

# Posicionamento de produtos ético-farmacêuticos: Do Conceito ao Modelo\*

Reinaldo A. G. Proença\*\*

Pretende-se com este artigo valorizar a importância do conceito de posicionamento na Estratégia de Marketing de Produtos Ético-Farmacêuticos, dado as condicionantes político-legais que impedem a manipulação das variáveis do marketing-mix. A conceptualização do posicionamento permite o desenvolvimento de um modelo que só tem validade prática se entendido à luz do propósito estratégico, entendido este como a capacidade de conferir uma vantagem para o médico (posicionar o valor), com uma vantagem sobre os produtos concorrentes (diferenciar), por forma a ser portador de vantagem crítica (criar sucesso).

## 1. Introdução

A indústria farmacêutica é uma das indústrias mais expostas ao controle governamental e à atenção da opinião pública a nível mundial.

Além disso, na maioria dos países, o governo, através do Sistema Nacional de Saúde, é o principal cliente, o que lhe confere um grande poder de imposição das regras do jogo.

Por outro lado, quase todos os países desenvolvidos conferem o direito de protecção de patente às empresas que desenvolvem novos produtos farmacêuticos, mas apenas por um determinado período, a partir do qual sofrem fortíssima concorrência dos produtores de "genéricos".

Este contexto confere-lhe grande rigor nas técnicas de pesquisa e de planificação de marketing, num quadro de particularidades que interessa conhecer:

\* O artigo em análise teve origem no trabalho-base de dissertação do autor no Mestrado em Ciências Empresariais, área de especialização em Gestão, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial, no Instituto Superior do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

\*\* Assistente de Marketing do ISCTE.

### 1.1. Pesquisa e Desenvolvimento<sup>(1)</sup> (Investigação)

As empresas farmacêuticas são geralmente lideradas pelo departamento de pesquisa devido aos altos custos e riscos da investigação de novos produtos.

Contrariamente ao que acontece nas indústrias de grande consumo, os departamentos de marketing não acompanham, nem dirigem, todo o esforço e pesquisa de marketing no sentido da satisfação das necessidades e desejos dos consumidores.

A pesquisa de uma nova substância, terapêuticamente eficaz, segundo as recomendações da Food and Drug Administration (FDA), obedece ao desenvolvimento de estudos complexos e demorados de substâncias químicas, que vão ser sujeitas à experimentação animal durante dois meses, a fim de detectar eventuais acções terapêuticas.

Apenas um número reduzido destas substâncias serão aproveitadas para aprofundamento da pesquisa de qualidade terapêutica, sendo por esse facto qualificadas como princípios activos. Estes últimos são então submetidos a



um estudo mais detalhado, sobre uma maior escala e através de modelos mais rigorosos. Para este estudo não são necessários mais do que algumas gramas de princípio activo, que são ainda preparadas nos laboratórios de pesquisa.

Simultaneamente, os químicos desenvolvem métodos de análise que permitem garantir, a qualquer momento, graus de pureza bastante elevados.

O serviço de patentes ocupa-se, então, da protecção conferida, nos diferentes países, ao processo de fabricação ou ao princípio activo. Seguem-se estudos que permitam determinar a dose que é tolerada pelo animal (rato), sem que se verifiquem fenómenos de intoxicação medicamentosa. Nesta fase, são também desenvolvidos os excipientes com os quais os princípios activos podem ser associados para obter uma forma medicamentosa manejável. As primeiras formas farmacêuticas são então investigadas e preparadas para estudos que se vão iniciar em ambiente hospitalar. Se fosse feito um balanço provisório, poder-se-ia afirmar que tinham decorrido cerca de três a quatro anos desde o momento em que foi feita a primeira fabricação do princípio activo. Das variadíssimas substâncias elaboradas, apenas restariam duas ou três ao fim de toda uma série de investigações científicas desenvolvidas até este momento. De qualquer forma o caminho a percorrer ainda é longo, dado que é nesta fase que se iniciam os estudos de análise de actuação das formas farmacêuticas no homem.

Os primeiros ensaios praticados em voluntários procuram determinar a segurança do fármaco (Fase I), tendo por objectivo definir a dosagem conveniente. A continuação de ensaios no homem visa analisar a tolerância e a eficácia no sujeito saudável e posteriormente no sujeito portador da doença (Fase II). A administração de apenas uma dose do princípio activo é paulatinamente aumentada para períodos de tratamento mais longos, estudando-se simultaneamente o trajecto e a degradação do medicamento no organismo. O departamento de pesquisa não cessa de tentar melhorar a forma farmacêutica provisória, desde a composição química ao preparado galénico que lhe irá ser-

vir de suporte em todo o processo de absorção pelo organismo. Todos os métodos, bem como todos os materiais utilizados são rigorosa e constantemente controlados, assegurando desta forma a qualidade final do produto farmacêutico. É também nesta fase que se inicia o estudo da apresentação definitiva do fármaco (ampolas, comprimidos, supositórios ou outros), relativamente aos princípios activos que se tenham mostrado promissores sob o ponto de vista terapêutico. Seguem-se os ensaios aprofundados a nível hospitalar, comparativos com outros medicamentos já existentes e de comprovada validade terapêutica (Fase III).

Os resultados dos ensaios praticados a nível hospitalar, sobre um número restrito de pacientes, devem agora confirmar-se sobre uma grande escala nesse tipo de patologia (Fase IV).

Iniciam-se estudos a longo prazo com incidências particulares e especiais num número já significativo de portadores da doença a que o fármaco se destina. Em paralelo, são desenvolvidos estudos complementares sobre o animal (rato), com vista a fundamentar e reforçar a experiência desenvolvida no ser humano, para obtenção da autorização oficial. É dada particular atenção ao risco cancerígeno e aos efeitos sobre o desenvolvimento do feto e da descendência (efeitos teratológicos), tentando desta forma anular a possibilidade de repetição de situações graves acontecidas com algumas substâncias, como a tristemente célebre talidomida. Os trabalhos continuam a desenvolver-se a todos os níveis, particularmente no que se refere à obtenção da escala óptima de produção, para servir os diferentes mercados a nível mundial em que as empresas de investigação geralmente operam.

As sociedades afiliadas, dispersas pelas quatro partilhas do mundo, efectuem os estudos locais necessários e exigidos pelos poderes públicos do país em causa, por forma a obter o registo e a autorização.

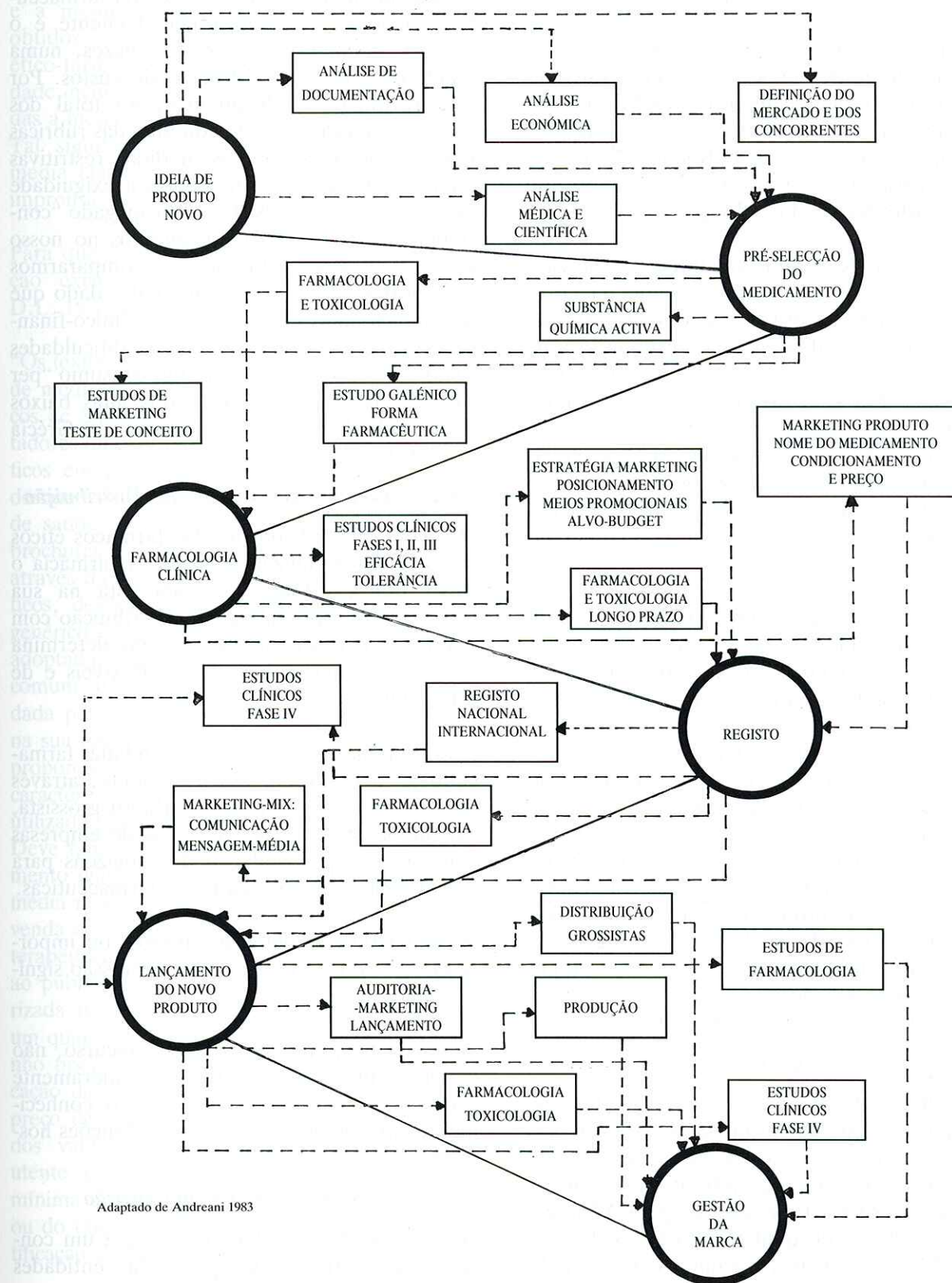
O medicamento está finalmente aprovado para ser posto à disposição dos doentes, para os quais é uma esperança de melhoria de qualidade de vida e razão última da sua investigação.



