uma visão onde o objetivo é, primeiramente, prever essas necessidades. Enquanto vendedores conhecem melhor o que oferecem, compradores têm cada vez mais acesso a informação sobre os produtos ou serviços existentes no mercado. Por vezes, as informações não estão na posse do vendedor, mas antes de um intermediário/influenciador, sendo este quem detém informação mais aprofundada sobre os produtos ou serviços.

Esta realidade aplica-se à IF. No caso específico de um delegado de informação médica que visita um médico para promoção de um produto, o delegado veste o papel de intermediário/influenciador (detentor de informação aprofundada que repassa ao médico). O médico é visto como um decisor. Ou seja, o delegado de informação médica é o intermediário entre o médico e o paciente (consumidor final); influencia a decisão do médico. Este esquema relacional, de acordo com Churchill e Peter (2003), cria um círculo de envolvimento em que as relações entre consumidor final, influenciador e decisor são fortes e duradouras, gerando uma maior procura de produto ou serviço.

Gronroos (2000) não corrobora esta ideia e sugere que a essência do marketing está antes do momento da troca. Este autor fala de Marketing de Relacionamento e coloca o enfoque na criação de valor antes da entrega desse valor para o cliente.

Para Gummenson (2002), o termo marketing de relacionamento surgiu na literatura em 1983. Porém, foi apenas na década de 90 que ganhou expressão no meio empresarial (Gronroos, 2000). Stone, Woodcock e Machtynger (2001, cit. por Leal, 2005) referem

que foi nesta década que o marketing de relacionamento passou a ser utilizado como estratégia de fidelização de clientes.

Para Kotler (2008, p. 30), marketing de relacionamento deve ser entendido como “a prática da construção de relações satisfatórias a longo prazo com partes-chaves – consumidores, fornecedores e distribuidores – para reter sua preferência em negócios a longo prazo”. Do ponto de vista de Zeithaml e Bitner (2003, p. 139, cit. por Feliciano (2010), “o objetivo básico do marketing de relacionamento é a construção e a manutenção de uma base de clientes comprometidos que sejam rentáveis para a organização”.

De acordo com Zenone (2007), o Marketing de Relacionamento pode constituir uma abordagem importante para uma empresa se esta pretender a diferenciação no seu mercado de atuação.

Para Brito (2000), apostar no marketing de relacionamento implica conferir uma distinção clara entre este e o marketing tradicional, como referenciado na tabela 3.1.

Tabela 3.1: Distinção entre marketing tradicional e marketing de relacionamento.

Marketing Tradicional	Marketing de Relacionamento
Potencial Comprador – Comprador	Comprador - cliente
<u>Objetivo:</u> Vender, <i>i.e.</i> , atrair o potencial comprador.	<u>Objetivo:</u> Fidelizar, <i>i.e.</i> , reter o comprador.
<u>Meio:</u> Informar, motivar, persuadir, convencer.	<u>Meio:</u> Encantar, <i>i.e.</i> , exceder as expectativas.
<u>Técnicas de suporte:</u> Incentivar a compra: merchandising, promoções de vendas, venda pessoal, etc.	<u>Técnicas de suporte:</u> Recompensar a lealdade: cartão cliente, lembranças pessoais, atendimento personalizado, etc.

Adaptado de Brito (2000).

Pela tabela 3.1, verifica-se que enquanto o marketing tradicional se direciona apenas para a concretização da venda, o marketing de relacionamento aposta na fidelização, no comprometimento do cliente. Ou seja, a grande diferença entre estas duas abordagens é que enquanto que a primeira satisfaz o cliente, a segunda procura encantá-lo (Brito,

2000). Lindon *et al.* (2010), apresentam uma visão mais completa do que distingue o marketing de relacionamento do marketing tradicional (tabela 3.2).

Tabela 3.2: Marketing tradicional versus marketing de relacionamento.

	Marketing tradicional	Marketing de relacionamento
Perspectiva temporal	Curto prazo	Longo prazo
Função de marketing dominante	Marketing mix	Marketing interativo
Elasticidade do preço	Clientes mais sensíveis ao preço	Clientes menos sensíveis ao preço
Dimensão da qualidade dominante	Qualidade do produto / <i>output</i>	Qualidade das interações
Medida de satisfação do cliente	Quota de mercado	Quota de cliente
Sistema de informação do cliente	Estudos de mercado <i>ad-hoc</i>	<i>Feedback</i> em tempo real
Conhecimento do cliente	Anónimo	Identificação individual
Frequência dos contatos	Comunicação esporádica e unilateral	Diálogo constante
Foco da gestão	Gestão de produto	Gestão do cliente

Adaptado de Lindon *et al.* (2010).

Não obstante as diferenças apresentadas, não deveremos considerar que o marketing tradicional esteja renegado para segundo plano, mas sim que já não é suficiente.

No entanto, programar o marketing de relacionamento numa empresa pode ser um processo exigente. Para Gordon (1998 cit. por Zenone, 2007), implica mudanças no enfoque dos negócios da forma que se apresenta na tabela 3.3.

Tabela 3.3: Mudança no enfoque dos negócios.

Hoje	Amanhã
Observa o balanço dos bens das empresas.	Observa a lista de clientes e a lucratividade dos relacionamentos com os clientes como o bem durável da empresa.
Enfoque no negócio para atender segmentos de mercado. Venda para todos desse segmento.	Enfoque nos clientes individuais. Venda para clientes de acordo com a aceitação deles como parceiros de relacionamento. Desejo de administrá-los no sentido de uma maior lucratividade; discipliná-los para que os recursos de consumo sejam mais bem alocados para clientes prioritários ou demiti-los como clientes que não se desejam mais atender.
Sucesso do mercado é avaliado pela participação no mercado. Estratégias de gerenciamento de custos e de crescimento concentradas em produto e mercado.	Sucesso é avaliado pela participação do valor vitalício de clientes prioritários. Crescimento por meio de alinhamento lucrativo com clientes existentes preferenciais.

Adaptado de Gordon (1998, p. 111-112, cit. por Zenone, 2007, p. 45)

Transportando estas ideias para a indústria farmacêutica e, mais concretamente, para o enfoque do presente estudo – relacionamento da indústria farmacêutica com a classe médica, poderíamos apresentar a seguinte situação (tabela 3.4):

Tabela 3.4: Mudança no enfoque dos negócios.

Hoje	Amanhã
Observa o balanço dos bens das empresas	Observa a lista de médicos e a lucratividade dos relacionamentos com estes como o bem durável da empresa.
Enfoque no negócio para atender todos os médicos. Visita a todos.	Enfoque nos médicos do ponto de vista de visitação, de acordo com a aceitação deles como parceiros de relacionamento. Desejo de administrá-los no sentido de uma maior lucratividade; discipliná-los para que os recursos de investimento sejam mais bem alocados para os médicos prioritários ou excluí-los como médicos a não visitar mais.
Sucesso do mercado é avaliado pela participação no mercado.	Sucesso é avaliado pela participação do valor vitalício dos médicos principais.
Estratégias de gerenciamento de custos e de crescimento concentradas em todo o mercado (médicos).	Crescimento por meio de alinhamento lucrativo com clientes existentes preferenciais – estabelecer um painel de médicos principais a visitar, bem como a frequência da visita.

Elaboração própria.

Marcos Cobra (2003) refere que o investimento em marketing de relacionamento se vem concretizando em cinco níveis, como evidenciado na tabela 3.5.

Tabela 3.5 – Os cinco níveis de investimento em marketing de relacionamento.

Nível	Ação
Básico	Resposta às necessidades primárias reveladas pelos clientes.
Reativo	Compreensão do esforço realizado pela empresa para fazer frente à concorrência.
Responsável	Procura do <i>feedback</i> do cliente em relação ao produto ou serviço.
Proativo	Antecipação face à concorrência; Oferta de serviços inesperados pelo cliente.
Parceiro	Procura de relacionamento de cumplicidade, mantendo a fidelização.

Fonte: Cobra (2003).

Nos dias de hoje, o marketing de relacionamento tem por objetivo conquistar a maioria dos clientes, fidelizando-os como parceiros de negócio. Churchill e Peter (2003) argumentam que tal é conseguido estabelecendo relacionamentos que se verifiquem mutuamente benéficos e que sejam duradouros, pois os clientes valorizam mais as

relações de parceria. O mesmo argumento é apresentado em Kotler (2008) que refere que esta tendência – de estabelecimento de relacionamentos duradouros e lucrativos – se vem verificando cada vez mais, uma vez que as empresas estão mais afastadas do marketing de transação com enfoque na venda, passando a ênfase para o relacionamento.

Brito (2000, p. 70) vai mais além e aponta que “investir num relacionamento estável e estreito com os clientes pode dar origem a retornos significativos em termos de redução de custos administrativos e de estocagem, simplificação da atividade de planeamento, melhores condições de compra, etc.”. É neste contexto que o *lifetime value* ganha importância. Brito (2000, p. 70) define este conceito como “o valor de um cliente medido em função dos proveitos que ele gera ao longo do seu relacionamento com a empresa”. O mesmo autor (*ibid*, p. 70) identifica, então, cinco fases do ciclo de vida de uma relação: i) conhecimento – cada uma das partes (empresa e cliente) sabe da existência uma da outra, por exemplo, pela participação em feiras, congressos, visita de informação médica, etc. ; ii) exploração – corresponde à fase da descoberta, gerando aprofundamento da informação de cada uma das partes sobre a outra; iii) expansão – diz respeito à experimentação com recurso, por exemplo, a amostras de medicamentos, provas, garantias de retoma, etc.; iv) comprometimento – corresponde à consolidação da relação e v) dissolução – quando uma das partes não verifica interesse em manter a relação.

Brito (2000) argumenta que a empresa deve direccionar a sua aposta para os clientes com maior *lifetime value*. Ou seja, deve investir nos clientes mais valiosos ainda que estes sejam em menor número, ao invés de investir num grande número de clientes com pouco potencial.

Gordon (2000, cit. por Leal, 2005) refere que a tendência de criar e apostar em relacionamentos duradouros e benéficos é consequência do aumento da competitividade que surge como resultado da introdução de inúmeros novos produtos. Esta circunstância aplica-se, igualmente, à indústria farmacêutica, em que a cada ano surgem mais produtos novos (muito semelhantes em eficácia e segurança) para uma mesma terapêutica, aumentando, assim, as opções do médico. De acordo com Wazana (2000), é este facto que direcciona, cada vez mais, as empresas farmacêuticas a incrementarem

seus investimentos em marketing. Todos estes fatores tornam o mercado farmacêutico bastante competitivo, o que significa que apenas as vantagens dos produtos em si não são suficientes. Isso justifica o investimento do marketing no relacionamento com o médico influenciando o comportamento deste na sua opção terapêutica por determinado produto.

Kotler e Simon (2004, cit. por Moori, Leal e Lelis, 2011) afirmam que a principal vantagem competitiva para as empresas farmacêuticas deverá ser a gestão do relacionamento com os médicos e acrescentando que ainda há a desenvolver novas abordagens de marketing de relacionamento que agreguem valor aos clientes levando os médicos a desejarem novamente estabelecer interação frequente com o DIM.

Scharitzer e Kollarits (2000) levaram a cabo uma pesquisa, na Áustria, em que apuraram que a relação de satisfação estabelecida entre o médico e os representantes dos laboratórios (delegados de informação médica) influencia o comportamento de prescrição daqueles profissionais. Andaleeb e Tallman (1996) realizaram também um estudo tendo, igualmente, concluído a existência de uma parceria entre médicos e representantes de laboratórios, sendo estes considerados como importante fonte de informação, facto que quando aliado com o reconhecimento de um bom relacionamento, conduz a que os médicos optem pelos produtos promovidos por esses representantes.

Kolhatkar e Inamdar (2012) confirmam que a promoção de medicamentos influencia fortemente o comportamento de prescrição. Mais ainda, estes autores (*ibid*, p. 5) sugerem que os médicos inquiridos no seu estudo (realizado na Índia) estão mais interessados na sua atualização acerca de novas informações científicas.

Leal (2005) cita os autores Crosby, Evans e Cowles (1990) que referem que o vendedor é um elemento que assume um papel fundamental na gestão do relacionamento, tornando-se mesmo um gerente de relacionamento, sobretudo em empresas de produtos complexos, como sejam os laboratórios farmacêuticos. Este relacionamento é um processo contínuo que procura estabelecer uma proximidade com o cliente, desenvolvendo laços mais fortes ao longo do tempo. Por outro lado, Gronroos (2000) argumenta que relacionamentos de longo prazo podem não ser permanentes, já que existe a possibilidade de surgir curiosidade por parte do cliente em experimentar outros

serviços ou produtos. Tal acontece se, num determinado período de tempo, o atual parceiro de relacionamento não acompanhar as inovações do mercado.

Outros estudos, como o realizado por Prounis (2003), concluem que não obstante o relacionamento estabelecido, os médicos evidenciam insatisfação com os representantes laboratoriais e argumentam não mais os receberem se estes não entregarem amostras grátis. De acordo com Carvalho e Teixeira (2002), a entrega de amostras grátis desempenha um papel importante da adoção de um novo produto.

Porém, para Kotler e Simon (2004, cit. por Moori, Leal e Lelis, 2011), o relacionamento continua a ser uma das principais ferramentas para a indústria farmacêutica. O que é necessário é repensar as estratégias de marketing de relacionamento para que esse trabalho seja valorizado, estabelecendo a receptividade do médico às futuras visitas do delegado de informação médica.

3.3. Fatores de influência no ato de prescrição

Os autores Melo e Braga (2003, p. 503) argumentam que a “publicidade em revistas (...), a publicação de artigos (...) em jornais e revistas, a organização de congressos e de encontros de cariz formativo e as frequentes visitas dos delegados de informação médica (...) são algumas das formas usadas pela IF de forma a influenciar a prescrição”.

Os mesmos autores referem que a maioria dos médicos considera que as ações levadas a cabo pela IF não exercem influência no seu comportamento de prescrição (*ibid*, p. 503). Este facto é corroborado por Barros e Joany (2002), Granja (2002) e Wazana (2000). Porém, um estudo realizado por Lexchin (1997) aponta a direção contrária.

O autor Barros (2000) sugere que a informação recebida pelos médicos através da IF é o principal fator de influência nas suas prescrições. O mesmo autor (*ibid*, p. 422) cita Haaijer-Ruskamp e Hemminki, (1993) que há duas décadas apontavam que a informação veiculada pela indústria farmacêutica ocupava já lugar de destaque na informação recebida pelos médicos e que se estes apresentassem uma atitude pouco crítica em relação às ações promocionais realizadas acabariam por realizar prescrições de baixa qualidade.

Barros (2000) cita também um estudo de Mackowiak e Gagnon (1985, cit. por Barros, 2000) em que se concluiu que a maioria daquela informação era veiculada pela figura do DIM e aponta outros estudos (Harvey et. al, 1986; American College of Physicians, Health and Public Policy Committee, 1988, cit. por Barros, 2000) em que se constatou que o contato pessoal apresenta maior eficácia no que se refere a exercer influência sobre a prescrição.

Furtado e Pereira (2006) referem estudos (Jones, Greenfield e Bradley, 2001; Lundborg, Hensjo e Gustafsson, 1998 e Peay e Peay, 1984) em que se concluiu, também, que, no que se refere à introdução de um novo fármaco, a principal fonte de informação médica é a IF pela via do DIM. Na fase seguinte, que corresponde ao aumento do conhecimento e avaliação desse fármaco, as fontes de informação já serão mais diversas e parece que os médicos tendem a confiar na experiência dos colegas de profissão e nas publicações científicas (Peay e Peay, 1990, cit. por Furtado e Pereira, 2006). De referir que os dados apresentados por Furtado e Pereira (2006) não correspondem ao território português. Com o intuito de conhecer esta realidade para Portugal, os autores Furtado e Pereira (2006) realizaram um estudo na região de Lisboa tendo concluído que, também neste país, para obtenção de conhecimento de um novo fármaco, são os delegados de informação médica a principal fonte de informação. Os mesmos autores (*ibid*, p. 304) concluíram ainda que

“no que se refere à informação do seu efeito terapêutico as fontes mais referidas foram os estudos fornecidos pela indústria farmacêutica e os artigos de revistas científicas. Já no que respeita à informação sobre a utilidade da terapêutica para a prática clínica os médicos referiram maioritariamente os artigos de revistas científicas”.

Também no que concerne ao conhecimento da eficácia terapêutica e às avaliações económicas, os médicos inquiridos no estudo realizado por Furtado e Pereira (2006) indicaram ser o DIM a principal fonte de informação. Com este estudo, os autores

concluíram ainda que estes resultados se verificam mais consistentes em Centros de Saúde quando comparados com os hospitais (*ibid*, p. 306).

Um estudo realizado, em Portugal por Pinto, Silva e Curto (2010) apontou que as principais razões para as escolhas de prescrição são a eficácia do produto e a empresa que o produz, que se traduzem, respetivamente, no sucesso do resultado do tratamento e na confiança nos meios de terapêutica disponíveis.

Outro estudo (Vancelik, Beyhun, Acemoglu e Calikoglu, 2007, cit. por Broeiro, 2008), por sua vez, aponta que a idade do médico, o treino, a influência da indústria, o ambiente e o contexto de prática são os principais fatores de influência do ato de prescrição médica.

Arruda, Ferreira, Weiblen e Pereira (2009) realizaram uma pesquisa no Brasil e apuraram que o principal fator de que influencia o ato de prescrição médica é a apresentação de estudos científicos que comprovem a eficácia, qualidade e segurança e que confirmam credibilidade ao medicamento. O segundo fator encontrado foi o preço do medicamento. Refira-se que nesta mesma pesquisa, o relacionamento entre o DIM e o médico ocupou a quarta posição de entre os dez fatores selecionados para estudo.

Moori, Leal e Lelis (2011) afirmam que as publicações científicas exercem forte influência no ato de prescrição.

Dentro dos fatores mencionados acima tem sido registado um aumento na influência sobre os prescritores, não só através do estabelecimento de um relacionamento com a classe médica, mas também através de um marketing agressivo no que se refere aos produtos. De acordo com Agrawal (2004), este marketing agressivo é conseguido através do patrocínio contínuo em formação médica, apoio de associações profissionais de médicos e associações de doentes. O mesmo autor (*ibid*, p. 185) refere outras ações de marketing utilizadas pela IF como sejam os almoços grátis, oferta de material de escritório (*i.e. pens*), itens pessoais (pastas de trabalho), apoio na educação/formação, oferta de livros, patrocínio de viagens e de eventos recreativos (*i.e. jogos de golfe*).

