



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA
MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA

ALFRÊDO SABOYA DIAS LOPES

A PRÁTICA DO MARKETING DE RELACIONAMENTO
NA CONQUISTA DA LEALDADE DO CLIENTE MÉDICO CEARENSE
PELA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

FORTALEZA

2012

ALFRÊDO SABOYA DIAS LOPES

A PRÁTICA DO MARKETING DE RELACIONAMENTO NA CONQUISTA DA
LEALDADE DO CLIENTE MÉDICO CEARENSE PELA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Dissertação apresentada à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade (FEAAC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de Concentração: Marketing.

Orientador: Prof. Dr. Jocildo Figueredo Correia Neto.

FORTALEZA

2012

ALFRÊDO SABOYA DIAS LOPES

A PRÁTICA DO MARKETING DE RELACIONAMENTO NA CONQUISTA DA
LEALDADE DO CLIENTE MÉDICO CEARENSE PELA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Dissertação apresentada à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade (FEAAC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de Concentração: Marketing.

Aprovada em ____/____/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jocildo Figueredo Correia Neto (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Hugo Osvaldo Acosta Reinaldo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Danielle Arruda Gomes
Universidade de Fortaleza (Unifor)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D53p Dias Lopes, Alfredo Saboya.

A PRÁTICA DO MARKETING DE RELACIONAMENTO NA CONQUISTA DA LEALDADE DO
CLIENTE MÉDICO CEARENSE PELA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA / Alfredo Saboya Dias Lopes. –
2019.

144 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração,
Atuária e Contabilidade, Mestrado Profissional em Administração e Controladoria, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Jocildo Figueredo Correia Neto .

1. Marketing de relacionamento. 2. Relacionamento com o cliente. 3. Lealdade. 4. Indústria
farmacêutica. I. Título.

CDD 658

A minha amada esposa, Lia, por sempre estar
ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A minha família, por tudo o que representamos uns para os outros.

Ao meu pai, José Alberto, por sua compreensão e seu constante incentivo, que me ajudaram a construir um castelo com as pedras que encontrei no meu caminho.

A minha mãe, Belarmina, pelo bem que me quer e exemplo profissional e ético.

Ao meu irmão Francisco, que continua a me ensinar muitas coisas com seu jeito calmo e simples de viver.

Ao meu irmão Eugênio, que em seu silêncio é um grande homem e ama sem medidas.

A minha irmã Cirilla, uma grande mulher que sempre está a cuidar de todos nós.

A minha avó Conceição, por continuar sendo minha maior fã.

A minha nova família, na pessoa da dona Bernadete, por sua torcida e incentivo a minha pesquisa.

A tia Luzia e família, Ritinha, Maria Luiza, Dudu, Aninha, Colombo, Lili, Carol, Manuela e Anastácio, pelo apoio (nunca esquecerei) no ano mais importante da minha vida.

Aos meus tios, tias, primos e primas, por sua torcida e por estarem sempre dispostos a me ajudar.

Ao professor doutor Jocildo Figueredo Correia Neto, meu orientador, cuja paciência e dedicação foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Aos participantes da banca, na pessoa do professor doutor Hugo Osvaldo Acosta Reinaldo, por sua atenção e colaboração na melhoria deste trabalho.

Aos médicos, na pessoa do doutor Pedro Almino de Queiroz e Souza, que se prontificaram a me ajudar, respondendo ao questionário e convidando outros colegas a participar.

Aos colegas do Mestrado em Administração e Controladoria, que nunca baixaram a cabeça e sempre estiveram a postos para levantar o moral dos colegas nos momentos de ansiedade, estresse e expectativa.

Aos professores do Mestrado em Administração e Controladoria, que também participaram dessa caminhada, pela convivência amigável e pelos ricos e proveitosos ensinamentos ao longo do curso.

À Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade a mim concedida de ampliar os conhecimentos necessários ao exercício profissional.

RESUMO

Em um mercado competitivo como o farmacêutico, no qual a diferenciação dos produtos é cada vez menor, pois os concorrentes copiam rapidamente as inovações e oferecem produtos similares a custos menores, os laboratórios mudam seu foco. Antes restrito aos produtos, com investimentos vultosos na pesquisa e desenvolvimento de novas drogas, hoje aposta no fortalecimento da relação entre cliente e empresa como forma de ganhar competitividade no mercado. Este trabalho teve como propósito observar as práticas do marketing de relacionamento desenvolvidas pela indústria farmacêutica como meio de influenciar o comportamento leal dos clientes médicos. Partiu de uma pesquisa realizada em São Paulo por Walmon Magalhães Leal destinada a identificar as principais ações, benefícios e serviços realizados pelos grandes laboratórios da indústria farmacêutica e a conhecer a atuação dos propagandistas no gerenciamento do relacionamento com os médicos. Na fase exploratória (qualitativa), o estudo de Leal (2004) identificou as 10 variáveis do marketing de relacionamento mais representativas utilizadas pela indústria farmacêutica no estabelecimento e desenvolvimento de bons relacionamentos com os médicos. Na fase descritiva (quantitativa), 202 médicos foram entrevistados por meio de um questionário fechado com o intuito de verificar como avaliam as práticas de marketing de relacionamento das empresas farmacêuticas. De acordo com as respostas fornecidas foram classificados em dois grupos distintos (médicos “leais” e “não leais” à indústria farmacêutica). A análise descritiva dos dados e dos testes das premissas para a realização da análise discriminante, método de tratamento de dados escolhido, evidenciou que a amostra não poderia ser submetida a uma análise discriminante, assim, optou-se por um teste não paramétrico de comparação de médias de *Mann-Whitney* para colocar à prova as hipóteses do trabalho. A primeira hipótese, de que as práticas do marketing de relacionamento das empresas influenciam no comportamento de lealdade dos médicos, foi confirmada, já que o nível de concordância dos médicos “leais” para as variáveis “frequência de visitas”, “informações científicas”, “ajuda financeira”, “amostra grátis” e “relacionamento com os vendedores” é estaticamente maior do que a concordância das mesmas variáveis dos médicos não-leais. Também, testou-se a hipótese de que os médicos do interior do Estado tendem a ser mais leais à indústria farmacêutica, por perceberem na atuação dos propagandistas uma importante forma de se manterem atualizados, já que não têm tanto acesso a eventos científicos como os médicos residentes na capital. Isso não foi comprovado, por não haver diferença significativa estatística maior entre as concordâncias dos médicos leais do interior e dos da capital. Como contribuição, este trabalho

permitiu ampliar o conhecimento sobre a prática do marketing de relacionamento das empresas farmacêuticas e sua influência no comportamento de lealdade dos médicos, uma vez que esse tema ainda é pouco estudado.

Palavras-chave: Marketing de relacionamento. Relacionamento com o cliente. Lealdade. Indústria farmacêutica.

ABSTRACT

The purpose of this study was to observe the practices of marketing relationship developed by the pharmaceutical industry as a means of influencing the loyal behavior of physician customers. Faced with such a competitive market as pharmaceutical is, where the differences of product is becoming smaller, and competitors are fast to copy innovations and offer similar products at lower cost, laboratories have shifted their focus. While previously it was restricted to products with large investments in research and development of new drugs, now the pharmaceutical industry seeks to strengthen the client-company relationship as a way of gaining competitiveness in the market. This study was based on a survey conducted in São Paulo by Walmon Magalhães Leal, an exploratory qualitative research together with the pharmaceutical industry which has raised the main actions, benefits and services performed by large laboratories, as well as the performance of propagandist in managing relationship with doctors. Leal's work (2004) identified the 10 most representative variables of marketing relationship used by the pharmaceutical industry to establish and develop good relationship with physicians. With this, 202 physicians were interviewed through a descriptive quantitative research, by means of closed questionnaire, in order to check how they evaluated practices of marketing relationship by pharmaceutical companies. The results of the questionnaires, according to the doctor's answers, were classified into two distinct groups (doctors "loyal" and "non-loyal" to the pharmaceutical industry). The descriptive data analysis and testing of the premises to carry out the discriminant analysis, which was the data processing method chosen, it was found that the sample could not be subjected to a discriminant analysis, thus, we opted for Mann-Whitney's non-parametric average comparison test to proof the hypothesis of this work. The first hypothesis, that the practices of marketing relationship companies influence the behavior of doctors' loyalty was confirmed, since the level of agreement of the "loyal doctors" to the variable "frequency of visits", "scientific information", "financial aid", "free sample" and "relationship with vendors" is statistically higher than the tally variables of "non-loyal doctors". It was also tested the hypothesis that the doctors in the country side of the state tend to be more loyal to the pharmaceutical industry, because they perceive the role of propagandists as an important way to keeping up, since they do not have much access to scientific meetings as the doctors who reside in the capital city might have. This hypothesis could not be proven, because there was not a statistically significant difference of great concordance between loyal physicians in the country side and the capital. This work has contributed to expand the knowledge about the practice of

marketing relationship in pharmaceutical companies and their influence on the loyalty of physicians, since this topic has not been studied yet.

Keywords: Marketing relationship. Customer relationship. Loyalty. Pharmaceutical industry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica da evolução do mercado farmacêutico mundial e brasileiro.....	19
Figura 2 - Classificação das variáveis.....	27
Figura 3 - Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente.....	27
Figura 4 - Classificação dos medicamentos de acordo com a Anvisa.....	49
Figura 5 - Classificação dos produtos farmacêuticos segundo a forma de comercialização.....	50
Figura 6 - Dinâmica do mercado de produtos vendidos sob prescrição médica (éticos).....	55
Figura 7 - Estrutura triangular do mercado 3Ps (pacientes, prescritores e provedores)...	57
Figura 8 - Formas de segmentação dos consumidores.....	64
Figura 9 - Níveis de expectativa.....	68
Figura 10 - Cadeia de lucros de serviços.....	69
Figura 11 - Produto total.....	70
Figura 12 - Meios de comunicação.....	75
Figura 13 - Modelo de propagação de medicamentos éticos pela indústria farmacêutica.	76
Figura 14 - Modelo orientador da pesquisa de Leal.....	87
Figura 15 - Síntese da teoria da <i>Variance Inflation Factor</i> (VIF).....	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atributos dos paradigmas do marketing.....	36
Quadro 2 - Constructo para o marketing de relacionamento.....	61
Quadro 3 - Os quatro passos para o desenvolvimento do marketing <i>one to one</i>	63
Quadro 4 - Os três níveis do marketing de relacionamento.....	66
Quadro 5 - Relação entre o objetivo de cada bloco do questionário, as assertivas e a escala de medição.....	96
Quadro 6 - Verificação de confiabilidade do instrumento de coleta de dados.....	98
Quadro 7 - Força de associação do <i>alfa de Cronbach</i>	99
Quadro 8 - Semelhanças e diferenças entre os métodos possíveis de análise de dados - Análise da variância (Anova), Regressão e Análise discriminante.....	102
Quadro 9 - Respondentes por especialidade.....	103
Quadro 10 - Respondentes por local de atendimento.....	104
Quadro 11 - Respondentes por tipos de pacientes que atendem.....	104
Quadro 12 - Respondentes de acordo com o gênero.....	105
Quadro 13 - Respondentes por faixa etária.....	105
Quadro 14 - Respondentes por tempo de formado.....	105
Quadro 15 - Respondentes pela quantidade de representantes que atendem por semana....	106
Quadro 16 - Respondentes por local de trabalho.....	106
Quadro 17 - Empresas selecionadas pelos respondentes.....	107
Quadro 18 - Classificação dos clientes quanto à lealdade.....	108
Quadro 19 - Avaliação dos médicos classificados como leais.....	108
Quadro 20 - Avaliação dos médicos classificados como não leais.....	109
Quadro 21 - Codificação numérica das respostas do questionário.....	110
Quadro 22 - Média das variáveis e diferença da média entre os grupos.....	111
Quadro 23 - Teste de normalidade das variáveis.....	112
Quadro 24 - Resultado dos testes de multicolinearidade.....	113
Quadro 25 - Hipóteses a serem testadas e teste M de Box.....	114
Quadro 26 - Sumário da análise da função discriminante.....	115
Quadro 27 - Teste de comparação de médias de <i>Mann-Whitney</i> entre os médicos não leais e leais.....	116
Quadro 28 - Teste de comparação de médias de <i>Mann-Whitney</i> entre médicos leais	

(capital e interior).....	117
Quadro 29 - Comparação dos resultados das pesquisas de Leal (2004) e Gomes, Rezende e Oliveira (2008).....	118
Quadro 30 - Comparação entre os resultados das pesquisas de Leal (2004), Gomes, Rezende e Oliveira (2008) e a presente pesquisa.....	120

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Justificativa.....	16
1.2	Problema de pesquisa.....	25
<i>1.2.1</i>	<i>Variáveis do estudo.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2.2</i>	<i>Delimitação do problema.....</i>	<i>28</i>
1.3	Objetivos.....	29
<i>1.3.1</i>	<i>Objetivo geral.....</i>	<i>29</i>
<i>1.3.2</i>	<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>30</i>
1.4	Hipóteses.....	30
1.5	Estrutura do trabalho.....	31
1.6	Contribuições esperadas.....	32
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONTEXTO DA PESQUISA.....	33
2.1	Evolução do marketing.....	34
2.2	Marketing de relacionamento.....	37
2.3	Mercado farmacêutico.....	44
<i>2.3.1</i>	<i>Os segmentos do mercado farmacêutico.....</i>	<i>46</i>
<i>2.3.1.1</i>	<i>Over the counter (OTCs).....</i>	<i>50</i>
<i>2.3.1.2</i>	<i>Bonificados (BOs).....</i>	<i>51</i>
<i>2.3.1.3</i>	<i>Vendidos sob prescrição médica (Éticos).....</i>	<i>52</i>
2.4	Processo de compra de um medicamento ético.....	55
2.5	O marketing de relacionamento na promoção de medicamentos éticos.....	58
<i>2.5.1</i>	<i>Práticas e estratégias de relacionamento.....</i>	<i>59</i>
<i>2.5.1.1</i>	<i>Desenvolvimento do relacionamento.....</i>	<i>62</i>
<i>2.5.1.2</i>	<i>Promoção da satisfação do cliente.....</i>	<i>67</i>
<i>2.5.1.3</i>	<i>Criação de valor para o cliente.....</i>	<i>71</i>
2.6	Estratégia de comunicação da indústria farmacêutica.....	74
<i>2.6.1</i>	<i>O vendedor no relacionamento.....</i>	<i>77</i>
<i>2.6.1.1</i>	<i>Promoção de vendas.....</i>	<i>80</i>
2.7	Ética no relacionamento empresa / médico.....	83
2.8	Lealdade.....	85
3	METODOLOGIA.....	89

3.1	Tipo de pesquisa.....	90
3.2	População e amostra.....	92
3.3	Coleta de dados.....	94
3.4	Instrumento de coleta de dados.....	95
3.5	Confiabilidade do instrumento de coleta de dados.....	97
3.6	Pré-teste do questionário.....	100
3.7	Tratamento dos dados.....	101
4	ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	103
4.1	Descrição dos respondentes.....	103
4.2	Análise inferencial dos dados.....	107
4.3	Comparação da atual pesquisa com pesquisas anteriores.....	118
5	CONCLUSÃO.....	121
5.1	Limitações do presente estudo.....	124
5.2	Sugestões para pesquisas futuras.....	125
	REFERÊNCIAS.....	128
	APÊNDICE A - RELAÇÃO DAS 15 MAIORES EMPRESAS FARMACÊUTICAS COM ATUAÇÃO NO BRASIL, EM ORDEM ALFABÉTICA.....	139
	APÊNDICE B – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS.....	140
	APÊNDICE C – MODELO DO E-MAIL ENVIADO AOS MÉDICOS.....	143

1 INTRODUÇÃO

Visto pelas empresas como um modo de conquistar vantagens competitivas ou apenas como uma estratégia para não se deixar distanciar das que já o praticam, o marketing de relacionamento possui formas diversas de se definir, apresentar, interpretar e praticar; contudo, em sua essência, visa à manutenção de clientes leais, lucrativos e duradouros, oferecendo-lhes, para tanto, valor em níveis acima dos ofertados pela concorrência (YAMASHITA; GOUVÊA, 2007).

Não se sabe ao certo quem foi o primeiro autor a pensar o marketing sob a ótica do desenvolvimento de relacionamentos benéficos, de longo prazo, entre empresa e cliente. Sheth e Parvatiyar (2002) consideram que o aspecto relacional do marketing já era enfatizado por McGarry em 1953, embora tenha sido propagado apenas graças aos trabalhos de Adler em 1966 e Johan em 1979, respectivamente nos Estados Unidos e na Europa.

Moori, Leal e Lelis (2011) observam que só na década de 1980, introduzido por Berry (1983), o termo marketing de relacionamento surgiu como uma opção estratégica, baseada no desenvolvimento de relacionamentos vantajosos destinados a manter os clientes leais às empresas. Mas foi apenas no final dos anos 1990 que as empresas realmente passaram a adotar o marketing de relacionamento como estratégia para fidelizar clientes (STONE; WOODCOCK, 2002).

O marketing relacional, característico dos anos 1990, surge, assim, em oposição ao marketing transacional, que já não garantia a abordagem necessária ao novo meio envolvente em que atualmente se vive (ANTUNES; RITA, 2008). Isso porque, em um mundo cada vez mais competitivo, conquistar e manter clientes não é uma opção, mas uma necessidade.

Gordon (2003) concorda e explica que os profissionais do marketing têm duas escolhas: ou perseguem a próxima inovação tecnológica e a implementam antes e melhor do que seus concorrentes, e fazem isso de novo e de novo, eternamente, ou reconhecem que as regras da competição estão sempre mudando.

Os profissionais de marketing já perceberam as constantes mudanças de regra da competição e sabem que, para gerar demanda, o “cliente” deveria substituir o “produto” no âmbito de todas as atividades (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2010). Esse entendimento demonstra que o marketing deixou de ser tático, com foco nos produtos, e passou a ser estratégico, com foco no cliente.

Kotler e Armstrong (2007) confirmam essa tendência ao afirmar que a maioria das empresas está deixando as práticas de marketing de transação, que enfatiza apenas a venda, para praticar o marketing de relacionamento, priorizando o desenvolvimento de relacionamentos lucrativos e duradouros com os seus clientes.

O motivo para tal mudança, o que torna o marketing de relacionamento estrategicamente importante, consiste no fato de que conquistar novos clientes custa muito mais caro do que manter os já existentes (STONE; WOODCOOK, 2002). Nesse sentido, o marketing de relacionamento não deve ser visto apenas como uma mala de truques para capturar o consumidor, haja vista que oferece amplas condições para uma administração e um marketing mais eficientes (GUMMESSON, 2010).

Tudo isso vem intensificando o interesse de pesquisadores e profissionais de marketing sobre o tema, assim como os questionamentos sobre o desenvolvimento e implementação de ações com o intuito de fidelizar os clientes às empresas de diversos segmentos (KLEINOWSKI, 2009).

No mercado farmacêutico, reconhecidamente um dos mais competitivos da economia, a concorrência varia de acordo com o tipo de produto. No caso de produtos patenteáveis ela ocorre, em escala mundial, por inovação de fármacos para uma dada finalidade terapêutica e por promoção comercial da marca (PALMEIRA FILHO; PAN, 2003).

A concessão de direito de patente assegura exclusividade de exploração de frutos da inovação ao seu detentor, garantindo-lhe o retorno dos elevados custos em pesquisa e desenvolvimento de novas drogas. Entretanto o prazo efetivo de monopólio garantido por essas patentes vem diminuindo. Segundo Bastos (2005), em função dos prazos e testes exigidos pela regulação do estado, entre o patenteamento do produto e o seu lançamento no mercado restam apenas 6,5 anos de efetivo benefício da patente. Além disso, a todo momento estão sendo lançadas drogas similares, tão eficazes e seguras como as já existentes.

Isso explica, em parte, porque a indústria farmacêutica mundial gasta anualmente mais de U\$ 11 bilhões com promoção e marketing. Desse montante, U\$ 5 bilhões são aplicados na força de vendas (representantes farmacêuticos), composta pelas pessoas dentro das empresas responsáveis pelo relacionamento da indústria farmacêutica (WAZANA et al., 2004).

Segundo Kleinowski (2009), apesar da relevante participação do mercado farmacêutico na economia mundial e da importância do marketing para esse segmento, pouco se estuda a respeito da formação da lealdade no ambiente farmacêutico. Trata-se, portanto, de uma área na qual há muito a aprender e a aplicar (ROD; ASHILL; CARRUTHERS, 2007).

No Brasil, um dos mais relevantes trabalhos já produzidos sobre marketing farmacêutico foi a dissertação “A prática do marketing de relacionamento na conquista da lealdade do cliente”, de Walmon Magalhães Leal (2004), cujo objetivo consistiu em compreender a influência das ações do marketing de relacionamento das empresas farmacêuticas na promoção dos produtos éticos junto aos médicos da cidade de São Paulo (KLEINOWSKI, 2009). Esse estudo originou um artigo e influenciou diversos outros trabalhos em todo o País, a exemplo dos de Cesar (2005), na cidade de Salvador, e Gomes, Rezende e Oliveira (2008), no estado de Minas Gerais.

Diante de dois assuntos tão interessantes, o marketing de relacionamento e a promoção de produtos éticos pela indústria farmacêutica, o presente trabalho busca verificar a influência da prática do marketing de relacionamento das empresas do setor farmacêutico na conquista da lealdade dos médicos cearenses aos seus medicamentos.

Sabendo da importância dos representantes de venda (propagandistas) da indústria farmacêutica para a manutenção do relacionamento entre o laboratório e os médicos mediante contato direto e frequente, o contexto da presente pesquisa é a prática do marketing de relacionamento sob a ótica da relação entre os representantes e os médicos.

A título de esclarecimento, os médicos constituem os clientes com os quais a indústria farmacêutica procura se relacionar, conquistando a sua preferência no momento de prescrever os medicamentos que necessitam obrigatoriamente de receita para serem comercializados.

1.1 Justificativa

A economia mundial passa por um período de desenvolvimento bastante acentuado, e a peleja por fatias expressivas de mercado está cada vez mais acirrada. Empresas dos mais diversos segmentos, em busca de mais competitividade, investem em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos e serviços.

A indústria farmacêutica mundial não foge à regra. Segundo Silva e Nascimento (2007), entre as 10 áreas de maior interesse estratégico, três estão relacionadas à saúde humana. Nelas o setor farmacêutico vem-se destacando como fator determinante na condução dos tratamentos de saúde e como uma das principais estratégias político-econômicas em diversos países.

O desenvolvimento de novas drogas, elementos fundamentais para o controle de enfermidades, tornou-se um mecanismo de imposição do prestígio e poder dos países

desenvolvidos sobre o resto do mundo. Pignarre (2003) ratifica esse pensamento ao dizer que, para dominar o mundo, é preciso controlar certo número de setores industriais, a exemplo da indústria farmacêutica, por atingir o futuro das populações e suas aptidões.

Como é perceptível, não há coincidência nos seguintes fatos: os grandes laboratórios estão sediados em países como Suíça, Alemanha, Grã-Bretanha e Suécia, e os Estados Unidos da América são, ao mesmo tempo, o maior produtor e consumidor de medicamentos no mundo (CAPANEMA, 2006). Isso porque tais nações enxergam a indústria farmacêutica como um vetor estratégico, econômico e político importantíssimo.

Após a Segunda Guerra Mundial, quando alguns países desenvolvidos passaram a custear seus sistemas de saúde com recursos públicos, tal setor experimentou um rápido crescimento e uma altíssima rentabilidade (PAULA, 2001). Entre os anos de 1940 e 1960, o desenvolvimento da síntese farmacêutica possibilitou a chegada ao mercado de tal quantidade de produtos, que esse período ficou conhecido como a Idade de Ouro da indústria farmacêutica (BARROS, 1995).

Segundo Palmeira Filho e Pan (2003), as grandes multinacionais farmacêuticas, conhecidas como *big pharmas*, foram favorecidas em sua trajetória tendo em vista as possibilidades oferecidas pela proteção patentária, a existência de um ambiente regulatório menos exigente, os reduzidos controles oficiais de preços e a aceitação, pelo mercado, dos elevados preços cobrados pelos produtos inovadores com base na premissa de que “a saúde não tem preço” (p.).

A partir da década de 1970, a pressão pelo controle dos gastos públicos com saúde se acentuou na Europa e nos Estados Unidos, ao mesmo tempo que os governos perceberam a necessidade de um controle efetivo da crescente demanda por serviços públicos de saúde (FIUZA; LISBOA, 2001). O maior rigor dos órgãos de vigilância sanitária, com a exigência de testes clínicos previamente à colocação de novos produtos no mercado, aumentou a importância e os gastos com atividades de pesquisa e desenvolvimento (RÊGO, 2000).

Consoante ainda Palmeira Filho e Pan (2003), a partir de 1990 o mercado farmacêutico mundial passou por profundas mudanças. A maior exigência regulatória de novos medicamentos aumentou o tempo e os gastos na pesquisa e no desenvolvimento de medicamentos. Além disso, a concorrência dos genéricos, em razão do vencimento das patentes, fez com que as empresas repensassem suas estratégias de mercado.

Assim, por meio de fusões e compras de empresas (rivais e produtoras de genérico) as grandes instituições tentam aumentar sua participação no mercado, ampliar seu

portfólio de P&D, reduzir riscos, conquistar economias de escala e resistir melhor às pressões dos compradores institucionais (RÊGO, 2000).

Para Fiuza e Lisboa (2001), o alto peso dos gastos com medicamentos no consumo das famílias, principalmente as mais pobres, e os reajustes de preços tradicionalmente acima dos índices de inflação (quando não controlados pelo governo) sempre mantiveram a indústria farmacêutica como alvo de intenso e acalorado debate.

No entanto, até a década de 1930, a indústria farmacêutica brasileira não se diferenciava muito da indústria farmacêutica de qualquer nação do mundo. As primeiras empresas farmacêuticas brasileiras com características industriais eram empresas familiares originárias das tradicionais farmácias conhecidas no Brasil como boticas (BERMUDEZ, 1995).

Palmeira Filho e Pan (2003) observam que, a partir dos anos 1950, a política de atração de empresas estrangeiras, uma das linhas-mestras da política econômica do País naquele período, elevou a sua participação na produção farmacêutica brasileira de 14%, em 1930, para 35%, em 1960. Referida política diminuiu drasticamente as importações e elevou os padrões técnicos e gerenciais da produção brasileira, concentrando-a, no entanto, nas mãos das multinacionais, cuja estratégia não previa a realização de atividades de inovação no País.

Na década de 1970, a não adesão brasileira ao sistema internacional de patentes e o estímulo à indústria farmacêutica nacional para lançar, com sua própria marca, cópias dos produtos patenteados no País, deram origem aos medicamentos similares, que produzem efeitos semelhantes aos dos produtos de marca, mas com custo menor (PALMEIRA FILHO; PAN, 2003).

Após o decurso da década de 1980, marcada por tentativas de controle de preços e estímulo à indústria nacional, a década de 1990, para Fardelone e Branchi (2006), caracterizou-se pela redução generalizada de alíquotas nas diferentes fases produtivas, pela liberação do controle de preços e pela implantação de uma nova legislação sobre as patentes. Tais medidas levaram a uma maior oferta de produtos no mercado e, em consequência disso, à redução dos preços.

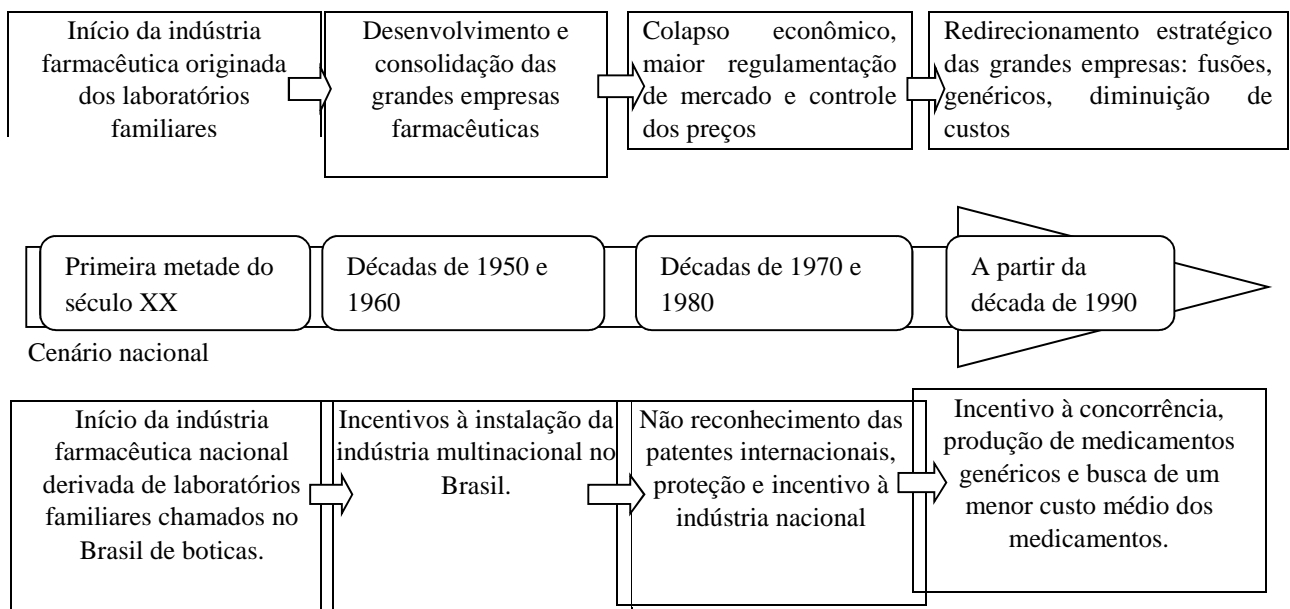
Em 1999, o Brasil adotou a política de medicamentos genéricos como forma de reprimir a intensidade da elevação de preços e estimular a demanda. A ideia era a diminuição dos preços médios dos medicamentos e a inclusão de uma fatia maior da população brasileira no mercado farmacêutico, o que indiretamente poderia reduzir a importância das empresas transnacionais e a dependência externa desse setor (VALENTIM, 2003).

Atualmente, as empresas de capital nacional mantêm suas atividades centradas principalmente na produção e desenvolvimento de processos produtivos, com produtos obtidos por meio de patentes expiradas, com tecnologia transferida por parcerias internacionais mediante participação financeira ou pagamento de *royalties* ou na forma de genéricos (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO, 2004).

No entanto, segundo Fardelone e Branchi (2006), com a nova legislação de patentes e a introdução de genéricos, os laboratórios nacionais estão aumentando os investimentos em pesquisa e desenvolvimento, na contratação de mão de obra altamente qualificada e na associação com instituições de pesquisa científica no País, criando assim oportunidades para conseguir novos produtos com potencial de exportação.

A Figura 1 a seguir sintetiza o panorama histórico do mercado farmacêutico mundial em paralelo com o cenário evolutivo do mercado farmacêutico brasileiro, possibilitando a visualização dos fatos mais importantes ocorridos nas últimas décadas. Mediante esta representação gráfica, busca-se uma melhor compreensão a respeito da atual situação do mercado farmacêutico nacional.

Figura 1- Representação gráfica da evolução do mercado farmacêutico mundial e brasileiro
Cenário internacional



Fonte: Elaboração do autor (2012).

Como é perceptível, o mercado farmacêutico mundial vem passando por mudanças nos últimos anos e sofrendo com diversos fatores que tornam o ambiente muito turbulento, sintetizados por Rod, Ashill e Carruthers da seguinte forma:

Os desafios são inúmeros e vem crescendo com o passar do tempo, incluindo o custo crescente para a produção de novos medicamentos, o aperto da rentabilidade resultante do aumento dos gastos com P&D, a reestruturação na prestação dos serviços de saúde, o poder de compra que está sendo investido em setores de menor importância, as incertezas sobre a força e o valor da carteira futura de novos produtos, as restrições regulamentária da promoção farmacêutica, requisitos para a separação da educação médica e da promoção, fusões e aquisições e os efeitos resultantes da performance no preço das ações. (ROD; ASHILL; CARRUTHERS, 2007, p.).

Acontece que o mercado farmacêutico ainda é um segmento dominado por grandes empresas, um oligopólio com capacidade técnico-financeira que ergue poderosas barreiras à entrada de concorrentes, contudo o menor dinamismo tecnológico e a caducidade das patentes vêm abrindo a possibilidade para a produção de genéricos e commodities farmacêuticas por empresas não tradicionais (LIMA; CAVALCANTE FILHO, 2007), inclusive no Brasil.

Hoje, a indústria farmacêutica brasileira é a quinta maior produtora de medicamentos do mundo, responsável por 42,5% do faturamento do mercado farmacêutico na América Latina (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS [FEBRAFARMA], 2005). Um mercado que, segundo a IMS Health (2011), cresceu 33,96% no ano de 2010, faturando U\$ 20.640 bilhões. Além disso, tem um crescimento previsto de 11,4% entre 2010 e 2015.

Afigura-se um mercado enorme, caracterizado pela presença maciça de grandes laboratórios internacionais e por sua atividade industrial restrita à farmacotécnica, ou seja, à transformação dos princípios ativos, desenvolvidos nos grandes centros, em sua forma farmacêutica pronta, e à comercialização e distribuição do produto final.

Dessa forma, ainda que o Brasil tenha uma base tecnológica industrial importante e um dos maiores mercados do mundo, a indústria farmacêutica brasileira é hoje basicamente uma importadora de princípios ativos e caracteriza-se, com raras exceções, pela atividade de formulação (ROSENBERG, 2011).

Apesar disso, as perspectivas do mercado farmacêutico brasileiro são auspiciosas. Nos próximos anos, serão observadas melhorias graduais no estado de saúde da população brasileira, reflexo do impacto das políticas sociais, do crescente rendimento dos pacientes e das melhorias do sistema de saúde (IMS HEALTH, 2011).

Os números são expressivos e entre os territórios que melhor refletem esse comportamento do mercado está a Região Nordeste, que, com a economia nacional equilibrada, vem apresentando a maior elevação de renda média familiar nos últimos anos (IMS HEALTH, 2011).

A região, que até o ano de 1979 era considerada a mais subdesenvolvida do hemisfério ocidental (GALEANO, 2011), hoje responde por 17,3% do total de unidades de medicamentos comercializadas no Brasil. Com isso o Nordeste alcançará a vice-liderança, atrás somente do Sudeste, com a fatia de 54,2%, e acima do Sul, com 16,86%, tornando-se um mercado muito atrativo para as companhias farmacêuticas instaladas no País (JORNAL VALOR ECONÔMICO, 2012).

A explicação é simples. Com mais dinheiro no bolso a população comprou mais, e a venda de bens de consumo, entre os quais incluem-se os medicamentos, também aumentou.

A Associação Brasileira do Atacado Farmacêutico (ABIFARMA, 2011) corrobora essa assertiva ao registrar que o avanço da classe C na região, por si só, justifica os bons resultados do setor. Esses consumidores passaram a ter maior acesso aos planos de saúde e a consumir mais medicamentos, o que coloca a região em evidência.

Além do crescimento econômico, para o Grupo de Profissionais Executivos do Mercado Farmacêutico (GRUPEMEF, 2012), o mercado informal de medicamentos até então existente no Nordeste está sendo cada vez mais fiscalizado, o que, somado a um maior planejamento e operação logística eficiente, vem fazendo com que as distribuidoras de medicamento consigam avançar sobre regiões pouco exploradas.

Com isso, o mercado de distribuição local, que se encontra em franca movimentação, vem apresentando mudanças de perfil. Segundo o Instituto Brasileiro De Opinião Pública e Estatística (Ibope) Inteligência (2012), os genéricos são a face mais visível das profundas transformações pelas quais esse mercado está passando.

O anseio da sociedade por medicamentos mais acessíveis e o apoio da mídia e do governo foram essenciais para o fortalecimento da iniciativa de investimento nos medicamentos genéricos como substitutos dos medicamentos de marca. Entretanto, o aumento do consumo desse tipo de medicamento vem diminuindo o faturamento das empresas, impedindo o aporte de maiores recursos na indústria nacional e o desenvolvimento de um modelo estratégico para o setor.

Ainda que investimentos na modernização das fábricas e na adaptação das instalações para a produção de novos medicamentos estejam ocorrendo, e a participação do capital nacional na indústria venha se fortalecendo, o investimento na pesquisa e no desenvolvimento de novos produtos deixa a desejar.

A Febrafarma (2005) informa que, durante esse ano, US\$ 313,8 milhões foram investidos na modernização de fábricas (adequando as instalações para a produção de novos produtos), US\$ 35,7 milhões em atividades relacionadas ao marketing dos produtos

farmacêuticos e US\$ 32,5 milhões em pesquisa e desenvolvimento. Isso mostra a efetiva preferência da indústria nacional pela produção de medicamentos acabados, que demanda custos médios baixos, em detrimento do investimento na pesquisa e no desenvolvimento de farmoquímicos.

Assim, as empresas nacionais produtoras de medicamentos genéricos vêm aumentando suas linhas de produção de forma exponencial, diversificando a oferta de produtos e adotando uma política agressiva de descontos junto ao varejo e de oferta de maiores margens de lucro às drogarias, com conseqüente ganho de vantagens competitivas sobre os gigantes transnacionais que operam nesse mercado (EXAME, 2006). Tal estratégia fez com que as grandes corporações farmacêuticas saíssem de sua zona de conforto e repensassem seu posicionamento no mercado, aumentando os investimentos na propagação de seus produtos e utilizando-se das estratégias de marketing como forma de estabelecer relacionamentos longos e rentáveis com seus clientes principais, os médicos, que prescrevem seus medicamentos aos pacientes finais (SILVA; NASCIMENTO; MENDONÇA, 2006).

A redescoberta do relacionamento com os clientes como forma de melhorar os resultados ofereceu uma nova perspectiva para as empresas, que ampliaram seu foco para abranger outros indicadores que não apenas sua participação no mercado, como participação no cliente, rentabilidade individual, níveis de satisfação por segmento de clientes e outras metas diretamente relacionadas a cliente individuais e grupos de clientes (PEPPER; ROGERS, 2004).

Para Zenone (2010, p. 21), “manter a empresa com o foco no cliente é cada vez mais importante à medida que a oferta excede a demanda e o mercado se torna mais competitivo”. Por isso “precisamos analisar as necessidades e os desejos dos clientes e não tentar dar a eles o que achamos que eles querem” (POSER, 2010, p. 3).

Segundo Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010), os consumidores de hoje são bem informados e podem facilmente comparar várias ofertas de produtos semelhantes. O valor do produto é definido pelo cliente. A garantia de qualidade não é sinal de sucesso, já que é uma condição prevista pelos clientes. Esses querem mais e esperam que as empresas possam conquistá-los totalmente, suprimindo seus desejos e, até mesmo, excedendo suas expectativas.

McKenna (1992) concorda e explica que as relações são a chave, a base da escolha do cliente e da adaptação da empresa. Assim, empresas que atuam em mercados competitivos devem perceber a importância de atribuírem maior atenção ao atendimento e melhorarem o relacionamento, não apenas com o cliente, mas com toda a cadeia de negócios (ZENONE, 2010).

Com o passar dos anos, cada vez mais o marketing é visto como um processo social e gerencial, que busca nas necessidades e nos desejos individuais ou coletivos a resposta para a criação e as ofertas de produtos com valor agregado (MAGALHÃES et al., 2003). Nesse sentido, o novo paradigma do marketing está voltado para o desenvolvimento de parcerias com os clientes, que devem participar ativamente do desenvolvimento de produtos e serviços recebendo, em contrapartida, produtos que venham ao encontro de suas necessidades.

Considera-se que apenas mediante interações dessa natureza torna-se possível conhecer as necessidades e os desejos de toda a cadeia de negócios e adaptar as práticas da empresa para atender suas expectativas. Cumpre lembrar que o cliente é o único e verdadeiro centro de lucro da empresa, que deve, segundo Kotler e Armstrong (2007), orientar-se para eles, colocando-os no topo do organograma e mantendo todos os setores focados em seu atendimento.

Nesse cenário, o marketing de relacionamento vem sendo recorrentemente utilizado como alternativa competitiva pela indústria farmacêutica e encarado de forma muito mais ampla que uma simples relação entre ofertante e consumidor. Tornou-se um conjunto de técnicas e ferramentas integradas a uma filosofia organizacional (CESAR, 2005).

