

**Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa**



**OS ATRIBUTOS DETERMINANTES NO ACTO MÉDICO DE  
PRESCRIÇÃO**

Alexandre J. M. Ferreira da Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Marketing

Orientador:

Prof. Doutor José C. Castro Pinto, Professor Auxiliar,

ISCTE Business School

Departamento de Métodos Quantitativos

Março de 2008

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor José Castro Pinto, pela sua disponibilidade, pela sua capacidade de motivar, pela orientação e por ter me conduzido à reflexão na profundidade necessária à realização deste trabalho.

Aos Professores do Mestrado em Marketing do ISCTE por incentivarem e valorizarem o potencial criativo de seus alunos.

Aos colegas da indústria farmacêutica, Sandra, Liliana, Susana, Jorge, Paulo, Marco, Miguel e Carlos, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Pedro Joel pela importante contribuição na fase de construção do modelo de análise conjunta.

À minha filha Inês Ferreira da Silva, pelo tempo que me concedeu.

Aos meus pais, Eugénio Ferreira da Silva e Maria Roduzinda Ferreira da Silva, por todo o carinho e paciência em todos os momentos da minha vida.

À AstraZeneca, pelo apoio financeiro.

E a todos aqueles que, de maneira directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

O propósito deste trabalho é identificar e compreender a hierarquia de preferências estabelecida pela classe médica, em relação aos atributos determinantes no acto médico de prescrição.

Para a realização desta investigação foram analisados trabalhos anteriores na mesma área, servindo as evidências patenteadas pelos mesmos como base de sustentação da proposta aqui apresentada. De entre os trabalhos existentes, destacamos o de Green, Goldberg & Montemayor (1981), cuja metodologia foi agora seguida, com o intuito de avaliar o processo de tomada de decisão do médico prescritor.

A população alvo de estudo foi a classe médica, tendo servido de base à investigação empírica levada a efeito, uma amostra de cento e dois médicos que desenvolvem a sua prática clínica em Portugal .

Os resultados obtidos demonstram de forma estatisticamente significativa, que existe uma clara preocupação por parte dos médicos em privilegiar o uso dos produtos farmacêuticos com maior eficácia demonstrada. É igualmente valorizado o papel que a marca institucional desempenha como variável de credibilização do produto a prescrever.

**Palavras Chave:** atributos determinantes, acto médico de prescrição, indústria farmacêutica, eficácia, tolerabilidade, preço, marca institucional.

**Classificação do JEL:** I110, I11, M31.

## **ABSTRACT**

The purpose of this work is to identify and understand the preferential hierarchy established by the medical class related to the determinant values in the medical act of prescribing.

For the realization of this investigation we have analysed several previous works in this area, using the shown evidence as a basis for this present purpose.

Among the existing works we have highlighted the one of Green, Goldberg and Montemayor (1981), whose methodology is now followed, in order to evaluate doctor's decision process.

The medical class was the target population having used a 102 doctor's sample as a basis to this investigation who have developed their own practice in Portugal.

It is equally valuable that the institutional brand plays an important role in the product to be prescribed. The results obtained demonstrated in a significantly statistical way that there exists deep concern in giving privilege to the use of pharmaceutical products with higher demonstrated efficacy.

It likewise gives more value to the role that institutional brand has as a credibilization of the variable of the product to be prescribed.

**Key Words:** determinant variables, medical act of prescribing, pharmaceutical industry, efficacy, tolerability, price, institutional brand.

**JEL Classification:** I110, I11, M31.

**ÍNDICE****Introdução**

1. O tema da investigação .....	2
2. As fases da investigação .....	2
3. Organização da dissertação .....	3

**Capítulo I - Enquadramento, Antecedentes e Objectivos da Dissertação**

1. Contexto geral .....	6
1.1 A indústria farmacêutica .....	6
1.2 O Mercado Farmacêutico em Portugal .....	8
1.3 Análise sumária de alguns trabalhos realizados.....	13
2. Objectivos da dissertação.....	19

**Capítulo II - A População Objecto de Estudo: A Classe Médica**

1. A Classe Médica .....	22
1.1 Motivações de escolha .....	22
1.2 Caracterização sumária da classe médica em Portugal.....	23
2. Factores condicionantes da prescrição efectuada pelo médico.....	25
2.1 O Paciente .....	25
2.2 O papel do Estado como agente regulador .....	26
2.3 A crescente importância do protagonismo das farmácias.....	27
2.4 Outros intervenientes no mercado farmacêutico.....	28

**Capítulo III - Metodologia**

1. Conceptualização dos atributos determinantes a considerar.....	31
1.1 Estudo exploratório .....	31
1.2 Selecção dos atributos determinantes com maior projecção.....	32
1.3 Hierarquização dos atributos determinantes segundo a população alvo.....	33
2. O método estatístico: a análise conjunta .....	35
3. Os atributos determinantes a considerar na análise conjunta.....	38
3.1 Critérios de selecção dos atributos considerados no questionário de recolha de informação .....	38
3.1.1 Eficácia .....	39
3.1.2 Tolerabilidade .....	40
3.1.3 Preço .....	40
3.1.4 Marca institucional.....	41
3.1.5 Identificação da fiabilidade das marcas da indústria farmacêutica.....	43
3.2 Atributos excluídos do questionário de recolha de informação.....	47
4. O processo de recolha de informação .....	49
4.1 Metodologia de recolha de informação e construção do modelo .....	49

**Capítulo IV - Análise dos Resultados**

1. Caracterização sumária da amostra.....	52
2. Análise dos resultados da análise conjunta .....	54
2.1 O modelo da análise conjunta .....	54
2.2 A utilidade estimada para cada variável .....	54
2.3 A importância atribuída pela classe médica a cada variável.....	56

2.3.1 Utilidade da variável marca institucional .....	59
2.3.2 Utilidade da variável preço .....	59
2.3.3 Utilidade da variável eficácia.....	60
2.3.4 Utilidade da variável tolerabilidade .....	61
3. Validação do modelo da análise conjunta.....	62
4. Análise de <i>clusters</i> : Detecção de segmentos diferenciados .....	63
4.1 Dendograma.....	64
4.2 Identificação e diferenciação de segmentos.....	66
4.2.1 Segmento I .....	66
4.2.1 Segmento II.....	67
4.2.1 Segmento III.....	68
4.2.1 Segmento IV .....	69
5. Análise discriminante: Validação da análise de clusters .....	70
6. Caracterização dos segmentos encontrados: atributos sóciodemográficos.....	71
6.1 Especialidade .....	71
6.2 Local de trabalho.....	74
6.3 Outros atributos sóciodemográficos não significativos .....	78
6.4 Síntese conclusiva.....	78
<b>Capítulo V - Conclusões e Recomendações</b>	
1. Principais conclusões .....	81
1.1 Quanto aos objectivos definidos .....	81
1.2 Quanto ao mérito de trabalho científico.....	82
1.2.1 Contribuição.....	82
1.2.2 Relevância.....	83
1.2.3 Originalidade.....	83
1.2.4 Limitações.....	84
1.3 Perspectivas de continuidade .....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXO.....	91

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 . Quota do Mercado Farmacêutico Ambulatório vs. Hospitalar.....	8
Figura 2 . Valor Total Mercado Farmacêutico Ambulatório .....	9
Figura 3 . Concentração do Volume de Negócio por Empresa.....	10
Figura 4 . Facturação Anual Mercado Farmacêutico Ambulatório por Empresa.....	11
Figura 5. Volume de Vendas em Valor no Mercado Ambulatório por Classe Terapêutica.....	12
Figura 6 . Volume de Vendas em Unidades no Mercado Ambulatório por Classe Terapêutica.....	13
Figura 7. Principais actores da envolvente geral .....	29
Figura 8 . Ranking dos atributos condicionantes da prescrição médica .....	34
Figura 9 . Avaliação das empresas da indústria farmacêutica quanto à sua fiabilidade: elevada .....	44
Figura 10 . Avaliação das empresas da indústria farmacêutica quanto à sua fiabilidade: média.....	45
Figura 11 . Avaliação das empresas da indústria farmacêutica quanto à sua fiabilidade: baixa.....	46
Figura 12 . Distribuição percentual dos médicos por especialidade na população.....	52
Figura 13 . Distribuição percentual dos médicos por especialidade na amostra recolhida	53
Figura 14 . Dendograma .....	65

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 . Total médicos especialistas em actividade.....	23
Tabela 2 . Total médicos não especialistas em actividade.....	24
Tabela 3 . Descrição do modelo da conjoint analysis.....	54
Tabela 4 . Utilidade estimada pelo modelo para as diferentes modalidades de cada variável.....	55
Tabela 5 . Coeficientes estimados pelo modelo para as diferentes modalidades de cada variável.....	56
Tabela 6 . Representação gráfica da importância dos atributos estudados para os médicos da amostra.....	57
Tabela 7 . Importância dos atributos estudados para os médicos da amostra em valor...	57
Tabela 8 . Importância média atribuída a cada variável pelos médicos respondentes.....	58
Tabela 9 . Descrição da utilidade atribuída a cada marca institucional .....	59
Tabela 10 . Descrição da utilidade atribuída a cada nível de preço.....	60
Tabela 11 . Descrição da utilidade atribuída a cada nível de eficácia .....	61
Tabela 12 . Descrição da utilidade atribuída a cada nível da taxa de abandono da terapêutica .....	62
Tabela 13. Descrição da correlação existente entre os atributos do modelo .....	63
Tabela 14 . Descrição dos segmentos identificados para valorização dos atributos.....	66
Tabela 15 . Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento I - Eficácia .....	67
Tabela 16 . Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento II - Marca .....	68
Tabela 17 . Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento III - Tolerabilidade .....	69
Tabela 18. Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento IV – Preço .....	70
Tabela 19 . Validação da análise de clusters pela análise discriminante.....	71

Tabela 20 . Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento I.....	72
Tabela 21. Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento II.....	72
Tabela 22. Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento III .....	73
Tabela 23. Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento IV .....	73
Tabela 24. Importância do local trabalho no segmento I.....	75
Tabela 25. Importância do local trabalho no segmento II .....	76
Tabela 26. Importância do local trabalho no segmento III .....	77
Tabela 27. Importância do local trabalho no segmento IV .....	78

# **Introdução**

## **1.O tema da investigação**

A razão subjacente à escolha do produto farmacêutico a prescrever a um determinado doente, após o diagnóstico preciso da patologia que o afecta, é sem dúvida, uma das questões mais pertinentes no universo da indústria farmacêutica. No entanto, não abundam estudos académicos que versem esta temática, procurando de forma estruturada encontrar uma resposta para a questão levantada e tendo como elemento central do processo de prescrição aquele que é o autor material da mesma, isto é, o médico.

Assim, e como consequência do que foi atrás referido, o propósito desta investigação centra-se na identificação dos atributos determinantes no acto médico de prescrição e na forma como a importância destes atributos é ponderada e valorizada pelo médico, quanto ao seu grau de importância, no processo de tomada de decisão relativo à escolha do produto a prescrever.

Procuraremos ainda no decurso desta investigação identificar novas janelas de oportunidade na promoção dos produtos farmacêuticos junto da classe médica que, de alguma forma possam ir de encontro às verdadeiras necessidades do médico enquanto prescritor.

## **2. As fases da investigação**

Esta investigação engloba quatro fases principais tendo obedecido a uma programação prévia, com o apoio e supervisão do Professor Castro Pinto.

A **primeira fase** corresponde à etapa de pesquisa e análise bibliográfica, que teve como orientação fundamental encontrar uma base de referência para o presente trabalho.

Procurou-se acima de tudo sintetizar as diferentes perspectivas publicadas sobre a temática dos atributos determinantes do acto médico de prescrição e estabelecer um padrão comum de pensamento entre os seus autores.

Uma vez definidas as doutrinas vigentes, pretendeu-se evidenciar as suas limitações, a causa provável dessas limitações e lançar as bases de um processo empírico capaz de identificar os atributos determinantes da prescrição médica e o seu grau de importância para o prescritor.

Importa ainda salientar que durante esta fase não houve a preocupação de analisar de forma exaustiva todos os trabalhos publicados nesta área, mas sim de seleccionar com base em parâmetros de acessibilidade e relevância, aqueles que pelo seu conteúdo mais se aproximassem da doutrina existente em relação ao tema proposto e cujo contributo fosse dotado de alguma evidência empírica.

A **segunda fase** consistiu na definição do modelo de estudo a adoptar e na definição das características da amostra a estudar, de forma a que a mesma fosse minimamente representativa da população alvo e pudesse servir para tirar conclusões com significado estatístico.

Na **terceira fase** procedeu-se à recolha dos dados para tratamento estatístico. A fase de recolha de dados prolongou-se por dez meses, tendo sido realizados um conjunto de três questionários acessórios, com o intuito de reduzir o número de atributos a estudar no questionário principal. Este processo de recolha de dados foi levado a efeito por delegados de informação médica, de várias empresas da indústria farmacêutica.

A **quarta fase**, compreendeu o tratamento estatístico dos dados recolhidos e a sua posterior análise, cujas principais conclusões serão apresentadas neste trabalho.

### **3. Organização da dissertação**

O presente trabalho está organizado em cinco capítulos, com os quais se pretende retractor de forma objectiva as sucessivas etapas de que precederam a sua apresentação.

No **primeiro capítulo**, pretende-se fazer o enquadramento geral da indústria farmacêutica e da forma como tem sido estudado e avaliado o comportamento da

indústria e dos seus intervenientes ao longo dos últimos anos, procurando sintetizar o conteúdo de alguns trabalhos de investigação sobre o tema agora proposto.

É feita uma síntese das principais conclusões retiradas dos trabalhos publicados previamente e com base na mesma, definimos o objectivo específico da presente investigação que será alvo de comprovação empírica posterior.

No **segundo capítulo**, demonstra-se a razão subjacente à escolha da população alvo de estudo: a classe médica.

Definem-se as razões de escolha do mercado ambulatorio em detrimento do mercado hospitalar.

Procura-se não só caracterizar a classe médica, mas também a sua envolvente, atendendo essencialmente aos diversos intervenientes no mercado farmacêutico, aos seus diferentes interesses e às complexas relações que se estabelecem entre si.

No **terceiro capítulo** apresenta-se a metodologia de recolha e tratamento de informação, atendendo às especificidades da população estudada. Assim, identificam-se as razões que levaram à escolha dos atributos mais relevantes, a estratégia de recolha de informação e o modelo de análise eleito para avaliar os dados recolhidos .

O **quarto capítulo** apresenta-se o processo de tratamento dos dados recolhidos e a análise dos mesmos face aos objectivos propostos inicialmente.

No **quinto capítulo** apresentam-se as principais conclusões retiradas da presente investigação, a sua relevância e contribuição para o tema abordado, bem como as suas limitações, as quais poderão contribuir para futuras pesquisas dentro da mesma temática agora analisada.

No final e em anexo, apresenta-se o questionário utilizado.

É ainda apresentada a referência bibliográfica das obras e trabalhos mais importantes que contribuíram directamente para a elaboração da presente investigação.

# **Capítulo I**

Enquadramento,  
Antecedentes e Objectivos da  
Dissertação

## **1. Contexto geral**

A indústria farmacêutica tem registado uma evolução constante ao longo das últimas décadas, tanto a nível internacional como no contexto nacional.

Em seguida, procuraremos apresentar os aspectos mais relevantes do desenvolvimento registado.

### **1.1 A indústria farmacêutica**

A nível internacional a Indústria Farmacêutica tem registado um crescente sucesso desde o final dos anos 80, alcançando impressionantes taxas anuais de crescimento, acima dos 10 por cento, com o conseqüente crescimento dos lucros.

Este sucesso tem assentado essencialmente na Investigação e Desenvolvimento (de novos produtos), defesa agressiva das patentes e uso da mais importante ferramenta promocional, uma Força de Vendas poderosa (Moss e Schuiling 2004).

No entanto, este cenário verdadeiramente apetecível tem sofrido algumas alterações no decorrer dos últimos anos como consequência do aparecimento de uma conjuntura internacional mais reguladora e por isso mais limitativa em relação às empresas que operam no mercado de produtos farmacêuticos.

Estas alterações prendem-se com diversos factores, tais como:

- a diminuição dos valores de comparticipação assegurados pelos diversos Serviços Nacionais de Saúde;
- a crescente exigência de dados de segurança para a introdução de novos produtos e a conseqüente diminuição do prazo de retorno face ao investimento, considerando que a protecção às patentes registadas não sofreu alterações e situa-se nos vinte anos a partir do registo da nova molécula;
- o aumento dos custos associados à Investigação e Desenvolvimento de novas moléculas;

- o aparecimento dos medicamentos genéricos, sendo a sua utilização fomentada pelo aparecimento de directivas estatais nesse sentido.

Meyer e Muller (2006), identificam ainda como novos desafios da indústria farmacêutica, a dificuldade de acesso aos prescritores, a fraca lealdade por parte dos consumidores e a pressão contínua para redução de preços e a imagem negativa perante a opinião pública.

Torna-se assim evidente para as empresas que operam neste mercado, a necessidade de criar novas vantagens competitivas, nomeadamente de forma a que haja uma afirmação continuada da sua credibilidade junto de um mercado muito peculiar – a classe médica.

As empresas desta indústria centram as suas atenções na criação de *blockbusters*-produtos que registam vendas exemplares em relação ao histórico da empresa e da própria indústria, atingindo vendas anuais de 1 bilião de dólares; procuram fórmulas para torná-los maiores e acelerar o processo, mas não se preocupam em estabelecer o conceito de marca corporativa (Moss e Schuiling, 2004).

Note-se que, em 1991, os *blockbusters* contribuíram apenas com seis por cento das vendas globais, subindo esta contribuição para quarenta e cinco por cento, apenas uma década mais tarde (Moss e Schuiling, 2004).

De forma a fomentar estes volumes de facturação anual, importa ter uma percepção de toda a envolvente da indústria farmacêutica em geral e da classe médica em particular, uma vez que são os indivíduos que a constituem os principais responsáveis pelo sucesso ou pelo fracasso, de todos os produtos farmacêuticos que as empresas promovem de forma exaustiva.

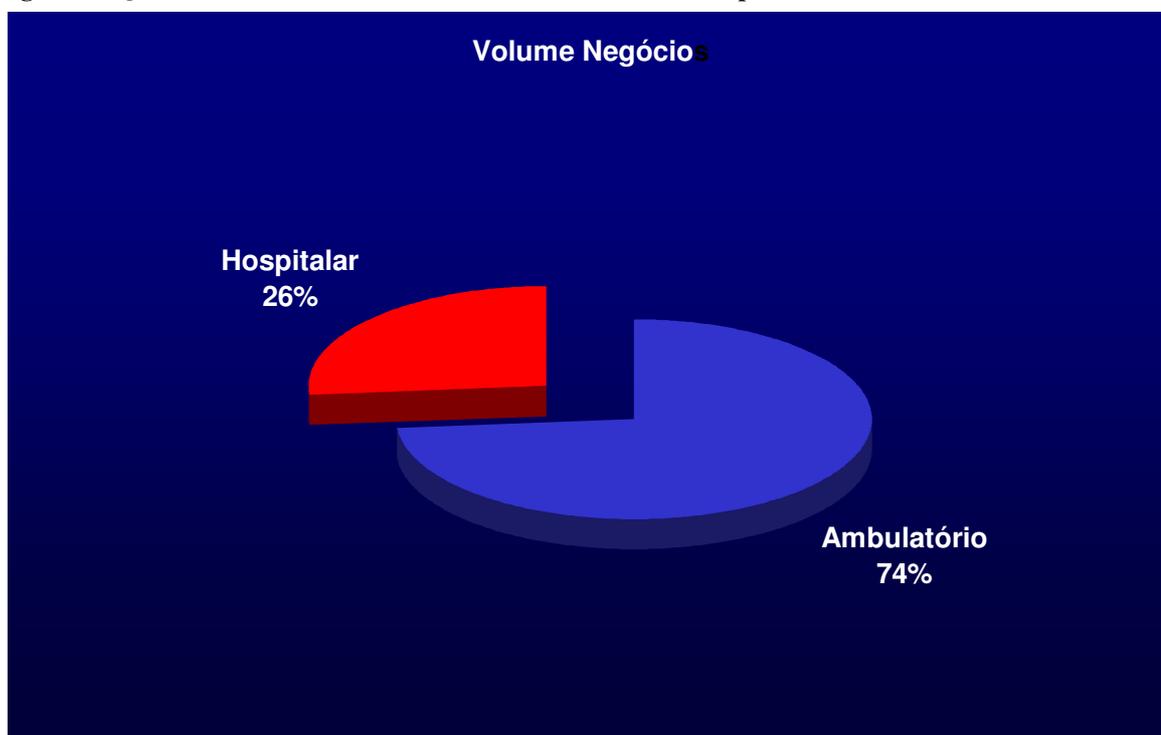
Para perceber a forma como os diversos intervenientes se relacionam entre si, analisamos de seguida e com mais pormenor, a realidade da indústria farmacêutica em Portugal.

## **1.2 O Mercado Farmacêutico em Portugal**

A nossa investigação reporta apenas ao mercado farmacêutico ambulatorio que considerando o ano de 2006 representa cerca de 74% do volume de negócios do mercado farmacêutico total, isto é, mais de 2400 milhões de euros - sendo que os restantes 26% , isto é, mais de 867 milhões de euros, são originados por vendas no mercado hospitalar, segundo dados IMS.

A nossa opção justifica-se pelo facto de, tendo ambos realidades distintas, o mercado ambulatorio ter maior dimensão e ser por isso mais representativo.