Em relação à formação contínua dos médicos, escreve Guðmundsson (2005, p. 497) que

“o valor formativo dos congressos internacionais é claramente incontestável e estes são uma parte necessária para a continuidade da formação médica. Além disso, as pesquisas científicas precisam ser apoiadas e promovidas. Neste caso, o papel das empresas farmacêuticas tem sido valioso e louvável” (tradução livre do autor).

No estudo realizado por Carvalho e Teixeira (2002) foi apurado que a grande maioria dos médicos (96%) é a favor do patrocínio da participação em congressos, pois ajuda na memorização dos produtos. Devido à escassez de tempo dos médicos, esta é uma boa oportunidade para promover os produtos. De referir que em relação à influência daquele patrocínio no ato de prescrição, apenas 43% dos médicos inquiridos o considerou relevante. Ou seja, a participação dos médicos nos congressos é vista como uma forma de promoção do produto ao mesmo tempo em que melhora o relacionamento entre médico e o DIM que o convidou para determinado congresso.

Estas ações e outras formas de marketing farmacêutico criam uma obrigação de reciprocidade o que poderá influenciar o comportamento do médico no que se refere à prescrição (Agrawal, 2004). Este médico pode ser duplamente lucrativo, pois além de poder ter um bom potencial de prescrição já utiliza os produtos da empresa. O facto de estar envolvido em alguma ação de marketing suscita no médico a reciprocidade (*ibid*, p. 186). Este aspecto é também referido em Reeder, Dougherty e White (1993, cit. por Granja, 2005).

Granja (2005) realizou um estudo qualitativo relativo às ações de marketing levadas a cabo pela IF em Portugal e apurou que, comparativamente com países como Estados Unidos da América e Canadá, o valor dos brindes e ofertas em Portugal é inferior embora mais frequentes. A autora refere que no Canadá, se verifica um valor médio de cinco artigos por ano, rondando os 12,5€ por ano. (*ibid*, p. 63), No mesmo estudo, a autora refere que, em Portugal, a comparticipação de despesas de inscrição e alojamento em congressos atinge valores superiores aos dos países acima referidos (*ibid*, p. 63).

Medeiros (2007) refere que, na extensão de Estói, Centro de Saúde de Faro, os materiais mais frequentemente disponibilizados pelos DIM foram brochuras promocionais de medicamentos, considerando-as como um complemento da informação apresentada.

3.3.1. O relacionamento entre classe médica e o delegado de informação médica

Quando se fala em relacionamento entre a classe médica e os laboratórios farmacêuticos fala-se da relação médico – delegado de informação médica. É este profissional que estabelece contato direto com o médico promovendo produtos, veiculando informação científica e técnica e apresentando situações do interesse de ambos que permitam a fidelização/lealdade do médico perante os produtos de um determinado laboratório. Para Berry e Parasuraman (1996, cit. por Moori, Leal e Lelis, 2011, p. 42) “a ligação pessoal estabelecida com os clientes através dos funcionários que atuam na linha de frente pode realmente encorajar o cliente a permanecer num relacionamento na ausência de razões poderosas para mudar”. McKenna (1996, p. 105 cit. por Moori, Leal e Lelis, 2011, p. 42) aponta também para esta direção referindo que “uma relação pessoal é uma forma de manter a fidelidade do cliente”.

Em relação a este aspecto e no que se refere à IF, Wazana (2002, p. 375) argumenta que

“as interações com os delegados de informação médica foram identificadas como tendo impacto na prática de prescrição realizadas por médicos no que se refere ao custo da prescrição, à prescrição irracional, na conscientização, na preferência e na prescrição rápida de novas drogas (...)” (tradução livre do autor).

De acordo com Italiani (2007), podem verificar-se quatro estágios do processo de utilização do medicamento: i) necessidade do médico conhecer um produto novo – cabe ao laboratório fazer com que o médico tenha uma experiência com o produto, o que poderá ser conseguido com o recurso a amostras grátis; ii) utilização dos produtos da concorrência – o laboratório deverá identificar as preferências terapêuticas do médico para depois apresentar as vantagens do seu produto face à concorrência; iii) utilização esporádico dos produtos da concorrência e utilização frequente do nosso produto – implica a necessidade de fidelização do cliente, o que pode passar pelo destaque da diferenciação do produto; iv) grande utilização do produto da empresa – deverá fazer-se manutenção das ações e aumento na frequência de visitas do DIM. De referir que os

quatro pontos acima mencionados são, maioritariamente, levados a cabo pela figura do DIM.

Os DIM veiculam informações sobre os medicamentos para os médicos e são o fator-chave para que aqueles se tornem aceites e sejam prescritos (Wright e Lundstrom, 2003). Um estudo levado a cabo por Andaleeb e Tallman (1996) permitiu concluir que os médicos veem os DIM como importantes fontes de informação, embora esses mesmos médicos considerem que lhes seria possível obter a mesma informação sem o apoio do DIM. Também Medeiros (2007) refere um estudo realizado por Prosser e Walley (2003, cit. por Medeiros, 2007) em que se concluiu que os delegados de informação médica são a principal fonte de informação para os médicos de clínica geral, influenciando-os nas suas prescrições.

A visita do DIM, de acordo com Italiani (2007), tem como principais objetivos: i) consciencialização da existência de um produto ou marca; ii) criação da imagem da marca; iii) apresentação das vantagens do produto, tais como, melhor resposta terapêutica, menores efeitos secundários, melhor relação custo-benefício, toma facilitada, melhor qualidade de vida; iv) contra argumentação da informação da concorrência; v) motivação para a utilização do produto; vi) estabelecimento de um estreito relacionamento com o médico.

Moss e Schuiling (2004) argumentam que os médicos dispõem cada vez de menos tempo para receber os DIM, numa era em que há cada vez mais informação veiculada por estes. Desta forma, o tempo que determinado DIM tem para fornecer informação assume um papel muito importante no que se refere à tomada de decisão a ser realizada pelo médico no que se refere à prescrição (*ibid*, p. 56).

Para Wright e Lundstrom (2003), o DIM é, também, visto como o responsável por providenciar informações credíveis sobre os produtos para os médicos, sendo o acesso a estes cada vez mais limitado e concorrido. Como resultado, os médicos disponibilizam cada vez menos tempo para os delegados de informação médica. Em consequência, para estes autores (*ibid*, p. 30) verifica-se a desvalorização do trabalho do DIM e aumento do tempo necessário para se estabelecer um relacionamento efetivo, sendo, assim, cada vez mais importante criar uma percepção positiva rapidamente. Prosser e Walley (2003) acreditam que a forma de apresentação da literatura do produto influencia os hábitos de

prescrição do médico, pois no fundo esta apresentação acaba por ser um método de marketing de comunicação. Esta estratégia pode até permitir ao DIM levar o médico a concordar com o seu ponto de vista sobre determinado produto e encarar esse facto de uma forma neutra.

Wright e Londstrom (2003) propõem um modelo explicativo das percepções do clínico acerca do DIM. Segundo este modelo, a percepção que um médico adquire sobre determinado laboratório farmacêutico depende, em grande parte, dos valores e características pessoais que absorve do DIM, levando o clínico a sentir-se mais inclinado para receber e escutar o DIM e a desenvolver um relacionamento positivo com este. Este relacionamento positivo em conjunto com as vantagens de determinado produto (apresentadas pelo DIM) em relação à concorrência, podem aumentar a prescrição desse produto (*ibid*, p. 32). Estes autores vão mais além e referem que este relacionamento cria um valor que conduz a uma melhoria nos cuidados prestados ao paciente (*ibid*, p. 34). Isto implica que o DIM identifique as necessidades do médico para depois o convencer de que o(s) seu(s) produto(s) satisfaz(em) essas necessidades.

Sendo esta tarefa realizada de forma eficaz, os delegados de informação médica podem modificar hábitos de prescrição médica (Melo e Braga, 2003).

Caudill, Johnson, Rich e McKinney (1996, cit. por Dana e Lowenstein, 2003) realizaram estudos em que apuraram que quanto maior o número de contatos entre o médico e o DIM, de uma forma geral, mais caros eram os medicamentos prescritos.

Lexchin (1996), concluiu que os médicos mais visitados por delegados de informação médica tendiam a prescrever medicamentos mais caros. As mesmas conclusões foram apuradas por Caudill, Johnson, Rich e McKinney (1996, cit. por Dana e Lowenstein, 2003) e por Bower e Burkett (1987, cit. por Dana e Lowenstein, 2003).

Os autores Prosser e Walley (2003) concluem que o sucesso do relacionamento do médico com o DIM vai além da simples transmissão de informação; depende de uma complexa interação entre ambos, da capacidade e estilo pessoais do DIM. Carvalho e Teixeira (2002, p. 66) apontam que há que salientar que a empatia se constitui como um ponto importante no relacionamento, pois “esta permite uma aproximação interpessoal”. Para os mesmos autores (*ibid*, p. 67), “é importante que não se tente impor o receituário,

pois isto cria uma barreira natural que impede uma comunicação efetiva entre o propagandista [DIM] e o médico”. Carvalho e Teixeira (2002) referem também que, no seu estudo, a espontaneidade do DIM foi considerada como fator relevante.

Os médicos de clínica geral vêem o DIM como uma fonte de atualização de informação tendo acesso a conhecimentos técnicos e pesquisa clínica (*ibid*, p. 310).

Alguns médicos encaram a visita do DIM como uma parte da sua atividade diária. É uma pausa no atendimento dos pacientes e uma oportunidade para um *refresh* (Prosser e Walley, 2003). Carvalho e Teixeira (2002) apuraram que a maioria dos médicos inquiridos no seu estudo (42,86%) não observam qualquer impedimento para receber o DIM; tratam-se de médicos mais acessíveis e generalistas.

Mansfield *et al.* (2006, cit. por Broeiro, 2008) referem um dado importante no que concerne ao ato de prescrição: parece existir uma relação entre a promoção farmacêutica e a medicação. Porém, os mesmos autores referem (*ibid*, p. 600) que muitos médicos fazem a clara distinção entre a informação promocional justificada e aquela injustificada. Há que considerar a susceptibilidade de cada médico para saber fazer bom uso daquela distinção. Ou seja, um médico pode distinguir entre informação relevante e irrelevante, porém, pode ser mais influenciado pela promoção do que outros.

Quando se trata de considerar a classe médica como decisiva na opção por determinado produto, a IF enfrenta o problema de não haver por parte do médico a emissão de um documento que comprove a utilização do produto, após a promoção junto deste. Neste contexto, na IF, o que se *vende* é um conceito. Ou seja, a IF através do DIM, apresenta as mais valias de determinado produto, quer seja, preço, eficácia, menos efeitos secundários, etc., quando em comparação com a concorrência, e aceita o pressuposto da venda ou não venda.

Atualmente, com os avanços tecnológicos, é possível ter acesso ao número de comercializações realizadas entre farmácias e armazenistas e vice-versa. Empresas como Intercontinental Marketing Services (IMS) e Health Market Research (HMR) vendem à IF informações seguras obtidas a partir de dados de vendas/compras realizadas pelas farmácias. Essas informações, para além de dados relativos à comercialização, estendem-se ao armazenamento de medicamentos MSRM e MNSRM,

Podem não abranger todo o universo de farmácias, pois dependem da adesão destas em fornecer aquelas informações, não obstante as empresas IMS e HMR oferecerem, por exemplo, prestação de serviços em contrapartida. A não adesão de algumas farmácias pode distorcer a informação final, visto que é utilizada uma extrapolação para obtenção dos resultados. Para Wiltemburg (2007, p. 44), “fornecedores de informações e empresas farmacêuticas tiraram proveito deste facto, fazendo da indústria farmacêutica uma das mais bem servidas em termos de fontes de informações competitivas para fins estratégicos e de tomada de decisão”.

Os dados fornecidos podem ser apresentados sob a forma de *sell in* (utilizado pela IMS) ou *sell out* (utilizado pela HMR). O termo *sell in* refere-se aos valores (preço e número de embalagens) registados em notas de encomenda e, conseqüentemente, em faturação. *Sell out* designa os valores (preço e número de embalagens) referentes às vendas realizadas pelas farmácias ao consumidor final.

Porém, os dados fornecidos por aquelas empresas, embora de grande importância, não permitem perceber que determinado médico prescreveu, efetivamente, determinado produto. Aliás, a este nível, a recolha de informação é bastante difícil. Italiani (2007, p. 37) afirma mesmo que “o médico perdeu a fidelidade a determinada empresa/produto e a diferenciação é o grande desafio dos profissionais de marketing”.

4. METODOLOGIA

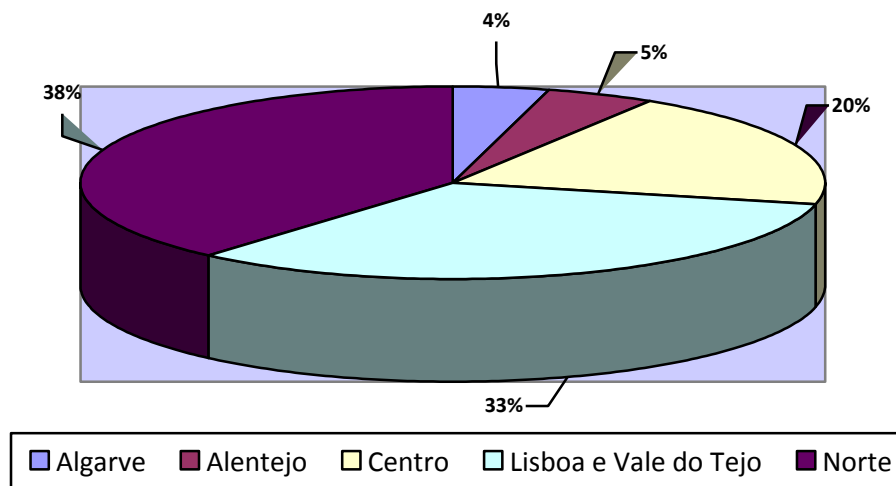
4. METODOLOGIA

4.1. População alvo e seleção da amostra

A presente investigação incidirá sobre a classe médica a exercer funções de clínica geral – Medicina Geral e Familiar. Considerámos a escolha da classe médica como população alvo do nosso estudo uma vez que é nesta que está o grande foco da IF; o médico é o interveniente com maior poder de decisão na escolha da opção terapêutica para o paciente. Este argumento é válido, igualmente, quando se trata de MNSRM, sendo ainda o médico, o principal interveniente. Justifica-se, desta forma, a grande preocupação do marketing em desenvolver estratégias direcionadas a estes profissionais.

Segundo dados da Administração Central do Sistema de Saúde (2012), em Portugal Continental, em Dezembro de 2011, aquela especialidade apresentava a seguinte distribuição por Região (gráfico 4.1).

Gráfico 4.1 – Distribuição dos médicos a exercer em Clínica Geral por região em Portugal Continental.



Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde.

O gráfico 4.1 mostra que a região de Portugal Continental que tem mais clínicos de Medicina Geral e Familiar é a Região Norte (38%), sendo o Algarve a região que apresenta menos médicos naquela especialidade (4%).

A tabela 4.1 apresenta a distribuição dos médicos de Clínica Geral por região e por faixa etária. Os valores apresentados a sombreado representam a população alvo da presente investigação.

Tabela 4.1 – Número de médicos com especialidade em Clínica Geral – Medicina Geral e Familiar, distribuídos por faixa etária e por região de Portugal Continental;

	Região/ Instituição								
	Faixa etária	Algarve			Alentejo	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Norte	Total Geral
		Centros de Saúde	C. H. B.A.	H.F.					
Grupo Profissional	Pré-Carreira	0-29	17		10	116	191	341	675
		30-39	15		12	63	116	145	351
	Internato Médico	40-49	4		4	10	18	14	50
		50-59			1	5	18	8	32
		+60			1		1	1	3
	Total		36		28	194	344	509	1111
	Médicos	0-29	1			10	17	29	57
		30-39	35	2	2	28	155	336	831
		40-49	32	6	6	38	109	282	665
		50-59	122	7	5	195	779	1354	3687
+60		42	5	4	47	150	290	795	
Total		232	20	17	308	1203	2258	6035	
Total Geral		268	20	17	336	1397	2767	7146	

Legenda: CHBA – Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio; HF – Hospital de Faro. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2012)

Pela leitura da tabela 4.1, verificamos que a maior concentração de clínicos se encontra na Região Norte, quer a nível dos médicos em internato (509 médicos), quer a nível dos médicos de carreira (2258 médicos). A região que apresenta menos clínicos em pré-carreira é a Região Alentejo (28 médicos) e a que apresenta menos clínicos de carreira é a Região Algarve (269 médicos). De entre os médicos em internato médico, o maior índice verifica-se na faixa etária abaixo dos 29 anos de idade (675 médicos), sendo as faixas acima dos 49 a que apresentam menor número (zero médicos). Já para os médicos de carreira, a faixa etária com número mais elevado é a faixa dos 50 aos 59

anos de idade (3687 médicos) e a faixa em que se registam menos médicos é a faixa abaixo dos 29 anos de idade (57 médicos).

Como população alvo do nosso estudo escolhemos os médicos a exercer funções nos Centros de Saúde da Região Algarve (232 médicos), uma vez que é junto deste grupo que exercemos a nossa atividade laboral (Informação Médica); trata-se, pois, de uma seleção de amostra por conveniência.

Deve referir-se que alguns dos médicos que exercem funções em Centros de Saúde não apresentam regime de exclusividade para com aquelas entidades, complementando a sua atividade laboral com trabalho em consultórios particulares, hospitais particulares (quer ao nível da consulta de clínica geral, quer ao nível da urgência) ou pela prestação de serviços a empresas de seguros.

4.2. Questionário

O questionário (apêndice I) utilizado na presente investigação foi construído a partir dos instrumentos aplicados nos estudos de Borba (2007) e Fiaschetti (2009). Encontra-se dividido em três partes, sendo a primeira parte constituída por dez questões que pretendem a recolha de informação relativa à caracterização sócio demográfica dos inquiridos, bem como da sua atividade laboral. Os itens considerados para esta caracterização foram: género, idade, nacionalidade, tempo de serviço, número de pacientes que atende por dia, número de medicamentos não sujeitos a receita médica prescritos por dia, número de delegados de informação médica recebidos por dia, tempo médio, em minutos, de cada visita de delegados de informação médica, local de atendimento de delegados de informação médica, local dentro do local de trabalho (Centro de Saúde ou consultório particular) onde recebe o delegado de informação médica. Todas as questões desta primeira parte são de escolha múltipla.