O marketing de relacionamento pode ser interpretado como uma abordagem diferenciada do marketing tradicional, voltada para o entendimento e o atendimento das necessidades e desejos dos clientes a partir da sua identificação e diferenciação, da interação com cada um (em busca de novas informações sobre eles) e da personalização de serviços e produtos que superem suas expectativas. Não se preocupa, pois, apenas com o fechamento da venda, mas com o desenvolvimento de relacionamentos duradouros e rentáveis.

Para Zenone (2010, p. 16), “é importante que a empresa fique atenta à percepção dos clientes, que variam de acordo com: suas necessidades circunstanciais, com fatores de influência, com suas experiências e seu estado de espírito”. Tais variáveis podem, de forma positiva ou negativa, influenciar o relacionamento das empresas com os clientes. Assim, para manter os clientes é necessário interagir com eles, descobrir o que realmente querem, ofertar produtos e serviços que supram suas necessidades, estar atento às mudanças de percepção (quanto à empresa e aos produtos que oferece) e estar disposto a mudar, quando preciso.

Afigura-se evidente que não basta uma empresa ter um bom produto ou elaborar propagandas criativas, já que a percepção do consumidor em relação a ela e a sua marca acontece em diversas partes do processo de atendimento. Por isso a tendência é que as estratégias de marketing de massa ou direcionadas para conglomerados ou grupos tornem-se menos utilizadas, visto que a personalização e o corpo a corpo apresentam-se como formas

eficazes e, sobretudo, mais econômicas de abordagem, na maioria das vezes (CESAR, 2005).

Parker e Pettijohn (2003) apontam a existência de estudos constatando que as perguntas e os pedidos de pacientes sobre drogas anunciadas para doenças específicas tendem a conduzir, com mais frequência, à prescrição dos médicos para esses produtos. Apesar disso, o marketing de relacionamento farmacêutico tem como principal objetivo alertar os médicos sobre os reais efeitos dos medicamentos, influenciando diretamente seu comportamento prescritivo, já que não é o cliente direto, mas um influenciador importante na decisão de compra.

Assim, Kotler e Simon (2004) afirmam que o gerenciamento do relacionamento com os médicos deverá ser a principal vantagem competitiva para as empresas farmacêuticas, ainda que continue a ser necessário agregar valor às ofertas para os clientes, levando o médico a interagir frequentemente com a indústria farmacêutica.

Seguindo tal tendência, o setor investe cada vez mais no desenvolvimento e fortalecimento do relacionamento com os médicos responsáveis pela prescrição dos seus produtos, utilizando-se da figura do propagandista com esse fim, que se revela importante fonte de informações e costuma ser valorizado e reconhecido por eles (ANDALLEEB; TALLMAN, 1996).

Essa prática exige alto investimento em patrocínios de eventos médicos, doações de amostras grátis, veiculação de propagandas em meios especializados e formação de bons propagandistas, que precisam, além de manter um bom relacionamento com os médicos que visitam, repassar-lhes todas as vantagens dos medicamentos que representam em relação aos da concorrência.

Sem dúvidas, trata-se de investimento vultoso, no entanto, de considerável retorno, já que pesquisas demonstram a existência de forte relação entre a satisfação dos médicos com o relacionamento que mantêm com os propagandistas e o seu comportamento prescritivo (CORREIA; OLIVEIRA, 2008).

Como se não bastasse a importância econômica e social do setor farmacêutico, questões relacionadas à propagação de medicamentos pela indústria farmacêutica, à forma de comercialização desses medicamentos, às barreiras comerciais aos novos concorrentes e à ética na prescrição médica são extremamente polêmicas e geram bastante interesse na sociedade como um todo.

Stremersch (2008) corrobora esse entendimento e afirma que a área de saúde é provavelmente uma das mais ricas em fenômenos não estudados pelo marketing, observando que a realização de pesquisas sobre os assuntos mencionados ajudará a elucidar

questionamentos aparentemente insolúveis na atualidade.

O autor acrescenta que essa realidade tem se modificado a partir do aumento crescente do conhecimento sobre a saúde e da intensificação do comércio, combinados com a alta demanda social, que induziram o desenvolvimento de novas pesquisas, assim como a oferta de cursos em marketing de saúde em diversas faculdades, como economia, psicologia, administração e medicina, resultando, nos últimos cinco anos, em rápido aumento da produção de *papers* específicos da área do marketing em saúde, submetidos à avaliação de publicações científicas no mundo inteiro (STREMERSCH, 2008)

Dessa forma, é possível compreender a repercussão do trabalho de Leal e sua influência sobre diversos autores brasileiros, que replicaram sua pesquisa em condições diversas. Assim ocorreu com Tiago Cesar, em 2005, no trabalho “O marketing de relacionamento e a indústria farmacêutica”, no qual investigou o marketing de relacionamento na indústria farmacêutica dentro do segmento oftalmológico na cidade de Salvador. Igualmente, não se pode deixar de mencionar a pesquisa realizada em 2008 por Gilciney Salvador Gomes, Daniel Carvalho de Resende e Luiz Henrique de Oliveira, intitulada “O marketing de relacionamento na conquista da lealdade do cliente: um estudo comparado entre médicos mineiros e paulistanos”, na qual o contexto era o estado de Minas Gerais e a comparação dos resultados lá obtidos com os alcançados por Leal em São Paulo, e até uma releitura do trabalho de Leal (2004) feita por Moori, Leal e Lelis (2011), “O marketing de relacionamento no setor farmacêutico: uma análise exploratória.”.

Como evidenciado, a ciência não é uma carreira para o recluso solitário, mas atividade de uma comunidade de pesquisadores que constantemente comparam suas descobertas e criticam os trabalhos uns dos outros. Por isso sugere-se a replicação do estudo de Leal, dessa feita tomando como enfoque os médicos cearenses, a fim de verificar a influência das variáveis de marketing de relacionamento mais utilizadas pela indústria farmacêutica no processo de fidelização dos médicos aos laboratórios, no ato da prescrição dos medicamentos éticos.

1.2 Problema de pesquisa

No ensinamento de Vergara (1998, p. 21), “O problema é uma questão não resolvida, é algo para o qual se busca uma resposta, via pesquisa. Uma questão não resolvida pode estar referida a alguma necessidade de pôr a prova uma suposição, a interesses práticos ou à vontade de compreender e explicar uma situação do cotidiano.”.

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a formulação de um problema requer a dicção explícita, clara, compreensível e operacional do que se pretende resolver e a sua caracterização, limitando-se, dessa forma, o campo de atuação do estudo, tornando-o individualizado, específico e inconfundível.

Barquette e Chaoubah (2007) alertam para o fato de que o estabelecimento de um problema – ou propósito – não é tarefa simples, e sua má definição pode comprometer o projeto inteiro. Isso porque essa definição deve não só permitir que o pesquisador obtenha todas as informações necessárias a sua abordagem propriamente dita, assim como orientá-lo no prosseguimento do projeto (MALHOTRA, 2006).

Compreendendo-se a importância do levantamento do problema para o desenvolvimento da pesquisa e do marketing de relacionamento para o mercado farmacêutico, pode-se levantar o seguinte questionamento: As ações de marketing de relacionamento utilizadas pela indústria farmacêutica influenciam na conquista da lealdade dos clientes médicos cearenses?

Para responder tal questão, após a aplicação do questionário com os médicos cearenses, dividiram-se os respondentes em dois grupos distintos - médicos leais e médicos não leais, de acordo com a classificação de lealdade de Griffin (1998). A partir das diferenças observadas na avaliação dos dois grupos foi possível verificar se as práticas de marketing de relacionamento influenciam no comportamento de lealdade dos médicos e se os médicos residentes no interior do estado (com menos alternativas de eventos, simpósios e congressos como ferramentas de atualização profissional) tendem a ser mais leais às indústrias farmacêuticas, por perceberem nos propagandistas um importante meio para manterem-se atualizados sobre as ofertas do mercado farmacêutico.

1.2.1 Variáveis do estudo

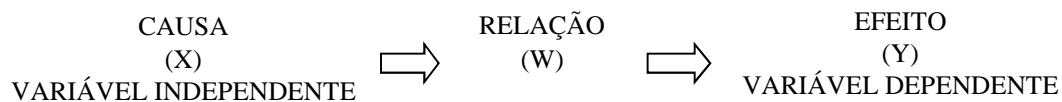
Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 108), “uma variável é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços etc., sendo o conceito um objeto, processo, agente, fenômeno, problema etc.”.

De acordo com Hair et al. (2010) uma variável é um item observável, usado como medida em um questionário, possuindo propriedades concretas e medidas diretamente. Nesse sentido, as variáveis são todos aqueles elementos que variam e podem ser observados, registrados e mensurados.

As variáveis podem ser classificadas, conforme o tipo de relação que expressam, em variáveis independentes e variáveis dependentes (LEAL, 2004), as primeiras passíveis de manipulação por parte do pesquisador, que pode comparar e medir seus efeitos, e as segundas que medem o efeito das variáveis independentes sobre as unidades de teste (MALHOTRA, 2006).

Hair et al. (2010) confirmam tal posicionamento ao conceituar relacionamento como uma associação entre duas ou mais variáveis, em que a variável independente prevê ou explica uma variável em pauta (variável dependente). A Figura 2 a seguir demonstra a definição de relacionamento por Hair et al. (2010), assim como o seu conceito de variáveis.

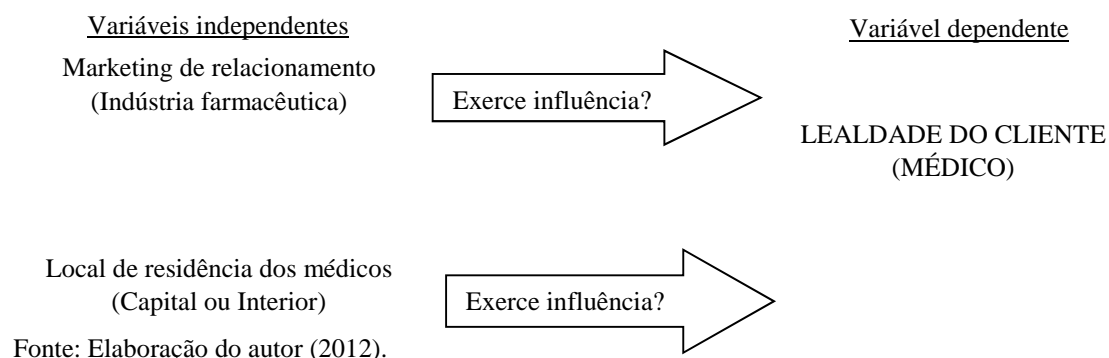
Figura 2 - Classificação das variáveis



Fonte: Hair et al. (2010).

Para se atingir os objetivos do presente estudo, consideraram-se como variáveis independentes as práticas de marketing de relacionamento por meio dos propagandistas e o local onde os médicos residem, e como variável dependente a lealdade dos médicos ao laboratório farmacêutico. A Figura 3 demonstra graficamente o modelo simplificado da relação que serviu de base para a compreensão da proposta da pesquisa.

Figura 3 – Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente



A primeira variável independente, denominada de marketing de relacionamento, diz respeito às principais ações realizadas pela indústria farmacêutica com o propósito de desenvolver um relacionamento com os médicos, como visitas frequentes realizadas pelos vendedores das empresas e todos os benefícios e serviços oferecidos, identificados por Leal (2004) em sua pesquisa junto aos executivos do setor.

A outra variável independente está relacionada à residência dos médicos participantes da pesquisa, ou seja, ao local onde atendem a seus pacientes a maior parte do tempo. Assim, os médicos foram classificados em médicos residentes no interior do estado e médicos residentes na capital.

Como efeito da relação, a variável dependente é a lealdade do cliente, aqui considerada o comportamento do médico em relação ao medicamento que prescreve, com o propósito de verificar se o marketing de relacionamento praticado pela indústria farmacêutica exerce influência no comportamento desse médico na prescrição contínua de seus produtos, mostrando-se imune à ofensiva de ações de outros laboratórios e propagando a marca a outros médicos, bem como a comparação entre médicos residentes na capital e no interior, buscando compreender se estes tendem a ser mais leais do que aqueles, por perceberem no trabalho dos propagandistas uma importante forma de atualização sobre os medicamentos oferecidos pelo laboratório e por seus concorrentes.

1.2.2 Delimitação do problema

No momento de definir o enfoque da pesquisa a ser realizada ocorrem os principais equívocos cometidos pelos pesquisadores. Segundo Malhotra (2006), problemas de pesquisa com um enfoque demasiadamente amplo não garantem diretrizes claras para as etapas subsequentes, assim como enfoques muito limitados podem impedir a reflexão sobre algumas linhas de ação, particularmente as que são inovadoras e fogem do óbvio.

Partindo-se do princípio de que a realidade é complexa e histórica, o que inviabiliza sua análise na totalidade, deve-se manter o foco apenas em parte daquela (LEAL, 2005), explicando-se qual o foco da atenção de seu estudo.

Segundo Gil (1994), a delimitação do problema é uma maneira de restringir a investigação acerca do problema de pesquisa formulado anteriormente, em termos mais amplos. Ou seja, a delimitação do problema é a fixação do alvo do autor, o cerne da questão.

“O marketing de relacionamento é uma interação de redes de relacionamentos” (GUMMESSON, 2010, p. 22) na qual os profissionais de marketing são responsáveis pela gestão total da organização de vendas e pelos relacionamentos estabelecidos com clientes, fornecedores, empregados, acionistas, governo ou qualquer outro sujeito, formando uma enorme teia de contatos.

Assim é possível perceber que essa múltipla conectividade existente entre empresas e seus diversos *stakeholders* no mercado farmacêutico constitui um tema de extrema

complexidade. Isso porque as múltiplas variáveis existentes em um relacionamento são multiplicadas por um amplo mix de produtos que, segundo Palmeira Filho e Pan (2003), podem ser classificados de acordo com o emprego terapêutico, a estrutura química, a forma de comercialização e a ação farmacológica do produto em questão.

Tal complexidade não permitiria a análise total das ações características de marketing de relacionamento praticadas pela indústria farmacêutica em todo o setor, razão pela qual mostra-se necessário proceder a uma delimitação viável para este trabalho.

Nesse sentido, ao se optar pela investigação das práticas do marketing de relacionamento utilizadas pela indústria farmacêutica visando fidelizar e persuadir os médicos responsáveis pela prescrição dos medicamentos éticos no estado do Ceará, acredita-se delimitar de forma cientificamente válida a problemática do assunto.

Há que se evidenciar que o presente estudo não abordou o relacionamento mantido pela indústria farmacêutica com sua rede de negócios, quer envolvam fornecedores, distribuidores ou farmácias, quer abranjam o governo ou qualquer outro sujeito.

Do mesmo modo não foram alvo de análise as práticas do setor farmacêutico junto aos usuários finais dos medicamentos, tampouco o seu comportamento de compra, que, segundo Barros (1995), não raro resulta na substituição da medicação prescrita pelo médico devido à influência dos balconistas e farmacêuticos no momento da compra.

Em síntese, o foco central do presente estudo é a utilização, pela indústria farmacêutica, do marketing de relacionamento como ferramenta de fidelização dos médicos cearenses aos seus produtos éticos (medicamentos vendidos mediante receita médica), com o objetivo de compreender como os referidos profissionais percebem tais ações de marketing e se essas surtem efeito na sua persuasão no momento da prescrição medicamentosa.

1.3 Objetivos

Alfrêdo, segundo a ABNT não pode haver dois tópicos juntos sem um texto que os separe, portanto, insira um breve texto aqui introduzindo os subsubtópicos.

1.3.1 Objetivo geral

Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa é verificar se existe influência das práticas de marketing de relacionamento das empresas farmacêuticas na conquista da lealdade dos clientes médicos no Ceará.

1.3.2 Objetivos específicos

Em busca de atingir o objetivo geral do trabalho, sugerem-se os objetivos específicos a seguir elencados como auxiliares no desenvolvimento da pesquisa.

O primeiro objetivo específico consiste em, mediante a utilização de determinado método, identificar os médicos leais e não leais à indústria farmacêutica

Essa discriminação será importante na medida em que possibilita a determinação de um parâmetro para a pesquisa, pois só as respostas dos médicos leais terão relevância para a resposta do problema em questão.

Finda essa distinção, o próximo objetivo específico propõe-se a escalonar, por ordem de importância, as ações do marketing de relacionamento mais importantes entre as 10 utilizadas pelos maiores laboratórios atuantes no Brasil na percepção dos médicos considerados leais à indústria farmacêutica.

Com isso será possível estabelecer como tais variáveis são percebidas pelos médicos responsáveis pela prescrição medicamentosa, quais as mais valorizadas e se realmente exercem influência na fidelização dos clientes médicos, ou se investimentos em outras variáveis seriam mais interessantes.

Por fim, estabelece-se uma relação entre a percepção dos médicos residentes na capital e a dos médicos residentes no interior do Ceará, com o objetivo de constatar se há uma diferenciação significativa entre as duas. Tal metodologia será útil para o desenvolvimento de estratégias distintas na aplicação do marketing de relacionamento pela indústria farmacêutica para esses dois grupos.

1.4 Hipóteses

“Uma vez formulado o problema, com a certeza de ser cientificamente válido, propõe-se uma resposta suposta, provável e provisória, isto é, uma hipótese” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 165), que servirá de guia para o desenvolvimento da pesquisa.

Segundo Gil (1994), hipóteses são proposições antecipadoras ao levantamento da realidade e podem surgir de diversas fontes, tais como da observação dos resultados de outras pesquisas, de teorias ou de intuição. Por outro lado, mostram-se necessárias, pois possuem a função de orientar o pesquisador na coleta e na análise dos dados.

Dessa forma, a partir de pesquisas que comprovam a existência de forte relação entre a satisfação dos médicos com o relacionamento que mantêm com os representantes dos

laboratórios e o comportamento de prescrição desses médicos (CORREIA; OLIVEIRA, 2008), levanta-se a primeira hipótese do trabalho: As práticas de marketing de relacionamento desenvolvidas pela indústria farmacêutica atuam diretamente na conquista da lealdade dos clientes médicos, responsáveis pela prescrição dos medicamentos éticos aos seus pacientes.

Mais do que uma simples predisposição comportamental na prescrição de remédios de um laboratório, Andalleeb e Tallman (1996) alertam sobre a existência de estudos que mostram haver parceria entre médicos e representantes de laboratórios. Ou seja, mais do que simples influenciadores na prescrição de medicamentos, os representantes de venda são percebidos pelos médicos como uma importante fonte de informação e, por isso, costumam ser valorizados e reconhecidos pela classe. Esse fato, a propósito, leva à segunda hipótese de trabalho: Médicos residentes no interior do estado do Ceará, com menos acesso a eventos científicos, tendem a ser mais leais à indústria farmacêutica, por perceberem no trabalho dos propagandistas uma importante fonte de informação a que têm acesso.

1.5 Estrutura do trabalho

O trabalho aqui apresentado constitui uma pesquisa quantitativa descritiva que tem por intenção verificar a influência das ações de marketing de relacionamento desenvolvidas pela indústria farmacêutica em busca da lealdade do médico responsável pela prescrição medicamentosa dos produtos éticos. Além disso, busca comparar a percepção dos médicos leais aos grandes laboratórios residentes em Fortaleza e no interior cearense, a fim de confirmar ou refutar as hipóteses aqui levantadas.

Esta dissertação divide-se em introdução, fundamentação teórica e contexto da pesquisa, metodologia da pesquisa, apresentação dos resultados e considerações finais. Nesta introdução, ainda em construção, além de se contextualizar o tema da pesquisa, evidenciam-se a importância do mercado farmacêutico na economia mundial e a utilização do marketing de relacionamento por aquele setor. Formula-se também o problema da pesquisa, delimita-se sua área de estudo, estabelecem-se seus objetivos, geral e específicos, levantam-se as hipóteses que nortearam o trabalho e, coroando-a, apresentam-se as contribuições por ela geradas.

Na fundamentação teórica e contexto da pesquisa discorre-se acerca dos conceitos relativos ao marketing de relacionamento, do contexto atual do mercado farmacêutico e de seus segmentos, e das práticas do marketing de relacionamento utilizadas pelo segmento de produtos éticos em busca da fidelização dos especialistas médicos.

O tipo de pesquisa, a delimitação da população e o tamanho da amostra utilizada, a forma de coleta dos dados, a avaliação da confiabilidade do instrumento de coleta e o meio de tratamento dos dados obtidos encontram-se na metodologia da pesquisa.

Por fim, apresentam-se os resultados obtidos, com a análise dos dados da pesquisa, e as considerações finais, elemento com o qual se conclui o estudo e que abrange recomendações para estudos futuros.

1.6 Contribuições esperadas

Certo da importância do marketing de relacionamento para a indústria farmacêutica, notadamente como alternativa estratégica em um mercado tão concorrido, espera-se que os resultados obtidos com esta pesquisa ofereçam elementos concisos para a realização de uma crítica construtiva aos modelos estratégicos empresariais existentes, ajudando no desenvolvimento de um modelo viável e conferindo maior visibilidade ao tema.

Também se pretende que as conclusões obtidas neste trabalho contribuam para o aprofundamento do estudo sobre o marketing de relacionamento desenvolvido no setor farmacêutico, âmbito de quantidade limitada de pesquisas, comprovando que o marketing de relacionamento é uma estratégia viável à indústria farmacêutica no sentido de fidelizar os clientes médicos a seus produtos e a sua marca.

Espera-se, ainda, que o resultado do presente estudo possa auxiliar os gestores farmacêuticos na avaliação dos impactos das práticas de marketing por eles utilizadas, permitindo-lhes aperfeiçoar aquelas que se mostram eficientes na consolidação da lealdade dos médicos à indústria farmacêutica e rever as que não o são, viabilizando um melhor planejamento da alocação de recursos para a prática do marketing de relacionamento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONTEXTO DA PESQUISA

O significado da palavra competição se renova à medida que grandes mudanças socioculturais, políticas e econômicas atingem o ambiente mercadológico (ZENONE, 2010). Tais mudanças acirram a disputa entre empresas, que buscam apresentar vantagem competitiva perante suas concorrentes mediante o desenvolvimento de ações organizacionais que variam de acordo com o contexto em que estão inseridas.

Segundo Gummesson (2010), a concorrência parece tender a uma hipercompetição, estado de mudança contínua e de guerrilha; é intensa, rápida e avança continuamente, produzindo ruptura nas vantagens competitivas, tanto da própria empresa como de seus concorrentes.

A título de esclarecimento, vantagem competitiva é o resultado da capacidade da organização de realizar eficientemente o conjunto de atividades necessárias à prática de custos menores que os dos concorrentes ou de organizar tais atividades de forma única, capaz de gerar valor diferenciado para os clientes (PORTER, 1991).

Por isso Rozzett e Demo (2010) tomam como premissa considerar, nos estudos organizacionais, a perspectiva da competitividade, fenômeno que impõe às organizações repensar as maneiras de conduzir negócios, o posicionamento no mercado e as estratégias empresariais na consecução das metas.

Nas últimas décadas, o acirramento da concorrência entre as empresas dentro e fora do País fez com que as organizações dessem maior atenção aos seus departamentos de marketing (MAGALHÃES et al., 2003).

Isso porque, consoante Toaldo e Luce (2006), o marketing se insere nesse contexto ao desempenhar seu papel na organização, formulando e implementando suas estratégias, mantendo contínua interação com o meio externo, relacionando-se com vários públicos, em especial com os consumidores, buscando informações e respondendo a demandas existentes.

Apesar de conceitualmente simples, a situação de interdependência entre o comprador (cliente) e o vendedor (profissional de marketing) passa a ser fundamental a partir do momento em que o contexto em que se encontram é de alta competição, já que uma das mais importantes decisões estratégicas de uma empresa diz respeito à base pela qual os clientes preferirão seus produtos aos da concorrência, o que requer o desenvolvimento de um diferencial (WINER, 1999).

As preferências dos consumidores são bastante variadas, por isso os profissionais de marketing vêm segmentando o mercado e desenvolvendo produtos superiores para um público alvo específico (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2010).

Dessa forma, segundo Zenone (2010), os profissionais de marketing vêm percebendo a importância de conferir maior atenção ao atendimento, melhorando a relação não apenas com o cliente, mas com toda a cadeia de negócios.

Os consumidores avaliam produtos, comparando-os aos dos concorrentes, e empresas; assim, definem uma hierarquia de valores, desejos e necessidades com base em dados empíricos, opiniões, referências e experiências anteriores com produtos e serviços, e usam essas informações para tomar suas decisões de compra (YAMASHITA; GOUVÊA, 2007).

Segundo Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010), os consumidores de hoje são bem informados e podem facilmente comparar várias ofertas de produtos semelhantes. O valor do produto é definido pelo cliente, por isso é necessário atingir seus corações e suas mentes, saciando suas necessidades e atendendo aos seus desejos.

2.1 Evolução do marketing

Segundo Madruga (2010), durante os anos 1950 e 1960, o marketing de massa, orientado para a venda da maior quantidade de produtos à maior quantidade de clientes, obteve bastante sucesso em um mercado com poucas ofertas e muita demanda.

Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010) ratificam tal afirmação ao dizer que o objetivo das empresas à época era padronizar e ganhar em escala, a fim de reduzir ao mínimo os custos de produção, para que as mercadorias pudessem ser comercializadas por preços mais baixos e adquiridas por um número maior de compradores.

Foi nesse contexto econômico que o marketing chegou ao Brasil, na década de 1950, quando o setor industrial era pouco desenvolvido e atendia basicamente às necessidades locais, caracterizando-se pela baixa oferta de mercadorias, mercado restrito e número pequeno de empresas (OLIVEIRA, 2004).

Essa visão tradicional do marketing – ou transacional, como alguns autores preferem chamar – fundamenta-se em uma noção de mercados de consumo em massa, nos quais os clientes são individualmente anônimos (GRÖNROOS, 2003), estabelecendo que os clientes devem ser persuadidos a comprar os produtos que são produzidos pela empresa, mesmo que não queiram.

Contudo, como observam Gomes, Resende e Oliveira (2008), à medida que o mercado de massa avançou em diversas direções, os valores do produto e da marca foram pulverizados diante da grande quantidade de produtos similares e de estratégias de competição baseadas no menor preço. Tal situação levou as organizações a repensarem suas estratégias competitivas, encontrando na segmentação do mercado um diferencial competitivo.

Dito de outro modo, com o aumento da concorrência nos anos 1970 e 1980 e a maior oferta de produtos e serviços, o marketing gradativamente mudou seu foco e passou a orientar suas ações ao desenvolvimento de produtos e serviços que atendessem às reais necessidades de grupos de consumidores mais definidos (MADRUGA, 2010).

Assim, por intermédio de pesquisas de marketing, foi possível agrupar os clientes por meio de suas preferências e características comuns e oferecer produtos e serviços dirigidos a esses públicos, não mais ao cliente médio (SILVA; ZAMBON, 2012). Era o início do marketing de segmentação.

A partir da década de 1990, com o advento da era da informação, o aumento intensivo da concorrência, o aprimoramento da tecnologia dos bancos de dados e o desejo de ampliar o tempo de vida útil dos clientes junto às empresas tornou-se necessário novamente contextualizar o marketing, já que o foco excessivo na transação financeira poderia fazer com que determinados valores agregados aos produtos e serviços não fossem percebidos pelos clientes (MADRUGA, 2010).

Para Oliveira (2004), o marketing passou a ser a integração de um número cada vez maior de instrumentos promocionais no desenho das estratégias, visando ao estabelecimento de relacionamentos com o consumidor.

Nesse sentido, sua prática atualmente migra de uma visão baseada apenas na transação ou momento efetivo da troca para algo maior, que objetiva a construção de relacionamentos de longo prazo com os clientes (GOMES; RESENDE; OLIVEIRA, 2008).

O que está acontecendo, segundo Grönroos (2003), é uma ruptura radical dos paradigmas do marketing desenvolvidos desde a década de 1950, a substituição do marketing transacional, voltado para uma venda única, por um marketing de relacionamento, que objetiva o estabelecimento de relações longas e vantajosas para a empresa e o consumidor.

Para McKenna (1992, p. 3),

O marketing de relacionamento é orientado para a criação, e não ao controle de um mercado; baseia-se na educação desenvolvimentistas, no aperfeiçoamento incremental, e no processo contínuo, e não em simples táticas para conquistar fatia de mercado, ou em eventos únicos. E o que é mais importante: baseia-se no conhecimento e na experiência existentes na organização.

Esse processo contínuo de atender às necessidades de cada cliente assume uma importância relevante na diferenciação do marketing de relacionamento do paradigma transacional (MOORI; LEAL; LELIS, 2011), pois a transação está voltada para uma venda única, não se preocupa com as próximas compras do cliente, enquanto o enfoque relacional visa o cliente em longo prazo e a conquista de sua lealdade pela empresa.

Outro aspecto que diferencia os dois conceitos relaciona-se à dependência entre as partes. Enquanto na transação o cliente é totalmente independente na hora de tomar sua decisão de compra, no relacionamento não está totalmente isolado na hora de decidir, existindo interdependência entre comprador e vendedor (LEAL, 2004).

Segundo Grönroos (2003), essa interdependência representa uma passagem do marketing de transação para o marketing de relacionamento. No marketing de relacionamento, baseado na criação de valor mediante contato entre fornecedor e cliente, exige-se interação e cooperação em algum nível, o cliente e o fornecedor não estão totalmente isolados um do outro, diferentemente do que ocorre no marketing tradicional, que parte do princípio de que o cliente não quer comprar e que precisa ser persuadido a fazê-lo.

No Quadro 1 apresentam-se de forma sucinta as principais diferenças entre os dois paradigmas do marketing, o marketing tradicional ou transacional e o marketing de relacionamento, com destaque para a duração dos relacionamentos e a interação dos atores (vendedores e clientes).

Quadro 1 – Atributos dos paradigmas do marketing

Atributos	Marketing tradicional (transacional)	Marketing de relacionamento
Atores	O comprador tem uma necessidade genérica e o vendedor tem um produto genérico a oferecer.	O comprador tem uma determinada necessidade e o vendedor tem uma oferta única.
Natureza do marketing (trocas)	Produtos e serviços padronizados.	Produtos e serviços personalizados.
Interação entre atores	Interação entre os atores caracterizada por <u>poder, conflitos e controle.</u>	Interação entre os atores caracterizada por <u>confiança, compromisso e cooperação.</u>
Duração de marketing	Duração da comercialização, o	Enquanto a duração da comercialização

	intercâmbio é independente e discreto (curto prazo).	estiver em curso (longo prazo).
Atributos estruturais de mercado	Os atributos estruturais de mercado são caracterizados como um anônimo e mercado eficiente.	Os atributos estruturais de mercado são caracterizados por numerosas redes de relacionamento entre os diversos <i>stakeholders</i> e de aproximação da empresa.
Abordagem de marketing	4Ps “Mix de marketing”	Comercialização por meio de relacionamentos, redes e interação.

Fonte: Lindgreen e Antioco (2010).

2.2 Marketing de relacionamento

Para Madruga (2010, p. 37), “os consumidores, com frequência, são tratados com indiferença, robotização e falta de prioridade por organizações que crêem que uma propaganda de massa é suficiente para substituir a experiência do relacionamento com seus clientes. Já foi o tempo.”.

McKenna (1992, p. 4), por sua vez, acrescenta:

Com tantas escolhas para os clientes, as empresas enfrentam o fim de sua fidelidade. Para combater esta ameaça, elas podem aumentar seu pessoal de venda e de marketing, lançando recursos caros no mercado como uma forma de manter seus clientes. Porém a solução real obviamente não é mais marketing, e sim o melhor marketing.

Como foi visto, gradativamente as empresas vêm optando por um novo paradigma de marketing. Um paradigma orientado para ações mercadológicas destinadas a grupos de consumidores mais definidos na tentativa de oferecer-lhes produtos e serviços que venham a suprir seus desejos e suas necessidades.

Segundo McKenna (1992), a tecnologia está transformando as escolhas, e essas estão transformando o mercado. Como consequência, testemunha-se o surgimento de um novo paradigma de marketing, baseado na experiência e no conhecimento, que tem no cliente e em suas necessidades o foco de suas ações.

Hoje em dia, conquistar novos clientes é muito mais caro do que manter os antigos. Por isso, cada vez mais, empresas investem no desenvolvimento de relacionamentos duradouros e rentáveis com os consumidores (STONE; WOODCOCK, 2002).

Por intermédio da implementação de ações de marketing de relacionamento essas empresas estão preocupadas em conhecer mais sobre os hábitos de consumo dos seus clientes para que possam ofertar-lhes os produtos e os serviços que realmente esperam.

Em uma visão voltada para o relacionamento, “o valor para os clientes é criado durante todo o relacionamento, em interações entre eles e o fornecedor ou provedor do serviço” (GRÖNROOS, 2003, p. 39).

Gummesson corrobora essa assertiva ao dizer que:

O Marketing de Relacionamento exige valores diferentes, baseados em relacionamentos e serviços para o consumidor. Esses valores estabelecem que todos os clientes são individuais e diferentes em certos aspectos; que o resultado é a única coisa que interessa; que os clientes são a fonte de lucro e deveria estar em foco; e que a tarefa do fornecedor é criar valor para o cliente. (GUMMESSON, 2010, p. 27).

No entanto, segundo Sheth e Parvatiyar (2002), normalmente tal vínculo é percebido por boa parte dos consumidores como focado no aspecto puramente transacional, enquanto a relação com uma pequena empresa tende a ser caracterizada pela informalidade e uma proximidade maior entre as partes.

Por isso “há muito que se fazer tanto para pequenas, médias ou grandes empresas. A intimidade com o consumidor despencou e agora é a hora de restabelecê-la” (MADRUGA, 2010, p. 36).

Assim, essa nova filosofia de marketing vem surgindo com o objetivo de aumentar a proximidade entre a empresa e o cliente, perdida no tempo com a aglomeração dos grandes centros urbanos e com o crescimento exagerado das organizações. Trata-se de um retorno ao passado em busca da familiaridade e da cordialidade que existia nas transações comerciais até o começo do século passado. Apesar de ter surgido como novidade durante os anos 1990, o marketing de relacionamento nada mais consiste do que em voltar a fazer negócios como nossos avós faziam (PEPPER; ROGERS, 2004).

Segundo Madruga:

Assim como o marketing de massa foi a solução no século passado para levar o maior número possível de produtos para o maior número imaginável de clientes, o marketing de relacionamento na atualidade privilegia a interação com o seu cliente, com o objetivo de desenvolver, especialmente para ele, um conjunto de valores que o levarão à satisfação e à longevidade do seu relacionamento com a empresa. (MADRUGA, 2010, p. 6).

O fato de não se considerarem as diferenças existentes entre os clientes não quer dizer que elas não existam. “Cada cliente é único, não só porque tem um perfil e

características diferentes, mas também porque apresenta um retorno diferente para a empresa, em relação a seu potencial de consumidor” (ZENONE, 2010, p. 57). Portanto, tratar um bom cliente da mesma forma que se trata um mau cliente é injusto e pode ser prejudicial à competitividade de uma empresa.

Furlong (1994) observa que para a maioria das organizações é aplicável a regra 80/20, ou seja, poucos clientes são responsáveis pela maior parte da lucratividade de uma empresa. Por isso torna-se necessário identificá-los, estimulando os melhores a continuarem mantendo relações com a empresa e incentivando os maus a migrarem para a concorrência. Os clientes são os recursos mais escassos de um negócio, além disso, custa caro conquistar novos clientes (GUMMESSON, 2010).

Em sua nova concepção o marketing atua como um facilitador, um agente capaz de criar e desenvolver um relacionamento forte e duradouro entre a empresa e seus principais clientes. Um relacionamento baseado na confiança e nos ganhos mútuos ao longo do tempo.

O marketing como simples ferramenta de vendas, preocupado com resultados em curto prazo, está fadado ao fracasso. O marketing de relacionamento vem surgindo como alternativa, pois considera o valor do cliente durante o tempo e, dessa forma, valoriza o relacionamento mais próximo com eles (LEVITT, 1990).

Nesse contexto, como observa McKenna:

O marketing baseado na experiência e no conhecimento, definirá cada vez mais os recursos de uma organização de marketing bem-sucedida. Suplantará a antiga abordagem ao marketing e desenvolvimento de novos produtos. A antiga abordagem (...) é lenta não gera respostas e é arriscada. Além disso, dadas as rápidas mudanças do mercado, há cada vez menos motivos para se acreditar que essa abordagem tradicional possa corresponder aos desejos e demandas dos consumidores ou acompanhar os rigores da competição. (MCKENNA, 1992, p. 3).

Assim, o marketing de relacionamento é capaz de envolver pessoas, equipamentos e processos no desenvolvimento de relações mais próximas com os clientes e toda a sua cadeia de negócios, buscando maior conhecimento sobre suas preferências, atitudes, potencial de compra, entre outros aspectos, e oferecendo-lhes produtos e serviços personalizados.

Para Stone e Woodcock (2002) o marketing de relacionamento é um conjunto de técnicas e processos de marketing que busca 1) identificar os clientes; 2) criar um relacionamento duradouro com esses clientes e 3) administrar esse relacionamento de modo a obter benefício mútuos (para a empresa e para os seus clientes).

Evidencia-se que identificar os clientes, criar relacionamentos longos e estáveis e administrá-los da melhor forma possível são o objetivo do paradigma relacional. Segundo

McKenna (1992), o marketing não tem como função ludibriar o cliente ou falsificar a imagem de uma empresa, mas sim integrá-lo à elaboração do produto e desenvolver um processo sistemático de interação que dará firmeza à relação.

O marketing de relacionamento desconhece a linha que separa o cliente da empresa. Sua atuação abrange a integração daquele ao processo de desenvolvimento desta, a fim de garantir um produto específico não apenas às suas necessidades, mas também às suas estratégias, gerando uma mentalidade voltada para nichos de mercado (...) e conferindo-lhe vantagens competitivas (MCKENNA, 1992).

Ao oferecer o produto ou o serviço de que o cliente necessita ou deseja quando ele quiser e da forma como quiser o marketing de relacionamento se diferencia do marketing tradicional, porquanto seu planejamento ocorre de fora para dentro da organização, tendo como foco o cliente (MADRUGA, 2010).

Esse atendimento personalizado e individualizado do cliente vai ao encontro da tendência ao egocentrismo mencionada por John Naisbitt em seu livro “Megatendências” como uma das mudanças socioculturais que estavam acontecendo já na década de 1980 (POSER, 2010).

Assim, a oferta de produtos e serviços personalizados é o caminho para constituir empresas estáveis, baseadas na satisfação e fidelidade de seus clientes. Afinal, os consumidores costumam mudar de opinião e, com elas, mudam suas exigências quanto aos produtos e serviços ofertados. Às empresas, resta adaptarem-se às constantes mudanças, buscando, mediante o estreitamento de laços com seus clientes, prever o que eles realmente esperam.

Segundo Poser (2010) o cliente de hoje não adquire produtos ou serviços, mas soluções, que apresentam relevante carga emocional. Dessa forma, proporcionar benefícios mútuos para os consumidores e a empresa afigura-se importantíssimo para a competitividade da última.

Nesse sentido, como observam Angelo e Giagrande (2007, p. 31), “Os novos valores organizacionais precisam ser assimilados, passando a compor a cultura da empresa. Também existirão valores tradicionais que devam ser preservados e reforçados. Ambas as ações requerem a adoção de práticas visando a sua disseminação.”.

Para McKenna (1992), o marketing envolve, em grande parte, o desenvolvimento de relações e, por seu intermédio, a orientação da empresa. Por isso os gerentes de marketing têm que ser integradores do posicionamento da empresa, têm que projetar a posição para o mercado mediante treinamento e estabelecimento de relações com membros da infraestrutura.

Grönroos (2003) vai além e diz que a responsabilidade de desenvolver e manter bons relacionamentos com os clientes, chamada marketing, é algo mais amplo, que reflete a interdependência entre as partes envolvidas e enfatiza a cooperação ao invés da competição e do conflito entre as mesmas.

