

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E DE PESQUISA
MESTRADO EM GESTÃO EMPRESARIAL**

FELIPE COSTA RAMOS

**RELACIONAMENTO COM MÉDICOS COMO ESTRATÉGIA DE MARKETING DA
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

Rio de Janeiro

2010

FELIPE COSTA RAMOS

**RELACIONAMENTO COM MÉDICOS COMO ESTRATÉGIA DE MARKETING DA
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Empresarial, pelo Mestrado em Gestão Empresarial da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas.

Orientador: Prof. Dr. Delane Botelho

RIO DE JANEIRO

2010

(espaço para ficha catalográfica)

FELIPE COSTA RAMOS

**RELACIONAMENTO COM MÉDICOS COMO ESTRATÉGIA DE MARKETING DA
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

Dissertação de Mestrado apresentado à
Fundação Getúlio Vargas - RJ, Escola
Brasileira de Administração Pública e de
Empresas, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Gestão
Empresarial.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Delane Botelho

Professora: Alda Rosana Duarte de Almeida

Professor: Joaquim Rubens Fontes Filho

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, especialmente aos meus pais, Luiz e Nanci, e meu irmão, Rafael, pela força e incentivo do dia-a-dia.

Ao amigo Rodolfo por toda colaboração e boa vontade ao longo do trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Delane, pela atenção e incentivo dispensados.

A Decision, por ter me oportunizado realizar este curso.

A Lúcia, por ouvir tantas vezes as mesmas histórias.

A Melina, por não ter me deixado desistir.

Aos demais amigos que colaboraram de alguma maneira para que eu conseguisse realizar este trabalho.

RESUMO

O marketing de relacionamento (MR) é uma das principais formas de melhoria no gerenciamento das relações das empresas com seus clientes e também parceiros. Definido como um conjunto de atividades com o objetivo de desenvolver e dar continuidade às relações entre a empresa e seus clientes, o MR trata da criação de uma base de relacionamento e integração em todas as fases do relacionamento. Na indústria farmacêutica, caracterizada por estratégias mercadológicas particulares, entre as quais se destaca a mudança de foco do consumidor final para o médico (que prescreve o medicamento), o MR é utilizado de forma constante, sendo disponibilizados altos investimentos nesta área. Com base neste contexto, este trabalho busca investigar a relação entre os incentivos da indústria farmacêutica, caracterizados pelas práticas de MR, e a quantidade de receitas prescritas pelos médicos. Assim, o objetivo central da pesquisa é identificar se o investimento desta indústria em MR junto aos médicos faz com que receite mais o produto. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória, utilizando dados secundários de um grande laboratório farmacêutico de nível mundial. Estes dados referem-se a uma amostra de 98 médicos de uma determinada especialidade que foram atendidos pelo Laboratório. Foram testadas as variáveis referentes às práticas de MR – visitas, amostras, congressos, coquetéis e outros, utilizando-se testes de regressão linear. Os resultados comprovaram que os médicos que recebem mais incentivos prescrevem mais receitas. Também foi verificado que existe uma relação positiva entre as práticas de MR e a quantidade de receitas prescritas, sendo que a concessão de inscrições em congressos influencia este resultado de forma mais significativa.

Palavras-chave: marketing de relacionamento – indústria farmacêutica – reciprocidade.

ABSTRACT

Relationship marketing (RM) is one of the major means of improving the relationship management with clients and suppliers. Defined as a set of activities with the objective of developing the relations between the company and its clients, RM deals about the creation of relationship roots and integration in all the relationship levels. In the pharmaceutical industry, featured by specific marketing strategies, among which stands out the shift of the focus from the final customer to the physician (which prescribes medication), RM is used steadily, being made high investments in this area. So, this study intends to investigate the relationship between the pharmaceutical industry incentives, characterized by the RM practices, and the amount of revenues prescribed by the physicians. Therefore, the main objective of this research is identifying if the investment of this industry in RM with physicians make them to prescribe more medical revenues. So, it was made an exploratory study, using secondary data from a world level laboratory. This data is a sample of 98 physician that were visited by the company. There were tested the RM variables – visits, free samples, congresses, cocktails and others, using linear regression tests. The results proved that the physicians that receive more incentives prescribe more the laboratory's medication. Also, it was verified that there is a positive relation between the RM practices and the amount of prescription, being the congresses the most influent practice.