A segunda parte do questionário visa a recolha de opinião dos médicos acerca dos delegados de informação médica. Pretende-se com estas questões perceber se as ações de marketing levadas a cabo pela IF exercem influência positiva no relacionamento DIM – médico. Pretende-se ainda perceber se esse relacionamento influencia positivamente a prescrição de MNSRM. Esta segunda parte do questionário é composta

por sete questões em que se fez uso de uma escala do tipo Likert de cinco pontos em que as opções de resposta são: 1 – Concordo totalmente; 2 – Concordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Discordo; 5 – Discordo totalmente.

A terceira parte é constituída por seis questões e pretende-se a recolha de opinião dos médicos acerca da influência das ações de marketing da IF sobre a prescrição de MNSRM. Destas seis questões, em seis é usada a mesma escala tipo Likert acima descrita.

O autor Samuel Messick (1989b, cit. por Messick, 1995) considera que a validade de um instrumento é um julgamento global do grau de adequação das evidências empíricas aos fundamentos teóricos de apoio. Maroco & Garcia-Marques (2006, p. 66) consideram que “a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos instrumentais iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável”. Ainda para estes autores (*ibid*, p. 66), “qualquer referência a questões de fiabilidade (...) de uma medida suscita referência ao índice Alfa de Cronbach”. Segundo Nunnally (1994) para se considerar aceitável, o coeficiente Alfa de Cronbach tem que ser igual ou superior a 0.70. Os dados recolhidos pela aplicação do nosso questionário à nossa amostra foram introduzidos no *software IBM SPSS Statistics 19*. Foi apurado o valor de 0,81 para o coeficiente Alfa de Cronbach para o conjunto de questões que compõem a segunda parte do questionário. Para o terceiro grupo de questões, foi apurado o valor 0,84 para aquele coeficiente. Assim, o valor obtido no nosso estudo foi considerado aceitável significando a fiabilidade do instrumento por nós aplicado.

Para validar o questionário acima referido foi realizado um pré-teste em que foram aplicados 10 questionários.

4.3. Recolha de dados

Como se referiu, o universo alvo deste estudo é constituído pelos médicos com especialidade de clínica geral que exercem a sua função nos Centros de Saúde da região Algarve. A seleção dos Centros de Saúde em que foi aplicado o questionário foi

efetuada de forma aleatória, tendo sido selecionados os seguintes: Centro de Saúde de Lagos, Centro de Saúde de Loulé, Centro de Saúde de Olhão, Centro de Saúde de Albufeira, Centro de Saúde de São Brás de Alportel, Centro de Saúde de Faro, Centro de Saúde de Lagoa, Centro de Saúde de Tavira, Centro de Saúde de Boliqueime, Centro de Saúde de Almancil, Centro de Saúde de Portimão e Centro de Saúde Ria Formosa.

A distribuição dos questionários foi efetuada, presencialmente, pelo investigador entre 11 a 22 de Janeiro de 2013. Por questões económicas e de tempo, foram distribuídos apenas 150 questionários tendo sido recolhidos 63. Os questionários foram entregues no Centro de Saúde pelo investigador e recolhidos posteriormente pelo mesmo.

Com cada questionário foi entregue uma Carta de Apresentação (Apêndice II) em que eram mencionadas as condições de colaboração com a presente investigação, mediante o preenchimento do questionário.

4.4. Análise estatística

O presente estudo tem carácter quantitativo. Os dados recolhidos foram estatisticamente trabalhados com recurso ao *software IBM SPSS Statistics 19*.

Para avaliação de consistência interna recorreu-se ao valor de Alfa de Cronbach.

Para a caracterização sócio demográfica da amostra recorreu-se a estatísticas descritivas apresentando-se tabelas de frequência e gráficos diversos.

Para responder às questões de investigação, recorreu-se também a estatísticas descritivas (leitura dos valores de frequência absoluta e percentagem) uma vez que a amostra não é aleatória o que não permitia fazer inferência estatística.

Foi realizada ainda uma análise de *Clusters* para criação de tipologias de médicos prescritores de MNSRM. Recorreu-se a esta análise porque esta

“procede ao agrupamento dos indivíduos em função da informação existente, de tal modo que os indivíduos pertencentes ao mesmo grupo sejam tão semelhantes

quanto possível e sempre mais semelhantes aos elementos do mesmo grupo do que a elementos dos restantes grupos” (Pereira, 2008).

O procedimento de agrupamento utilizado na nossa análise de *Clusters* foi o método Ward. Como medida de distância foi utilizado o quadrado da distância euclidiana para definir a dissemelhança entre grupo de médicos prescitores de MNSRM.

A análise de *Clusters* realizada incidiu sobre as questões incluídas nas Partes II e III do questionário.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Na região do Algarve existem 232 médicos a exercer clínica geral em centros de saúde (tabela 7, seção 4.1.). Deste universo, foram inquiridos 63 indivíduos, o que significa que a nossa amostra representa 27,16% da população alvo.

Realizou-se a caracterização sociodemográfica desta amostra com recurso ao cálculo de medidas de estatística descritiva. Para cada uma das variáveis analisadas foram efetuados cruzamentos com outras variáveis.

Em relação a variável género, foram inquiridos 28 indivíduos do género feminino (44,4%) e 35 indivíduos do género masculino (55,6%).

A tabela 5.1 apresenta a distribuição dos dois géneros por faixa etária.

Tabela 5.1 – Distribuição dos indivíduos por género e por idade.

	Género		Total	
	Feminino	Masculino		
Idade	30-39	19	17	36
		67,7%	48,8%	57,1%
	40-49	5	9	14
		17,7%	25,7%	22,2%
	50-59	4	8	12
	14,3%	22,9%	19,1%	
>59	0	1	1	
	0,0%	2,9%	1,6%	
Total	28	35	63	
	100%	100%	100%	

Fonte: output – SPSS.

Pela análise da tabela 5.1, observamos que a maioria dos indivíduos do género feminino (n = 19) se encontra na faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade (67,7%). Da mesma forma quase metade dos indivíduos do género masculino (n = 17) situa-se nesta na mesma faixa etária (48,8%). Cinco indivíduos do género feminino (17,7%) situam-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos. Para esta faixa etária foram inquiridos 9 indivíduos do

género masculino (25,7%). Foram inquiridos 4 indivíduos do género feminino (14,3%) e 8 indivíduos do género masculino (22,9%) para a faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade. Acima dos 59 anos de idade foi inquirido apenas um indivíduo do género masculino (2,9%).

A tabela 5.1 mostra ainda a distribuição total dos indivíduos (género feminino e género masculino) por faixa etária, concluindo-se que a maioria dos indivíduos ($n = 36$; 57,1%) se situa na faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade. Entre os 40 e os 49 anos de idade responderam ao questionário 14 indivíduos (22,2%) e entre os 50 e os 59 anos de idade responderam 12 indivíduos (19,1%).

A tabela 5.2 representa as diferenças registadas entre os dois géneros no que se refere ao tempo de serviço.

Tabela 5.2 – Distribuição dos indivíduos por género e por tempo de serviço.

		Tempo de serviço				Total
		<11	11-20	21-30	30	
Género	Feminino	9 32,1%	6 21,4%	7 25,0%	6 21,4%	28 100,0%
	Masculino	4 11,4%	16 45,7%	7 20,0%	8 22,9%	35 100,0%
Total		13 20,6%	22 34,9%	14 22,2%	14 22,2%	63 100,0%

Fonte: output – SPSS.

Podemos observar que uma percentagem importante dos indivíduos do género feminino ($n = 9$; 32,1%) se situa na faixa etária abaixo dos 11 anos de serviço enquanto que na mesma faixa etária foram observados apenas 4 indivíduos (11,4%). Quase metade dos indivíduos do género masculino ($n = 16$; 45,7%) situa se na faixa etária dos 11 aos 20 anos de serviço. Tendo em conta ambos os géneros observa-se que a maior percentagem das respostas se situa na faixa etária dos 11 aos 20 anos ($n = 22$). As faixas etárias do 21 aos 30 anos de serviço e acima dos 30 anos registraram 14 indivíduos cada. A faixa etária que registrou menos indivíduos foi a faixa etária representativa de menos de 11 anos de serviço com o valor de $n = 13$.

A tabela 5.3 mostra as diferenças verificadas entre os dois géneros no que se refere ao número de MNSRM prescritos por dia.

Tabela 5.3 – Distribuição dos indivíduos por género e por número de MNSRM prescritos por dia.

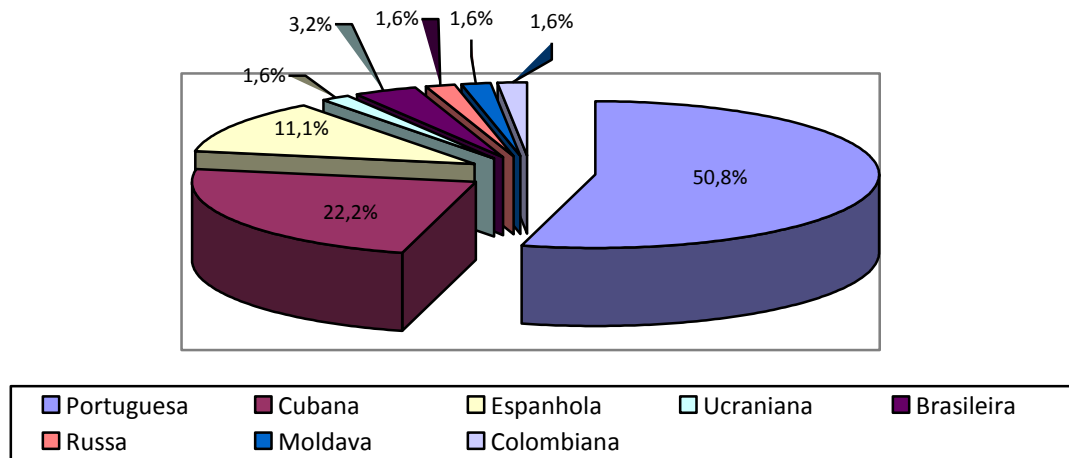
		Nº MNSRM/dia					Total
		<6	6-9	10-15	16-20	>20	
Género	Feminino	8 28,6%	9 32,1%	8 28,6%	0 0,0%	3 10,7%	28 100,0%
	Masculino	16 47,1%	10 29,4%	6 17,6%	2 5,9%	0 0,0%	34 100,0%
Total		24 38,7%	19 30,6%	14 22,6%	2 3,2%	3 4,8%	62 100,0%

Fonte: output – SPSS.

Pela leitura da tabela 5.3, observa-se que para o género feminino, a prescrição de MNSRM ocorre, na maioria, de 6 a 9 vezes por dia ($n = 9$; 32,1%), enquanto que para os homens a maioria daquelas prescrições se situa abaixo de seis por dia ($n = 16$; 47,1%). O género feminino apresenta valor igual ($n = 8$; 28,6%) para as prescrições de MNSRM abaixo de seis e entre 10 a 15 por dia. Para a faixa dos 6 aos 9 MNSRM por dia, o género masculino regista um valor de $n = 10$ (29,4%) e para a faixa dos 10 aos 15 um valor de $n = 6$ (17,6%). Para a faixa dos 16 aos 20 MNSRM prescritos por dia, registou-se o valor de $n = 2$ para o género masculino, sendo que para o género feminino não foi efetuado qualquer registo. A ausência de registo verificou-se no género masculino na faixa acima dos 20 MNSRM prescritos por dia. Para esta faixa, no género feminino foi registado $n = 3$ (10,7%). Em termos globais, abaixo dos 6 MNSRM prescritos por dia foram observados 24 registos (38,7%) e para a categoria dos 6 a 9 MNSRM prescritos encontraram-se 19 respondentes (30,6%). Para a categoria 10 a 15 MNSRM prescritos encontrou-se um valor de $n = 14$ (22,6%), para a categoria 16 a 20, um valor de $n = 2$ (3,2%) e, por último, para a categoria acima dos 20 MNSRM, um valor de $n = 3$ (4,8%).

Em relação à nacionalidade dos médicos inquiridos, apuraram-se os resultados apresentados no gráfico 5.1. Este mostra que a maioria dos inquiridos (50,8%) tem nacionalidade portuguesa. Com relação à distribuição total, a nacionalidade cubana representa 22,2%, seguida da nacionalidade espanhola (11,1%). Os médicos brasileiros representam 3,2% e as nacionalidades Ucraniana, Russa, Moldava e Colombiana representam 1,6% cada.

Gráfico 5.1 – Distribuição dos indivíduos por nacionalidade.



Elaboração própria.

A tabela 5.4 apresenta as diferenças entre as várias nacionalidades no que se refere ao número de MNSRM prescritos por dia.

Tabela 5.4 – Distribuição dos indivíduos por nacionalidade e por número de MNSRM prescritos por dia.

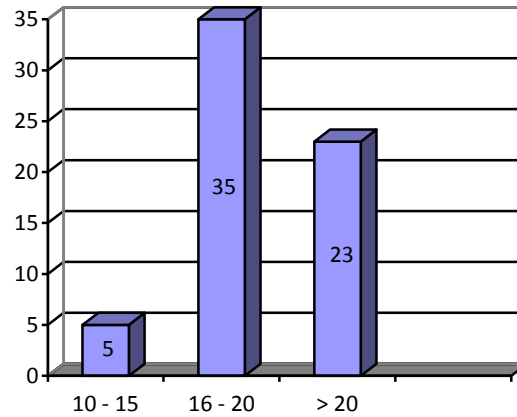
Nacionalidade	Nº MNSRM/dia					Total
	<6	6-9	10-15	16-20	>20	
Portuguesa	12 38,7%	10 32,3%	7 22,6%	1 3,2%	1 3,2%	31 100,0%
Cubana	4 28,6%	4 28,6%	4 28,6%	1 7,1%	1 7,1%	14 100,0%
Espanhola	5 71,4%	2 28,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 100,0%
Ucrariana	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Brasileira	1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
Russa	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Moldava	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Colombiana	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Total	22 37,9%	18 31,0%	13 22,4%	2 3,4%	3 5,2%	58 100,0%

Fonte: output – SPSS.

Pode ler-se pela tabela 5.4 que para a maioria das nacionalidades predomina a categoria de “menos de 6 MNSRM por dia”.

Um outro atributo considerado foi o número de pacientes atendidos por dia. Com o conjunto de dados recolhidos foi elaborado o gráfico 5.2.

Gráfico 5.2 – Distribuição dos indivíduos por número de pacientes atendidos por dia.

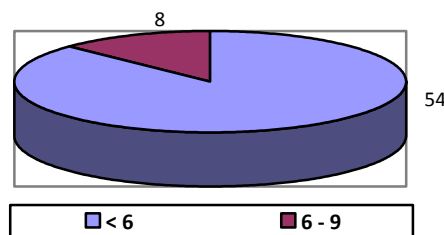


Elaboração própria.

Pela sua análise observamos que a maioria dos médicos inquiridos atende de 16 a 20 pacientes por dia ($n = 35$; 55,6%). Vinte e três médicos (36,5%) referiram atenderem mais de 20 pacientes por dia e 5 médicos (7,9%) apontaram que recebem de 10 a 15 pacientes por dia.

Em relação ao número de visitas de DIM por dia que cada médico recebe foram apurados os dados registados no gráfico 5.3. Realça-se que a maioria dos médicos ($n = 54$; 85,7%) referiu que recebe menos de 6 DIM por dia e que os restantes ($n = 8$; 12,7%) recebe de 6 a 9 daqueles profissionais diariamente.

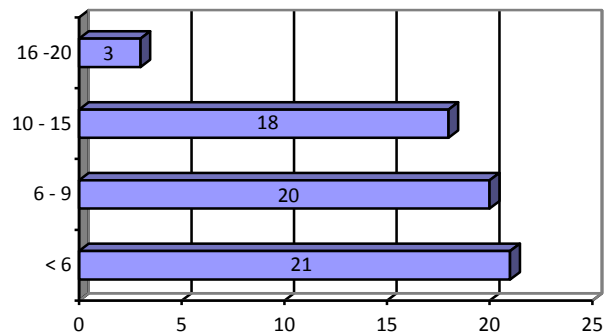
Gráfico 5.3 – Distribuição dos indivíduos por número de DIM recebidos por dia.



Elaboração própria.

A duração daquelas visitas foi também um dos atributos considerados na presente investigação, tendo-se apurado os valores, em minutos, apresentados no gráfico 5.4. Observa-se que 33,3% dos médicos inquiridos dispense de menos de seis minutos nas visitas realizadas pelos DIM (n = 21). Vinte médicos (31,7%) referiram dispender de 6 a 9 minutos, 18 (n = 28,6%) referiram dispender de 10 a 15 minutos e apenas 3 (4,8%) apontaram dispender mais de 15 minutos.

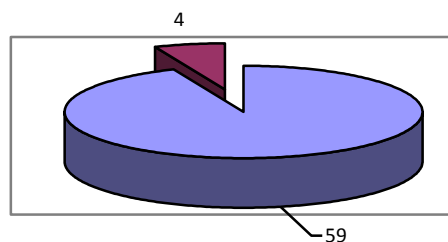
Gráfico 5.4 – Distribuição dos indivíduos por tempo dispendido em cada visita de DIM (em minutos).



Elaboração própria.

Foi questionado, também, o local de trabalho onde se realizam as visitas médicas, referindo se estas se efetuavam apenas nos Centros de Saúde ou nestes e nos consultórios particulares. Os dados obtidos estão registados no gráfico 5.5. Cinquenta e nove médicos inquiridos, representado 93,7%, referiram receber os DIM apenas nos Centros de Saúde e apenas 4 (6,3%) apontaram receber aqueles profissionais quer no Centro de Saúde quer no consultório particular.

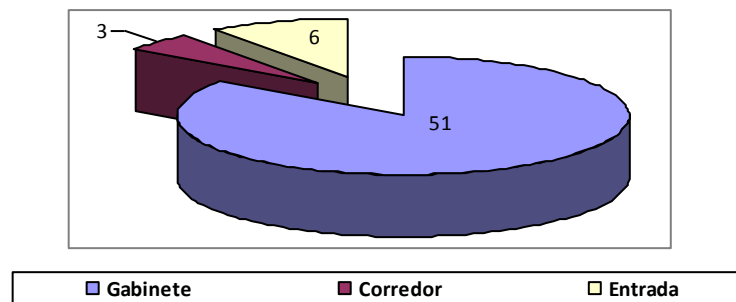
Gráfico 5.5 – Distribuição dos indivíduos por local de trabalho onde é realizada a visita do DIM.



Elaboração própria.

Quanto ao local dentro centro de saúde onde se realiza a visita do DIM ao clínico foram apurados os resultados presentes no gráfico 5.6. Assim, observa-se que 51 dos médicos inquiridos, que representam 81% da amostra, recebem os DIM nos seus gabinetes. Seis médicos (9,5%) recebem a visita do DIM na entrada dos Centros de Saúde e 3 clínicos (4,8%) recebem aquela visita nos corredores.