No entendimento de Stone e Woodcock:

O marketing de relacionamento é algo mais ou menos natural na empresa orientada para o mercado, que enfatiza as necessidades dos clientes em todos os setores da organização. Naturalmente, o marketing de relacionamento não é apenas uma parte do marketing, mas também uma abordagem que deve permear toda a organização. Isso só acontecerá se os conceitos de marketing de relacionamento constituírem o alicerce de seus planos, estruturas e processos empresariais. (STONE; WOODCOCK, 2002, p. 18).

Ainda, segundo Grönroos (2003), é a partir de trocas mútuas e de cumprimento de promessas que se estreitam os laços com os clientes. Estimulando-se o estabelecimento de diálogos entre eles e a empresa concedem-se-lhes oportunidades de expor seu ponto de vista, fazer críticas, solicitar informações. Estar atento a tais aspectos pode resultar em vantagens competitivas bastante almejadas pelas empresas.

Por isso Gilbreath (2012) propõe às empresas que arregacem as mangas, pensem a fundo e conheçam seus clientes, lembrando que tudo o que fizerem reverterá em prol da criação de um marketing que os clientes achem valioso.

A comunicação com o cliente aumenta a importância do planejamento e desenvolvimento de uma estratégia integrada e da escolha do veículo (mídia) mais adequado para atingir os diversos tipos de cliente (ZENONE, 2010).

A comunicação de pessoa para pessoa – venda pessoal - como meio de comunicação direcionada apresenta-se como uma oportunidade importante para a prática do marketing de relacionamento.

Para Kotler e Armstrong (2007), a venda pessoal envolve comunicação pessoal, bilateral, entre o vendedor e os clientes individuais. Dessa forma, o vendedor pode sondá-los para conhecer melhor seus problemas e então adaptar a oferta de marketing e a apresentação para que se ajustem às necessidades de cada um. Apesar de o papel da venda pessoal variar de empresa para empresa, algumas delas não trabalham com vendedores, razão pela qual essa modalidade de comercialização de produtos desempenha papel importante na maioria das organizações.

Pinho (2001) chama atenção para o fato de que quanto maior a complexidade de um produto, maior a utilização da venda pessoal como canal de persuasão. Isso porque as

vendas pessoais permitem o estabelecimento de um contato frequente com o público-alvo, preponderante para o aprendizado sobre o consumidor, assim como para a sua persuasão.

O autor alerta, entretanto, que “a atividade de venda não deve ser entendida como uma atividade isolada. Ela depende de uma estratégia de marketing bem elaborada, que inclui produtos e serviços, promoções, preços, canais de distribuição e outras ferramentas mercadológicas” (PINHO, 2001, p. 41).

Assim, é necessário desenvolver produtos de qualidade, que supram as necessidades dos clientes; promovê-los de forma contínua, visando ao desenvolvimento de relacionamentos de longo prazo; distribuí-los pelos canais preferidos dos clientes; e utilizar outras ferramentas mercadológicas, sempre com o objetivo de satisfazê-los e conquistar sua fidelidade.

O caráter de sua gerência, a força de sua situação financeira, a qualidade de suas inovações, a congenialidade de suas referências ao cliente, os recursos de suas alianças são medidas de credibilidade de uma empresa, que afetam diretamente sua capacidade de atrair pessoas qualificadas, gerar novas ideias e formar relações de qualidade (MCKENNA, 1992).

Todos esses aspectos constituem o poder de referência de uma empresa. Oliveira, S. e Oliveira, J. (2004) defendem que esse poder de referência surge quando intermediários e clientes veem no fabricante um padrão de referência e desejam identificar-se publicamente com ele (representando seus produtos ou comprando-os).

Kotler (2000) afirma que o poder de referência de uma empresa pode ser mensurado pela força de sua marca, apresentando-se quando o fabricante goza de tamanha consideração no mercado que os intermediários se sentem orgulhosos de associarem-se a ele.

A propósito, segundo Kotler e Armstrong (2007), as marcas representam as percepções e os sentimentos dos consumidores em relação a um produto e seu desempenho. O valor real de uma marca forte é seu poder de conquistar a preferência e a fidelidade do consumidor.

Evidencia-se, pelo exposto, que a marca é encarada como um importante componente na fidelização do cliente, por ser a principal forma de identificação do produto. Ademais a marca, como um dos elementos do marketing de relacionamento, mantém intensa ligação com o processo de gestão de informação dos clientes. Realmente, para se desenvolver um conjunto de percepções e atitudes relacionadas a um produto que resulte em um comportamento de compra positivo, faz-se imprescindível conhecer os clientes, identificar suas necessidades, descobrir como compram e assim por diante (STONE; WOODCOCK, 2002).

Angelo e Giagrande (2007) alertam que a base para um casamento estável contempla em primeiro lugar o respeito, em segundo o encantamento e, em terceiro, o aperfeiçoamento individual constante e compartilhado, com o conseqüente crescimento mútuo. Pode-se dizer, então, que a fidelidade ou a fidelização dos membros de uma relação é um estágio do relacionamento a ser atingido, uma consequência positiva de uma estratégia de marketing bem-sucedida.

A fidelização não deve ser atrelada aos tradicionais programas de marketing de recompensa por utilização. A fidelidade de um cliente é algo maior, diz respeito à longevidade de sua relação com a empresa. Além disso, somente será desenvolvida ao longo do tempo, isso se os parâmetros do relacionamento forem planejados e implementados corretamente.

Todavia apenas a força de uma marca não garante o sucesso de vendas. Madruga (2010, p. 56) alerta que “a queda da fidelidade às marcas líderes é um fenômeno mundial provocado pelo aumento de liberdade de escolha dos clientes conjugado com sua insaciável vontade de experimentar novos produtos e serviços”. Assim as ofertas de produtos de qualidade similar a preços mais baixos vêm fazendo com que os consumidores tenham vontade de experimentar novas marcas.

As expectativas dos clientes quanto aos produtos e serviços estão sempre mudando. Por isso manter o foco exagerado no produto sem levar em consideração o descontentamento do consumidor pode levá-lo a querer experimentar novas opções. No entanto, o que se percebe é que quanto mais caem as taxas de fidelidade, mais se investe na aquisição de novos clientes, no que constitui um desperdício de investimentos com a atividade de marketing tradicional e evidencia a visão míope dos gestores.

O marketing de massa, a produção em massa e qualquer outra iniciativa em massa vêm-se tornando cada vez menos eficazes em um mercado competitivo. Peppers e Rogers (2004) esclarecem que o marketing totalmente voltado para o mercado, cuja eficácia é mensurada a partir do aumento da participação no mercado (*market share*), vem perdendo espaço para o marketing *one to one* (marketing de relacionamento), mais preocupado com a participação no cliente (*share of customer*).

Nesse contexto, o marketing de relacionamento surge como um possível unificador das estratégias organizacionais, permitindo um retorno maior sobre os investimentos e concentrando-se com eficácia no segmento final do mercado: o cliente individual (CESAR, 2005).

Na visão de Gordon (2003) os relacionamentos são os únicos bens verdadeiros da empresa que fornecem rendimentos ao longo prazo e a baixo risco. Trata-se de estratégia de marketing usual em diversos mercados, inclusive no farmacêutico.

As transformações do mercado da indústria farmacêutica de produtos éticos exigem desse segmento e das empresas práticas de marketing cada vez mais focadas e centradas na construção de relacionamentos que busquem conquistar a fidelidade de seus principais clientes (GOMES; REZENDE; OLIVEIRA, 2008).

No entanto, nesse setor, as estratégias de relacionamento variam de acordo com os segmentos de mercado, cada um adotando características mercadológicas próprias. Por isso, para se desenvolver estratégias e práticas de marketing, deve-se compreender como se compõe cada um dos segmentos, as possibilidades que oferecem e o papel de cada autor em seu processo de comercialização.

2.3 Mercado farmacêutico

Em uma sociedade moderna, na qual a técnica é considerada como passível de solucionar todos os problemas, os instrumentos de dominação mágica do mundo encontrados nas sociedades tidas como primitivas foram substituídos por objetos técnicos (BERMUDEZ, 1995). Nesse sentido, os medicamentos passaram a adquirir funções que ultrapassam as ações farmacológicas propriamente ditas.

Segundo Barros (1995), tanto para médicos como para pacientes o medicamento passou a ter uma função igualmente simbólica, ainda que as representações que um e outro fazem da enfermidade e de seu processo de cura ou alívio sejam diferentes.

Assim, para os médicos, a prescrição do remédio certo é uma forma de outorgar prestígio e reforçar seu poder sobre os pacientes. Os pacientes, por outro lado, esperam que o remédio que vierem a tomar lhes assegure conforto, diminuindo a sensação de insegurança que os aflige, acalmando-lhes a angústia, preenchendo seus vazios, em suma, garantindo-lhes qualidade de vida.

Segundo Wannmacher (2007), cada vez mais se estimula a medicalização da vida, com o conseqüente aumento do uso de medicamentos. No âmbito dessa “medicamentação”, é como se “houvesse uma pílula para cada doença ou uma doença para cada pílula” (p.).

Pode-se apontar a existência de diversas “não doenças”, a exemplo do envelhecimento, tristeza, solidão, feiura, bolsa sob os olhos, rugas, calvície, orelhas grandes,

cabelos grisalhos ou brancos, *jet lag*, celulite, obesidade, impotência feminina e preocupação com o tamanho do pênis (SMITH, 2002), todas esperando que um “não medicamento” possa curá-las.

Segundo Poser (2010, p. 5), “Não importa o quanto custa um produto ou serviço, o que importa é o quanto ele vale”. Para o paciente, o medicamento é a solução de todos os seus problemas, é o alívio da dor, a cura da doença, o aumento da expectativa de vida e, até mesmo, a beleza e a juventude eternas. É algo de valor inestimável, produto com enorme valor agregado, pelo qual se está disposto a pagar o quanto for preciso.

Dessa forma, o medicamento aparece verdadeiramente como um objeto mágico, evidenciando a existência de uma crença generalizada de que é impossível enfrentar uma doença sem a participação instrumental oferecida pelo *medical stablishment* (BARROS, 1995). Essa hipervalorização do papel do medicamento e da medicina acaba por diminuir, cada vez mais, as alternativas para a resolução de problemas frequentes, não vinculados a fatores de ordem médica.

Diante de tanta importância, o mercado farmacêutico busca alternativas para a diferenciação dos produtos farmacêuticos. Nesse contexto, surgem, no mundo inteiro, em uma crescente constante, trabalhos relacionados ao desenvolvimento do marketing como estratégia viável para o aumento da competitividade das empresas farmacêuticas, a exemplo dos desenvolvidos por Andalleeb e Tallman (1996), Labrie (2011), Lobo (1979), Parker e Pettijohn (2003), Quijano (2003), Rosenthal et al. (2002), Sheth e Parvatiyar (2002), Stremersch (2008), Wazana (2012), entre outros, inclusive no Brasil, como os de Barros (1995), Bermudez (1995), Correia e Oliveira (2008), Gomes, Rezende e Oliveira (2008), Leal (2004), Pizzol, Silva e Schenkel (1998), Silva, Nascimento e Mendonça (2006), Souza e Mesquita (2008), Wannmacher (2007),

Mencionados autores são unânimes em declarar que para se entender a importância do marketing como estratégia organizacional dentro da indústria farmacêutica é importante conhecer o processo de difusão mercadológica de um medicamento. De forma mais específica, Frenkel (2002, p. 162) sugere que “é necessário compreender com precisão os papéis dos agentes econômicos envolvidos – os médicos, os laboratórios e as farmácias”. Isso porque para a comercialização de cada tipo de produto existem dinâmicas diferentes, nas quais os agentes envolvidos são incumbidos de ações distintas, dividindo o mercado em diversos segmentos.

Além disso, faz-se necessário compreender como se classificam os produtos farmacêuticos, a saber: *Over The Counter* (OTCs), bonificados, medicamentos vendidos sob

prescrição médica (ditos éticos), genéricos e similares, que no Brasil obedecem a uma regulamentação bastante específica, que distingue os produtos farmacêuticos mediante diversos critérios (BUENO; RESENDE; OLIVEIRA, 2005).

A partir da categorização de cada uma dessas especialidades e do entendimento do processo de sua comercialização, podem-se aferir as ações distintas que cada um dos agentes desempenha dentro do processo de difusão mercadológica de um medicamento, assim como as estratégias de marketing utilizadas.

2.3.1 Os segmentos do mercado farmacêutico

No Brasil, a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, com alterações promovidas pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, e pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001 (no caso dos medicamentos similares), define, nos incisos XX, XXI e XXII do seu artigo 3º, as espécies de medicamentos:

Art. 3º - [...]

[...]

XX - Medicamento Similar - aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, e que é equivalente ao medicamento registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXI – Medicamento Genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI; (Inciso incluído pela Lei nº 9.787, de 10.2.1999)

XXII – Medicamento de Referência – produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro; (Inciso incluído pela Lei nº 9.787, de 10.2.1999)

[...] (BRASIL, 1976, 1999, 2001).

Os medicamentos de referência, também conhecidos como medicamentos de marca, são produzidos a partir da pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos (princípio ativo dos medicamentos), caracterizando-se principalmente por sua inovação e por serem protegidos por patente (PALMEIRA FILHO; PAN, 2003).

Constituem produtos inovadores que são alvo de controle rígido sobre sua segurança, eficácia e qualidade. Tais controles aumentam o custo de produção dos remédios e diminuem a margem de lucro das empresas, o que cria barreiras de entrada, econômicas e institucionais, a novos concorrentes (FRENKEL, 2002).

As patentes foram criadas como forma de incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento de novos fármacos, garantindo às firmas inovadoras um monopólio temporário sobre o novo produto, período que podem utilizar para extrair renda que, em tese, remunera os investimentos no desenvolvimento daquele produto e de tantos outros que não lograram êxito terapêutico ou comercial. Além disso, segundo Fiuza e Lisboa (2001), esse período lhes garante o mercado cativo até que a patente expire e a concorrência as atinja com uma versão genérica.

A produção de medicamentos genéricos, autorizada no Brasil a partir de 1999, fora incentivada como medida de controle de preços, destinada a estimular a concorrência e o aumento da oferta (FARDELONE; BRANCHI, 2006). Isso porque os genéricos são medicamentos produzidos após a expiração ou renúncia da proteção patentária de outro medicamento, não exigindo grandes investimentos em pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos.

Hasenclever (2004) alerta que o custo com registro de medicamentos genéricos pode chegar a U\$ 40.000 por medicamento. Esse valor elevado deve-se à necessidade de se realizarem testes de bioequivalência e biodisponibilidade, o que garante a qualidade e eficiência dos produtos. No entanto, se comparado ao dos medicamentos de referência, cujos gastos com pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos atingem bilhões de dólares, o custo de produção de um genérico é substancialmente menor, o que resulta em sua comercialização por preços em média 40% mais baratos do que os praticados pelos medicamentos de referência.

Tal peculiaridade fez com que o mercado de genéricos tenha sido fator decisivo na redução de preços de medicamentos nos Estados Unidos, nação onde chega a absorver 50% das prescrições médicas. No Brasil, o governo tem buscado incrementar a produção e oferta desses medicamentos, estimando que dentro de pouco tempo 1/3 do mercado será ocupado pelos genéricos (CANONGIA; ANTUNES; PEREIRA, 2002).

Mediante a realização de campanhas governamentais, que focam o custo benefício da aquisição de um remédio genérico, e por estratégias promocionais dos fabricantes, que enfatizam a garantia e segurança de seus produtos, busca-se motivar tanto os médicos, na sua prescrição, quanto os pacientes, na sua aquisição. Segundo Frenkel (2002), os medicamentos

genéricos são difundidos junto aos médicos da mesma forma que os de referência. Entretanto, quando isso ocorre, a ênfase no discurso recai sobre o nome do laboratório e não sobre a marca do produto, na medida em que os genéricos são reconhecidos apenas pelo nome da substância ativa, tendo como marca somente o nome do laboratório.

O mercado de medicamentos genéricos é hoje uma realidade no País, consolidando-se como um segmento importante no mercado de medicamentos no qual a atuação das empresas nacionais é preponderante. Estudos comprovam que o efeito mais importante da introdução dos genéricos consiste na redução do grau de concentração do mercado, implicando que à medida que cresce o número de produtos genéricos introduzidos no mercado, maior a substituição dos medicamentos de marca por eles (HASENCLEVER, 2004).

A classificação dos medicamentos em remédios de referência e genéricos mostra-se bem usual em todo o mundo. No entanto, no Brasil, há uma terceira categoria de medicamentos originada durante o longo período em que o País não reconhecia o direito das empresas às patentes dos medicamentos: a dos denominados medicamentos similares.

Segundo Palmeira Filho e Pan (2003), os medicamentos similares são cópias de medicamentos inovadores patenteados no exterior. No entanto, são produzidos no Brasil com insumos importados de países que também não aderiram ao Sistema Internacional de Patentes e lançados com a marca da empresa brasileira autora da cópia.

Como não havia o reconhecimento das patentes até 1996, e a política de controle não era tão rigorosa, a indústria nacional utilizou-se amplamente da produção de medicamentos similares aos estrangeiros, para os quais não era necessária a comprovação de biodisponibilidade e bioequivalência.

A título de esclarecimento, para Fiuza e Lisboa (2001, p. 13) “a biodisponibilidade é o volume do princípio ativo absorvido no fluxo em que age terapêuticamente. Dois medicamentos são bioequivalentes, por sua vez, se eles têm a mesma composição química e a mesma biodisponibilidade.”.

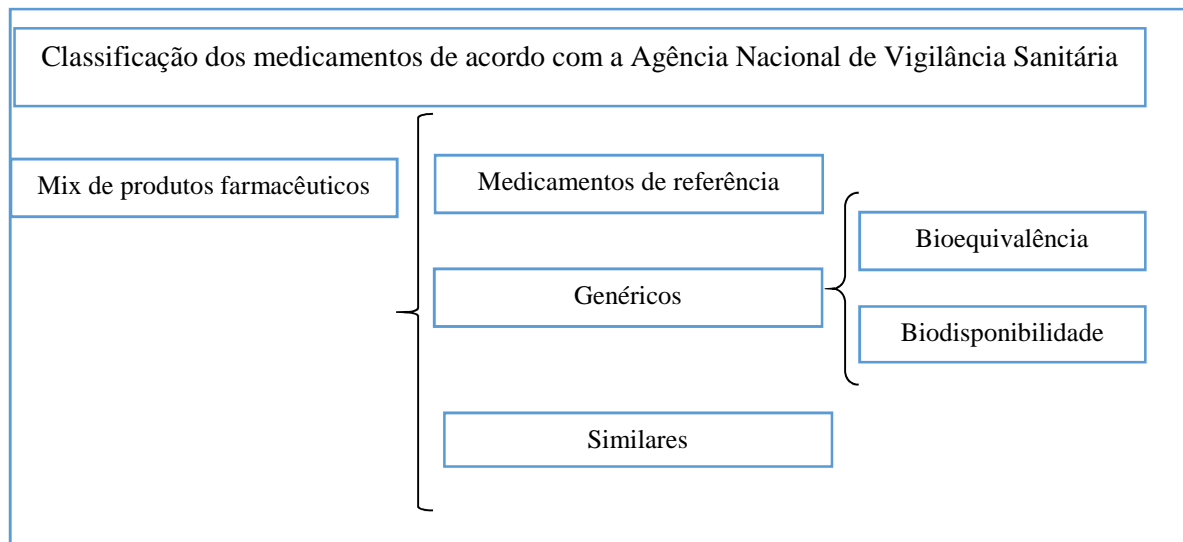
Não obstante, a indústria brasileira de medicamentos similares vem sofrendo ajustes nos últimos anos em função de recente regulamentação. Com efeito, passou-se a exigir testes de bioequivalência e de biodisponibilidade também para esses produtos.

Assim, para Silva e Nascimento (2007), a tendência é a de que os medicamentos genéricos ganhem espaço no mercado em detrimento dos medicamentos similares, que devem desaparecer devido ao alto investimento exigido pelos órgãos responsáveis para a realização

dos testes de segurança, apenas compensador para as marcas fortes com grande volume de vendas.

A Figura 4, na continuidade, apresenta a representação gráfica dos tipos de medicamentos classificados segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Figura 4 - Classificação dos medicamentos de acordo com a Anvisa



Fonte: Autor, baseado na classificação da Anvisa (2011).

Lobo (1980) sustenta que em quase todos os países capitalistas a promoção farmacêutica responde a um padrão uniforme, congruente à estrutura geral da sociedade e, em particular, ao mercado de medicamentos. Apenas Nova Zelândia e Estados Unidos fogem a esse padrão e fazem a propagação de medicamentos diretamente ao consumidor (WANNMACHER, 2007).

Seguindo esse padrão, Campos, Csillag e Sampaio (2001) caracterizam um produto de sucesso no setor farmacêutico como aquele que surge de uma nova molécula, passando depois a ser utilizado como rotina em consultórios e, em seguida, quando já bastante conhecido, começando a ser adquirido pelo próprio paciente sem a intervenção de médicos.

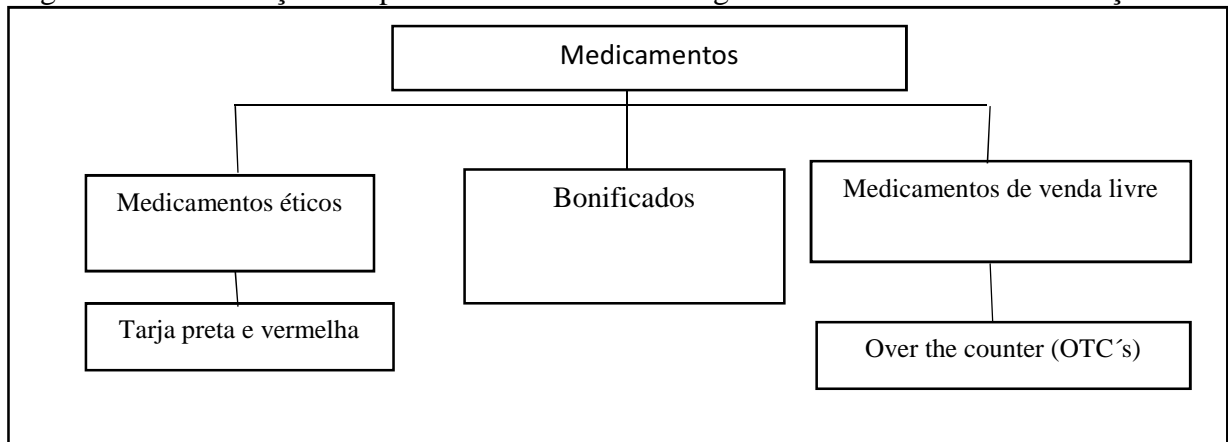
Assim, no sentido de desenvolver estratégias de sucesso para o mercado farmacêutico, faz-se importante compreender como ocorre a comercialização dos medicamentos e conhecer as práticas adotadas para sua promoção, classificando-as sob o ponto de vista de sua comercialização.

Bueno, Resende e Oliveira (2005) sugerem que os produtos farmacêuticos sejam classificados em dois grandes grupos: o grupo dos medicamentos éticos e o dos produtos de venda livre.

Os medicamentos éticos seriam aqueles comercializados somente mediante prescrição médica. Popularmente conhecidos por remédios de tarja preta ou tarja vermelha, representam a maioria dos produtos farmacêuticos.

Já os produtos de venda livre, *over the counter* (OTCs), não exigiriam receituário médico para sua comercialização. Poderiam ser vendidos livremente, propagados em diversos meios e distribuídos em distintas praças, principalmente por meio da comunicação em massa e de recursos de promoção de venda, visando o consumidor final.

Figura 5 - Classificação dos produtos farmacêuticos segundo a forma de comercialização



Fonte: Autor, baseado no trabalho de Bueno, Resende e Oliveira (2005).

Como se pode perceber na Figura 5, além dos medicamentos éticos e dos produtos de venda livre existe uma categoria de produtos pouco mencionada, mas muito explorada pelo mercado farmacêutico brasileiro, a dos medicamentos bonificados. Segundo Barros (1995), trata-se de produtos cuja comercialização obedece ao parâmetro 1+1 ou 1+2, ou seja, para cada unidade do produto adquirido a farmácia recebe duas ou três unidades.

É importante salientar que, por não possuírem demanda espontânea, os fabricantes de remédios bonificados se utilizam desse artifício para sua propagação, o que, segundo Barros (1995), levou essa prática a ser conhecida popularmente como “empurroterapia”.

2.3.1.1 *Over the counter* (OTCs)

Conforme Correia e Oliveira (2008), os medicamentos conhecidos como *over the counter* (OTCs) - em tradução livre “sobre o balcão” - são produtos que apresentam menores possibilidades de produzir efeitos adversos graves, não possuem tarja e, portanto, dispensam o receituário médico para serem comercializados. Esse tipo de medicamento é responsável por 49% da oferta do mercado mundial (CAMPOS; CSILLAG; SAMPAIO, 2001).

Entre os produtos que compõem a lista dos OTCs, podem ser citados os antiácidos, os complexos de vitaminas e a maioria dos analgésicos (PALMEIRA FILHO; PAN, 2003). Suas embalagens, posicionadas estrategicamente ao alcance dos consumidores, mostram-se bastante coloridas e atraentes, o que facilita sua visualização nas prateleiras das farmácias.

Segundo Cesar (2005), os produtos de venda livre, do tipo OTC, geralmente são promovidos por meio das grandes mídias como a televisão, o rádio, os periódicos, ou em eventos e merchandising em pontos de venda. Além disso, costumam ser distribuídos em praças distintas como farmácias, supermercados e até bancas de revista.

Essa estratégia de promoção se justifica porque, diferentemente dos medicamentos bonificados, que não possuem demanda própria, os medicamentos de venda livre são reconhecidos pelo consumidor, que os procura com frequência nos balcões de farmácias, provavelmente influenciado pelos próprios médicos. Desse modo, como gozam de elevado conceito na sociedade, passaram a sobreviver motivados pela automedicação, o que transferiu a decisão de compra do médico para o paciente (BARROS, 1995).

O segmento de medicamentos livres, *over the counter* (OTC), nesse sentido, segue a estratégia de disseminação dos seus produtos focada em seu consumidor final. Utilizando-se de meios de comunicação de massa (televisão, revistas, rádio, Internet, merchandising) esse segmento consegue atingir as mais diversas camadas e alcançar as metas de vendas estabelecidas.

2.3.1.2 Bonificados (BOs)

Produtos bonificados, também chamados de BOs, são medicamentos com princípios ativos e concentração similar aos medicamentos de outros segmentos. Nesse sentido, Frenkel (2002) conceitua os medicamentos bonificados como produtos similares, com ou sem marca própria, identificados pelo nome genérico do fármaco e vendidos diretamente às farmácias pelos laboratórios.

Cesar (2005) esclarece que, por não existir campanha promocional ou indicação médica capaz de gerar demanda espontânea desses produtos, a estratégia comercial desse segmento de mercado é *sui generis*. Na verdade, por intermédio da bonificação das farmácias e do comissionamento dos balconistas por cada unidade vendida como incentivo à oferta de um medicamento mais barato em substituição a um de marca, os laboratórios que trabalham com produtos bonificados conseguem desenvolver demanda para seus produtos.

Barros (1995, p. 105) no entanto, faz um alerta para a gravidade desse tipo de comercialização, principalmente levando-se em conta

[...] as características e o papel das farmácias, particularmente no caso brasileiro, pois as condições precárias da rede de serviços de assistência primária à saúde, a publicidade e a hipervalorização do papel do medicamento estimulam as visitas às farmácias; nelas ocorrem uma ampla venda livre de medicamentos, incluindo os que exigem uma prescrição, e a função dos balconistas adquire uma importância ainda maior devido aos investimentos financeiros recebidos, às comissões (BARROS, 1995, p. 105).

É nas regiões onde a população tem menor poder aquisitivo e as condições da rede de serviços e assistência médica primária à saúde são mais precárias (o que estimula a visita às farmácias como alternativa às consultas médicas) que esse tipo de produto se mostra mais aceito (CORREIA; OLIVEIRA, 2008). Nesses lugares, as farmácias manifestam interesse especial por tais produtos, na medida em que lhes proporcionam maior margem de lucro, que pode ou não ser repassada ao preço final.

Além do preço acessível, a oferta dos produtos bonificados pelo balconista em troca dos medicamentos de marca e em incentivo à automedicação garante significativa procura por esses produtos, o que de alguma forma influencia nas vendas de medicamentos éticos e OTCs.

2.3.1.3 Vendidos sob prescrição médica (Éticos)

Os medicamentos vendidos sob prescrição médica, denominados éticos, compõem, sem dúvidas, o segmento mais importante e rentável do mercado farmacêutico. Tanto é assim que Paula (2001) resume a indústria farmacêutica a um número pequeno de grandes multinacionais envolvidas em P&D e na produção de produtos éticos somado a alguns milhares de empresas menores associadas à fabricação de outros medicamentos.

Tal afirmação dá uma noção da relevância do segmento dos produtos éticos no mercado farmacêutico. Para Campos, Csillag e Sampaio (2001) o setor é responsável por 51% do total de produtos oferecidos no mercado mundial. No contexto brasileiro, a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA, 2011) afirma que as vendas de produtos éticos chegam a ser nove vezes maiores que as de produtos OTC (*over the counter*).

Ao contrário dos OTCs, os medicamentos éticos, repise-se, são vendidos sob prescrição médica, dada a maior possibilidade que apresentam de produzir efeitos adversos

graves. Portanto, tendem a ser alvo de regulação e controle mais intensificado de sua eficácia, segurança e qualidade, asseguradas por testes e fiscalização rigorosos.

Gomes, Rezende e Oliveira (2008) conceituam os medicamentos éticos como produtos de marca, compreendendo os produtos originais de pesquisa, os similares e os genéricos que, legalmente, só podem ser comercializados mediante prescrição médica e cuja divulgação não pode ser realizada diretamente.

Diante da necessidade da prescrição médica para sua comercialização, o setor mantém a estratégia promocional adotada para esses medicamentos vinculada aos médicos, e não ao consumidor final. Assim, a demanda dos medicamentos éticos é formada por um conjunto de ações voltadas exclusivamente aos responsáveis pela prescrição, os médicos, buscando sua fidelização a um determinado produto ou laboratório (BARROS, 1995).

Para Lobo (1980), o laboratório tem três caminhos de acesso ao médico: 1) pela via dos propagandistas (também portadores de peças publicitárias); 2) por meio da publicidade direta; e 3) mediante publicações médicas (artigos científicos, anúncios em revistas médicas de distribuição gratuita e mediante assinaturas). Entre tais estratégias, os propagandistas são reconhecidamente a chave mestra para o acesso da indústria farmacêutica aos médicos, pois uma droga só é útil à medida que seus atributos são conhecidos (LABRIE, 2011).

O desafio de promover produtos farmacêuticos, que abrange desde os imensos custos com P&D, a criação dos novos produtos em si até a gestão do ciclo de vida do produto (devido à queda das patentes e da substituição dos produtos de marca por genéricos), requer conhecimento especializado (HANSEN, 2009) de quem a ele se propõe. Por isso a ação dos propagandistas é considerada peça fundamental para o setor de produtos éticos.

Com efeito, por intermédio de visitas periódicas ele repassa todo o seu conhecimento sobre o produto, exaltando suas qualidades em comparação às apresentadas pelos dos concorrentes. Segundo Cesar (2005, p. 29), “o propagandista vive um processo de venda de conceitos científicos acerca dos medicamentos representados, que muitas vezes são acompanhados de argumentos como segurança, comodidade, eficácia e melhor custo/benefício”.

Além de repassar conhecimento sobre as especialidades farmacêuticas por eles representadas, tais profissionais buscam diminuir a distância entre a empresa e os médicos, fortalecendo o relacionamento entre eles e mantendo-o de forma longa e rentável. Para Bueno, Resende e Oliveira (2005), o objetivo da propaganda médica é criar um diálogo em que o médico exponha seu ponto de vista, fazendo críticas e solicitando informações adicionais

sobre o produto que está sendo propagado, o que gera conhecimento sobre os produtos (para os clientes) e sobre os clientes (para a empresa).

O conhecimento gerado alimentará um sistema de informações, possibilitando a formação de um banco de dados constantemente atualizado sobre o perfil dos clientes (endereço, data de nascimento, profissão, grau de escolaridade, hobbies, práticas esportivas, atividades extras, entre outras informações.), seu histórico de compras (produtos que mais adquiriram e em que quantidade) e suas preferências (formas de entrega, canais de comunicação, melhor horário para fazer contato, etc.). Esses dados sobre os consumidores afiguram-se importantíssimos e, se utilizados corretamente, podem influenciar a tendência de seu consumo.

Além disso, não é segredo que a indústria farmacêutica costuma ser generosa em suas ofertas de patrocínios para congressos, convites para almoço, pagamentos de viagens e pequenos presentes a médicos e estudantes, como forma de pressionar a prescrição dos seus produtos (QUIJANO, 2003).

Por outro lado, a experiência tem ensinado que investir em relacionamentos com médicos mais jovens, que não estão ainda definidos nos caminhos da prescrição, compensa, já que ao prescreverem determinado medicamento, tendem a ser leais a ele (JAIN, 2007). Assim, residentes e médicos interagem frequentemente com a indústria farmacêutica em múltiplos contextos, começando tão cedo quanto a faculdade de medicina (WAZANA, 2012).

O investimento no desenvolvimento de bons propagandistas, os patrocínios de congressos, almoços promocionais, viagens para médicos, entre outros, são substanciais. Tanto é assim que Rosenthal et al. (2002) asseguram que os gastos com prescrição de medicamentos são o componente de crescimento mais rápido do orçamento da saúde, e que 1/3 do alto valor das drogas no mercado é atribuído aos altos gastos com sua promoção.

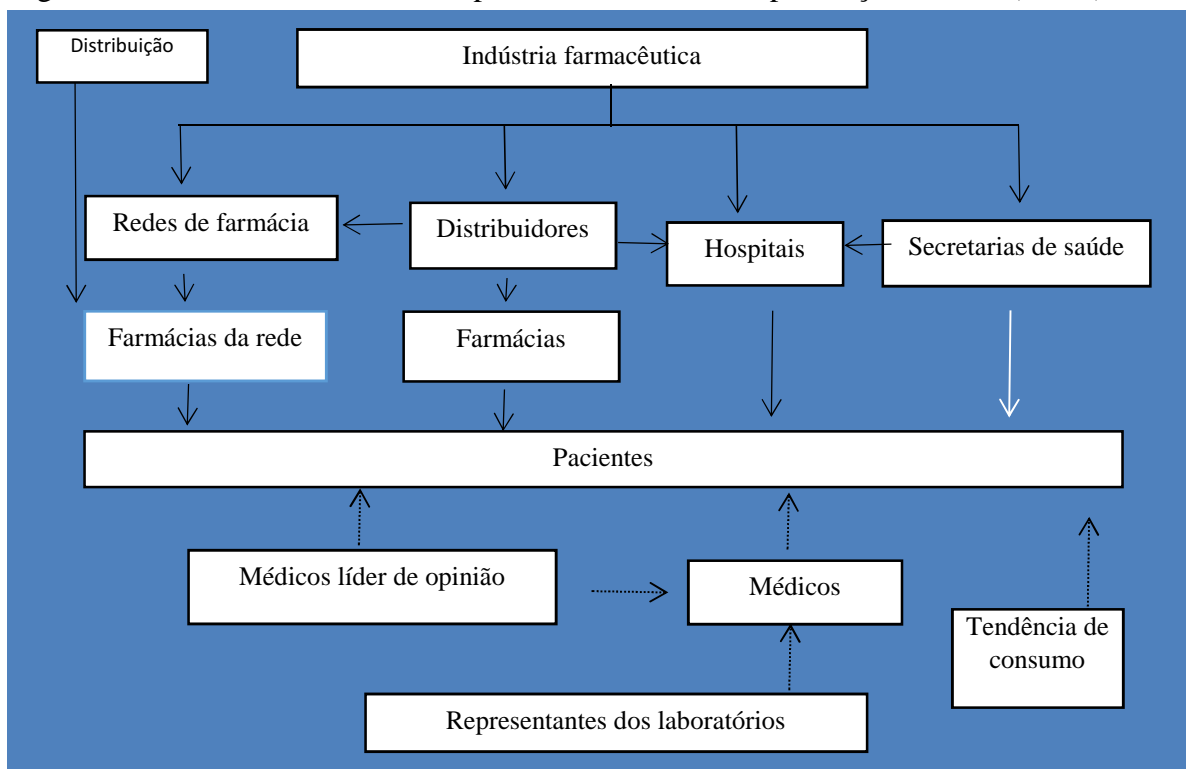
Entretanto, os gastos excessivos com a promoção de produtos éticos aos médicos, responsáveis pela demanda desses medicamentos, não impede que sua indicação seja violada pela troca do remédio de marca por uma dessas alternativas terapêuticas, seja por iniciativa do paciente, do balconista ou do farmacêutico (CESAR, 2005), dada a acirrada concorrência que esse segmento sofre constantemente de medicamentos genéricos ou bonificados.

Segundo Gomes, Rezende e Oliveira (2008), a introdução dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro de produtos éticos em meados do ano 2000 despertou esse setor para uma nova realidade, a da disponibilidade de produtos com bioequivalência e qualidade comprovadas a custos inferiores aos praticados para os tradicionais produtos disponíveis para compra.

Esse modelo, vale ressaltar, acarretou uma nova divisão do mercado, até então dominado pelos medicamentos de marca. Assim, dentro de uma reorganização das estratégias de marketing desenvolvidas pelos grandes laboratórios farmacêuticos, práticas de fidelização dos clientes passaram a ter maior valor para essas empresas, que buscaram influenciar o comportamento prescritivo dos médicos a partir de investimentos em propaganda e na qualificação dos profissionais de venda (propagandistas).

A seguir, a Figura 6 revela, de forma resumida, a dinâmica do mercado de produtos éticos no qual a indústria farmacêutica distribui seus produtos por meio de redes de farmácias, distribuidores de medicamentos, hospitais e secretarias de saúde, utilizando-se (na outra ponta do gráfico) dos representantes farmacêuticos, cujas ações ditam as tendências de consumo aos médicos, que prescreverão tais produtos farmacêuticos aos consumidores finais, os pacientes (no centro do gráfico).

Figura 6 - Dinâmica do mercado de produtos vendidos sob prescrição médica (éticos)



Fonte: Autor, baseado no trabalho de Cesar Tiago (2005).

2.4 Processo de compra de um medicamento ético

De maneira geral, todos aqueles que direta ou indiretamente participam da decisão de consumir algum produto ou serviço desempenham um papel no processo de compra

(KOTLER, 2000). Dessa forma é bastante usual utilizar os termos cliente, consumidor e usuário como sinônimos, o que não é correto.

Poser (2010, p. 77), de maneira geral, diferencia clientes, consumidores e usuários da seguinte forma: “os clientes pagam por produtos e serviços, mas não consomem! Os consumidores pagam e utilizam os produtos de suas aquisições, e os usuários apenas usufruem”. Nesse sentido, quem detém o poder de decisão de compra (consumidores e usuários) é quem vai consumir ou usar o produto, e não quem vai simplesmente pagar por ele (clientes).

Dentro do mercado farmacêutico, entretanto, o segmento dos produtos éticos se diferencia dos demais por seu particular processo de compra. Segundo Hansen (2009), o mercado dos medicamentos éticos pode ser representado por uma estrutura triangular de mercado (3Ps), abrangendo pacientes, provedores (indústria farmacêutica) e prescritores (médicos), esses os responsáveis pela indicação (ou não) do medicamento que o paciente deve tomar (usar).