Todo este processo que aqui foi descrito em breves linhas, estende-se na prática por uma dezena ou mais de anos e custa largos milhões de dólares. É nesta fase que o departamento de

marketing inicia a preparação de toda a documentação que será entregue aos médicos e farmacêuticos, apresentando-se, sumariamente, um esquema que representa todo este processo:

ESQUEMA DE DESENVOLVIMENTO DUM NOVO MEDICAMENTO



Adaptado de Andreani 1983

## 1.2. Aspectos Legais Condicionantes do Marketing-Mix

### 1.2.1. *Ligados ao Produto*

O simples facto de a substância seleccionada ter acção terapêutica não é suficiente para garantir de imediato a sua aprovação.

Os diferentes poderes públicos ligados à saúde, nos diferentes países, regulam a introdução de novos medicamentos, tendo em consideração os estudos científicos atrás referidos e a opinião de algumas entidades de idoneidade insuspeita, como é o caso da Food and Drug Administration (FDA).

Depois de a "Kefauver Amendments" ter sido aprovada em 1962, o rigor exigido na aprovação de novas substâncias terapêuticas elevou-se substancialmente, daí resultando uma nítida redução de taxa de introdução de novos fármacos. Por esta razão, os anos sessenta e setenta foram caracterizados por uma lentidão confrangedora na aprovação dessas novas substâncias, que na década de oitenta ultrapassava, nalguns casos, os dez anos, entre a concepção e a aprovação final para comercialização.

Face à nova situação, algumas empresas americanas optaram por fazer o lançamento dos seus novos produtos em mercados europeus, particularmente na Inglaterra, onde a legislação não era tão restritiva. Mas a própria legislação comunitária nesta matéria tende a aproximar-se rapidamente do rigor imposto no mercado americano, o que uniformiza os procedimentos legais na introdução de novas substâncias consideradas terapeuticamente válidas. A transposição das directivas comunitárias para o direito interno nacional deu azo ao estatuto do medicamento, que reúne num único diploma toda a legislação, regulando o processo desde a introdução no mercado até à comercialização (D.L. 72/91).

### 1.2.2. *Ligados ao Preço*

A evolução de preço das especialidades farmacêuticas têm sido nitidamente inferior aos restantes grupos de bens essenciais, o que evidencia a política de contracção de preços imposta ao sector farmacêutico pela Administração Pública, da qual resulta taxas de rendibilidade negativas ou muito baixas, dado

não permitir o acompanhamento da evolução dos custos.

Por outro lado, está implantado um Sistema Nacional de Saúde na maioria dos países, cujas regras de funcionamento vão determinar condicionamentos sobre a indústria farmacêutica, dado que o seu principal cliente é o Estado, actuando este, muitas vezes, numa lógica de pura racionalização de custos. Por este facto, os medicamentos, no total dos gastos com a saúde, têm sido uma das rubricas mais penalizadas com as medidas restritivas impostas à "saúde", atendendo à exiguidade dos meios disponíveis. O tão propagado "consumo excessivo" de medicamentos no nosso país é facilmente refutado se o compararmos com outros países da comunidade, dado que as condicionantes de ordem económico-financeiro atrás referidos, aliados às dificuldades sócio-culturais, determinam um consumo "per capita" em Portugal que é dos mais baixos da Comunidade Europeia, a par da Grécia e da Irlanda.

### 1.2.3. *Ligados aos Canais de Distribuição*

Os canais de distribuição dos fármacos éticos estão institucionalizados, sendo a farmácia o canal por excelência, servida esta na sua maioria por cooperativas de distribuição com maior ou menor dinamismo, o que determina que estes canais sejam pouco flexíveis e de difícil alteração.

Assim, a distribuição de especialidades farmacêuticas é realizada, essencialmente, através do circuito produtor-importador-grossista, existindo cerca de três centenas de empresas com licença de instalação de armazéns para o comércio de especialidades farmacêuticas.

A venda directa pelos produtores ou importadores às farmácias não tem expressão significativa.

A venda hospitalar, mediante concurso, não é importante e o seu interesse é meramente estratégico, dado que influencia o conhecimento dos médicos que exercem funções hospitalares.

### 1.2.4. *Ligados à Comunicação*

A indústria farmacêutica obedece a um controle muito rígido por parte das entidades



governamentais e da opinião pública em geral, que condiciona a conceptualização das diferentes peças de comunicação. Assim, a Portaria 29/90 do D.L. n.º 330/90 que aprova o código da publicidade, estatui, no seu artigo 19.º - Tratamentos e Medicamentos, que é proibida a publicidade a tratamentos médicos e a medicamentos que apenas possam ser obtidos mediante receita médica, (produtos ético-farmacêuticos) com excepção da publicidade incluída em publicações técnicas destinadas a médicos e outros profissionais de saúde. Tal significa que ficam à partida vedados media clássicos como a televisão, a rádio, a imprensa, e outras formas de comunicação.

Para que se perceba o nível de regulamentação existente transcreve-se o Art.º 7.º do D.L. 157/88 que determinava o seguinte:

“Os textos e anúncio publicitários de divulgação de medicamentos participáveis pelos Serviços de Saúde inseridos por fabricantes, importadores ou distribuidores de produtos farmacêuticos em publicações técnicas ou profissionais destinadas a médicos ou outros profissionais de saúde, assim como os impressos, fichas e brochuras técnicas dirigidas directamente ou através da visita médica a médicos e farmacêuticos, deverão conter expressamente o nome genérico do produto, junto à marca comercial adoptada, com referência à denominação comum internacional aprovada ou recomendada pela Organização Mundial de Saúde ou, na sua falta, a da Farmacopeia Portuguesa, na proporção mínima de um terço do corpo dos caracteres ou do tamanho tipográfico da letra utilizada para identificação da marca comercial. Deve também constar o custo médio de tratamento diário, calculado com base na posologia média mais usual e em referência ao preço de venda ao público, ou o custo de cada unidade terapêutica com referência ao preço de venda ao público da embalagem mais pequena autorizada no mercado, na proporção mínima de um quarto do corpo de caracteres ou do tamanho tipográfico de letra utilizada para identificação da marca comercial. É exigido ainda, o preço de venda ao público com discriminação dos valores suportados pelo estado e pelo utente expressos em escudos, na proporção mínima de um quarto do corpo dos caracteres ou do tamanho tipográfico utilizado para identificação da marca comercial”.

## 2. Que fazer?

Pelo atrás exposto, poder-se-ia ser levado a pensar, particularmente para quem não está ligado a esta indústria, que se a investigação é assim tão exigente, então estaria automaticamente assegurado o êxito comercial de qualquer novo medicamento, o que não corresponde à realidade.