Key words: relationship marketing – pharmaceutical industry – reciprocity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Valor de mercado das principais indústrias farmacêuticas do mundo. ...	15
Figura 1 - Participação das indústrias farmacêuticas no mercado do Rio Grande do Sul	16
Figura 2 - Variação da participação das indústrias farmacêuticas no mercado do Rio Grande do Sul – 2008 / 2009	16
Figura 3 – Evolução do marketing de relacionamento	21
Figura 4 – Fontes do marketing de relacionamento.	22
Figura 5 – Formas de marketing de relacionamento	25
Quadro 2 – Programas de marketing de relacionamento	30
Figura 6 – Dinâmica do mercado de medicamentos éticos.	34
Figura 7 – Marketing de relacionamento na indústria farmacêutica.	39
Figura 8 – Metodologia Close-Up.....	46
Figura 9 – Percentuais de prescrição no período analisado.....	54
Figura 10 – Percentuais de prescrição nos meses analisados.....	55
Figura 11 – Total de receitas prescritas por mês.	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de médicos por categoria.....	53
Tabela 2 - Quantidade e percentuais de prescrições.	54
Tabela 3 - Práticas de marketing de relacionamento realizadas nos meses em estudo.....	56
Tabela 4 - Práticas de marketing de relacionamento realizadas conforme a categoria de médicos.	57
Tabela 5 – Análise de variância.	58
Tabela 6 - Coeficientes.....	58
Tabela 7 – Resumo do modelo	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.2 OBJETIVO FINAL	12
1.3 OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS	12
1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	13
1.5. RELEVÂNCIA DO ESTUDO	13
1.6 EMPRESAS ATUANTES NO MERCADO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1. TEORIA DA RECIPROCIDADE	17
2.2 MARKETING DE RELACIONAMENTO	19
2.2.1 Conceito	24
2.2.2 Programas de Marketing de Relacionamento	28
2.2.3 O processo de decisão de compra de medicamento de prescrição médica	32
2.2.4 Marketing de Relacionamento na indústria farmacêutica	34
2.2.4.1 Médicos como decisores.....	39
2.2.4.2 Relação de médicos com representantes	40
2.3 AUDITORIA DE RECEITAS MÉDICAS.....	44
2.4 A ÉTICA NA RELAÇÃO LABORATÓRIO-MÉDICO	47
3 MÉTODO.....	49
3.1 TIPO DE PESQUISA	49
3.2 UNIVERSO E AMOSTRA	50
3.3 COLETA DE DADOS	50
3.4 TRATAMENTO DE DADOS.....	51
3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO	52
4 RESULTADOS DA PESQUISA	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	64

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da competitividade, são os consumidores que estabelecem os padrões mínimos de qualidade e preços aceitáveis, o que tem levado as empresas a implementarem ferramentas que auxiliem na manutenção de seus clientes, por meio de um relacionamento saudável e duradouro. A melhoria na eficiência, o aumento da participação no mercado e também da lucratividade, são os benefícios a serem alcançados.

Como uma forma de atingir estes objetivos, o marketing de relacionamento configura-se como um processo contínuo de identificação e criação de novos valores com clientes individuais, gerando benefícios compartilhados. Portanto, pode ser visto como uma forma de gerenciamento que visa melhorar de modo contínuo o desempenho empresarial.

Atualmente, buscam-se parcerias entre todos os elementos que tenham alguma influência no desempenho da empresa, tais como fornecedores e distribuidores, a fim de que seja construído um sistema de rede para atender às necessidades dos clientes. Ou seja, as empresas passaram a ir além do marketing voltado só para conquista de novos clientes. Neste cenário, tanto a cooperação quanto a competição são relevantes.

O conceito de marketing como um problema de maximização de lucros, focalizado em transações de mercado, tornou-se inadequado (FERREIRA, 2003). Os profissionais de marketing já enxergam a importância de dar-se ênfase aos relacionamentos de longo prazo e à formação e administração de alianças estratégicas, uma vez que os novos desafios de mercado, em especial a necessidade de competição em mercados globalizados, tornaram necessária a criação de novas formas organizacionais em substituição às tradicionais organizações hierárquicas burocráticas. Entre essas, incluem-se as alianças estratégicas e redes, que se baseiam em relacionamentos de longo prazo e cooperação (VAVRA, 1993).

Desta forma, a administração de marketing vem sendo expandida para além do quadro conceitual referente à busca e conquista de novos clientes, de forma a atender melhor o conjunto de aspectos organizacionais e estratégicos inerentes à formação de alianças e manutenção de relacionamentos (VAVRA, 1993).

Com base neste contexto, foram incorporadas ao estudo do marketing novas perspectivas, as quais, nas últimas duas décadas, tiveram como conseqüências mudanças no conceito e na prática de marketing, que têm sido fundamentais para a reestruturação da área (FERREIRA, 2003). Estas mudanças, que podem ser consideradas como uma remodelagem fundamental deste campo, estão voltadas para o marketing de relacionamento (MR) (VAVRA, 1993; McKENNA, 1997).