**Figura 1 . Quota do Mercado Farmacêutico Ambulatorio vs. Hospitalar**

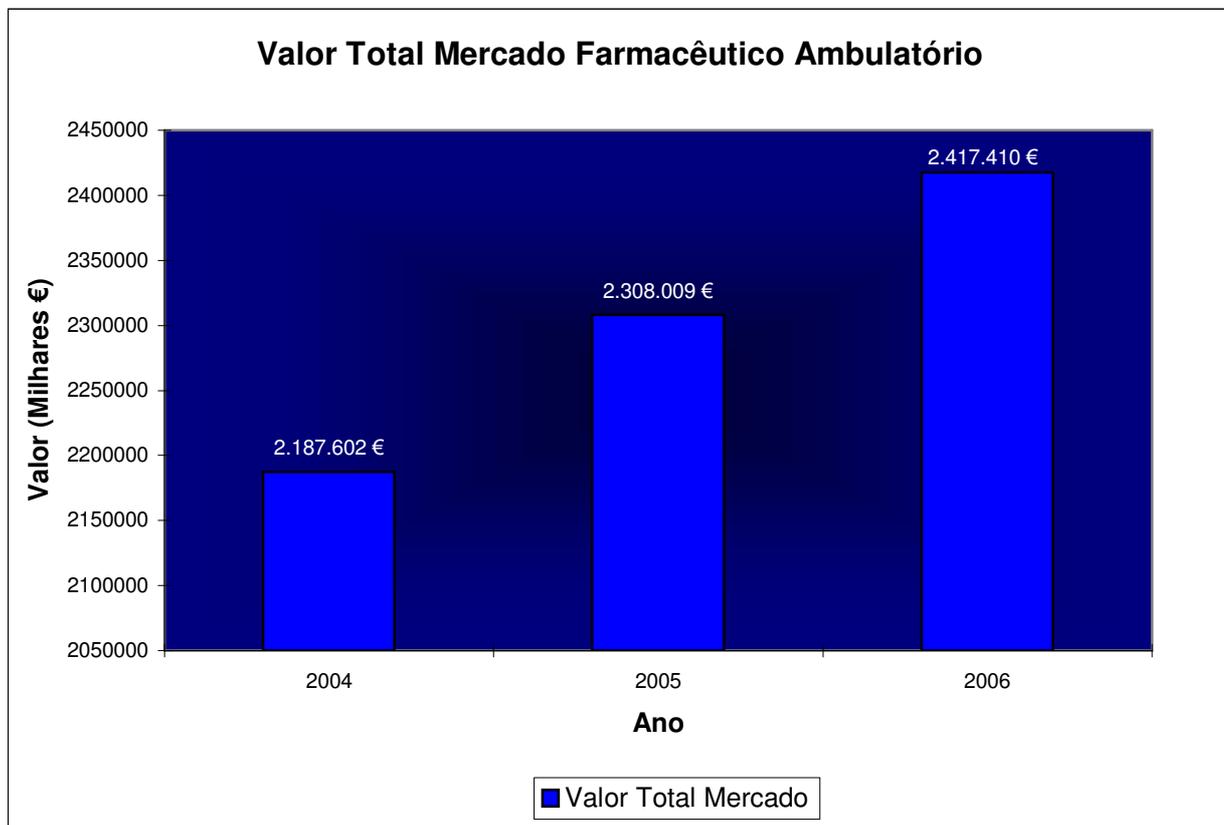


**Dados IMS Health, Setembro 2007**

Fazendo incidir o foco da nossa análise no período compreendido entre 2004 e 2006, verificamos que o mercado farmacêutico ambulatorio regista uma tendência crescente de volume de negócio neste triénio, atingindo no ano de 2006 um valor total ligeiramente acima dos dois mil e quatrocentos milhões de euros, qualquer coisa como

quatrocentos e oitenta milhões de contos, com uma taxa de crescimento face ao ano de 2005, aproximadamente igual a 4,7%.

Figura 2 . Valor Total Mercado Farmacêutico Ambulatório



Dados IMS Health, Setembro 2007

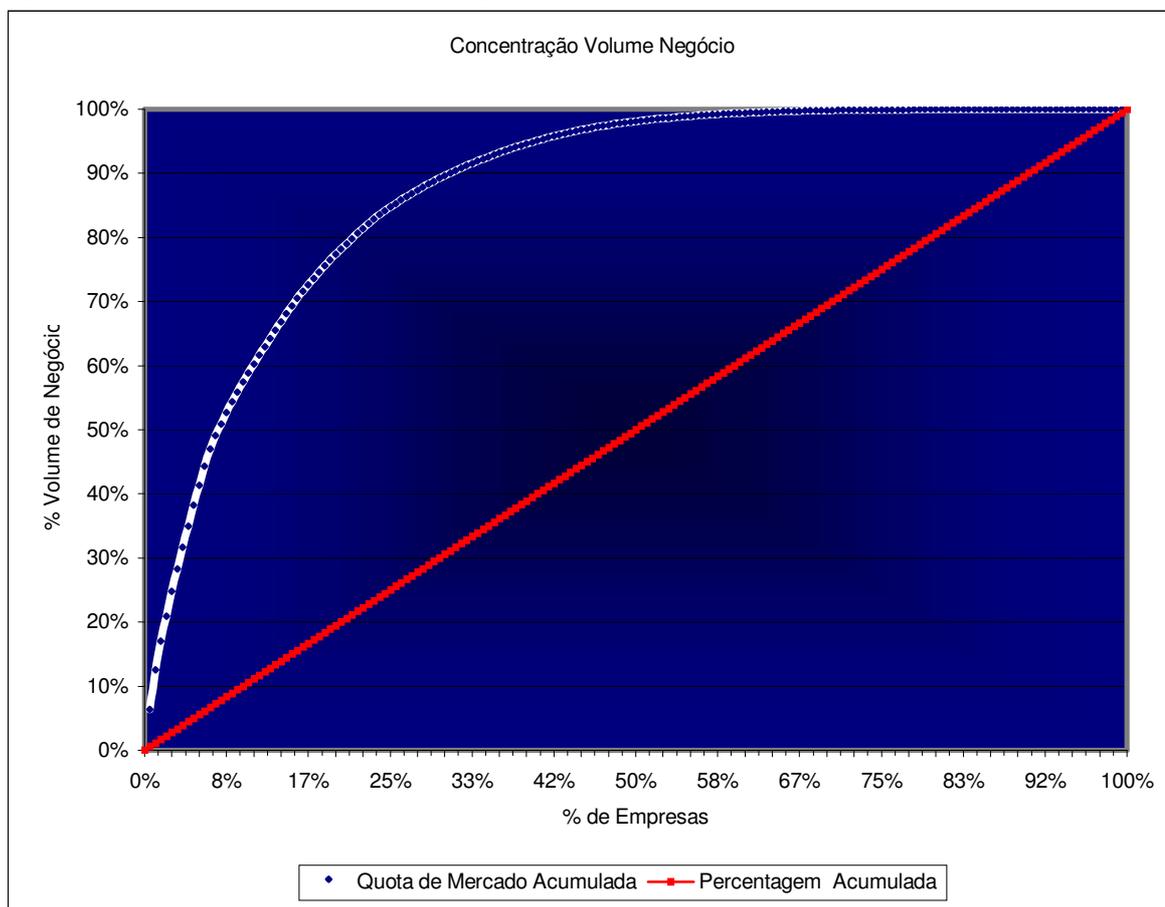
Existe neste momento um número elevado de empresas a operar no mercado farmacêutico ambulatório português, cento e oitenta das quais apresentaram resultados de exploração durante o ano de 2006, segundo dados do IMS.

Importa referir que cerca de 85% do volume de negócios do ano de 2006 esteve concentrado em apenas 25% do total de empresas em actividade e que a soma das quotas de mercado das doze primeiras empresas perfaz um total de 47% do volume de negócio total.

Um tamanho índice de concentração demonstra de forma clara que a maioria das empresas deste mercado é detentora de uma quota de mercado muito reduzida. De

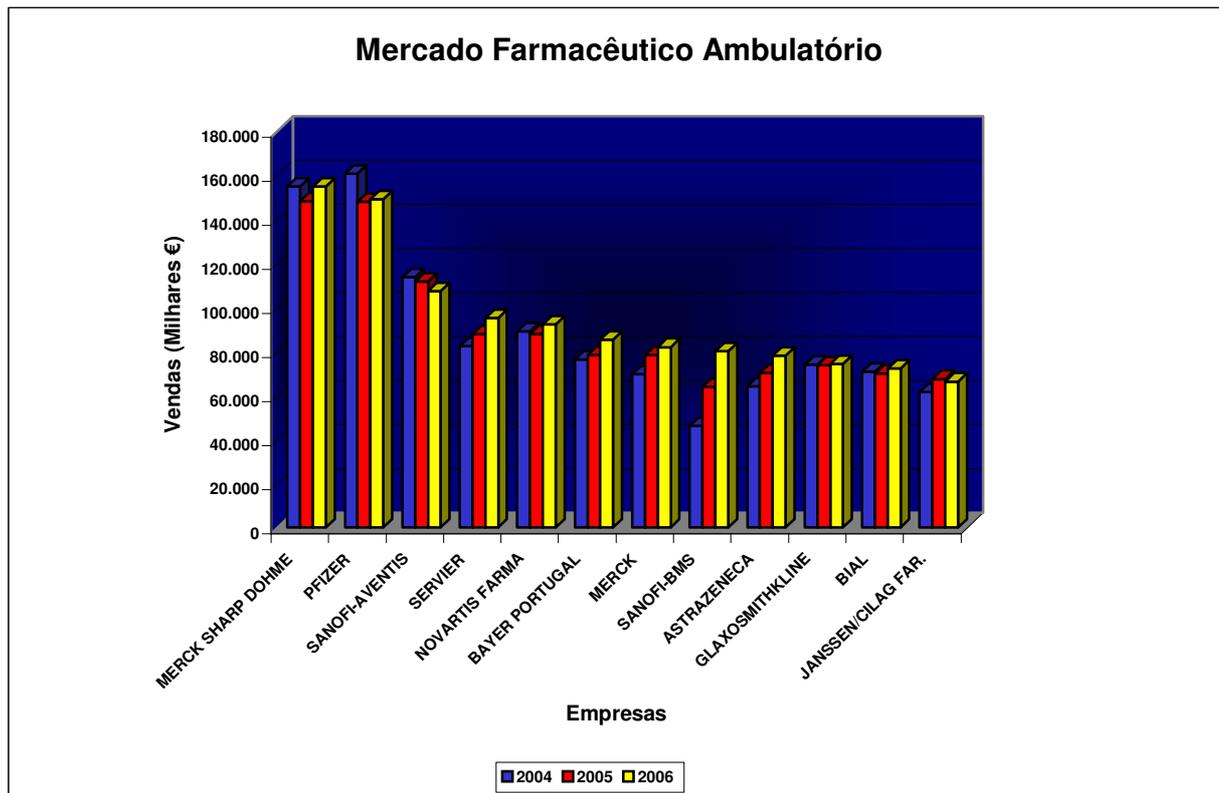
facto, das cento e oitenta empresas consideradas, apenas trinta e duas apresentaram quotas de mercado iguais ou superiores a 1%, sendo de realçar que o líder de mercado detinha no final do ano uma quota de mercado de 6,4%.

**Figura 3 . Concentração do Volume de Negócio por Empresa**



Dados IMS Health, Setembro 2007

Em Portugal, o mercado da indústria farmacêutica é, como acontece em muitos outros sectores da actividade económica, claramente influenciado pelas alterações registadas no mercado internacional quer em termos de inovação, quer em termos de crescimento, não fosse o mercado português claramente dominado pelas empresas farmacêuticas multinacionais, como podemos observar no gráfico a seguir, onde se apresentam os valores de facturação no mercado farmacêutico ambulatório português:

**Figura 4 . Facturação Anual Mercado Farmacêutico Ambulatório por Empresa**

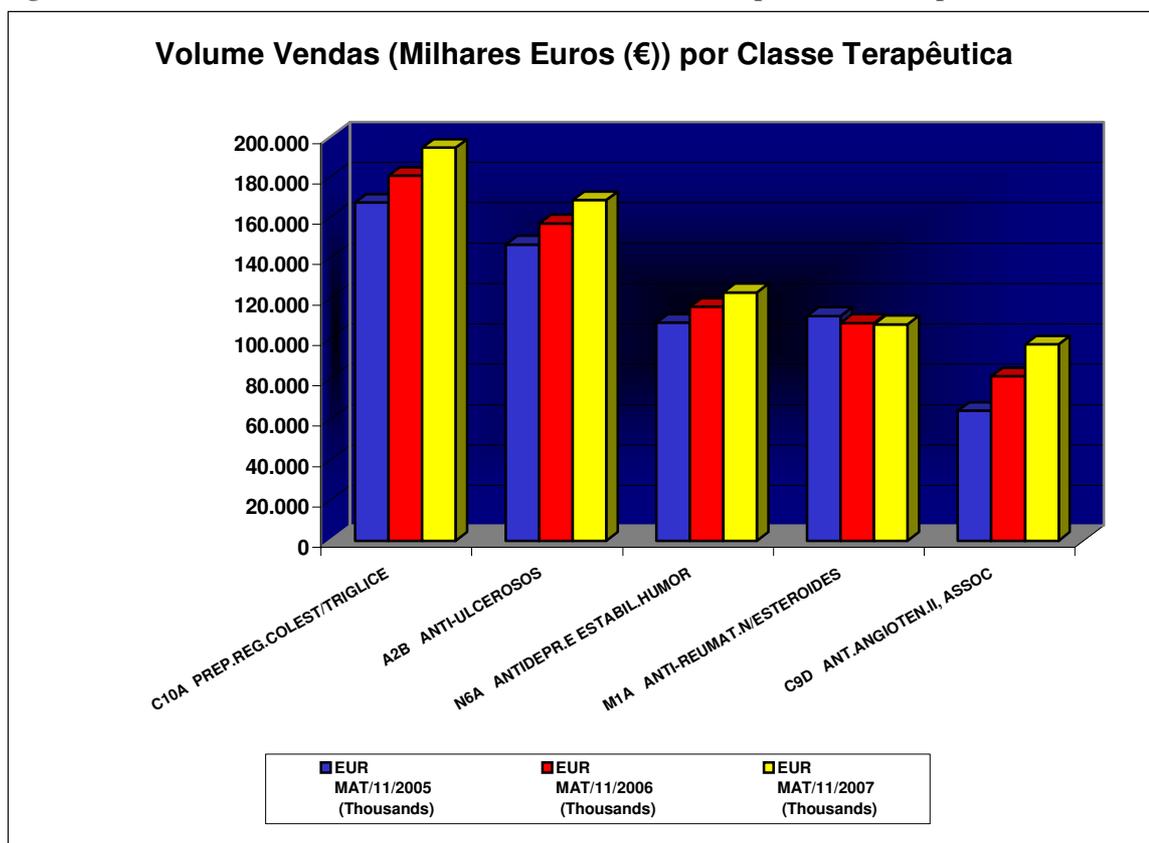
Dados IMS Health, Setembro 2007

Como nos é dado a observar, das doze empresas com maior volume de vendas em euros no triénio 2004/2006, apenas uma – Bial, é uma empresa portuguesa.

Considerando agora de forma mais detalhada as áreas terapêuticas dos produtos utilizados em serviço ambulatório verificamos que a classe com maior volume anual de vendas em valor no período compreendido entre Novembro de 2005 e Novembro de 2007, foi a classe dos reguladores de colesterol - estatinas, com cerca de 200 milhões de euros vendidos no período considerado, sensivelmente mais 20 milhões de euros do que a classe dos anti-ulcerosos, a segunda classe com maior volume vendas em valor, um pouco acima dos 180 milhões de euros.

De seguida apresentamos as cinco classes terapêuticas com maior volume vendas em valor:

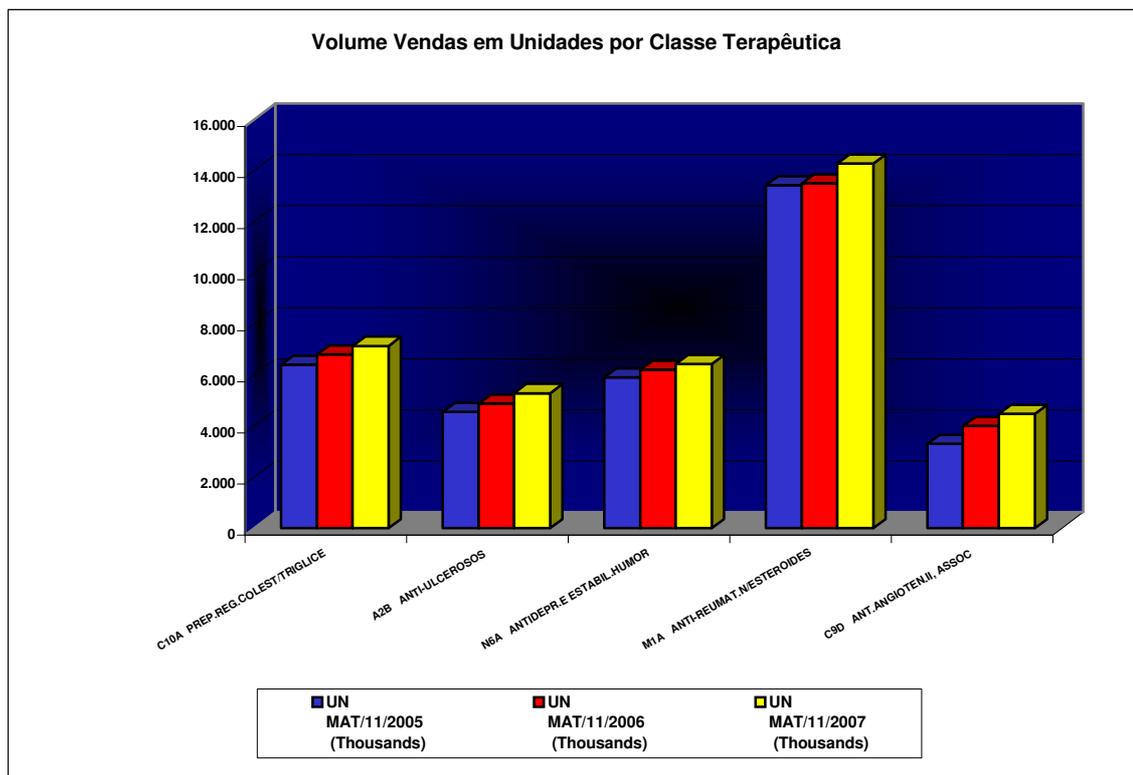
Figura 5. Volume de Vendas em Valor no Mercado Ambulatório por Classe Terapêutica



Dados IMS Health, Setembro 2007

Se considerarmos o volume de vendas em unidades, verificamos que sob esta perspectiva o mercado se apresenta de forma diferente, não sendo as classes com maior volume de vendas em valor, as classes que registam maior volume de vendas em unidades.

Tal facto está directamente relacionado com o preço de venda das diferentes classes, sendo, consequentemente, as classes das estatinas e dos anti-ulcerosos, as classes cujos tratamentos são mais dispendiosos para o doente no mercado nacional.

**Figura 6 . Volume de Vendas em Unidades no Mercado Ambulatório por Classe Terapêutica**

Dados IMS Health, Setembro 2007

Mas, se este é o estado actual da indústria farmacêutica e do seu mercado envolvente no mundo desenvolvido em geral e em Portugal em particular, como tem sido avaliada ao longo dos anos a sua evolução e qual o papel aí representado pela classe médica?

### 1.3 Análise sumária de alguns trabalhos realizados

Os trabalhos publicados sobre a temática desta investigação não abundam e procuram na sua grande maioria detalhar aspectos específicos resultantes do comportamento do médico enquanto prescritor, mais do que investigar e perceber quais os atributos determinantes desse comportamento.

De entre os trabalhos publicados procuramos apresentar aqueles que de uma maneira mais evidente façam referência ao comportamento do médico enquanto prescritor e aos diversos atributos determinantes desse mesmo comportamento.

Não iremos por esta razão fazer referência a todos os trabalhos que tenham por objecto primário de investigação a indústria farmacêutica, uma vez que dessa forma poderíamos perder alguma da objectividade que nos propomos manter ao longo deste texto.

Na nossa pesquisa bibliográfica, conseguimos identificar trabalhos realizados a partir da década de 50 do século XX, cujo propósito fosse investigar os atributos determinantes da adopção de um produto pela classe médica. Constata-se que este é um tema que desde há muito apaixona aqueles que de uma maneira ou de outra se relacionam com a indústria farmacêutica, porém, a grande maioria dos trabalhos publicados até à presente data, abordam esta temática de forma indirecta, ao contrário daquilo que nos propomos fazer.

Caplow & Raymond (1953), enfatizam desde logo as especificidades do mercado médico-farmacêutico, realçando um conjunto de características especiais do mesmo:

As pessoas que escolhem os produtos, e em relação às quais o maior esforço promocional é direccionado, não são normalmente os compradores; a inovação e a substituição são extremamente rápidas e poucos produtos podem almejar com segurança uma quota de mercado definitiva; a elasticidade da procura é baixa para muitos produtos e os efeitos da competição pelo preço são muito ambíguos.

Os autores referem-se ainda ao papel do vendedor neste mercado – o delegado de informação médica (DIM), destacando a particularidade de este nunca ficar na posse de uma nota de encomenda <sup>1</sup>. A sua função era por esta altura, apresentar os produtos e manter boas relações com o médico de forma a que este se disponibilizasse a escolher os produtos da sua companhia quando tivesse que prescrever.

Caplow & Raymond, delinearão um método de análise das escolhas dos médicos, atendendo à influência neles exercida pela informação divulgada pelos *media*.

O tipo de *media* referenciado poderia ser primário – incluindo o DIM, *Direct Mail*, e Artigos Científicos ou Publicidade em Imprensa Especializada; ou secundário – Influência de Colegas, Doentes, Farmacêuticos ou Convenções da Especialidade.

O método utilizado consistiu num processo de entrevistas com questionário previamente elaborado, conduzidas por um sociólogo, a um conjunto de cento e oitenta e dois médicos seleccionados de forma aleatória, em oito estados americanos.

Os produtos referenciados em cada entrevista com o intuito de recolher informação sobre os hábitos de prescrição dos médicos foram, por uma questão de conveniência, deixados ao critério do respondente.

As conclusões encontradas em relação aos factores motivadores da prescrição médica, demonstram uma clara preocupação com a Superior Eficácia Terapêutica, tendo sido esta a variável mais valorizada (56,2%), considerando um conjunto de trezentos e oito produtos farmacêuticos referenciados.

---

<sup>1</sup>A “Receita Médica” definida pelo Estatuto do Medicamento como, “documento através do qual são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial, por um médico dentista ou odontologista, um ou mais medicamentos determinados”, assume a função da nota de encomenda, não sendo, no entanto, o seu conteúdo do conhecimento do DIM, nem ficando na posse deste.

Logo atrás, surgem como alvo de preocupação dos médicos no momento de prescrição, a presença ou ausência de Efeitos Secundários (15,1%) e a Facilidade de Administração (14,3%).

Menos consideradas são os atributos Preferência dos Doentes (2,7%), Preço (2,4%), Entrega de Amostras (2,2%), Confiança na Empresa (1,9%) e Confiança no DIM (0,8%).