O que acontece na prática é que devido aos condicionamentos de ordem legal a que a Indústria Farmacêutica se encontra sujeita, assume particular importância estratégica a capacidade e o ritmo da inovação das especialidades farmacêuticas.

Por este facto, os principais laboratórios farmacêuticos desenvolvem permanentemente a sua investigação, assistindo-se a uma elevada taxa de lançamento de novos produtos, razão pela qual é considerada uma indústria de inovação. O ritmo dessa inovação não significa, porém, que todas as novidades farmacêuticas sejam avanços terapêuticos notáveis, mas apenas que se torna necessário explorar terapêuticamente moléculas muito próximas umas das outras, por forma a detectar propriedades diferentes, que possam melhorar os fármacos já existentes.

Todas as empresas farmacêuticas sabem, por experiência própria, que não podem estar muito tempo sem inovar, sob pena de assistir a uma redução significativa da sua quota de mercado. A importância da inovação como variável estratégica explica-se não só pela necessidade de ultrapassar o congelamento dos preços e o aumento do nível concorrencial, mas particularmente pelo comportamento do médico face às novas terapêuticas. Estas asseguram algo mais do que as existentes, pois garantem um pouco mais de eficácia ou menores reacções assessóricas, ou outros quaisquer atributos que possam melhorar a eficácia da imagem do médico como um técnico competente e eficaz.

Daqui resulta que o simples aparecimento de um novo fármaco provoca a destruição de uma parte das capacidades dos medicamentos mais antigos, mesmo que essa antiguidade não ultrapasse uma dúzia de meses. O aparecimento de qualquer nova terapêutica é,



assim, responsável por um fenómeno de usura psicológica e não de obsolescência, dado que a actividade fármaco-dinâmica do novo produto é idêntica aos existentes.

Poder-se-á concluir que a usura psicológica é um fenómeno meramente perceptual e como tal psicológico e não técnico, como eventualmente se poderia concluir. A obsolescência medicamentosa só se verifica quando um avanço científico vem provocar a destruição pura e simples da terapêutica anteriormente existente, como é o caso da utilização dos antibióticos em substituição das sulfamidas.

Daqui emerge uma verdade inofismável no mercado terapêutico, em que se reconhece que o único factor de neutralização da inovação destruidora reside em inovar igualmente.

A competição tem levado a esforços de investigação e inovação cada vez mais exigentes que têm desencadeado uma atitude de certa prudência por parte da classe médica, dado que o ritmo dessa inovação começa a provocar algumas interrogações sobre o avanço terapêutico real desses novos medicamentos.

A resultante da conciliação entre a necessidade de inovação, como factor de neutralização da inovação concorrencial, e o cepticismo que o ritmo da inovação levanta por parte da classe médica, tem sido a implementação de estratégias comerciais cada vez mais agressivas.

Tal procedimento, dada a especificidade do destinatário, pode, a médio-longo prazo, ter o efeito preverso de descrença face aos factores dessas estratégias.

O erro de determinadas empresas farmacêuticas assenta na convicção de que a promoção comercial agressiva dos seus produtos é suficiente para aniquilar a vontade do médico-“representante” do consumidor final, esquecendo-se que os seus conhecimentos científicos o levam a exigências mais nítidas, dada a sua profunda, longa e continuada formação médico-medicamentosa e à sua postura ética (Lidstone 1987).

Se determinadas especialidades farmacêuticas

obtiveram sucesso é porque correspondem realmente a necessidades fundamentais dos médicos, mesmo que essas necessidades não sejam as de um técnico ideal, unicamente preocupado com os efeitos técnicos das suas decisões.

Por este facto, torna-se cada vez mais importante o desenvolvimento de novas metodologias de abordagem do mercado farmacêutico, que possibilitem a compatibilização entre as características de um novo fármaco e as percepções, atitudes e necessidades dos seus prescritores.

Tal metodologia pressupõe que a empresa tenha uma filosofia de actuação, cuja orientação de marketing se prespective sobre o valor para o prescriptor, o que exige um sistema de pesquisa de marketing eficiente, com estudos de mercado convenientes, sem os quais qualquer estratégia de marketing se encontra problematizada. Torna-se, pois, importante detectar com clareza quais as percepções e atitudes do médico, sob o ponto de vista medicamentoso, por forma a desenvolver estratégias eficientes de comunicação do posicionamento do valor do novo fármaco, face às necessidades criadas por uma determinada situação patológica, pelo que se torna relevante a abordagem conceptual de posicionamento.

### 3. Posicionamento

#### 3.1. Os filtros do posicionamento

##### *3.1.1. Percepção, Cognição, Formação de Conceitos, Classificação e Atenção*

Tendo presente os grandes traços desenhados na tela semântica destes pintores do pensamento, “Positioning: The Battle For Your Mind” é um marco importante na abordagem de marketing, cujos traços gerais são filhos dum casal extremamente importante, psicologia e sociologia, onde a psicologia social se mostrou decisiva na investigação sobre cognição e pensamento nos anos que antecederam o aparecimento do conceito de posicionamento. É, por isso, um livro grávido de conceitos psicológicos, levado à simplicidade extrema e reforçado por metáforas e exemplos que aumentam a sua validade pedagógica.



Para Al Ries e Jack Trout, os criadores do conceito, "Positioning starts with a product... but positioning is not what you do to a product. Positioning is what you do to the mind of the prospect. That is, you position the product in the mind of the prospect." (Ries 1981).

O posicionamento tem a ver com a intervenção a nível das estruturas de categorização cognitiva, pelo que os autores defendem que "é incorrecto chamar o conceito de product positioning", dado que nada se está a fazer sobre o produto em si mesmo.

A obra de Ries e Trout recorre com alguma frequência ao termo "mente do consumidor", ligando-a intimamente com todo o processo de percepção, por forma a conhecer o que está "dentro da cabeça do consumidor". A luz da teoria psico-sociológica, a importância do conceito de percepção "obriga-nos" a clarificar o seu sentido e a procurar enquadrá-lo no processo da decisão.

A percepção foi encarada inicialmente pela psicologia em termos de psicofísica, entendida esta como a resposta imediata do organismo a estímulos captados pelos órgãos sensoriais especializados: olhos, ouvidos, papilas gustativas, receptores do olfacto e sentidos especializados da pele e dos músculos. O aprofundamento dos conhecimentos levou à conveniência da separação do processo de sensação dos processos mais complexos de dar sentido às sensações. (McDavid 1974).

Surge, assim, a palavra "cognição" que abarca os numerosos processos de assimilação de experiências, atribuindo-lhes sentido e valor, conferindo-lhes uma ordenação em padrões organizados de conhecimento e sentimento, com duas características principais:

a) percepção organizada selectivamente – leva a que as novas experiências sejam também organizadas selectivamente e catalogadas segundo as experiências anteriores, na base de categorizações conceptuais ordenadas, tornando-se significativas e funcionalmente úteis ao indivíduo.

b) os processos cognitivos operam como estabilizadores da novidade – novas experiências

serão mais facilmente percebidas se relacionadas com experiências passadas, do que na situação inversa (Oliver 1980).

É esta configuração da visão cognitiva que leva os autores de "Positioning: The Battle For Your Mind" a afirmar que as pessoas aprendem a classificar mentalmente produtos e marcas, utilizando a metáfora "das escadinhas de mão dentro da cabeça. Em cada degrau, o nome de uma marca. E cada escadinha diferente representa uma categoria diferente de produtos".

... "Não há lugar na mente para o que é diferente e novo, salvo se houver possibilidade de relacionamento com o que é habitual e velho".

Este relacionamento dicotómico, entre o novo e o velho, é feito por diversos mecanismos psicológicos, cuja descrição está fora do âmbito deste artigo e que, por tal facto, podem ser sintetizadas naquele que é considerado o mais importante desses mecanismos: a "formação de conceitos". No seu nível de análise mais simplista reside a constatação da repetição dos acontecimentos, com características comuns (generalização do estímulo), ou, pelo contrário, existência de diferenças comuns (discriminação do estímulo). Tal processo define uma operação elaborada, designada por "classificação", cuja estruturação evolui do simples para o mais complicado.

A existência de uma categoria conceptual permite assimilar um novo input perceptual idêntico ao anterior e a rapidez com que o processo se desenrola chama-se "prontidão perceptiva".