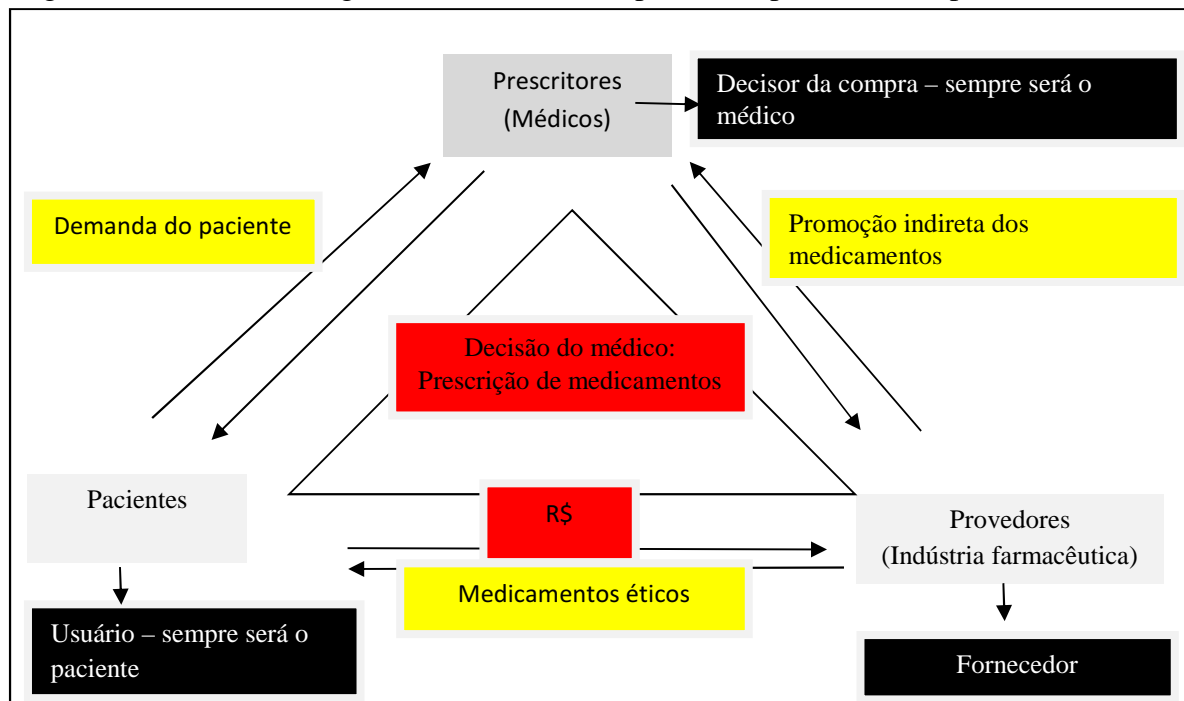
No caso dos medicamentos éticos, em razão do seu processo de comercialização *sui generis*, o médico assume uma condição fiduciária, porquanto detentor da confiança do paciente e mandatário de poderes para agir em prol do seu melhor interesse (JAIN, 2007).

Gummesson (2010, p. 100) corrobora esse entendimento ao dizer que “há uma submissão voluntária e confiante do paciente no tratamento, e o papel essencialmente prescritivo do médico”. Por isso a função de decisor da compra sempre será exercida por aquele profissional, assim como o usuário sempre será o paciente, como se pode ver a seguir.

Existe interesse tanto da indústria farmacêutica de pesquisa quanto da produtora dos medicamentos similares em promover a fidelização a suas marcas, razão pela qual investem em meios para que o paciente, na hora da aquisição do medicamento, não troque a marca receitada pelo médico. Isso porque, dado o caráter multiplicador da receita, pautado pela característica de bem credencial do medicamento, espera-se que um medicamento comprado na farmácia seja originado por uma prescrição médica (SOUZA; MESQUITA, 2008).

A Figura 7 apresenta a estrutura triangular do mercado de medicamentos éticos proposta por Hansen (2009), permitindo evidenciar a mediação do médico prescritor entre a indústria farmacêutica e o consumidor final (paciente).

Figura 7 – Estrutura triangular de mercado 3Ps (pacientes, prescritores e provedores)



Fonte: Autor, baseado na teoria de Hansen (2009).

Lobo (1980) observa que no mercado farmacêutico o paciente paga por seu tratamento, mas é o médico o verdadeiro agente de compras do enfermo, quem decide o que, quando, como e quanto consumir. Constitui, portanto, uma nova categoria de clientes, formada por pessoas que não pagam pelo produto, mas decidem por outras o que vão consumir, designadas neste estudo como “clientes médicos”.

Diferentemente do que ocorre com os medicamentos OTC (*over the counter*), cuja promoção é feita diretamente aos consumidores, usuários e clientes, o mercado ético promove seus produtos indiretamente, mediante ações direcionadas aos médicos (clientes médicos) destinadas a predispor-los a receitar seus medicamentos no ato da prescrição medicamentosa (LEAL, 2004).

A hipervalorização da importância do prescritor (médico) é uma crítica constante a essa estrutura. Para Jain (2007), os médicos podem ser incentivados a prescrever medicamentos proibitivamente caros, mesmo quando um genérico mais barato seria o mais apropriado.

Em contrapartida, a indústria farmacêutica defende sua prática com o argumento de que a promoção dos produtos farmacêuticos constitui um importante veículo para informação. Labrie (2011) prega que, longe de levar a prescrições desnecessárias, certas práticas promocionais têm como efeito ajudar os médicos a descobrirem os medicamentos certos para seus pacientes.

De uma forma ou de outra, a indústria farmacêutica, mediante visitas frequentes dos propagandistas (profissionais com conhecimento técnico especializado), apoiados por estratégias e ferramentas de marketing, tenta construir um relacionamento com os médicos prescritores baseado nos seus valores (reais ou potenciais).

Esse fato, segundo Moori, Leal e Lelis (2011), contribui para a elevação do profissional propagandista muitas vezes ao status de “gerente de relacionamento”. Realmente, a qualidade do relacionamento que a empresa consegue desenvolver com os clientes pode estar diretamente relacionada à atuação desse profissional, uma vez que é o representante da empresa que normalmente mais mantém contato direto e frequente com os clientes.

2.5 O marketing de relacionamento na promoção de medicamentos éticos

Os grandes laboratórios são os precursores na adoção da filosofia do marketing de relacionamento, cristalizada nas ações de propaganda médica que buscam a construção de relacionamentos duradouros, nos quais os médicos são os principais agentes na decisão de compra no mercado ético, composto por medicamentos que dependem do receituário para serem comercializados, sejam de marca ou genéricos (ROSENBERG, 2011).

A indústria farmacêutica de produtos éticos exige das empresas desse segmento práticas de marketing cada vez mais focadas e centradas na construção de relacionamentos que busquem conquistar a fidelidade de seus principais clientes médicos.

O foco do marketing de relacionamento está exatamente na sintonia existente entre as organizações e os seus clientes, melhorando o *feedback* e, por via de consequência, obtendo a fidelidade dos mesmos (GRÖNROOS, 2003).

Como sugerem Sharma, Lucier e Molloy (2002), o futuro das relações cliente-empresa implicará verdadeira simbiose entre as partes, consistente na construção de uma relação tão estreita entre seus participantes que não permita o reconhecimento da linha que separa um cliente da empresa.

Rosenberg (2011) identifica, nesse cenário, a intensificação da utilização de ferramentas de marketing capazes de construir, com um número cada vez mais selecionado de clientes médicos, vínculos de lealdade que objetivam, entre outras coisas, a construção de valor e a manutenção dos relacionamentos realmente duradouros com os mais rentáveis às empresas.

Em busca dessa simbiose, ou seja, de contatos mais íntimos com os clientes que possam levar a maiores transações, a indústria farmacêutica vem-se utilizando de ferramentas e práticas específicas de marketing de relacionamento, obtendo considerável retorno.

Mediante a identificação dos médicos com potencial maior de prescrição de determinados produtos, sua diferenciação por valor real e potencial, a interação por meio de visitas frequentes dos propagandistas e a personalização do atendimento a esses clientes mais interessantes para a empresa, uniões vêm sendo formadas e benefícios mútuos criados, fidelizando os médicos e trazendo estabilidade a empresas em um mercado tão competitivo.

2.5.1 Práticas e estratégias de relacionamento

Na literatura existem diversos modelos de gestão das práticas e estratégias de relacionamento. Berry e Parasuraman (1995), Gordon (2003), Grönroos (2003), Gummesson (2010), Kotler e Armstrong (2007), Peppers e Rogers (2004) e Stone e Woodcock (2002) são alguns dos estudiosos que pregam as ações que uma empresa deve realizar com o propósito principal de manter os clientes leais e o caminho normalmente percorrido para isso, a fim de satisfazer e, principalmente, oferecer valor aos clientes.

Para Stone e Woodcock (2002), o marketing de relacionamento é a utilização de uma ampla gama de abordagens de marketing, vendas, comunicação, serviços e atendimento ao cliente para identificar clientes individuais e criar um relacionamento duradouro e vantajoso entre esses e as empresas. Os autores garantem que, se houver uma gestão de relacionamento eficiente, os clientes tenderão a ser leais.

Kotler e Armstrong (2007) ratificam essa definição, acrescentando que o marketing de relacionamento envolve todas as etapas que as empresas assumem para conhecer os clientes e atendê-los melhor, tendo como tarefa criar forte lealdade nos consumidores. Nele, enfatiza-se a oferta de maior valor e satisfação, assim como a manutenção de relacionamentos lucrativos e longos.

Apesar de Berry e Parasuraman (1995, p. 158) não abordarem diretamente a satisfação do cliente em seu conceito de marketing de relacionamento, explicitam a importância de criar valores para os clientes quando dizem que “o princípio básico do marketing de relacionamento com uma empresa é a criação de verdadeiros clientes (clientes que estão contentes por haver se relacionado com uma empresa, que percebe que eles estão recebendo valor e sentindo-se valorizados)”, e de obter sua lealdade quando pregam que “o

marketing de relacionamento diz respeito a atração, desenvolvimento e retenção dos relacionamentos com clientes”.

Segundo Grönroos (2003), o Marketing de relacionamento refere-se à perspectiva de como é criado valor para os clientes. Para o autor, consiste em estabelecer, manter e cultivar relacionamentos, normalmente de longo prazo, com clientes e outros parceiros da rede de negócios a fim de que os objetivos das partes envolvidas sejam atendidos, por meio de trocas mútuas e cumprimento de promessas.

Gordon (2003) também atribui maior importância à criação de valor para o cliente ao conceituar o marketing de relacionamento como um processo contínuo de identificação e criação de novos valores com clientes individuais e compartilhamento dos seus benefícios durante uma vida toda de parceria. Segundo o referido autor, o marketing de relacionamento tem como oportunidade oferecer uma série de vantagens para o cliente, fidelizando-os à marca e aos produtos da empresa.

Já Peppers e Rogers (2004) pregam que uma verdadeira empresa *one to one* (e aqui eles explicam que a origem do marketing *one to one* é o marketing de relacionamento) considera o cultivo e a gestão de relacionamento com clientes as mais destacadas e cruciais das questões a enfrentar. A empresa procura cativar seus clientes e assegurar que eles nunca queiram ir embora.

Gummesson (2010) também enfatiza a obtenção da lealdade do cliente em seu conceito. Para o autor, o marketing de relacionamento é o marketing visto como relacionamentos, redes e interações de longo prazo entre o fornecedor e o consumidor e a sua lucratividade ao longo do tempo.

Kotler e Armstrong (2007), por sua vez, observam que o marketing de relacionamento envolve todas as etapas que as empresas cumprem para conhecer os clientes e atendê-los melhor, tendo como objetivo a conquista da lealdade dos consumidores, com ênfase na oferta de maior valor e satisfação, assim como na manutenção de relacionamentos lucrativos e longos.

O Quadro 2, a seguir, apresenta, de forma sucinta, as principais características extraídas dos conceitos de marketing de relacionamento produzidos pelos autores mencionados. Referido quadro reveste-se de relevância para a determinação de um constructo para o assunto abordado neste trabalho, o marketing de relacionamento.

Quadro 2 – Constructo para o marketing de relacionamento

	Gestão de relacionamento	Satisfação do cliente (atender melhor, cumprir promessas)	Criação de valor para o cliente	Obtenção de lealdade
Kotler e Armstrong (2007)	X	X	X	X
Stone e Woodcock (2002)	X	X	X	X
Berry e Parasuraman (1995)	X		X	X
Peppers e Rogers (2004)	X			X
Grönroos (2003)	X		X	
Gordon (2003)	X		X	
Gummesson (2010)	X			X

Fonte: Leal (2004).

Segundo Zaltman (2003, p. 169), “os constructos não são pensamentos efetivos, mas simplesmente rótulos bem-intencionados, cujo o objetivo é captá-los e expressá-los. São atalhos para resumir ideias alheias”.

Dessa forma, baseado nos conceitos de marketing de relacionamento dos autores citados, o que se nota é que, variando em escopo e ênfase, guardam entre si semelhanças e complementaridades do ponto de vista dos benefícios mútuos, da colaboração e coprodução de valor, da lealdade e do foco estabelecido em relações duradouras e lucrativas com os clientes, o que interfere nas políticas operacionais de grande número de diferentes funções ou atividades dentro da organização.

Na verdade, um bom relacionamento cliente-empresa traduz-se em algo bem mais complexo que só ser simpático e tratar bem seus clientes. Diz respeito à compreensão integral dos laços atados com os clientes e seu posicionamento como centro das atenções da organização, que resulta na busca constante do aperfeiçoamento da relação. Gordon (2003) sugere que o desenvolvimento de um melhor relacionamento pode e deve ser planejado explicitamente.

Peppers e Rogers (2004) apresentam o mesmo entendimento quando expressam que o diálogo desenvolvido por uma organização com seus clientes é único, ainda que seja materializado ao longo de inúmeras conversas, pois cada uma delas é apenas a extensão da anterior.

Essa realidade deriva do fato de os relacionamentos se desenvolverem em etapas, durante as quais os clientes normalmente experimentam amostras de diferentes produtos e muitas vezes alternam entre um e outro ou compram de várias empresas (STONE;

WOODCOCK, 2002). Nesse sentido, um cliente não passa de “desconhecido” a “fiel” da noite para o dia. O processo de fidelização de um cliente é algo que ocorre com o tempo, atravessando diversas etapas, que vão desde a sua identificação até o gerenciamento seguro do relacionamento.

2.5.1.1 Desenvolvimento do relacionamento

Peppers e Rogers (2004) pregam que o desenvolvimento de um bom relacionamento com os clientes deve passar por quatro etapas: identificação, diferenciação, interação e personalização.

1º) Identificação: Essa etapa consiste em identificar todos os clientes da empresa. Afinal, não há possibilidade de se estabelecer um diálogo com alguém que não se conhece.

2º) Diferenciação: Superada a etapa da identificação dos clientes é imprescindível diferenciá-los, levando-se em consideração o seu valor real, o seu valor vitalício (*life time value* [LTV]), projetado mediante o histórico transacional de cada um desses clientes com a empresa durante toda sua vida, ou, ainda, o seu valor potencial, consistente em tudo o que tais clientes gastam no mercado onde a empresa atua.

3º) Interação: Distinguindo-se os clientes, pode-se desenvolver uma interação mais forte com eles, incentivando os preferenciais a continuar se relacionando, ou mesmo a aumentar sua interação com a empresa, e estimulando os que não são rentáveis a migrar para a concorrência. A interação é relevante porquanto possibilita, por meio do estreitamento dos laços entre a empresa e os clientes, que se conheça mais sobre eles e se lhes ofereça o que realmente esperam desse relacionamento.

4º. Personalização: A interação ajudará na personalização de produtos e serviços a serem ofertados aos principais clientes. A personalização constitui a oferta de produtos e serviços desenvolvidos para atender aos desejos e às necessidades desses clientes.

O Quadro 3 sintetiza os quatro passos para o desenvolvimento de um bom relacionamento, segundo Peppers e Rogers (2004).

Quadro 3 - Os quatro passos para o desenvolvimento do marketing *one to one*

Identificar	Programa de identificação de clientes. Identificação dos clientes reais e potenciais.		
Diferenciar	Por valor	Valor real	É o valor projetado por meio do histórico transacional de cada um dos clientes com a empresa durante toda sua vida (valor vitalício, ou seja, <i>life time value</i> [LTV]).
		Valor potencial	É tudo o que tal cliente gasta no mercado onde a empresa atua.
	Por necessidade	Quanto maior o número de necessidades conhecidas, maior a oportunidade de participação do cliente.	
Interagir	A distinção dos clientes é importante para o desenvolvimento da política da interação da empresa. Dessa forma é possível incentivar os clientes preferenciais a continuar ou aumentar a sua interação e estimular os não rentáveis a migrar para a concorrência.		
Personalizar	Quanto mais personalizados o produto ou serviço ofertados maior o seu valor para o cliente, que verá conveniência em continuar se relacionando com a empresa		

Fonte: Autor, baseado na teoria do marketing *one to one* de Peppers e Rogers (2004).

No mercado farmacêutico, parte-se da lógica que o paciente é completamente leigo sobre o assunto e, dessa forma, consome o que é receitado sem contestar. O consumidor em geral não é capaz de avaliar diversos aspectos da qualidade dos medicamentos, sendo necessário um profissional especializado para atestá-la (ALBIZZATI, 2001). Por isso o foco das ações de promoção não é o cliente final (o paciente), e sim o cliente médico (prescrevedor), responsável pela demanda dos produtos.

Para Lobo (1980), o número de médicos, em comparação à população total, mostra-se reduzido, de modo que os resultados publicitários no mercado farmacêutico se tornam muito concentrados, produzindo efeitos de saturação incomparavelmente superiores aos de outros mercados. As possíveis técnicas de venda, entre as quais se inclui o contato pessoal com cada um dos médicos, acabam sendo muito custosas, por isso identificar os clientes médicos é tão importante.

Uma vez identificados os clientes lucrativos, as empresas podem criar ofertas atraentes e estratégias especiais para capturá-los e conquistar sua fidelidade (KOTLER; ARMSTRONG, 2007). Conhecendo-os melhor ao longo do tempo, a empresa pode tornar a relação única, o que torna inconveniente ao cliente a infidelidade. Isso significa que ao deixar uma relação de longa data por um concorrente, o cliente terá que começar um relacionamento do zero, deixando para trás todo o prestígio adquirido na empresa anterior.

Gordon (2003) observa que a identificação dos clientes proporciona aos profissionais de marketing a oportunidade de moldar seus negócios, decidindo quais devem ser recompensados, quais devem ser gerenciados, quais devem ser disciplinados e quais devem ser descartados. Para o autor, tão importante quanto conhecer a rentabilidade dos

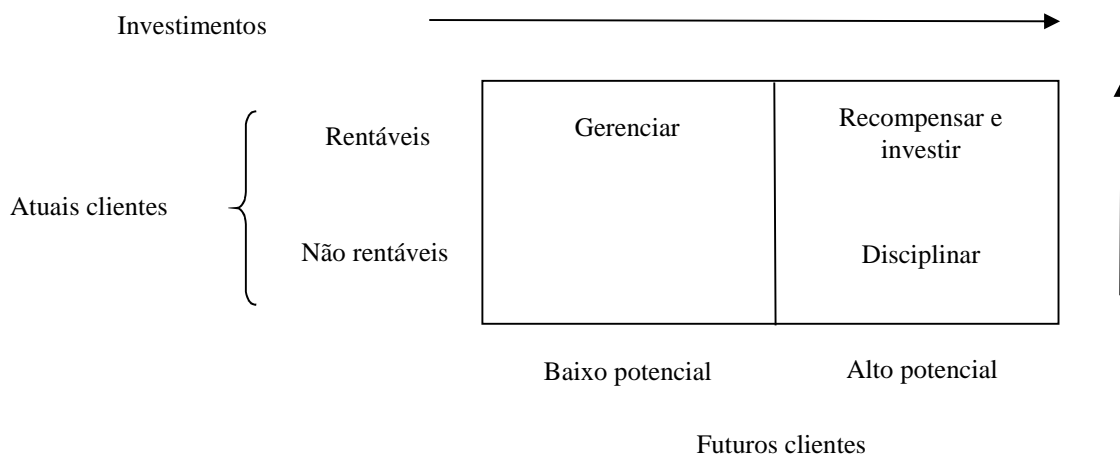
clientes atuais é conhecer a potencialidade dos futuros clientes, para o que sugere uma forma de segmentação de clientes baseada na sua rentabilidade e potencialidade.

Assim, deve-se investir e recompensar clientes rentáveis e de alto potencial (por manterem relacionamento com a empresa). Já os rentáveis de baixo potencial devem ser gerenciados (tentando otimizar o relacionamento em busca de maior rentabilidade dos mesmos). Os de baixa rentabilidade e de alto potencial devem ser disciplinados a aumentar o relacionamento com a empresa e os de baixo potencial e de baixa rentabilidade devem ser descartados (estimulados a ir para a concorrência).

Quanto maior a rentabilidade do cliente ou o seu potencial, mais os investimentos para a manutenção do relacionamento com eles serão justificados.

A Figura 8, a seguir, representa as formas de segmentação dos clientes proposta por Gordon (2003) de acordo com sua rentabilidade e suas potencialidades.

Figura 8 – Formas de segmentação dos consumidores



Fonte: Gordon (2003).

A classificação em estudo se mostra possível no mercado farmacêutico graças a auditorias de mercado e a sistemas de informação, que rastreiam os clientes médicos mais rentáveis aos laboratórios e com maior potencial de prescrição. A manutenção do foco na determinação de clientes chaves, daqueles mais rentáveis à organização ou daqueles que têm potencial para se tornar um é ratificada por McKenna (1992), quando afirma que as empresas devem buscar vender seus produtos aos clientes certos.

Segundo Poser (2010), com as informações captadas (antes, durante e depois dos contatos estabelecidos entre as empresas e os clientes) e armazenadas no banco de dados é possível estabelecer o perfil dos clientes individualmente, de forma segmentada, agrupando-

os por afinidade, estilo de vida ou geograficamente. Informações relativas às preferências, ao histórico de compras e à lucratividade individual são importantes para a determinação dos clientes preferenciais.

Outra forma de diferenciação dos clientes proposta por Peppers and Rogers (2004) é por meio das necessidades, ou seja, quanto maior o número de necessidades conhecidas, maior a oportunidade de participação do cliente. No entanto, em razão de o mercado farmacêutico brasileiro ser caracterizado por sua concentração extrema entre as classes terapêuticas, representadas por grandes monopólios especializados (SILVA; NASCIMENTO; MENDONÇA, 2006), esse critério é pouco usual, de modo que os mais utilizados são os de diferenciação de acordo com o valor real, o valor vitalício (*life time value* [LTV]) e o valor potencial de cada médico.

A propósito, Peppers and Rogers (2004) estabeleceram que o LTV é o valor projetado por meio do histórico transacional de cada um dos clientes com a empresa durante toda sua vida (para o mercado farmacêutico, seria o valor projetado de todas as receitas de um medicamento da empresa durante toda a vida de um determinado médico), enquanto o valor potencial seria o que um cliente gasta no mercado onde a empresa atua (consistente no valor de todas as prescrições de uma classe de medicamentos por um determinado médico).

Como já foi visto, na propagação dos produtos éticos, a principal ferramenta de integração constitui, sem dúvidas, os representantes do laboratório, denominados de propagandistas. Esses profissionais têm a função de propagar os produtos que representam diretamente aos médicos, demonstrando as vantagens da prescrição do medicamento em relação aos seus concorrentes.

Segundo McKenna (1992), o vendedor, nesse caso o representante farmacêutico, é parte integral e intangível do produto que vende; é quem fornece os outros ingredientes vitais que diferenciam seus produtos de todos os outros. O conhecimento de um propagandista sobre seus produtos e sua adaptação aos ambientes muitas vezes voláteis de seus clientes médicos pode ser a linha divisória entre o sucesso e o fracasso de um laboratório.

Para Correia e Oliveira (2008, p. 442), “Esses representantes raramente conseguem mais que alguns minutos da atenção dos médicos, de modo que sua apresentação tem que ser incisiva, rápida e convincente”. Também devem estar atentos ao diálogo desenvolvido com o médico, às suas críticas e às solicitações por mais informações sobre o produto que está sendo ofertado. Cada nova pergunta respondida é conhecimento acumulado a respeito dos clientes, e os funcionários que têm contato com eles devem ser treinados e

incentivados a conhecê-los melhor e a registrar esse conhecimento nas bases de dados de clientes das empresas (PEPPERS; ROGERS, 2004).

O conhecimento adquirido durante esses contatos deve alimentar um sistema de informação da empresa com dados importantíssimos acerca do perfil dos clientes preferenciais e da eficiência e qualidade dos produtos propagados (POSER, 2010). Essa interação ajudará na personalização de produtos e serviços a serem ofertados aos principais clientes, pois quanto mais uma empresa se relaciona com seus clientes, mais oportunidades têm de conhecê-los melhor.

Peppers e Rogers (2004) consideram que quanto mais personalizados forem os produtos e serviços de uma empresa, maior valor terão para o cliente, que verá conveniência em continuar se relacionando com a empresa.

No entanto, Stone e Woodcock (2002) afirmam que os requisitos do relacionamento dos clientes geralmente irão variar de acordo com o que consideram importante em cada transação e com o relacionamento em geral. Dessa forma, os autores acreditam que seja possível adequar um modo ideal de relacionamento para cada nível de relação consolidada.

Berry e Parasuraman (1995), por sua vez, pregam que o marketing de relacionamento pode ser praticado em um de três níveis, dependendo do tipo e do número de elos que uma empresa utilize para mover a lealdade do cliente. Isso significa que quanto mais elevado o nível em que o marketing de relacionamento é praticado, mais elevada será a potencial recompensa. A seguir, o Quadro 4 resume os níveis de relacionamento segundo os autores.

Quadro 4 – Os três níveis do marketing de relacionamento

Nível	Tipo de ligação	Orientação de marketing	Grau de personalização do serviço	Elementos básicos do mix de marketing	Potencial de diferenciação competitiva sustentada
1	Financeira	Consumidor	Baixo	Preço	Baixo
2	Financeira e social	Cliente	Médio	Comunicação pessoal	Médio
3	Financeira, social e estrutural	Cliente	De médio a elevado	Prestação de serviço	Alto

Fonte: Berry e Parasuraman (1995, p. 162).

Leal (2004) esclarece que no nível 1 do marketing de relacionamento é comum a referência a marketing de frequência ou de retenção. Nesse nível, os profissionais do

marketing tendem a usar incentivos (principalmente em relação aos preços de produtos) como forma de estimular os clientes a continuarem fazendo negócios com a empresa, podendo-se citar, como exemplo, a prática da “empurroterapia” (já vista anteriormente) realizada pelas empresas de medicamentos bonificados junto às farmácias e aos balconistas.

No nível 2 as empresas vão além das ações promocionais focadas no preço do produto. Aqui elas tentam fortalecer os elos sociais, não deixando de lado a competição de preços (elos financeiros). Enfatizam a prestação de serviços personalizados, a valorização do contato pessoal e a preocupação de conhecer mais sobre as necessidades e os desejos dos clientes.

Já o marketing de relacionamento do nível 3 consolida o relacionamento, desenvolvido com elos financeiros e sociais, com elos estruturais. Segundo Berry e Parasuraman (1995), os elos estruturais são criados por serviços valiosos para os clientes, os quais normalmente têm sua base na tecnologia e visam ajudar os clientes a se tornarem mais eficientes e produtivos. Quando essa vantagem é percebida pelo cliente, ele tende a manter-se fiel à empresa, por isso seu potencial de vantagem competitiva é o mais alto entre os três níveis (LEAL, 2004).

Evidencia-se, de maneira geral, a concordância entre os estudiosos do marketing de relacionamento - Berry e Parasuraman (1995), Gordon (2003), Grönroos (2003), Gummesson (2010), Kotler e Armstrong (2007), Peppers e Rogers (2004) e Stone e Woodcock (2002) - sobre a existência de um processo contínuo de interações que resultam no desenvolvimento do bom relacionamento, começando antes do primeiro contato com o cliente, identificando-os no primeiro contato, interagindo com eles durante a relação comercial até conseguir personalizar os produtos e serviços que lhes serão ofertados. Quanto maior o nível do relacionamento, maiores as chances da empresa de manter seus clientes leais.

2.5.1.2 Promoção da satisfação do cliente

Os verdadeiros clientes são aqueles que estão satisfeitos com seus fornecedores e que percebem, em sua relação com as empresas, estarem sendo melhor valorizados do que estariam pelos concorrentes (GOMES; REZENDE; OLIVEIRA, 2008).

Para Tucker (1999), valor envolve a combinação de três fatores importantes: qualidade, serviço e preço. A qualidade representa os aspectos físicos, tangíveis, de um produto ou a qualidade do trabalho executado (quando se refere a serviços), o serviço está atrelado ao nível dos serviços percebidos pelos clientes (quanto à quantidade de serviços

agregados a eles oferecidos) e o preço representa o quanto o cliente pagou pelo produto ou serviço.

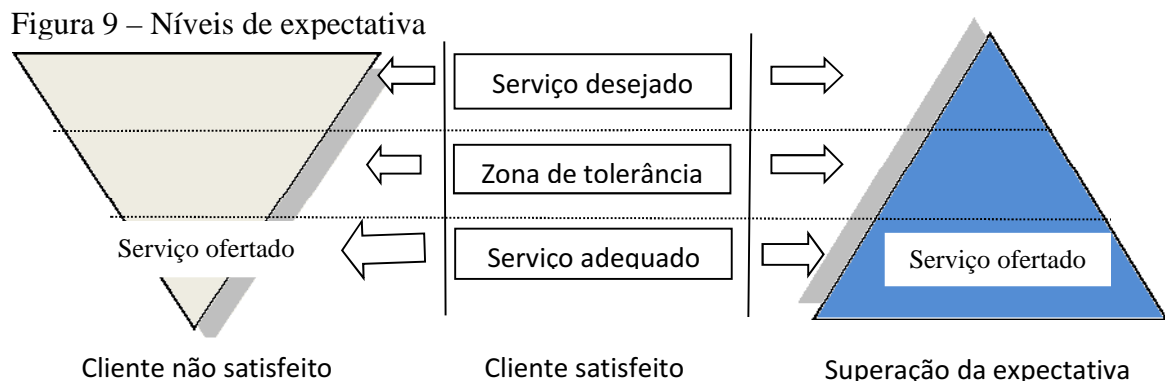
Para Kotler e Armstrong (2007), a satisfação tem origem na comparação do desempenho de um produto com a expectativa do cliente. Assim, se o desempenho corresponde às expectativas é sinal que o cliente está satisfeito, caso contrário, está insatisfeito. Deve-se, portanto, encantar os clientes, superando suas expectativas ao máximo.

De acordo com Vavra (1993), para se fornecer satisfação completa aos clientes há que primeiro conhecer suas expectativas, ou seja, sua noção preconcebida sobre o desempenho de um produto ou serviço, o valor a eles agregado.

Como é possível perceber, os clientes criam expectativas quanto à qualidade, aos serviços agregados ao produto, antes de pagar o preço pedido por ele. Para os autores em estudo, é da comparação dessa expectativa com o que foi recebido após o pagamento que surge a satisfação, que, por sua vez, mantém os clientes fazendo negócios com a empresa.

As expectativas dos clientes realmente desempenham um papel fundamental na avaliação do serviço e, conseqüentemente, em sua satisfação. Segundo Larán e Espinoza (2004), a satisfação é o julgamento formado durante o uso ou consumo de produtos ou serviços de determinado fornecedor, ou depois dele; portanto, constitui reação ou sentimento em relação a uma expectativa.

Berry e Parasuraman (1995) consideram que os clientes avaliam a qualidade comparando o que desejam ou esperam com aquilo que obtêm. Para os autores, existem dois tipos de expectativa: a desejada e a adequada. A expectativa desejada reflete o que o cliente espera receber, aquilo que o cliente deseja que ocorra. Já a expectativa adequada é aquilo que o cliente prevê que vai acontecer, reflete o que é aceitável para ele. Na Figura 9 pode-se visualizar uma representação gráfica do que é proposto pelos autores.



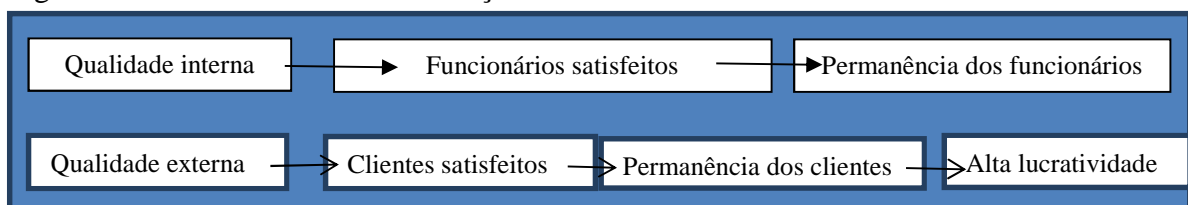
Com base na Figura 9, a avaliação geral feita pelo consumidor da utilidade de um produto, baseada na percepção do que é recebido e do que é dado, ou seja, uma escolha forçada entre o que é recebido pelo consumidor em troca do que é dado à empresa, é o que se chama valor percebido pelos clientes (SILVA; ZAMBON, 2012).

Esse o entendimento já expresso de Kotler e Armstrong (2007), para quem valor consiste na diferença entre a avaliação que o cliente potencial faz de todos os benefícios e custos relativos a um produto ou serviço e as alternativas percebidas, valor total abrange o conjunto de benefícios (econômicos, funcionais e psicológicos) que os clientes esperam obter de um determinado produto ou serviço e custo total contempla o conjunto de custos (monetários, de tempo, de energia física e psíquica) em que os consumidores esperam incorrer para avaliar, obter, utilizar e descartar um produto ou serviço.

Segundo Berry e Parasuraman (1995), para conquistar a lealdade dos clientes é preciso administrar suas expectativas de forma eficiente para que se consiga ir além da zona de tolerância. Nesse sentido, é necessário que as promessas sejam cumpridas; o exagero da oferta abala a confiança e a tolerância do cliente.

Para Zenone (2010), a satisfação do cliente é o princípio e o fim do marketing. Há uma relação indireta que liga a satisfação dos clientes à lucratividade das empresas. Gummesson (2010) considera que a melhora na qualidade percebida pelo cliente irá aumentar sua satisfação, sua lealdade e sua rentabilidade, como se percebe na Figura 10, a seguir.

Figura 10 - Cadeia de lucros de serviços



Fonte: Gummesson (2010, p. 260).

Gummesson (2010) sugere ainda que clientes satisfeitos com uma empresa (1) aumentam o volume de compras nessa empresa; (2) toleram uma elasticidade de preços maior – apresentam menor sensibilidade ao aumento de preços; (3) estão mais atentos aos seus esforços de comunicação; e (4) mais isolados ou menos atentos às ofertas da concorrência.

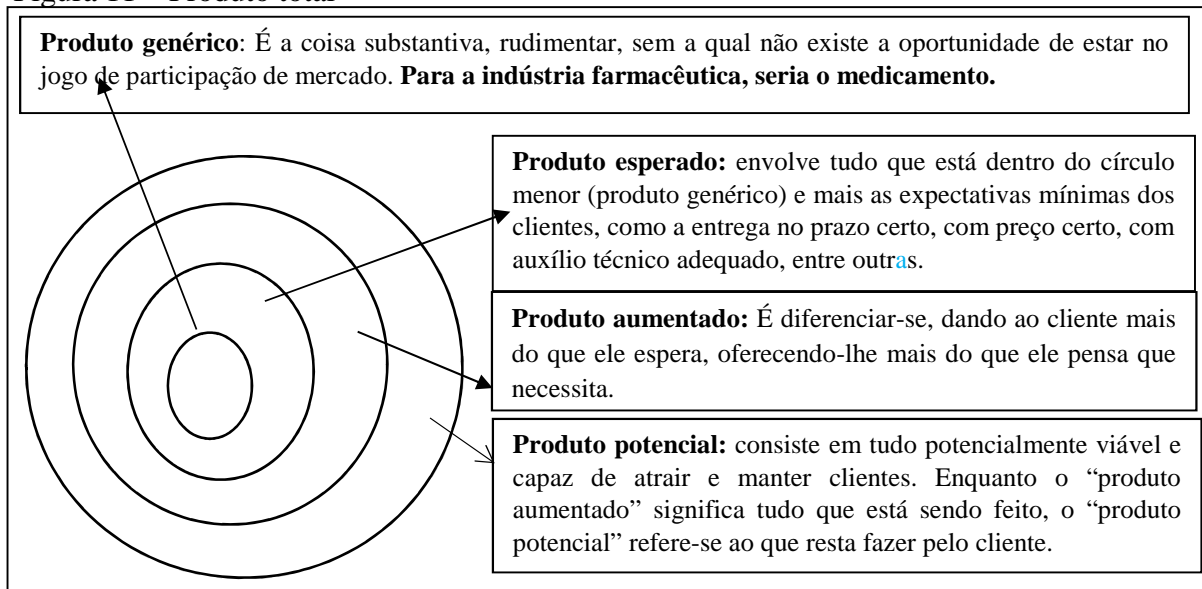
Grönroos (2003) pontua que entre os principais antecedentes da lealdade estão a satisfação, a confiança e o comprometimento. A satisfação garantirá novas compras do cliente do mesmo produto ou de produtos diferentes da mesma marca. A confiança está relacionada à

garantia de que aquele produto ou serviço funcionará da maneira esperada, enquanto o comprometimento é a expressão do quanto uma parte (empresa) está interessada em realizar e continuar realizando negócios com a outra parte (cliente).

Percebe-se, portanto, que um produto ou serviço em si não vale apenas pelo que custa, mas pelo que representa. É um aglomerado complexo de satisfação de valor, e pode ser descrito de forma mais ampla, considerando-se as expectativas dos clientes. Quando o valor da oferta supera as expectativas mínimas, as chances de manter um cliente fiel aumentam.

Assim, Levitt (1990) sugere uma forma de ver o produto do ponto de vista do cliente. A Figura 11, a seguir, demonstra essa teoria, segundo a qual o produto é um composto dividido em camadas.

Figura 11 – Produto total



Fonte: Autor, adaptado da obra de Levitt (1990).

A propósito, consoante Silva e Zambon (2012), a lealdade é descrita como a existência de um comprometimento profundo de comprar ou utilizar novamente um serviço no futuro, apesar de influências situacionais e esforços de marketing terem o potencial de causar comportamentos de mudanças.

Conseguir a lealdade de um cliente não é tarefa fácil, dizem Stone e Woodcock (2002), entretanto persegui-la pode trazer consideráveis compensações. O retorno das empresas ao conquistarem a lealdade e a credibilidade dos clientes pode ser enorme, considerando-se o aumento no volume de vendas e no retorno financeiro.

Nesse sentido, para oferecer o que realmente os clientes desejam e surpreendê-los de forma que passem a ser leais a um determinado produto ou a uma determinada marca é necessário conhecê-los, buscar em seu íntimo o que os agrada e qual a qualidade desejada,

para depois oferecer-lhes um produto de valor (KLEINOWSKI, 2009).

Aqui vale recorrer aos ensinamentos de Tamashiro et al. (2006), para quem as maiores dificuldades para a conquista da lealdade dos clientes residem na compreensão dos conceitos de qualidade e de valor atribuídos aos produtos e serviços por eles, de modo a se adequar o valor que receberam ao valor que pagaram.

A indústria farmacêutica sabe disso e utiliza-se de ações de marketing de relacionamento para alcançar a lealdade dos clientes médicos, responsáveis pela prescrição de seus produtos aos pacientes, a partir da criação de valor no relacionamento e da comunicação desse valor aos seus clientes preferenciais.

2.5.1.3 Criação de valor para o cliente

Segundo Kleinowski (2009), o valor é reconhecido pelos pesquisadores e profissionais de marketing como um dos constructos mais relevantes do relacionamento, tanto no seu estudo individual quanto na relação com outros constructos.

Sirdeshmukh, Singh e Sabol (2002) já observavam que o valor é uma variável mediadora entre a confiança e a lealdade, consistente na percepção dos consumidores da diferença entre os benefícios e os custos de manter-se um relacionamento com um fornecedor.

Assim, um cliente pode permanecer leal a uma empresa se perceber que está recebendo maior valor do que receberia de uma empresa concorrente. Gummesson (2010) corrobora essa assertiva e diz que o ciclo de vida de um relacionamento com um cliente é baseado na crença de que a capacidade do fornecedor de satisfazer suas necessidades e cumprir as promessas determina as chances de manter o cliente.

No entanto, como já foi visto, atrair e reter clientes pode ser uma tarefa bem difícil, já que têm a sua disposição uma gama de ofertas (produtos e serviços) bastante ampla. Para Kotler e Armstrong (2007), um cliente compra de uma empresa que lhe ofereça o mais alto valor por ele percebido - na avaliação da diferença entre todos os benefícios e todos os custos de uma oferta ao mercado - em relação às ofertas do concorrente.