Gráfico 5.6 – Distribuição dos indivíduos por instalação onde recebe o DIM dentro do local de trabalho.



Elaboração própria.

A tabela 5.5 sintetiza a caracterização da nossa amostra em relação ao género, idade, nacionalidade, tempo de serviço, número de pacientes atendidos por dia, número de MNSRM prescritos por dia, número de visitas de DIM atendidas por dia, duração de visita do DIM, local de trabalho onde recebe o DIM (Centro de Saúde ou Centro de Saúde e consultório particular) e onde recebe o DIM nas instalações (gabinete, corredor, entrada, bar) no que se refere a frequência absoluta e respectiva percentagem.

Tabela 5.5 – Caracterização geral da amostra.

Atributo demográfico		n	%
Género	Feminino	28	44,4
	Masculino	35	55,6
Idade	30 – 39	36	57,1
	40 – 49	14	22,2
	50 – 59	12	19,0
	> 59	1	1,6
Nacionalidade	Portuguesa	32	50,8
	Cubana	14	22,2
	Espanhola	7	11,1
	Ucraniana	1	1,6
	Brasileira	2	3,2
	Russa	1	1,6
	Moldava	1	1,6
	Colombiana	1	1,6
Tempo de serviço	< 11	13	20,6
	11 – 20	22	34,9
	21 – 30	14	22,2
	> 30	14	22,2
Número de pacientes atendidos por dia	10 – 15	5	7,9
	16 – 20	35	55,6
	> 20	23	36,5
Número de MNSRM prescritos por dia	< 6	24	38,1
	6 – 9	19	30,2
	10 – 15	14	22,2
	16 – 20	2	3,2
	> 20	3	4,8
Número de visitas de DIM atendidas por dia	< 6	54	85,7
	6 - 9	8	12,7
Duração de visita do DIM (em minutos)	< 6	21	33,3
	6 – 9	20	31,7
	10 – 15	18	28,6
	16 - 20	3	4,8
Local de trabalho onde recebe o DIM	Centro de Saúde	59	93,7
	Centro de Saúde e Consultório	4	6,3
Onde recebe o DIM	Gabinete	51	81,0
	Corredor	3	4,8
	Entrada	6	9,5

Elaboração própria.

5.2. Opiniões sobre relacionamento e ações de marketing

Tal como já referido, para inquirir acerca das opiniões dos médicos sobre as ações de marketing foi utilizada uma escala do tipo Likert de 5 pontos que variava de 5 – discordo totalmente a 1 – concordo totalmente.

Os valores percentuais obtidos para cada uma das variáveis relacionamento e prescrição, brindes e relacionamento, amostras e relacionamento, almoços/jantares e relacionamento, sessões clínicas e relacionamento, eventos recreativos e relacionamento, congressos científicos e relacionamento, brindes e prescrição, amostras e prescrição, almoços/jantares e prescrição, sessões clínicas e prescrição, eventos recreativos e prescrição e congressos científicos e prescrição em cada nível foram os que se apresentam na tabela 5.6. Para cada uma das variáveis consideradas, a(s) célula(s) que contém o valor percentual mais elevado.

Tabela 5.6 – Distribuição das respostas para as questões relativas à opinião sobre os DIM e sobre as ações de marketing.

Variável	Nível	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Relacionamento e prescrição		28,6%	33,3%	23,8%	9,5%	4,8%
Brindes e relacionamento		12,7%	11,1%	31,7%	25,4%	19,0%
Amostras e relacionamento		6,3%	28,6%	28,6%	20,6%	15,9%
Almoços/jantares e relacionamento		6,3%	23,8%	28,6%	22,2%	19,0%
Sessões clínicas e relacionamento		20,6%	39,7%	19,0%	12,7%	6,3%
Eventos recreativos e relacionamento		11,1%	34,9%	34,9%	7,9%	11,1%
Congressos e relacionamento		27,0%	34,9%	22,2%	12,7%	3,2%
Brindes e prescrição		7,9%	19,0%	22,2%	27,6%	23,8%
Amostras e prescrição		7,9%	33,3%	20,6%	23,8%	12,7%
Almoços/jantares e prescrição		6,3%	15,9%	28,6%	25,4%	23,8%
Sessões clínicas e prescrição		15,9%	34,9%	25,4%	19,0%	4,8%
Eventos recreativos e prescrição		14,3%	19,0%	25,4%	30,2%	11,1%
Congressos e prescrição		23,8%	36,5%	14,3%	22,2%	3,2%

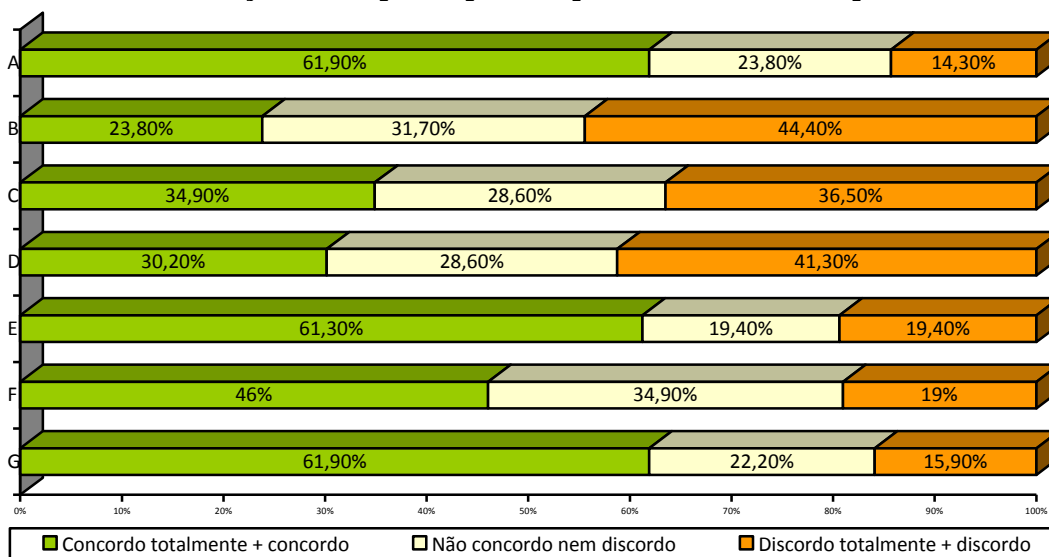
Legenda: Fonte: Output SPSS.

Observa-se que o nível com maior incidência de respostas é o nível “concordo”, seguido do “nível não concordo nem discordo”.

Num segundo momento, considerou-se pertinente reduzir essa escala de 5 pontos para uma escala de 3 pontos com o objetivo de tornar mais fácil a análise dos resultados. Para tal, recorreu-se a uma recodificação em variáveis diferentes. Nesta recodificação os itens “concordo totalmente” e “concordo” geraram o categoria “concordo totalmente + concordo” e os itens “discordo totalmente” e “discordo” deram origem ao categoria “discordo totalmente + discordo”. O categoria “não concordo nem discordo” não sofreu recodificação permanecendo igual. Apresentam-se em seguida os valores obtidos para cada uma das questões após a recodificação realizada (gráfico 12), no que se refere às respostas às questões relativas à opinião sobre os DIM.

O gráfico 5.7 mostra que os aspectos que melhoram a relação entre o DIM e o médico são: congressos (61,9%) e sessões clínicas (61,3%). Por outro lado, aqueles que parecem não se traduzir naquela melhoria são: brindes (44,4%), almoços/jantares (41,3%) e amostras (36,5%).

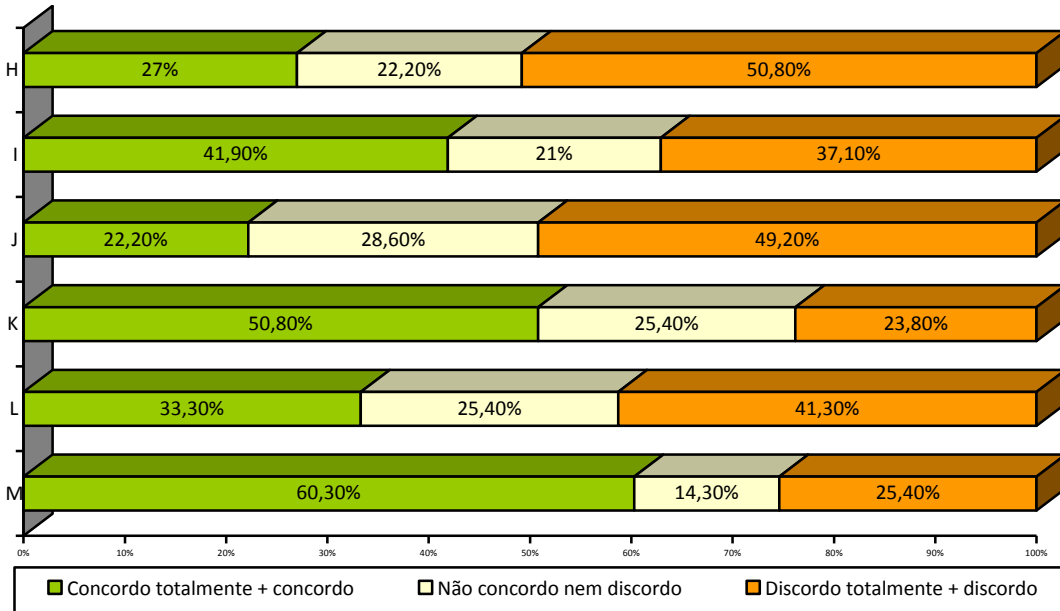
Gráfico 5.7 – Distribuição das respostas para as questões à Parte II do questionário.



Legenda: A – Relacionamento e prescrição; B – Brindes e relacionamento; C – Amostras e relacionamento; D – Almoços/jantares e relacionamento; E – Sessões clínicas e relacionamento; F – Eventos recreativos e relacionamento; G – Congressos e relacionamento; Elaboração própria.

O gráfico 5.8 apresenta os valores obtidos para cada uma das questões relativas à opinião sobre o efeito das ações de marketing na prescrição de MNSRM.

Gráfico 5.8 – Distribuição das respostas para as questões à Parte III do questionário.



Legenda: H - Brindes e prescrição; I – Amostras e prescrição; J – Almoços/jantares e prescrição; K – Sessões clínicas e prescrição; L – Eventos recreativos e prescrição; M – Congressos e prescrição. Elaboração própria.

Observa-se, pela leitura do gráfico 5.8, que os aspectos que mais positivamente influenciam a prescrição são: congressos (60,3%), sessões clínicas (50,8%) e amostras (41,9%). A discordância regista-se mais elevada nos itens brindes e prescrição (50,8%), almoços/jantares e prescrição.

5.3. Análise de Clusters

Na presente investigação, recorreu-se a análise de *clusters* para organizar o conjunto de indivíduos que compõe a amostra em grupos relativamente homogêneos. Como variáveis a usar na análise de *Clusters*, consideraram-se as 7 questões da Parte II do questionário (relacionamento e prescrição, brindes e relacionamento, amostras e relacionamento, almoços/jantares e relacionamento, sessões clínicas e relacionamento, eventos recreativos e relacionamento e congressos e relacionamento) e as 6 questões da

Parte III do questionário brindes e prescrição, amostras e prescrição, almoços/jantares e prescrição, sessões clínicas e prescrição, eventos recreativos e prescrição, congressos e prescrição). Desta forma, os *clusters* são obtidos tendo em conta a opinião dos médicos sobre a influência das ações de marketing no seu relacionamento com o DIM e na prescrição.

A observação do dendograma sugere a formação de dois *clusters* (anexo 5). Dos 58 casos considerados válidos, 25 (43,1%) foram incluídos no *cluster* 1 e 33 (56,9%) casos no *cluster* 2 (tabela 5.7).

Tabela 5.7 – Distribuição dos casos válidos pelos *Clusters*.

Número de casos em cada <i>cluster</i>	
<i>Cluster</i>	1 25
	2 33
Total	58

Fonte: output –SPSS

Os 58 casos considerados distribuem-se pelos 2 *clusters* criados, em relação aos atributos sociodemográficos género, idade e nacionalidade, da forma apresentada nas tabelas 5.8.

Pela tabela 5.8, verificamos que em ambos os *clusters* predomina o género masculino. Todavia, este tem uma preponderância maior no *cluster* 2 (60,6% contra 50,0% no *cluster* 1). No que respeita ao escalão etário, o *cluster* 2 caracteriza-se por ser fundamentalmente constituído por médicos com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos (75,8%). Já no *cluster* 1, os médicos distribuem-se de uma forma bastante uniforme pelos três primeiros escalões etários. Quanto à nacionalidade, o *cluster* 1 é sobretudo constituído por médicos portugueses (75,0%). O *cluster* 2, para além de médicos portugueses (36,7%), inclui também uma percentagem importante de médicos estrangeiros, sobretudo cubanos (36,7%).

Tabela 5.8 – Distribuição dos indivíduos por género, idade e nacionalidade e por Cluster.

Atributo sociodemografico		Cluster 1	Cluster 2	Total
Género	Feminino	12 48,0%	13 39,4%	25 43,1%
	Masculino	13 52,0%	20 60,6%	33 56,9%
		25 100%	33 100%	58 100%
Idade	30 – 39	9 36,0%	25 75,8%	34 58,6%
	40 – 49	8 32,0%	5 15,2%	13 22,4%
	50 – 59	8 32,0%	2 6,1%	10 17,2%
	> 59	0 0%	1 3,0%	1 1,7%
		25 100%	33 100%	58 100%
Nacionalidade	Portuguesa	18 75,0%	11 36,7%	29 53,7%
	Cubana	2 8,3%	11 36,7%	13 24,0%
	Espanhola	3 12,5%	3 10%	6 11,0%
	Ucraniana	0 0%	1 3,3%	1 1,9%
	Brasileira	1 4,2%	1 3,3%	2 3,7%
	Russa	0 0%	1 3,3%	1 1,9%
	Moldava	0 0%	1 3,3%	1 1,9%
	Colombiana	0 0%	1 3,3%	1 1,9%
		24 100%	30 100%	54 100%

Fonte: output –SPSS.

A distribuição por *cluster* no que se refere aos atributos médicos (tempo de serviço, número de pacientes atendidos por dia, número de MNSRM prescritos por dia, número de visitas de DIM por dia, duração da visita do DIM, local onde recebe o DIM e instalações onde recebe o DIM) apresenta-se na tabela 5.9.

Tabela 5.9 – Distribuição dos indivíduos por atributos médicos e por *Cluster*.

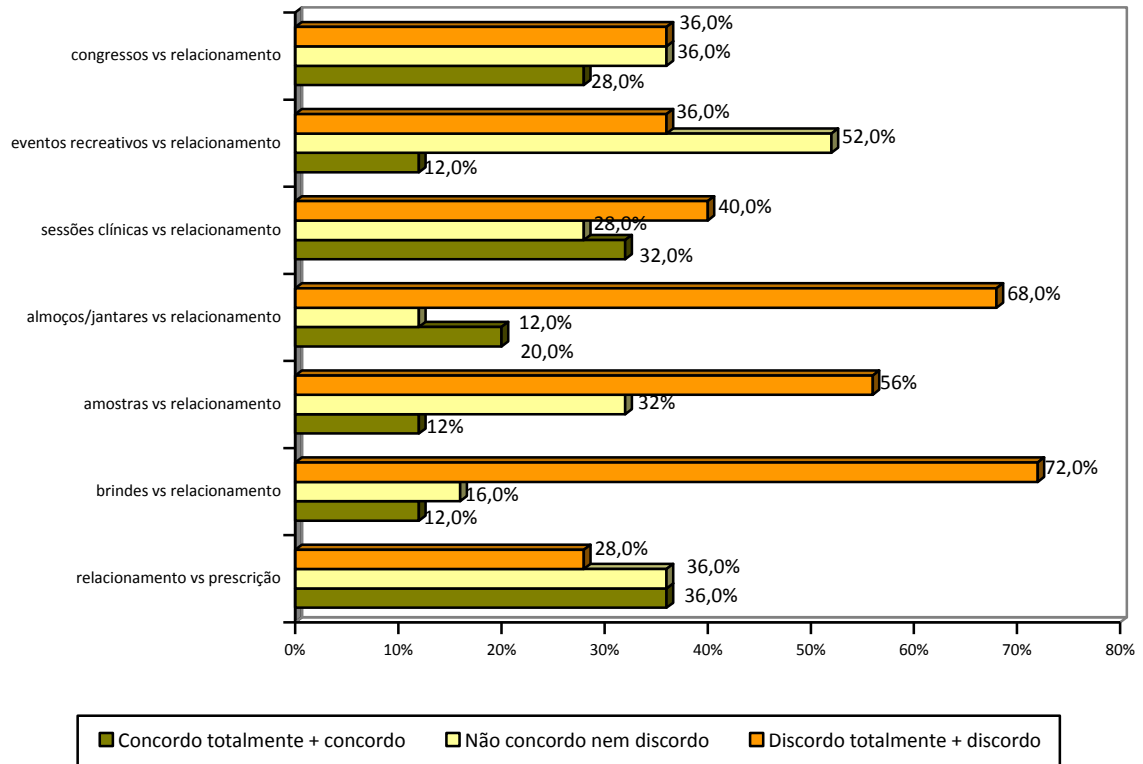
Atributo sociodemografico	Cluster 1	Cluster 2	Total	
Tempo de serviço	< 11	7 28,0%	5 15,2%	12 20,7%
	11 – 20	5 20,0%	16 48,5%	21 36,2%
	21 – 30	6 24,0%	7 21,2%	13 22,4%
	> 30	7 28,0%	5 15,2%	12 20,7%
	Total	25 100%	33 100%	58 100%
	Número de pacientes atendidos por dia	10 – 15	2 8,0%	3 9,1%
16 – 20		11 44,0%	19 57,6%	30 51,7%
> 20		12 48,0%	11 33,3%	23 39,7%
Total		25 100%	33 100%	58 100%
Número de MNSRM prescritos por dia		< 6	9 37,5%	11 33,3%
	6 – 9	8 33,3%	11 33,3%	19 33,3%
	10 – 15	5 20,8%	8 24,2%	13 22,8%
	16 – 20	1 4,2%	1 3,0%	2 3,5%
	> 20	1 4,2%	2 6,1%	3 5,3%
	Total	24 100%	33 100%	57 100%
Número de visitas de DIM por dia	< 6	23 95,8%	26 78,8%	49 86,0%
	6 - 9	1 4,2%	7 21,2%	8 14,0%
	Total	24 100%	33 100%	57 100%
Duração da visita do DIM (min)	< 6	9 37,5%	10 30,3%	19 33,3%
	6 – 9	6 25,0%	12 36,4%	18 31,6%
	10 – 15	7 29,2%	10 30,3%	17 29,8%
	16 – 20	2 8,3%	1 3,0%	3 5,3%
	Total	24 100%	33 100%	57 100%
Local onde recebe DIM	Centro de Saúde	25 100%	29 87,9%	54 93,1%
	C. S + Cons. part.	0 0%	4 12,1%	4 6,9%
	Total	25 100%	33 100%	58 100%
Onde recebe DIM	Gabinete	21 91,3%	26 81,3%	47 85,5%
	Corredor	1 4,3%	2 6,3%	3 5,5%
	Entrada	1 4,3%	4 12,5%	5 9,1%
	Total	23 100%	32 100%	55 100%

Fonte: output –SPSS.