Poderemos afirmar que percepção, formação de conceitos e classificação são processos cognitivos muito activos, cujos mecanismos de agrupamento, que suportam a formação dos conceitos, seleccionam e categorizam as novas experiências, de acordo com o seu conteúdo. Os mecanismos da prontidão perceptiva vão determinar a rapidez com que as estruturas conceptuais existentes vão admitir novas experiências de input sensorial, verificando-se que, sob o ponto de vista cognitivo, "o indivíduo é muito mais do que uma esponja passiva que absorve o input sensorial" (McDavid 1974).



A regulação operada pela prontidão perceptiva tem dois vectores, um dos quais se estrutura na base das experiências passadas, enquanto que o outro assume uma certa direcção, em função das necessidades, valores ou objectivos do indivíduo.

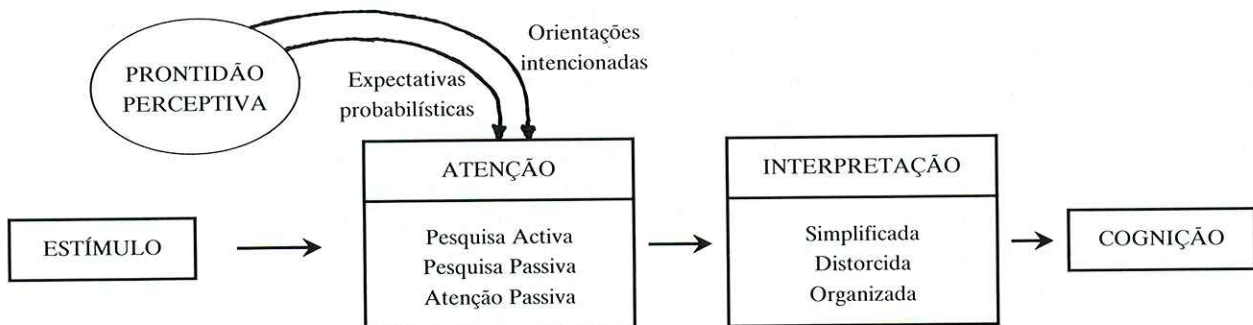
O primeiro vector engloba as expectativas probabilísticas, que reúne as experiências passadas, a sua frequência e mutação em padrões ou associações contextuais; o segundo, de perfil motivacional, constitui as orientações intencionais, constituindo ambos a "atenção".

### 3.1.2. A Atenção – Primeiro Filtro do Posicionamento

Os fenómenos que a psicologia procura estudar são, geralmente, abstractos e multidimensionais, sendo passíveis, por isso mesmo, de múltiplas classificações, segundo diversas categorias conceptuais, que, sob o ponto de vista do marketing, interessa simplificar.

O processo cognitivo inclui duas etapas: a atenção e a interpretação. Ambas desempenham o importante papel de auxiliares selectivos de uma quantidade de estímulos, significativamente superior àquele que o indivíduo consegue processar e categorizar.

## O PROCESSO COGNITIVO



(Adaptado de Aaker 1987, p.220)

A atenção pode ser encarada como primeiro filtro que o posicionamento tem que ultrapassar.

O filtro da atenção opera, portanto, de forma muito exigente face a uma determinada quantidade de estímulos comunicacionais que o indivíduo estará exposto, tornando-se necessário libertar a mensagem de ambiguidades e simplificando-a, de molde a captar a atenção.

### 3.1.3. A Interpretação – Segundo Filtro do Posicionamento

O segundo estágio inicia-se com o processo de interpretação, através do qual o indivíduo organiza o input provocado pelo estímulo, segundo as suas experiências anteriores, que constituem o seu modelo da realidade, que pode ser radicalmente diferente de outro indivíduo.

Ao fazê-lo, a pessoa pode simplificá-lo, distorcê-lo, organizá-lo ou criar novo estímulo. O resultado do processo é uma cognição, que

foi influenciada, na sua fase inicial, pela intensidade com que o estímulo foi criado, a sua dimensão ou duração no tempo, o tipo de mensagem e a inovação da mesma, a posição que contribui em termos de categorização cognitiva e o contexto em que o estímulo se desenvolveu. Outra das variáveis intervenientes do processo e influenciada igualmente pela variável estímulo, é a condição da audiência, que reflecte as diferenças individuais face a estímulos idênticos. Esta variedade das respostas, em termos de exposição ao mesmo estímulo, é um dos aspectos centrais da teoria cognitiva (Aaker 1975).

### 3.1.4. A Dissonância Cognitiva – Terceiro Filtro do Posicionamento

Outro conceito que assume particular importância na compreensão do posicionamento é o da "estrutura de referência", cuja expressão significa o contexto em que se organiza a resposta comportamental face a um determinado acontecimento. Os psicólogos atribuem-lhe



particular interesse porque incorpora, simultaneamente, “as fontes anteriores e as fontes imediatas das expectativas e desejos que afectam a interpretação da experiência perceptiva e da organização do comportamento” (McDavid 1974).

A estrutura de referência, ao intervir na análise dos objectos sociais, cria mecanismos de organização de comportamento, na base de cognições coerentes e organizadas.

Caso qualquer estratégia de posicionamento não coincida com esta consonância organizacional das categorias cognitivas, verificar-se-á uma dissonância cognitiva, que leva a uma actividade orientada no sentido da sua redução, (Festinger 1957).

A resistência à mudança de qualquer elemento cognitivo será tanto maior quanto a sua aderência à realidade for mais forte, o que confirma a importância, anteriormente referida, de que as posições a obter na mente do consumidor têm que se estruturar sobre factos concretos.

Por outro lado, quanto mais importante for a decisão tomada maior será a dissonância. A decisão de compra de um automóvel é mais dissonante que a compra de um pequeno electrodoméstico ou de um brinquedo. Perceber que aspectos são mais determinantes na dissonância é relevante para que o posicionamento os possa ter em consideração na sua formulação, bem como outros elementos determinantes da magnitude da dissonância pós-decisória.

Daqui decorre um postulado de grande importância para a estratégia de posicionamento: não basta desencadear actos de compra por conquista de posição na mente do consumidor.

Torna-se igualmente importante que, uma vez conquistada a posição, se comprove e reforce a justeza da decisão, como sendo a mais certa, reduzindo desta forma a dissonância cognitiva que a mesma desencadeou.

### **3.1.5. A Instrumentalidade Percebida**

#### *3.1.5.1. O Conceito de Atitude*

A organização de experiências e do comportamento encontra no conceito de atitude um dos mais ricos intérpretes. Como muitos outros conceitos, a atitude é uma construção

hipotética que pode ser definida como um sistema, relativamente estável, de organização de experiências e comportamentos relacionados com um objecto ou acontecimento particular. O conceito é de grande importância, uma vez que as estratégias de marketing<sup>(2)</sup> se baseiam nos factores que influenciam o comportamento do consumidor.

As atitudes relativamente a marcas<sup>(3)</sup> expressam-se pelas tendências do consumidor em avaliar positiva ou negativamente essa marca (Murphy, 1990). Quando nos referirmos à atitude relativamente à marca ou avaliação da marca, fazemo-lo como sinónimos, isto é, os consumidores formulam cognições numa escala de variação do excelente para o antípoda. Esta formulação da atitude tem um elemento racional, que é a categorização conceptual dos objectos ou acontecimentos a que se dirige a atitude. Tal significa que na apreciação das marcas o consumidor faz apelo a uma categorização que pertence ao domínio das suas cognições, a partir das quais formula as imagens sobre as marcas. Por seu lado, o conceito cognitivo que define uma atitude e que serve de elemento de avaliação tem origem numa ideia ou crença. Esta componente racional pode ser investigada e descrita como qualquer outra espécie de conceito, o que permite determinar quais os atributos que são mais valorizados na opção de compra de um produto.

#### 3.1.5.1.1. O Elemento Afectivo das Atitudes: “Valores”

A atitude possui ainda um componente afectivo, num misto de sentimentos e emoções, que são parte integrante da crença ou ideia central, e que os psicólogos designam por “valor”. A essência do valor psicológico é o tónus hedónico, que dirige o comportamento para a procura do seu bem estar e do prazer.

#### 3.1.5.1.2. O Elemento Comportamental das Atitudes: “Predisposições”

A componente afectiva da atitude, em sintonia com tendências que se orientam para a acção, conduz a uma aproximação ou rejeição em relação ao objecto da atitude, consoante este último tenha um valor positivo ou negativo.

A complexidade das combinações em que muitas das atitudes interagem faz com que as



direcções motivacionais presentes numa atitude se designem por predisposições do comportamento, uma vez que representam tendências gerais de acção num sentido previsto. Sendo conhecido que os sistemas atitudinais raramente actuam isolados, reconhece-se a possibilidade da produção de conflitos na direcção do comportamento.