Assim, se os produtos ou serviços de uma empresa atendem às necessidades de um comprador, e esse considera o preço cobrado justo, pode-se dizer que o negócio produziu valor para o comprador, ou seja, a proposição de valor funcionou.

Para gerar valor aos clientes é necessário combinar estes três fatores na oferta de produtos e serviços: o que os clientes valorizam, que tratamento consideram justo e adequado e quanto estão dispostos a pagar por isso. Para Berry e Parasuraman (1995), o valor é a cola

que une a empresa ao cliente, e reflete o benefício total que os clientes recebem pelo custo total em que incorrem. No centro dos benefícios e custos que impressionam os clientes estão a confiança, a sensibilidade, a segurança e a empatia em relação ao serviço.

Segundo Gilbreath (2012), para isso, é preciso determinar o que faz as pessoas se comportarem e pensarem de uma determinada maneira - o que é verdadeiramente importante para elas e o que anseiam.

Levitt (1990, p. 89) ensina que “somente o comprador pode atribuir valor, porque este reside apenas nos benefícios que ele quer ou recebe. Para ele o produto não é apenas a coisa em si, é, na verdade, um aglomerado complexo de satisfação de valor”.

Segundo Stremersch (2008), um dos principais impulsionadores do marketing na área da saúde é a disponibilidade de dados, não só em termos quantitativos, mas também qualitativos. Tais dados levam à informação, base para o estabelecimento e a prática de três níveis de relacionamentos, a saber: com quem contatar, frequência com que os contatos devem acontecer e informações e resultados de cada contato.

Assim, a distinção dos médicos de acordo com seu potencial de prescrição ou de multiplicação de sua opinião norteia as práticas de relacionamento dentro das empresas farmacêuticas de produtos éticos, definindo quem deve ser contatado (MINADEO, 2010). Quanto maior for o potencial de prescrição de um médico, maior será a frequência de seu contato com a empresa e mais úteis serão as informações repassadas por esses profissionais ao laboratório, notadamente, via propagandista.

No entanto, Jain (2007) alerta para o fato de que a prescrição médica não é uma simples ação técnica, e sim uma interação social complexa com muitos níveis de significado.

Rod, Ashill e Carruthers (2007) não só concordam com esse entendimento como consideram um dos temas mais discutidos na área do marketing farmacêutico o retorno sobre os investimentos feitos em um ambiente tão volátil, de constante mudanças e no qual todos os intervenientes (*stakeholders*) influenciam ou são influenciados a / ou pela prática do marketing farmacêutico vigente.

O médico escolhe o tratamento mais eficaz e seguro para o paciente com base em seu conhecimento acadêmico e na sua experiência ou na de seus pares, e ainda em informações adquiridas em congressos, revistas especializadas ou redes de contatos individuais (FIUZA; LISBOA, 2001).

Assim, em um mercado tão competitivo como o de produtos éticos, que reúne uma oferta considerável de produtos de marca, genéricos e similares que atendem às necessidades básicas dos pacientes, o médico optará por aquele que lhe inspira mais

segurança, mais confiança, enfim, pelos produtos daquela empresa com quem mantém vínculos sociais mais profundos. Para isso, Gilbreath (2012) sugere ser necessário descobrir quais necessidades dos clientes não foram atendidas – não apenas no segmento no qual a empresa atua, mas no âmbito mais amplo da vida -, que o autor chama de “necessidades de alto nível”.

Como já exposto, para um médico, a prescrição do remédio certo é uma forma de outorgar o seu prestígio e reforçar o seu poder sobre os pacientes. Segundo Oliveira, S. e Oliveira, J. (2004), o prestígio seria um dos principais motivos para uma organização, num canal de marketing, querer identificar-se publicamente com outra.

Nesse sentido, o poder de referência de um grande laboratório seria mais do que suficiente para perpetuar relacionamentos rentáveis com os clientes médicos, principalmente em razão de sua habilidade de agir mediante intermediários e de ter um nome que serve como marca para consolidação frente aos usuários do produto.

No entanto, não é o que se percebe. Para Barros (1995), por mais que tais empresas desejem passar a imagem de que o alvo de suas atividades é a saúde e o bem-estar da sociedade, a prática evidencia uma orientação marcadamente dirigida para o retorno econômico, alimentada a partir de seu poder de recompensa.

Para Kotler (2000) o poder de recompensa se evidencia quando o fabricante oferece aos intermediários benefícios adicionais para a realização de ações ou funções específicas. Submetem-se, dessa forma, às vontades do fabricante, não por perceberem-na como a melhor estratégia, mas devido ao benefício externo proporcionado por ele.

Entre as atividades de promoção farmacêutica, amplamente debatidas, a estratégia de persuasão médica mediante recompensas é bastante criticada, pois, conforme Wazana (2012), é responsável pela influência das prescrições médicas, pelo aumento de custos (repassado aos pacientes) e por resultados negativos de saúde.

Lobo (1979, p. 91) afirma que “a pressão publicitária farmacêutica não é apenas grande como também diversificada. O instrumento publicitário típico deste setor é o propagandista, identificado por vários estudos como a origem de gastos totais com promoção de venda, provavelmente, em todos os países”.

A indústria farmacêutica se utiliza desse vetor para desenvolver e direcionar o momento de aprendizado do médico para os interesses comerciais dos laboratórios. Desde os tempos de faculdade, os estudantes de medicina são frequentemente seduzidos pelos grandes laboratórios com treinamentos (que podem ser incluídos em seus currículos), ofertas de almoço, jantares e lanches e manipulação das amostras das drogas, destinados ao

desenvolvimento de um relacionamento cordial entre a empresa e os futuros clientes médicos (WAZANA, 2012).

Segundo Jain (2007), a reduzida disponibilidade de fundos do governo para a educação tem elevado substancialmente o apoio comercial a atividades educacionais por parte da indústria farmacêutica, resultando em conflitos entre essa e a academia.

Em sua defesa, os laboratórios alegam que a promoção de produtos farmacêuticos constitui um importante veículo de informação, agregando valor ao relacionamento entre as empresas e os médicos. Consideram, portanto, que longe de levar à prescrição de medicamentos desnecessários, ou de custos elevados, a prática promocional tem o efeito de ajudar os médicos a descobrirem medicamentos certos para seus pacientes (LABRIE, 2011).

2.6 Estratégia de comunicação da indústria farmacêutica

Segundo Zenone (2010), a estratégia de comunicação de marketing deve ser desenvolvida no sentido de implementar várias formas de programas persuasivos de comunicação com os consumidores e clientes potenciais ao longo do tempo de relacionamento. Dessa forma, tem como objetivo criar canais de mão dupla (interativos), nos quais as informações captadas gerem ações como resposta às necessidades dos clientes.

Stone e Woodcock (2002) consideram que os canais de comunicação são uma combinação de meios usados para levar ao cliente a informação sobre as empresas, seus produtos e serviços, bem como para receber informações sobre suas necessidades e o modo como gostariam de ser tratados. Tais canais são a base para a estratégia de comunicação, de modo que se torna imprescindível escolher a melhor forma de começar um diálogo e de manter o canal sempre aberto, com ética e muita criatividade.

Consoante Kotler e Armstrong (2007), os canais de comunicação podem ser classificados em dois grupos: pessoais e não pessoais. Nos canais de comunicação pessoal, duas ou mais pessoas comunicam-se diretamente, cara a cara, por telefone, pelo correio, por e-mail ou por meio de redes sociais, mantendo-se um *feedback* entre as partes. Já os meios de comunicação não pessoais são formados pelas mídias que veiculam mensagens de massa, sem contato pessoal e nem retorno, incluindo-se aqui as mídias mais importantes (jornais, revistas, mala direta, televisão, rádio, cartazes, placas e pôsteres) e a atmosfera e os eventos.

Com base no exposto, percebe-se que, além da comunicação de massa, com informações transmitidas por meios de comunicações acessíveis a grande parte da população,

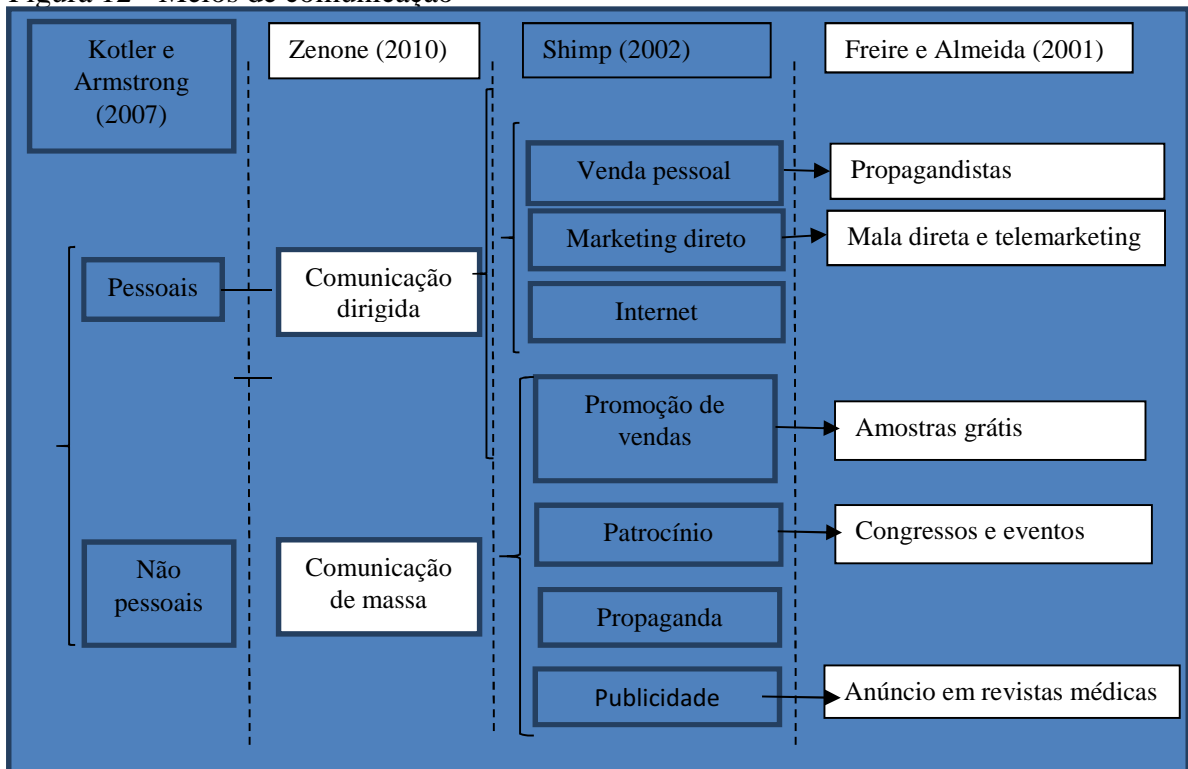
existe uma comunicação dirigida com o objetivo de segmentar cada vez mais os públicos e direcionar-lhes a informação mais adequada (ZENONE, 2010).

Contribuindo para a classificação dos meios de comunicação, Shimp (2002) propõe que os principais meios de comunicação do marketing são a venda pessoal, a propaganda, a promoção de vendas, o patrocínio de marketing e a publicidade.

A propagação dos produtos farmacêuticos, incluindo os medicamentos éticos, no mercado normalmente se utiliza de todos esses meios, e a indústria farmacêutica vem ampliando seu conjunto de canais de comunicação, incluindo anúncios em revistas médicas, envios de malas diretas (incluindo fitas de áudio e vídeo), patrocínios em congressos e eventos, oferta de amostras grátis e até telemarketing, no sentido de desenvolver a preferência do médico por determinadas marcas de medicamentos (FREIRE; ALMEIDA, 2001).

Visando facilitar a compreensão dos meios de comunicação utilizados pela indústria farmacêutica, a Figura 12, na sequência, tenta sintetizar como os autores estudados os percebem e como são utilizados por essa indústria.

Figura 12 - Meios de comunicação



Fonte: Autor, baseado nos conceitos de Kotler e Armstrong (2007) e Shimp (2002).

No mercado de medicamentos éticos, por ser um setor altamente segmentado e no qual a comercialização dos produtos foge ao padrão, eis que dependente da prescrição médica, percebe-se ser indispensável a adoção de uma estratégia de comunicação mais personalizada,

um tipo de comunicação dirigida em que as informações adequadas cheguem diretamente a um seletor público.

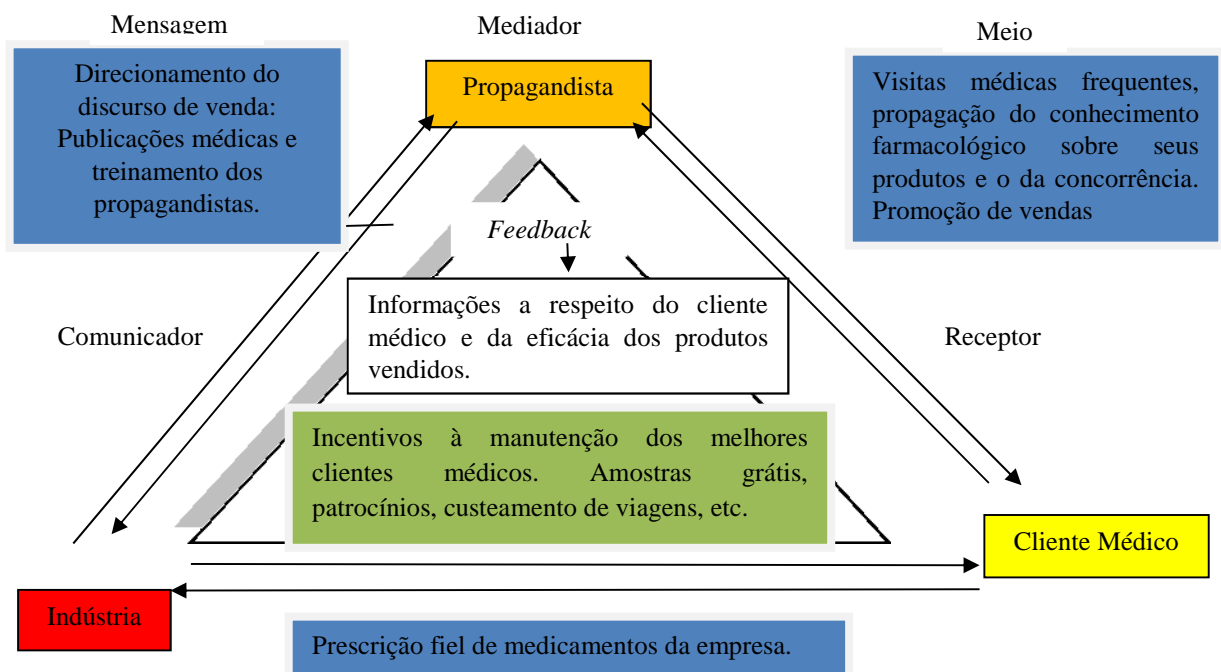
Dessa forma, a estratégia de marketing utilizada pelas indústrias do segmento ético no mercado farmacêutico, abrangendo grandes investimentos nos patrocínios de marketing (mediante eventos direcionados aos produtos) e em promoções de venda (com utilização de amostras grátis), mantém o foco no desenvolvimento de relações amistosas entre os propagandistas e os médicos parceiros a partir do marketing direto e das vendas pessoais.

Pinho (2001) afirma que a venda pessoal é vista como importante ferramenta promocional nesse segmento, por consistir em forma de comunicação direta (cliente / empresa) com audiência qualificada de clientes (clientes médicos), sendo o vendedor (representante farmacêutico) a fonte de transmissão e de recepção das mensagens.

Como se pode perceber, independentemente do grande investimento nos mais diversos canais de comunicação, nada ainda conseguiu superar o valor do contato direto entre o representante e médico. Assim, a visita médica continua sendo o principal item da grade de promoção dos medicamentos éticos (FERREIRA, 2002).

Dessa forma, sugere-se a representação gráfica na Figura 13, baseada na Estrutura triangular de mercado 3Ps (pacientes, prescritores e provedores), como forma de representar o modelo de comunicação adotado pela indústria farmacêutica na propagação dos seus produtos éticos, via propagandistas, aos clientes médicos prescritores.

Figura 13 – Modelo de propagação de medicamentos éticos pela indústria farmacêutica



Fonte: Autor (2012).

Segundo McKenna (1992), no marketing de relacionamento, comunicar-se com os clientes compreende tanto ouvir quanto falar, sendo, portanto, um caminho de duas vias. Comunicação é um diálogo e, quando estabelecido de modo eficaz, as duas partes ganham.

Assim, pode-se notar que o modelo de comunicação proposto possui um fluxo contínuo em duas vias, em que o efeito da mensagem enviada é constantemente avaliado pelo comunicador, a fim de iniciar um novo fluxo. De um lado, a informação a respeito das vantagens dos medicamentos da indústria é repassada aos propagandistas e por esses aos médicos, que os prescreverão ao usuário final. Em contrapartida, as informações sobre a eficiência dos produtos da empresa são repassadas pelos médicos aos propagandistas e por esses para a indústria, que, por sua vez, recompensa os médicos (por meio da oferta de brindes, amostras grátis, patrocínios de eventos, custeios de viagens e despesas de congressos, entre outros benefícios).

2.6.1 O vendedor no relacionamento

Segundo Kotler, Shalowitz e Stevens,

A venda pessoal é o instrumento mais eficaz nos estágios finais do processo de compra, especialmente para aumentar a preferência, a convicção e a ação do comprador. As características de venda pessoal são (1) interação pessoal (uma interação experiencial entre duas ou mais pessoas); (2) cultivo do relacionamento, desde um relacionamento prático de venda até uma profunda amizade pessoal; e (3) resposta (o comprador sente que tem alguma obrigação por ter ouvido a palestra de venda). (KOTLER; SHALOWITZ; STEVES, 2010, p. 443).

Para Correia e Oliveira (2008), a venda pessoal é dominante nos mercados industriais porque o número de clientes em potencial é relativamente pequeno e o valor das compras é maior. Assim, os vendedores devem conhecer não apenas o negócio das empresas em que trabalham, mas também o negócio de seus clientes.

A indústria farmacêutica, de forma geral, não foge a esse padrão. Carvalho e Teixeira (2002) afirmam que a venda pessoal constitui uma das ferramentas mais utilizadas nesse setor. Entretanto, é no segmento de produtos éticos que as vendas pessoais assumem papel de maior importância. Por intermédio da figura do propagandista, os grandes laboratórios tentam estreitar seu relacionamento com os médicos, desenvolvendo relações comerciais e até de amizade entre eles e seus representantes.

Kleinowski (2009) vai além e diz que o segmento farmacêutico de prescrição – de produtos éticos – é considerado um dos setores específicos nos quais a empresa se personifica

perante o cliente médico mediante seus representantes ou propagandistas, dessa forma, a confiança depositada nesses funcionários de contato impacta diretamente na formação da lealdade dos clientes.

Esse entendimento remete a Wannmacher (2007), segundo o qual a visita de propagandistas a consultórios, ambulatorios e hospitais constitui a ferramenta mais usada pela indústria farmacêutica para modificar padrões de prescrição e consumo de medicamentos. Mediante elementos de persuasão, já vistos anteriormente, os laboratórios acreditam no seu poder de recompensar como forma de influência do receituário médico.

A venda pessoal é um verdadeiro elo entre a empresa e seus clientes. “O vendedor é o principal representante da companhia no cliente – muitas vezes o vendedor é a empresa para os seus clientes – e ainda constitui uma excelente fonte ao trazer para sua companhia informações sobre os clientes, os concorrentes e o mercado.” (PINHO, 2001, p. 41).

Esse profissional chega a visitar, em média, 15 médicos por dia, distribuindo trabalhos científicos, amostras grátis, brindes e *visual-aid*. É a primeira fonte de informação sobre medicamentos mais mencionada em pesquisas (MOLINARI; MOREIRA; CONTERNO, 2005).

Para Labrie (2011), o propagandista tem grande importância na disseminação de informações farmacológicas por entre os médicos, ajudando na escolha do melhor tratamento para os pacientes.

No entanto, Barros (1995, p. 52) já alertava para a dupla função do propagandista dentro do mercado farmacêutico: “[...] de um lado uma função comercial, orientada para o incremento das vendas dos produtos específicos da empresa e do outro, uma suposta função educativa”.

As duas funções, todavia, podem acabar gerando conflitos de interesses, uma vez que o incentivo ao consumo de medicamentos nem sempre é compatível com a conquista dos melhores níveis, seja da qualidade da prescrição, ou da saúde dos usuários.

O próprio Barros (1995) cita um estudo realizado nas Filipinas, com 30 empresas diferentes, no qual se constatou que o êxito na tarefa do propagandista se mede pelo volume das vendas e não pela melhoria do nível de conhecimento dos prescritores.

Apesar disso, não se pode deixar de notar a importância que os propagandistas exercem na promoção dos medicamentos junto aos médicos, principalmente, os éticos. Segundo Andalleeb e Tallman (1996), estudos mostram a existência real de parceria entre médicos e representantes de laboratórios e que aqueles percebem nestes uma importante fonte de informação, costumando valorizar e reconhecer esse relacionamento mediante a prescrição

de produtos por eles promovidos.

Os médicos acreditam que os representantes fornecem informações precisas sobre seus medicamentos e também podem fazê-lo sobre outros medicamentos estabelecidos e alternativos (WAZANA, 2012).

Esse entendimento já era defendido por Barros (1995) ao dizer que estudos realizados com o intuito de identificar as fontes de informação e de influência na prescrição confirmam o lugar proeminente que ocupa o propagandista como origem do conhecimento da existência de novos fármacos pelos médicos.

A venda pessoal contribui para a obtenção de um nível relativamente alto de atenção do consumidor, já que, de frente para o propagandista, torna-se difícil para o médico evitar sua mensagem. Contudo, Carvalho e Teixeira (2002) alertam para o fato de que é cada vez menor o tempo reservado aos representantes dentro do consultório, e muitos médicos consideram a apresentação de detalhamento de produtos feita pelos representantes como enfadonha e apenas suportável.

Dessa forma, tais representantes raramente conseguem mais que alguns minutos da atenção dos médicos, de modo que sua apresentação deve ser incisiva, rápida e convincente. Segundo Cesar (2005), vender os conceitos de cada produto significa utilizar todo o *mix* de comunicação no contato pessoal.

A venda pessoal permite ao propagandista criar mensagens customizadas para o interesse e necessidade específicos de cada médico (HANSEN, 2009). O mix de comunicação utilizado pela indústria abrange desde visitas de propagandistas aos consultórios, farmácias, drogarias e hospitais à distribuição de brindes e premiação aos envolvidos diretamente na venda dos medicamentos: farmacêuticos e balconistas (JESUS, 2005).

Como principais ferramentas à disposição dos propagandistas valem ser ressaltadas o *visual aid*, popularmente conhecido como literatura médica, consistente em um folheto de alta qualidade gráfica contendo as principais características e informações sobre o medicamento – posologia, composição, referências bibliográficas, contraindicações, cuidados, advertências e reações adversas (PIZZOL; SILVA; SCHENKEL, 1998), e as amostras grátis, que, além de contribuírem como residuais de marca nos consultórios, oferecem aos médicos a oportunidade de manusearem os medicamentos antes de torná-los alternativas para seus receituários.

A distribuição de amostras grátis, brindes, revistas ou *visual aid*, bem como a oferta de patrocínios a organizações de eventos e o apoio à pesquisa devem ser utilizados de acordo com a percepção dos propagandistas (BUENO; RESENDE; OLIVEIRA, 2005).

Além de providenciarem informações, os representantes farmacêuticos se encontram em uma posição na qual podem empregar técnicas de influência para encorajar os médicos a mudar suas práticas de prescrição (LOBO, 1979). Por isso a indústria farmacêutica mantém um verdadeiro exército de propagandistas.

Formado por profissionais das mais diversas áreas, esses soldados da indústria farmacêutica são treinados constantemente para divulgar os conceitos de seus produtos, exaltando suas qualidades em comparação aos de seus concorrentes. No entendimento de Carvalho e Teixeira (2002), a opção pela presença de um propagandista exercendo a comunicação entre a empresa e o médico tem-se mostrado eficaz, já que a atividade aplica princípios do marketing de relacionamento como meio de persuasão.

A propaganda médica é extremamente técnica e envolve o conhecimento prévio dos produtos promovidos e dos seus concorrentes. Para aprimorar o conhecimento dos seus representantes, os laboratórios investem alto no treinamento técnico e científico de seus vendedores (CORREIA; OLIVEIRA, 2008).

Realmente, segundo Cesar (2005), os laboratórios oferecem a sua força de vendas cursos e treinamentos necessários para capacitá-los como divulgadores científicos, treinando-os em técnicas de vendas e neurolinguística para a aplicação eficaz de todas as ferramentas do marketing no momento da visita técnica, além de equipamentos, como carros, *notebook*, *palmtop*, telefones celulares e fichas com informações precisas e individuais sobre cada cliente, no sentido de elevar o nível de produtividade e eficiência do seu pessoal.

O investimento na contratação de representantes capacitados e em seu constante treinamento torna essa estratégia de marketing bastante dispendiosa. Shimp (2002) constata tal aspecto ao dizer que a principal desvantagem da venda pessoal é que ela custa mais caro do que outras formas de comunicação de marketing, porque os representantes de vendas interagem apenas com um cliente de cada vez.

Não obstante, devido ao tamanho relativamente reduzido do alvo principal do mercado publicitário farmacêutico, representado pelo coletivo dos médicos, permite-se o emprego de um método tão dispendioso e ao mesmo tempo tão eficiente (LOBO, 1979).

2.6.1.1 Promoção de vendas

Nas palavras de Cesar (2005, p. 48), “o novo padrão de produtividade dos médicos faz com que esses profissionais racionalizem suas tarefas para alcançar a produtividade máxima”. Diante desse fato, o grau de dificuldade e o tempo de espera para se

concretizar uma visita médica acabam aumentando, enquanto o tempo do médico diminui, inclusive para receber visitas do propagandista.

Carvalho e Teixeira (2002) já vinham alertando para a diminuição do tempo disponível dos médicos aos propagandistas. Segundo os autores, antigamente os médicos recebiam de quatro a cinco representantes por dia, e hoje recebem mais de 15, sem contar os promotores de farmácias de manipulação, vendedores, revistas, institutos de pesquisa, entre outros.

Com a diminuição do tempo de contato entre propagandista e médico, a indústria farmacêutica busca desesperadamente por mais atenção da classe médica. Para isso, utiliza-se das práticas promocionais como forma de aproximação e de persuasão no momento da prescrição médica.

De forma genérica, Kotler e Armstrong (2007) classificam a promoção de venda como incentivos de curto prazo para estimular a compra ou a venda de um produto ou serviço. Dessa forma, a promoção de medicamentos junto à classe médica pode ser entendida como toda e qualquer atividade informacional e persuasiva pelos produtores e distribuidores cujo efeito é introduzir a prescrição, o suprimento, a aquisição e/ou o uso de medicamentos (MOLINARI; MOREIRA; CONTERNO, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Todo apelo promocional em relação a medicamentos, deve ser seguro, preciso, confiável, informativo, balanceado, atualizado, capaz de ser constatado e de bom gosto. Não deve conter desvios, afirmações não verificáveis ou omissões, bem como a indução do uso não justificável do medicamento. As comparações dos medicamentos devem ser factuais, justas e comprováveis (OMS, 1988).

Assim, a qualidade da propaganda de medicamentos deve ser assegurada, uma vez que, em um plano ideal, um de seus objetivos seria fornecer informações acuradas e objetivas para auxiliar os prescritores a tomar decisões acertadas na seleção de fármacos e a aprender como usá-los para atingir os melhores efeitos (LEE et al., 1991).

Entretanto, percebe-se que o processo de promoção destinado aos médicos pode ocasionar problemas éticos, em razão da oferta de benefícios que podem levar à prescrição medicamentosa de forma não íntegra. Albizzati (2001) revela que é muito comum o uso de práticas promocionais consideradas muitas vezes não éticas.

Tais práticas levam a um comportamento condicionado entre laboratórios e médicos. Quando o fabricante de medicamentos deseja determinado comportamento os

médicos são recompensados. Entretanto, não ocorrendo a recompensa, aqueles profissionais poderão apresentar ressentimentos (BARROS, 1995).

Oliveira, S. e Oliveira, J. (2004) corroboram esse entendimento ao dizer que o resultado do poder de recompensa é mais interessante do que o obtido com o poder de coesão. Alertam, no entanto, para o risco da superestimação, uma vez que os intermediários se submetem à vontade do fabricante não por a considerarem a melhor opção, mas devido ao benefício externo que obtêm com esse comportamento.

Como já foi visto, sabe-se que a propaganda é utilizada com eficiência para alterar o padrão da prescrição dos médicos, além de ser considerada a principal fonte utilizada por eles para a atualização terapêutica. Assim, a indústria utiliza-se de sua influência para promover seus produtos mediante visitas, publicidade nos meios de comunicação especializados, subvenção de atividades formativas e de benefícios promocionais ou pagos de diferentes formas (PIZZOL; SILVA; SCHENKEL, 1998).

Para Wazana (2012), a forma mais rápida de conscientização dos médicos sobre o produto, a conquista de preferência e o aumento rápido de prescrição são as amostras grátis.

Esse entendimento remete a Shimp (2002), para quem a distribuição de amostras grátis é a principal ferramenta de promoção de vendas utilizada pela indústria farmacêutica, capaz de gerar comportamento de teste e sedimentar sua marca na consciência dos médicos.

A importância que assumem traduz-se na preocupação intensa da indústria farmacêutica de valorizá-las. Assim, desde sua embalagem até a quantidade produzida, tudo é pensado antes da prática.

Cesar (2005) afirma que a embalagem de uma amostra grátis tem o fim de valorizar o produto que está sendo propagado. Nesse sentido, em sua confecção deve-se levar em conta aspectos como o tamanho da caixa, o uso de cores, os slogans, as imagens e a logomarca do produto, a fim de expor aos médicos, enquanto estiverem no exercício da profissão, as mensagens nela expressas.

Também é sabido que a quantidade de amostras deve ser calculada a um nível ótimo, de acordo com o tipo de medicamento. Isso porque a distribuição exagerada de amostras grátis pode canibalizar o produto exposto à venda (SHIMP, 2002). Assim, para Cesar (2005), produtos usados para o tratamento de uma patologia aguda, como antibióticos e anti-inflamatórios, devem ter uma quantidade menor de amostras distribuídas, uma vez que a quantidade doada pode ser a ideal para o tratamento completo. No outro extremo estão as doenças crônicas, cujo tratamento, mesmo depois do uso da amostra grátis, terá que ser continuado, cabendo ao paciente adquirir os produtos na farmácia.

Em busca da maximização de resultados, Shimp (2002) prega um direcionamento maior das amostras grátis, defendendo que sejam distribuídas apenas a médicos com percentual de prescrição alto, assim como a inovação dos métodos de distribuição e a mensuração do retorno sobre esse investimento.

2.7 Ética no relacionamento empresa / médico

Como é perceptível por tudo o que já foi visto até aqui, a indústria farmacêutica, em particular o segmento ético, baseia-se na preferência do receituário médico como forma de estimular sua demanda. Buscando um melhor desempenho de vendas dos produtos estratégicos, no processo de construção de relacionamento longos e rentáveis entre os prescritores e os laboratórios, o marketing farmacêutico se utiliza de uma série de estratégias e controles (CESAR, 2005).

Tais estratégias, presumidamente, devem ser conduzidas com bastante cuidado, pois mesmo sendo ferramentas eficazes, se mal utilizadas podem desfigurar o papel do representante e desestabilizar essa aliança, tão valiosa para a empresa (ZENONE, 2010). Nessa conjuntura, uma busca muito intensa pelo receituário é capaz de transformar um relacionamento harmonioso em algo psicológica e moralmente desagradável, desgastando de forma irreversível o relacionamento (BUENO; RESENDE; OLIVEIRA, 2005).

Para Cesar (2005), uma das premissas do relacionamento entre cliente e empresa é a ética do comportamento entre as partes. Todo relacionamento deve ser pautado, sobretudo, por uma conduta digna e transparente, capaz de desenvolver confiança entre os envolvidos.

No entanto, para Jesus (2005), o marketing farmacêutico - ou marketing da dor - se utiliza não só dos médicos para promover seus efeitos fantásticos e milagrosos, mas de altos investimentos em meios como rádios, emissoras de televisão, revistas, outdoors, e na confecção de materiais de ponto de vendas e sua distribuição em farmácias e drogarias, para vender não só os produtos éticos, como vitaminas, xaropes e fortificantes.

Evidencia-se que o marketing farmacêutico lança mão de todas as ferramentas que estão a sua disposição com o intuito de aumentar as vendas e bater suas metas. Tais estratégias envolvem não só canais de comunicação em massa (televisão, rádio, revistas, *outdoors*, etc.), mas também a comunicação dirigida (vendas pessoais, Internet, telemarketing, etc.). Por intermédio de visitas frequentes a clínicas, hospitais, farmácias e consultórios, os representantes conseguem vender o conceito de seus medicamentos e influenciar a prescrição médica, alcançando a meta estabelecida, ou seja, vendendo mais.

Por outro lado, deve-se advertir sobre o duplo papel desempenhado pelo propagandista: a função comercial, orientada para o incremento das vendas dos produtos e a suposta função educativa, no âmbito da qual informa os médicos prescritores a respeito das novas drogas e tratamentos do mercado. O exercício desses papéis pode levá-lo a um conflito de interesses inerente às duas funções, já que, inevitavelmente, em função da competitividade e da busca por bons resultados financeiros, a indústria farmacêutica colocará alguns princípios éticos e legais em segundo plano (CESAR, 2005).

As companhias farmacêuticas querem comercializar seus produtos, o que é justo e esperado, quando, em tese todos os novos medicamentos nos últimos 60 anos foram desenvolvidos e manufaturados por esses produtores. Porém, não se espera que profissionais da saúde sejam educados, informados e cooptados pela indústria farmacêutica (STREMERSCHE; DYCK, 2009).

O conflito de interesses a que aqui se refere já era criticado por Quijano (2003), por considerá-lo perversor da própria ideia da profissão médica, denegrindo a imagem desses profissionais e desprestigiando a classe perante a sociedade.

Sobre a relação dos médicos com os laboratórios, Correia e Oliveira (2008) ressaltam o perigo representado pelos profissionais de marketing farmacêutico, que ignoram a evolução das modernas práticas médicas e das atitudes dos médicos.

Apesar de a maioria absoluta alegar que sua integridade não é comprada por brindes, viagens e patrocínios, há evidência de que a prescrição é, sim, influenciada pelas técnicas de marketing e de que o ato de presentear é altamente produtivo na busca pelo aumento de vendas de medicamentos (WANNMACHER, 2007).

Segundo Jain (2008), pesquisas no campo das ciências sociais mostram que mesmo quando os indivíduos procuram ser objetivos, suas opiniões encontram-se sujeitas a um viés inconsciente e não intencional de autointeresse.

Outro problema, levantado por Fagundes et al. (2007), aborda a confiança que os médicos depositam nas peças publicitárias distribuídas pelos laboratórios. Segundo sua pesquisa, 22% dos médicos confiam plenamente nessas peças publicitárias, traduzindo um perigoso excesso de confiança nos propagandistas, principalmente por não existir embasamento científico na maioria delas.

Não obstante, essa realidade aos poucos vem se modificando, posto que algumas empresas vêm reconhecendo que o comportamento ético também pode ter repercussão positiva nas vendas (BARROS, 1995).

Segundo Jain (2008), muitos médicos não gostam de como a informação comercial influencia significativamente sua decisão no atendimento ao paciente. Vários se sentem demasiadamente incomodados com a pressão dos laboratórios, chegando, algumas vezes, ao extremo de passar e prescrever apenas medicamentos manipulados (CORREIA; OLIVEIRA, 2008).

Lerer (2005) observa que nos Estados Unidos cada vez mais médicos cobram honestidade e transparência dos laboratórios e dos representantes em seus relacionamentos com a classe.

A sociedade também vem se mobilizando e, partindo do princípio da correlação direta entre os lucros das empresas e a prescrição, passou a fomentar a crença de que a atuação em forma de lobby por parte da comunidade médica pode gerar bons frutos (CORREIA; OLIVEIRA, 2008).

Jain (2007) afirma que 64% dos pacientes acreditam que a estratégia de presentear os médicos como forma de persuasão no momento da prescrição médica, utilizada pela indústria farmacêutica, reflete em aumentos de custos da medicação.

Estudos demonstram que o número de famílias conscientes da importância da saúde vem aumentando, e que quanto mais conscientes são, menos sensíveis aos preços ficam (STREMERSH; DICK, 2009). Pacientes informados tendem a pressionar mais seus médicos na hora da prescrição por fármacos dos quais tomaram conhecimento por meio da propaganda direta ou no boca a boca entre amigos (WANNMACHER, 2007).

Assim, diferentes Organizações Não Governamentais (ONGs), como *Pour une Information Médicale Éthique et le Développement* (Pimed, França) e *Medical Lobby for Appropriate Marketing* (MaLAM, Austrália), foram criadas com o intuito de usar a influência do médico para incentivar as empresas a proporcionar informações fundamentadas e consistentes para que a prescrição e a dispersão dos medicamentos seja adequada (CORREIA; OLIVEIRA, 2008).

2.8 Lealdade

Segundo Griffin (1998), a lealdade do cliente pode ser definida de acordo com seu comportamento de compra. Para o autor, a lealdade baseia-se exclusivamente no comportamento dos clientes, e é definida por ele como a prática de compras não aleatórias ao longo do tempo.

As escolhas de um cliente leal não acontecem aleatoriamente, pois tendem a ser específicos em relação àquilo que compram e de quem compram. Assim, para que o cliente seja considerado leal, Griffin (1998) propõe que (1) faça compras regulares e repetidas; (2) compre as diversas linhas de produtos e serviços ofertados pela empresa; (3) recomende os produtos e serviços a outras pessoas; e (4) mostre-se imune aos apelos da concorrência.

Outros autores discordam desse posicionamento por basear-se exclusivamente no histórico comportamental do cliente. Segundo Stone e Woodcock (2002), lealdade é antes de tudo um estado de espírito, um conjunto de atitudes, crenças e desejos, e envolve tanto o comportamento do consumidor como também o seu estado de espírito.

A lealdade não é mera repetição de compras, pois se fosse simplesmente isso, não representaria um comprometimento, somente aceitação ou comodidade (DATTA, 2003). Isso porque em uma situação de monopólio também há repetições de compra, mas não há lealdade.

Na realidade, quando se consome um produto de determinada marca por várias vezes a experiência muda, ocorrendo o mesmo quando se experimenta outra marca. Essas múltiplas experiências geram conhecimento ao cliente, que, ao passar do tempo, pode ficar dependentes de características ou preços (SCHMITT, 2004). Para tornar esse consumidor leal é necessário investir nas experiências que valorizam a marca aos seus olhos. Um cliente fiel tende a ser conhecedor da experiência nos mínimos detalhes e a estar com ela satisfeita.

Reforçando essa ideia, Kotler e Armstrong (2007) consideram que é preciso ir além da satisfação dos clientes, oferecendo-lhes uma proposição de valor diferente da ofertada pelos concorrentes, posto que decidem suas compras baseando-se no valor percebido.

Segundo Buttle e Burton (2002), não existe um consenso exato e preciso na literatura a respeito do conceito de lealdade, já que existem dois pontos de vista. O primeiro se refere à lealdade apenas como um termo utilizado para designar a retenção de clientes, definindo como leal aquele que continua a comprar a mesma marca, e o segundo refere-se ao conjunto de experiências vividas, consideradas importantes pelos clientes, representando um vínculo mais emocional que racional.