Existe ainda um conjunto de atributos referenciados de forma esporádica para a escolha de um fármaco, que no seu conjunto perfazem apenas cerca de 4,4% das referências.

Ferber & Wales (1958) e Wegner (1960) fizeram incidir o foco dos seus trabalhos na temática da prescrição de produtos farmacêuticos, tendo como objecto principal das respectivas investigações não a avaliação da importância relativa do conjunto dos atributos determinantes identificados por Caplow & Raymond, mas tão somente o impacto da publicidade e do *direct mail* especializados na recordação dos produtos.

Foram ainda avaliados os custos associados a estes materiais promocionais, concluindo-se que àquela data, a sua efectividade no alcance dos objectivos propostos prognosticava um crescimento futuro.

Green, Goldberg & Montemayor (1980), tendo por objectivo primário do seu trabalho a apresentação de um modelo híbrido de estimação da utilidade para a análise conjunta, envolveram um grupo de quatrocentos e quatro médicos, estratificados por especialidade, para avaliação de um novo antibiótico.

A especificidade da substância considerada, um antibiótico, levou a considerar oito atributos determinantes para a escolha do produto: o seu preço; o número de tomas diárias; não ter interacção com os alimentos e não originar cinco dos efeitos secundários mais frequentes nesta classe terapêutica, que para o propósito deste trabalho não serão alvo de referência individual.

Dos quatro *clusters* resultantes da análise conjunta, verificou-se que o:

- Cluster 1 evidenciou maior preocupação com número de tomas diárias, efeitos secundários e não ter interacção com os alimentos;
- Cluster 2 evidenciou maior preocupação com efeitos secundários e não ter interacção com os alimentos;
- Cluster 3 evidenciou maior preocupação com efeitos secundários e preço;
- Cluster 4 evidenciou maior preocupação com efeitos secundários.

Outras conclusões sobre o estudo das preferências não foram disponibilizadas pelos autores.

Paul E. Green & Abba M. Krieger, (1991), propõem um modelo conceptual para descrever a segmentação no contexto da análise de dados resultantes da análise conjunta e seguidamente a aplicação do modelo a um caso ilustrativo envolvendo as preferências dos médicos em relação a um produto de prescrição obrigatória recentemente desenvolvido.

No estudo de mercado levado a efeito pelos autores, trezentos e vinte médicos foram contactados e desde logo se tornou evidente um conjunto de questões que poderiam servir de base a uma investigação mais aprofundada sobre os atributos determinantes da prescrição médica:

- à eficácia e ao preço, é atribuída uma importância média superior que a outros atributos também considerados, como por exemplo a tolerabilidade e o número de tomas diárias;
- as semelhanças nas preferências do consumidor dependem do tipo de produtos que são propostos;
- a classe terapêutica estudada, neste caso a dos antifúngicos, é descrita por oito atributos relacionados essencialmente com a eficácia, efeitos secundários, número de tomas diárias e custo da terapêutica.

Fusun F. Gonul, F. Carter, E. Petrova and K. Srinivasan (2001), prestam o seu contributo à temática da prescrição médica avaliando a importância das actividades promocionais e do preço no processo de tomada de decisão do médico.

Para estimar os efeitos do preço, tipo de seguro de saúde e esforços de promoção directos na escolha do produto, os autores usaram o modelo multinomial de Mc Fadden (1974), recorrendo a uma empresa de base de dados para a obtenção da informação necessária à prossecução dos seus propósitos, a Scott – Levin Inc.: dados sobre diagnósticos e medicamentos, dados sobre preferências individuais e dados sobre preços de venda. Foram envolvidos para este efeito, cento e cinquenta e sete médicos e mais de oitocentas farmácias.

Os autores evidenciam o facto de em geral, os médicos dedicarem especial atenção às questões relacionadas com a eficácia do produto e com o tipo de doente, sendo a sensibilidade ao preço do produto uma questão secundária.

Quanto ao impacto da visita médica e da entrega de amostras, este será maior se considerado numa fase de lançamento do produto.

Quando efectuados numa fase ulterior e de forma excessiva, tornar-se-ão contraproducentes.

No caso de médicos que trabalhem para companhias de seguros, tais esforços terão em qualquer dos casos pouco impacto.

Os autores, tendo em consideração que marcas diferentes são preferidas por diferentes segmentos de médicos, são levados a inferir que os médicos tendem a preferir certas marcas na ausência de factores externos condicionantes tais como o preço e a promoção.

Importa nesta altura referir, que apesar da crescente importância da promoção *DTC* – *Direct To Consumer* noutros mercados, nomeadamente o norte-americano, este trabalho terá como base de suporte a promoção dos produtos efectuada pelo DIM – Delegado de Informação Médica, junto do médico, no seu local de trabalho.

Sobre este assunto, Narayanan, Desiraju & Chintagunta (2004), que examinando as quotas de mercado, os preços e os custos promocionais de três marcas de anti-histamínicos procuraram avaliar o retorno face ao investimento no curto e no longo prazo da actividade promocional focada no DIM e no *DTC*, concluem que a promoção baseada no *DTC*, é menos objectiva que a promoção sustentada no DIM, isto é;

enquanto a segunda a assegura que os médicos-alvo são correctamente informados, a primeira não tem um poder de alcance tão objectivo e preciso.

## **2. Objectivos da dissertação**

Os objectivos deste trabalho estão relacionados com o acto médico de prescrição e com todos os atributos determinantes desse acto.

Procuraremos dar a conhecer os intervenientes mais importantes no processo de tomada de decisão sobre o produto farmacêutico a ser prescrito, identificando-os e ordenando-os por ordem de importância.

Procuraremos caracterizar os atributos que são equacionados pela classe médica no acto de prescrição e identificar a ordem de preferência estabelecida pelo médico face aos mesmos, num contexto generalista.

Fazendo incidir o foco da nossa atenção mais nas preferências dos médicos na escolha de um produto, do que no produto em si mesmo (problemática da segmentação) como no trabalho realizado por Green & Kriger, 1991, importa salientar alguns pontos que serviram de base à presente investigação:

- existir heterogeneidade nas preferências dos médicos respondentes em relação aos atributos apresentados;
- criar um conjunto de alternativas para o médico respondente na altura do seu processo de tomada de decisão;
- confirmar a existência de alguma semelhança nos atributos valorizados pelos médicos respondentes quando comparados com os do trabalho de referência.

Recorrendo à mesma técnica de análise utilizada pelos autores, análise conjunta, avaliaremos a possibilidade de num contexto mais actual existirem atributos cuja importância no acto médico de prescrição esteja a ser subvalorizada pelos gestores das empresas da indústria farmacêutica.

De uma forma mais sintetizada teremos como objectivos deste trabalho:

1. Identificar os intervenientes no processo de tomada de decisão do produto prescrito;
2. Identificar os atributos determinantes do acto médico de prescrição;
3. Validar de forma empírica a hierarquização desses atributos ;
4. Segmentar os médicos de acordo com as importâncias estimadas pelo modelo relativamente aos atributos considerados;
5. Apresentar, caso existam, os atributos cuja importância tenha sido empiricamente demonstrada mas, não tenham dos gestores farmacêuticos o devido reconhecimento.

## **Capítulo II**

A População Objecto de  
Estudo:  
A Classe Médica

## **1. A Classe Médica**

Procuraremos neste ponto descrever de forma sumária, a população que servirá de base de sustentação a esta investigação. Quem são, o que fazem e como articulam a sua actividade com outros intervenientes neste mercado, são algumas das questões que procuraremos esclarecer.

### **1.1 Motivações de escolha**

A população alvo de estudo na presente investigação – a classe médica, reveste-se de uma singularidade interessante como interveniente num mercado importante como é o mercado da indústria farmacêutica, quando comparada com outras populações estudadas em outros mercados de maior ou menor dimensão: é a classe médica o cliente privilegiado pelas empresas da indústria farmacêutica, aquele que é alvo de segmentação, aquele que é alvejado, mas não o consumidor final dos produtos promovidos.

Esta questão, tão própria deste mercado, torna única a relação entre a indústria farmacêutica e a classe médica, uma vez que em momento algum existe a total certeza que a venda do produto se efectivou em função da compra do conceito promovido junto de um médico específico. Isto é, não havendo a emissão em relação ao médico de qualquer factura ou recibo que justifiquem a venda do produto farmacêutico, grande parte desta relação é baseada num pressuposto, aquele de que o médico vai realmente utilizar o produto promovido junto de si, porque é sua intenção fazê-lo.

Claro que actualmente existem formas de avaliar os resultados das vendas de qualquer empresa da indústria farmacêutica, uma vez que tanto os armazenistas que abastecem as farmácias como as próprias farmácias, reportam as compras efectuadas ao IMS – Intercontinental Marketing Services, que é a entidade que estuda e avalia o mercado farmacêutico e os seus intervenientes, empresas, médicos e produtos, tanto a nível internacional como em Portugal.

## **1.2 Caracterização sumária da classe médica em Portugal**

Na presente investigação, é a classe médica que surge como credora maior da nossa atenção, por isso, seguidamente apresentamos a população alvo de estudo em números:

**Tabela 1 . Total médicos especialistas em actividade**

Quadro obtido em <http://www.ine.pt>

Médicos especialistas (Nº) por Local de residência e Especialidade médica										
Período de referência dos dados										
2005										
Especialidade médica (1)										
Local de residência	Total	Cirurgia geral	Estomatologia	Ginecologia e obstetria	Medicina geral e familiar	Oftalmologia	Ortopedia	Pediatria	Psiquiatria	Outras especialidades
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Portugal	26403	1379	709	1413	4882	804	902	1427	885	14002
Continente	25683	1333	695	1368	4761	783	878	1389	867	13609
Região Autónoma dos Açores	305	17	9	20	44	11	9	16	11	188
Região Autónoma da Madeira	415	29	5	25	77	10	15	22	7	225

Médicos especialistas (Nº) por Local de residência e Especialidade médica - Anual; INE, Estatísticas do Pessoal de Saúde

Nota(s):

(1) Os médicos especialistas são contados tantas vezes quantas as especialidades que exercem.

Última actualização destes dados: 31 de Maio de 2007

Como podemos observar no quadro acima representado, existe um total de 26403 médicos em Portugal, dados do INE – Instituto Nacional de Estatística (2006), encontrando-se estes distribuídos pelas diversas especialidades hospitalares existentes, algumas delas aqui representadas pelo número de especialistas inscritos na Ordem dos Médicos como tal.

Em relação ao total de médicos supracitado, importa referir que 12831 são médicos sem qualquer especialidade hospitalar, e como tal denominados médicos de clínica geral, como podemos observar no quadro a seguir apresentado.

**Tabela 2 . Total médicos não especialistas em actividade**Quadro obtido em <http://www.ine.pt>

Local de residência	Médicos não especialistas (N.º) por Local de residência
	Período de referência dos dados
	2005
	N.º
Portugal	12831
Continente	12470
Região Autónoma dos Açores	176
Região Autónoma da Madeira	185

Médicos não especialistas (N.º) por Local de residência - Anual; INE, Estatísticas do Pessoal de Saúde

Última actualização destes dados: 31 de Maio de 2007

Acrescente-se que, essencialmente existem três locais de trabalho privilegiados pela classe médica:

- Hospital
- Centro de Saúde
- Consultório

No hospital encontraremos a grande maioria dos médicos especialistas, que aí trabalharão em regime de exclusividade ou complementando a sua actividade diária com trabalho de consultório. Deve referir-se igualmente que alguns clínicos gerais também trabalham em hospital como complemento da sua actividade no centro de saúde, integrando equipas multidisciplinares nos serviços de urgência hospitalar.

No centro de saúde, trabalham em larga maioria os médicos de clínica geral em regime de exclusividade ou complementando a sua actividade diária com trabalho de consultório ou ainda integrando equipas multidisciplinares nos serviços de urgência hospitalar como atrás foi referido. Em alguns centros de saúde é ainda possível encontrar médicos especialistas, em alguns casos porque nos referidos centros existem condições para a existência de consultas de especialidade ou porque, noutros casos, o médico acumula duas especialidades, clínica geral e outra, potenciando-se assim os recursos existentes.

O consultório é a forma existente de a classe médica complementar a sua actividade diária. Sendo geralmente sinónimo de algum estatuto entre pares, ter consultório próprio ou em sociedade com outros médicos, será o corolário normal da carreira de um médico especialista.

Alguns médicos optam ainda por soluções alternativas e, numa altura em que os serviços de prestação de cuidados médicos são cada vez mais um objecto de negócio dos grandes grupos financeiros - através das companhias de seguros, trabalham na denominada medicina do trabalho ou na assistência domiciliária nocturna.

Apesar da abertura das fronteiras e da livre circulação de profissionais entre os estados membros da União Europeia, não se verificou um aumento desmesurado de profissionais da classe médica no nosso país, uma vez que a Ordem dos Médicos exige para a quase totalidade dos candidatos, um exame de admissão à mesma, restando assim os ímpetos existentes.

Nesta altura, está em marcha um plano de reformulação do Sistema Nacional de Saúde por iniciativa governamental, que propõe o aparecimento de novas entidades no quadro organizativo do mesmo, como os ACS – Agrupamento de Centros de Saúde em substituição das antigas ARS – Associações Regionais de Saúde ou as USF – Unidades de Saúde Familiar, que numa perspectiva de gestão mais empresarial se propõem substituir os actuais Centros de Saúde, prevendo-se por isso algumas importantes alterações no funcionamento das entidades anteriormente apresentadas.

## **2. Factores condicionantes da prescrição efectuada pelo médico**

Abordaremos neste ponto os diversos intervenientes no mercado da indústria farmacêutica e a forma como determinam a escolha efectuada pelo médico prescriptor.

### **2.1 O Paciente**

O paciente é a entidade cujo papel no acto médico de prescrição menos influência exerce. O facto de o seu conhecimento em relação ao produto farmacêutico a utilizar se resumir em circunstâncias normais à informação veiculada pelo próprio médico, pelo farmacêutico ou pelo RCM – Resumo de Características do Medicamento, (Dolores Frías, 2000, p.214) limita a sua capacidade de influência no acto referido.

Existe no entanto evidência que os médicos estão dispostos a ser sensíveis ao preço dos medicamento, quando solicitados para tal pelo paciente que suporta o custo dos mesmos, (Van der Geer and Kangis, 2000).

## **2.2 O papel do Estado como agente regulador**

Como consequência das alterações preconizadas pelo actual governo, os condicionalismos à prescrição médica têm aumentado.

Utilizando como argumento o elevado índice de despesa pública com a rubrica da saúde, o governo tem desenvolvido nos últimos anos uma campanha em larga escala, em favor da utilização do medicamento genérico – medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados.

Com esta campanha, pretende-se que o médico prescreva prioritariamente produtos cuja patente de protecção à comercialização por outras empresas, que não a originalmente detentora desses direitos, tenha expirado, podendo estas outras empresas comercializar a mesma substância, sob a denominação MG – Medicamento Genérico, ainda que possam incluir nessa denominação a marca do laboratório que a comercializa.

No final de cada ano, todos os médicos têm acesso ao custo suportado pelo SNS, inerente à sua prática clínica.

Com o surgimento das USF, pretende-se que estas sejam dotadas de orçamentos anuais autónomos, e que nestes orçamentos esteja incluído o valor passível de ser gasto por cada médico integrante desse estabelecimento (geralmente entre 4 e 6 médicos), sendo mais recompensado aquele que no final do período considerado menos gastar. Procura-se então, dotar estes serviços de uma lógica de gestão, provavelmente ausente em tempos anteriores.

O Estado desempenha ainda um papel determinante – através do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), no licenciamento de novos produtos a

comercializar e na determinação dos preços dos mesmos, como facilmente se depreende pela leitura do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, que faz a transposição da legislação comunitária e estabelece os princípios do Estatuto do Medicamento.

Para que um medicamento obtenha a autorização de introdução no mercado é necessário um requerimento ao presidente do órgão máximo do INFARMED, que irá aferir da regularidade dessa apresentação e da viabilidade da mesma.

### **2.3 A crescente importância do protagonismo das farmácias**

O protagonismo das farmácias em Portugal, existe desde há muito tempo e está relacionado numa fase inicial com a maior proximidade física existente entre o comprador do medicamento, que pode ou não ser o paciente, e o farmacêutico, do que aquela que existe entre o comprador e o médico. Tal facto deve-se em grande parte à facilidade de acesso a um e a outro, mais condicionado no caso do médico do que no caso do farmacêutico.

No entanto, com o aparecimento do medicamento genérico em Portugal, especialmente a partir do ano de 2003, o farmacêutico ou o ajudante técnico de farmácia, passa a ter protagonismo de algum modo equiparável ao do médico no que diz respeito ao medicamento comprado pelo doente, uma vez que lhe é concedida permissão - desde que o médico não o proíba de forma explícita, assinalando na receita médica que não autoriza a substituição do medicamento prescrito, para poder em caso de ruptura de stock substituí-lo por um outro com a mesma substância activa e as mesmas características farmacológicas.

Atendendo ao facto de existirem algumas substâncias activas no mercado que são comercializadas com dezenas de nomes comerciais diferentes, somos levados a inferir que em muitas ocasiões a escolha efectuada pelo médico quanto ao produto a prescrever, é perfeitamente descaracterizada e adulterada, com todas as consequências daí decorrentes para os vários intervenientes neste processo.

O médico não tem a garantia que o medicamento por si prescrito será aquele a ser utilizado, apesar de a responsabilidade do acto médico ser sua.

O paciente pode ser levado a adquirir um medicamento cujo perfil farmacológico seja desconhecido para o médico prescritor.

O farmacêutico pode promover uma substituição desaconselhada para um indivíduo específico.

#### **2.4 Outros intervenientes no mercado farmacêutico**

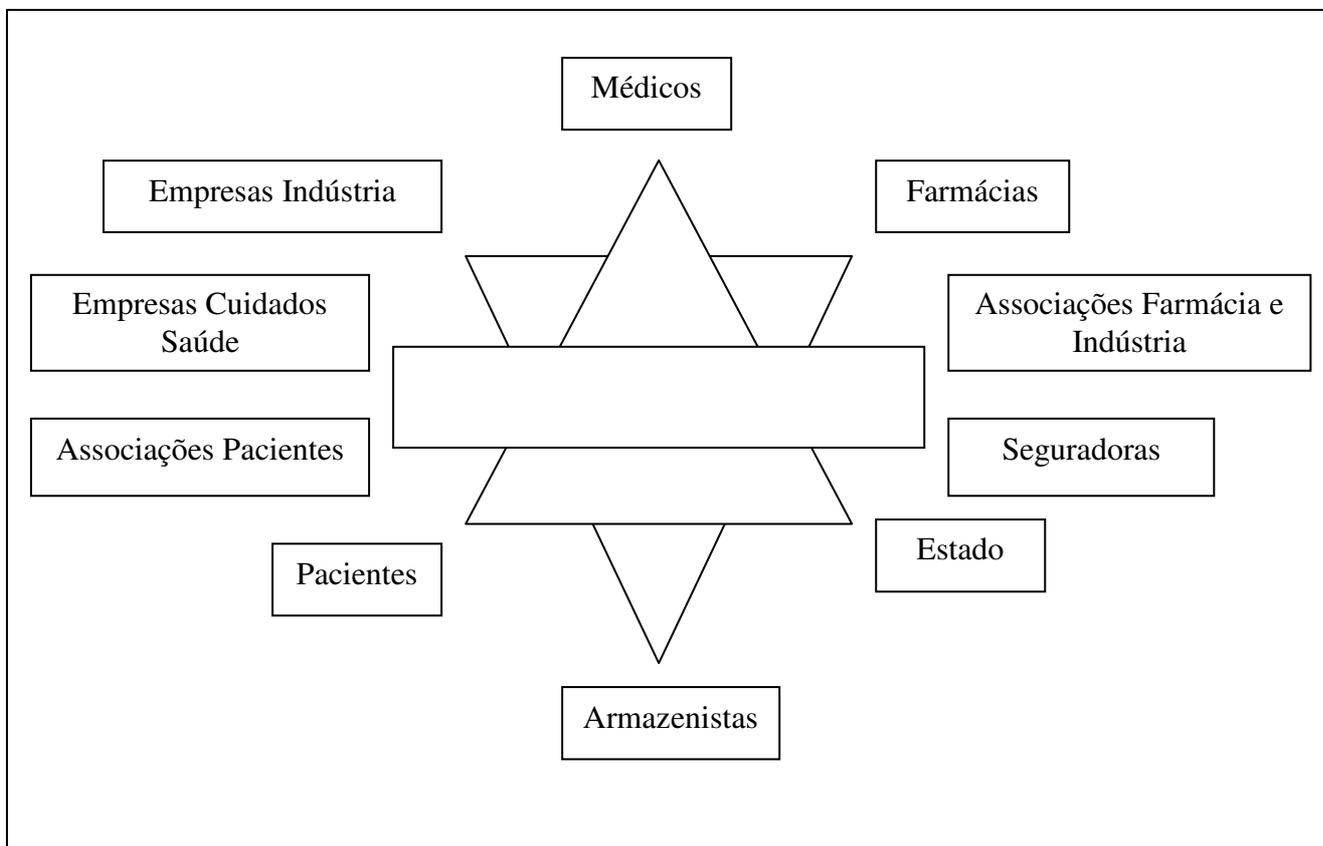
Para além dos intervenientes já referidos, a Classe Médica, o Estado, o Paciente e a Farmácia, operam ainda neste mercado e com um peso significativo outros agentes, dos quais merece ser destacado o papel dos armazenistas, na distribuição por todo o território dos produtos farmacêuticos solicitados pelas farmácias.

Actualmente, em algumas situações, a farmácia pode ser abastecida de forma quase imediata pelos seus armazenistas de referência em caso de ruptura de stock, isto devido ao facto de existir uma cadeia de distribuição muito bem estruturada e por isso perfeitamente operacional.

Mais recentemente, assiste-se à emergência de um novo grupo de influência, que tem vindo gradualmente a ganhar importância como interlocutor válido no contexto geral da indústria e, conseqüentemente, a rebalancear as relações de poder entre os actores tradicionais. Constituem este grupo, as associações de doentes, empresas de cuidados de saúde, seguradoras e as associações representativas das farmácias e da indústria (José Castro Pinto, 2002)

José Castro Pinto (2002), propõe a seguinte estrutura de relações em que se enquadra a envolvente da indústria farmacêutica em Portugal.