“No comportamento humano, atitudes, valores e motivos são partes do mesmo processo. Desde o começo do séc. XX, os psicólogos concordam que o comportamento humano é intencional e dirigido para alguma finalidade” (McDavid 1974). A racionalidade do homem, que os teóricos cognitivistas salientaram, pode levar a que os sistemas de atitudes de aproximação e de rejeição operem simultaneamente, fazendo surgir uma incongruência ou dissonância cognitiva. Este tipo de situação é frequente nos processos de compra, em que está em jogo uma maior preferência por um objecto, cujo preço é elevado, em contraste com outro, cujo preço é aliciente, mas é percebido como inferior ao primeiro. A dualidade que se estabelece, pela racionalidade da opção, em que se reconhece vantagens em ambos os objectos, pode ser seleccionada pela capacidade financeira do indivíduo ou pela imagem que pode ter sob o “valor” qualidade-preço dos distintos objectos. O conhecimento das predisposições do mercado relativamente a uma marca são importantes. Elas

permitem conhecer os atributos que são determinantes na relação produto-mercado, em particular aqueles que são decisivos na escolha da marca (Aaker 1975).

### 3.1.5.2. O Conceito de Necessidade

Outra das variáveis inerentes ao complexo processo de decisão é a necessidade, que é um estado motivacional íntimo que pode ser accionado por um estímulo interno ou externo. “A motivação refere-se ao comportamento que é causado por necessidades dentro do indivíduo e que é dirigido para os objectivos que podem satisfazer essas necessidades (Morgan 1956). Numa perspectiva de marketing, as necessidades são metas que o consumidor estabelece na aquisição de um bem. As atitudes serão, nesta óptica, as avaliações que o consumidor faz para determinar o “valor” das diferentes marcas ou categorias de produtos, na satisfação dessas necessidades.

A compatibilização entre as crenças sobre uma marca, que se determinam a partir das percepções existentes sobre os atributos da mesma, e as necessidades do consumidor, é designada por instrumentalidade percebida (Assael, 1987).

### 3.1.6. O Processo de Decisão

A possibilidade de concatenar as teorias desenvolvidas levar-nos-ia a abraçar o seguinte modelo do processo de decisão:

INSTRUMENTALIDADE PERCEBIDA	Componente Cognitiva	Filtro da Atenção	1.º Problema de Percepção Percepção de uma necessidade ou motivo e pesquisa de informação relevante. 2.º Conhecimento A existência de um determinado produto/marca é reconhecida e tida em consideração.
	Componente Atitudinal	Filtro de Interpretação	3.º Compreensão Desenvolve-se uma concepção pessoal sobre os atributos do produto/marca. 4.º Atitude Cognição valorativa sobre o produto/marca. 5.º Legitimação Convicção de que deve ser desencadeada uma acção de experimentação do produto/marca.
	Componente Comportamental	Filtro de Dissonância	6.º Experimentação Avaliação das expectativas criadas. 7.º Adopção Confirmação das expectativas dando azo a novos actos de compra/prescrição. 8.º Dissonância Reforço do estágio de legitimação ou abandono do produto.



### **3.1.7. O Posicionamento do "Valor Oferecido" como Base do Processo de Decisão**

O conteúdo simbólico dos produtos passa a exercer uma influência determinante no processo de decisão, pelo que se torna evidente a necessidade de equacionar estudos de motivação que permita uma aproximação à carga simbólica associada aos produtos e às marcas.

Todo o processo é dinâmico, pois o conteúdo simbólico dos produtos evolui com o tempo, o que determina que os estudos se renovem e acompanhem essa evolução, por forma a materializarem-na em propostas concretas de produtos que vão ao encontro das necessidades expressas ou implícitas.

Para o potencial comprador, o produto/marca torna-se assim um mosaico complexo de valores de satisfação, que por si só não garante a opção de compra.

Um consumidor associa valor a um produto na proporção da percepção que tem sobre a capacidade do produto resolver os seus problemas ou satisfazer as suas necessidades.

Este "valor oferecido", representa o justo equilíbrio entre os benefícios de um produto ou serviço e o seu preço, que se pretende seja idêntico ao "valor percebido pelo consumidor".

Por isso mesmo é que um dos factores essenciais para conquistar uma vantagem competitiva através do "valor oferecido" reside na clareza com que se passa o benefício do produto para o consumidor, ou seja, a eficácia com que se posiciona a percepção de uma necessidade e da sua satisfação.

O posicionamento seria assim encarado como uma percepção competitiva de um produto, marca ou empresa por parte de um público objectivo determinado. (Garrido 89).

## **3.2. O Modelo de Posicionamento de Produtos Ético-Farmacêuticos e suas Implicações**

### **3.2.1. A Atitude do Médico perante a Especialidade Farmacêutica**

Sob o ponto de vista de Marketing, a Indústria Farmacêutica apresenta uma situação original:

O marketing farmacêutico representa o compromisso interessante entre dois domínios de aplicação do marketing, o marketing industrial e o marketing de grande consumo (Andreani 1983). Sob o ponto de vista industrial as analogias são numerosas ao nível do peso da inovação (tecnicidade dos produtos, ambiente de inovação, custos de pesquisa e desenvolvimento elevados); na óptica do grande consumo, diversos mecanismos idênticos na abordagem do mercado (mercado de massas, utilização de meios de comunicação importantes e presença de grupos multinacionais).

A investigação sobre os possíveis modelos de prescrição médica reconhecem a presença, em maior ou menor grau, consoante o visado, de uma parte racional e outra emocional ou afectiva, no processo de decisão de prescrição (Smith 1983).

Na parte racional seriam equacionados os diversos grupos terapêuticos disponíveis, em função das necessidades que a patologia sugeria, enquanto que na parte emocional ou afectiva seria registado a imagem que a comunicação criaria desses grupos terapêuticos e dos fármacos que o constituem. Nesse sentido, duas questões se levantam ao médico quando lhe é apresentado uma nova especialidade farmacêutica:

#### *1.ª - O que é?*

Face à comunicação desenvolvida pelos laboratórios farmacêuticos, particularmente pela força de vendas que contacta directamente o médico, este vai sendo informado do aparecimento de novas especialidades farmacêuticas ou de novas formas de apresentação e dosagem dos fármacos existentes.

Essa comunicação tem por objectivo estabelecer um elo entre o medicamento, assumido sob o ponto de vista prático e elementar, e a sua significação de natureza mais científica e objectiva, o que é conseguido através do posicionamento (Chatain 1986).

Pretende-se que o posicionamento seja o processo segundo o qual o fármaco é reconhecido como podendo satisfazer uma necessidade terapêutica, uma vez assumida a sua significação funcional. O médico enquadra a molécula na



categorização terapêutica, segundo a sua cadeia de valor, ultrapassando o mero classificativo estritamente farmacológico, conferindo-lhe uma identificação de utilização prática.

Há, portanto, o desenvolvimento de um processo abstracto de generalização no processo de prescrição que reúne a parte de instrumentalidade percebida à parte propriamente comportamental da prescrição, que lhe advém de um esquema mental da acção, essencialmente derivado da sua formação científica. O posicionamento transforma o fármaco (visão estritamente farmacológica) numa acção terapêutica concreta face à solicitação do quadro patológico.

Daqui se conclui que o posicionamento tem como principal função conferir um significado preciso, agregado a uma situação patológica, que é o contexto que define o quadro comportamental da prescrição. Caso esta clarificação que o posicionamento confere não seja óbvia, estamos em presença de uma disfunção de posicionamento, ou seja, não foi obtido o significado preciso e consonante com uma patologia concreta. Esta significação de consonância é diferente daquela que é adquirida ao nível científico, que tem por função "arrumar" o fármaco numa categoria precisa, específica. De forma diferente, o posicionamento arrasta essa categorização através do grupo terapêutico para a situação concreta da patologia a que o fármaco vai dar resposta, diferenciando-o das restantes opções disponíveis a partir da agregação, acumulação e identificação de valores que lhe conferem uma vantagem competitiva.