O marketing de relacionamento pode ser definido como um conjunto de atividades que tem como objetivo desenvolver e dar continuidade às relações entre a empresa e seu cliente. Assim, o MR refere-se à criação de uma base de relacionamento e integração, desde o projeto do produto até o seu pós-venda (McKENNA, 1997).

Ao estabelecer o foco em relacionamentos, o marketing depara-se com um fenômeno tradicionalmente estudado por psicólogos, analistas de comportamento organizacional, economistas políticos, e sociólogos. As unidades de análise deixam de ser os produtos e as firmas, e passam a ser as pessoas, as organizações e os processos sociais que buscam unir as partes em relacionamentos contínuos, a fim de oferecer aos clientes benefícios superiores

Na indústria farmacêutica, o MR é uma prática de marketing bastante utilizada atualmente. Devido à Lei 9.294 e Resolução RDC número 102 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (HUERTAS e URDAN, 2007), que limita a propaganda direta ao consumidor dos produtos farmacêuticos, o MR ganha espaço neste mercado. Além disto, a entrada de medicamentos genéricos também provocou mudanças na abordagem mercadológica da maioria das empresas. A promoção da qualidade passou a ser questionada, pois os testes de bioequivalência e biodisponibilidade¹ exigidos para as classes de medicamentos e a sua aprovação pelo Ministério da Saúde, colocam os genéricos no mesmo patamar de qualidade dos produtos inovadores (AGUIAR, 2002).

¹ A biodisponibilidade relaciona-se à quantidade absorvida e à velocidade do processo de absorção do fármaco liberado a forma farmacêutica administrada. Quando dois medicamentos apresentam a mesma biodisponibilidade no organismo, sua eficácia clínica é considerada comparável. O teste de bioequivalência consiste na demonstração de que o medicamento genérico e seu respectivo medicamento de referência apresentam a mesma biodisponibilidade no organismo. A bioequivalência assegura que o medicamento genérico apresenta a mesma eficácia clínica e a mesma segurança em relação ao de referência. (MEDLEY, 2010).

Uma característica marcante em relação às estratégias mercadológicas deste setor está relacionada aos laboratórios farmacêuticos, que, para os médicos, promovem viagens, coquetéis e participações em congressos nacionais e internacionais, assim como distribuem brindes e presentes. Também disponibilizam visitas frequentes de seus representantes, que desempenham um papel fundamental nesta estratégia.

Toda esta abordagem, focada no médico e não no consumidor final do medicamento, deve-se ao fato de que, na maioria das vezes, os médicos são os grandes decisores dos processos de compra dos remédios (fabricados por esses laboratórios), tendo em vista que são eles que receitam os medicamentos. Segundo Harms et al (2002), 60% dos investimentos de marketing da indústria farmacêutica são dirigidos para a comunicação junto aos médicos. O papel do médico para decidir a terapia ainda é dominante, apesar de que em algumas áreas os pacientes têm autonomia para escolher entre alguns produtos.

A indústria farmacêutica tem interesse em incrementar ao máximo o consumo de seus produtos, como em qualquer mercado, e este consumo geralmente se efetiva por meio das prescrições emitidas pelos médicos. Os laboratórios, portanto, estimulam os médicos para que estes indiquem seus produtos, por meio das práticas de MR. É comum haver, por exemplo, congressos em que a maioria (e por vezes a totalidade) dos participantes tem suas inscrições pagas por indústrias de medicamentos. Além da inscrição no evento em si, o médico também tem seu traslado até a cidade onde ocorre o congresso, sua hospedagem e, por vezes, demais despesas também pagas.

O objetivo principal destes investimentos junto aos médicos, é que estes, como mantêm parcerias com os laboratórios, retribuam as “generosidades” receitando determinados medicamentos do laboratório parceiro para seus pacientes.

Caso o médico não seja afetado por essa estratégia de marketing, o esforço que a indústria farmacêutica faz, então, é em vão. De acordo com Palmatier et al. (2007), apesar de diferentes tipos de MR causarem diferentes resultados, ainda não há suporte empírico suficiente para afirmar que estes resultados são positivos.

A partir deste contexto, levanta-se a seguinte questão: os investimentos em marketing de relacionamento junto aos médicos proporcionam resultados positivos para os laboratórios farmacêuticos, na forma de mais receitas do seu produto? Esta

questão é o ponto de partida para a realização desta pesquisa, a partir da qual é considerada a seguinte hipótese:

H₁ – Há uma relação positiva entre incentivos da indústria farmacêutica, na forma de congressos, brindes, coquetéis, visitas e amostras grátis, e a quantidade de receitas prescritas pelos médicos.

Para que esta hipótese fosse testada, foi realizada uma pesquisa junto a um laboratório farmacêutico, que é um dos líderes do mercado nacional, envolvendo os esforços em MR referentes a um medicamento utilizado em tratamentos de uma determinada especialidade da medicina. O referencial teórico que deu suporte para a elaboração dessa hipótese é discutido na sequência deste trabalho (Cap. 2).