**Figura 7. Principais actores da envolvente geral**



Temos neste caso uma tríade central composta por Médicos, Pacientes e Estado.

Uma tríade secundária composta pelas empresas da Indústria, as Farmácias e os Armazenistas.

E finalizando, apresentam-se um conjunto de forças emergentes, como são as Empresas de Cuidados de Saúde, as Associações de Pacientes, de Farmácias e de Empresas da Indústria e as Seguradoras, que vão ganhando gradualmente maior protagonismo na envolvente geral.

## **Capítulo III**

### **Metodologia**

## **1. Conceptualização dos atributos determinantes a considerar**

A escolha dos atributos a englobar na presente investigação obedeceu essencialmente a critérios de preferência manifestados pela classe médica no pré-questionário efectuado e à observância de critérios técnicos de análise dos dados estatísticos com o intuito de manter a objectividade da mesma.

### **1.1 Estudo exploratório**

O ponto de partida para esta investigação consistiu na identificação, junto da classe médica, daqueles que seriam os atributos equacionados para valorizar um produto farmacêutico, no processo de escolha associado ao acto de prescrição do mesmo.

Em primeiro lugar, procurou-se junto de um painel de dez médicos, escolhido de forma aleatória, saber quais os factores predominantes na sua relação com a indústria farmacêutica, que poderiam determinar a escolha de um medicamento obrigatoriamente sujeito a receita médica.

As respostas, não assistidas, permitiram obter a seguinte relação de preferências:

- A tolerabilidade da substância
- O número de tomas diárias
- Ser genérico
- O DIM que o visita
- O preço
- A empresa a que o mesmo pertence
- O suporte científico apresentado

- A eficácia
- A rapidez de acção
- O brinde entregue na promoção do produto
- Formação ministrada
- Sessões clínicas
- Congressos
- O número de comprimidos por embalagem

### **1.2 Seleccção dos atributos determinantes com maior projecção**

Em segundo lugar e como importava saber quais destes argumentos eram na realidade importantes no processo de tomada de decisão, reduziu-se esta relação àqueles cuja importância no referido processo tivesse sido referida por, pelo menos, três médicos.

Obtivemos a seguinte listagem:

- A tolerabilidade da substância
- O número de tomas diárias
- Ser genérico
- O DIM que o visita
- O preço

- A empresa a que o mesmo pertence
- O suporte científico apresentado
- A eficácia

### **1.3 Hierarquização dos atributos determinantes segundo a população alvo**

Em terceiro lugar, e porque se torna necessário saber em que proporção cada um destes argumentos é considerado no processo de escolha do medicamento a prescrever, levámos a efeito uma análise exploratória junto de uma amostra aleatória de trinta e seis médicos, de várias especialidades, dos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal.

Pretendeu-se com esta análise perceber a forma como os médicos percebem cada um dos atributos de um determinado produto farmacêutico a prescrever a um doente, após o diagnóstico preciso da patologia existente.

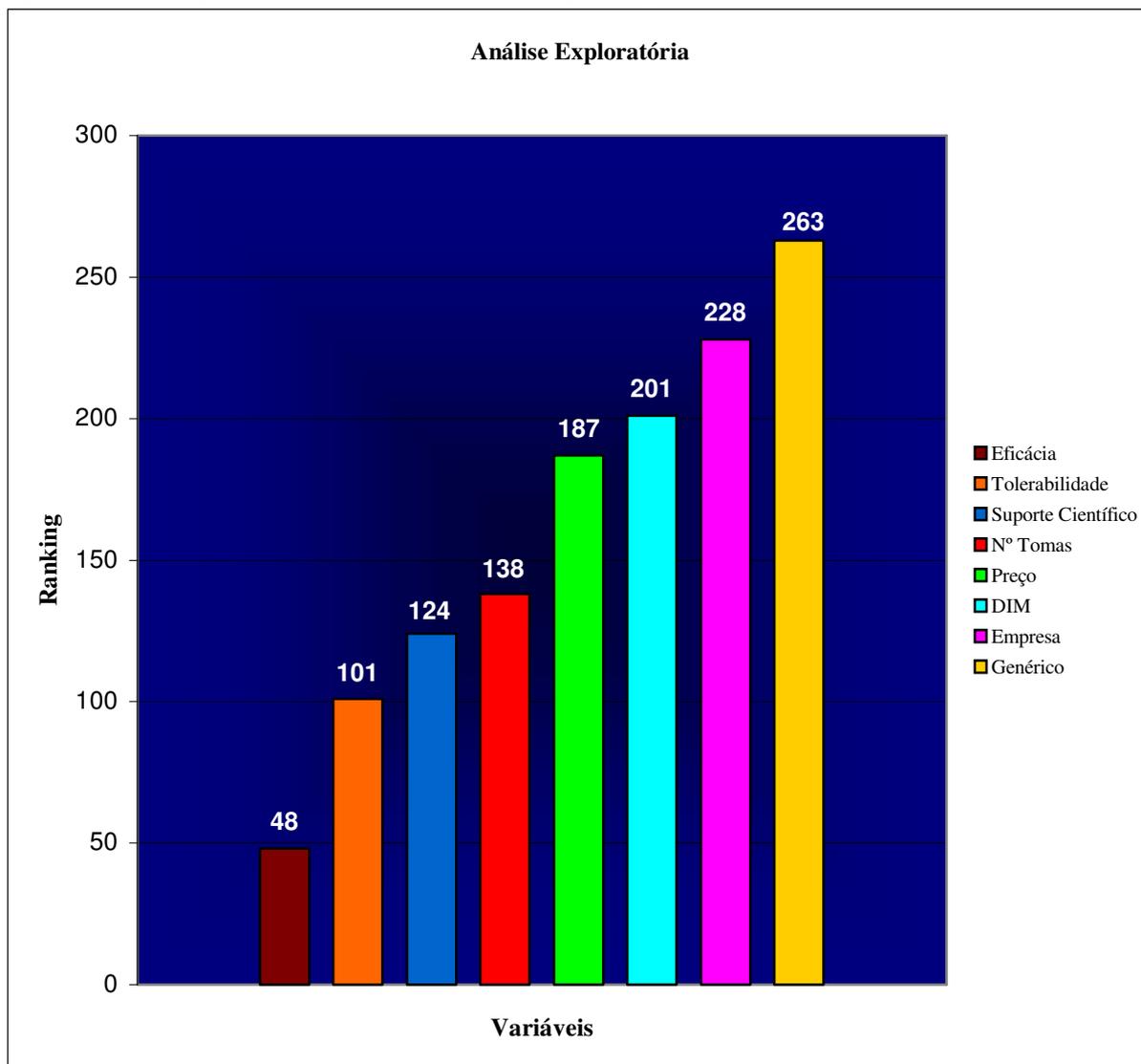
Foi pedido a cada um dos médicos participantes que manifestasse a sua preferência por ordem decrescente de importância, considerando para tal os oito factores que podem influenciar a sua escolha final, já anteriormente referidos.

Ao factor referido em primeiro lugar – o mais importante para o médico respondente, foi atribuído um ponto, ao factor referido em segundo lugar foram atribuídos dois pontos, e assim sucessivamente até ao factor referido em oitavo e último lugar – o menos importante para o médico respondente, ao qual eram atribuídos oito pontos.

Daqui se conclui, que quanto maior o score atribuído na pontuação final a cada uma dos atributos analisados, menor a sua importância para a amostra de médicos estudada.

A soma dos *rankings* (quanto menor o número apresentado maior a importância atribuída) de cada um dos factores considerados, permitiu obter o seguinte quadro de preferências:

Figura 8 . Ranking dos atributos condicionantes da prescrição médica



Os dados recolhidos demonstram uma clara preocupação da classe médica com duas características essenciais dos produtos farmacêuticos: a sua **eficácia** e a **tolerabilidade** dos mesmos. Estes dois critérios evidenciaram-se num conjunto de oito previamente referidos como sendo os mais importantes para a escolha de um produto farmacêutico.

A questão essencial que aqui se levanta e para a qual se tentará encontrar uma resposta adequada, prende-se com a forma como a classe médica julga valorizar o vasto arsenal terapêutico colocado à sua disposição pela indústria farmacêutica e a forma como realmente o valoriza, através da sua utilização mais ou menos frequente, no seu quotidiano profissional.

- Quais são, afinal, as motivações e as razões subjacentes ao acto médico de prescrição?

A este propósito van der Geer & Kangis (2002), concluíram que existe uma fraca correlação entre a intenção e o comportamento dos médicos enquanto prescritores, usando para tal o modelo da teoria do comportamento planeado de Ajzen (1985), em que a intenção (i.e. decisão) é determinada pelas atitudes dos indivíduos, normas subjectivas (a percepção de que aqueles cujas opiniões são valorizadas aprovariam/desaprovariam um comportamento; multiplicado pelo grau de motivação para aderirem a esse comportamento) e o controlo do comportamento observado.

## **2. O método estatístico: a análise conjunta**

Recorrendo à técnica de análise estatística denominada *conjoint analysis* - análise conjunta, procuraremos finalmente, avaliar se a percepção existente entre a classe médica relativamente ao seu comportamento enquanto prescritores, é efectivamente correcta e encontra correspondência no acto de prescrição em si.

A opção pela técnica de análise estatística análise conjunta, permite ao investigador responder a questões tais como:

- Que características do produto são ou não importantes para o consumidor?
- Que níveis das características do produto são os mais, ou os menos, desejáveis na mente do consumidor?

A virtude da análise conjunta é pedir ao respondente que faça escolhas da mesma forma que o consumidor presumivelmente faz – escolhendo características, uma em detrimento de outra – *tradeoffs*.

A tarefa do respondente é ordenar ou avaliar cada perfil, que constitui um produto contendo as suas características básicas mais relevantes, desde o mais importante até ao menos importante em função da escala de avaliação proposta.

A partir destas ordenações ou avaliações, a análise conjunta identifica valores de utilidade para cada modalidade, de cada variável, tendo em consideração as respostas de todos os indivíduos da amostra. Estes valores de utilidade podem ser utilizados para identificar a importância relativa de cada variável na escolha de um produto.

Este é um aspecto importante na análise conjunta. Tal como noutros modelos experimentais, pretende-se seleccionar apenas aqueles factores (atributos independentes), que se julgam influenciar mais a escolha do sujeito (a variável dependente).

Mesmo após cuidadosa selecção dos factores (atributos) e modalidades para o estudo, são frequentemente excessivos o número de casos a avaliar de uma forma significativa. Atendendo a que o número de casos a considerar obedecerá à fórmula seguinte:

$N^{\circ} \text{ modalidades variável } 1 \times N^{\circ} \text{ modalidades variável } 2 \times N^{\circ} \text{ modalidades variável } 3 \times \dots \times N^{\circ} \text{ modalidades variável } n$
---

Para um caso em que tivéssemos cinco atributos, cada um com três modalidades de preferência, teríamos que estudar 243 casos ( $3 \times 3 \times 3 \times 3 \times 3$ ) – claramente demasiados para tornar possível a sua execução, mantendo a objectividade necessária e indispensável.

Felizmente, em alternativa ao modelo factorial total, podemos utilizar um modelo ortogonal – um subconjunto de todas as combinações possíveis que permite estimar as utilidades para todos os atributos seleccionados.

Embora seja verdade que a estimativa melhore em função do aumento do número de perfis, a informação não se perde por omitir algumas combinações. Isto porque as

utilidades identificadas para cada nível de cada variável, podem ser extrapoladas para equacionar as combinações que não foram avaliadas pelos respondentes.

Por defeito, o SPSS<sup>2</sup> gera um mínimo de casos necessários para o modelo ortogonal de acordo com as necessidades para estimação das utilidades dos atributos. Este número poderá ser incrementado ou diminuído de acordo com as necessidades específicas de cada estudo.

Para além destes casos podem ainda ser especificados os *holdout cases* – são casos avaliados pelos respondentes mas não são utilizados pela análise conjunta para estimar utilidades. São utilizados para confirmar a validade das utilidades estimadas.

A análise conjunta adapta-se perfeitamente à implementação de tipos de segmentação de mercado específicos. Em primeiro lugar o objectivo da análise conjunta (Green and Srinivasan 1978, 1990) está centrado na avaliação das preferências pelos níveis dos atributos dos produtos (preço incluído) e dos benefícios para o consumidor provenientes dos atributos dos produtos.

Em segundo lugar, a análise conjunta é uma técnica de micro-avaliação. As funções (i.e., preferências pelos níveis de atributos) são medidas a um nível individual. Assim, se existir heterogeneidade nas preferências, o investigador tomará conhecimento.

Em terceiro lugar, os estudos com esta técnica geralmente englobam a totalidade da informação existente sobre o consumidor (ex.º dados demográficos, dados psicográficos).

---

<sup>2</sup> SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Quarto, mesmo estudos mais rudimentares utilizando esta técnica, incluem habitualmente uma simulação de escolha do consumidor na qual o investigador pode introduzir perfis de produtos novos ou alterar os existentes, avaliando quem os prefere em relação aos dos concorrentes. Wind (1978) chama a esta técnica *segmentação flexível*.

Alguns aspectos devem ser considerados na nossa análise subsequente:

Primeiro, os estudos utilizando esta técnica, focam-se tipicamente nos atributos do produto/serviço, nome da marca e preço. Publicidade, promoção e distribuição são habitualmente considerados fora deste modelo.

Finalmente, a concepção de qualquer produto baseada na análise conjunta, deve atender a que esta é basicamente uma técnica de análise estática, que considera as preferências dos consumidores num particular momento (Green e Krieger 1991).

### **3. Os atributos determinantes a considerar na análise conjunta**

Apresentaremos em seguida os atributos incluídos neste trabalho, assim como o processo que conduziu à selecção dos mesmos.

#### **3.1 Critérios de selecção dos atributos considerados no questionário de recolha de informação**

A metodologia eleita para atingir os objectivos a que nos propusemos no início deste trabalho, recorrendo à técnica de análise estatística denominada análise conjunta, obrigar-nos-á a restringir o número de atributos determinantes considerados na nossa investigação a quatro, sob pena de, caso mantivéssemos o total de atributos acima deste valor, tornar irrealizável a prossecução dos nossos objectivos, devido à pouca objectividade dos respondentes na ordenação dos perfis (produtos) apresentados.

É inevitável o *tradeoff* entre a objectividade dos resultados e a consideração de todos os atributos.

Respeitando o propósito atrás enunciado, escolhemos para a nossa investigação os seguintes quatro atributos, que nos ajudarão a atingir os objectivos enunciados:

- Eficácia
- Tolerabilidade
- Preço
- Marca Institucional (Empresa)

A escolha dos dois primeiros atributos, eficácia e tolerabilidade, decorre não só do facto de terem sido os mais referenciados na análise exploratória previamente efectuada, como atrás já foi referido, mas também da referência quase obrigatória observada na bibliografia encontrada sobre o tema, como fizemos referência no capítulo I deste trabalho.

### **3.1.1 Eficácia**

A **eficácia** de um produto está directamente relacionada com as propriedades farmacodinâmicas – o mecanismo de acção, e as propriedades farmacocinéticas – absorção e biodisponibilidade, da substância activa do medicamento administrado, como podemos observar no RCM – Resumo das Características do Medicamento, de qualquer produto farmacêutico.

A credibilidade de qualquer produto farmacêutico, será tanto maior quanto maior for a sua eficácia, que deverá numa fase mais precoce do ciclo de vida do produto ser comprovada através da apresentação dos resultados de ensaios clínicos ao médico prescriptor, de forma a que o mesmo se sinta sensibilizado a experimentá-lo.

### **3.1.2 Tolerabilidade**

A **tolerabilidade** de um medicamento está por sua vez relacionada com as reacções adversas<sup>3</sup> ocorridas durante o tratamento do doente, quer em ensaios clínicos quer na prática clínica do médico, que tenham levado ao abandono da terapêutica.

Como é fácil de perceber, um medicamento será tão mais apreciado quanto maior for a sua tolerabilidade, ou em alternativa, quanto menor for a taxa de abandono da terapêutica por reacções adversas ao uso do medicamento.

### **3.1.3 Preço**

Apesar de não respeitarmos a ordem de preferência estabelecida pelos médicos respondentes na nossa análise exploratória, optámos por incluir no nosso questionário os atributos preço e marca institucional, por nos parecerem ser estes os mais importantes no contexto actual da indústria farmacêutica e poderem por isso trazer maior contribuição à problemática da compreensão do acto médico de prescrição.

Roger Green & J. Jernigan (2004), defendem que à medida que os consumidores se tornam mais organizados e mais sensíveis financeiramente, o preço torna-se cada vez mais um factor crítico de sucesso. Argumentam ainda os autores que, uma estratégia de preço deve focalizar-se essencialmente nos custos e na importância do médico, o qual tem a maior preponderância na decisão final de prescrição.

---

<sup>3</sup> O Estatuto do Medicamento, define “Reacção Adversa” como, “qualquer reacção nociva e involuntária a um medicamento, que ocorra com doses utilizadas normalmente no ser humano para profilaxia diagnostico ou tratamento de doenças ou recuperação, correcção ou modificação de funções fisiológicas”.

A escolha da variável **preço** prende-se com a necessidade de perceber até que ponto, numa altura em que a quota de mercado, em valor, dos medicamentos genéricos se situa acima dos 17% (17, 75% para o período de Janeiro a Julho de 2007, com um crescimento de 24,4% face ao período homólogo de 2006, dados INFARMED), com tendência crescente, os médicos se sentem condicionados por este factor nas suas escolhas.

Hellerstein (1997) avalia as preferências dos médicos comparando produtos de marca versus produtos genéricos e conclui que os médicos prescrevem mais genéricos aos doentes que pertençam a algum sub-sistema de saúde, sendo o preço mais baixo do produto genérico o factor determinante para que tal suceda.

O preço do medicamento em Portugal, é alvo de um processo algo complexo, sendo o seu valor determinado pela Direcção Geral da Empresa (DGE) e regulamentado pelo INFARMED no que à comparticipação a atribuir pelo Estado diz respeito.

O artigo 6º, do Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de Março, no seu n.º 1, define que o Preço de Venda ao Público (PVP), a introduzir pela primeira vez no mercado nacional não pode exceder a média que resultar da comparação com preços em vigor para o mesmo medicamento nos mercados de referência, sem taxas nem impostos, acrescido das margens de comercialização e das taxas e impostos vigentes em Portugal.

O mesmo artigo, no seu n.º 2 estabelece como mercados de referência os de Espanha, França, Itália e Grécia.

### **3.1.4 Marca institucional**

De forma a tentar perceber até que ponto a **marca institucional** será ou não uma variável importante no acto de prescrição médica, procurámos avaliar se de uma forma mais geral a percepção que os médicos têm em relação a fiabilidade das empresas da indústria farmacêutica é, ou não, determinante na utilização dos seus produtos.

A *American Marketing Association* define marca como “ um nome, termo, símbolo, ou desenho, ou combinação dos mesmos, pretendendo identificar os bens ou serviços de um vendedor ou grupo de vendedores e diferenciá-los dos seus competidores”.

A marca é algo que adiciona dimensões diferentes a um produto ou serviço, diferenciando-o de alguma forma de outros produtos ou serviços concebidos para satisfazer a mesma necessidade. Estas diferenças podem ser funcionais, racionais, ou tangíveis – relacionadas com o desempenho de um produto de uma marca. Podem também ser mais simbólicas, emocionais ou intangíveis – relacionadas com o que a marca representa (Margaret Campbell, 2002).

Os profissionais de marketing atribuem à lealdade à marca a promessa de uma ligação de rentabilidade e elevadas quotas de mercado de longo prazo (Bhattacharya, Rao and Glynn, 1995).

E, como defendem Bhattacharya e Sen (2003), num mercado caracterizado pela proliferação de produtos, comunicação intensa e desencanto dos consumidores, cada vez mais companhias tentam construir relações profundas, sólidas e a longo prazo com os seus clientes, uma vez que o foco nesta relação é cada vez mais tido como uma importante vantagem competitiva (Peppers and Rogers, 1993).

Isto porque, clientes fiéis a uma marca poderão estar dispostos a pagar mais por uma marca porque acreditam que a mesma lhes proporciona algo de único (Jacoby and Chestnut, 1978; Pessemier, 1959; Reicheld1996).

Simultaneamente, a lealdade a uma marca conduz a maiores quotas de mercado, quando a mesma marca é repetidamente consumida, independentemente de qualquer constrangimento pontual (Assael, 1998).

Na indústria farmacêutica, como recomendam Moss e Schuiling (2004), é fundamental criar nomes de marcas que estejam relacionados com marcas corporativas e não exclusivamente com produtos – existe a necessidade de criar marcas corporativas fortes com uma clara identidade de marca, porque tanto médicos como pacientes procuram a garantia de qualidade e segurança que a marca corporativa pode proporcionar.

Marcas poderosas geram igualmente confiança - um factor crítico de sucesso para os produtos farmacêuticos que têm impacto na saúde humana.