O papel do posicionamento é, assim, o de permitir esta representação simbólica e de estabelecer esta função de relação entre o médico e o medicamento a um nível especial de contacto, através de substitutos de imagem, que levam a uma manipulação mental de conceitos. Daí necessitar de um conjunto de operações cognitivas que vão permitir ao prescriptor procurar uma outra forma de contacto com o produto, enquadrando-o num determinado grupo terapêutico. Muitos dos erros de posicionamento resultam de não se ter equacionado o papel que o grupo terapêutico representa na definição da prescrição, particularmente quando se verifica alteração dos conteúdos cognitivos e sua classificação,

como é o caso actual da hipertensão. Nesta patologia o posicionamento tem que ser feito através do grupo terapêutico, dada a indefinição que se vive quanto à opção terapêutica face a determinados sub-mercados de patologia associada à hipertensão (Intergrupo Terapêutico). A diferenciação que se procura obter para o produto só se torna possível se o grupo terapêutico for reconhecido como válido para a situação, pelo que deve constituir a primeira fase do posicionamento. A caracterização que o médico faz do hipertenso envolve a definição da patologia associada, constituindo factores de risco cardiovascular, a partir dos quais, numa primeira fase, define o grupo terapêutico ajustado às necessidades e só depois vai procurar saber em que é que a nova especialidade farmacêutica é diferente das outras (Posicionamento Intragrupo Terapêutico).

*2.ª Em que é que este produto é diferente dos outros?*

Esta questão tem implícita um processo de categorização, que envolve variantes psicológicas dos mecanismos de adopção de uma inovação terapêutica. Os mecanismos de agrupamento que suportam a formação dos conceitos, neste caso do conceito de grupo terapêutico, em que o novo fármaco vai ser incluído, vão seleccionar e categorizar a nova substância terapêutica de acordo com o conteúdo da informação transmitida.

A prontidão perceptiva, tendo por base as experiências passadas, assume um determinado padrão ou associação contextual de categorização, que, face às necessidades, valores ou mesmo objectivos do médico, vai determinar em que é que este produto ético-farmacêutico é diferente dos outros.

Face ao elevado nível concorrencial existente na indústria farmacêutica e à informação transmitida pela visita médica, cuja qualidade é questionada pelos clínicos, poderá verificar-se um comportamento de vigilância perceptiva, que pode levar à recusa de certos conteúdos dessa informação transmitida, dado a credibilidade da fonte não ser elevada (McDavid 1974).

Caso a informação transmitida sobre a especialidade farmacêutica não seja clara e interessante



sob o ponto de vista clínico, a atenção, como primeiro filtro do posicionamento, é deficientemente despertada. Duas consequências imediatas se podem verificar: a primeira é de que a interpretação, a fazer-se, sobre as qualidades da substância química em análise, pode ser adulterada, dado que o interesse pela informação a processar é baixo. A segunda, igualmente relacionada com o segundo filtro do posicionamento, prende-se com a simplificação feita pelos conteúdos de informação que o médico recebeu, sendo a interpretação dos mesmos deficiente, o que gera uma categorização cognitiva diferente da pretendida pelo laboratório farmacêutico, dando lugar a uma disfunção de posicionamento. A única forma de evitar estas situações é criar variáveis de estímulo, como a organização de um colóquio ou congresso médico, ou ainda uma visita médica mais orientada para a cadeia de valor terapêutico do médico ou outras, que criem a ambiência necessária ao desencadear da atenção, criando condições para que a interpretação seja a pretendida. Caso isso seja conseguido, o processo de memorização é activado, tendo por base uma correcta estrutura de referência, que o mesmo será dizer que o contexto em que se organiza a resposta comportamental equaciona convenientemente a informação recebida. Face a uma determinada patologia a que o fármaco se dirige, o médico assume determinadas expectativas e desejos face à nova especialidade farmacêutica, que vão ser decisivas na interpretação da experiência perceptiva e na organização do comportamento de prescrição.

Se não for conhecida a cadeia de valor terapêutico do médico, só por mero acaso é que qualquer estratégia de posicionamento poderá surtir efeito, dado que não há compatibilização com a consonância organizacional das categorias cognitivas que estruturam o processo de memorização dos novos fármacos. Tal situação é geradora de dissonância cognitiva, o que levaria o médico a uma actividade orientada no sentido da sua redução, como é exemplo a diminuição do tempo de visita dispensado ao representante do laboratório farmacêutico, ou a uma menor atenção à informação que este lhe pretende transmitir. Esta atitude do clínico é respeitável e compreensível face à avalanche de informação que diariamente as empresas farmacêuticas

lhe procuram fazer chegar, levando a um processo muito selectivo do esforço de memorização. A memória de um médico é, sob o ponto de vista de prescrição, um conjunto estruturado de produtos ético-farmacêuticos a que ele recorre sempre que as condições da procura o exigirem. Não é fácil, contudo, descrever com fundamento, nem essa é a intenção, toda a memória de um clínico num dado instante, porque o tempo que decorre entre a prescrição de cada um dos produtos "armazenados" na sua memória é, necessariamente, superior ao período durante o qual a memória permanece imutável. A categorização cognitiva leva a que cada especialidade farmacêutica seja "arrumada" numa estrutura composta por um certo número de secções, mais ou menos independentes, nas quais estão presentes alguns produtos ético-farmacêuticos. Essa independência existente entre as secções estrutura-se em função das patologias, o que equivale a dizer que agrupa fármacos que se destinam a uma situação de enfermidade concreta, como é exemplo a hipertensão<sup>(4)</sup>. Cada um desses produtos memorizados terá, forçosamente, uma indicação mais específica para a diversidade de situações hipertensivas que podem ocorrer e para o perfil do doente hipertenso em causa. Por este facto, cada secção envolve um maior ou menor número de especialidades farmacêuticas na proporcionalidade da frequência do aparecimento de uma dada patologia e da capacidade da investigação actual das empresas farmacêuticas nesse domínio.

O acto de prescrição médica envolve, por isso, um processo elaborado de tratamento de informação, que se relaciona com o efeito terapêutico pretendido face a um quadro patológico, por vezes de grande complexidade, o que exige um perfeito domínio das interacções que poderão existir no recurso à utilização de fármacos que pertençam a secções diferenciadas.

Poderíamos estabelecer uma comparação, embora abusiva, entre a informação processada por um computador pessoal e as secções em que a memória terapêutica do médico é accionada. A instrução de certos comandos leva a que software utilizado nos forneça um determinado resultado, sucedendo de forma idêntica no acto de prescrição médica. As



secções de memória terapêutica são o “software” que face aos estímulos/comandos desencadeados pela observância de um determinado quadro patológico gera, automaticamente, um determinado resultado, que é o acto de prescrição de uma determinada marca de especialidade farmacêutica.

Não deixamos de ressaltar que o acto médico nem sempre desencadeia a prescrição e, no caso dos indivíduos com hipertensão ligeira deverão ser observados repetidamente durante períodos prolongados e tratados inicialmente com medidas gerais, tal como restrição salina e emagrecimento, antes de se avançar para qualquer intervenção terapêutica farmacológica (Carrageta 1985).

A maioria das situações que se apresentam ao médico de família nos centros de saúde são geradoras de intervenção terapêutica farmacológica. Esta realidade cria determinadas rotinas de prescrição que dificultam a adopção de novas substâncias, particularmente se as mesmas não são avanços notáveis sob o ponto de vista terapêutico, embora apresentem, na maioria das situações, vantagens complementares. Daí a razão da pergunta que formula: “em que é que este produto é diferente dos outros?”. Ultrapassado o filtro da atenção e da interpretação, poderá desencadear-se um processo de recolha de informação diversificada, que é, geralmente, sintoma claro de interesse. Se a informação recolhida é positiva, o fármaco pode vir a ser experimentado nalguns doentes. Se os resultados obtidos forem satisfatórios, o médico tenderá a voltar a utilizá-lo noutras situações idênticas (Smith 1983). Caso se confirmem os bons resultados anteriores, o interesse vai aumentando, a troca de impressões com os colegas, particularmente especialistas, reforça-se e o aprofundamento na troca de impressões com o delegado de visita médica do laboratório em causa aumenta. A avaliação feita através das tentativas de definição da qualidade do produto leva à sua adopção.

Poderemos encarar este processo de adopção através do qual o médico modificou a sua rotina de prescrição, como uma necessidade resultante da resistência à mudança de qualquer elemento cognitivo, estruturado sobre factos concretos nas respectivas secções da

sua memória terapêutica. Toda a adopção de um novo medicamento gera, forçosamente, a saída de outro da secção correspondente, uma vez que a memória do médico, como de qualquer vulgar cidadão, não é ilimitada. Este esforço de mudança e a resistência à mesma, requer um elevado consumo de informação, sobre as mais variadas formas. Desde a informação vinculada pelos representantes dos laboratórios, aos artigos em revistas médicas, aos colóquios, aos congressos, às reuniões clínicas, à troca de impressões com outros colegas, publicidade directa através do correio, ensaios clínicos, para só citar os mais frequentes, tudo é importante para diminuir a dissonância cognitiva que o processo de decisão comporta e que a rotina de prescrição reforça. Este terceiro filtro de posicionamento leva as empresas farmacêuticas a esforços financeiros elevados no campo da comunicação, os quais têm vindo a aumentar devido ao elevado nível concorrencial.