1.2 OBJETIVO FINAL

O objetivo final desta dissertação é: identificar se o investimento da indústria farmacêutica em marketing de relacionamento junto aos médicos faz com que eles receitem mais o seu produto.

1.3 OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS

Os objetivos intermediários desta dissertação são:

- Identificar as práticas mais usuais de marketing de relacionamento no setor farmacêutico;
- Identificar se determinadas práticas de marketing de relacionamento trazem um retorno maior que outras.

1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa usa dados secundários, referentes ao relacionamento com médicos, de um laboratório de grande porte de nível mundial, o qual será chamado, por motivos de sigilo, de Laboratório Beta. A pesquisa é restrita somente a médicos de uma determinada especialidade médica no estado do Rio Grande do Sul, que têm contatos freqüentes com representantes do Laboratório Beta.

Em relação ao referencial teórico, o foco é voltado aos conceitos e outros aspectos relacionados ao marketing de relacionamento, em especial às práticas implementadas na indústria farmacêutica. Como forma de contextualizar o tema, trata-se inicialmente da Teoria da Reciprocidade, que apresenta as bases para a compreensão dos fundamentos do MR.

1.5. RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Para a indústria farmacêutica, a utilização das técnicas e ferramentas de MR é uma oportunidade de divulgação de seus produtos para aqueles que são os principais influenciadores e decisores dos consumidores finais – os médicos.

A partir deste contexto, este estudo tem como objetivo analisar se, de fato, práticas de MR trazem os resultados positivos esperados pelas empresas do ramo farmacêutico. Apesar da existência de indícios e autores que defendam e acreditem na eficiência de sua utilização (PARVATIYAR e SHETH, 1999), é necessário que estudos adicionais sejam realizados, a fim de comprovar questões ainda em discussão, como a levantada neste trabalho.

Assim, identifica-se a relevância da realização da pesquisa proposta. A utilização de estratégias como as de MR, tem como objetivo, geralmente, trazer algum resultado (normalmente financeiro), portanto é importante analisar se as ações das empresas revertem nos resultados aguardados.

Parte-se do pressuposto de que a promoção e o lançamento de produtos conduzem e mudam os hábitos prescritivos dos médicos. Esse pressuposto

comprova a importância do MR no contexto farmacêutico, em especial na formação da conduta médica, tendo em vista que é caracterizado pelo uso de estratégias e ações em visitas médicas, patrocínios, participação em congressos, organização de eventos e anúncios em revistas especializadas.

A constatação de que as práticas de MR não trazem resultados correspondentes ao esperado seria uma importante contribuição do estudo, uma vez que a indústria poderia, desta forma, redirecionar seus recursos de maneira mais adequada. Por outro lado, no caso destas serem valorizadas, a hierarquização realizada seria um adequado instrumento norteador do comportamento do setor.

A escolha do setor farmacêutico justifica-se devido à importância das empresas desta área na economia mundial, conforme pode ser visualizado no quadro 1. Os valores de mercado das principais indústrias do setor ultrapassam os cem milhões de dólares, e as duas maiores alcançam e passam os 170 milhões de dólares em valor.

O MR é uma das principais práticas utilizadas nesta indústria (SRIVASTAVA, 2007; SZALKAI, 2004) e, somente em 2008, segundo a Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (FEBRAFARMA, 2010), as empresas deste ramo tinham previsão de investimento de R\$ 225 milhões em projetos de lançamentos de novos produtos no Brasil.

Já a consultoria IMS Health (2010) informou que o mercado global farmacêutico deverá movimentar em 2010 entre US\$ 820 bilhões e US\$ 830 bilhões, um crescimento de 4% a 6% em relação a 2009. Entre 2005 e 2009, as vendas globais das indústrias cresceram cerca de 40%. Ainda segundo a IMS Health (2010), os países do BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China) deverão ser o motor de expansão nos próximos anos. No Brasil, as vendas totais de medicamentos em 2009 somaram R\$ 30,2 bilhões, sendo aproximadamente 20% desse total de medicamentos genéricos, conforme a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (SAÚDE BUSINESS WEB, 2010).

Quadro 1 – Valor de mercado das principais indústrias farmacêuticas do mundo.