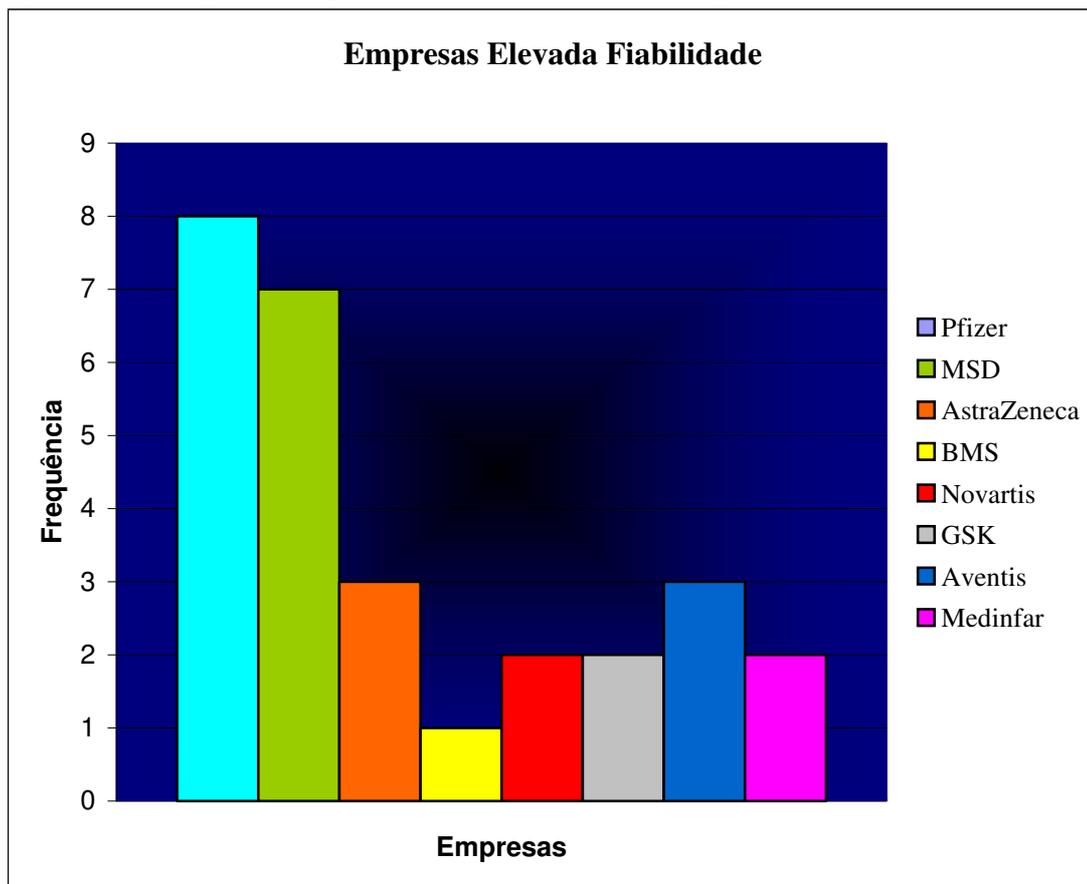
Neste contexto importa realçar o papel do DIM como principal contacto entre a marca e os médicos prescritores (Knapp, 2001).

Numa altura em que o consumo do medicamento genérico tem ganho maior protagonismo, Zahara Ladha (2007), reforçando o conceito apresentado por Moss e Schuiling, defende que, quanto mais os consumidores perceberem que os produtos de marca são melhores que os produtos genéricos, mais importante se tornará para a indústria farmacêutica o papel da marca corporativa.

Com a presente investigação, pretendemos demonstrar de forma empírica - a etapa seguinte proposta pelos autores acima referidos para validação do seu modelo conceptual e das suas proposições, que é realmente importante a identificação Consumidor-Empresa quando consideramos a maior ou menor utilização dos produtos de uma empresa pelo consumidor. Neste caso iremos fazê-lo especificamente adaptado à indústria farmacêutica, procurando demonstrar que mesmo não sendo uma empresa de serviços, a empresa da indústria farmacêutica tem muito a ganhar com a valorização da sua marca institucional.

### **3.1.5 Identificação da fiabilidade das marcas da indústria farmacêutica**

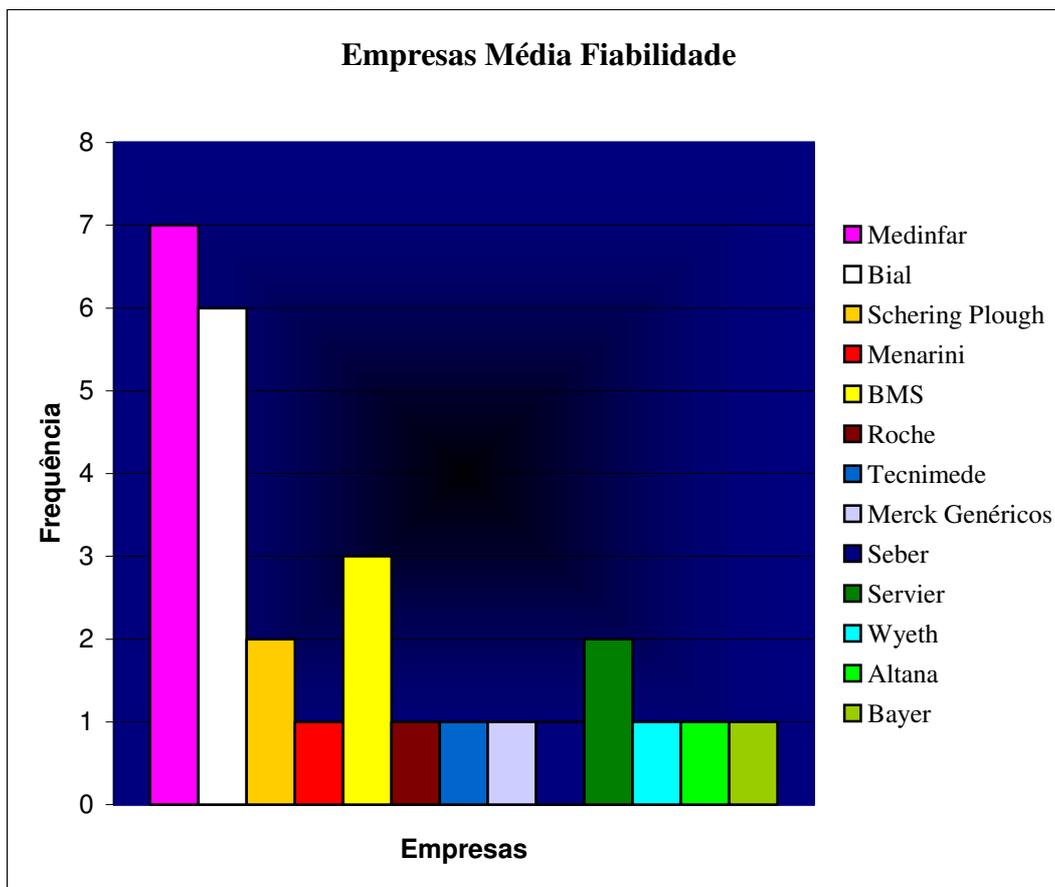
Para eleição das marcas a figurar na presente investigação foi pedido a uma amostra de 14 médicos (13 clínicos gerais e 1 cardiologista) que se pronunciasse sobre a fiabilidade das empresas da indústria farmacêutica a operar em Portugal. O médico respondente deveria dividi-las em três segmentos principais considerando a fiabilidade percebida: elevada fiabilidade, média fiabilidade e baixa fiabilidade, utilizando para tal e como único critério de diferenciação, a sua percepção. Os resultados obtidos foram os seguintes:

**Figura 9 . Avaliação das empresas da indústria farmacêutica quanto à sua fiabilidade: elevada**

Dentro do universo das empresas identificadas pela nossa amostra como sendo credoras de um maior índice de fiabilidade, duas destacam-se das demais: as multinacionais Pfizer e Merck Sharp & Dhome (MSD), empresas com elevados índices de facturação (vêr figura 4) e de investimento em investigação e desenvolvimento.

Optámos pela inclusão da empresa Pfizer no nosso trabalho, pelo facto de ter sido esta que, em termos absolutos, mais referências anotou junto do painel de médicos participante.

Figura 10 . Avaliação das empresas da indústria farmacêutica quanto à sua fiabilidade: média

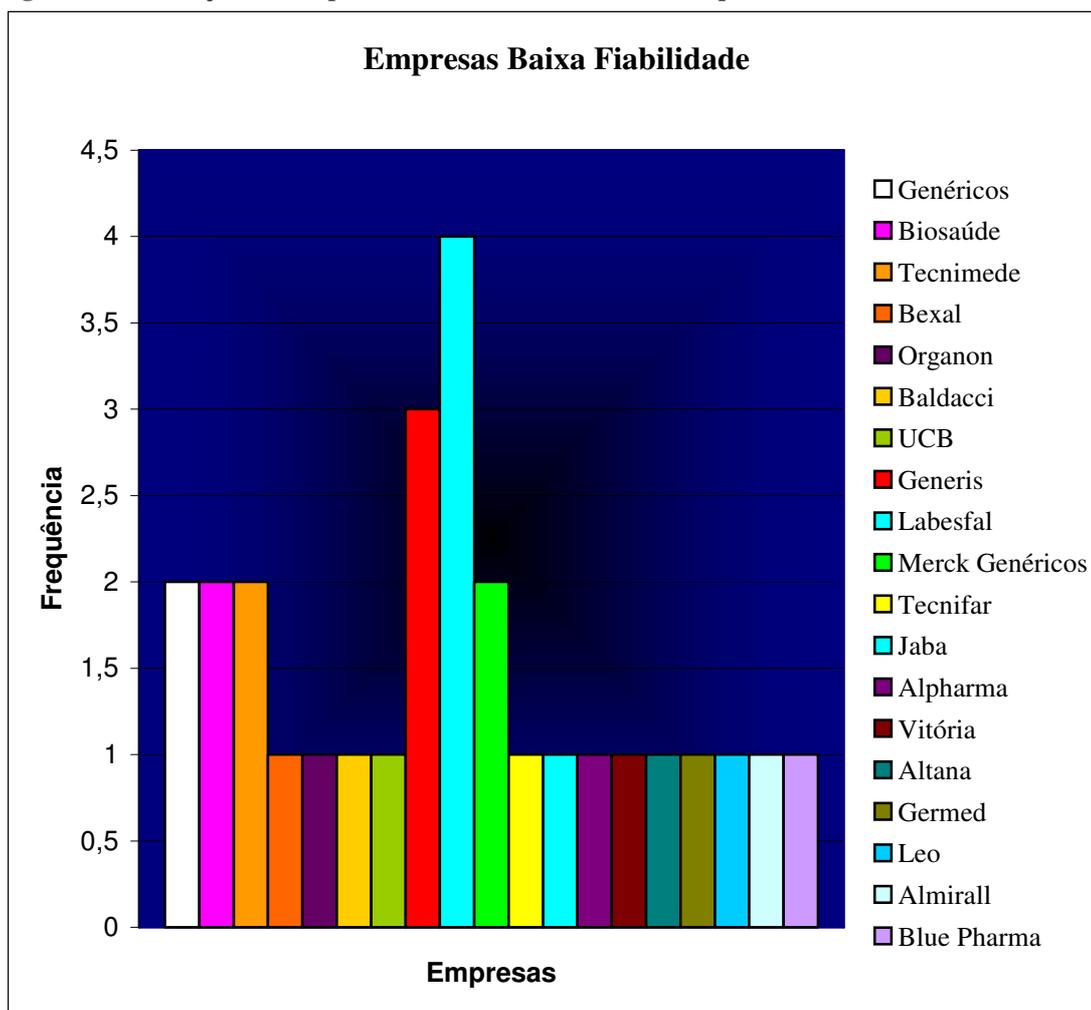


Dentro do universo das empresas identificadas pela nossa amostra como sendo credoras de uma fiabilidade intermédia, duas destacam-se das demais: as empresas portuguesas Medinfar e Bial.

É interessante o facto de empresas multinacionais como a alemã Bayer ou a suíça Roche aparecerem aqui a ser preteridas em favor das duas empresas nacionais. No entanto, acreditamos que tal se justifica pelo facto de haver por parte da classe médica a real convicção de que Medinfar e Bial são aqui enquadráveis, enquanto que as empresas multinacionais que são referenciadas neste segmento, devem tal facto à existência de algum desconforto por parte dos médicos respondentes em colocá-las ao nível dos dois gigantes da indústria farmacêutica internacional, Pfizer e MSD.

Optámos pela inclusão da empresa Medinfar no nosso trabalho, pelo facto de ter sido esta que, neste segmento, mais referências anotou junto do painel de médicos participante.

**Figura 11 . Avaliação das empresas da indústria farmacêutica quanto à sua fiabilidade: baixa**



Dentro do universo das empresas identificadas pela nossa amostra como tendo um menor índice de fiabilidade, mas mesmo assim alvo de prescrição por parte dos médicos respondentes, uma destaca-se das demais, tendo por via disso sido eleita para figurar neste trabalho: a Labesfal.

Este destaque, numa lista onde proliferam as empresas de genéricos, deve-se seguramente ao facto de a Labesfal não ser uma empresa com o objectivo único de vender os seus produtos, mas possuir também fábrica própria. A Labesfal chega mesmo a produzir para outras empresas da indústria, essencialmente empresas de genéricos, pelo facto de o processo de fabrico das substâncias em questão já não ser neste caso, alvo de protecção de patente.

### **3.2 Atributos excluídos do questionário de recolha de informação**

Não incluímos no nosso trabalho de investigação o atributo **suporte científico**, por entendermos que é algo que está directamente relacionado com a eficácia do produto, o que poderia levar a uma análise algo redundante em termos de respostas obtidas no questionário proposto aos médicos.

O **DIM**, que Dolores Frías (2000), define como o intermediário directo entre um laboratório farmacêutico e a classe médica, cuja função não é vender nem receber pedidos, mas sim criar um contacto directo entre o fabricante e aquele que se encarregará de vender o produto, que neste caso não é nem o consumidor nem o comprador, mas sim o médico prescriptor.

Abdicámos do atributo DIM, pelo facto de este acarretar em si uma componente de avaliação muito subjectiva, podendo assim enviesar a análise dos resultados obtidos. O DIM não é uma característica do produto e será presumivelmente associado ao mesmo de forma diferente por cada médico, em função do indivíduo que promove o produto em cada zona geográfica. Assim o médico da região A tenderá valorizar o DIM que promove o Produto X por reconhecer no mesmo qualidades acima da média, mas o médico da região B não valorizará o mesmo DIM que promove o mesmo Produto X, por não reconhecer no mesmo qualidades acima da média.

O **número de tomas diárias** é um atributo importante para um medicamento, não só pelo facto de ter sido referido como o quarto mais importante para os médicos na nossa análise exploratória, mas também pelo facto de ter sido referenciado na bibliografia revista como uma variável realmente valorizada pelo médico na altura da sua tomada de

decisão sobre o produto a prescrever, Caplow & Raymond (1953); Green, Goldberg & Montemayor (1980) e Green & Krieger,( 1991).

Mais especificamente, Murri, Marcotullio, Lupoli e von Schloesser (2006), conduziram um estudo com 416 indivíduos VIH positivos. Concluíram que o desejo de um reduzido número de doses parece ser uma questão importante apenas para uma pequena parte dos participantes, embora a simplificação da terapia pudesse representar uma estratégia crucial para alcançar melhores resultados em termos de aumento da adesão, algo que decorre do senso comum.

Assumindo a ausência desta variável como uma limitação nesta investigação que poderá ser corrigida em trabalhos futuros, optámos, por imperativos técnicos, pelos quatro atributos já anteriormente referidos como sendo aqueles cujo enquadramento na conjuntura do mercado em análise nos pareceu ser mais adequado.

Importa referir que seria normal observar uma preferência por aqueles medicamentos que vissem a sua posologia reduzida a uma única toma diária.

O atributo **genérico**<sup>4</sup> está intimamente ligado ao atributo preço, estando por isso salvaguardada a referência à sua importância enquanto variável determinante na escolha do médico.

---

<sup>4</sup> O Estatuto do Medicamento, define “Medicamento Genérico” como, “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”

#### **4. O processo de recolha de informação**

O processo de recolha de informação para construção do modelo de análise é uma das fases mais sensíveis e por isso mais importantes de qualquer investigação.

##### **4.1 Metodologia de recolha de informação e construção do modelo**

A recolha de dados para a análise conjunta foi efectuada entre Novembro de 2006 e Agosto de 2007, por delegados de informação médica, previamente informados tanto sobre a importância da sua tarefa, bem como sobre as regras a cumprir durante a entrevista individual com os médicos para a recolha de dados.

Durante a entrevista, cada delegado de informação médica apresentava ao médico respondente um conjunto de vinte cartões representando o perfil de um produto com base nos quatro atributos atrás referidos, cada um compreendendo três modalidades.

As diferentes modalidades apresentadas para cada um dos quatro atributos procuraram estabelecer uma relação equilibrada entre si, próxima daquela existente no quotidiano do prescritor.

Optando por apresentar três modalidades para o atributo tolerabilidade, separadas entre si por uma unidade percentual (2%; 3% e 4%), queremos reforçar o facto de a este nível a vantagem competitiva de um produto sobre outro ser evidente para intervalos de medição muito pequenos. Tal facto, justifica-se pelo receio inerente a uma resposta inesperada a um produto administrado e suas eventuais implicações na saúde do paciente.

Quando estamos perante atributos como a eficácia (60%; 70% e 80%) e o preço (28 €; 33 € e 38 €) os intervalos entre as três modalidades para serem representativos de uma mais valia competitiva, devem ser obrigatoriamente mais alargados de forma a que justifique a utilização de um produto em detrimento de outro.

O número de cartões a apresentar ao médico, resulta da aplicação da fórmula utilizada para cálculo do número de casos a considerar, conforme o ponto 2 do presente capítulo, isto é:

3 (níveis de eficácia) X 3 (níveis de tolerabilidade) X 3 (níveis de preço) X 3 (marcas)

Ou seja, teríamos um total de 81 casos a apresentar aos médicos respondentes ao questionário, algo que seria impraticável devido à morosidade inerente a cada uma das entrevistas, bem como à objectividade da sua ordenação.

A utilização do já referido programa *SPSS*, permitiu-nos, através da criação de um plano ortogonal (vêr anexo), reduzir os casos válidos a um total de 20, incluindo 4 *holdouts*.

Seguidamente, o médico respondente deveria ordenar por ordem decrescente de importância os 20 cartões apresentados – 4 *holdouts*, considerando que cada um dos mesmos representaria a base de um produto farmacêutico a prescrever para tratamento da patologia diagnosticada.

O delegado de informação médica encarregar-se-ia em seguida de anotar as preferências manifestadas, bem como de recolher junto do médico, o seu nome, idade, especialidade e local de trabalho.

## **Capítulo IV**

### **Análise dos Resultados**

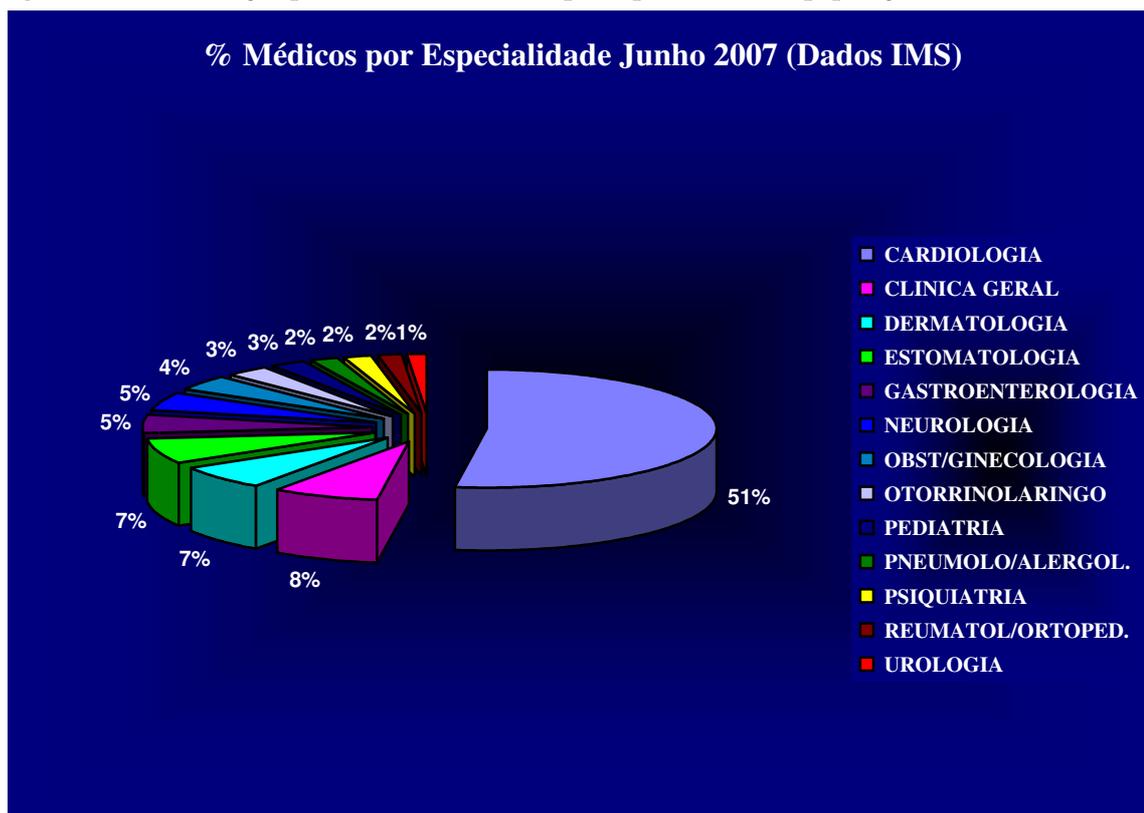
## 1. Caracterização sumária da amostra

Foi seleccionada e posteriormente estudada uma amostra de 102 médicos para participarem na presente investigação.

É usual que a amostra populacional nos estudos comerciais, usando a análise conjunta, varie entre 100 e 1000, Cattin e Wittink (1982), admitindo-se ainda amostras com tamanho inferior a 100 indivíduos em alguns casos, Akaah e Korgaonkar (1988).

Tal como podemos observar no gráfico seguinte, a especialidade de clínica geral é sem dúvida a mais representada no universo de médicos em actividade em Portugal.