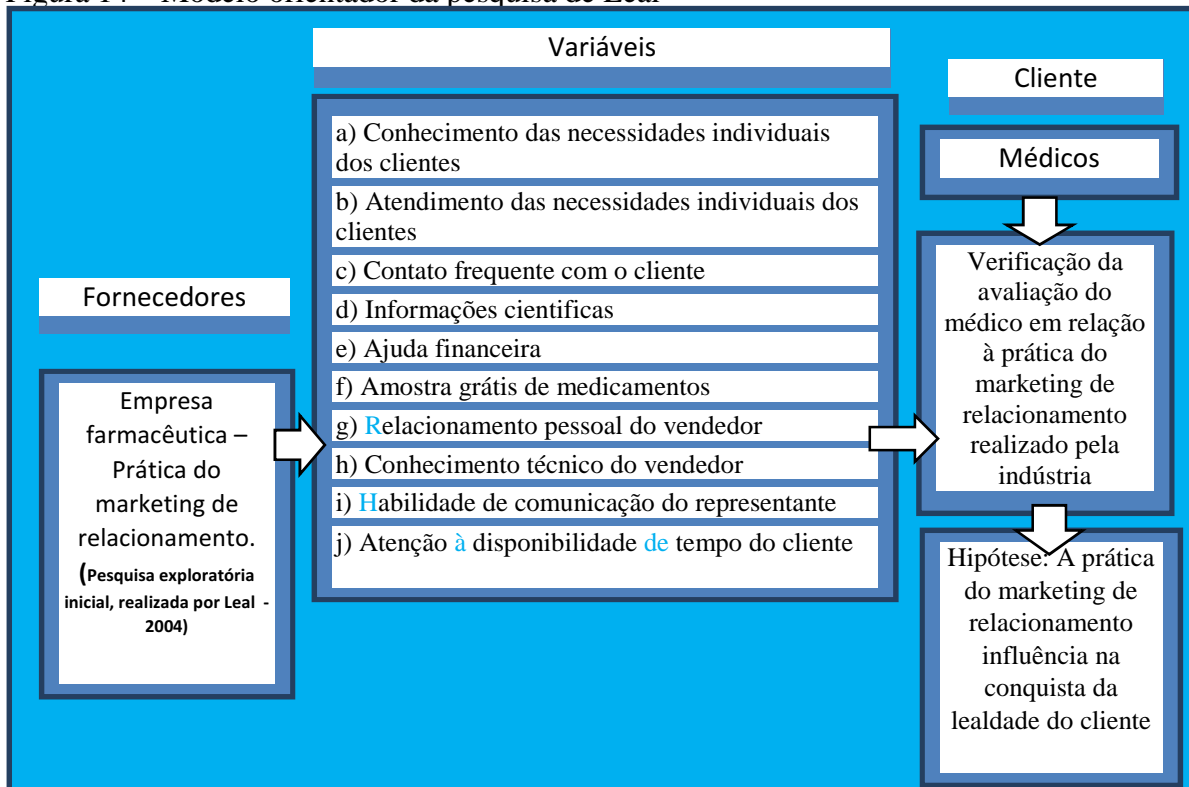
Não obstante a diversidade de entendimentos acerca do que vem a ser lealdade, optou-se, neste estudo, por trabalhar com o conceito proposto por Griffin (1998), que associa a lealdade ao comportamento de compra do cliente, considerando leal aquele que realiza compras regulares e repetidas, que compra diversas linhas de produtos ofertados pela empresa, que recomenda tais produtos a outros consumidores e que se mostra imune aos apelos da concorrência, por consistir em uma forma de medição mais objetiva, o que facilitou a operacionalização da variável lealdade.

A definição desse conceito como o ideal para este trabalho deveu-se à dificuldade que se enfrentaria para testar de forma empírica conceitos que envolvam percepções, atitudes e estados de espírito dos clientes, visto não existirem na literatura pesquisada escalas de aferição confiáveis para esse fim.

Segundo Leal (2004, p. 73), “o marketing de relacionamento se refere a todas as ações, benefícios e serviços oferecidos aos clientes que visem satisfazê-los, oferecê-los valor e torná-los leais”. Partindo desse princípio, o autor buscou, junto à indústria farmacêutica, mediante uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória, identificar que ações, benefícios e serviços oferecidos aos médicos prescritores de seus medicamentos eram postos em prática, visando agregar valor ao relacionamento e torná-los leais ao laboratório.

Por meio da aplicação de entrevistas com seis executivos de vendas de empresas farmacêutica, o autor estabeleceu as 10 variáveis mais utilizadas pela indústria farmacêutica para fidelizar os clientes médicos: a) o conhecimento do cliente; b) o atendimento ao cliente; c) a frequência de visitas; d) as informações científicas fornecidas; e) a ajuda financeira; f) as amostras grátis; g) o relacionamento do representante; h) o conhecimento técnico do representante; i) a habilidade de comunicação do representante; e j) o respeito ao tempo do médico (Figura 14).

Figura 14 – Modelo orientador da pesquisa de Leal



Fonte: Leal (2004).

Por meio do seu estudo, Leal (2004) chegou à conclusão que tais variáveis constroem e consolidam a relação entre o médico prescritor e os propagandistas e que, de forma integrada, são fundamentais para a determinação da demanda do mercado farmacêutico, mediante sua influência sobre a prescrição medicamentosa aos pacientes.

Segundo Cesar (2005), por mais variadas que possam ser as origens ferramentais das variáveis de influência identificadas por Leal (2004), sabe-se que são provocadas pelas práticas de marketing de relacionamento adotadas pelos laboratórios, assim, diante do que foi exposto anteriormente acerca das práticas e estratégias de marketing de relacionamento adotadas pela indústria farmacêutica em busca da fidelização do cliente médico, do conceito de lealdade de Griffin (1998) e das variáveis de influência mais utilizadas pela indústria farmacêutica, considera-se a figura referida um aglutinador de informações, utilizando-a como base metodológica para o presente estudo.

3 METODOLOGIA

O objetivo mais perseguido pelo homem ao longo de sua existência é o de conhecer a realidade, a verdade, e nas inúmeras tentativas deflagradas com essa finalidade descobriu a pesquisa científica, que se consolidou como uma das opções de que se vale desde então para desvendá-la (MARTINS, 1994).

O conhecimento científico se diferencia dos outros tipos de conhecimento (popular, filosófico e religioso) principalmente por seu caráter factual, real e não valorativo. O cabedal científico é contingente, pois suas proposições ou hipóteses têm sua veracidade ou falsidade conhecida mediante experimentações, e não apenas pela razão (LAKATOS, 1991).

Para Barros e Lehfeld (1999, p. 22), “o conhecimento científico é um processo desencadeado progressivamente, em função do devir e ser, e que emerge da coexistência ou da relação entre a teoria e a prática, sendo que a prática é o fundamento da teoria”.

Isso porque o conhecimento científico é o aperfeiçoamento do conhecimento comum e ordinário e é obtido mediante um procedimento metódico. Em suma, o conhecimento científico é o que é produzido pela investigação científica (GOMIDES, 2002).

Triviños (1987 apud LEAL, 2004) observa que após a formulação do problema, o pesquisador deve preparar o plano de investigação. Esse plano, denominado esquema de pesquisa, visa permitir a coleta de dados e a análise de informações da forma mais racional possível, com o objetivo de reduzir esforços, recursos financeiros e tempo.

O interesse pelo conhecimento científico surge não apenas da necessidade de se encontrar soluções para problemas de ordem prática, mas principalmente do desejo de se compreender e fornecer explicações sobre assuntos diversos, que podem ser testadas e criticadas por meio de provas empíricas.

Para Hair et al. (2010), as organizações, tanto comerciais quanto sem fins lucrativos, cada vez mais se confrontam com novos e complexos desafios e oportunidades que resultam de questões legais, culturais, tecnológicas e competitivas sempre em mutação. Nessa situação, informações adicionais são necessárias para uma tomada de decisão ou a solução de um problema, o que eleva a importância da pesquisa (como ferramenta organizacional).

Assim, como já visto, o presente trabalho partiu de um estudo, realizado em 2004 por Walmon Magalhães Leal na cidade de São Paulo, denominado “A prática do marketing de relacionamento na conquista da lealdade do cliente: um estudo no setor farmacêutico.”.

Tal trabalho desenvolveu-se em duas etapas. A primeira consistiu na realização de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, junto a seis empresas farmacêuticas, com o

intuito de compreender como gerenciavam o relacionamento com seus clientes a partir das ações e serviços prestados, dos benefícios ofertados aos médicos e da importância da atuação dos propagandistas nessa relação. A segunda, no desenvolvimento de uma pesquisa quantitativa descritiva junto aos médicos, com o objetivo de verificar como avaliavam as ações referentes às práticas do marketing de relacionamento levantadas junto à indústria farmacêutica, identificadas pela pesquisa exploratória realizada na primeira fase.

Partindo-se do levantamento das principais práticas do marketing de relacionamento utilizadas pela indústria farmacêutica, obtido com a pesquisa exploratória de Leal (2004), desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica (em livros, artigos científicos, revistas, sites, entre outros meios), a fim de elaborar uma fundamentação teórica sustentável a respeito do mercado farmacêutico (principalmente de produtos éticos) e do marketing de relacionamento utilizado por esse setor como estratégia de persuasão do cliente médico no momento da prescrição medicamentosa.

De posse de um referencial teórico conciso, realizou-se uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva, com os clientes médicos, objetivando verificar como avaliam as principais ações do marketing de relacionamento desenvolvidas pela indústria farmacêutica buscando fidelizá-los a um determinado produto ou marca.

Além disso, também se observou os relatos dos médicos residentes na capital e dos residentes no interior em busca de diferenças relevantes de percepção sobre essas ações, levantando-se o perfil dos grupos e propondo-se ações segmentadas para o desenvolvimento do bom relacionamento médico-laboratório.

Por fim, como o trabalho é uma reprodução do trabalho de Leal (2004) em um ambiente distinto, buscou-se analisar comparativamente os resultados obtidos no estado do Ceará com os encontrados por Leal na cidade de São Paulo e por Gomes, Resende e Oliveira no estado de Minas Gerais, em 2008.

3.1 Tipo de pesquisa

Segundo Gil (1994), existem diversos métodos para se realizar uma pesquisa, classificados de acordo com as formas de estudo do objeto e seus objetivos, entre os quais se apontam a pesquisa bibliográfica, a pesquisa experimental, a pesquisa descritiva, a pesquisa exploratória e a pesquisa explicativa ou causal, cada uma com peculiaridades distintas.

Mattar (1999) explica que muitas dessas classificações utilizam variáveis que não podem ser utilizadas simultaneamente. Desse modo, diferentes classificações podem ser

obtidas a partir da união entre os tipos de pesquisa, empregando-se diferentes variáveis.

De forma sintética, Vieira (2002) revela os três tipos de pesquisa mais utilizados pelo marketing, as pesquisas exploratórias, descritivas e causais, com destaque para a pesquisa descritiva como a mais utilizada no meio acadêmico brasileiro em estudos nessa área (PERIN et al., 2000).

Assim, optou-se, nesta investigação, por uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva, com a intenção de verificar a influência das variáveis de marketing de relacionamento sobre a variável lealdade do médico, assim como de constatar as diferentes percepções entre os médicos residentes na capital e no interior, em busca da confirmação ou refutação das hipóteses aqui levantadas.

Isso porque, conforme Richardson (1989), o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto nos tratamentos dos dados obtidos, por meio de técnicas estatísticas. Tal técnica de pesquisa tende a ser mais confiável para a análise de relações causais entre variáveis, pois não introduz o viés do pesquisador, além de possibilitar a reprodução dos resultados, porquanto sua interpretação não é suscetível a mudanças (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

A pesquisa quantitativa surgiu sob a influência do Positivismo, que preconiza que o pesquisador não se deve envolver com o objetivo da pesquisa, e defende a utilização de procedimentos rigorosamente empíricos, visando ao máximo de objetividade possível no estudo realizado (PONTE et al., 2006).

Consoante Godoy (1995), o estudo quantitativo preocupa-se com a medição objetiva e a quantificação dos resultados, bem como com a busca da precisão, evitando distorções na etapa de análise e interpretação dos dados. Assim, pode garantir uma margem de segurança em relação às inferências obtidas.

Além disso, Richardson (1989) garante que existe forte relação entre a pesquisa quantitativa e a pesquisa descritiva, pois a primeira preocupa-se em medir (quantidade, frequência e intensidade) e analisar as relações causais, e a segunda tem como objetivo descobrir e classificar a relação entre as variáveis, assim como investigar o fenômeno de causa e efeito existente entre elas.

Dessa forma, pode-se dizer que a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los e expondo as características de uma determinada população ou fenômeno, mas não tem o compromisso de explicá-los, caráter conclusivo, encaixando-se perfeitamente na execução deste trabalho.

3.2 População e amostra

Segundo Ludke e André (1986), para se realizar uma pesquisa há que se promover um confronto entre dados, evidências e informações coletadas sobre determinado assunto e o conhecimento teórico acumulado a seu respeito. Trata-se, em suma, de uma acareação, na qual de um dos lados está o conhecimento fruto da curiosidade, da inquietação, da inteligência e da atividade investigativa de um pesquisador, e do outro o conhecimento adquirido por todos os outros autores que estudaram o mesmo assunto antes dele.

Bernedt e Oliveira (2005) defendem que a ideia de que a ciência evolui por meio de contínuas comparações é uma constante na realização de pesquisas científicas. Nesse sentido, crendo-se que a ciência evolui a partir da comparação entre diversas pesquisas, permitindo aos cientistas refletir sobre as razões das diferenças encontradas nos resultados, resolveu-se replicar o trabalho de Leal em um contexto diferente.

Assim, propôs-se que o trabalho realizado por Leal (2004) junto aos médicos paulistanos fosse refeito com os médicos cearenses, que totalizam um universo de 12.926 médicos, segundo dados do Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC, 2011).

Diante de uma população tão grande e da inviabilidade de entrevistar todos os seus componentes (censo), fez-se necessário encontrar uma fração da população, um subconjunto de seus elementos que mantivesse pelo menos uma característica em comum com a população da qual foi extraída, uma amostra (VIRGILLITO et al., 2010).

Optou-se, então, por um processo de amostragem não probabilístico do tipo intencional. Não probabilístico por se confiar no julgamento pessoal do pesquisador e não na chance de se selecionar os elementos amostrais (MALHOTRA, 2006), e do tipo intencional porque, de acordo com uma estratégia adequada, os elementos da amostra são escolhidos ao serem relacionados intencionalmente com as características estabelecidas (BARROS; LEHFELD, 1999).

Esse tipo de amostragem foi escolhido em função da conveniência de acesso do pesquisador à classe médica no estado. Assim, mediante o apoio ao desenvolvimento da presente pesquisa fornecido por médicos amigos, cientes da importância deste trabalho e de que todos os dados levantados pelo questionário serão utilizados com fins estritamente acadêmicos (garantindo-se o sigilo das respostas dos médicos participantes), distribuíram-se 2.953 e-mails a médicos de todo o estado, convidando-os a participar da pesquisa (mediante o preenchimento do modelo de questionário constante no apêndice C) e disponibilizando o

questionário eletrônico através do link: <<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?Formkey=dHU0a3ByQk93VVdSTkFSWEt2NjIzVEE6MQ>>

Segundo Virgillito et al. (2010), as maiores razões para se basear as pesquisas em amostra são o custo, a rapidez e a confiabilidade dos resultados. O tamanho de uma amostra exerce influência direta na precisão ou aproximação dos resultados de uma pesquisa. Isso significa que quanto maior for uma amostra, mais ela se aproximará dos resultados obtidos se utilizada a população toda.

Esse o mesmo entendimento já defendido por Arango et al. (2008), que alertam para a importância do dimensionamento de uma amostra ao dizerem que um estudo subdimensionado (com um número de observações menores do que o tamanho mínimo da amostra requerida) tem sua validade científica comprometida e as conclusões obtidas ao longo do seu desenvolvimento podem estar equivocadas. Em contrapartida, um estudo superdimensionado (com um tamanho de amostras maior do que o mínimo requerido) empregaria um esforço experimental maior do que o necessário para as comprovações científicas desejadas.

Diante do exposto, conclui-se que o correto dimensionamento amostral evita os problemas decorrentes do sub e do superdimensionamento dos estudos científicos, podendo ser considerado um passo essencial na realização de um estudo científico.

Segundo Hair et al. (2010), o tamanho mínimo de uma amostragem deve ser de cinco observações para cada variável independente e, no caso da variável dependente, cada um dos grupos deve ter pelo menos vinte observações. Como na presente pesquisa constam duas variáveis dependentes (médicos “leais” e “não leais”), seria necessária uma amostra mínima com vinte observações de clientes “leais” e com vinte para clientes “não leais”.

No entanto,

Se nos contentarmos com resultados menos precisos, utilizando uma margem de erro maior, o tamanho da amostra necessário para a análise deverá ser menor. A duplicação da margem de erro faz com que o tamanho da amostra necessário se reduza a um quarto de seu valor original. Reciprocamente reduzindo à metade a margem de erro, quadruplicamos o tamanho da amostra. Tudo isso quer nos dizer que, se desejamos resultados mais precisos, devemos sempre aumentar substancialmente o tamanho da amostra. Porém, devemos observar que com as amostras maiores, gastaremos mais tempo e dinheiro, por isso, é necessário chegar a um concílio entre o tamanho da amostra e a margem de erro. (ARAGO et al., 2008).

Assim, objetivando uma maior validade dos dados, Aaker, Kumar e Day (2004) propõem que a proporção ideal entre o número total de observações e as variáveis

independentes deve ser de 20:1. Dessa forma, como esta pesquisa abrange 10 variáveis independentes, precisava-se conseguir uma amostra superior a 200 observações.

Obteve-se como contagem final um total de 202 participantes, 75 classificados como “leais” e 127 classificados como “não leais”, atingindo-se a proporção ideal entre o número total de observações e as variáveis independentes de 20:1 sugerida por Aaker, Kumar e Day (2004) e a de 20 observações para cada variável dependente sugerida por Hair et al. (2010), o que atende a todas as recomendações em relação ao tamanho da amostra.

3.3 Coleta de dados

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a coleta de dados é a etapa da pesquisa na qual se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, com a finalidade de reunir os dados necessários para responder o problema da pesquisa.

Normalmente a pesquisa descritiva trabalha com amostras grandes e representativas. Para isso, utiliza um vasto número de métodos de coletas de dados como entrevistas pessoais, entrevistas por telefone, questionários pelo correio, questionários pessoais e observações (VIEIRA, 2002).

Para Malhotra (2006), os questionários podem ser de dois tipos: 1) autoaplicáveis, no qual o sujeito fica só diante do questionário para respondê-lo, e 2) aplicados por pesquisadores, que fazem as perguntas e anotam eles mesmos as respostas.

Por se tratar de pesquisa de grande abrangência, em um universo considerável, o que exigiria um esforço enorme para a aplicação dos questionários pessoalmente, além de muito tempo e recursos financeiros, optou-se, como forma mais adequada para a coleta de dados, por um questionário com questões fechadas, autoaplicável e disponibilizado via Internet aos médicos associados ao Cremec.

A decisão pelas questões fechadas deveu-se ao fato de que no tipo de pergunta para a qual se deseja obter respostas essas são fornecidas de forma que apenas uma delas seja possível (VIRGILLITO et al., 2010). E a autoaplicabilidade do questionário tornou possível ao próprio respondente preenchê-lo sem necessidade do acompanhamento do entrevistador (MALHOTRA, 2006) tão logo o recebesse pela Internet.

A propósito, para isso foi utilizado o editor de formulários do *Google Docs*, que disponibilizou virtualmente o questionário e permitiu a edição do mesmo documento por mais de um usuário, além do recurso de publicação direta no site criado exclusivamente para esse fim.

Segundo Kelinger (1980), existem duas maneiras gerais de se obter informações das pessoas. A principal é fazendo-lhes perguntas e a outra é levando os indivíduos a responderem a algum tipo de estímulo estruturado. Os questionários fechados, normalmente utilizados em pesquisas quantitativas do tipo descritivas, são exemplos de estímulos estruturados, pois incentivam a resposta dos pesquisados mesmo que o pesquisador não esteja diante deles. De acordo com Gomides (2002), muitas pessoas preferem preencher um questionário apresentado na tela do que ser entrevistadas.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Segundo Barquette e Chaoubah (2007), a confecção de um questionário não é tarefa simples. A falta de literatura e de regras sobre o tema faz recair sobre o pesquisador a responsabilidade pela construção de um questionário eficiente. Experiência e criatividade são características pessoais decisivas nessa elaboração. Um questionário mal construído compromete os resultados finais de um estudo.

Dessa forma, tomou-se cuidado com a linguagem (simples, clara e compatível com a escolaridade do público-alvo), com o formato das perguntas (perguntas do tipo fechada, que apesar de limitarem as respostas, são práticas, fáceis de interpretar e de tabular), com a sequência das perguntas (para que se criasse no respondente o desejo de cooperação), com o tamanho do questionário (para que não viesse a tomar muito do seu tempo) e com seu desenho (o que diz respeito à aparência geral do questionário).

Dividiu-se o instrumento em quatro blocos de perguntas.

No primeiro bloco o médico foi convidado a selecionar uma empresa farmacêutica que desejasse avaliar. Para simplificar sua tarefa foi-lhe disponibilizada uma lista com os 15 maiores laboratórios (em ordem alfabética) atuantes no País, como está representado no apêndice “A”, embora estivesse livre para selecionar qualquer outro.

O segundo bloco reuniu quatro assertivas em uma escala nominal cuja marcação serviu para classificar o médico como “leal” ou “não leal” à empresa por ele escolhida. Tais assertivas estão relacionadas ao conceito de lealdade estabelecido por Griffin (1998), segundo o qual o médico só será considerado leal ao laboratório escolhido se prescrever seus medicamentos regular e repetidamente, prescrever outros produtos da mesma empresa, recomendar tais produtos a seus colegas e mostrar-se imune a laboratórios concorrentes.

O terceiro bloco contemplou 10 assertivas referentes às práticas do marketing de relacionamento utilizadas pela indústria farmacêutica junto aos clientes médicos. Tais práticas

deveriam ser avaliadas pelos respondentes de acordo com a importância atribuída a cada uma das variáveis para a manutenção de um bom relacionamento entre eles e o laboratório escolhido no primeiro bloco. Seu intento era verificar como os médicos “leais” ou “não leais”, conforme a classificação do bloco anterior, avaliariam as práticas utilizadas pela empresa selecionada.

Nesse momento, como forma de incentivar os entrevistados a emitirem opinião, suprimindo-se a opção “sem opinião” e, ao mesmo tempo, mantendo-se o equilíbrio entre a quantidade de categorias favoráveis e desfavoráveis, escolheu-se a escala de seis pontos (do tipo Likert), variando do “discordo totalmente” até “o concordo totalmente” - 1) discordo totalmente, 2) discordo muito, 3) discordo pouco, 4) concordo pouco, 5) concordo muito e 6) concordo totalmente (MALHOTRA, 2006).

Por fim, o quarto bloco reuniu tópicos destinados à caracterização do médico respondente (especialidade médica, sexo, idade, tempo de formado, número de pacientes que atende por semana, tipos de pacientes – convênio ou particular, número de representantes da indústria farmacêutica que atende por semana e local onde atende a maior parte do tempo – cidade ou bairro).

A identificação dos médicos residentes na capital e no interior foi importante porque tornou possível constatar se há diferença significativa na percepção desses dois grupos quanto à utilização das variáveis do marketing de relacionamento pela indústria farmacêutica. Tal contextualização terá importância para a definição de estratégias segmentadas de mercado para os dois grupos, caso existam diferenças significantes.

De forma sucinta, o Quadro 5, a seguir, especifica os objetivos propostos em cada um dos blocos do questionário, apresentando o número de assertivas por bloco e o tipo de escala utilizada.

Quadro 5 - Relação entre o objetivo de cada bloco do questionário, as assertivas e a escala de medição

Bloco	Objetivo	Assertivas	Escala	
1	Identificação da empresa farmacêutica selecionada pelo entrevistado.	Questão: 1	Nominal	Para facilitar a escolha do médico, será disponibilizada no questionário uma seleção de empresas, em ordem alfabética, atuantes no País, porém, caso o entrevistado deseje, poderá escolher uma outra empresa que não esteja previamente selecionada.
2	Identificar o comportamento de lealdade do médico em relação à empresa selecionada (conforme definição de Griffin,	Questões 2, 3, 4 e 5	Nominal	Nesse bloco foi inserido o conceito de lealdade definido por Griffin (1998). Dessa forma, o cliente só será considerado leal à indústria farmacêutica escolhida por ele caso responda afirmativamente às quatro assertivas, caso contrário, não será

	1998).			classificado como leal.
3	Verificar como os médicos avaliam as ações, benefícios e serviços recebidos e a atuação do vendedor em relação à empresa.	Questões: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15	Intervalar	Assertivas relativas às variáveis levantadas no estudo exploratório realizado por Leal (2004). A escala selecionada para medir as assertivas nessa parte do questionário foi a de classificação por itens, do tipo intervalar, composta de seis categorias, indo desde a concordância total até a discordância total. A intenção é verificar como o médico “leal” ou “não leal”, conforme classificado no bloco anterior, avaliaria a empresa selecionada.
4	Identificar os dados pessoais dos entrevistados.	Questões: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24.	Nominal	Identificação e caracterização do entrevistado, com base no sexo, idade, tempo de formado, especialidade médica, número de pacientes e representantes que atende por semana e, principalmente, o local onde reside.

Fonte – Autor baseado no trabalho de Leal (2004).

3.5 Confiabilidade do instrumento de coleta de dados

A fiabilidade de uma medida refere-se a sua capacidade de ser consistente. Se um instrumento de medida apresenta sempre o mesmo resultado (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, pode-se confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

Segundo Malhotra (2006), a aplicação de testes de confiabilidade, buscando medir o desempenho de um instrumento de pesquisa em uma dada população e evitando o agrupamento de questões aparentemente relevantes, se faz necessária para reduzir o máximo possível os erros da pesquisa.

Quanto menos erros houver, mais confiável será a observação. Isso porque uma pesquisa livre de erros aleatórios, que proporciona resultados consistentes ao longo do tempo, é considerada uma pesquisa confiável.

Como observa Malhotra,

A confiabilidade é avaliada determinando-se a proporção de variação sistemática na escala, o que, por sua vez, é realizado por meio de associação entre os escores obtidos em diferentes situações em que a escala foi administrada. Se a associação for alta, a escala produz resultados consistentes, sendo, portanto, confiável. (MALHOTRA, 2008, p. 276).

Os processos de avaliação de confiabilidade incluem métodos de teste-reteste, formas alternativas e consistência interna, sintetizados no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Verificação de confiabilidade do instrumento de coleta de dados

Verificação de confiabilidade do instrumento de coleta de dados		
Método	Definição	Características
Teste-reteste	Uso do mesmo instrumento uma segunda vez em condições tanto quanto possíveis idênticas.	Há vários problemas associados à abordagem do teste-reteste para determinar a confiabilidade, podendo ser citadas como as principais: 1) Dificuldade em localizar e obter cooperação dos entrevistados para um segundo teste. 2) A primeira mensuração pode alterar a resposta do entrevistado na segunda mensuração. 3) Os fatores ambientais e pessoais podem mudar, alterando a segunda mensuração. Assim, a melhor maneira para aplicar uma abordagem teste-reteste é em conjugação com outro tipo de abordagem, como formas alternativas.
Formas alternativas	Uso de dois instrumentos tanto quanto possíveis similares para medir o mesmo objeto durante o mesmo período de tempo.	Há dois problemas fundamentais com esse tipo de abordagem, a saber. 1) Consome muito tempo e é dispendiosa; 2) É muito difícil construir duas formas equivalentes de uma mesma escala em relação a um mesmo conteúdo.
Consciência interna	Comparação de amostras diferentes dos itens usados para medir um fenômeno durante o mesmo período de tempo.	É a maneira mais adequada quando se pretende medir, por meio de escalas de multi-itens, diferentes aspectos de um mesmo constructo multidimensional, em que cada item mede algum aspecto do constructo medido em toda a escala.

Fonte: Adaptado das obras de Malhotra (2008) e Leal (2004).

O Quadro 6 permite visualizar as dificuldades apontadas pelos autores para utilizar os métodos de verificação de confiabilidade dos tipos teste-reteste e formas alternativas. Problemas de logística na reaplicação de um teste na mesma população ou na criação de formas equivalentes para a mesma análise tornam essas duas opções dispendiosas e pouco confiáveis, o que faz da confiabilidade de consciência interna a mais adequada para avaliar uma escala somatória em que vários itens são somados para formar um escore total.

Ledesma, Ibañez e Mora (2002) observam que a confiabilidade interna é a forma mais comum para se estimar a fiabilidade de testes. A principal vantagem desse método é que requer apenas a administração dos dados com base nessa abordagem, tornando-se muito simples de calcular e disponível em programas de análises estatísticas mais populares.

Segundo Malhotra (2006), a medida mais simples de consistência interna é a confiabilidade meio a meio (*split half*), na qual os itens que constituem a escala são divididos em duas metades e os meios escores resultantes são correlacionados. Para se evitar que os resultados sejam afetados pela forma como os itens da escala são divididos, faz-se necessária a aplicação do coeficiente alfa ou *alfa de Cronbach*, que é a média de todos os coeficientes meio a meio que resultam das diferentes maneiras de se dividir ao meio os itens da escala.

Ledesma, Ibañez e Mora (2002) garantem que, dentro da categoria de confiabilidade de consciência interna, o método mais utilizado pelos pesquisadores é sem dúvidas o *alfa de Cronbach*, que estima o limite inferior do coeficiente de confiabilidade e é expresso pela seguinte fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{S_o^2} \right)$$

Na qual:

s_i^2 - É a variância do item i ;

S_o^2 - É a variância dos valores totais observados e

K - É o número de itens do instrumento.

O valor do *alfa de Cronbach* varia entre 0 e 1, assim, quanto mais alto for seu valor, mais confiável será o instrumento de pesquisa. Como parâmetro, Hair et al. (2010) sugerem a seguinte escala para avaliação da confiabilidade segundo *alfa de Cronbach* (Quadro 7).

Quadro 7 – Força de associação do *alfa de Cronbach*

<i>Alfa de Cronbach</i>	Força de associação
< 0,6	Pobre
Entre 0,6 a < 0,7	Moderada
Entre 0,7 a < 0,8	Boa
Entre 0,8 a < 0,9	Muito boa
> 0,9	Excelente

Fonte: Hair et al. (2010).

Assim, se por acaso, em um exemplo absurdo, as variáveis refletirem apenas erros e nenhuma exatidão, a variância da soma será idêntica à soma das variâncias de cada item considerado individualmente. Nesse caso, o segundo termo da expressão será igual à zero, o que fará resultar o *alfa de Cronbach* em zero também, o que reflete a pouca exatidão do modelo (VIRGILLITO et al., 2010).

Partindo desse princípio, Leal (2004) garantiu a confiabilidade do seu instrumento de coleta de dados quando, considerando o conjunto total de assertivas das questões 6 a 15, que se referem às práticas do marketing de relacionamento da empresa farmacêutica, obteve um *alfa de Cronbach* no valor de 0,818. Esse índice, segundo a escala idealizada por Hair et

al. (2010), representa uma força de associação muito boa, em uma medição da confiabilidade da escala utilizada para avaliar o constructo das práticas do marketing das empresas farmacêuticas.

No caso desta pesquisa, o *alfa* de *Cronbach* foi calculado para as 10 variáveis de marketing e obteve um valor de 0,615, o que é considerado por Hair et al. (2010) uma força de associação moderada. No entanto, como o instrumento já foi validado por outras pesquisas - Leal (2005) e Gomes, Resende e Oliveira (2008) - com um *alfa* de *Cronbach* de 0,779, ratificou-se o questionário.

3.6 Pré-Teste do questionário

Buscando maior segurança na aplicação do instrumento de coleta de dados, a presente pesquisa realizou um pré-teste do questionário antes de colocá-lo à disposição dos médicos via *World Wide Web*. Segundo Malhotra (2006, p. 308), “o pré-teste se refere ao teste do questionário em uma pequena amostra de entrevistados, com o objetivo de identificar e eliminar problemas”.

Para Barquette e Chaoubah (2007) o teste do questionário (pré-teste do questionário) é útil para identificar problemas no entendimento do texto das perguntas, nas opções de resposta, no esquema de saltos de questão ou no *layout* do impresso. Também auxilia a construção de opções para respostas fechadas.

Leal (2004) realizou um pré-teste do seu questionário com seis médicos que atuavam na cidade de São Paulo. Partindo-se do princípio de que até mesmo o melhor questionário pode ser aperfeiçoado pelo pré-teste (MALHOTRA, 2006), Gomes, Resende e Oliveira (2008) realizaram um pré-teste com o mesmo questionário utilizado por Leal (2004) junto a 20 médicos atuantes no estado de Minas Gerais.

Segundo Malhotra:

Um questionário não deve ser usado em uma pesquisa de campo sem um pré-teste adequado. Este deve ser abrangente; todos os aspectos do questionário devem ser testados, inclusive o conteúdo da pergunta, o enunciado, a sequência, o formato e o layout, dificuldade da pergunta e instruções. Os entrevistados do pré-teste devem ser semelhantes aos entrevistados da pesquisa real em termos de características fundamentais, familiaridade com o assunto e atitudes e comportamento de interesse. Em outras palavras, os entrevistados do pré-teste e da pesquisa real devem ser extraídos da mesma população. (MALHOTRA, 2006, p. 308).

Assim, para a realização do pré-teste do questionário utilizado na presente pesquisa foram selecionados 10 médicos, de acordo com a facilidade de acesso do

pesquisador aos mesmos, das seguintes especialidades: um cardiologista, um oftalmologista, um otorrinolaringologista, um nefrologista, um urologista, um gastroenterologista, dois ginecologistas e dois anestesistas (residentes na cidade de Sobral e em Fortaleza).

Para o desenvolvimento do pré-teste seguiram-se as recomendações de Malhotra (2006) de que a análise protocolar e o interrogatório são dois processos comumente utilizados no pré-teste.

Assim, mediante uma análise protocolar, na qual foi pedido aos entrevistados que “pensassem em voz alta” ao responderem o questionário, foi possível observar suas reações e atitudes no momento de suas respostas. Logo após o preenchimento, os médicos participantes foram informados de que aquele questionário se tratava de um pré-teste e sobre o objetivo daquela entrevista. Após, foram interrogados a respeito das suas principais dificuldades para responder o questionário, observando-se se ajustes deveriam ser feitos para garantir a segurança do instrumento e a comodidade em respondê-lo.

Tais entrevistas foram realizadas no período de 21 a 30 de novembro de 2011, nas cidades de Sobral e Fortaleza, em horário e local estabelecidos pelos entrevistados. Durante a entrevista, constatou-se que os médicos não tiveram maiores dificuldades para responder às assertivas e que não havia necessidade de se proceder a alterações no questionário.

Além da sua aplicação presencial, o instrumento foi também testado previamente, dessa feita por meio eletrônico, com outros cinco médicos. O fato de serem prontamente preenchidos, sem que os respondentes apresentassem dúvidas quanto às perguntas ou à forma de preenchimento, habilitou o instrumento a ser disponibilizado, via correio eletrônico, em uma página na *Internet* criada especificamente com esse fim.

3.7 Tratamento dos dados

De posse dos questionários preenchidos e validados, fez-se necessário tratar os dados visando buscar informações que confirmassem as hipóteses levantadas neste estudo. Dessa forma, para o tratamento dos dados desta pesquisa optou-se pela utilização tanto da estatística descritiva quanto da estatística inferencial.

O método descritivo tem como função coletar, organizar e descrever os dados. Em outras palavras, tem como objetivo proporcionar informações sumarizadas dos dados presentes no total de elementos da amostra (MATTAR, 1999). Para isso, se utiliza especificamente a distribuição de frequência na contagem do número de respostas associadas a diferentes valores de cada variável, de modo a conhecer o perfil dos respondentes.

Já o método inferencial diz respeito a como se podem assumir conclusões para toda uma população a partir das medições e da análise de apenas parte dela, de forma que o risco de se realizarem conclusões incorretas possa ser medido (MATTAR, 2006).

Segundo Malhotra (2006), para a análise inferencial dos dados, a técnica de análise discriminante é um método bastante adequado, principalmente em casos nos quais há uma variável dependente (a lealdade do cliente médico) e múltiplas variáveis independentes (as práticas do marketing de relacionamento realizadas pelas empresas farmacêuticas).

Pizzinatto e Farah (2012) concordam ao dizer que a análise discriminante (AD) é um método muito usado em marketing para análise de possíveis diferenças e tendências entre as amostras, além da classificação dos casos em grupo.

Essa técnica estatística encontra aplicação nos casos de pesquisa em todos os campos da ciência. O problema típico que ela ajuda a elucidar é saber quais características - variáveis do marketing de relacionamento utilizadas pela indústria farmacêutica - identificam melhor a pertinência de um respondente - cliente médico - a um grupo predeterminado - médicos leais ao laboratório (VIRGILLITO et al., 2010).

Segundo Leal (2004), existem ainda outros métodos possíveis de serem utilizados em tais situações, como a análise de variância e a análise de regressão, porém foram desconsiderados por não se adequarem à natureza das variáveis do problema de pesquisa, como se pode visualizar no Quadro 8, a seguir.

Quadro 8 - Semelhanças e diferenças entre os métodos possíveis de análise de dados - Análise da variância (Anova), Regressão e Análise discriminante

	Análise da variância (Anova)	Regressão	Análise discriminante
Variáveis dependentes	Uma	Uma	Uma
Variáveis independentes	Múltipla	Múltipla	Múltipla
Natureza da variável dependente	Métrica	Métrica	Catagórica
Natureza da variável independente	Catagórica	Métrica	Métrica

Fonte: Malhotra (2006)

A natureza catagórica das variáveis dependentes deste trabalho - lealdade ou não lealdade do médico à empresa farmacêutica - e a métrica das variáveis independentes - ações de marketing de relacionamento utilizadas pela empresa farmacêutica para predispor o médico a prescrever os medicamentos do laboratório - foram determinantes para a escolha da análise discriminante, entre os outros métodos possíveis.

4 ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Este capítulo está dividido em dois blocos distintos, descrição dos respondentes e análise inferencial dos dados.

O primeiro corresponde à descrição dos dados obtidos, especificando os respondentes e apresentando uma visão geral de quem participou da pesquisa. Mediante a padronização e a codificação das respostas (tabulação) busca-se, de maneira ordenada, dispor os resultados numéricos para facilitar a leitura e a análise (SAMARA; BARROS, 2007).

No segundo bloco, as hipóteses foram postas à prova, com o fim de se responder ao problema da pesquisa. Para isso, as análises necessárias, em especial a discriminante, que envolve a investigação de grupos diferentes e a caracterização de suas diferenças (MATTAR, 2006), foram realizadas, utilizando-se o SPSS 12 como ferramenta auxiliar.

4.1 Descrição dos respondentes

A pesquisa contou com 202 participantes, médicos cearenses de diversas especialidades de todo o estado. Todos tiveram acesso à pesquisa através do link <<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dHU0a3ByQk93VVdSTkFSWet2NjlzVEE6MQ>>, disponibilizado via e-mail.

A grande maioria concentrou-se basicamente em seis especialidades médicas: clínica geral, ginecologia, anestesiologia, oftalmologia, gastroenterologia e psiquiatria, representando 63,7% do total dos respondentes.

No Quadro 9, a seguir, estão relacionadas as diversas especialidades médicas dos respondentes da pesquisa. Como é possível notar, elas estão elencadas de forma decrescente, de acordo com a frequência dos médicos.

Quadro 9 – Respondentes por especialidade

Especialidade	Posição	Frequência	%
CLÍNICO GERAL	1º.	51	25,25
GINECOLOGISTA	2º.	26	12,87
ANESTESISTA	3º.	14	6,93
OFTALMOLOGISTA	4º.	12	5,94
GASTROENTEROLOGISTA	5º.	11	5,44
PSIQUIATRA	6º.	11	5,44
PEDIATRA	7º.	10	4,95
ORTOPEDISTA	8º.	10	4,95
UROLOGISTA	9º.	8	3,96
OTORRINOLARIGOLOGISTA	10º.	7	3,46
CARDIOLOGISTA	11º.	7	3,46

ONCOLOGISTA	12º.	5	2,48
GERIATRIA	13º.	5	2,48
ENDOCRINOLOGISTA	14º.	4	1,99
CIRURGIÃO PLÁSTICO	15º.	4	1,99
REUMATOLOGISTA	16º.	4	1,99
NEFROLOGISTA	17º.	3	1,49
DERMATOLOGISTA	18º.	3	1,49
PNEUMOLOGISTA	19º.	2	0,99
RADIOLOGISTA	20º.	1	0,49
INFECTOLOGISTA	21º.	1	0,49
ANGIOLOGISTA	22º.	1	0,49
NEUROLOGISTA	23º.	1	0,49
COLOPROCTOLOGISTA	24º.	1	0,49
TOTAL	24	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Segundo Cesar (2005), as ações preconizadas pelos Planos de Marketing das empresas farmacêuticas são mais direcionadas para médicos com alto volume de pacientes, perfil de clientela com capacidade de compra de produtos de preços mais elevados e profissionais com alto poder de influência frente a outros médicos.