Indústria	Valor de mercado US\$ (em bilhões)
Merck Sharp and Dohme	172,90
Pfizer	171,50
Johnson & Johnson	124,6
Bristol Myers-Squibb	108,80
Novartis	106,00

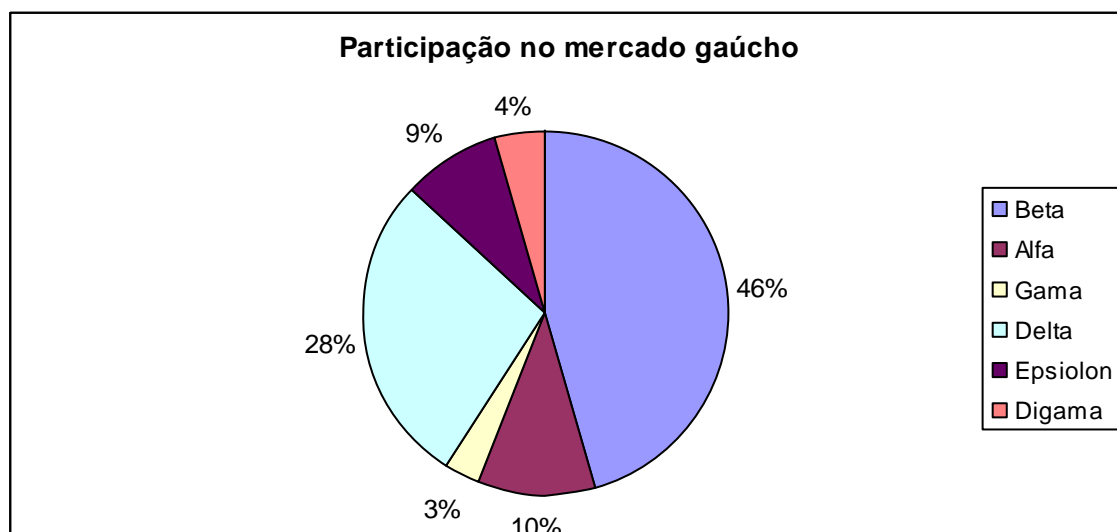
Fonte: Pharmaceutical (2000).

1.6 EMPRESAS ATUANTES NO MERCADO

O mercado farmacêutico no Brasil, na especialidade médica estudada, apresenta-se dividido basicamente entre seis multinacionais (que, para fins de sigilo, terão seus nomes substituídos): Alfa, Beta, Gama, Delta, Épsilon e Digama. Apenas os laboratórios Delta e Beta correspondem, somados, a aproximadamente 80% do mercado, em Reais conforme dados da Intercontinental Marketing Services (IMS, 2009).

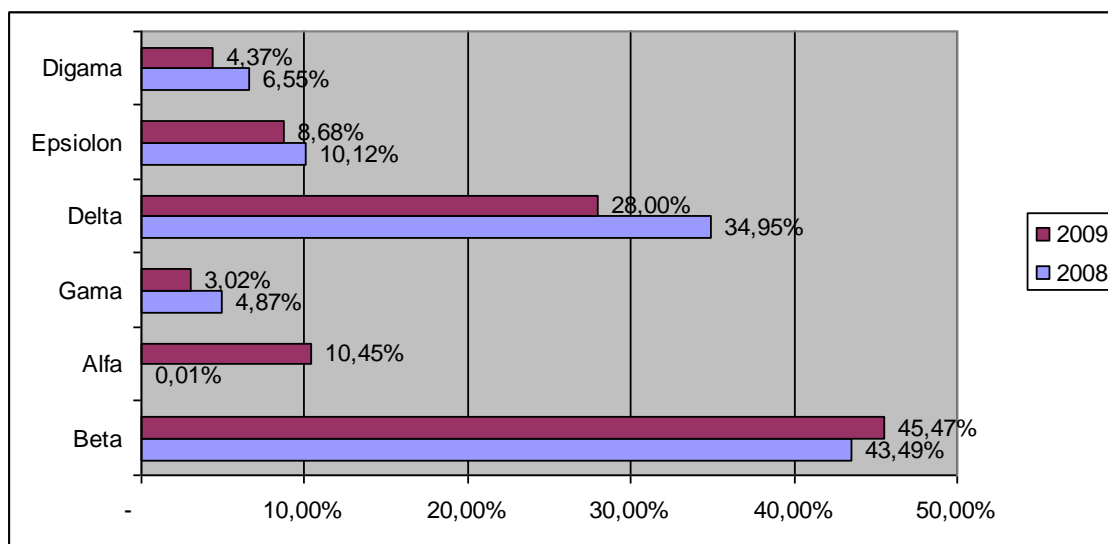
No caso específico do estado do Rio Grande do Sul, que é o universo considerado para a pesquisa, os dois laboratórios destacados acima possuem percentuais de 45,47% e 28% de fatia de mercado em Reais (IMS, 2009) (figura 1). Verifica-se, contudo, na figura 2, uma mudança no mercado entre os anos de 2008 e 2009, com a forte entrada da Alfa, em 2009, e um crescimento da Delta, ao mesmo tempo que ocorre uma pequena queda no percentual da Beta. Em termos de valores, as vendas no estado do Rio Grande do Sul em 2009 passaram de R\$ 5,7 milhões.