### **3.2.2. O Médico como Consumidor de Informação**

O processo de adopção de um medicamento pelo médico tem também um “investimento” associado, que, como em qualquer processo de análise de investimentos, implica uma reflexão a nível de “despesas” e de “receitas”. No lado das “despesas” podemos encontrar os esforços feitos para obtenção da informação e o tempo dedicado à mesma e no lado das “receitas” os resultados terapêuticos obtidos, que se esperam proporcionais às expectativas criadas. Se estas últimas são elevadas a receptividade ao representante do laboratório continuará a aumentar, a consulta às brochuras que este lhe deixa é mais cuidada, chegando a retê-las para consulta posterior, o que não acontece na esmagadora maioria dos casos.

Por outro lado, comparece com maior frequência às reuniões de informação, aos congressos, aos colóquios, escuta com maior atenção as opiniões dos colegas, procura trocar impressões e essencialmente procura com maior insistência todo o tipo de informação que lhe possa ser útil. Pelo exposto, consideramos que o acto de prescrição é uma consequência do acto de recolha de informação, pelo que não nos repugna assumir o médico como um consumidor de informação, aproxi-



mando desta forma o método utilizado na abordagem de marketing aos produtos de grande consumo ao marketing farmacêutico, tendo em consideração as especificidades que lhes são inerentes. Daí que tenhamos tido a preocupação de apresentar um modelo que reforça a convicção de que as técnicas são idênticas, as necessidades é que são diferentes.

A diferença das necessidades prende-se com o facto de o médico nada pagar, sob o ponto de vista de dispêndio monetário, o que não significa, como acabámos de verificar, de que ele não tenha que transpor determinados obstáculos, em parte de natureza psicológica, para prescrever uma nova terapêutica, devido às cognições que lhe estão associadas.

A introdução na memória do médico de um novo medicamento, caracterizado por indicações que também podem ser novas – isto é, nenhuma “secção” está preparada para receber o produto recém-nascido –, pode obrigá-lo a um esforço de reestruturação de memória de tal natureza, que preferiria não alterar coisa alguma na ordem anterior e não receitar a novidade. Esta aparente dificuldade é perfeitamente natural, dado que a percepção se organiza selectivamente, o que faz com que as novas experiências sejam também organizadas selectivamente e catalogadas segundo as experiências anteriores da prescrição com determinado sentido e valor, que vai suportar a sua ordenação em padrões organizados de conhecimento, a que chamámos secções de memória terapêutica. Exemplo disto que acabámos de afirmar é a alteração radical da terapêutica anti-hipertensiva, que ao longo de vários anos utilizou os diuréticos como terapêutica de primeira linha, sendo actualmente preterido por outros grupos terapêuticos.

O que não deixa de acontecer é que os processos cognitivos, como estabilizadores da novidade, vão, a partir das experiências passadas, para que as novas experiências sejam mais facilmente percebidas, operar no sentido de minimizar um esforço de reestruturação, cujo desenvolvimento é variável de médico para médico. O que não restam dúvidas é de que a qualidade e quantidade de informação é determinante, razão pela qual os estu-

dos de prescrição que têm sido feitos indicam que cada fonte disponível de informação dirigida ao médico, embora de interesse variável, é um activo meio de influência da prescrição (Green 1988).

Tal não significa, pelo médico poder ser encarado como um consumidor de informação, que esta deva ser manipulada com o intuito de motivar o médico à prescrição a qualquer preço, embora se reconheça a existência de tais práticas que, por raras, têm uma ressonância exagerada nos órgãos de comunicação social (Pires 1991).

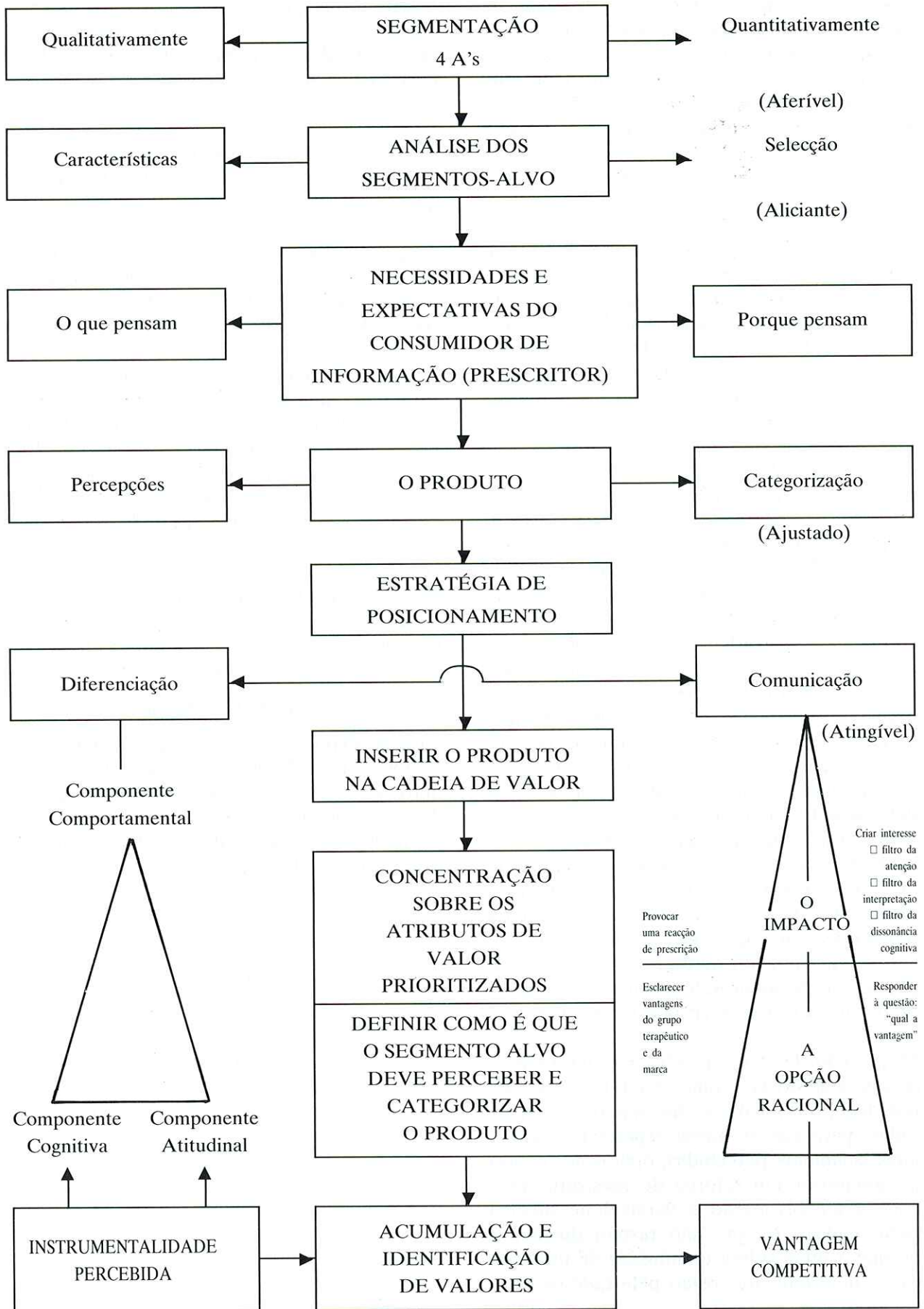
É óbvio, portanto, que não se torna necessário a manipulação da informação, pois o rigor que lhe advém por direito próprio da sua investigação, permite-lhe ser encarada como uma indústria vigária no aperfeiçoamento dos profissionais médicos, evitando a estagnação dos seus conhecimentos (Leitão 1983).

A constatação desta realidade, a par das suas responsabilidades económicas e sociais, particularmente na redução do sofrimento humano, dão-lhe uma consciência muito nítida das suas obrigações em vários domínios.