Pela tabela 5.9, verifica-se que a distribuição dos indivíduos pelos atributos médicos não é muito diferente nos dois *clusters*. Em qualquer dos *clusters* predominam os médicos que atendem mais de 16 doentes por dia (*cluster 1* – 44,0%; *cluster 2* – 57,6%), recebem menos de 6 DIMs por dia (*cluster 1* – 95,8%; *cluster 2* – 78,8%), com uma duração média de visita inferior a 15 minutos (*cluster 1* – 37,5%; *cluster 2* 30,3%), no Centro de Saúde (*cluster 1* – 100%; *cluster 2* – 87,9% e no gabinete (*cluster 1* 91,3%; *cluster 2* - 81,3%). A maior diferença entre os *clusters* regista-se na variável tempo de serviço. De facto, no *cluster 1*, há uma percentagem importante de médicos com menos de 11 (28,0%) ou com mais de 20 anos de serviço (28,0%), enquanto que no *cluster 2* quase metade dos médicos (48,5%) têm entre 11 e 20 anos de serviço.

A distribuição por níveis das respostas às questões da Parte III do questionário, no que se refere ao *cluster 1*, estão representadas no gráfico 5.9.

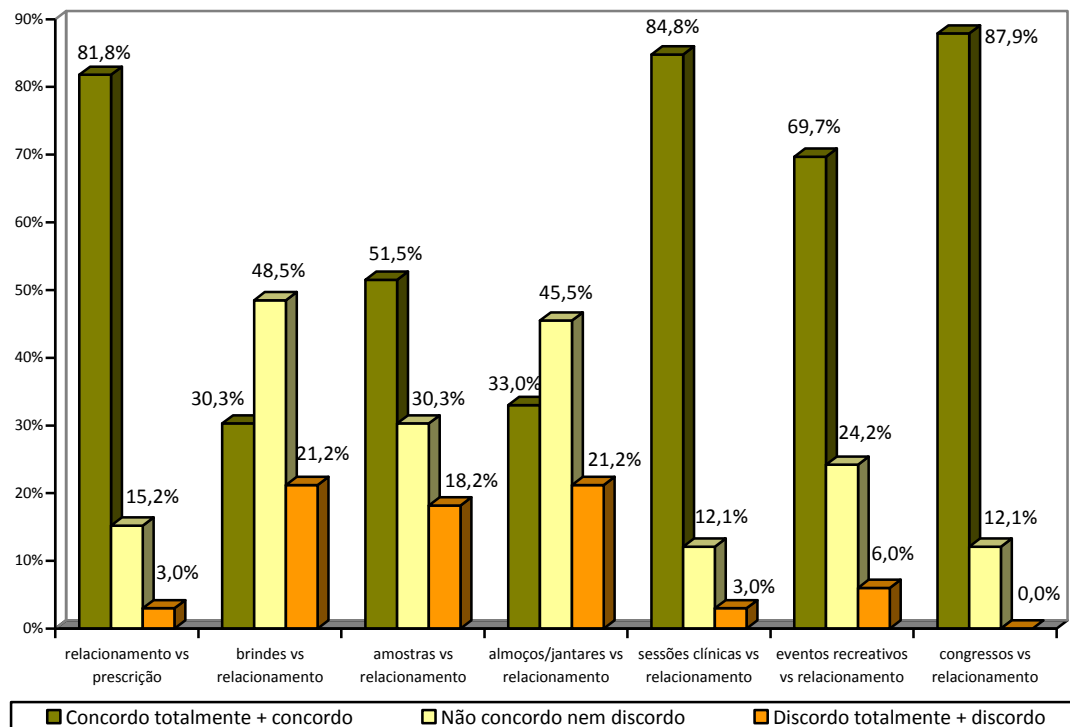
Gráfico 5.9 – Valores percentuais de concordância registados, no *cluster 1*, para as respostas às questões da parte II do questionário.



Fonte: Elaboração própria.

Analogamente, para o *cluster 2* foi elaborado o gráfico 5.10 para apresentar a distribuição das respostas às questões da Parte II do questionário.

Gráfico 5.10 – Valores percentuais de concordância registados, no *cluster 2*, para as respostas às questões da parte II do questionário.

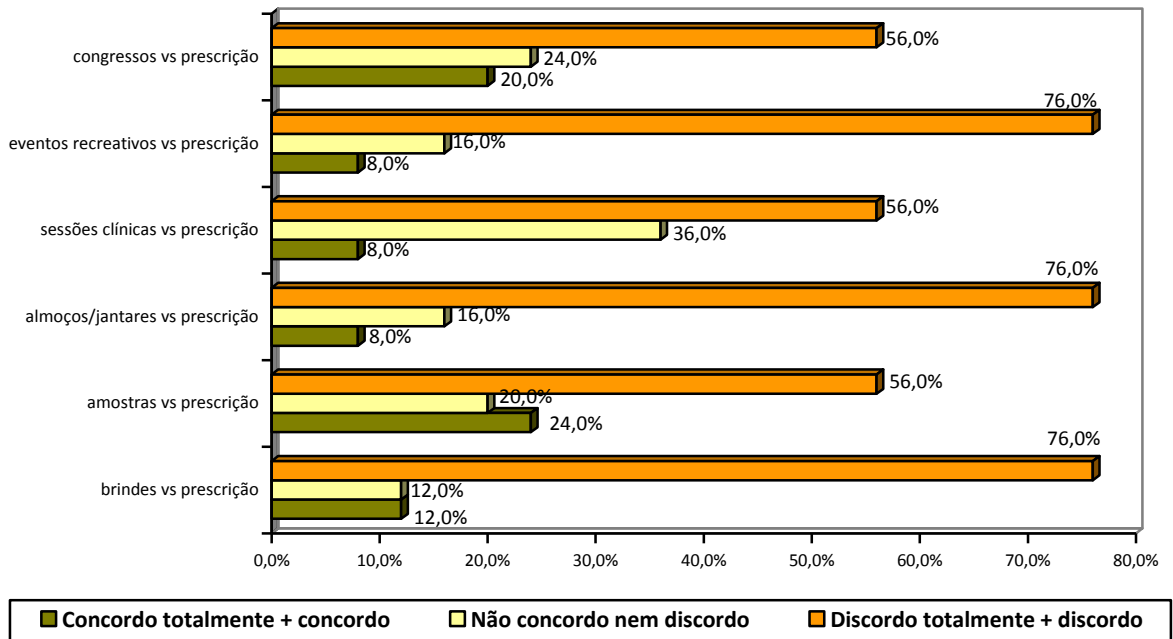


Fonte: Elaboração própria.

Pela comparação dos gráficos 5.9 e 5.10, verifica-se que o *cluster 2* é constituído por indivíduos mais concordantes com a influência positiva do relacionamento com o DIM na prescrição (81,8% no *cluster 2* contra 36,0% no *cluster 1*). Esta tendência é mais acentuada na análise das questões relativas à influência das ações de marketing nesse relacionamento. Nestes casos, verifica-se que no *cluster 1* (gráfico 5.9) predominam as opiniões de não concordância ao passo que no *cluster 2* (gráfico 5.10) destacam-se as opiniões de concordância (com excepção da oferta de brindes).

No que se refere às variáveis consideradas na Parte III do questionário, para o *cluster 1*, foi elaborado o gráfico 5.11 e para o *cluster 2* foi elaborado o gráfico 5.12.

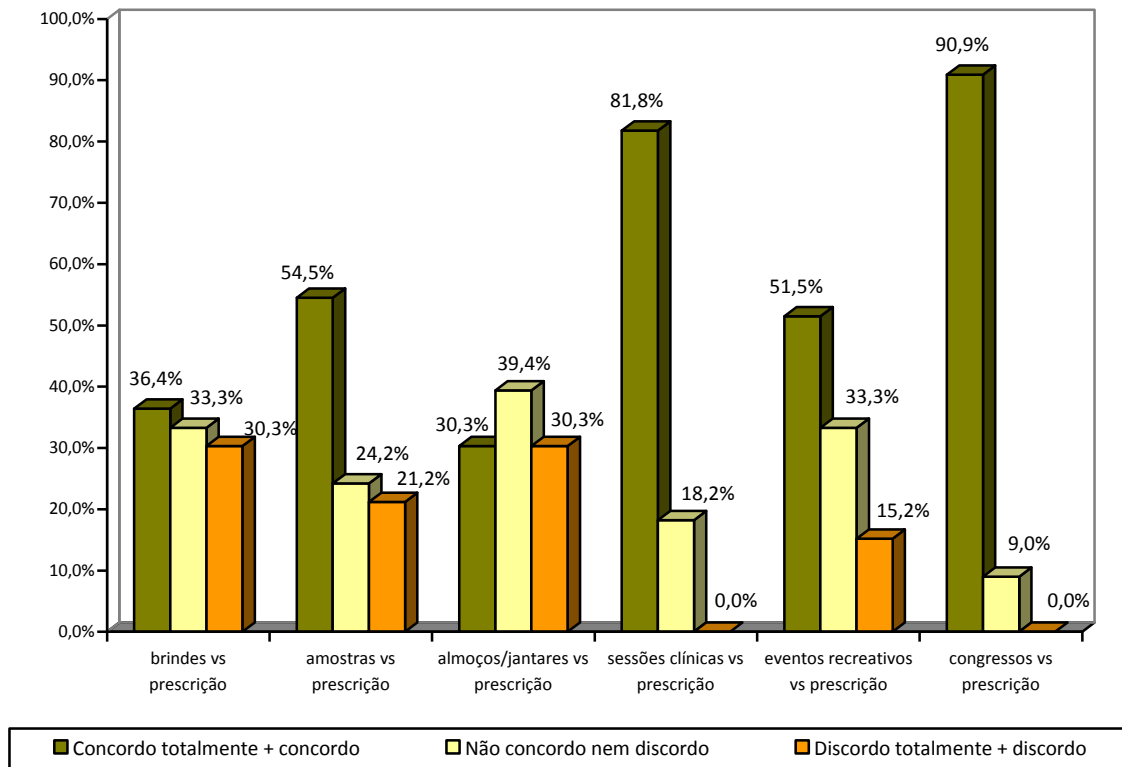
Gráfico 5.11 – Valores percentuais de concordância registados, no *cluster 1*, para as respostas às questões da parte III do questionário.



Fonte: Elaboração própria.

Tal como se verificou para as variáveis relativas às opiniões sobre o DIM e sobre o efeito das ações de marketing no relacionamento, também para as variáveis relativas à opinião sobre o efeito dessas ações na prescrição, verifica-se que os indivíduos do *cluster 1* referem discordar maioritariamente em cada uma delas e que, pelo contrário, os indivíduos pertencentes ao *cluster 2* parecem concordar que as ações de marketing influenciam positivamente a prescrição de MNSRM.

Gráfico 5.12 – Valores percentuais de concordância registados, no *cluster 2*, para as respostas às questões da parte III do questionário.



Fonte: Elaboração própria.

Deste modo, o *cluster 2* caracteriza-se, maioritariamente, por indivíduos que:

- são do género masculino
- têm entre 30 a 39 anos de idade
- têm entre 11 a 20 anos de serviço médico
- atendem entre 16 a 20 pacientes por dia
- prescrevem até 9 embalagens de MNSRM por dia
- recebem menos de 6 DIM por dia
- atendem os DIM num período de tempo inferior a 6 minutos por visita
- recebem os DIM no Centro de Saúde

- recebem o DIM no gabinete médico
- consideram que o relacionamento DIM – médico, a entrega de amostras, a organização de sessões clínicas e o patrocínio da participação em congressos influenciam positivamente a prescrição de MNSRM
- consideram a organização de sessões clínicas, os eventos recreativos e o patrocínio da participação em congressos influenciam positivamente o relacionamento DIM – médico.

5.4. Discussão dos resultados

A nossa amostra foi constituída por um reduzido número de respondentes o que impossibilita a possibilidade de inferir a partir dos resultados obtidos. Como tal, este estudo constitui-se como observacional.

Para obtenção de dados foi construído um questionário constituído por 3 partes. Para a segunda e terceira foi averiguada a fiabilidade pelo coeficiente *Alpha de Cronbach*, tendo sido apurados os valores 0,81 e 0,84, respetivamente.

Assim, para responder à nossa primeira questão – **o relacionamento entre o delegado de informação médica e a classe médica influencia positivamente a prescrição de MNSRM?** – foi realizada análise descritiva à resposta a esta questão que se constituía como a primeira da Parte II do questionário. Apurou-se que a maioria dos médicos inquiridos (61,9%) considera que aquele relacionamento parece exercer influência positiva na prescrição de MNSRM. Estudos realizados por outros autores (Scharitzer e Kollartis, 2000; Carvalho e Teixeira, 2002; Wazana, 2002; Arruda, Ferreira, Weiblen e Pereira, 2009; Moori, Leal e Lelis, 2011) apontam na mesma direção, pois concluíram igualmente que a aposta no relacionamento DIM – médico poderá traduzir-se num aumento de prescrição médica. De realçar que estes estudos referidos acima não foram direcionados para obtenção de resultados relativos a MNSRM.

Para responder à nossa segunda questão - **as ações de marketing influenciam positivamente a relação com o delegado de informação médica?** - foram

apresentadas várias questões aos inquiridos para se averiguar se as ações de marketing poderiam exercer influência positiva sobre este relacionamento (parte II do questionário). Foi realizado o estudo de fiabilidade para o grupo de questões onde se averiguou sobre esta questão e foi obtido o valor de 0,81 para o coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Os resultados obtidos nas respostas às questões sobre se as ações de marketing produzem influência positiva no relacionamento DIM – médico sugerem que as sessões clínicas e os congressos científicos são os que são considerados como os mais influentes. Dos inquiridos, 61,3% considera as sessões clínicas como promotoras de influência positiva no relacionamento DIM – médico e 61,9% considera os congressos científicos como exercendo influência positiva nesse relacionamento.

Os resultados obtidos para responder à nossa segunda questão são corroborados por uma investigação levada a cabo por Andaleeb e Tallman (1996). Estes autores concluíram que quer as sessões clínicas, quer os congressos científicos, quer a organização de eventos recreativos são ações de marketing que poderão produzir influência positiva no relacionamento dos delegados de informação médica com os médicos. Refira-se que na nossa investigação, também os eventos recreativos foram apontados por alguns médicos (46,0%) como possíveis promotores de relacionamento. Os restantes inquiridos não referiram na sua maioria discordar deste aspecto; 34,9% referiram não concordar nem discordar e apenas 19% referiu discordar.

A nossa terceira questão - **as ações de marketing influenciam positivamente a prescrição de medicamentos não sujeitos a receita médica?** -, à semelhança do realizado para a segunda questão, foi equacionada por um conjunto de questões em que se procurou perceber se as ações de marketing influenciavam positivamente a prescrição de MNSRM (parte III do questionário). Para o conjunto destas questões foi apurado um valor de *Alpha de Cronbach* de 0,84.

Os resultados obtidos confirmaram positivamente esta questão e apontaram que os maiores influentes na prescrição de MNSRM são o relacionamento (61,9%), o patrocínio de congressos científicos (60,3%) e a organização de sessões clínicas (50,8%).

Considerar a distribuição de amostras e os congressos científicos como promotores de prescrição médica foi a conclusão a que chegaram também Carvalho e Teixeira (2002)

A nossa quarta questão - **existem grupos de médicos mais receptivos às ações de marketing da indústria farmacêutica?** – foi respondida pelos resultados obtidos através de análise de *clusters*. Foram identificados dois grupos distintos. O primeiro deles é constituído por indivíduos, que no que se refere aos atributos sociodemográficos, apresenta grande heterogeneidade (ainda tratando-se de um *cluster*). O *cluster 2* engloba os indivíduos que apontaram, de uma forma geral, acreditar que as ações de marketing influenciam positivamente as prescrições de MNSRM e o relacionamento DIM – médico. Apontaram também, na sua maioria, que o estreitamento de interações com os DIM poderá também exercer influência positiva naquelas prescrições. Ou seja, do *cluster 2* fazem parte os médicos mais receptivos às ações de marketing.

A nossa quinta questão - **se existem grupos de médicos mais receptivos às ações de marketing da indústria farmacêutica, qual o perfil sociodemográfico médico?** – foi igualmente respondida pelos resultados obtidos pelas análises que se seguiram análise de *Clusters*. Como referido acima, foi identificado um grupo constituído por médicos que se mostraram mais receptivos às ações de marketing da IF. O grupo de médicos mais receptivos às ações de marketing caracterizaram-se por serem, maioritariamente, do género masculino, com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos, com tempo de serviço entre os 11 e 20 anos, por atenderem de 10 a 20 pacientes por dia e prescreverem até 9 embalagens de MNSRM por dia.

Pelos resultados apurados com a presente investigação parece-nos verificar-se uma grande relação entre a tríade ações de marketing (sessões clínicas e congressos científicos) – relacionamento – prescrição. Esta sugestão revelada pelos resultados colhidos na presente investigação poderá ser a base para a formulação de ações de marketing pelos laboratórios farmacêuticos.

Por ultimo, devemos referir que o nosso estudo permitiu apurar que a maioria dos médicos (85,7%) recebe menos de 6 DIM por dia. Este resultado encontra-se abaixo do apontado por CEGEDIM (2012) que menciona que aquelas visitas ocorrem, em média, de sete a oito vezes por dia. Porém, devemos referir que o estudo realizado por

CEGEDIM inquiriu médicos de várias especialidades enquanto que o nosso se restringiu aos médicos de medicina geral e familiar.

6. CONCLUSÕES

6. Conclusões

O objetivo final das ações de marketing na IF é conseguir prescrições médicas ou o seu incremento em quantidade. Para isso, é necessário um grande percurso que pode ser abreviado com ações de marketing voltadas para o relacionamento.