Figura 1 - Participação das indústrias farmacêuticas no mercado do Rio Grande do Sul



Fonte: IMS (2009)

Figura 2 - Variação da participação das indústrias farmacêuticas no mercado do Rio Grande do Sul – 2008 / 2009



Fonte: IMS (2009)

A partir deste capítulo inicial, no qual foi apresentado o contexto sob o qual a pesquisa foi estruturada, incluindo hipótese e objetivos, dá-se sequência ao trabalho com a apresentação e discussão do referencial teórico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o Referencial Teórico, que aprofunda os conceitos envolvidos no tema Marketing de Relacionamento e os relaciona ao setor farmacêutico. Inicialmente, trata-se da Teoria da Reciprocidade, que fundamenta estes conceitos.

2.1. TEORIA DA RECIPROCIDADE

Conforme Zaluar (1997), a primeira Teoria da Reciprocidade teria surgido na época pré-keynesiana, nas primeiras décadas do século XX. Neste período, as teorias liberais de mercado eram ainda dominantes; não havia tentativas de combater a corrosão na sociedade provocada pelo mercado sem limites institucionais e morais. Na teoria de Marcel Mauss (apud ZALUAR, 1997), são três os momentos da reciprocidade: dar, receber e retribuir. Zaluar (1997) ainda complementa:

O bem doado, carregado de força vital, da energia que obrigaria à retribuição, faria a mágica de reunir as pessoas, de criar laços sociais entre elas. O bem seria, pois, o mediador nessas relações interpessoais e intergrupais. Mas circularia no circuito restrito das relações interpessoais, constituindo a comunidade das relações primárias (p.9).

Mauss (apud ZALUAR, 1997) descreve que o presente sem possibilidade de retribuição humilha o recebedor. Segundo o autor, o dom ou dádiva, que se refere às relações de troca baseadas em doações de bens e serviços valiosos, sem expectativa de retribuição, é também um recurso do poder, que é usado em rituais de exibição de *status*, garantindo uma posição de prestígio e poder ao doador. Ou seja, o dom não é puro desinteresse nem absoluta generosidade, mas seu caráter interessado é muito mais simbólico do que material. Em Ciências Sociais, economia do dom ou cultura da dádiva é uma forma de organização social na qual os membros fazem doações de bens e serviços valiosos, uns aos outros, sem que haja, formal ou explicitamente, expectativa de reciprocidade imediata ou futura, como no

escambo ou num mercado. Todavia, a obrigação de reciprocidade existe, não necessariamente envolvendo as mesmas pessoas, mas como uma corrente contínua de doações.

Desta forma, a reciprocidade impulsiona os seres humanos à competição, à rivalidade e à vingança quando são lesados ou ofendidos (BOILLEAU, 1995), pois:

O dom é ao mesmo tempo interesse e desinteresse, generosidade e cálculo estratégico ou instrumental, expressos no plano simbólico e não material, que se conservam em tensão permanente, especialmente nas relações entre desiguais. Por isso mesmo, diz Mauss, uma de suas perversões é a esmola da caridade cristã, a filantropia humilhante (ZALUAR, 1997, p. 10).

A reciprocidade e o dom, em circuitos simétricos e assimétricos da troca, não estavam restritos às sociedades tribais ou primitivas. Inúmeros autores têm tratado cada vez mais as conseqüências econômicas e políticas dos circuitos específicos das sociedades modernas e contemporâneas como objeto de análise, em diferentes campos sociais: cuidado médico, previdência social, doação de sangue e de órgãos, política fiscal do Estado e em diversos movimentos sociais (ZALUAR, 1997).

Godbout (1992), tratando da diferença entre a reciprocidade e o mercado, diz que esta cria um vínculo entre os parceiros da troca, uma vez que deixa o receptor na obrigação de retribuir ao doador o bem doado. Esta relação não tem um tempo demarcado, e poderia estender-se no longo prazo, quanto maior a proximidade social entre os parceiros.

Portanto, no mercado, a troca baseada no princípio da equivalência ou medida pelo dinheiro (o equivalente geral) extinguiria a relação no próprio ato de trocar.

A teoria da reciprocidade sugere que os benefícios recebidos por alguém criam débitos para quem cedeu este benefício que só podem ser contrabalançados através de uma compensação (PALMATIER et al, 2007). Assim, para diferenciar um relacionamento fundamentado na reciprocidade, é necessário que se considerem algumas características que beneficiem os envolvidos no relacionamento, tais como: satisfação, comprometimento, confiança e boa comunicação. Estes aspectos de um relacionamento agem em conjunto para formar uma trama de conexões, que possa perpetuar-se em longo prazo.