### 3.2.3. O Modelo

Face ao exposto e à luz dos princípios enunciados, o modelo de posicionamento de produtos ético-farmacêuticos faz apelo às teorias das ciências do comportamento, particularmente à psicologia social, assumindo o médico como consumidor de informação:







Reconhece a validade dos modelos de prescrição médica que defendem a presença de uma parte racional (científica/conceptual) e outra emocional ou afectiva na atitude de prescrição (imagem) e por isso mesmo, através da estratégia de posicionamento, procura inserir o produto ético-farmacêutico na cadeia de valor do médico e não impor-lhe as características do fármaco.

A maioria das empresas focaliza a actuação sobre as vantagens dos produtos, e das marcas, pelo que se pode afirmar que estamos perante uma nova miopia da gestão da concepção do produto em detrimento da gestão perceptual das necessidades (Dusard 1984). Apontam-se várias razões para justificar uma situação deste género, mas a causa principal reside na insuficiência de uma metodologia de análise perceptual. Esta permite prever o comportamento dos prescritores, o que constitui um elemento de importância assinalável para a estratégia de posicionamento, dada a possibilidade de explicação da evolução dos mercados que regista (Dubois 1979).

Obter-se-á, assim, a informação necessária e suficiente que permite o desenvolvimento de estratégias de posicionamento com três fases perfeitamente distintas:

- 1.<sup>a</sup> Identificação do conjunto das possíveis vantagens competitivas
- 2.<sup>a</sup> Selecção das vantagens competitivas mais adequadas
- 3.<sup>a</sup> Divulgação do conceito de posicionamento do valor junto do prescritor.

Para além da qualidade terapêutica intrínseca de um produto ético-farmacêutico, com uma estratégia de lançamento cuidadosamente desenhada, tem que existir um conhecimento profundo das necessidades do médico face a uma determinada patologia, pois, caso contrário, o fracasso será provável e pode ser exclusivamente devido a não se ter sabido comunicar convenientemente a oferta da empresa face a essas necessidades e à oferta disponível por parte da concorrência.

Não é apenas uma questão de notoriedade

como se poderia imaginar. Para além de ser conhecida, a marca deve, sobretudo, poder ser associada a um conceito claro e objectivo para poder assumir um papel relevante nas decisões de prescrição. Tal só é conseguido se existir uma percepção correcta e diferenciada na mente do prescritor, que confira um significado próprio à marca, ou seja, se o posicionamento for correctamente elaborado. Se tal acontecer poder-se-á afirmar que se obteve uma vantagem competitiva face à concorrência, que não assenta no que é palpável, no que é físico, sempre mais fácil de imitar, mas sim no intangível, nos significados subjectivos, que se bem equacionados são praticamente impossíveis de imitar (Garrido, 1989).

As decisões sobre posicionamento, da empresa ou dos seus produtos, têm reflexos no longo-prazo e por isso são estratégicas, dado não se variar de objectivos de posicionamento mensalmente ou em cada ano. É uma aposta forte de futuro que requer uma gestão e controle eficaz dos elementos de comunicação através dos quais se transmite a percepção desejada.

O que se torna importante salientar é que o posicionamento do Valor implica uma manobra estratégica, de segmentação da patologia e sua sub-caracterização, ao abrigo da qual se desenvolvem vantagens competitivas do fármaco face à oferta da concorrência, que correctamente comunicadas ao médico e identificadas por este como geradoras de satisfação, conduzirão essa manobra estratégica ao sucesso.

Tal postura implicará novas estratégias competitivas, que procurarão novas formas de segmentação dos mercados, através de perfis de patologia e necessidades do médico face à situação. Detectadas estas, será então possível definir estratégias de Posicionamento do Valor que procurarão estabelecer a melhor combinação entre a doença e o produto, o que significa que se terá que evoluir da gestão do produto para a gestão da patologia.

Tal significa que se tem que restringir significativamente as indicações terapêuticas de um determinado fármaco, concentrando a comunicação apenas nos atributos-chave de sucesso, detectados na pesquisa de necessidades.



Poder-se-á afirmar que a vantagem competitiva residirá na capacidade de integrar a especialidade farmacêutica no sistema de valor de prescrição do Médico.

Se se pretender fazer uma certa analogia, poderemos afirmar que se trata de assumir a teoria dos receptores, em que apenas determinadas substâncias terão a capacidade de estimular esses receptores, para as funções julgadas convenientes.

No marketing farmacêutico apenas as estratégias de posicionamento que consigam conferir uma vantagem para o médico (Posicionar o Valor) com uma vantagem sobre os produtos concorrentes (Diferenciar), conseguirão ser portadoras de vantagem crítica (Criar Sucesso).

A mutação opera-se através da conversão das vantagens operativas do produto para as vantagens simbólicas do posicionamento do Valor, depois de convenientemente pesquisadas as percepções e atitudes do médico face às necessidades que derivam de determinada patologia.

A indústria farmacêutica, ao evoluir aleatoriamente na sua pesquisa, como inicialmente foi referido, tem que possuir uma pesquisa de Marketing que oriente as vantagens operativas do novo fármaco para as necessidades que conferem Valor ao mesmo, diferenciando-se dos seus concorrentes, através de um posicionamento do Valor.

## Bibliografia

- AAKER, DAVID A. e MYERS, JOHN G.** "Advertising Management", Prentice-Hall Inc., 1987.
- ANDREANI, JEAN-CLAUDE.** 1983. "Les Spécificités du Marketing Pharmaceutique", in *Revue Française du Marketing*, n.º 93.
- ASSEL, HENRY.** "Marketing Management - Strategy and Actions", Kent Publishing Company, New York, 1985.

- CARRAGETA, MANUEL OLIVEIRA.** "Pressão Arterial Ambulatória no Estudo da Hipertensão Arterial". Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 1985.
- DUBOIS, P.L.** "Pour une Pratique du Positionnement du Produit", *Revue Française du Marketing*, n.º 77, 1979.
- DUSSARD, CHRISTIAN.** "A Revision and Extension of the Concept of Positioning through Consumption Formulas and Use Situations", in 11.ème seminaire international de recherche en Marketing, Institut d'Administration des entreprises, Université d'Aix - Marseille - France, 1984.
- FESTINGUER, LEON.** "A theory of Cognitive Dissonance", Stanford University Press, Stanford, 1962 (ed. Brasileira "Teoria da Dissonância Cognitiva", Zaltar Editores, Rio de Janeiro, 1975).
- GARRIDO, G.** Posicionamento: Concepto y Estrategias, Papers Esade, Núm. 23, Mayo, 1989.
- LEITÃO, JOSÉ ANDERSEN.** "Variações sobre o tema dos medicamentos". Edição do Autor, 1983.
- LIDSTONE, JOHN.** "Marketing Planning for the Pharmaceutical Industry", Gower Publishing Company limited, 1987.
- McDAVID, JOHN W. e HARARI, HERBERT.** "Psychology and Social Behavior", Harper & Row, 1974. (ed. Brasileira, "Psicologia e Comportamento Social", Editora Intercedência, Lda., Rio de Janeiro, 1980).
- MORGAN, CLIFFORD T.** "Introduction psychology". McGraw-Hill Book Co., New York, 1956.
- MURPHY, JOHN M.** "Brand Strategy", Director Books, Cambridge, 1990.
- OLIVER, GORDON.** "Marketing Today" Prentice-Hall Inc., 1990.
- PIRES, CARLOS.** "Laboratórios e Médicos, Corrupção e Conivência", *Jornal Semanário*, 1991.3.28, p. 3, col. 2.
- RIES, AL.** "Positioning: The Battle for Your Mind", McGraw-Hill, Inc., 1986, (ed. Brasileira "Posicionamento: Como a Média Faz Sua Cabeza" Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 1987).
- SMITH, WENDEL R.** "Product Differentiation and Market Segmentation as Alternative Marketing Strategies", in *Journal of Marketing*, July 1956, p. 3.

## Notas

- (1) A descrição sobre as fases de desenvolvimento de um novo medicamento foram extraídas de uma publicação da multinacional Suíça Sandoz, sendo o seu título "Naissance d'un Médicament (Extrait d'une Presentation Audiovisuelle du Centre de Chimie).
- (2) Entendemos estratégia de marketing como a mobilização das competências colectivas da empresa no sentido de servir uma clientela-alvo, através da oferta "valor" superior à concorrência na perspectiva do destinatário.
- (3) A marca serve uma mais fácil identificação dos produtos da empresa, diferenciando-os da concorrência (Murphy 1990, p. 1).
- (4) A hipertensão arterial é um importante factor de risco cardiovascular que se caracteriza por valores tensionais elevados.