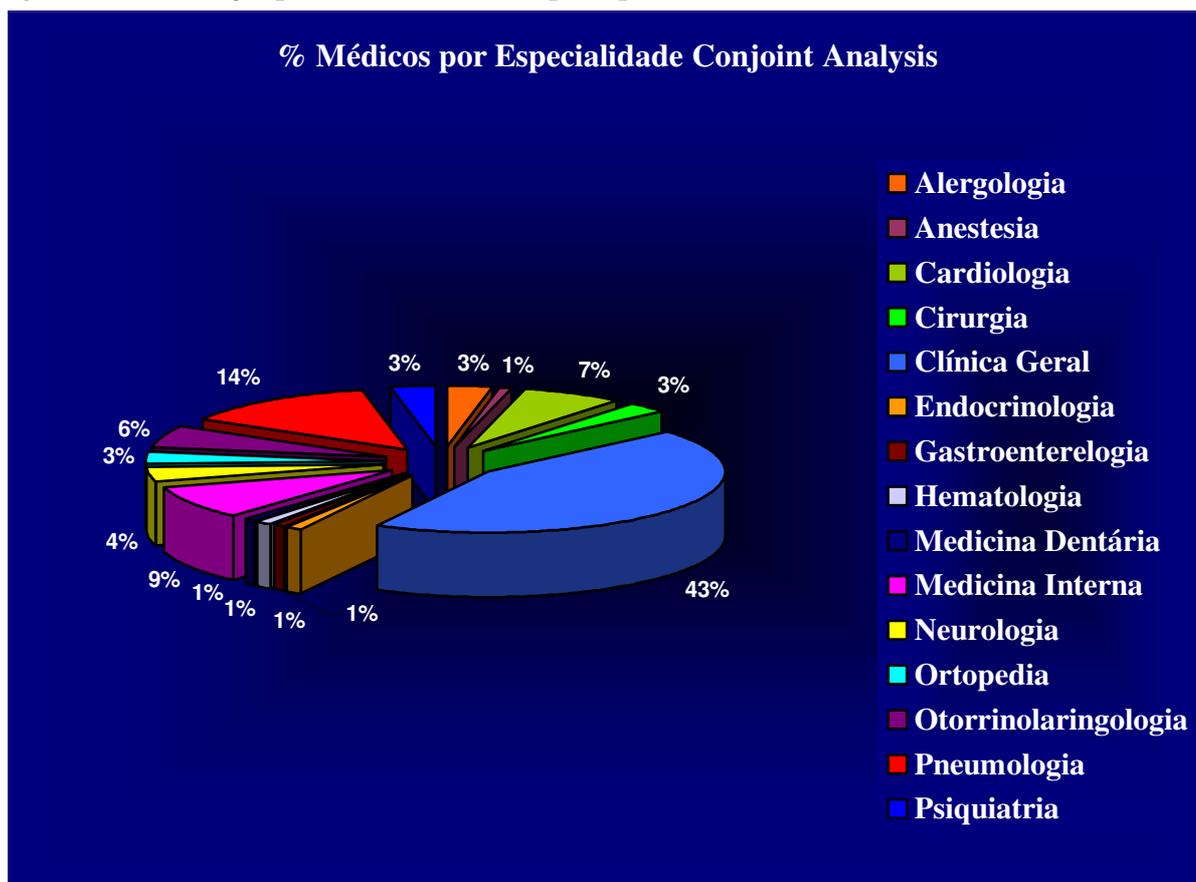
**Figura 12 . Distribuição percentual dos médicos por especialidade na população**



O painel de médicos escolhido não respeitou a proporção exacta de médicos entre cada especialidade, tendo apenas procurado respeitar a proporção de médicos de clínica geral existente face ao total de médicos de outras especialidades em actividade.

Dos 102 médicos respondentes 45 (44%) eram clínicos gerais, pertencendo os restantes 57 (56%) a uma especialidade hospitalar, o que para o propósito desta investigação é um valor aceitável, uma vez que a mesma não pretende analisar a prescrição ao nível de cada especialidade, mas tão só, estabelecer a diferenciação entre a clínica geral e os médicos de outras especialidades como um todo.

**Figura 13 . Distribuição percentual dos médicos por especialidade na amostra recolhida**



Após a recolha de dados, procedeu-se ao seu tratamento estatístico utilizando o método da análise conjunta, análise de clusters e análise discriminante.

## **2. Análise dos resultados da análise conjunta**

A análise dos resultados obtidos após o tratamento estatístico dos dados recolhidos junto da amostra seleccionada, permitir-nos-á estabelecer as conclusões da nossa investigação e avaliar se os objectivos a que nos propusemos inicialmente foram atingidos na sua plenitude.

### **2.1 O modelo da análise conjunta**

Após a análise dos resultados da análise conjunta, devemos começar por salientar, que foi assumido *a priori* que a utilidade atribuída ao preço e tolerabilidade varia na função inversa do crescimento dos valores atribuídos a cada um dos seus níveis de escolha, ou seja, quanto maior for o preço menor a sua utilidade, quanto maior a taxa de abandono da terapêutica menor a sua utilidade, conforme o quadro de descrição do modelo a seguir apresentado:

**Tabela 3 . Descrição do modelo da conjoint analysis**

<b>Model Description</b>		
	N of Levels	Relation to Ranks or Scores
Marca	3	Discrete
Preço	3	Linear (less)
Eficácia	3	Linear (more)
Tolerabilidade	3	Linear (less)

### **2.2 A utilidade estimada para cada variável**

Como podemos observar na análise do quadro geral de resultados para toda a amostra, perante as utilidades estimadas apresentadas, estaríamos na presença do produto ideal a prescrever quando o mesmo pertencesse à Pfizer, custasse 28 Euros, tivesse uma eficácia de 80% e uma taxa de abandono da terapêutica de 2%.

A utilidade estimada, usando os coeficientes estimados para cada variável, seria:

$$0,675 + (-0,147) * 28 + 0,277 * 80 + (-1,227) * 2 + (-1,383) =$$

$$0,675 - 4,108 + 22,196 - 2,455 - 1,383 = 14,882$$

Não se poderá considerar esta manifestação de preferência desajustada, uma vez que a mesma incorpora em si mesma o conjunto de valores que, em termos conceptuais, qualquer leigo na matéria elegeria como o mais adequado.

**Tabela 4 . Utilidade estimada pelo modelo para as diferentes modalidades de cada variável**

		Utilities	
		Utility Estimate	Std. Error
Marca	Pfizer	,675	,218
	Medinfar	,137	,255
	Labesfal	-,812	,255
Preço	28,00	-4,108	1,103
	33,00	-4,841	1,300
	38,00	-5,575	1,497
Eficácia	60,00	16,647	1,182
	70,00	19,422	1,379
	80,00	22,196	1,576
Tolerabilidade	2,00	-2,455	,394
	3,00	-3,682	,591
	4,00	-4,909	,788
(Constant)		-1,383	2,007

Importa realçar o facto de os atributos lineares do modelo terem coeficientes negativos (preço e tolerabilidade) ou positivos (eficácia), de acordo com o esperado.

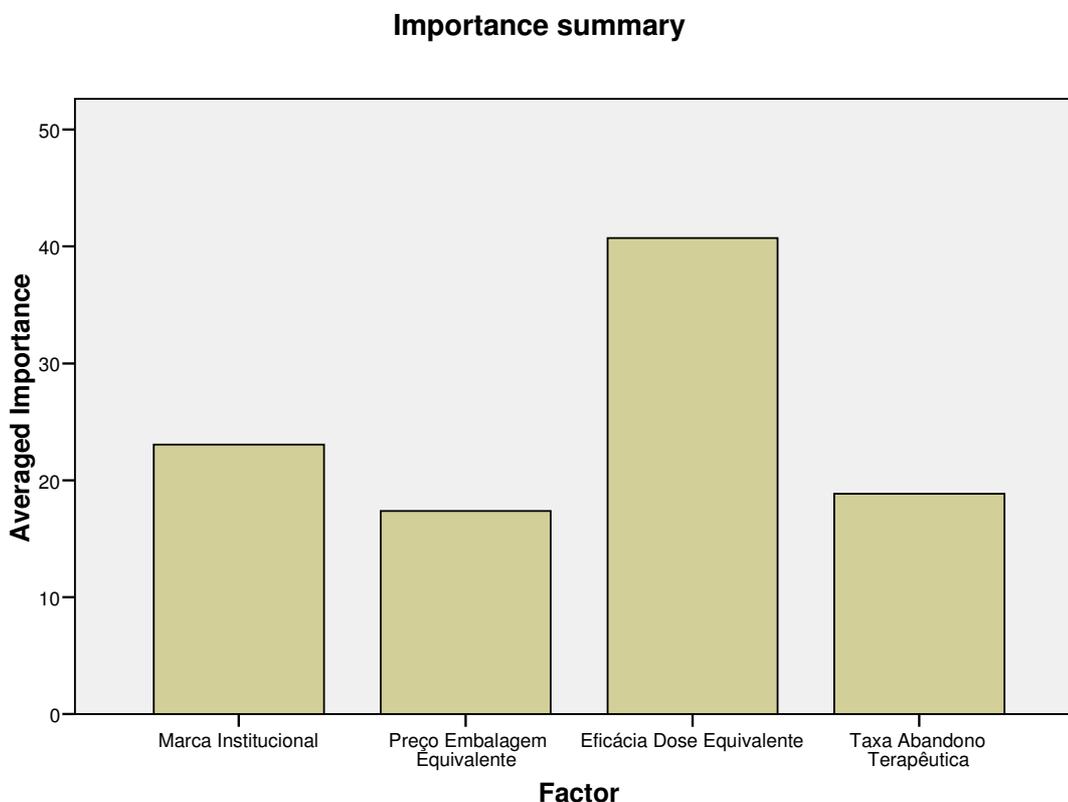
No primeiro caso, ambos os atributos registam menor manifestação de preferência para valores absolutos mais elevados, no segundo caso, o atributo regista maior manifestação de preferência para valores absolutos mais elevados.

**Tabela 5 . Coeficientes estimados pelo modelo para as diferentes modalidades de cada variável**

Coefficients	
	B
	Estimate
Preço	-,147
Eficácia	,277
Tolerabilidade	-1,227

### **2.3 A importância atribuída pela classe médica a cada variável**

A importância atribuída pelos médicos respondentes a cada um dos atributos estudados apresenta-nos aquela que será a primeira incongruência face ao conjunto de oito atributos eleitos como mais importantes no processo de tomada de decisão do medicamento a prescrever, uma vez que a seguir à eficácia, variável à qual os médicos respondentes atribuem 40,7% de importância no acto de escolha de um produto, é a marca institucional da empresa, com uma importância média de 23%, aquela que mais pesa na escolha do produto a prescrever, relegando a variável tolerabilidade para uma posição menos relevante, quase ao nível da variável preço, como podemos observar seguidamente:

**Tabela 6 . Representação gráfica da importância dos atributos estudados para os médicos da amostra**

Em valores exactos, teremos para cada atributo a seguinte importância manifestada pela amostra estudada,

**Tabela 7 . Importância dos atributos estudados para os médicos da amostra em valor****Importance Values**

Marca	23,054
Preço	17,373
Eficácia	40,717
Tolerabilidade	18,856

Averaged Importance Score

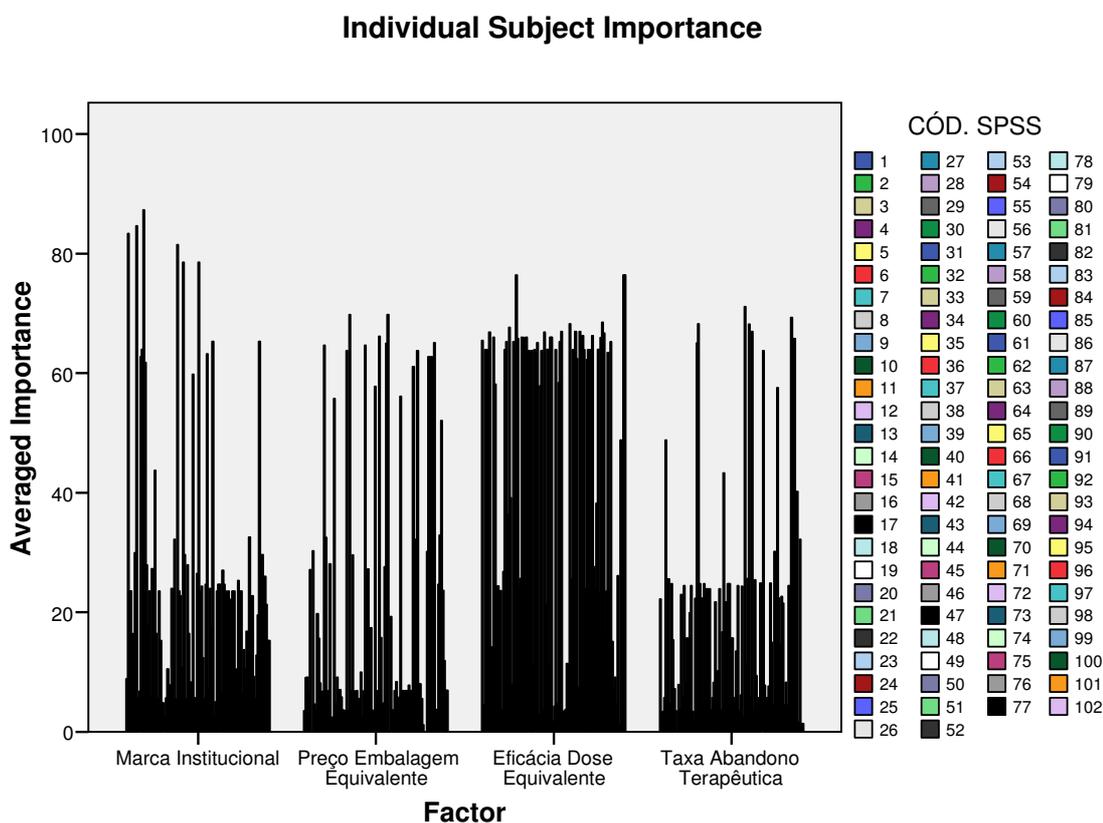
Estes valores resultam do quociente entre o somatório da importância atribuída por cada indivíduo a cada um dos atributos, e o número de indivíduos da amostra.

Em seguida podemos ainda analisar a forma como foram avaliados as diferentes alternativas propostas para cada um dos atributos.

No gráfico a seguir apresentado torna-se evidente o nível de importância atribuído por cada um dos médicos respondentes a cada atributo apresentado.

A maior densidade de área ocupada pela coluna da eficácia, resulta da maior importância atribuída a este atributo por uma grande parte dos inquiridos. As áreas das colunas decrescem em função da importância do atributo marca, tolerabilidade e preço, sucessivamente.

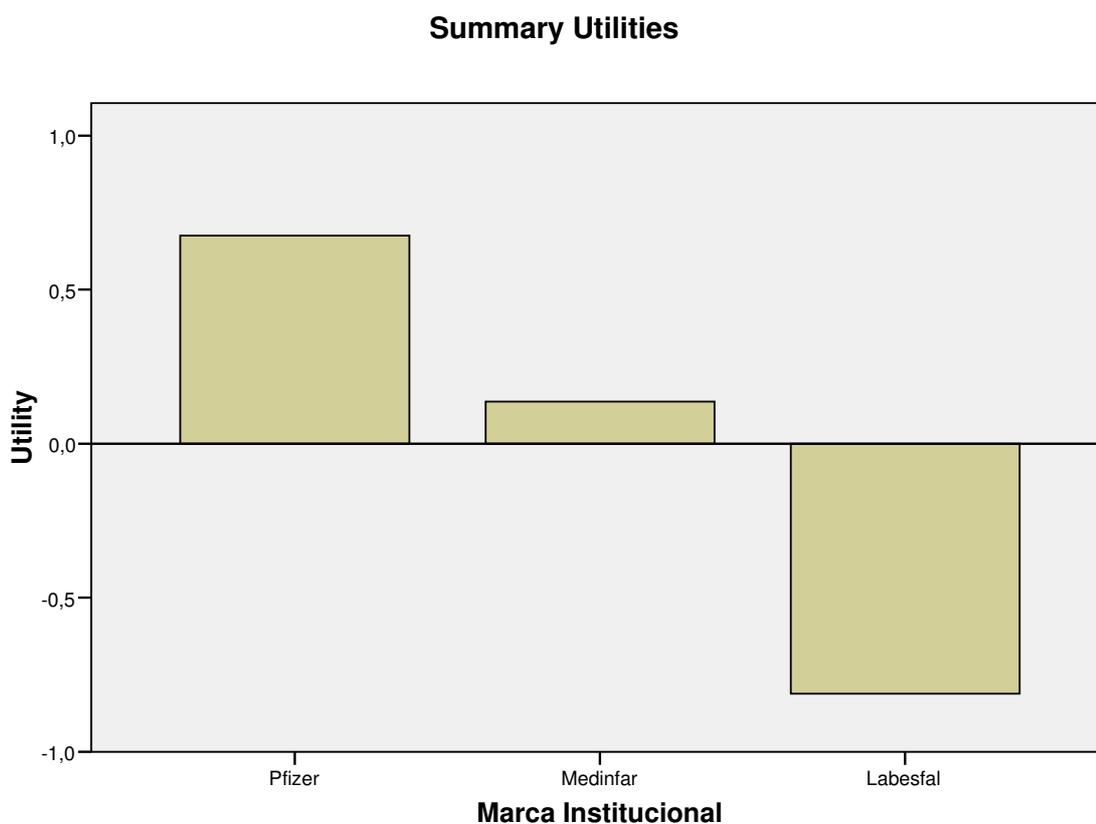
**Tabela 8 . Importância média atribuída a cada variável pelos médicos respondentes**



### **2.3.1 Utilidade da variável marca institucional**

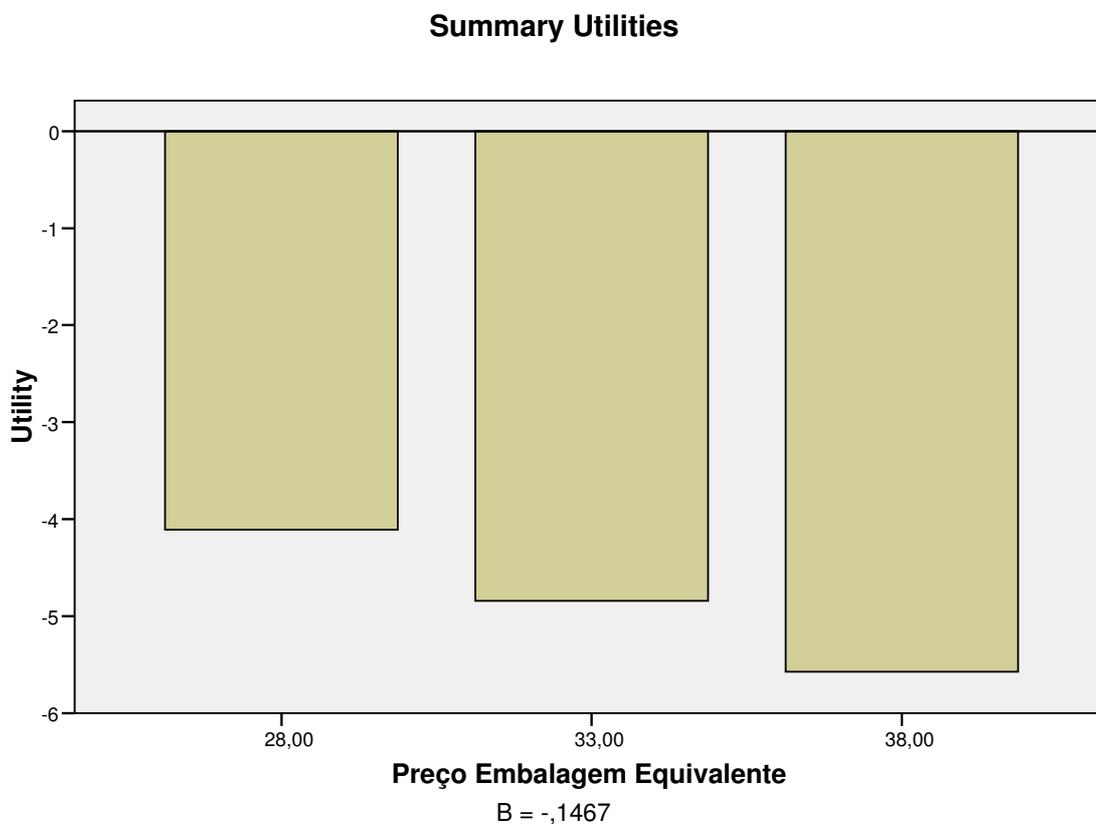
Em relação às marcas institucionais propostas, fica claro que uma marca associada a uma empresa com elevada fiabilidade é preferida pela classe médica, em relação a marcas associadas a empresas com fiabilidade mais reduzida.

**Tabela 9 . Descrição da utilidade atribuída a cada marca institucional**



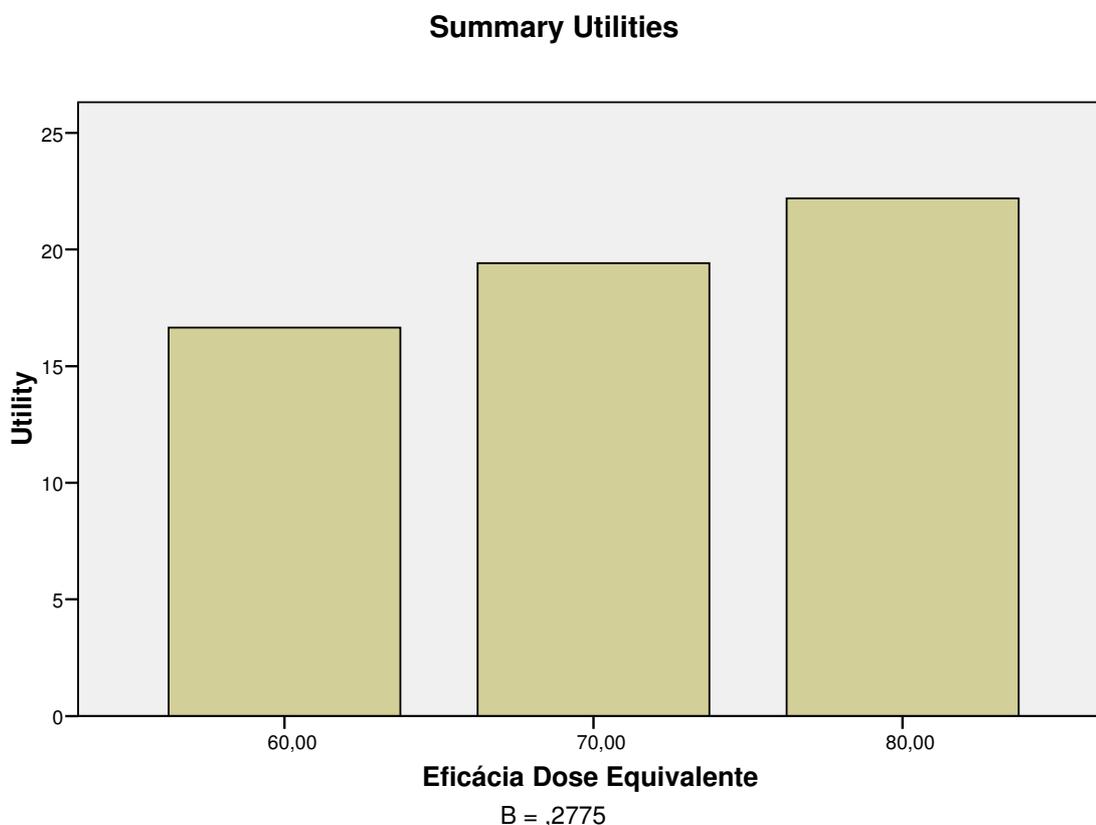
### **2.3.2 Utilidade da variável preço**

O preço, outro dos atributos considerados na nossa análise, vê a sua utilidade aumentar na razão inversa do seu crescimento. Há uma clara preferência, em situações em que os outros atributos se equiparem, por um produto farmacêutico com um preço inferior.