Conforme será observado nos itens na continuação, é muito comum os modelos de MR ignorarem a reciprocidade, mesmo que ela, junto com a gratidão,

represente um fator crítico do MR interpessoal, especialmente. O MR assume uma reciprocidade cíclica de dever de uma pessoa com a outra e vice-versa. O mero reconhecimento do benefício parece gerar uma sensação implícita de retribuir (PALMATIER, 2008).

Entretanto, o MR vai além dos efeitos de curto prazo da gratidão. Pois, se assim fosse, os consumidores poderiam facilmente reparar seus débitos e dispensar suas obrigações com os vendedores. A gratidão implica em pressão psicológica que implica pressão social; surge a reciprocidade e são criados ciclos comportamentais. A gratidão e a reciprocidade sempre operam no nível mais baixo de consciência, como emoções e pressão de colegas (PALMATIER, 2008).

2.2 MARKETING DE RELACIONAMENTO

Na perspectiva do marketing, os mercados são agressivos e compostos por muitos concorrentes, os quais oferecem serviços e produtos relativamente equivalentes (VAVRA, 1993). Por isto, segundo McKeena (1997), durante muitos anos, o marketing teve seus esforços focados nas vendas, visando modificar a mentalidade do cliente, de modo a adaptá-lo ao produto. Porém, com o desenvolvimento da tecnologia e o aumento da competição, algumas empresas mudaram esta abordagem e passaram a se voltar para o cliente. Estas empresas mostraram disposição em modificar seu produto de modo a atender as expectativas desses clientes (McKEENA, 1997).

De qualquer forma, o mais difícil no mercado competitivo atual é manter clientes comprando regularmente uma marca ou serviço. Tendo em vista os altos custos decorrentes da conquista de novos clientes, a melhor maneira de manter ou aumentar a lucratividade nesta situação é aumentar o tempo de vida de compra dos clientes atuais (VAVRA, 1993). De acordo com McKeena (1997), a própria tecnologia acabou por transformar as escolhas que modificam o mercado, o que acabou por modificar o paradigma de marketing, que passou a ser baseado na experiência e no conhecimento.

Segundo Jesus (2003), por meio dos avanços tecnológicos o marketing tem conseguido identificar os fatores determinantes do comportamento dos consumidores, disponibilizando informações fundamentais para a estruturação das estratégias de mercado das empresas em busca de vantagens competitivas. Neste contexto, surge o marketing de relacionamento, como uma resposta para o desafio da sobrevivência no mercado (McKEENA, 1997). Ainda de acordo com o mesmo autor, o objetivo do marketing de relacionamento é integrar o cliente à elaboração do produto e desenvolver um processo sistemático de interação que dará firmeza à relação.

Palmatier (2008) posiciona o MR na estratégia de marketing das empresas:

O MR tem tido uma posição especial na estratégia de marketing das empresas ao longo das duas últimas décadas. Uma confluência de fatores, incluindo a avanços na comunicação, logística e informática; aumento da competição global e maior comoditização da produção aumentou a lealdade baseada na relação (p. 9).

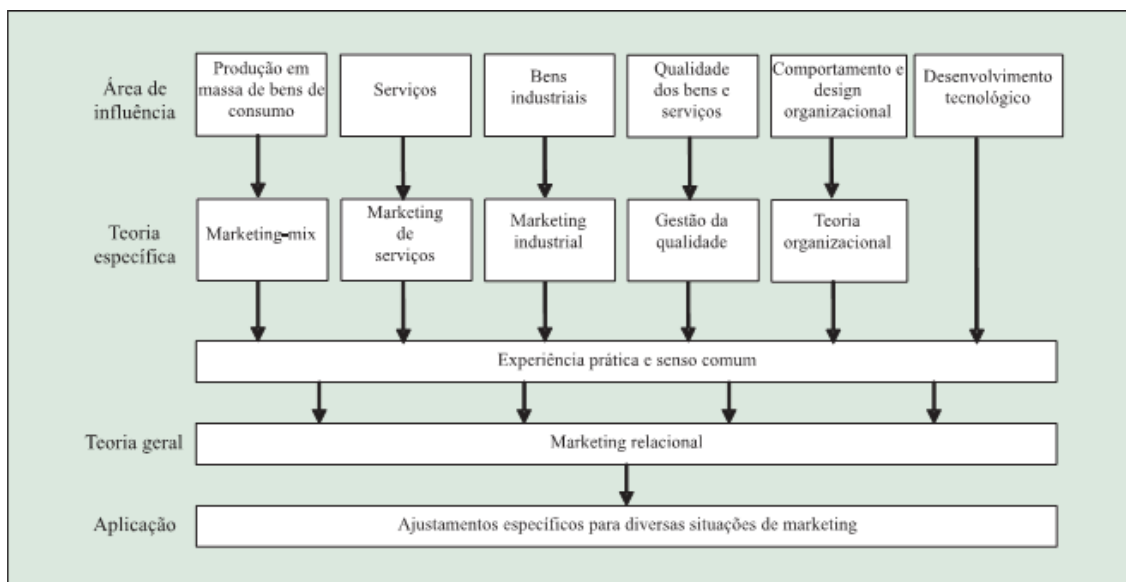
O termo “marketing de relacionamento” surgiu em 1983, quando Leonard Berry o introduziu para descrever uma abordagem de mercado de longo prazo (CASTRO e PROENÇA, 2002). Segundo Berry (1996), a qualidade do serviço cria relacionamentos – com clientes, com funcionários e demais interessados no negócio. Para o autor, as empresas excelentes alimentam esses relacionamentos reciprocamente benéficos.