Assim, duas características dos entrevistados mostram seu potencial para as empresas farmacêuticas: o local de atendimento (se possuem ou não consultório próprio) e a forma de atendimento aos pacientes (particular, mediante convênio ou apenas pelo SUS).

Normalmente as empresas farmacêuticas tentam atingir médicos que atendem a pacientes com bom poder aquisitivo para compra dos seus medicamentos. Dessa forma, um médico que possui consultório próprio é um alvo preferencial das investidas dos propagandistas, pois tende a atender pacientes particulares ou mediante convênios médicos.

É possível constatar o potencial dos médicos participantes da pesquisa a partir da visualização dos Quadros 10 e 11, nos quais mais de 50% dos participantes possui consultório próprio e mais de 80% atende a pacientes particulares ou mediante convênio médico.

Quadro 10 – Respondentes por local de atendimento

Consultório próprio	Frequência	%
SIM	103	50,99
NÃO	99	49,01
TOTAL	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Quadro 11 – Respondentes por tipos de pacientes que atendem

Convênio / Particular	Frequência	%
SIM	164	81,19
NÃO	38	18,81
TOTAL	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Quanto à descrição do gênero, obteve-se uma amostra de 164 respondentes do sexo masculino, que corresponde a 81% da amostra total, e 38 respondentes do sexo feminino, que correspondem a 19% da amostra total, como se pode ver no Quadro 12, a seguir.

Quadro 12 – Respondentes de acordo com o gênero

Gênero	Frequência	%
Masculino	164	81
Feminino	38	19
TOTAL	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Já a faixa etária dos respondentes apresenta coerência com o perfil de médicos de maior interesse da indústria farmacêutica. Como a maioria possui consultório próprio, não se esperava encontrar uma amostra representativa de médicos com menos de 30 anos. Assim, 66,84% dos respondentes possuem entre 30 e 50 anos, como mostra o Quadro 13, a seguir.

Quadro 13 – Respondentes por faixa etária

Faixa etária	Frequência	%
Menos de 30 anos (médicos em início de carreira)	46	22,77
De 31 a 40 anos	104	51,49
De 41 a 50 anos	31	15,35
De 51 a 60 anos	12	5,94
Mais de 60 anos	9	4,45
Total	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

O fato de possuírem consultório próprio também leva a crer que a maioria conta com mais de cinco anos de formado, não estando, portanto, em início de carreira. O Quadro 14 ratifica essa ideia ao mostrar que 68,81 % dos médicos respondentes possuem entre 5 e 30 anos de formados e apenas 25,25 % são médicos com menos de 5 anos de formado.

Quadro 14 – Respondentes por tempo de formado

Tempo de formado	Frequência	%
Menos de 5 anos (médicos em início de carreira)	51	25,25
De 5 a 10 anos	51	25,25
De 11 a 20 anos	62	30,69
De 21 a 30 anos	26	12,87
Mais de 30 anos	12	5,94
Total	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Outro aspecto importante a ser observado na descrição dos dados refere-se à quantidade de representantes atendidos pelos respondentes por semana. Conforme se pode observar no Quadro 15, todos os médicos da amostra são contatados pelas empresas farmacêuticas por intermédio de representantes de vendas e a maioria, cerca de 66,82%,

atende entre 5 e 20 representantes por semana.

O Quadro 15, a seguir, representa de forma sucinta os resultados obtidos na presente pesquisa com relação ao número de representantes atendidos por semana pelos médicos entrevistados.

Quadro 15 – Respondentes pela quantidade de representantes que atendem por semana

Representantes atendidos por semana	Frequência	%
Menos de 5	66	32,67
De 5 a 10 representantes	90	44,55
De 11 a 20 representantes	45	22,27
De 21 a 30 representantes	1	0,49
Total	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Os médicos também foram classificados de acordo com a região onde trabalham, capital ou interior. Sem essa classificação, não seria possível determinar se existem grandes diferenças entre a percepção dos médicos leais residentes no interior do estado e dos médicos leais residentes na capital.

Como mostra o Quadro 16, a maioria dos respondentes (60,89%) trabalha na capital e 39,11% trabalham no interior, lembrando que os questionários foram distribuídos indiscriminadamente para médicos de todo o estado.

Quadro 16 - Respondentes por local de trabalho

Local de trabalho	Frequência	%
Capital	123	60,89
Interior	79	39,11
Total	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Quanto às empresas selecionadas pelos médicos para responder ao questionário, houve grande variação. Da lista das 15 maiores empresas atuantes no País (disponibilizada aos médicos junto com o questionário), 12 empresas foram lembradas pelo menos uma vez, correspondendo a 91,58%, e 17 médicos (8,42%) escolheram outro laboratório que não estava na lista. Como o médico só poderia escolher uma entre as opções relacionadas, incluindo o item “outro” (relativo a laboratórios não listados), e como não havia restrições quanto à escolha (exceto que deveria ser uma empresa que o visitasse frequentemente), a variação existente já era esperada.

Também importa lembrar que o fato de os médicos tomarem por base uma das empresas contidas no Quadro 17 significa dizer que o resultado da análise reflete as avaliações das ações e práticas do marketing de relacionamento realizadas por tais empresas.

Quadro 17 – Empresas selecionadas pelos respondentes

	Laboratório	Frequência	%
1º.	Aché	37	18,32
2º.	Eurofarma	67	33,17
3º.	Sanofi-Aventis	9	4,46
4º.	Astrazeneca	18	8,91
5º.	EMS	22	10,89
6º.	MERCK	7	3,46
7º.	Pfizer	11	5,44
8º.	Bayer Shering	4	1,98
9º.	Nycomed	2	0,99
10º.	Novartis	4	1,98
11º.	Hipermarcas	1	0,49
12º.	Legrand	0	0
13º.	Rambaxy	0	0
14º.	Sandoz	0	0
15º.	Teuto	3	1,49
16º.	Outro	17	8,42
	Total	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

4.2 Análise inferencial dos dados

Após a descrição das características dos respondentes da pesquisa, tem-se o momento de se colocar as hipóteses levantadas no trabalho à prova. Para se verificar se realmente as práticas de marketing de relacionamento desenvolvidas pela indústria farmacêutica atuam diretamente na conquista da lealdade do cliente médico, responsável pela prescrição medicamentosa aos pacientes, mostra-se necessário, inicialmente, dividir as observações em dois grupos distintos: o de médicos “leais” e o de “não leais” à indústria farmacêutica.

Essa classificação somente foi possível de ser feita com base nas respostas do segundo bloco do questionário, seguindo a metodologia de Griffin (1998). Assim, somente foram classificados como clientes leais os participantes que responderam de forma afirmativa às quatro assertivas do bloco mencionado. Isso significa dizer que o cliente médico só é considerado leal caso preencha os seguintes pré-requisitos: compra (prescreve) regularmente, compra (prescreve) outras linhas de produto da empresa em questão, recomenda o produto e mostra-se imune aos apelos da concorrência.

De acordo com esses critérios, dos 202 participantes, 75 (37%) foram considerados leais à indústria farmacêutica escolhida no primeiro bloco e 127 (63%) foram classificados como não leais. No Quadro 18, na sequência, apresenta-se a frequência dos médicos “leais” e “não leais” à indústria farmacêutica participantes da pesquisa.

Quadro 18– Classificação dos clientes quanto à lealdade

Lealdade	Frequência	%
Leal	75	37
Não leal	127	63
Total	202	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Os dados levantados no terceiro bloco do questionário (relacionado às variáveis de marketing de relacionamento utilizadas pela indústria farmacêutica em busca da lealdade dos clientes médicos) foram tratados mediante uma distribuição de frequência da ocorrência. Visando a uma melhor compreensão, as respostas serão expostas em dois quadros distintos: médicos “leais” e “não leais” à indústria farmacêutica.

O cruzamento das informações contidas nos quadros será necessário para determinar as diferenças na percepção dos médicos leais e não leais quanto às ações do marketing de relacionamento exercidas pela indústria farmacêutica e as mais importantes para os dois grupos.

A seguir, o Quadro 19 reúne os resultados alcançados no grupo de médicos considerados leais.

Quadro 19 – Avaliação dos médicos classificados como leais

Avaliação dos médicos leais							
Variáveis	(DT)	(DM)	(DP)	(CP)	(CM)	(CT)	Total
Conhecimento do cliente	1%	4%	21%	28%	27%	19%	75
Atendimento do cliente	4%	3%	13%	37%	31%	12%	75
Frequência da visita	1%	3%	9%	17%	28%	42%	75
Informações científicas	1%	1%	13%	39%	35%	11%	75
Ajuda financeira	32%	6%	17%	24%	15%	6%	75
Amostras grátis	16%	6%	13%	16%	21%	28%	75
Relacionamento do vendedor	1%	0%	1%	5%	38%	55%	75
Conhecimento do vendedor	0%	1%	5%	24%	47%	23%	75
Habilidade de comunicação	0%	1%	3%	20%	44%	32%	75
Respeito ao tempo do médico	12%	4%	14%	23%	19%	28%	75
(DT) Discordo total (DM) Discordo muito (DP) Discordo pouco			(CP) Concordo pouco (CM) Concordo muito (CT) Concordo totalmente				

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Analisando-se o referido quadro, nota-se uma preferência maior por parte desse grupo pelas assertivas que revelam concordância, parcial ou total, em relação à maioria das variáveis. Entre as assertivas mais bem avaliadas estão as relacionadas às variáveis relacionamento com o vendedor (55% concordam totalmente e 38% concordam muito), frequência das visitas (42% concordam totalmente e 28% concordam muito) e habilidade de comunicação do vendedor (32% concordam totalmente e 44% concordam muito).

Apesar da incidência pequena de respostas que demonstram discordância dos médicos leais em relação às práticas de marketing de relacionamento dos laboratórios, três itens chamam atenção, pelo valor percentual de discordância total bem elevado. São os casos da ajuda financeira (32%), das amostras grátis (16%) e do respeito ao tempo médico (12%).

O outro grupo de médicos, classificado como não leais, respondeu ao questionário conforme apresentado no Quadro 20. Este quadro mostra uma distribuição de frequência das assertivas diferente da apresentada no grupo dos médicos leais, como se visualiza a seguir.

Quadro 20 – Avaliação dos médicos classificados como não leais

Avaliação dos médicos não-leais							
Variáveis	(DT)	(DM)	(DP)	(CP)	(CM)	(CT)	Total
Conhecimento do cliente	13%	4%	13%	34%	28%	8%	127
Atendimento do cliente	12%	6%	17%	35%	21%	9%	127
Frequência da visita	13%	7%	8%	10%	25%	37%	127
Informações científicas	6%	9%	13%	45%	15%	12%	127
Ajuda financeira	44%	12%	19%	16%	5%	4%	127
Amostras grátis	20%	9%	9%	20%	15%	27%	127
Relacionamento do vendedor	0%	1%	0%	11%	41%	47%	127
Conhecimento do vendedor	0%	0%	6%	28%	41%	25%	127
Habilidade de comunicação	1%	0%	2%	23%	46%	28%	127
Respeito ao tempo do médico	20%	9%	16%	11%	18%	26%	127
(DT) Discordo total (DM) Discordo muito (DP) Discordo pouco			(CP) Concordo pouco (CM) Concordo muito (CT) Concordo totalmente				

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Como mencionado, a comparação do Quadro 19 (médicos “leais”) com o Quadro 20 (médicos “não leais”) permite evidenciar uma distribuição de frequência das assertivas diferente entre os grupos, em alguns aspectos. Percebe-se uma incidência maior de respostas que revelam discordância, total ou parcial, em relação à maior parte das variáveis. Assim, os médicos considerados não leais parecem avaliar mais desfavoravelmente as práticas do marketing de relacionamento que aqueles classificados como leais.

As variáveis ajuda financeira (44%), amostras grátis (20%) e respeito ao tempo dos médicos (20%) também são apresentadas como as variáveis com maior incidência de respostas que revelam discordância por parte dos respondentes, seguidas das variáveis conhecimento do cliente (13%), frequência das visitas (13%) e atendimento ao cliente com (12%). Tais dados evidenciam a valorização atribuída pelo médico cearense às visitas realizadas pelos propagandistas, ao atendimento de qualidade e aos benefícios e serviços oferecidos (amostras grátis e ajuda financeira) como incentivos à manutenção e ao desenvolvimento de um bom relacionamento com a indústria farmacêutica.

Apesar de a análise de frequência resumir os dados, permitindo uma visão geral dos resultados da pesquisa, interpretá-los com base apenas na contagem de ocorrências seria

uma estratégia de análise reduzida ao comportamento das modas – categoria de maior ocorrência (PEREIRA, 2001). Nesse sentido, sugere-se o cálculo da média das variáveis, o que trará uma transparência maior para as suas medidas.

Adotando-se o método de Pereira (2001) para efetuar o cálculo da média das variáveis há que se considerar que os intervalos entre as categorias são regulares, ou seja, que a distância entre “concordo pouco” e “concordo muito” é exatamente igual à distância entre “concordo muito” e “concordo totalmente”, o que permite que cada resposta possa ser codificada com um valor numérico entre 1 e 6, como mostra o Quadro 21, na continuidade.

Quadro 21 – Codificação numérica das respostas do questionário

Resposta	Código (valor numérico)
Discordo totalmente	0,1
Discordo muito	0,2
Discordo pouco	0,3
Concordo pouco	0,4
Concordo muito	0,5
Concordo totalmente	0,6

Fonte: Pereira (2001).

Com a codificação numérica das respostas (medidas no intervalo de 1 a 6, e considerando-se um intervalo regular entre elas) foi possível calcular a média de cada variável, o que permitiu uma melhor interpretação dos dados. Esse procedimento diferenciou categorias próximas, como “discordo totalmente” e “discordo pouco”, que poderiam dar uma impressão falsa de mesma contribuição e desfavorecer a avaliação por parte dos médicos.

A fórmula seguinte foi utilizada para calcular (considerando o peso de cada categoria previamente codificada) a média das variáveis obtidas nos grupos de médicos, leais e não leais.

$$\text{Média} = \frac{[\text{frequência (DT)} \times \text{peso (0,1)} + \dots + \text{frequência (CT)} \times \text{peso}]}{\text{Frequência total}}$$

No Quadro 22, os valores das médias estão relacionados seguindo a ordem decrescente das diferenças das médias entre os grupos de médicos considerados “leais” e os considerados “não leais”.

Quadro 22 – Média das variáveis e diferença da média entre os grupos

Variáveis	Média dos médicos		Diferença	Alpha de Cronbach
	“leais”	“Não leais”		
Frequência da visita	5,07	4,33	0,74	0,615
Amostras grátis	4,30	3,72	0,58	
Ajuda financeira	2,89	2,32	0,57	
Informações científicas	4,35	3,96	0,39	
Relacionamento do vendedor	5,49	5,28	0,21	
Respeito ao tempo do médico	4,06	3,92	0,14	
Habilidade de comunicação	5,01	4,97	0,04	
Conhecimento do vendedor	4,82	4,81	0,01	
Atendimento do cliente	3,88	3,96	- 0,08	
Conhecimento do cliente	3,93	4,08	- 0,15	
Média geral	4,38	4,14	0,24	

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Apesar de as maiores médias estarem relacionadas às assertivas “relacionamento do vendedor”, “frequência das visitas”, “habilidade de comunicação” e “conhecimento do vendedor”, observa-se que as variáveis que apresentaram as maiores diferenças entre as médias foram: frequência das visitas, amostras grátis, ajuda financeira e informações científicas. Isso significa que apesar de os médicos (“leais” e “não leais”) avaliarem favoravelmente os aspectos relacionados à atuação dos vendedores, as variáveis que representam maiores diferenças entre os grupos estão relacionada aos benefícios e serviços oferecidos (amostras grátis, ajuda financeira e informações científicas).

Segundo Pereira (2001) é possível reduzir a dimensionalidade das variáveis quando existe uma relação coerente entre elas. Medidas coerentes são aquelas que, embora o abordem sob um aspecto específico, mantêm alguma relação entre si, já que mensuram o mesmo objeto, podendo essa consistência ser medida mediante um indicador de confiabilidade. Assim, como existe relação coerente entre as variáveis avaliadas pelo *alfa de Cronbach*, um indicador de confiabilidade, é possível reduzir as variáveis a uma única dimensionalidade que represente a média em cada um dos grupos de médicos.

Por meio do cálculo e da análise das médias gerais de cada grupo, expostas no Quadro 22, é possível sugerir que provavelmente o conjunto das práticas de marketing de relacionamento esteja contribuindo para a diferenciação entre os médicos leais e não leais no estado do Ceará e que as variáveis com maiores diferenças sejam as mais representativas.

No entanto, a análise de distribuição de frequências das respostas e das médias dos grupos não é suficiente para testar a hipótese de que as ações de marketing de

relacionamento desenvolvidas pela indústria farmacêutica exercem influência sobre o comportamento de lealdade dos médicos cearenses.

Para isso, é necessário confirmar se a diferença entre a avaliação dos dois grupos foi significativa e quais variáveis contribuíram mais para essa diferença, considerando-se todas as variáveis numa perspectiva multivariada (LEAL, 2004). Decidiu-se, então, utilizar a análise discriminante como técnica estatística para a análise inferencial dos dados, a fim de colocar à prova as hipóteses da pesquisa.

Para que se possa usar a análise discriminante, as variáveis independentes devem ser aderentes a uma distribuição normal multivariada (PIZZINATTO; FARAH, 2012). Tal premissa foi verificada por meio dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* (normalidade das variáveis), do teste de *Variance Inflation Factor* (VIF - verificação de existência de multicolinearidade) e do teste M. de Box (igualdade das matrizes de variância e covariância) e de Wilks Lambda (poder de discricionariedade do modelo).

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* é um teste do tipo aderência no qual são comparadas diretamente duas distribuições observadas (MATTAR, 2006). Nesse teste, no qual se inclui a variável “Média_Marketing” (que seria a média das pontuações das 10 variáveis de marketing avaliadas) no teste de viabilidade, percebeu-se que as variáveis não seguem distribuição normal ($p\text{-valor} < 0,05$), o que inviabiliza uma análise discriminante (Quadro 23).

Quadro 23 – Teste de normalidade das variáveis

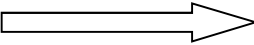
Variáveis	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	p-valor
Conhecimento do cliente	0,208	202	0,000
Atendimento do cliente	0,225	202	0,000
Frequência da visita	0,246	202	0,000
Informações científicas	0,238	202	0,000
Ajuda financeira	0,254	202	0,000
Amostras grátis	0,176	202	0,000
Relacionamento do vendedor	0,293	202	0,000
Conhecimento do vendedor	0,244	202	0,000
Habilidade de comunicação	0,252	202	0,000
Respeito ao tempo do médico	0,184	202	0,000
Média Marketing	0,066	202	0,034

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

A segunda experiência (teste de VIF) foi realizada para se verificar a existência de multicolinearidade entre as variáveis independentes (as variáveis de marketing). Multicolinearidade é a situação nas quais diversas variáveis independentes estão altamente correlacionadas entre si. A característica pode ter como resultado a dificuldade de se estimar coeficientes de regressão separados ou independentes para variáveis correlacionadas (HAIR et al., 2010).

A Figura 15, a seguir, sintetiza o que seria o *Variance Inflator Factor* (VIF), como calculá-lo e como interpretar seus resultados.

Figura 15 - Síntese da teoria de *Variance Inflator Factor* (VIF)

Identificação		VIF - <i>Variance Inflator Factor</i>
Fórmula: $VIF_k = 1 / (1 - r_k^2)$		
onde: r_k = coeficiente de correlação da variável K com as demais variáveis		
VIF - <i>Variance Inflator Factor</i>	Grau de multicolinearidade	
até 1	- não apresenta multicolinearidade	
de 1 até 10	- multicolinearidade aceitável	
acima de 10	- multicolinearidade problemática	

Fonte: Adaptado de Malhotra (2006).

Dessa forma, observa-se, no Quadro 24, que não existe multicolinearidade problemática entre as variáveis, visto que para nenhuma o VIF foi superior a 10, de modo que essa premissa se mostra adequada para a realização da análise discriminante.

Quadro 24 – Resultado dos testes de multicolinearidade

Variáveis	VIF
Conhecimento do cliente	2,537
Atendimento do cliente	2,603
Frequência da visita	1,767
Informações científicas	1,526
Ajuda financeira	1,110
Amostras grátis	1,454
Relacionamento do vendedor	1,384
Conhecimento do vendedor	2,038
Habilidade de comunicação	2,107
Respeito ao tempo do médico	1,621

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

A terceira verificação foi a da igualdade das matrizes, análise de sua variância e covariância. Nesse caso, o teste utilizado foi o M de Box, que põe à prova a hipótese nula de igualdade das matrizes de covariância e adota um nível de significância de 10% ou 0,10 para ter um grau de rigor elevado (PIZZINATTO; FARAH, 2012).

Assim, se o p-valor for maior que o nível de significância, então a igualdade das matrizes encontra sustentação. Se for menor a suposição é violada. Logo, o objetivo é não rejeitar a hipótese de que as matrizes são homogêneas. A seguir, no Quadro 25, se encontram as hipóteses a serem testadas e o resultado do teste M de Box.

Quadro 25 – Hipóteses a serem testadas e teste M de Box

Hipóteses	Box's M		133,560
H0 = Matrizes homogêneas	F	Approx	2,295
H1 = Matrizes não homogêneas		gl 1	55
		gl 2	101115,742
		P-valor	0,000

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Como é perceptível o p-valor $< 0,05$, o que significa que as matrizes de covariância são homogêneas e por isso não adequadas para uma análise discriminante.

Outra forma de se pôr à prova a hipótese nula (média da função discriminante dos dois grupos é igual) é o teste de U - λ de Wilks, que é o produto dos lambdas univariados de cada função. Segundo Malhotra (2006), o λ de Wilks, por vezes chamado também de estatística U, é, para cada predictor, a razão da soma de quadrados dentro dos grupos para a soma total de quadrados. Seu valor deve variar entre 0 e 1 e quantifica o poder discriminante do modelo e, ao contrário do que se possa pensar, quanto mais próximo seu valor estiver de 0, mais poder discriminante o modelo terá (VIRGILLITO et al., 2010).

Dessa forma, grandes valores de λ (próximo a 1) indicam que as médias dos grupos não parecem ser diferentes umas das outras, enquanto os pequenos valores de λ (próximos de 0) indicam diferenças entre as médias dos grupos.

Como se pode perceber no Quadro 26 a seguir, o poder discriminante do modelo é muito baixo, pois o valor total do λ de Wilks é muito grande (próximo a 1), 0,90107, o que leva a crer que existe pouca diferença entre as médias dos grupos de médicos leais e não leais da pesquisa, ratificando os cálculos feitos anteriormente.

Quadro 26 - Sumário da análise da função discriminante

N=202	Nº de variantes do modelo: 10 Agrupamentos – graduação: 2grps Wilk´s Lambda: 0,90107 / F aprox. (10,191) = 2,0970 / p < 0,0265					
	Wilk´s λ	λ parcial	F – remover (1,191)	Nível - p	Tolerância	1 – Toler (R-Sqr)
Conhecimento do cliente	0,901201	0,999854	0,027869	0,867593	0,397463	0,602537
Atendimento do cliente	0,901387	0,999647	0,067396	0,795446	0,387613	0,612387
Frequência da visita	0,904836	0,995838	0,798371	0,372705	0,601125	0,398875
Informações científicas	0,901863	0,999120	0,168240	0,682141	0,672605	0,327395
Ajuda financeira	0,904379	0,996340	0,701649	0,403277	0,907424	0,092577
Amostras grátis	0,923414	0,975802	4,736447	0,030757	0,722572	0,277428
Relacionamento do vendedor	0,907007	0,993453	1,258692	0,263307	0,747280	0,252720
Conhecimento do vendedor	0,901134	0,999928	0,013798	0,906615	0,481158	0,518842
Habilidade de comunicação	0,901670	0,999333	0,127415	0,721521	0,469999	0,530001
Respeito ao tempo do médico	0,905751	0,994831	0,992454	0,320404	0,618209	0,381791

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Como duas das premissas para a realização da análise discriminante não foram atendidas (normalidade das variáveis e heterogeneidade das variâncias), a atual amostra não pode ser submetida a uma análise discriminante. Segundo Pizzinato e Farah (2012, p. 70),

[...] o aspecto da não discriminação para alguns novatos nos meandros dos métodos quantitativos pode ser frustrante, mas, muito pelo contrário, a não discriminação dos dois grupos indica que se pode tratá-los da mesma forma com respeito às variáveis que representam aspectos de um problema de mercadologia.

Assim, esse fato não constitui problema, uma vez que não se pretendia identificar a função discriminante com maior poder preditivo, mas, sim, uma função que incluísse todas as variáveis da pesquisa, para fins comparativos. Dessa feita, partiu-se para testes não paramétricos que pudessem identificar se há diferenças significantes entre os médicos quanto à concordância com as variáveis independentes (ações de marketing dos laboratórios).

Segundo Malhotra (2006), os testes não paramétricos são utilizados quando as variáveis independentes são de natureza não paramétrica. Assim como nos casos dos testes paramétricos, há testes não paramétricos para se estudar variáveis extraídas de uma amostra, de duas amostras independentes ou de duas amostras relacionadas.

Como as variáveis da pesquisa não seguem uma distribuição normal, optou-se por um teste de comparação de médias não paramétrico de *Mann-Whitney* como forma de

identificar se há diferença significativa entre os médicos quanto à concordância sobre as variáveis de marketing de relacionamento desenvolvidas pela indústria farmacêutica, e se essas ações influenciam realmente o comportamento leal dos médicos aos laboratórios.

Segundo Mattar (2006), o teste de *Mann-Whitney U* é utilizado em pesquisas de marketing como alternativa aos testes paramétricos. Trata-se de um dos testes não paramétricos mais poderosos, e pode ser utilizado para verificar se duas amostras aleatórias (variáveis do marketing de relacionamento) são relacionadas com uma variável ordinal (lealdade dos médicos), o que certifica a opção.

Assim, após a realização de testes de comparação de médias para identificar se alguma variável obteve média superior às demais, significando maior concordância/importância, foram realizados, também, testes de comparação de médias entre os tipos de médicos (leais e não leais) para cada um dos itens, buscando identificar, em cada item, se há diferenças significativas entre os dois tipos de médicos (Quadro 27).

Quadro 27 – Teste de comparação de médias de *Mann-Whitney* entre médicos “não leais” e “leais”

Variáveis	Média		<i>Mann-Whitney U</i>	Z	p-valor
	Não leais	Leais			
Conhecimento do cliente	4,08	3,98	4814,5	-0,313	0,754
Atendimento do cliente	3,96	3,88	4871,5	-0,170	0,865
Frequência da visita	4,33	5,07	3851,0	-2,780	0,005
Informações científicas	3,96	4,35	4148,5	-2,029	0,042
Ajuda financeira	2,32	2,89	3949,0	-2,531	0,011
Amostras grátis	3,72	4,30	3993,5	-2,361	0,018
Relacionamento do vendedor	5,28	5,49	4227,5	-1,933	0,053
Conhecimento do vendedor	4,81	4,82	4934,5	-0,010	0,992
Habilidade de comunicação	4,97	5,01	4932,0	-0,017	0,986
Respeito ao tempo do médico	3,92	4,06	4753,5	-0,462	0,644

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Ao se analisar o Quadro 27, observa-se que o nível de concordância dos médicos “leais” para as variáveis “frequência de visitas”, “informações científicas”, “ajuda financeira”, “amostra grátis” e “relacionamento com os vendedores” é estatisticamente maior em relação à concordância dos médicos “não leais” (p-valor < 0,05). Dessa forma, pode-se interpretá-las como variáveis que influenciam o comportamento de lealdade dos médicos.

Em contrapartida, no que se refere às variáveis “conhecimento do cliente”, “atendimento do cliente”, “conhecimento do vendedor”, “habilidade de comunicação” e “respeito ao tempo do médico”, a concordância dos médicos leais pode ser vista como igual à dos médicos não leais (p-valor > 0,05).

Após a realização de testes de comparação de médias para identificar se alguma das variáveis era mais significativa que as demais, foram realizados também testes de comparação de médias entre os médicos leais da capital e do interior para cada variável, buscando identificar, em cada uma delas, diferença significativa entre os médicos residentes na capital e no interior (Quadro 28).

Quadro 28 – Teste de comparação de médias de *Mann-Whitney* entre médicos leais (capital e interior)

Variáveis	Média		<i>Mann-Whitney U</i>	Z	p-valor
	Interior	Capital			
Conhecimento do cliente	3,68	4,13	712,5	-1,296	0,195
Atendimento do cliente	3,62	4,09	699,0	-1,438	0,151
Frequência da visita	5,35	4,85	638,0	-2,095	0,036
Informações científicas	4,30	4,39	780,5	-0,687	0,492
Ajuda financeira	3,11	2,72	727,0	-1,172	0,241
Amstras grátis	4,73	3,96	652,0	-1,882	0,060
Relacionamento do vendedor	5,54	5,46	834,5	-0,173	0,862
Conhecimento do vendedor	4,76	4,87	765,5	-0,846	0,397
Habilidade de comunicação	4,92	5,09	715,5	-1,337	0,181
Respeito ao tempo do médico	3,84	4,24	745,5	-0,987	0,324

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Conforme o Quadro 28, pode-se observar que, na maioria dos itens, as médias dos médicos leais da capital e do interior são estatisticamente iguais (p-valor > 0,05). Ou seja, entre as 10 variáveis existentes na pesquisa, 9 apresentam concordância igual entre os médicos leais da capital e do interior. Apenas a variável frequência de vistas (com p-valor < 0,05) possui uma concordância significativamente menor que a concordância média dos médicos leais do interior.

Essa constatação vai de encontro à hipótese dois do trabalho, a de que os médicos do interior tendem a ser mais leais à indústria farmacêutica que os médicos da capital, principalmente por não terem tanto acesso a eventos científicos e perceberem no trabalho dos propagandistas uma importante ferramenta de atualização profissional.

4.3 Comparação da atual pesquisa com pesquisas anteriores

Como foi dito, a presente pesquisa foi antecedida por outros dois trabalhos que buscavam verificar a mesma hipótese, a de que o marketing de relacionamento realizado pela indústria farmacêutica exerce, de fato, influência sobre o comportamento de lealdade do cliente médico. Nesse sentido, tentavam ainda determinar quais das variáveis independentes (variáveis de marketing) são as mais representativas para os médicos entrevistados, como forma de influenciar sua lealdade a um determinado laboratório.

A primeira pesquisa foi realizada por Leal (2004) junto aos médicos paulistanos, dividida em duas partes. Em uma pesquisa qualitativa com foco nos executivos do setor farmacêutico o autor identificou as ações, os benefícios e os serviços oferecidos pela indústria farmacêutica como forma de incentivar a lealdade dos médicos prescritores aos laboratórios. Leal (2004) conseguiu estabelecer as 10 variáveis de marketing de relacionamento mais utilizadas pela indústria farmacêutica, que foram trabalhadas com os médicos da cidade de São Paulo em uma pesquisa quantitativa, visando saber se tais variáveis influenciavam realmente o comportamento leal dos médicos aos laboratórios e verificar quais as mais importantes para esses médicos. A partir da determinação dessas variáveis, passaram a servir de base para outros estudos, que seguiram a mesma linha metodológica de Leal (2004), aplicando seu questionário em outros ambientes de pesquisa: o estudo de Gomes, Rezende e Oliveira (2008), no estado de Minas Gerais, e o presente estudo, no estado do Ceará.

Apesar de os valores encontrados nas duas pesquisas serem bastante diferentes, não coincidindo a classificação de nenhuma das 10 variáveis na mesma ordem de importância, ambas constataram que as práticas do marketing de relacionamento adotadas pela indústria farmacêutica realmente influenciam o comportamento leal dos médicos.

Tal variação pode ser explicada pelo padrão de comportamento diferenciado entre médicos paulistanos e mineiros (esses, principalmente, do interior do estado, onde foi coletada a maioria dos questionários), como se pode evidenciar no Quadro 29, na sequência.

Quadro 29 - Comparação dos resultados das pesquisas de Leal (2004) e Gomes, Rezende e Oliveira (2008)

Variáveis	Ordem de importância das variáveis	
	São Paulo (2004)	Minas Gerais (2008)
X1 - Conhecimento do cliente	3º lugar	4º lugar
X2 - Atendimento do cliente	4º lugar	6º lugar
X3 - Frequência de visitas	2º lugar	10º lugar

X4 - Informações científicas	6º lugar	2º lugar
X5 - Ajuda financeira	1º lugar	8º lugar
X6 - Amostras grátis	9º lugar	7º lugar
X7 - Relacionamento do representante	5º lugar	9º lugar
X8 - Conhecimento técnico do representante	7º lugar	5º lugar
X9 - Habilidade de comunicação	8º lugar	3º lugar
X10 - Respeito ao tempo do médico	10º lugar	1º lugar

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Percebe-se, pela classificação em estudo, que no caso de São Paulo, as variáveis mais representativas para a discriminação entre médicos “leais” e “não leais” são a ajuda financeira, a frequência das visitas e o conhecimento do cliente. Em contrapartida, as variáveis mais significativas para os médicos mineiros são o respeito ao tempo do médico, as informações científicas e a habilidade de comunicação dos representantes. Tais dados demonstram que os médicos paulistanos estão mais interessados nos benefícios e serviços ofertados pela indústria farmacêutica, enquanto os médicos mineiros dão mais valor ao conhecimento técnico repassado pelos representantes e ao respeito ao seu tempo.

Segundo Gomes, Rezende e Oliveira (2008), tamanha diferença pode ser explicada pelo fato de os médicos do interior (maioria da amostra em Minas Gerais) terem acesso menos frequente a eventos médicos, como congressos e simpósios, do que os médicos da cidade de São Paulo. Essa característica poderia explicar o maior valor atribuído às informações científicas repassadas pelos propagandistas e um percentual maior de médicos leais no estado de Minas Gerais em comparação a São Paulo.

Fazendo-se um cotejo dos resultados das pesquisas anteriores com os obtidos neste estudo, percebe-se que o padrão de comportamento dos médicos cearenses é muito diferente do apresentado pelos médicos paulistanos e mineiros, a começar pelo nível de significância atribuído às variáveis pelos grupos. Para os médicos paulistanos, apenas uma das variáveis - “respeito ao tempo do médico” - não foi considerada representativa para a discriminação dos grupos (leais e não leais). No caso mineiro, três variáveis não tiveram um nível de significância alto - frequência de visitas, ajuda financeira e relacionamento dos representantes -, enquanto em relação ao estado do Ceará, metade das variáveis não atingiram um nível de significância, a saber: “conhecimento do cliente”, “atendimento do cliente”, “conhecimento do vendedor”, “habilidade de comunicação” e “respeito ao tempo do médico”.

Outra diferença importante está relacionada à classificação dessas variáveis em ordem de importância. Assim como no trabalho mineiro (no qual as variáveis não foram

classificadas na mesma ordem das do trabalho paulistano), a presente pesquisa também demonstrou classificação diversa das outras, como é possível notar no Quadro 30, a seguir.

Quadro 30 - Comparação entre os resultados das pesquisas de Leal (2004), Gomes, Rezende e Oliveira (2008) e a presente pesquisa

Variáveis	Ordem de importância das variáveis		
	São Paulo (2004)	Minas Gerais (2008)	Ceará (2012)
Pesquisas			
X1 - Conhecimento do cliente	3º lugar	4º lugar	7º lugar
X2 - Atendimento do cliente	4º lugar	6º lugar	8º lugar
X3 - Frequência de visitas	2º lugar	10º lugar	1º lugar
X4 - Informações científicas	6º lugar	2º lugar	4º lugar
X5 - Ajuda financeira	1º lugar	8º lugar	2º lugar
X6 - Amostras grátis	9º lugar	7º lugar	3º lugar
X7 - Relacionamento do representante	5º lugar	9º lugar	5º lugar
X8 - Conhecimento técnico do representante	7º lugar	5º lugar	10º lugar
X9 - Habilidade de comunicação	8º lugar	3º lugar	9º lugar
X10 - Respeito ao tempo do médico	10º lugar	1º lugar	6º lugar

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Como se pode perceber, os médicos cearenses estão mais interessados na frequência com que são visitados, na ajuda financeira dos laboratórios e nas amostras grátis como formas de ações que podem influenciá-los a permanecer leais aos produtos de um determinado laboratório. Nesse sentido mostram atribuir mais importância aos benefícios e aos serviços oferecidos que à forma de atendimento aos clientes e ao relacionamento estabelecido com os propagandistas.

Esse resultado aponta para um perfil regional diferenciado entre os clientes médicos. Assim, a indústria farmacêutica deve traçar suas estratégias de marketing de relacionamento pesquisando e considerando diferenças regionais a fim de obter maiores níveis de lealdade.

5 CONCLUSÃO

Após a análise dos dados, pode-se afirmar que o objetivo geral da pesquisa, de verificar se as práticas do marketing de relacionamento utilizadas pela indústria farmacêutica realmente influenciavam o comportamento de lealdade do cliente médico cearense, foi alcançado e o problema de pesquisa respondido.

O fato de existir diferença significativa entre as ações de marketing de relacionamento (variáveis independentes da pesquisa) rejeita a hipótese nula (de que não haveria variação significativa que pudesse distinguir os grupos de médicos) e ratifica a primeira hipótese do trabalho, a de que a prática do marketing de relacionamento pela indústria farmacêutica exerce influência sobre a conquista da lealdade dos clientes médicos cearenses.

Dessa forma, das 10 variáveis existentes na pesquisa, cinco demonstraram maior nível de concordância por parte dos médicos considerados leais. “Relacionamento com o vendedor”, “informações científicas”, “amostras grátis”, “ajuda financeira” e “frequência das visitas” foram as variáveis com avaliação mais positiva por parte dos médicos leais à indústria farmacêutica. Já as variáveis “respeito ao tempo do médico”, “conhecimento do cliente”, “atendimento do cliente”, “habilidade de comunicação” e “conhecimento do vendedor” não foram representativas quanto à diferenciação da percepção entre os médicos “leais” e “não leais”.

De modo geral, os resultados do presente estudo confirmam conceitos existentes sobre o marketing de relacionamento expostos no referencial teórico. O valor atribuído às visitas dos propagandistas por médicos “leais” mostra que a interação é uma ferramenta importante do marketing de relacionamento, que ajuda na personalização dos produtos e serviços a serem ofertados aos principais clientes. Esses, quanto mais personalizados, maior valor terão para o cliente, que verá conveniência em continuar se relacionando com a empresa (PEPPERS; ROGERS, 2004).

Kotler e Armstrong (2007) concordam, e lembram que o conhecimento adquirido sobre os clientes ao longo do tempo é importante para o desenvolvimento de uma relação única, o que torna a infidelidade um comportamento inconveniente.

Por intermédio dos dados apurados nesta pesquisa, evidenciou-se que os médicos classificados como leais são visitados com maior frequência pelas empresas que selecionaram ao responder o questionário, o que já era percebido em conversas informais com os médicos participantes da pesquisa, reforçando os conceitos que tratam desse tema.

Outro aspecto importante, considerado por médicos leais, diz respeito ao bom relacionamento mantido com os propagandistas, reflexo da utilização intensa das visitas dos propagandistas a consultórios, ambulatorios e hospitais pela indústria farmacêutica para modificar padrões de prescrição e consumo de medicamentos (WANNMACHER, 2007).

Os propagandistas são a ponta de lança da promoção farmacêutica. Segundo Molinari, Moreira e Conterno (2005), por meio da figura dos propagandistas os laboratórios tentam estreitar seu relacionamento junto aos médicos, desenvolvendo relações comerciais.

O duplo papel do propagandista sob a ótica da indústria farmacêutica - de um lado a função comercial (orientada para o incremento de vendas dos produtos do laboratório) e do outro a função educativa (Barros, 1995) - foi constatado diante das variáveis relacionadas aos benefícios disponibilizados pela indústria farmacêutica (informações científicas, amostras grátis e ajuda financeira) aos clientes médicos como uma das mais lembradas.