**Tabela 10 . Descrição da utilidade atribuída a cada nível de preço**

### **2.3.3 Utilidade da variável eficácia**

A variável mais consensual enquanto factor influente no processo de tomada de decisão sobre a escolha o produto a prescrever pelo médico, é sem dúvida a sua eficácia, o que se poderá explicar pelo facto de o acto de prescrição encerrar em si mesmo uma manifestação de confiança entre as três partes envolvidas: médico; medicamento e paciente. Desta forma, quanto maior for a garantia de eficácia conferida por um medicamento, mais forte se tornará essa manifestação recíproca.

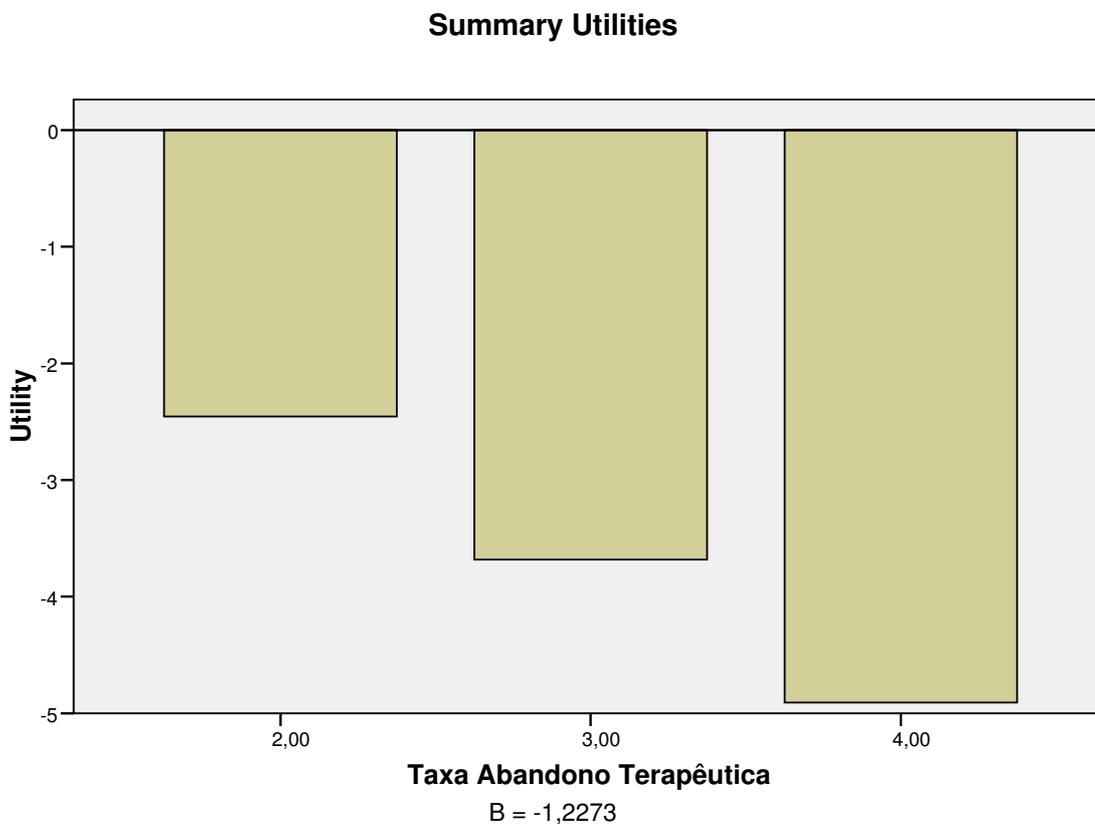
**Tabela 11 . Descrição da utilidade atribuída a cada nível de eficácia**

### **2.3.4 Utilidade da variável tolerabilidade**

A taxa de abandono da terapêutica, também denominada por tolerabilidade do produto, tem comportamento semelhante à eficácia do mesmo, variando no entanto em razão inversa, tal como o atributo preço.

Uma vez que se pretende que qualquer produto por mais eficaz que seja, mantenha uma eficácia sustentada ao longo do tempo, tal só será possível, se o número de abandonos da terapêutica devido a efeitos secundários indesejáveis se mantiver reduzido de forma continuada.

Tabela 12 . Descrição da utilidade atribuída a cada nível da taxa de abandono da terapêutica



### **3. Validação do modelo da análise conjunta**

Em relação ao ajustamento do modelo de análise considerado, podemos verificar que existe uma forte correlação entre os valores de utilidade previstos pelo modelo e as preferências dos médicos para cada produto (cartão), e que esta é estatisticamente significativa.

Destaque-se aqui a importância dos quatro *holdouts* utilizados para validar os resultados, que confirmaram a hierarquia de preferências manifestadas pelos médicos e registada no modelo.

Estamos assim, perante um modelo apropriado para explicar o comportamento de prescrição dos médicos.

**Tabela 13. Descrição da correlação existente entre os atributos do modelo**

	Value	Sig.
Pearson's R	,982	,000
Kendall's tau	,929	,000
Kendall's tau for Holdouts	1,000	,021

a. Correlations between observed and estimated preferences

#### **4. Análise de *clusters*: Detecção de segmentos diferenciados**

Após a análise dos resultados da análise conjunta em termos globais, importava agora tentar perceber se era possível agrupar médicos que de alguma forma manifestassem uma mesma preocupação especial com pelo menos um dos quatro atributos estudados. Dada alguma heterogeneidade patenteada pelos indivíduos, admitimos ser possível agrupar os médicos em função da importância atribuída a cada um dos quatro atributos apresentados na investigação. Procurámos assim formar grupos que atribuíssem importância semelhante aos mesmos atributos.

A Análise de *Clusters* é uma técnica de estatística multivariada, a qual, sem definir previamente quaisquer critérios de agrupamento, permite a classificação de objectos relativamente homogéneos a partir das semelhanças evidenciadas por um conjunto de características seleccionadas para o efeito.

Na Análise de *Clusters* optou-se pela utilização do quadrado da distância euclidiana, uma vez que esta medida de semelhança favorece a contracção do espaço para objectos mais próximos e a dilatação do espaço para objectos mais afastados.

Optámos no nosso caso por um agrupamento hierárquico de *clusters*. Após algumas análises exploratórias em que se ensaiaram diferentes métodos de agrupamento (*complete linkage*, Ward e *K-means*), seleccionou-se a classificação obtida através do método Ward, uma vez que foi aquele em que se obteve perfeita concordância com os resultados alcançados com a análise discriminante efectuada (Tabela 17).

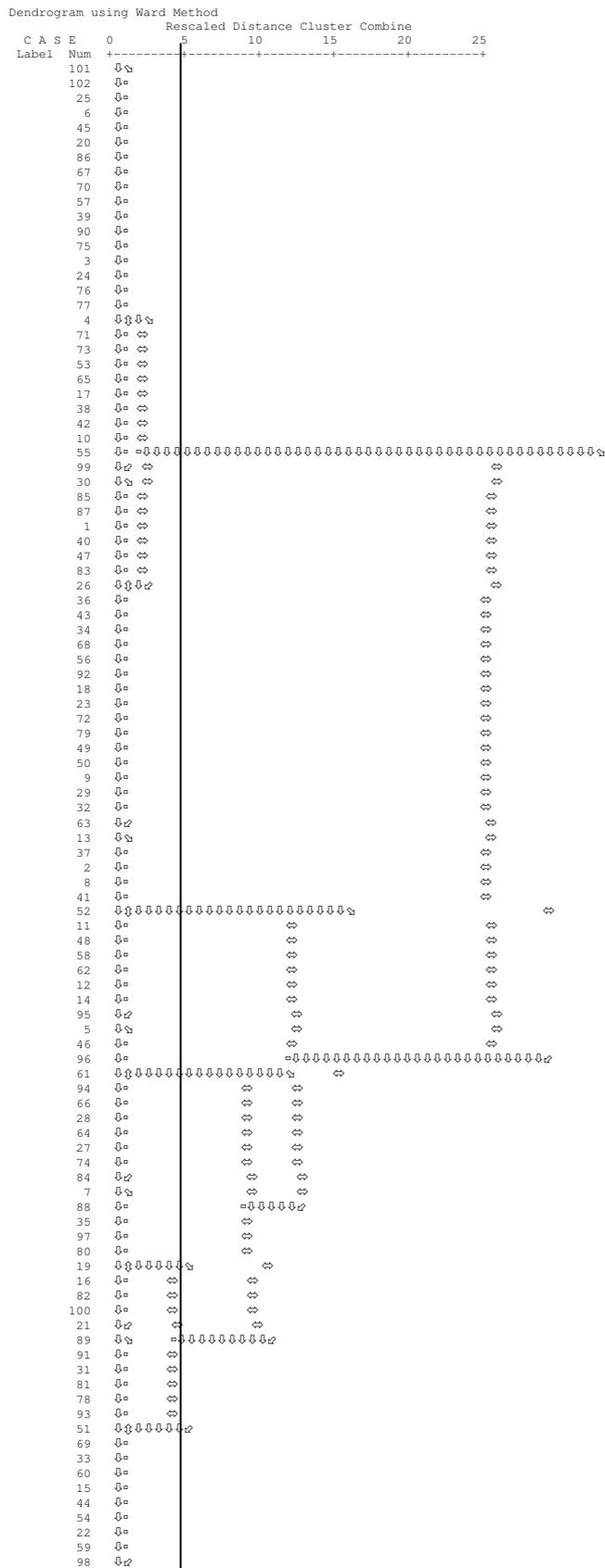
Neste método, os *clusters* são formados de modo a minimizar a soma dos quadrados dos erros (ou soma de quadrados dentro dos clusters, em analogia com a soma dos quadrados dos erros ou dentro das amostras da Anova). Em cada um dos passos do algoritmo, os *clusters* retidos são aqueles, de todos os possíveis, com a menor soma dos quadrados dos erros, (Maroco, João 2002).

#### **4.1 Dendograma**

Após a análise de clusters efectuada, os resultados globais obtidos permitiram obter o seguinte Dendograma, que ilustra os agrupamentos efectuados em cada passo e a distância a que os membros dos *clusters* se encontram.

O processo de agrupamento respeitou um intervalo de cinco pontos, de modo a minimizar a heterogeneidade dos grupos.

Figura 14 . Dendograma



## **4.2 Identificação e diferenciação de segmentos**

**Tabela 14 . Descrição dos segmentos identificados para valorização dos atributos**

**Ward Method**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	52	51,0	51,0	51,0
	2	13	12,7	12,7	63,7
	3	11	10,8	10,8	74,5
	4	26	25,5	25,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

### **4.2.1 Segmento I**

Como podemos observar, resultaram da nossa análise quatro segmentos diferentes, cada um deles com uma preferência clara por um dos atributos considerados:

Segmento I – constituído por 52 (51%) médicos que valorizam essencialmente no processo de tomada de decisão do produto farmacêutico a prescrever, o atributo eficácia, atribuindo-lhe um valor médio de importância de 65%.

Este valor médio é estatisticamente diferenciado dos restantes para um nível de significância inferior a 5% (Kruskal Wallis Test).

Atentemos no quadro a seguir apresentado, em que se apresentam as importâncias relativas dos atributos para os médicos do segmento I, médicos que valorizam predominantemente a eficácia.

**Tabela 15 . Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento I - Eficácia**

**Ward Method = 1**

Descriptive Statistics <sup>a</sup>					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IMP	52	,02513	,29645	,1433331	,08230384
IPP	52	,00000	,23622	,0572231	,04354305
IEP	52	,48819	,76389	,6507692	,04185104
ITP	52	,01389	,25590	,1486744	,09120076
Valid N (listwise)	52				

a. Ward Method = 1

#### **4.2.1 Segmento II**

Segmento II – constituído por 13 (12,7%) médicos que valorizam essencialmente no processo de tomada de decisão do produto farmacêutico a prescrever, o atributo marca institucional, atribuindo-lhe um valor médio de importância de 72% - igualmente diferenciado dos restantes de forma estatisticamente significativa.

Este valor médio é estatisticamente diferenciado dos restantes para um nível de significância inferior a 5% (Kruskal Wallis Test).

Atentemos no quadro a seguir apresentado, em que se apresentam as importâncias relativas dos atributos para os médicos do segmento II, médicos que valorizam predominantemente a marca.

Tabela 16 . Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento II - Marca

Ward Method = 2

**Descriptive Statistics<sup>a</sup>**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IMP	13	,59783	,87302	,7200108	,10279186
IPP	13	,00000	,27586	,0950585	,08341884
IEP	13	,02857	,24419	,1007685	,07281840
ITP	13	,00000	,25571	,0841608	,06694203
Valid N (listwise)	13				

a. Ward Method = 2

**4.2.1 Segmento III**

Segmento III – constituído por 11 (10,8%) médicos que valorizam essencialmente no processo de tomada de decisão do produto farmacêutico a prescrever, o atributo tolerabilidade, atribuindo-lhe um valor médio de importância de 62,5%, como a seguir podemos constatar.

Este valor médio é estatisticamente diferenciado dos restantes para um nível de significância inferior a 5% (Kruskal Wallis Test).

Atentemos no quadro a seguir apresentado, em que se apresentam as importâncias relativas dos atributos para os médicos do segmento III, médicos que valorizam predominantemente a tolerabilidade.

Tabela 17 . Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento III - Tolerabilidade

Ward Method = 3

**Descriptive Statistics<sup>a</sup>**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IMP	11	,02513	,24664	,1069409	,07167886
IPP	11	,00000	,27204	,1016564	,10630530
IEP	11	,00000	,25590	,1659700	,09327971
ITP	11	,43325	,71111	,6254373	,08970993
Valid N (listwise)	11				

a. Ward Method = 3

#### **4.2.1 Segmento IV**

Segmento IV – constituído por 26 (25,5%) médicos que valorizam essencialmente no processo de tomada de decisão do produto farmacêutico a prescrever, o atributo preço, atribuindo-lhe um valor médio de importância de 48%, o que faz deste grupo o menos extremado, como podemos constatar no quadro a seguir apresentado.

Este valor médio é estatisticamente diferenciado dos restantes para um nível de significância inferior a 5% (Kruskal Wallis Test).

Atentemos no quadro a seguir apresentado, em que se apresentam as importâncias relativas dos atributos para os médicos do segmento IV, médicos que valorizam predominantemente o preço.

Tabela 18. Descrição da valorização dos atributos pelos médicos do segmento IV – Preço

Ward Method = 4

**Descriptive Statistics<sup>a</sup>**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IMP	26	,06509	,43731	,2124973	,09835845
IPP	26	,02446	,69782	,4765627	,20794555
IEP	26	,01183	,39144	,1752246	,12439682
ITP	26	,02492	,40237	,1357162	,10516798
Valid N (listwise)	26				

a. Ward Method = 4

### **5. Análise discriminante: Validação da análise de clusters**

Foi em seguida efectuada uma análise discriminante – técnica de estatística multivariada que visa distinguir estatisticamente dois ou mais grupos de objectos definidos antecipadamente, a partir de um conjunto de atributos observados para todos os membros dos respectivos grupos.

Dada a sua natureza, este tipo de análise é frequentemente utilizado como instrumento estatístico avaliador da consistência de grupos gerados pela análise de *clusters* .

Desta forma, recorreremos à análise discriminante com o objectivo de demonstrar que todos os inquiridos foram correctamente classificados, o que se veio a confirmar, conforme podemos constatar no quadro a seguir apresentado.

Tabela 19 . Validação da análise de clusters pela análise discriminante

**Classification Results<sup>a</sup>**

		Ward Method	Predicted Group Membership				Total
			1	2	3	4	
Original	Count	1	52	0	0	0	52
		2	0	13	0	0	13
		3	0	0	11	0	11
		4	0	0	0	26	26
	%	1	100,0	,0	,0	,0	100,0
		2	,0	100,0	,0	,0	100,0
		3	,0	,0	100,0	,0	100,0
		4	,0	,0	,0	100,0	100,0

a. 100,0% of original grouped cases correctly classified.

## **6. Caracterização dos segmentos encontrados: atributos sóciodemográficos**

Procuraremos em seguida identificar que atributos sóciodemográficos podem influenciar as preferências dos médicos e de que forma o fazem.

### **6.1 Especialidade**

Questão importante a considerar em relação às escolhas de prescrição da classe médica, está relacionada com o facto de se tratar de um médico de clínica geral ou de um médico denominado especialista, uma vez que a realidade quotidiana de cada um é necessariamente diferente em virtude de terem conhecimentos diferentes sobre as patologias alvo de tratamento.

Deste modo, procurámos analisar qual a importância destes dois atributos, ser clínico geral ou ser especialista, em cada um dos quatro segmentos anteriormente identificados. Constatámos que dentro do segmento I – médicos que valorizam predominantemente a eficácia, existe um ligeiro ascendente dos especialistas (55,8%) sobre os clínicos gerais (44,2%), como a seguir podemos observar:

**Tabela 20 . Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento I**

**Clinico Geral - Especialistã**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Clínico Geral	23	44,2	44,2	44,2
	Especialista	29	55,8	55,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

a. Ward Method = 1

Esta ligeira diferença entre os dois grupos em análise, reforça a importância do atributo eficácia, como aquele que mais determina a escolha do médico prescriptor.

Em ambos os casos é latente a preocupação do médico com a eficácia, podendo ser atribuída à especialidade uma maior concentração neste atributo pelo facto de a experimentação de novos produtos ser habitualmente levada a efeito junto destes profissionais.

No segmento II – médicos que valorizam predominantemente a marca, existe um claro ascendente dos clínicos gerais (76,9%) sobre os especialistas (23,1%), como a seguir podemos observar:

**Tabela 21. Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento II**

**Clinico Geral - Especialistã**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Clínico Geral	10	76,9	76,9	76,9
	Especialista	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

a. Ward Method = 2

Esta diferença tão acentuada de entre a clínica geral e a especialidade quanto à marca do produto a prescrever, justificar-se-á pelo facto de uma grande parte dos especialistas desenvolverem a sua actividade em hospitais públicos, onde os produtos são prescritos por DCI – Denominação Comum Internacional, ou seja, só a substância activa do medicamento é relevante.

O clínico geral, pode por sua vez, escolher a substância a prescrever e caso exista mais do que uma marca para a substância eleita, pode também optar por aquela que lhe der mais garantias.

No segmento III – médicos que valorizam predominantemente a tolerabilidade, existe algum ascendente dos clínicos gerais (63,6%) sobre os especialistas (36,4%), como a seguir podemos observar:

**Tabela 22. Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento III**

**Clinico Geral - Especialistã**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Clínico Geral	7	63,6	63,6	63,6
	Especialista	4	36,4	36,4	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

a. Ward Method = 3

A preocupação em relação à tolerabilidade do medicamento será mais latente no médico de clínica geral, provavelmente pelo facto de este se sentir mais seguro na utilização de fármacos mais experimentados e por não conseguir monitorizar de forma tão próxima como seria desejável qualquer intolerância ao produto administrado, algo que o médico especialista poderá fazer mais facilmente no domínio hospitalar.

No segmento IV – médicos que valorizam predominantemente o preço, existe uma supremacia clara dos especialistas (80,8%) sobre os clínicos gerais (19,2%), como a seguir podemos observar:

**Tabela 23. Importância da especialidade vs. clínica geral no segmento IV**

**Clinico Geral - Especialistã**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Clínico Geral	5	19,2	19,2	19,2
	Especialista	21	80,8	80,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

a. Ward Method = 4

Esta diferença tão acentuada de prevalência da especialidade sobre a clínica geral quanto ao preço do produto a prescrever, justificar-se-á pelo facto de uma grande parte dos especialistas desenvolverem a sua actividade em hospitais públicos, onde os produtos são prescritos por DCI – Denominação Comum Internacional e onde os mesmos, devido ao rigor orçamental vigente, são introduzidos no formulário da farmácia hospitalar atendendo em grande parte ao seu baixo custo.

Excepção feita ao resultado da análise da descrição no segmento I, onde a prevalência se distribui de forma mais equilibrada entre clínicos gerais e especialistas, nos segmentos II, III e IV, constata-se que existe sempre a prevalência de uma variável sobre a outra, o que nos permite concluir que é relevante no acto de prescrição médica o facto de o mesmo ser praticado por um clínico geral ou por um especialista.

## **6.2 Local de trabalho**

Será por isso importante passarmos ao próximo passo da nossa investigação, avaliando até que ponto o local de trabalho dos médicos, aqui segmentados em três vertentes fundamentais, centro de saúde, hospital e consultório, é ou não determinante nos hábitos de prescrição dos mesmos.

Para este efeito, considerámos médicos de centro de saúde, aqueles que exercem a sua actividade em regime de exclusividade ou maioritariamente em centro de saúde ou unidade de saúde familiar; médicos de hospital aqueles que exercem actividade de especialista em hospital e médicos de consultório aqueles que exercem a sua actividade exclusivamente em consultório.

Embora a análise por segmento faça diminuir o número de observações, em particular nos segmentos de menor dimensão e conseqüentemente denote menor fiabilidade estatística, apresentam-se os quadros seguintes apenas como tendências indicativas que podem ajudar a descrever cada um dos segmentos encontrados.

A análise descritiva aos segmentos, considerando a variável estabelecimento (local de trabalho), mostrou que:

No segmento I, médicos que valorizam predominantemente a eficácia, há um ligeiro ascendente dos médicos que desenvolvem a sua prática clínica em centros de saúde (42,3%) sobre aqueles que o fazem no hospital (36,5%) ou no consultório (21,2%).

Tal facto estará relacionado com a predominância de clínicos gerais nos centros de saúde, que não sendo tendo habitualmente um comportamento inovador, serão seguidores de terapêuticas já instituídas e com eficácia demonstrada a nível hospitalar.

**Tabela 24. Importância do local trabalho no segmento I**

**Ward Method = 1**

		ESTABELECIMENTO			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Centro de Saúde	22	42,3	42,3	42,3
	Consultório	11	21,2	21,2	63,5
	Hospital	19	36,5	36,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

a. Ward Method = 1

No segmento II, médicos que valorizam predominantemente a marca, há um marcado ascendente dos médicos que desenvolvem a sua prática clínica em centros de saúde (69,2%) sobre aqueles que o fazem no hospital (23,1%) ou no consultório (7,7%).