Muitas ações são utilizadas pelos departamentos de marketing na IF e muitos delas não têm impacto e conseqüentemente o retorno esperado, ou seja, as prescrições .

Os resultados da presente investigação sugerem uma forma de melhor aplicar os recursos existentes destinados ao marketing farmacêutico e maximizar o retorno desses investimentos, uma vez que expressam a relevância das ações de marketing, incluindo nelas o relacionamento, e o seu impacto junto à classe médica. A escolha certa das estratégias de marketing de relacionamento pode traduzir-se em prescrições médicas.

A primeira conclusão a extrair do nosso estudo é que **o relacionamento parece influenciar positivamente as prescrições** (61,9% dos médicos inquiridos apontaram este aspeto nas suas respostas). Desta forma, ações direcionadas para esta questão devem ser consideradas. Isto é, importa criar relacionamento com os intervenientes (classe médica) e assim obter maior número de prescrições.

Uma segunda conclusão obtida com a presente investigação aponta para a relevância das ações de marketing, sobretudo, **a organização de sessões clínicas e o patrocínio pelos laboratórios farmacêuticos da participação dos médicos em congressos científicos**. Apurou-se que estas ações podem veicular não só o estreitamento do relacionamento entre a classe médica e a IF, na figura do DIM, como também, podem refletir-se num aumento no número de prescrições médicas.

Estes resultados parecem sugerir que as estratégias de marketing mais eficazes formuladas ao nível da IF devem fundamentar-se na tríade: congressos científicos e sessões clínicas – relacionamento – prescrição. Esta tríade reflete a ideia de que os congressos científicos e as sessões clínicas parecem ser o elo de ligação entre o DIM (na criação de relacionamento) e as prescrições médicas, pois permitem, em simultâneo, a criação de relacionamento e o aumento de prescrições. Ou seja, parecem desenhar-se como o recurso estratégico ideal uma vez que podem conduzir a uma relação duradoura, por sua vez, também mais facilmente promotora de prescrição médica.

No entanto, temos que considerar os custos destas ações sendo que as sessões clínicas, normalmente, têm custos mais reduzidos quando comparadas com os congressos científicos e parecem ter a mesma eficácia no que diz respeito ao relacionamento e às prescrições.

A opção por estas duas ações de marketing em específico (sessões clínicas e congressos) pela classe médica poderá dever-se ao facto de estas irem ao encontro das suas necessidades no que toca a formação, tornando possível, através dos laboratórios farmacêuticos, terem acesso a formação profissional sem custos.

Pelo nosso estudo podemos verificar que a classe médica pouco valoriza algumas ações como brindes, almoços/jantares. Por vezes, chega a valorizar a ação de marketing, mas esta valorização não se traduz em prescrições e muito menos em relacionamento. Por exemplo, observamos que alguns médicos (46%) valorizam os eventos recreativos como influência no relacionamento DIM-médico, mas não concordam que esta ação de marketing exerça influência nas suas prescrições (41,3%). Porém, considerando a tríade acima referida, a aposta neste tipo de ação pode ser uma opção como estratégia de marketing quando o custo é levado em consideração; com esta ação cria-se relacionamento que, conseqüentemente, poderá gerar prescrição.

Dos médicos inquiridos na nossa investigação, 41,9% sugeriu que as amostras de produtos podem ser promotoras de prescrição médica. No entanto, quando questionados acerca da influência destas mesmas amostras sobre o relacionamento, apenas 34,9% concordaram com aquela influência.

Atualmente, apenas as vantagens do produto já não são suficientes. Na IF, preço, distribuição e produto são fatores em que os vários concorrentes no mercado são muito homogêneos o que limita a possibilidade de diferenciação. Transpondo os resultados por nós obtidos para o conceito dos 4 P's do marketing, notamos que a promoção desempenha um papel de grande importância através do relacionamento no marketing farmacêutico, pois é neste ponto que pode criar-se um fator de diferenciação.

Neste estudo, verificou-se que os clínicos tendem a não despendem mais do que nove minutos para receber o DIM o que dificulta a criação de relacionamento. Além do mais, normalmente, estas visitas ocorrem uma vez por mês. Deste ponto vista, o presente

estudo justifica-se pertinente, pois as ações mencionadas são uma forma de abreviar o longo percurso para se estabelecer um relacionamento e assim conseguir ou aumentar as prescrições médicas.

Neste estudo procurou-se identificar as características dos médicos para os quais devem ser dirigidas as ações de marketing e, com isso, atingir eficiência de recurso e eficácia em prescrição. As características apuradas, por análise de *clusters*, são maioritariamente género masculino, idade compreendida entre os 30 e os 39 anos, tempo de serviço entre os 11 e 20 anos, atendimento de 10 a 20 pacientes por dia e prescrição de até 9 embalagens de MNSRM por dia.

Estes profissionais caracterizam-se por valorizarem ações de marketing, como sejam, as já referidas sessões clínicas e congressos científicos para promoção não só do relacionamento com o DIM como também das suas prescrições.

Em suma, ao se pensar em estratégias de marketing farmacêutico deve ter-se em conta a criação de valor entre os principais intervenientes (DIM – médico) e estabelecer laços de relacionamento para criar relações estáveis e duradouras que se tornem num valor acrescentado para a empresa.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (2012), disponível em www.acss.min-saude.pt, acesso em 15 de Outubro de 2012;

Agrawal, S. (2004) To Eat or Not to Eat: Why Dining on Drug Company Lunches may be Unhealthy for Physicians and their Patients, *University of Toronto Medical Journal*, 81,3,185-186;

Aguiar, A. H. (2009) Novas e velhas políticas, *Markeeter*, 161,152-152;

Andaleeb, S. e Tallman, R (1996) Relationship of physician with pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical companies: an exploratory study, *Health Marketing Quarterly*, 13;

Arruda, G., Ferreira, R., Weiblen, B. e Pereira, B. (2009) Fatores determinantes para prescrição de medicamentos e ações de marketing a serem envolvidos neste processo, *Revista Sociais e Humanas – Universidade Federal de Santa Maria*, 22(1),19-32;

Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, (2010) *A Indústria Farmacêutica em Números*, disponível em www.apifarma.pt, acesso em 04.10.2012;

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (2012) *Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MSNRM)*, disponível em www.infarmed.pt, acesso em 9 de Outubro de 2012;

Barros, J. (2000) A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas, *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2),412-427;

Barros, J. e Joany, S. (2002) Anúncios de Medicamentos em Revistas Médicas: ajudando a promover a boa prescrição?, *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4),891-898;

Brito, C. (2000) Marketing Relacional, In Brito, C. e Lencastre, P. (Coord). *Horizontes do Marketing*, Lisboa, Editorial Verbo;

Broeiro, P. (2008) Prescrição em Medicina Geral e Familiar, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24,599-603;

Carvalho, K. e Teixeira, R. (2002) A influência de estratégias promocionais na adoção de novos produtos: o caso da indústria farmacêutica, *Caderno de Pesquisas em Administração*, 9(1),61-74;

CEGEDIM (2012), disponível em www.rcmpharma.com, acesso em 31 de Outubro de 2012;

Cesar, T. (2005) *Marketing de Relacionamento e a Indústria Farmacêutica*, Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Salvador;

Churchill, G e Peter, J. (2003) *Marketing: criando valores para os clientes*, 2ª ed., São Paulo, Saraiva;

Cobra, M. (2003) *Administração de Marketing no Brasil*, São Paulo, Cobra Editora;

Corrêa, G. e Oliveira, L. (2008) Os Novos Rumos da Estratégia de Marketing no Mercado Farmacêutico, *Organizações Rurais e Agroindustriais*, 10(3),438-454;

Dana, J, e Loewenstein, G (2003) A Social Science Perspective on Gifts to Physicians from Industry, *American Medical Association*, 290(2),252-255;

Decreto-Lei nº 81/90, de 12 de Março;

Decreto-Lei nº 72/91, de 8 de Fevereiro;

Decreto-Lei nº 209/94, de 6 de Agosto;

Decreto-Lei nº 134/2005, de 16 de Agosto;

Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto;

Decreto-Lei nº 238/2007, de 19 de Junho;

Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto;

Diretiva nº 92/26/CEE do Conselho, de 31 de Março;

- Feliciano, I. (2010) *Marketing em Saúde: Políticas e Estratégias*, Lisboa: Bnomics. – *Marketing e Tecnologia, Tecnologias de Informação e Comunicação*, Lisboa, Escolar Editora;
- Ferreira, L. S. (2008) Saúde, Medicamentos, Marketing e Médicos, *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 605 – 616;
- Furtado, C. E Pereira, J. (2006) Fontes de informação e prescrição médica na Região de Lisboa, *Acta Médica Portuguesa*, 19,301-308;
- Granja, M. (2005) Ligações perigosas: os médicos e os delegados de informação médica, *Acta Médica Portuguesa*, 18, 61-68;
- Gonul, F., Carter, F, Petrova, E. E Srinivasan, K. (2001) Promotion of Prescription drugs and its impact on Physicians' choice behavior, *Journal of Marketing*, 65,79-90;
- Gronroos, C. (2000) *Service Management and Marketing*, 2ª ed., Chichester, John Wiley & Sons, Ltd;
- Gummesson, E. (2002) Relationship Marketing and a new economy: it's time for de-programming, *Journal of Services Marketing*, 16, 7,585-589;
- Guðmundsson, S. (2005) Doctors and drug companies: the beauty and the beast, *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 83,407-408;
- Italiani, F. (2007) *Marketing Farmacêutico*, Rio de Janeiro, Qualitymark.
- Kolhatkar, M. e Inamdar, I (2012) Doctor's Expectations from Pharmaceutical Companies: which will influence their prescription behavior, *International Journal of Business and Management Tomorrow*, 2(1),1-5;
- Kotler, P. (2008) *Administração de Marketing*, 5ª ed., São Paulo, Atlas S.A;
- Leal, W. (2005), A Prática do Marketing de Relacionamento na conquista da lealdade do cliente: um estudo no setor farmaceutico. In *Anais do Encontro da ANPAD*, 29, Salvador: ANPAD – *Teoria e Prática do Marketing*, 13ª ed., Alfragide, Publicações Dom Quixote;

- Lexchin, J. (1997) What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician*, 43, 941-945;
- Lindon, D., Lendrevie, J., Lévy, J., Dionísio, P., Rodrigues, J. (2010). *Mercator XXI*;
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Laboratório de Psicologia. 4:1, 65 – 90;
- Medeiros, A. (2007) A visita do delegado de informação médica numa consulta de medicina geral e familiar do centro de saúde de Faro, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 53-56;
- Melo, M. e Braga, R. (2003), As visitas dos delegados de informação médica: qual a utilidade da sua informação, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19,503-509;
- Messick, S. (1995). Validity of Psychological Assessment: validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*. 50:9,741-749;
- Moori, R., Leal, W. E Lelis, E. (2011), Marketing de Relacionamento no setor farmacêutico: uma análise exploratória, *Revista da Faculdade de Administração e Economia*, 3(1),17-47;
- Moss, G. e Schuiling, I. (2004) A brand logic for pharma?: A possible strategy based on FMCG experience, *International Journal of Medical Marketing*, 4(1),55-62;
- Nunnally, J. (1994) *Psychometric Theory*, 3ª ed., New York: McGraw-Hill;
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) *Relatório de Primavera 2012*, disponível em www.observaport.org/rp2012, acesso em 02 de Novembro de 2012;
- Pereira, A. (2008) SPSS – *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*, 7ª ed., Lisboa: Edições Sílabo;

Pinto, J., Silva, A. E Curto, J. (2010) Determinant Values in Medical Act of Prescribing in the Portuguese Context, *Journal of Medical Marketing*, 10(3),213-230;

Portaria nº 137-A/2012, 11 de Maio;

Prosser, H. e Walley, T. (2003) Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study, *British Journal of General Practice*, 53, 305-311;

Prounis, C. (2003) What doctors want, *Pharmaceutical Executive*, Eugene.

Sarikaya, O. Civaner, M. Vatansever, K. (2009) Exposure of Medical Students to Pharmaceutical Marketing in Primary Care Settings: Frequent and Influential, *Advances in Health Sciences Education*, 14,713-724;

Scharitz, D. e Kollarits, H. (2000) Satisfied customers: Profitable customer relationships: pharmaceutical marketing: how pharmaceutical sales representative can achieve economic success through relationship management with settled general practitioners-an empirical study, Abingdon, *Total Quality Management*, 11,7, 955;

Silva, A. (2008) *Os Atributos Determinantes no Acto Médico de Prescrição*, Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa;

Simoens, S. (2009) The Portuguese Generic Medicines Market: a Policy Analysis, *Pharmacy Practice (internet)*, 7(2),74-80;

Singer, J. (2005) Systems marketing: A new operating model for pharmaceutical marketing. *Journal of Consumer Behaviour*, 4,6,480-495;

Singh, R. (2008) Network Connectedness of Pharmaceutical Sales Rep (FLE)-physician dyad and physician prescription behaviour: A Conceptual Model, *Journal of Medical Marketing*, 8(3),257-268;

The Kaiser Family Foundation (2003) *Impact of Direct-to-Consumer Advertising on Prescription Drug Spending*, disponível em www.kff.org/rxdrugs/6084-index.cfm, acesso a 16.06.2010;

Wazana, A. (2000) Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift. *JAMA*, 283,3,373-380;

Wiltemburg, C. (2007) A Pesquisa de Mercado com Base nas Decisões Estratégicas. In Italiani (2007). *Marketing Farmacêutico*, Rio de Janeiro, Qualitymark;

Wright, R, e Lundstrom, J. (2003) Physicians' perceptions of pharmaceutical sales representatives: a model for analysing the costumer relationship. *International Journal of Medical Marketing*, 4,1,29-38;

Zenone. L. (2007) *CRM: Costumer Relationship Management*, São Paulo, Novatec Editora.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário

O relacionamento médico-delegado de informação médica: sua importância no ato de prescrição de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

O presente questionário tem como objetivo recolher informações sobre atributos dos médicos que possam ser determinantes para a prescrição de medicamentos não sujeitos a receita médica, bem como fatores que influenciem essa mesma prescrição.

Assim, solicitamos a sua colaboração respondendo às questões que lhe serão colocadas.

A qualidade do trabalho irá depender da sinceridade e da atenção dispensadas. As suas respostas são rigorosamente confidenciais e anônimas.

Se desejar, no fim deste estudo, poderemos enviar-lhe os resultados obtidos, bastando para tal referi-lo para o seguinte endereço de correio eletrônico: prescricaomnsrcm@hotmail.com.

Lembramos que deve responder ao questionário tendo em conta APENAS a prescrição de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM).

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Parte I – Características socio-demográficas

1. Género

Feminino	Masculino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Idade

< 30	30-39	40-49	50-59	> 59
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Nacionalidade

4. Tempo de serviço de exercício da Medicina

< 11	11-20	21-30	> 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nas afirmações que se seguem assinale a que melhor se adequa à sua prática

	< 6	6-9	10-15	16-20	> 20
1. Número de pacientes que atende por dia					
2. Número de medicamentos não sujeitos a receita médica escreve por dia					
3. Número de Delegados de Informação Médica que recebe n u(s) local(is) de trabalho por dia					
4. Tempo médio, em minutos, de cada visita de delegados formação médica					

6. Local onde atende os Delegados de Informação Médica.

Centro de Saúde	Consultório particular	Ambos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. No caso de receber os Delegados de Informação Médica no Centro de Saúde, normalmente, essa visita ocorre no:

Gabinete	Corredor	Bar/refeitório	Entrada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte II – Opinião sobre os delegados de informação médica

1. Para cada uma das afirmações que se seguem, utilize a seguinte legenda para assinalar a situação que mais se adequa à sua prática: 1 – Concordo totalmente; 2 – Concordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Discordo; 5 – Discordo totalmente.

	1	2	3	4	5
1. O meu relacionamento com o delegado de informação médica influencia positivamente as minhas prescrições de MNSRM.					
2. A oferta de brindes (canetas, calendários, agendas, bases para rato, etc) pela indústria farmacêutica influencia positivamente o meu relacionamento com o delegado de informação médica.					
3. A oferta amostras grátis pela indústria farmacêutica influencia positivamente o meu relacionamento com o delegado de informação médica.					
4. A oferta de almoços / jantares pela indústria farmacêutica influencia positivamente o meu relacionamento com o delegado de informação médica.					
5. A promoção de sessões clínicas pela indústria farmacêutica influencia positivamente o meu relacionamento com o delegado de informação médica.					
6. O patrocínio da participação em eventos recreativos pela indústria farmacêutica influencia positivamente o meu relacionamento com o delegado de informação médica.					
7. O patrocínio da participação em congressos científicos pela indústria farmacêutica influencia positivamente o meu relacionamento com o delegado de informação médica.					

Parte III – Opinião sobre ações de marketing

1. Para cada uma das afirmações que se seguem, utilize a seguinte legenda para assinalar a situação que mais se adequa à sua prática: 1 – Concordo totalmente; 2 – Concordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Discordo; 5 – Discordo totalmente.

	1	2	3	4	5
1. A oferta de brindes (canetas, calendários, agendas, bases para rato, etc) pela indústria farmacêutica influencia positivamente a quantidade das minhas prescrições de MNSRM.					
2. A oferta de amostras grátis pela indústria farmacêutica influencia positivamente a quantidade das minhas prescrições de MNSRM.					
3. A oferta de almoços / jantares pela indústria farmacêutica influencia positivamente a quantidade das minhas prescrições de MNSRM.					
4. A promoção de sessões clínicas pela indústria farmacêutica influencia positivamente a quantidade das minhas prescrições de MNSRM.					
5. O patrocínio de eventos recreativos pela indústria farmacêutica influencia positivamente a quantidade das minhas prescrições de MNSRM.					
6. O patrocínio da participação em congressos científicos pela indústria farmacêutica influencia positivamente a quantidade das minhas prescrições de MNSRM.					

Apêndice 2 – Carta de Apresentação

Carta de Apresentação

Regivaldo S. Santana

Faro – Portugal

Sou aluno do curso de Mestrado em Marketing da Universidade do Algarve e tomo a liberdade de lhe dar a conhecer e de o(a) convidar a participar no estudo que fará parte da minha dissertação de mestrado intitulada:

O relacionamento médico-delegado de informação médica no ato de prescrição de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

Solicito o seu contributo preenchendo o questionário em anexo, conforme as instruções. A qualidade dos resultados irá depender da sinceridade e da atenção dispensadas. As suas respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas.

Apelo à sua colaboração, sem a qual este estudo não será possível e, desde já, agradeço.