Na função comercial dos propagandistas, a de incremento de vendas dos produtos do laboratório do qual ele está a serviço, vender os conceitos de cada produto significa utilizar todo o mix de comunicação no contato pessoal. Assim, segundo Cesar (2005), além do treinamento constante ao qual são submetidos, toda uma gama de benefícios é-lhes disponibilizada para que possam conquistar os clientes e desenvolver relações leais e vantajosas para todas as partes (indústria e clientes médicos).

A distribuição de amostras grátis, brindes, revistas ou *visual aid*, bem como o fechamento de patrocínios a organizações e eventos e o apoio à pesquisa devem ser utilizados de acordo com a percepção dos propagandistas (BUENO; RESENDE; OLIVEIRA, 2005). Pechlivanis et al. (2010, p. 182) observam que “Os brindes são uma arma. De defesa e ataque, poderosíssima. Cada um a usa a sua maneira.”, o que demonstra mais uma vez a importância do representante farmacêutico, que, diante dessa prerrogativa, torna-se um gestor de marketing da empresa para a qual trabalha.

A função educativa do propagandista acontece com a promoção dos princípios ativos do medicamento, dos seus benefícios e posologia (quantidade, técnica, intervalo e período). Afinal, uma droga só é útil na medida em que seus atributos são conhecidos (LABRIE, 2011). Para Wazana (2012), os médicos acreditam que as informações repassadas pelos propagandistas sobre os medicamentos promovidos por eles e sobre as alternativas medicamentosas são precisas, e percebem nesses representantes uma ferramenta importante para sua atualização profissional.

No entanto, percebe-se nos relatos espontâneos dos médicos (comentários sobre a pesquisa) certo descontentamento a respeito do trabalho exercido por esses profissionais, que

acham ultrapassado. As principais reclamações são sobre o desrespeito ao seu tempo e individualidade (pois os propagandistas se acham com o direito de chegar sem hora marcada e ser atendidos antes dos pacientes, e de assediar os médicos nos corredores e estacionamento dos locais de trabalho) e sobre o discurso pouco personalizado (que não agrega valor informacional aos médicos). Tais argumentos vão ao encontro do que foi dito por Carvalho e Teixeira (2002), que alertaram para o fato de muitos médicos considerarem a apresentação de detalhamento de produtos feita pelos representantes enfadonha e apenas suportável, disponibilizando cada vez menos tempo para esses profissionais.

Dessa forma, é possível perceber que as indústrias farmacêuticas atuantes no estado do Ceará não vêm concedendo a atenção necessária à identificação e à interação com os clientes, o que reflete na prestação de serviços pouco personalizada. Os canais de comunicação preferidos pelos clientes, não são respeitados, a mensagem repassada não está surtindo o efeito que deveria e as empresas não estão atentas ao *feedback* dos médicos.

A segunda hipótese do trabalho, de que médicos residentes no interior tendem a ser mais leais à indústria farmacêutica por não terem tanto acesso a eventos científicos, em comparação aos médicos residentes na capital, e por isso percebem no relacionamento com o propagandista uma ferramenta importante para manter-se atualizados, não foi confirmada.

Apesar de a análise descritiva dos dados da amostra indicar que os médicos residentes no interior do estado são mais leais do que os médicos residentes na capital, não se pode provar que o motivo seria a dependência dos mesmos das informações repassadas pelos propagandistas. Isso porque das 10 variáveis constantes no questionário, apenas uma, a “frequência das visitas”, apresentou diferenciação significativa quanto à percepção dos médicos “leais” residentes no interior e na capital.

Esse resultado pode ser explicado pelo fato de os médicos residentes em Fortaleza, apesar de terem mais acesso a eventos médicos científicos (simpósios, congressos, etc.) do que os médicos residentes no interior do estado, tal característica não seja significativa se comparado aos médicos residentes na cidade de São Paulo (um centro científico muito mais importante que Fortaleza). Além disso, o fato de a única variável significativamente diferente entre os dois grupos ser a frequência das visitas dos propagandistas revela que as ações do marketing de relacionamento da indústria farmacêutica realizadas entre médicos residentes no interior e na capital não se diferenciam, a não ser pelo fato da pouca presença dos laboratórios junto aos médicos do interior.

Essa conclusão também foi relatada pelos médicos do interior, que, em seus questionários, reclamavam da pouca presença dos propagandistas nas cidades pequenas, o que

pode estar relacionado ao seu pequeno potencial para a prescrição medicamentosa dos medicamentos produzidos pelos grandes laboratórios.

Os resultados desta pesquisa certamente contribuem para ampliar a referência acerca da teoria existente acerca do marketing de relacionamento e da conquista da lealdade dos clientes, principalmente o praticado dentro da indústria farmacêutica, sobre o qual ainda há muito que se aprender e pôr em prática.

Esses achados serão úteis na corroboração da teoria do marketing de relacionamento e da conquista da lealdade dos clientes, evidenciando que sua aplicação pode e deve ser feita no setor farmacêutico e ajudando a compreender melhor como essa prática deve ser conduzida no ambiente médico cearense.

Além disso, a comparação entre os diferentes resultados obtidos com as pesquisas anteriores reforça a utilidade da replicação (aplicação do questionário a outros contextos ou populações) de pesquisas por levantamento (*survey*), conforme defendem Bernedt e Oliveira (2005), pois a ideia de que a ciência evolui por meio de contínuas comparações é uma constante na realização de pesquisas de qualquer natureza.

5.1 Limitações do presente estudo

Antes de tudo, mostra-se oportuno ponderar que o tema ora abordado ainda constitui algo relativamente novo na literatura, o que, de alguma forma, limitou a fundamentação teórica do trabalho. Como dito antes, o termo marketing de relacionamento foi introduzido no meio acadêmico no início dos anos 1980 e só tomou projeção uma década depois. Assim, por mais que se tenha atribuído relevância à escolha de um referencial bibliográfico (livros e artigos) atualizado, existem pontos divergentes entre os autores estudados, o que faz com que se questione se o modelo utilizado na presente pesquisa é suficiente para explicar o fenômeno estudado.

Outro limite que merece destaque diz respeito ao instrumento de coleta de dados utilizado. Apesar de todos os cuidados tomados com a elaboração e a aplicação do questionário, envolvendo a preocupação de tornar sua interpretação clara e seu preenchimento rápido, com o objetivo de não tomar mais tempo do participante do que o estritamente necessário, o cuidado de testá-lo, antes de sua disponibilização aos respondentes, em um grupo menor de médicos para o melhor ajuste das questões, e de direcionar a solicitação de participação para o público-alvo interessado, minimizando a possibilidade de outras pessoas

responderem a pesquisa, não é possível garantir que o instrumento utilizado tenha sido o ideal, tampouco que não tenha ocorrido nenhuma falha em todo o processo.

O questionário já fora utilizado com sucesso em outras pesquisas e sua confiabilidade foi avaliada por meio do coeficiente *alfa* de *Cronbach*, cujos valores para as pesquisas foram de 0,818 (LEAL, 2004) e de 0,779 (GOMES; RESENDE; OLIVEIRA, 2008), bem como sua força de associação foi considerada, respectivamente, “muito boa” e “boa” (HAIR et al., 2003). Não obstante, esses indicadores não garantiram que a consistência interna do mesmo instrumento de pesquisa fosse tão boa em outro ambiente, como neste caso, no qual a presente pesquisa teve um *alfa* de *Cronbach*, apenas moderado, de 0,615, segundo a mesma escala.

Como a amostra utilizada pela pesquisa baseou-se no julgamento do pesquisador, de acordo com sua conveniência, os médicos participantes foram convidados seguindo-se apenas dois parâmetros - serem médicos residentes no estado do Ceará (capital e interior) e responderem à pesquisa mediante a utilização de um computador. Partindo-se do princípio de que essa amostra não representa a totalidade da população de médicos do estado, o estudo é limitado, por não oferecer garantias de que a amostra represente corretamente a população-alvo.

Dessa forma, cabe ressaltar que os achados não podem ser generalizados, uma vez que uma amostra se limita a um número de indivíduos escolhidos de forma não probabilística, portanto, não podem garantir também a validade externa da pesquisa. Da mesma forma que os outros estudos que utilizaram a mesma metodologia aqui empregada chegaram a resultados consistentes, o resultado da presente pesquisa surpreendeu os participantes por seu grau de discriminação muito baixo, se comparado ao das pesquisas anteriores. Tão baixo que as premissas para a realização da análise discriminante, método usado por Leal (2004) e previsto para ser utilizado nesta pesquisa, não foram possíveis, razão pela qual optou-se por um teste não paramétrico de *Man-Whitney* para análise dos dados obtidos na pesquisa.

5.2 Sugestões para pesquisas futuras

Por se tratar de um assunto de grande relevância, bastante abrangente e ainda pouco estudado, sugere-se como temas para pesquisa futura “os aspectos éticos do relacionamento entre os médicos e as empresas farmacêuticas e a atuação dos representantes farmacêuticos junto aos estudantes e profissionais de medicina como forma de fidelizá-los mesmo antes de começarem a atuar como médicos”.

Isso porque as variáveis de maior relevância estão relacionadas aos benefícios ofertados pela indústria aos médicos (informações científicas, amostras grátis e ajuda financeira) como forma de desenvolver e manter o relacionamento com os de potencial prescritivo mais elevado. Dessa forma, propõe-se aprofundar os estudos e levantar uma discussão ética e legal sobre a utilização desses meios como ferramenta de persuasão dos médicos na prescrição dos medicamentos.

Quanto ao aspecto legal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela fiscalização nessa área, não proíbe que as empresas farmacêuticas contribuam financeiramente com o aprimoramento profissional dos médicos, mediante, por exemplo, pagamento de passagens, hospedagem e inscrições em congressos nacionais ou internacionais, vedando apenas que o médico aceite essa oferta se estiver vinculada a alguma exigência de prescrição (LEAL, 2004).

No entanto, a prescrição médica não é uma simples ação técnica. É uma interação social complexa com muitos níveis de significado, o que produz discussões sobre aspectos éticos e indagações sobre se as empresas farmacêuticas não se utilizam do respaldo da lei para investirem no aprimoramento profissional dos médicos como forma de estabelecer um compromisso informal com esses profissionais em função do apoio financeiro.

Diversos autores já trataram desse tema, em sua maioria em artigos de revistas médicas científicas. Os artigos *Promotion of prescription drugs to consumers*, de Rosenthal et al. (2002), *Gifts from the pharmaceutical industry to physicians: Do they influence your prescribing?*, de Jain (2007), e *Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift*, de Wazana (2012), retratam a influência que os “presentes” da indústria farmacêutica exercem junto à prescrição médica, colaborando com a discussão dos aspectos éticos dessa relação e alertando para os riscos desse tipo de interação.

E essa interação, que começa a surgir nas faculdades, pode ser sugerida como um novo objeto de estudo na área. A experiência tem ensinado que o assédio aos médicos mais jovens, ainda não definidos nos caminhos da prescrição, compensa, já que, ao prescreverem um medicamento pela primeira vez, tendem a ser leais a ele (JAIN, 2007). Essa iniciativa faz surgir um conflito incomensuravelmente maior e mais nocivo à sociedade do que o conflito de interesses existente entre os médicos e seus pacientes: o conflito existente entre a indústria farmacêutica e as instituições de ensino da medicina, no qual não estão bem desenhados os papéis de tutores das novas gerações de médicos.

Dessa forma, outro aspecto importante a ser estudado, ainda com maior profundidade, diz respeito ao papel e à influência exercida pelos representantes farmacêuticos

junto à comunidade acadêmica de medicina, levantando-se as práticas mais utilizadas e a influência que assumem na formação dos futuros médicos. Para os que pretenderem se aprofundar sobre o assunto, aconselha-se, além dos trabalhos mencionados como ponto de partida, os seguintes estudos: “*Estructuras monopolísticas y publicidad: el sistema de desinformación farmacéutica*”, de Lobo (1979), “*La industria farmacêutica y el médico*”, de Quijano (2003), e “*The interplay of personal selling and direct marketing: an exploratory study in the pharmaceutical industry*”, de Hansen (2009).

Como a questão do relacionamento com os propagandistas foi uma das variáveis mais relevantes da pesquisa e como há indícios na literatura de que os médicos vêm disponibilizando cada vez menos tempo a esses profissionais, por considerarem sua atuação insatisfatória, um estudo qualitativo que explorasse esses aspectos poderia ser de relevante importância, por oferecer um melhor conhecimento sobre a avaliação dos médicos e sobre as necessidades de mudanças na atuação desses profissionais.

REFERÊNCIAS

AAKER, D; KUMAR, V,; DAY, G. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Tipos de medicamentos**. 2011. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/medicamentos/index.htm>. Acesso em: 12 fev. 2011.

ALBIZZATI, A. O ciclo de vida do produto farmacêutico. **Cadernos discentes Coppead**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 46-49, 2001.

ANDALLEEB, S.; TALLMAN, R. Relationship of physicians with pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical companies: an exploratory study. **Health Marketing Quarterly**, v. 13, 1996.

ANGELO, Cláudio Felizzone; GIANGRANDE, Vera. **Marketing de relacionamento no varejo**. São Paulo: Saint Paul, 2007.

ANTUNES, Joaquim; RITA, Paulo. O marketing relacional como um novo paradigma: uma análise conceptual. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v. 7, n. 2, p. 36-46, abril/junho 2008.

ARANGO, Hector Gustavo et al. Artigos Científicos da ANGRAD. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO – CNEG, 4., 2008, Niterói. **Anais...** Niterói, agosto de 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO ATACADO FARMACÊUTICO. ABIFARMA. **Medicamento do Oiapoque ao Chuí**. 2011. Disponível em: <<http://www.abafarma.com.br/artigos.asp>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. INTERFARMA. **Indicadores econômicos da indústria farmacêutica**. 2011. Disponível em: <<http://www.intefarma.org.br/>>. Acesso em: 12 out. 2011.

BARQUETTE, Stael; CHAOUBAH, Alfredo. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Saraiva, 2007.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de; LEHFELD, Nei de Aparecida de S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BARROS, José Augusto Cabral de. **Propaganda de Medicamentos: Atentado a saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995.

BASTOS, Valéria Delgado. Inovação Farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 271-296, set. 2005.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec; Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1995.

BERNEDT, Alexander; OLIVEIRA, Luciel Henrique de. A construção do saber administrativo por meio de replicagem em pesquisa por levantamento (survey). **Revista Associação Nacional de Cursos de Graduação em Administração – Angrad**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 9-26, jul./set. 2005.

BERRY, Leonard; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing**: competindo através da qualidade. São Paulo: Maltese, 1995.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001. Altera dispositivos das Leis nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. **DOU de 24.8.2001**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2190-34.htm>. Acesso em: 16 mar. 2012.

_____. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **DOU de 11.2.99**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1999. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/L9787.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

_____. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. **DOU de 24.9.76**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1976. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/L6360.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BUENO, Argentino José Braga; RESENDE, Daniel C.; OLIVEIRA, Luciel H. A indústria farmacêutica de produtos éticos e o marketing de relacionamento: um estudo de caso. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO – CONVIBRA, 5., 2005. **Anais...** Convibra, 2005.

BUTTLE, Francis; BURTON, Jamie. Does service failure influence customer loyalty? **Journal of Consumer Behaviour**, London, v. 1, iss. 3; p. 217, Feb. 2002.

CAMPOS, Humberto M.; CSILLAG, João Mário; SAMPAIO, Mauro. Uma proposta de integração na cadeia de suprimento da indústria farmacêutica. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO – SEMEAD, 5., 2001, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Faculdade de Economia e Administração - FEA, Universidade de São Paulo - USP, junho 2001.

CANONGIA, Claudia; ANTUNES, Adelaide; PEREIRA, Maria de Nazaré. Gestão da informação e monitoramento tecnológico: o mercado dos futuros genéricos. **Perspect. Cienc. Inf.**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 155-166, jul./dez. 2002.

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos. A indústria farmacêutica brasileira e a atuação do BNDES. **BNDES setorial**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 193-216, mar. 2006.

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos; PALMEIRA FILHO, Pedro Lins. A cadeia farmacêutica e a política industrial: uma proposta de inserção do BNDES. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 23-48, mar. 2004.

CARVALHO, Kleverton; TEIXEIRA, Rivanda. A influência de estratégias promocionais na adoção de novos produtos: o caso da indústria farmacêutica. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 9. jan./mar. 2002.

CESAR, Tiago. **Marketing de relacionamento e a indústria farmacêutica**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Salvador (Unifacs), Salvador, BA, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO CEARÁ. CREMEC. Título. 2011. Disponível em: <<http://www.cremec.com.br/>>. Acesso em: 10 maio 2011.

CORREIA, Gisleine Fregoneze; OLIVEIRA, Luciel Henrique de. Os novos rumos da estratégia de marketing no mercado farmacêutico. **Organizações Rurais e Industriais**, v. 10, n. 3, p. 438-454, set./dez. 2008.

DATTA, Palto Ranjan. The determinants of brand loyalty. **Journal of American Academy of Business**, Cambridge, v. 3, n. ½; p. 138, Sep. 2003.

EXAME. São Paulo: Editora Abril, 2006, no. 8. Ed. 866, São Paulo, abril, 2006.

FAGUNDES, M. J. D. et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 221-229, 2007.

FARDELONE, Lucídio Cristóvão; BRANCHI, Bruna Angela. Mudanças recentes no mercado farmacêutico. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 139-152, jan./jun. 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS. FEBRAFARMA. Título. 2005. Disponível em: <<http://www.febrafarma.com.br/divisooes.php?area=ec&secao=apresenta%C3%A7%C3%A3o&modulo=texto>>. Acesso em 14 mar. 2012.

FERREIRA, Mauro Luiz Mello. O real papel do representante no resultado das empresas. **Revista Grupemef**, n. 67, maio/jun. 2002.

FIUZA, Eduardo P. S.; LISBOA, Marcos de B. **Bens credenciais e poder de mercado**: um estudo econométrico da indústria farmacêutica brasileira. Rio de Janeiro: IPEA; FGV, 2001.

FREIRE, Paulo A.; ALMEIDA, Madalena. **Sucessos do marketing farmacêutico no século XX**. São Paulo: DPM, 2001.

FRENKEL, Jacob. **Estudos da competitividade de cadeias integradas no Brasil**: impactos das zonas de livre comércio. Campinas: Unicamp/NEIT, 2002.

FURLONG, Carla B. **Marketing para reter clientes**: crescimento organizacional através da retenção de clientes. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América latina**. Porto Alegre: L&PM, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1994.

GILBREATH, Bob. **Marketing com valor agregado**: a próxima evolução do marketing. São Paulo: M. Books, 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, v. 35, no. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GOMES, Gilsiney Salvador; REZENDE, Daniel Carvalho de; OLIVEIRA, Luciel Henrique de. O marketing de relacionamento na conquista da lealdade do cliente: um estudo comparado entre médicos mineiros e paulistanos. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 32., 2008. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

GOMIDES, José Eduardo. A definição do problema de pesquisa [*sic*] a chave para o sucesso do projeto de pesquisa. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão – Cesuc**, a. 4, n. 6, jan./jun. 2002.

GORDON, Ian H. **Marketing de relacionamento**. São Paulo: Futura, 2003.

GRIFFIN, Jill. **Como conquistar e manter o cliente fiel**: transforme seus clientes em verdadeiros parceiros. São Paulo: Futura, 1998.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing de Gerenciamento de Serviços**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

GRUPO DOS PROFISSIONAIS EXECUTIVOS DO MERCADO FARMACÊUTICO. GRUPEMEF. Título. 2012. Disponível em: <<http://www.grupemef.com.br/noticiaslista.php>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

GUMMESSON, Evert. **Marketing de relacionamento total**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

HAIR, Joseph F. et al. **Fundamentos da pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

HANSEN, Ann-Kristin. **The interplay of personal selling and direct marketing**: an exploratory study in the pharmaceutical industry. Working Paper. German: Institut für Marketing, 2009.

HASENCLEVER, Lia. O mercado de medicamentos genéricos no Brasil. In: SIMPÓSIO FRANCO-BRASILEIRO SOBRE A PROPRIEDADE INTELECTUAL NO DOMÍNIO DA SAÚDE: ASPECTOS ECONÔMICOS, JURÍDICOS E LEGISLATIVOS, 2004, Brasília. **Anais...** Brasília, jun. 2004.

IMS HEALTH. **Know What Drives Brazilian Healthcare**. 2011. Disponível em: <http://www.imshealth.com/portal/site/ims?CURRENT_LOCALE=pt_br>. Acesso em: 16 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA. IBOPE Inteligência. Título. 2012. Disponível em: <<http://www.ibopeinteligencia.com/>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

JAIN, Shaili. **Understanding Physician–Pharmaceutical Industry Interactions: a concise guide**. New York: Cambridge University Press, 2007.

JESUS, Paula Renata Camargo de. Propaganda de medicamentos no Brasil: um discurso para lá de persuasivo. **Revista Digital Comunicação & Saúde**, v. 2, n. 2, jul. 2005.

KELINGER, Fred N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: EPU/Edusp, 1980.

KLEINOWSKI, Hamilton Luis. O estudo da confiança, valor percebido e lealdade do segmento farmacêutico brasileiro. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, ano 6, p. 121-145, jan/dez. 2009.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing: a edição do novo milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

KOTLER, Philip; KARTAJAYA, Hermawan; SETIAWAN, Iwan. **Marketing 3.0: as forças que estão definindo o novo marketing centrado no ser humano**. São Paulo: Campus, 2010.

KOTLER, Phillip; SHALOWITZ, Joel; STEVENS, Robert J. **Marketing estratégico para a área da saúde**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

KOTLER, Philip; SIMON, Françoise. **A construção de biomarcas: levando a biotecnologia ao mercado global**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

LABRIE, Yanick. View point on the pharmaceutical industry's promotional spending. **Montreal Economic Institute**, p. 1-2, set. 2011.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1991.

LARÁN, Juliano Aita; ESPINOZA, Francine da Silveira. Consumidores satisfeitos, e então? Analisando a satisfação como antecedente da lealdade. **Revista de Administração Contemporânea – RAC**, v. 8, n. 2, p. 51-70, abr./jun. 2004.

LEAL, Walmon Magalhães. A prática do marketing de relacionamento na conquista da lealdade do cliente: um estudo no setor farmacêutico. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – ENAMPAD, 19., 2005, Brasília. **Anais...** Brasília, 2005.

_____. **A prática do marketing de relacionamento na conquista da lealdade do cliente: um estudo no setor farmacêutico**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2004.

LEDESMA, Rubén; IBÁÑEZ, Gabriel Molina; MORA, Pedro Valero. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado em gráficos dinâmicos. **Psico**, Universidade São Francisco (USF), v. 7, n. 2, p. 143-152, jul./dez. 2002.

LEE, P. R. et al. Drug promotion and labeling in developing countries: an update. **Journal of Clinical Epidemiology**, 44 (suppl. II), p. 49s-55s, 1991.

LERER, L. Medicine transformed: implications for medical marketing. **Journal of Medical Marketing**, v. 5, n. 2, p. 167-171, Apr. 2005.

LEVITT, Theodore. **A imaginação do marketing**. São Paulo: Atlas, 1990.

LIMA, João Policarpo R.; CAVALCANTE FILHO, Paulo Fernando. Indústria farmacêutica: a evolução recente no Brasil e o caso de Pernambuco. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos - ABER**, v. 1, n. 1, maio/out. 2007.

LINDGREEN, Adan; ANTIOCO Michael. **Costumer relationship management: one european bank's experience**. Departament of marketing – Catholic University of Louvain, Louvain-la-neuve – Belgium, 2010.

LOBO, Felix. La publicidad farmacêutica em España. **Revista de Sociologia**, Universidade de Oviedo, n. 14, 1980.

_____. Estruturas monopolísticas y publicidad: el sistema de desinformación farmacêutica. **Revista Española de Invertigaciones Sociológicas – REIS**, n. 5, p. 81-117, 1979.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MADRUGA, Roberto. **Guia de implementação de marketing de relacionamento e CRM: o que e como todas as empresas brasileiras devem fazer para conquistar, reter e encantar seus clientes**. São Paulo: Atlas, 2010.

MAGALHÃES, Luís Carlos et al. **Estratégias empresariais de crescimento na indústria farmacêutica brasileira: investimentos, fusões e aquisições, 1988-2002**. Brasília: Ipea, nov. 2003 (Texto para discussão 995).

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2010.

MAROCO, João; GARCIA-MARQUES, Teresa. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n.1, p. 65-90, 2006.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing**: execução e análise. V. 2. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Pesquisa de marketing**: metodologia e planejamento. V. 1. São Paulo: Atlas, 1999.

MCKENNA, Regis. **Marketing de relacionamento**: estratégias bem sucedidas para a era do cliente. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

MINADEO, Roberto. **Marketing para serviços de saúde**: um guia indispensável para gestores das áreas médicas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOLINARI, Giovani José Dal Poggetto; MOREIRA, Paulo Celso dos Santos; CONTERNO, Lucieni de Oliveira. A influência das estratégias promocionais das indústrias farmacêuticas sobre o receituário médico na faculdade de medicina de Marília: uma visão ética. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2005.

MOORI, Roberto Giro; LEAL, Walmon Magalhães; LELIS, Eliacy Cavalcanti. Marketing de relacionamento no setor farmacêutico: uma análise exploratória. **ReFAE – Revista da Faculdade de Administração e Economia**, v. 3, n. 1, p. 17-47, 2011.

OLIVEIRA, Sérgio Ricardo Góes. Cinco décadas de marketing. **GV Executivo, São Paulo**, v. 3, n. 3, p. 37-43, ago./out. 2004.

OLIVEIRA, Sidney Lima de; OLIVEIRA, Jasmária Lima Ribeiro de. O poder da indústria farmacêutica em compensar e ser referência. In: SEMINÁRIO EM ADMINISTRAÇÃO – SEMEAD, 7., 2004, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA; USP, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. **Criterios éticos para la promoción de medicamentos**. Ginebra, 1988.

PALMEIRA FILHO, Pedro Lins; PAN, Simon Shi Koo. Cadeia farmacêutica no Brasil: avaliação preliminar e perspectivas. **BNDES setorial**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 3-22, set. 2003.

PARKER, R. S.; PETTIJOHN, C. E. Ethical considerations in the use of direct-to-consumer advertising and pharmaceutical promotions: the impact on pharmaceutical sales and physicians. **Jornal of Business Ethics**, Dordrecht, v. 48, n. 3, p. 279-287, Dec. 2003.

PAULA, Gilson Nunes de. Os desafios da indústria farmacêutica global e o redesenho do negócio pela Merck. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 76-87, jan./mar. 2001.

PECHLIVANIS, Marina et al. **Gifting**: como oferecer brindes, encantar clientes e fazer bons negócios. São Paulo: Elsevier; Campus, 2010.

PEPPERS, Don; ROGERS Martha. **Marketing 1 to 1**. São Paulo: Peppers and Rogers Group, 2004.

- PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- PERIN, Marcelo Gatterman et al. A pesquisa survey em artigos de marketing nos ENANPADs da década de 90. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 13., 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2000.
- PIGNARRE, Philippe. **El gran secreto de la industria farmaceutica**. Barcelona: Gedisa, 2003.
- PINHO, J. B. **Comunicação em marketing**. Campinas, SP: Papirus, 2001.
- PIZZINATTO, Nadia Kassouf; FARAH, Osvaldo Elias: **Pesquisa pura e aplicada para marketing**. São Paulo: Atlas, 2012.
- PIZZOL, Felipe Dal; SILVA, Tatiane da; SCHENKEL, Eloir Paulo. Análise das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica, distribuídas no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 85-91, jan./mar. 1998.
- PONTE, Vera Maria Rodrigues et al. **Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scorecard**: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. Fortaleza: Unifor, 2006.
- PORTER, Michel E. Towards a dynamic theory of strategy. **Strategic management journal**, v. 12, p. 95-117, Winter Issue, 1991.
- POSER, Denise von. **Marketing de relacionamento**: maior lucratividade para empresas vencedoras. São Paulo: Manole, 2010.
- QUIJANO, Manoel. La industria farmacêutica y el médico. **Revista de la Facultad de Medicina**, Universidad Nacional Autónoma de México, v. 46, n. 6, p. 216-217, nov./dez. 2003.
- RÊGO, Elba Cristina Lima. Políticas de regulação do mercado de medicamentos: a experiência internacional. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 367-400, dez. 2000.
- RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.
- ROD, Michel; ASHILL, Nicholas J.; CARRUTHERS, Janet. Pharmaceutical marketing return-on-investment: a [sic] European perspective. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, v. 1, n. 2, p. 174-189, 2007.
- ROSENBERG, Gerson. **Medicamentos genéricos no Brasil**: um estudo sobre a característica da demanda. Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ, 2011.
- ROSENTHAL, Meredith B. et al. Promotion of prescription drugs to consumer. **The New England Journal of Medicine**, v. 346, n. 7, fev. 2002.

ROZZETT, Késia; DEMO, Gisela; Desenvolvimento e validação fatorial da escala de relacionamento com clientes (ERC). **Revista de Administração de Empresas – FGV**, São Paulo, v. 50, n. 4, out./dez. 2010.

SAMARA, Beatriz Santos; BARROS, José Carlos de. **Pesquisa de marketing: conceitos e metodologia**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

SCHMITT, Bernd H. **Gestão da experiência do cliente: uma revolução no relacionamento com os consumidores**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

SHARMA, D.; LUCIER, C.; MOLLOY, R. Um novo relacionamento: a simbiose. Dossiê: O destino é a integração. **HSM Management**, n° 35, a. 6, p. 102-110, nov./dez. 2002.

SHETH, Jagdish N.; PARVATIYAR, Atul. Evolving relationship marketing into a discipline. **Jornal of Relationship Marketing**, v. 1, n. 1, 2002.

SHIMP, Terence. **A propaganda e a promoção: aspectos complementares da comunicação, integrada de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

SOUZA, C. V; MESQUITA, J. M. C. Comportamento de compra dos consumidores de medicamentos: uma avaliação no município de Belo Horizonte. In: ENCONTRO DA ANPAD, 32., 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Fábio Gomes da; ZAMBON, Marcelo Socorro. **Gestão do relacionamento com o cliente**. São Paulo: Cengage, 2012.

SILVA, Ronaldo Ferreira da; NASCIMENTO, Armando P. do. Estratégias Competitivas na Indústria Farmacêutica Brasileira: uma abordagem sobre as perspectivas e oportunidades da biotecnologia. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 27., 2007, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, 2007.

SILVA, Ronaldo Ferreira da; NASCIMENTO, Armando P do; MENDONÇA, Débora Certório. Estratégias competitivas no mercado farmacêutico brasileiro: uma abordagem sobre o setor magistral. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 13., 2006, Bauru, SP. **Anais...** Bauru, novembro de 2006.

SIRDESHMUKH, D.; SINGH, J.; SABOL, B. Consumer trust, value, and loyalty in relation exchanges. **Journal of Marketing**, v. 66, p.15-37, 2002.

SMITH, R. In search of “non-disease”. **British Medical Journal**, n. 324, p. 883-885, 2002.

STONE, Merlin; WOODCOCK, Neil. **Marketing de relacionamento**. São Paulo: Litera Mundi, 2002.

STREMERSCH, Stefan. Health and marketing: the emergence of a new Field of research. **Intern. Jornal of Research in Marketing**, n. 25, p. 228-233, 2008.

STREMERSCH, Stefan; DYCK, Walter Van. Marketing of the life sciences: a new framework and research agenda for a nascent field. **Journal of Marketing – American Marketing Association**, v. 73, p. 4-30, Jul. 2009.

TAMASHIRO, H. R. S. et al. Avaliação do nível de expectativa e de satisfação dos clientes: um estudo aplicado aos serviços de distribuição do setor farmacêutico. In: ENANPAD, 30., **Anais...** Salvador, 2006.

TERENCE, Ana Claudia Fernandes; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, ENEGEP, 26., 2006, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza, out. 2006.

TOALDO, Ana Maria Machado; LUCE, Fernando Bins. Estratégia de marketing: contribuições para a teoria em marketing. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, v. 46, n. 4, p. 25-35, out./dez. 2006.

TUCKER, Robert B. **Agregando valor ao seu negócio**. São Paulo: Makron Books, 1999.

VALENTIM, J. **Política de medicamentos genéricos: um estudo do caso brasileiro**. 2003. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2003.

VALOR ECONÔMICO, Jornal. O crescimento do mercado farmacêutico no nordeste. Disponível em <http://www.valor.com.br/> acesso 10 de janeiro de 2012

VAVRA, Terry G. **Marketing de relacionamento: como manter a fidelidade de clientes através do marketing de relacionamento**. São Paulo: Atlas, 1993.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

VIEIRA, Valter Afonso. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Revista FAE**, v. 5, n.1, p. 61-70, jan./abr. 2002.

VIRGILLITO, Salvatore Benito et al. **Pesquisa de marketing: uma abordagem quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Saraiva, 2010.

WANNMACHER, Lenita. Ética do medicamento: múltiplos cenários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados** (v. 4, n. 8, p. 1-6). Brasília, 2007. ISSN 1810-0791.

WAZANA, Ashley. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? **Journal American Medical Association – JAMA**, v. 283, n. 3, p. 373-380, 2012.

WAZANA, Ashley et al. Using the literature in developing McGill's guidelines for interactions between residents and the pharmaceutical industry. **Academic Medicine Journal**, v. 79, n. 11, p. 1033-1040, nov. 2004.

WINER, S. R. **Marketing management**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1999.

YAMASHITA, Sandra Sayuri; GOUVÊA, Maria Aparecida. Marketing de relacionamento: importância e implicações no mercado consumidor. **Revista de Administração Mackenzie – RAM**, v. 8, n. 4, p. 103-124, 2007.

ZALTMAN, Gerald. **Afinal, o que os clientes querem? O que os consumidores não contam e os concorrentes não sabem.** Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ZENONE, Luiz Claudio. **Marketing de relacionamento: tecnologia, processos e pessoas.** São Paulo: Atlas, 2010.

**APÊNDICE A - RELAÇÃO DAS 15 MAIORES EMPRESAS FARMACÊUTICAS
COM ATUAÇÃO NO BRASIL, EM ORDEM ALFABÉTICA**

Nº	Empresa
1	ACHÉ
2	ASTRAZENECA
3	BAYER SCHERING
4	SEM
5	EUROFARMA
6	HIPERMARCAS
7	LEGRAND
8	MERCK
9	NOVARTIS
10	NYCOMED
11	PFIZER
12	RANBAXY
13	SANDOZ
14	SANOFI-AVENTIS
15	TEUTO

Fonte: IMS Health (2009 apud REVISTA VALOR ECONÔMICO, 2010).

APÊNDICE B – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
 Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria
 Mestrado acadêmico e profissional
 Endereço: Av. da Universidade, 2318 – 60020-180 – Fortaleza – CE
 Fone: (85) 33667816 / 32531740
 Internet: www.ppac.ufc.br / e-mail: ppac@ufc.br

APRESENTAÇÃO

Prezado (a) Doutor (a),

O presente questionário faz parte da minha dissertação de Mestrado em Administração de Empresas na Universidade Federal do Ceará, cujo tema se refere às práticas do marketing no setor farmacêutico. Os dados coletados terão uso estritamente acadêmico.

Esta pesquisa não levará mais de 3 minutos para ser totalmente preenchida

Certo da sua colaboração, agradecemos antecipadamente sua participação.

Alfredo Saboya Dias Lopes
 Mestrando
alfredosaboya@hotmail.com

Prof. Doutor Jocildo Figueiredo Correia Neto
 Orientador
jocildo@ufc.br

BLOCO 1

1) Selecione uma empresa farmacêutica, dentre as apresentadas, que lhe visita regularmente (praticamente todos os meses): **(lista com as 15 maiores empresas do setor, expostas em ordem alfabética)**

Outra. Qual? _____

BLOCO 2

Escolha assinalando a alternativa "SIM" ou "NÃO", sua opinião correspondente a assertiva apresentada, em relação a empresa selecionada no bloco 1.

Questões	Assertiva	Escolha
2)	Essa empresa farmacêutica possui um produto que tenho prescrito todas as semanas nos últimos dois meses.	() SIM () NÃO
3)	Prescrevo normalmente não apenas esse produto, mas também outros medicamentos desse mesmo laboratório.	() SIM () NÃO
4)	Já recomendei a algum colega médico, um medicamento desse laboratório.	() SIM () NÃO
5)	Mesmo sabendo da existência de medicamentos semelhantes de outras empresas, tenho preferido continuar prescrevendo os produtos desse laboratório.	() SIM () NÃO

BLOCO 3

Manifeste seu grau de concordância ou discordância para cada assertiva apresentada, assinalando a posição correspondente a sua opinião em relação à empresa selecionada no bloco 1.

1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo pouco	Concordo pouco	Concordo muito	Concordo totalmente

Assertivas	Discordo			Concordo		
	1	2	3	4	5	6
6) Essa empresa normalmente procura conhecer quais são as minhas necessidades e preferências						
7) Essa empresa tem me atendido exatamente da forma como eu esperava						
8) Essa empresa farmacêutica me visita com uma frequência maior do que as outras						
9) Normalmente recebo dessas empresas todas as informações científicas de que preciso.						
10) Essa empresa normalmente contribui financeiramente com a atualização profissional dos médicos.						
11) Essa empresa entrega mais amostras grátis do que as outras.						
12) Os representantes desse laboratório possuem um bom relacionamento com os médicos que visitam.						
13) Os representantes dessa empresa demonstram conhecer muito bem os produtos que promovem.						
14) Os representantes dessa empresa parecem possuir boa habilidade de comunicação conseguindo estabelecer um bom diálogo profissional.						
15) Os representantes dessa empresa demonstram respeitar o tempo que os médicos dispõem para atendê-los						

BLOCO 4

Dados dos entrevistados		
16) Especialidade médica: _____		
17) Sexo	() Masculino	() Feminino
18) Idade	() < 30 anos	
	() Entre 31 e 40 anos	() Entre 41 e 50 anos
	() Entre 51 e 60 anos	() > 60 anos
19) Tempo de formado	() < 5 anos	
	() Entre 6 e 10 anos	() Entre 11 e 20 anos
	() Entre 21 e 30 anos	() > 30 anos
20) Número de pacientes que atende	() < 40 pacientes	

por semana.	<input type="checkbox"/> Entre 41 e 70 pacientes	<input type="checkbox"/> Entre 71 e 100 pacientes
	<input type="checkbox"/> Entre 101 e 130 pacientes	<input type="checkbox"/> > 130 pacientes
21) Atende pacientes de convênio e / particular	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
22) Possui consultório próprio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23) Número de representantes de empresas farmacêuticas que atende por semana.	<input type="checkbox"/> < 5 representantes	
	<input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 representantes	<input type="checkbox"/> Entre 11 e 20 representantes
	<input type="checkbox"/> Entre 21 e 30 representantes	<input type="checkbox"/> > 30 representantes
24) Local onde atende a maior parte do tempo	Cidade _____ Bairro _____	
Caso queira fazer algum comentário em relação à pesquisa, por favor, utilize o espaço abaixo:		

Para qualquer contato a respeito da presente pesquisa, disponibilizamos nossos e-mails. Mais uma vez, agradecemos sua participação.

Alfredo Saboya Dias Lopes
Mestrando
alfredosaboya@hotmail.com

Prof. Doutor Jocildo Figueiredo Correia Neto
Orientador
jocildo@ufc.br

APÊNDICE C – MODELO DO E-MAIL ENVIADO AOS MÉDICOS

Prezado (a) Doutor (a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre o setor farmacêutico como parte de uma dissertação de mestrado e gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo o questionário no site abaixo, que não levará mais de três minutos para ser preenchido

Disponibilizado em:

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHU0a3ByQk93VVdSTkFSWEt2NjIzVEE6MQ>

Esclarecemos que o interesse da pesquisa é exclusivamente acadêmico, por isso todas as informações serão utilizadas estritamente para esse fim.

Atenciosamente agradecemos sua atenção,

Alfrêdo Saboya Dias Lopes

Mestrando

alfredosaboya@hotmail.com

3224-1340

Professor Doutor Jocildo Figueiredo Correia Neto

Orientador

jocildo@ufc.br