Os clínicos gerais, pelo facto de não estarem sujeitos a restrições de formulário como os médicos que desenvolvem a sua actividade a nível hospitalar, podem definir a sua prescrição em função da marca que lhes transmitir maiores índices de confiança.

Sentir-se-ão certamente, mais confiantes na utilização de marcas mais experimentadas e propriedade de empresas inspiradoras dessa confiança.

Tabela 25. Importância do local trabalho no segmento II

Ward Method = 2

**ESTABELECIMENTO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Centro de Saúde	9	69,2	69,2	69,2
Consultório	1	7,7	7,7	76,9
Hospital	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

a. Ward Method = 2

No segmento III, médicos que valorizam predominantemente a tolerabilidade, constatamos que há um ligeiro ascendente dos médicos que desenvolvem a sua prática clínica em centros de saúde (54,5%) sobre aqueles que o fazem no hospital (36,4%) ou no consultório (9,1%)

Esta questão deriva dos factores anteriormente enunciados, isto é, da necessidade que os clínicos gerais sentem em ter algum conforto para utilizar um produto farmacêutico, tanto ao nível da sua eficácia, como ao nível da segurança proporcionada pelo mesmo no seu manuseamento.

**Tabela 26. Importância do local trabalho no segmento III****Ward Method = 3**

**ESTABELECIMENTO**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Centro de Saúde	6	54,5	54,5	54,5
	Consultório	1	9,1	9,1	63,6
	Hospital	4	36,4	36,4	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

a. Ward Method = 3

No segmento IV, médicos que valorizam predominantemente o preço, verificamos que há uma supremacia evidente dos médicos que desenvolvem a sua prática clínica no hospital (80,8%) sobre aqueles que o fazem no centro em centro de saúde (11,5%) ou no consultório (7,7%).

É nos hospitais que o factor preço é mais determinante na escolha de um medicamento. O facto de a entrada no formulário hospitalar estar sujeita a um rigoroso controlo orçamental, leva a que o factor preço assuma um papel cada vez mais determinante na escolha do produto eleito.

Assim, como que por obrigação, o médico do hospital vê-se na contingência de utilizar os medicamentos mais baratos independentemente do facto de serem estes aqueles em que mais confiança deposita.

Tabela 27. Importância do local trabalho no segmento IV

Ward Method = 4

		ESTABELECIMENTO			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Centro de Saúde	3	11,5	11,5	11,5
	Consultório	2	7,7	7,7	19,2
	Hospital	21	80,8	80,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

a. Ward Method = 4

### 6.3 Outros atributos sócio-demográficos não significativos

Foram ainda avaliados os atributos género (masculino/feminino) e região (rural/urbano), não tendo os mesmos revelado ser credores de importância como critério de diferenciação na prática clínica da amostra seleccionada.

### 6.4 Síntese conclusiva

Procurando sintetizar, em jeito de conclusão, os resultados aqui apresentados permitem-nos tecer algumas considerações sobre aquilo que evidenciam.

Existe, e acreditamos que este trabalho permitiu reforçar essa ideia, um número alargado de atributos que concorrem para a determinação da escolha dos produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos aos seus doentes, ressaltando desde logo a **eficácia** desses produtos como aquele atributo que mais condiciona a sua utilização, sendo por isso o mais valorizado pela grande maioria dos médicos. Quanto maior a eficácia de um produto, maior será a sua probabilidade de prescrição.

A **marca institucional**, ao contrário daquilo que os próprios médicos tendem a admitir, demonstra ser um atributo que funciona como factor de credibilização do produto farmacêutico logo que seja comprovada a sua eficácia.

Empresas que detenham uma marca institucional forte e que seja dessa forma percebida pela classe médica, terão maiores probabilidades de verem a utilização dos seus produtos ser preferida a outras com uma marca institucional menos reconhecida.

A **tolerabilidade** do produto, directamente relacionada com a taxa de abandono da terapêutica a que o mesmo é votado pelos seus utilizadores, surge nesta investigação como um factor menos considerado do que outros, o que demonstra que provavelmente a classe médica está disposta a correr determinados riscos na utilização de produtos farmacêuticos mais eficazes mesmo que para isso tenham que suportar taxas de eventos adversos superiores.

O quarto atributo investigado, o **preço**, que recorde-se na análise exploratória inicial surgia à frente da marca institucional como preocupação latente na prescrição médica, é, no resultado da nossa investigação apontado como um factor tido em conta essencialmente pela classe médica especialista hospitalar, não sendo para os clínicos gerais, claramente, um factor determinante na prescrição, pelo menos quando considerado em conjunto com a eficácia, a marca institucional e a tolerabilidade.

**Capítulo V**  
Conclusões e  
Recomendações

## **1. Principais conclusões**

A interpretação dos resultados da presente investigação evidencia um conjunto de oportunidades que, devidamente exploradas, poderão proporcionar o desenvolvimento de uma actividade mais focalizada por parte dos profissionais da indústria farmacêutica junto da classe médica.

### **1.1 Quanto aos objectivos definidos**

No início da nossa investigação tínhamos como objectivo evidenciar de forma clara quais as razões subjacentes ao processo de tomada de decisão no acto médico de prescrição.

Pretendíamos simultaneamente avaliar qual o grau de importância que a classe médica confere aos diversos atributos determinantes no processo de tomada de decisão anteriormente descrito.

Após a análise dos resultados obtidos acreditamos ser pertinente admitir que se conseguiu demonstrar que a escolha que o médico faz quanto ao produto a prescrever é uma escolha criteriosa e sustentada em argumentos insuspeitos.

Quando nos debruçamos sobre as razões mais fortes invocadas pela classe médica para sustentar a sua prescrição, a eficácia do produto e a empresa que o comercializa, somos levados a concluir que os profissionais desta classe procuram acima de tudo a obtenção de elevadas taxas de sucesso – resultados, e confiança nos meios terapêuticos colocados à sua disposição – segurança.

Fica também evidenciado pela análise dos resultados deste trabalho que a percepção que os médicos têm do valor da marca institucional é claramente inferior ao valor que efectivamente lhe atribuem no quotidiano profissional.

Se a questão da importância da eficácia e da segurança de um produto farmacêutico tem ao longo dos anos gerado consensos entre os autores dos diversos trabalhos publicados

sobre esta temática, já a valorização da marca institucional pelo médico prescriptor é inequivocamente, uma variável que só mais recentemente começou a ser equacionada no processo de escolha de um medicamento.

O que resulta desta investigação é a convicção profunda de que a eficácia, a tolerabilidade e o preço, ganham uma nova dimensão enquanto atributos determinantes no acto médico de prescrição, quando sustentados por uma marca corporativa com elevada notoriedade junto da classe médica.

Desta forma fará todo sentido concentrar esforços no sentido de fazer emergir na realidade empresarial novos critérios de segmentação, uma vez que acreditamos ter ficado aqui demonstrada a existência de grupos de médicos para quem os atributos considerados têm importâncias significativamente diferenciadas. Deste modo a abordagem dos DIM a cada um dos diferentes grupos, deverá ter em conta as especificidades do mesmo de forma a tornar cada interacção com o médico cada vez mais eficaz.

## **1.2 Quanto ao mérito de trabalho científico**

Ao logo deste texto procurou-se manter a maior objectividade possível de forma a que a sua interpretação fosse acessível a todos aqueles com interesse pelo tema, independentemente da sua área de actividade.

### **1.2.1 Contribuição**

Todo o trabalho desenvolvido ao longo desta investigação teve como orientação principal, poder contribuir para um melhor conhecimento sobre os hábitos de prescrição de uma classe profissional, que tem a particularidade de não ser o consumidor final do produto, mas é o cliente privilegiado pela indústria que promove esse mesmo produto.

Acreditamos nesta fase ter demonstrado de forma clara e inequívoca que o acto de prescrição médica não é um acto fortuito, mas sim um processo de tomada de decisão

conscientemente estruturado, em que são avaliados diversos atributos e em que é possível equacionar um potencial máximo de satisfação do médico quando colocado perante esses atributos.

Tomando como ponto de partida outros trabalhos que abordaram a problemática da optimização do produto farmacêutico numa perspectiva de incremento de resultados (Green & Krieger, 1991), esta investigação procurou dar a conhecer os hábitos de prescrição com foco não no produto mas sim na classe profissional que o utiliza.

### **1.2.2 Relevância**

Para além de confirmar a importância da eficácia de um produto farmacêutico enquanto factor de diferenciação em relação aos seus concorrentes, na perspectiva do médico prescriptor, este trabalho poderá servir de base à criação de uma nova atitude em termos estratégicos por parte dos gestores das empresas da indústria farmacêutica, uma vez que demonstra a importância da marca institucional para os seus clientes alvo – classe médica, sabendo-se que a maioria das empresas deste sector atribui uma importância relativamente pequena à criação de uma imagem corporativa forte.

Desta forma, e demonstrada que está a importância de um produto farmacêutico ter a sustentá-lo uma marca corporativa credora de notoriedade, devem os responsáveis pela gestão da imagem dessa marca corporativa, a bem dos resultados sempre exigidos pela assembleia de accionistas de qualquer empresa, envidar todos os esforços por recuperar o tempo desperdiçado até aqui, indo de encontro à necessidade manifestada pelo cliente com o intuito de a satisfazer, proporcionando-lhe a segurança que a marca institucional lhe transmite.

### **1.2.3 Originalidade**

Entenda-se aqui originalidade não apenas como algo de diferente, mas como algo que dá a conhecer algo de diferente, aquilo que esta investigação procurou fazer ao dar protagonismo às preferências dos médicos enquanto indivíduos envolvidos num

processo de tomada de decisão e não como meros avaliadores do produto farmacêutico por si utilizado. No entanto, importa aqui salientar a importância de todos os outros trabalhos que de alguma maneira, mais próxima ou mais afastada, abordam a temática desta investigação, uma vez que foram os mesmos que motivaram a sua execução e funcionaram em algumas situações como referência .

#### **1.2.4 Limitações**

Como já foi referido anteriormente, a inexistência de investigação nesta área específica em quantidade suficiente, fez com que as referências que poderiam de alguma forma servir de termo de comparação para este trabalho se tornassem escassas. Acreditamos no entanto que, mesmo com essa ténue linha de orientação, foi possível atingir os objectivos a que nos propusemos e dar a terceiros a possibilidade de disporem de uma estrutura base para futuras investigações sobre o tema agora apresentado.

A utilização da análise conjunta, embora esta seja uma técnica particularmente apropriada para avaliar o grau de importância dos atributos tidos como relevantes num contexto próximo da realidade, tende a limitar o número de atributos a considerar sob pena de perdermos a objectividade que deve nortear este tipo de trabalho.

Os resultados obtidos serão sempre tanto mais fiáveis quanto menores forem os atributos relevantes. Neste estudo como já foi referido, optámos por quatro atributos que acreditamos, pelo que foi até aqui evidenciado, serem realmente determinantes no acto médico de prescrição.

No entanto, ficou demonstrado que poderão existir outros atributos com peso determinante no processo de tomada de decisão dos prescritores, que em investigações futuras poderão ser utilizados recorrendo a uma combinação de atributos parcialmente diferente, de forma a poder ser possível o cruzamento da informação agora obtida com outra a ser obtida em futuras investigações.

### **1.3 Perspectivas de continuidade**

Como já foi anteriormente referido esta investigação não pretende ser um ponto de chegada, mas sim um ponto de partida para um conhecimento mais profundo da classe médica enquanto cliente da indústria farmacêutica, mas não consumidor final dos seus produtos.

Pretende também ser um alerta para um despertar da importância da marca institucional das empresas desta indústria, enquanto variável determinante no processo de escolha do produto a prescrever.

Estamos assim perante dois cenários de possíveis futuras investigações, um focalizado na classe médica e na necessidade latente de conhecer e compreender as suas motivações e desejos, procurando em trabalhos futuros identificar outros atributos que condicionem a prescrição e não sejam revelados de forma espontânea, ou segmentar a população envolvida utilizando outros critérios agora não considerados, como e por exemplo o sexo ou os anos de prática clínica.

Entre os atributos que poderiam ser envolvidos num futuro trabalho de investigação na continuidade do presente, estariam sempre em primeira linha de preferência os atributos que não foram agora utilizados. A utilização dos atributos, suporte científico, número de tomas diárias, DIM e genérico, não se efectivou por existir uma limitação técnica imposta pelo modelo de análise estatística utilizado, como atrás já havia sido justificado. Desta forma, seria realmente interessante numa perspectiva de continuidade, analisar a atitude do médico em relação a uma situação de escolha entre um maior número de atributos ou em alternativa em relação a outros atributos diferentes dos agora apresentados.

Importa ainda salientar que o actual governo português está a implementar uma nova ordem no sistema nacional de saúde, com o aparecimento dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das Unidades de Saúde Familiar, e como tal seria interessante avaliar as implicações que estas alterações vão introduzir nos hábitos de prescrição agora instituídos e aqui apresentados.

Outra proposta para uma posterior investigação iria entrar pelo campo do estudo da marca institucional das empresas da indústria farmacêutica, mas numa perspectiva da sua avaliação enquanto património da empresa e o retorno que a mesma pode proporcionar em termos de resultados operacionais.

Nesta perspectiva, acreditamos ser possível considerar como interessantes as conclusões retiradas desta investigação e as bases lançadas para a sua continuidade ou aprofundamento.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aaker, Jennifer (1997), “Dimensions of Brand Personality,” *Journal of Marketing Research*, 34 (August), 347-56.
- Akaah, I. and Korgaonkar, P. (1988), “A conjoint investigation of the relative importance of risk in direct marketing”, *Journal of Advertising Research*, 38-44.
- Assael, Henry (1998), “Consumer Behavior and Marketing Action”, OH: South Western.
- Bhattacharya, C.B. and Sankar Sen (2003), “Consumer – Company Identification: a Framework for Understanding Consumers Relationships with Companies,” *Journal of Marketing*, 67 (April), 76-88.
- Bhattacharya, C.B., Hayagreeva Rao, and Mary Ann Glynn (1995), “Understanding the Bond of Identification: An Investigation of Its Correlates Among Art Museum Members”, *Journal of Marketing*, 59 (October), 46-57.
- Campbell, Margaret C. (2002), “Building brand equity”, *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 2,3, 208-218.
- Caplow, Theodore and John J. Raymond (1953), “Factors Influencing The Selection of Pharmaceutical Products”, *Journal of Marketing*, 18-23.
- Castro Pinto, J. Carlos e Dias Curto, J.J. (1999), “Estatística para Economia e Gestão”, Edições Sílabo.
- Castro Pinto, José C. (2002), “O conceito de configuração organizacional como contributo para a explicação do desempenho”, *Tese de Doutoramento em Gestão (não publicada), ISCTE*.
- Cattin, Philippe and Wittink, Dick R., (1982), “Commercial use of conjoint analysis: a survey”, *Journal of Marketing*, 46 (Summer), 44-53.
- Chaudari, Arjun and Morris B. Holbrook (2001), “The Chain of Effects from Brand Trust and Brand Affect to Brand Performance: The Role of Brand Loyalty,” *Journal of Marketing*, 65 (April), 81-93.
- Estatuto do Medicamento (2006), “Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto”.
- Ferber, Robert and Hugh G. Wales (1958), “The Effectiveness of Pharmaceutical Advertising: A Case Study”, *Journal of Marketing*, (April), 398-407.

- Fombrun, Charles and Mark Shanley (1990), “ What’s in a Name? Reputation Building and Corporate Strategy,” *Academy of Management Journal*, 33 (2), 233-58.
- Fournier, Susan (1998), “Consumers and Their Brands: Developing Relationship Theory in Consumer Research,” *Journal of Consumer Research*, 24 (4), 343 –73.
- Frías, Dolores M. (2000), “Marketing Farmacêutico”, Ediciones Pirâmide.
- Gonul, Fusun F., Franklin Carter, Elina Petrova and Kannan Srinivasan, (2001), “Promotion of Prescription Drugs and Its Impact on Physicians` Choice Behaviour”, *Journal of Marketing*, 65 (July), 79-90.
- Green, Paul E., and Abba M. Krieger, (1991), “Segmentation Markets With Conjoint Analysis”, *Journal of Marketing*, 55 (October 1991), 20-31.
- Green, Paul E., Stephen M. Goldberg and Mila Montemayor, (1981), “A Hybrid Utility Estimation Model For Conjoint Analysis”, *Journal of Marketing*, 45 (Winter), 33-41.
- Green, Roger and J.Martin Jernigan (2004), “Building Brand Value”, *Pharmaceutical Executive*, (September), 36-46.
- Hellerstein, Judith K. (1997), “The Demand for Post-patent Prescription Pharmaceuticals”, *RAND Journal of Economics*.
- Hogg, Jason J. (2005), “Diagnosing MD Behaviour,” *Pharmaceutical Executive*, 25 (5) (May), 168-170.
- Intercontinental Marketing Sevices – <http://www.imshealth.com/>
- Infarmed – <http://www.infarmed.pt/>
- Jacoby, Jacob and Robert Chestnut (1978), “Brand Loyalty Measurement and Management”. New York: John Wiley & Sons.
- Keller, Kebin L. (1993), “Conceptualising, Measuring, and Managing Customer- Based Brand Equity,” *Journal of Marketing*, 57 (January), 1-22.
- Knapp, Duane (2001), “Building and Maintaining Genuine Brands in the World of Medicine”, *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 1,4, 289-298.
- Ladha, Zahara (2007), “Are consumers really influenced by brands when purchasing pharmaceutical products?”, *International Journal of Medical Marketing*, 7 (2), 146-151.

- Maroco, João (2003), “Análise Estatística - Com Utilização do SPSS”, Edições Sílabo.
- Mc Alexander, James H., John W. Schouten and Harold F. Koenig (2002), “Building Brand Community,” *Journal of Marketing*, 66 (January), 38-54.
- Meyer, M. and Muller I. (2006), “Networked Healthcare: A practical guide to understanding influence networks in the health-care industry”, *Journal of Medical Marketing*, Vol.6, 4 250-259.
- Moss, Giles (2001), “Pharmaceutical brands: Do they really exist?”, *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 2,1, 23-32.
- Moss, Giles and Isabelle Schuiling, (2004), “A Brand Logic for Pharma?: A Possible Strategy Based on FMCG Experience,” *International Journal of Medical Marketing*, 4 (1), 55-62.
- Murri, R., Marcotullio, S., Lupoli, P., and von Schloesser, F. (2006), “Is Once-Daily Regimen a Key Strategy for Improving Adherence to Antiretroviral Regimens?”, *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 42 (2): 259-260, June.
- Park, Chan S. and V. Srinivasan (1994), “A Survey-Based Method for Measuring and Understanding Brand Equity and Its Extendibility”, *Journal of Marketing Research*, 31 (May), 271-88.
- Peppers, Don and Martha Rogers (1993), “The One-to-One Future. Building Relationships One Customer at a Time”. New York: Currency/Doubleday.
- Pessemier, E.A. (1959), “A New Day to Determine Buying Decisions”, *Journal of Marketing*, 24 (October), 41-46.
- Rao, Vithala R., Manoj K Agarwal and Denise Dahlhoff (2004), “How is Manifesting Branding Strategy Related to the Intangible Value of a Corporation?”, *Journal of Marketing*, 68 (October), 126-141.
- Regime da formação do preço de medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados (2007), “Decreto –Lei n.º 65/2007, de 14 de Março”.
- Reichheld, Frederic F. (1996), “The Loyalty Effect: The Hidden Force Behind Growth, Profits and Lasting Value”, Boston: Harvard Business School Press.
- Soto, Joe, Scott A. Greisler and Susan Dorfman (2005), “How Can Parma’s Communications Help Ensure Customers Adopt a Brand and Stick With It?”, *Pharmaceutical Executive*, 25 (2) (February), 22-28.

- Tudhope, L., Prinsloo, M., Pitt, L. and Barnes, B.R. (2007), “Physician compliance and market demographics”, *Journal of Medical Marketing*, Vol.7, 1 64-70.
- Van der Geer, Leo A. M. E Kangis, Peter, (2000), “What influences prescriptions by physicians? A study o subjective norm, perceived behavioural control and volition”, *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 1, 1, 66-73.
- Van der Geer, Leo A. M. E Kangis, Peter, (2002), “The influence of cost on medical prescriptions: A comparison of the theory of planned behaviour and the composite attitude behaviour model”, *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 2, 4, 311-327.
- Wegner, Walter O. (1960), “Trends in Pharmaceutical Advertising”, *Journal of Marketing*, (January), 65-67.

## **ANEXO**

### **PlanCards**

Plancards:

#### Card 1

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 33  
Eficácia Dose Equivalente 80  
Taxa Abandono Terapêutica 2

#### Card 2

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 2

#### Card 3

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 33  
Eficácia Dose Equivalente 70  
Taxa Abandono Terapêutica 4

#### Card 4

Marca Institucional Labesfal  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 70  
Taxa Abandono Terapêutica 3

#### Card 5

Marca Institucional Medinfar  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 70  
Taxa Abandono Terapêutica 2

#### Card 6

Marca Institucional Labesfal  
Preço Embalagem Equivalente 33  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 7

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 8

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 28  
Eficácia Dose Equivalente 70  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 9

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 10

Marca Institucional Labesfal  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 80  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 11

Marca Institucional Medinfar  
Preço Embalagem Equivalente 28  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 12

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 28  
Eficácia Dose Equivalente 80  
Taxa Abandono Terapêutica 3

Card 13

Marca Institucional Medinfar  
Preço Embalagem Equivalente 33  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 3

Card 14

Marca Institucional Medinfar  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 80  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 15

Marca Institucional Labesfal  
Preço Embalagem Equivalente 28  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 2

Card 16

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 3

Card 17 (Holdout)

Marca Institucional Medinfar  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 18 (Holdout)

Marca Institucional Medinfar  
Preço Embalagem Equivalente 38  
Eficácia Dose Equivalente 80  
Taxa Abandono Terapêutica 2

Card 19 (Holdout)

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 33  
Eficácia Dose Equivalente 80  
Taxa Abandono Terapêutica 4

Card 20 (Holdout)

Marca Institucional Pfizer  
Preço Embalagem Equivalente 28  
Eficácia Dose Equivalente 60  
Taxa Abandono Terapêutica 4