Se desejar, no fim deste estudo, poderemos enviar-lhe os resultados obtidos, bastando para tal referi-lo para o seguinte endereço de correio eletrónico: prescricaomnsrm@hotmail.com.

Faro, 11 de Janeiro de 2013,

Com os melhores cumprimentos,

Regivaldo Santana

ANEXOS

Anexo 1 – Alpha de Cronbach

RELIABILITY

```
/VARIABLES=II.1.1 II.1.2 II.1.3 II.1.4 II.1.5 II.1.6 II.1.7  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	98,4
	Excluded ^a	1	1,6
	Total	63	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,805	7

RELIABILITY

```
/VARIABLES=III.1.1 III.1.2 III.1.3 III.1.4 III.1.5 III.1.6  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	98,4
	Excluded ^a	1	1,6
	Total	63	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,839	6

Anexo 2 – Outputs da análise descritiva – Parte I (questionário)

FREQUENCIES VARIABLES=I.1 I.2 I.3 I.4 I.5.1 I.5.2 I.5.3 I.5.4 I.6 I.7

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

		genero	idade	nacionalidade	tempo serviço	nº pacientes dia
N	Valid	63	63	59	63	63
	Missing	0	0	4	0	0

Statistics

		nº mnsrm dia	visitas DIM dia	tempo visita DIM	local recebe DIM	onde recebe DIM
N	Valid	62	62	62	63	60
	Missing	1	1	1	0	3

Frequency Table

genero

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	28	44,4	44,4	44,4
	masculino	35	55,6	55,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-39	36	57,1	57,1	57,1
	40-49	14	22,2	22,2	79,4
	50-59	12	19,0	19,0	98,4
	>59	1	1,6	1,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	portuguesa	32	50,8	54,2	54,2
	cubana	14	22,2	23,7	78,0
	espanhola	7	11,1	11,9	89,8
	ucraniana	1	1,6	1,7	91,5
	brasileira	2	3,2	3,4	94,9
	rusa	1	1,6	1,7	96,6
	moldava	1	1,6	1,7	98,3
	colombiano	1	1,6	1,7	100,0
	Total	59	93,7	100,0	
Missing	System	4	6,3		
Total		63	100,0		

tempo serviço

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	<11	13	20,6	20,6
	11-20	22	34,9	55,6
Valid	21-30	14	22,2	77,8
	30	14	22,2	100,0
Total	63	100,0	100,0	

nº pacientes dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	10-15	5	7,9	7,9
Valid	16-20	35	55,6	63,5
	>20	23	36,5	100,0
Total	63	100,0	100,0	

nº mnsrm dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	<6	24	38,1	38,7
	6-9	19	30,2	69,4
Valid	10-15	14	22,2	91,9
	16-20	2	3,2	95,2
	>20	3	4,8	100,0
Total	62	98,4	100,0	
Missing	System	1	1,6	
Total	63	100,0		

visitas DIM dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	<6	54	85,7	87,1
Valid	6-9	8	12,7	100,0
Total	62	98,4	100,0	
Missing	System	1	1,6	
Total	63	100,0		

tempo visita DIM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	<6	21	33,3	33,9
	6-9	20	31,7	66,1
Valid	10-15	18	28,6	95,2
	16-20	3	4,8	100,0
Total	62	98,4	100,0	
Missing	System	1	1,6	
Total	63	100,0		

local recebe DIM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	centro saúde	59	93,7	93,7
Valid	ambos	4	6,3	100,0
Total	63	100,0	100,0	

onde recebe DIM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	gabinete	51	81,0	85,0
Valid	corredor	3	4,8	90,0
	entrada	6	9,5	100,0
	Total	60	95,2	
Missing	System	3	4,8	
Total		63	100,0	

Anexo 3 – Outputs da análise descritiva – parte II e III (questionário)

FREQUENCIES VARIABLES=ii.1.1.r II.1.2.R II.1.3.R II.1.4.R II.1.5.R II.1.6.R II.1.7.R II.1.8.R II.1.9.R III.1.1.R III.1.2.R III.1.3.R III.1.4.R III.1.5.R III.1.6.R
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

		relacionamento e prescrição_recod	grau relacionamento e prescrição	frequencia visita DIM e prescrição	brindes e relacionamento	amostras e relacionamento
N	Valid	63	63	60	63	63
	Missing	0	0	3	0	0

Statistics

		almoços/jantares e relacionamento	sessões clínicas e e relacionamento	eventos recreativos relacionamento	congressos e relacionamento	brindes e prescrição
N	Valid	63	62	63	63	63
	Missing	0	1	0	0	0

Statistics

		amostras e prescrição	almoços/jantares e prescrição	sessões clínicas e prescrição	eventos recreativos e prescrição	congressos e prescrição
N	Valid	62	63	63	63	63
	Missing	1	0	0	0	0

Frequency Table

relacionamento e prescrição_recod

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	concordo totalmente + concordo	39	61,9	61,9	61,9
	nao concordo nem discordo	15	23,8	23,8	85,7
	discordo totalmente + discordo	9	14,3	14,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

grau relacionamento e prescrição

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	32	50,8	50,8	50,8
	2,00	20	31,7	31,7	82,5
	3,00	11	17,5	17,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

frequencia visita DIM e prescrição

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	24	38,1	40,0	40,0
	2,00	21	33,3	35,0	75,0
	3,00	15	23,8	25,0	100,0
	Total	60	95,2	100,0	
Missing	System	3	4,8		
Total		63	100,0		

brindes e relacionamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	15	23,8	23,8	23,8
Valid 2,00	20	31,7	31,7	55,6
Valid 3,00	28	44,4	44,4	100,0
Total	63	100,0	100,0	

amostras e relacionamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	22	34,9	34,9	34,9
Valid 2,00	18	28,6	28,6	63,5
Valid 3,00	23	36,5	36,5	100,0
Total	63	100,0	100,0	

almoços/jantares e relacionamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	19	30,2	30,2	30,2
Valid 2,00	18	28,6	28,6	58,7
Valid 3,00	26	41,3	41,3	100,0
Total	63	100,0	100,0	

sessões clínicas e e relacionamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	38	60,3	61,3	61,3
Valid 2,00	12	19,0	19,4	80,6
Valid 3,00	12	19,0	19,4	100,0
Total	62	98,4	100,0	
Missing System	1	1,6		
Total	63	100,0		

eventos recreativos relacionamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	29	46,0	46,0	46,0
Valid 2,00	22	34,9	34,9	81,0
Valid 3,00	12	19,0	19,0	100,0
Total	63	100,0	100,0	

congressos e relacionamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	39	61,9	61,9	61,9
Valid 2,00	14	22,2	22,2	84,1
Valid 3,00	10	15,9	15,9	100,0
Total	63	100,0	100,0	

brindes e prescrição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	17	27,0	27,0	27,0
Valid 2,00	14	22,2	22,2	49,2
Valid 3,00	32	50,8	50,8	100,0
Total	63	100,0	100,0	

amostras e prescrição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	26	41,3	41,9	41,9
Valid 2,00	13	20,6	21,0	62,9
Valid 3,00	23	36,5	37,1	100,0
Total	62	98,4	100,0	
Missing System	1	1,6		
Total	63	100,0		

almoços/jantares e prescrição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	14	22,2	22,2	22,2
Valid 2,00	18	28,6	28,6	50,8
Valid 3,00	31	49,2	49,2	100,0
Total	63	100,0	100,0	

sessões clínicas e prescrição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	32	50,8	50,8	50,8
Valid 2,00	16	25,4	25,4	76,2
Valid 3,00	15	23,8	23,8	100,0
Total	63	100,0	100,0	

eventos recreativos e prescrição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	21	33,3	33,3	33,3
Valid 2,00	16	25,4	25,4	58,7
Valid 3,00	26	41,3	41,3	100,0
Total	63	100,0	100,0	

congressos e prescrição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	38	60,3	60,3	60,3
Valid 2,00	9	14,3	14,3	74,6
Valid 3,00	16	25,4	25,4	100,0
Total	63	100,0	100,0	

Anexo 4 – Análise de Clusters

```

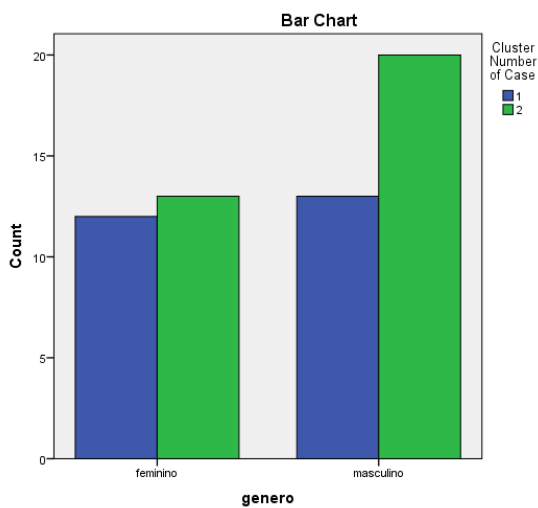
CROSSTABS
/TABLES=I.1 I.2 I.3 I.4 I.5.1 I.5.2 I.5.3 I.5.4 I.6 I.7 BY QCL_1
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL
/BARCHART.
    
```

Crosstabs

genero * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

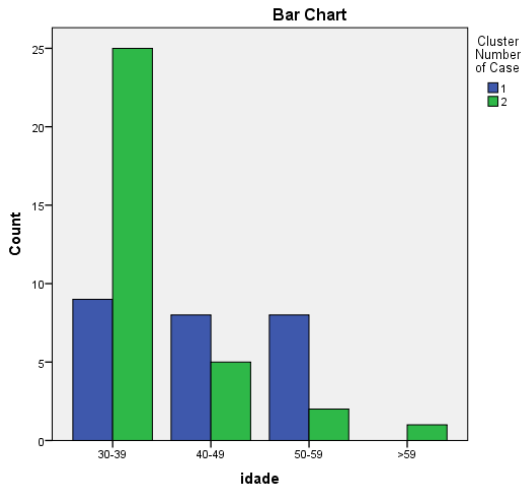
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
genero	feminino	12	13	25
	masculino	13	20	33
Total		25	33	58



idade * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

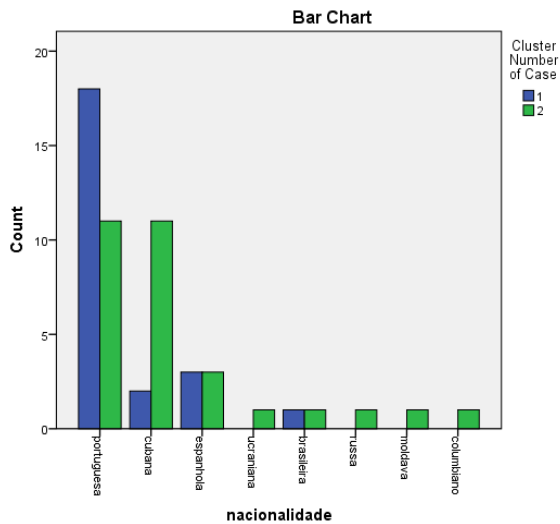
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
idade	30-39	9	25	34
	40-49	8	5	13
	50-59	8	2	10
	>59	0	1	1
Total		25	33	58



nacionalidade * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

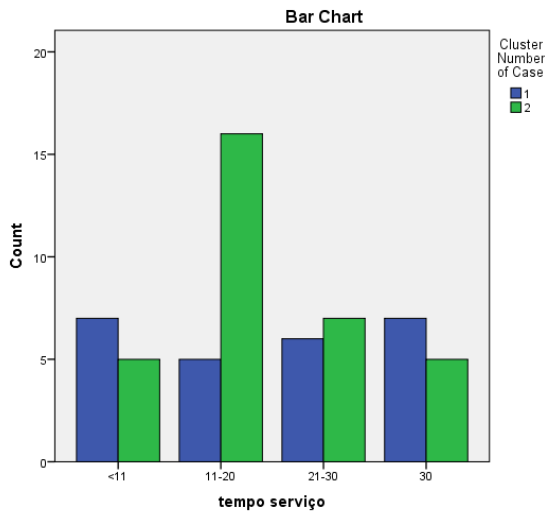
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
nacionalidade	portuguesa	18	11	29
	cubana	2	11	13
	espanhola	3	3	6
	ucraniana	0	1	1
	brasileira	1	1	2
	rusa	0	1	1
	moldava	0	1	1
	columbiano	0	1	1
Total	24	30	54	



tempo serviço * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

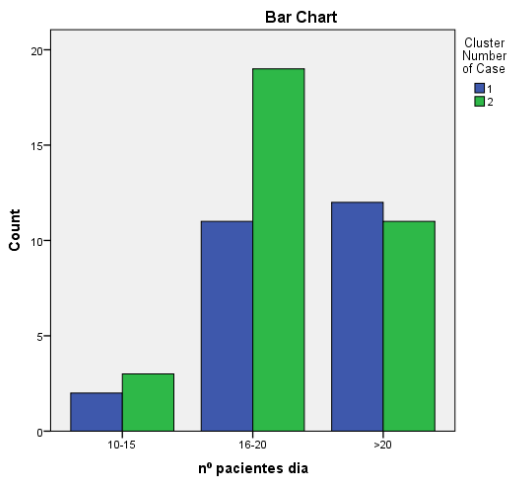
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
tempo serviço	<11	7	5	12
	11-20	5	16	21
	21-30	6	7	13
	30	7	5	12
Total	25	33	58	



nº pacientes dia * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

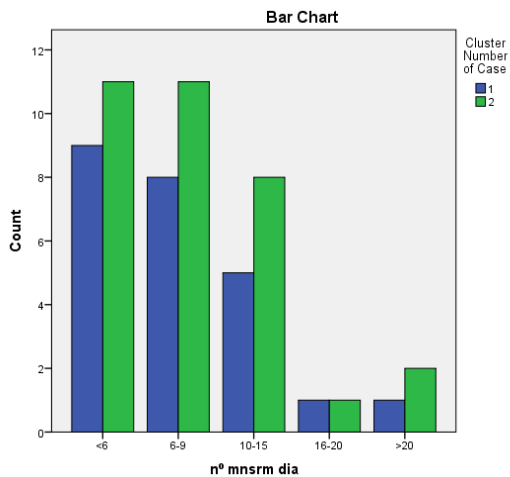
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
nº pacientes dia	10-15	2	3	5
	16-20	11	19	30
	>20	12	11	23
Total		25	33	58



nº mnsrm dia * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

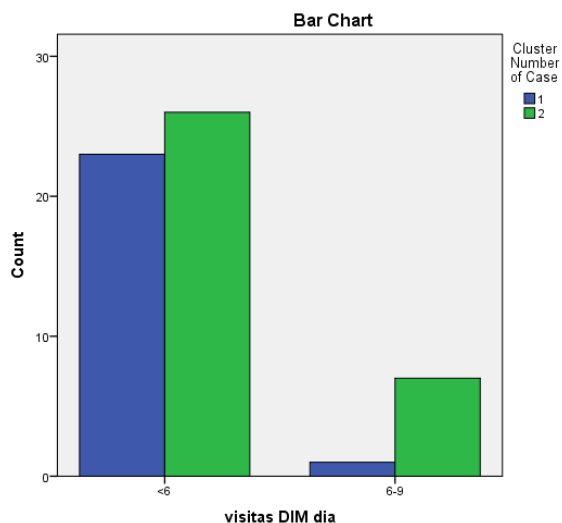
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
nº mnsrm dia	<6	9	11	20
	6-9	8	11	19
	10-15	5	8	13
	16-20	1	1	2
	>20	1	2	3
Total		24	33	57



visitas DIM dia * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

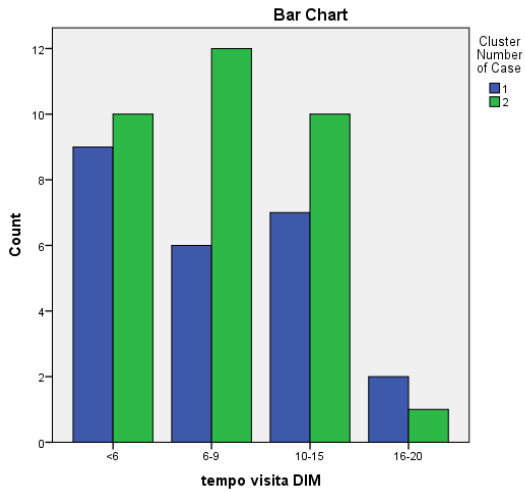
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
visitas DIM dia	<6	23	26	49
	6-9	1	7	8
Total		24	33	57



tempo visita DIM * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

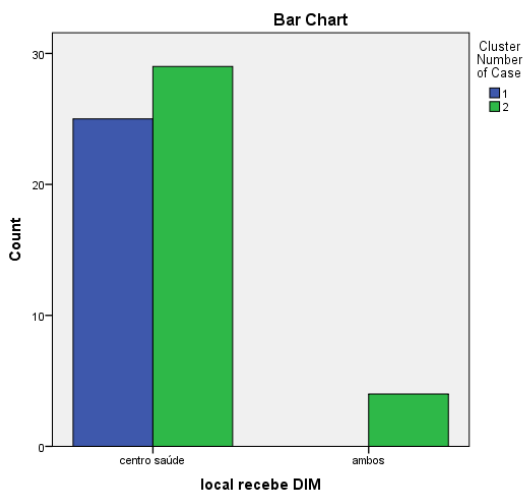
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
tempo visita DIM	<6	9	10	19
	6-9	6	12	18
	10-15	7	10	17
	16-20	2	1	3
Total		24	33	57



local recebe DIM * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

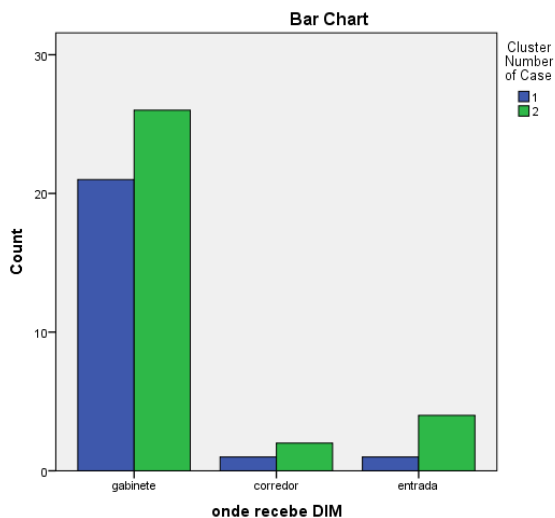
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
local recebe DIM	centro saúde	25	29	54
	ambos	0	4	4
Total		25	33	58



onde recebe DIM * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
onde recebe DIM	gabinete	21	26	47
	corredor	1	2	3
	entrada	1	4	5
Total		23	32	55



CROSSTABS

```

/TABLES=ii.1.1.r II.1.4.R II.1.5.R II.1.6.R II.1.7.R II.1.8.R II.1.9.R III.1.1.R III.1.2.R III.1.3.R III.1.4.R III.1.5.R III.1.6.R BY QCL_1
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL
/BARCHART.

```

Crosstabs

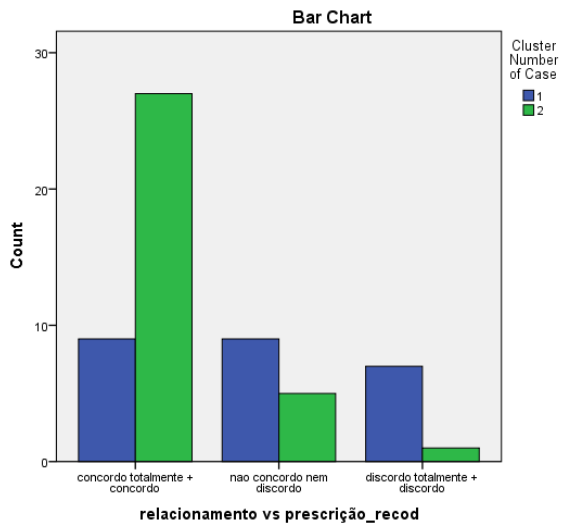
Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
relacionamento e prescrição_recod * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
brindes e relacionamento * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
amostras e relacionamento * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
almoços/jantares e relacionamento * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
sessões clínicas e e relacionamento * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
eventos recreativos relacionamento * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
congressos e relacionamento * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
brindes e prescrição * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
amostras e prescrição * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
almoços/jantares e prescrição * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
sessões clínicas e prescrição * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
eventos recreativos e prescrição * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%
congressos e prescrição * Cluster Number of Case	58	92,1%	5	7,9%	63	100,0%

relacionamento e prescrição_recod * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

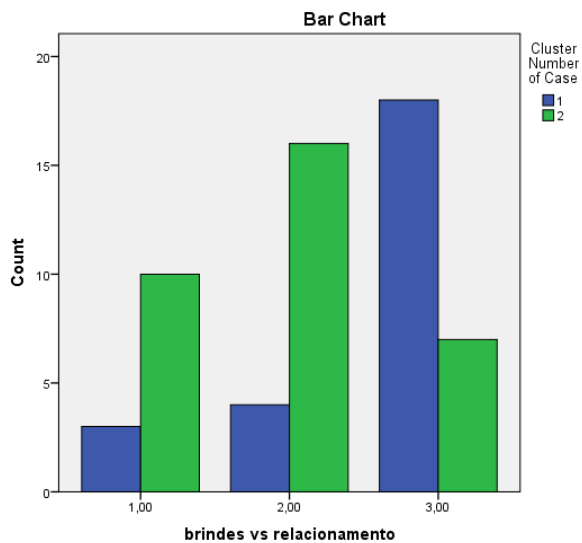
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
relacionamento e prescrição_recod	concordo totalmente + concordo	9	27	36
	nao concordo nem discordo	9	5	14
	discordo totalmente + discordo	7	1	8
Total		25	33	58



brindes e relacionamento * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

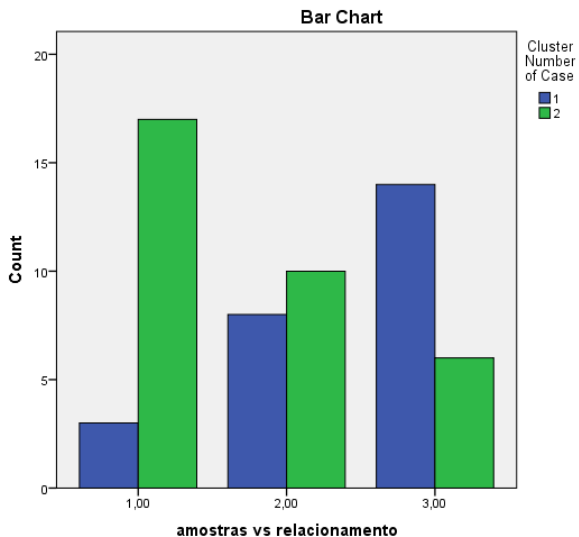
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
brindes e relacionamento	1,00	3	10	13
	2,00	4	16	20
	3,00	18	7	25
Total		25	33	58



amostras e relacionamento * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

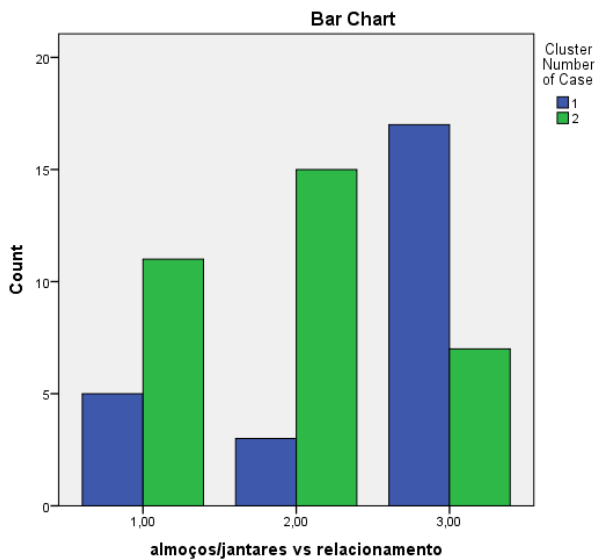
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
amostras e relacionamento	1,00	3	17	20
	2,00	8	10	18
	3,00	14	6	20
Total		25	33	58



almoços/jantares e relacionamento * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

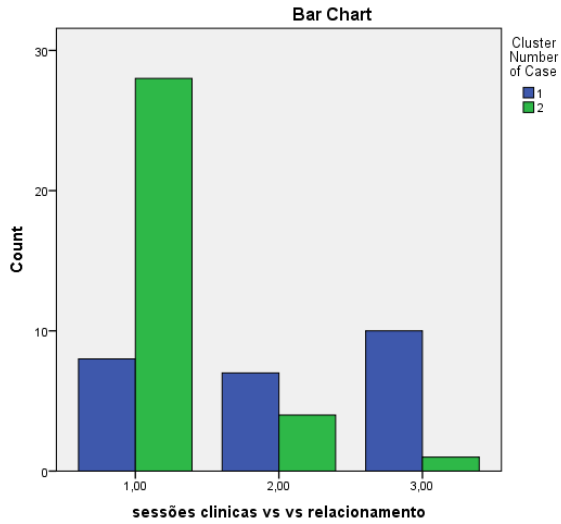
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
almoços/jantares e relacionamento	1,00	5	11	16
	2,00	3	15	18
	3,00	17	7	24
Total		25	33	58



**sessões clínicas e e relacionamento * Cluster Number of Case
Crosstabulation**

Count

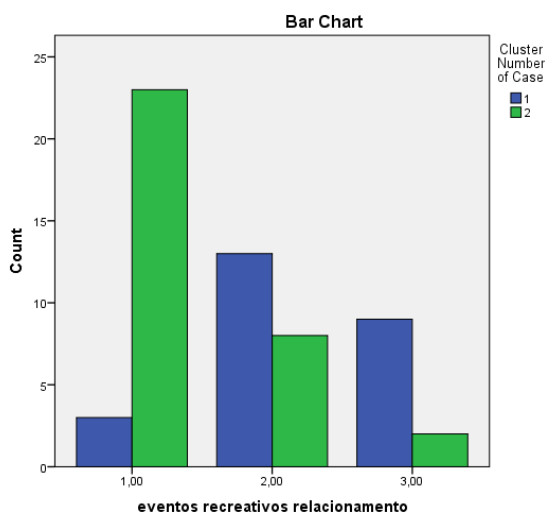
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
sessões clínicas e e relacionamento	1,00	8	28	36
	2,00	7	4	11
	3,00	10	1	11
Total		25	33	58



**eventos recreativos relacionamento * Cluster Number of Case
Crosstabulation**

Count

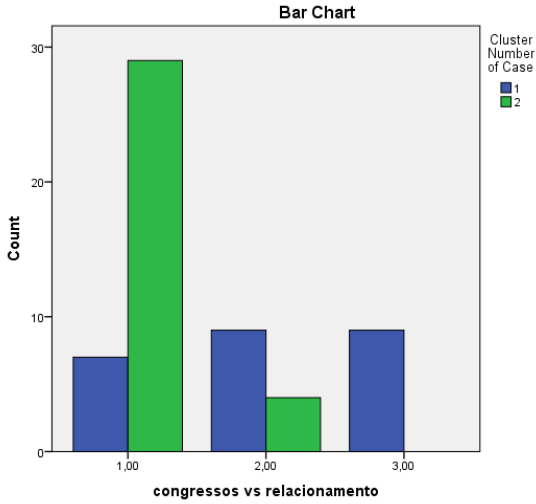
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
eventos recreativos relacionamento	1,00	3	23	26
	2,00	13	8	21
	3,00	9	2	11
Total		25	33	58



congressos e relacionamento * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

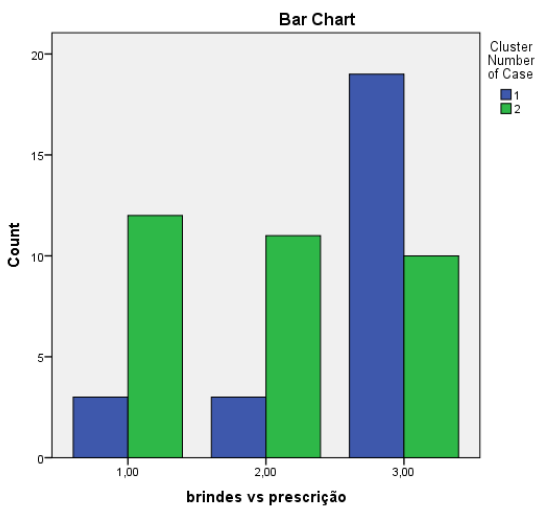
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
congressos e relacionamento	1,00	7	29	36
	2,00	9	4	13
	3,00	9	0	9
Total		25	33	58



brindes e prescrição * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

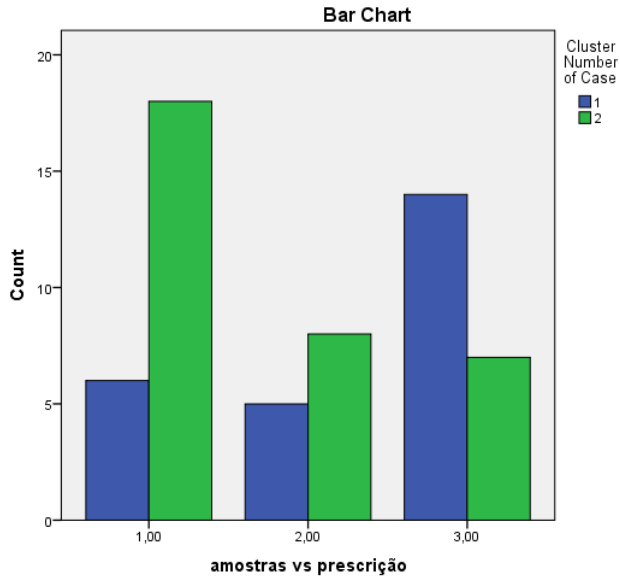
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
brindes e prescrição	1,00	3	12	15
	2,00	3	11	14
	3,00	19	10	29
Total		25	33	58



amostras e prescrição * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

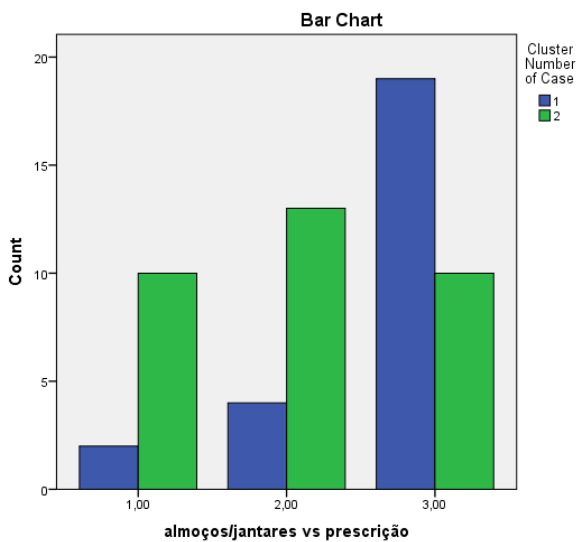
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
amostras e prescrição	1,00	6	18	24
	2,00	5	8	13
	3,00	14	7	21
Total		25	33	58



almoços/jantares e prescrição * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
almoços/jantares e prescrição	1,00	2	10	12
	2,00	4	13	17
	3,00	19	10	29
Total		25	33	58

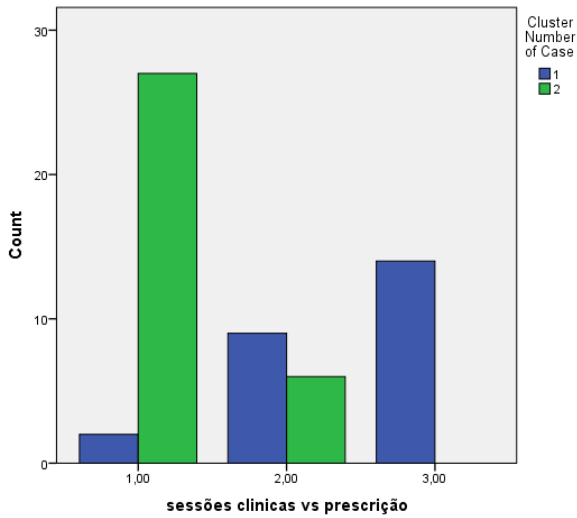


sessões clínicas e prescrição * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
sessões clínicas e prescrição	1,00	2	27	29
	2,00	9	6	15
	3,00	14	0	14
Total		25	33	58

Bar Chart

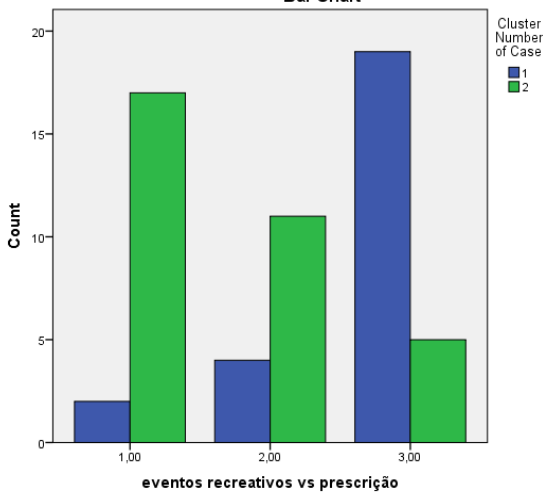


eventos recreativos e prescrição * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
eventos recreativos e prescrição	1,00	2	17	19
	2,00	4	11	15
	3,00	19	5	24
Total		25	33	58

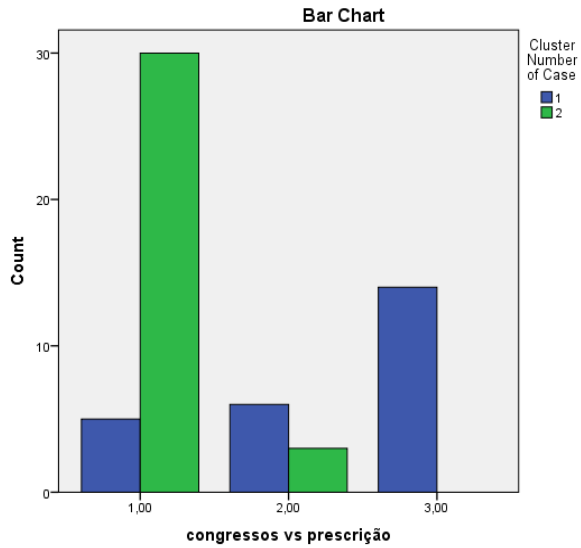
Bar Chart



congressos e prescrição * Cluster Number of Case Crosstabulation

Count

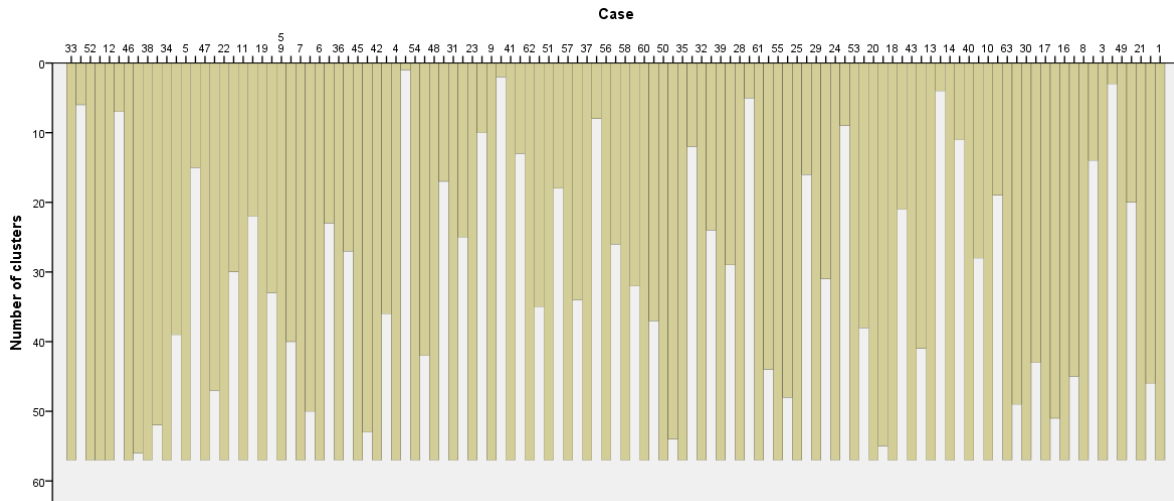
		Cluster Number of Case		Total
		1	2	
congressos e prescrição	1,00	5	30	35
	2,00	6	3	9
	3,00	14	0	14
Total		25	33	58



Anexo 5 – Dendograma

Cluster

CLUSTER II.1.1 II.1.2 II.1.3 II.1.4 II.1.5 II.1.6 II.1.7 II.1.8 II.1.9 III.1.1 III.1.2 III.1.3 III.1.4 III.1.5 III.1.6
/METHOD WARD
/MEASURE=SEUCLID
/PRINT SCHEDULE
/PLOT DENDROGRAM VICICLE.



Dendrogram using Ward Linkage