Em uma perspectiva histórica, percebe-se que mercados baseados em relações foram a regra durante a maior parte dos séculos. Apenas a partir da revolução industrial e a consequente produção e consumo em massa é que esse paradigma mudou para mercados baseados em transações. Portanto, o MR passa a ser uma espécie de renascimento das práticas de marketing da era pré-industrial (PARVATIYAR e SHETH, 1999; PALMATIER, 2008).

A maior parte das teorias do marketing desenvolveu-se a partir dos mercados de produtos de grande consumo. O MR emerge e desenvolve-se a partir das reflexões que têm sucedido nas distintas extensões do marketing e como resultado de diferentes correntes ou linhas de estudo. A emergência do MR ocorre, assim, como a progressão de diferentes áreas substantivas para as respectivas teorias específicas que, posteriormente, através da experiência prática e do senso comum, dão origem à teoria geral do MR. Este tem a sua aplicação em diversas situações de

marketing, com os devidos ajustamentos específicos (ANTUNES e RITA, 2008). A evolução do marketing de relacionamento, de acordo com os autores acima, é representada na figura 3.

Figura 3 – Evolução do marketing de relacionamento



Fonte: Antunes e Rita (2008).

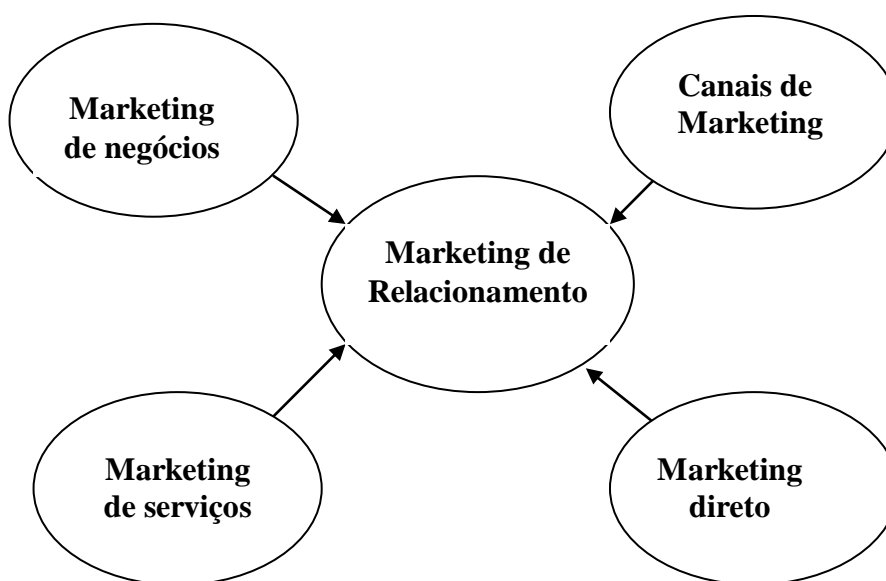
De qualquer maneira, o MR pode ser considerado como uma abordagem multidisciplinar e não como uma função isolada. A gestão da qualidade, com o seu foco na qualidade percebida pelo cliente, a noção de cliente interno, a teoria organizacional e as novas tecnologias, são outras contribuições para o desenvolvimento da nova abordagem de marketing (ANTUNES e RITA, 2008).

Assim, pode-se considerar que o MR teve seu desenvolvimento a partir de reflexões nas diferentes extensões do marketing, como resultado de diferentes correntes e linhas de investigação. Uma primeira corrente surgiu no âmbito dos serviços, em que se destacam as contribuições de Berry (1983) e Gronroos (1990). Uma segunda linha de investigação teve seu início por meio da perspectiva do marketing industrial, centrando-se nas relações de troca inter-organizacionais, onde se destacam as contribuições de Hakanson (1982) e Anderson (1995). Surge também uma terceira linha de investigação, relacionada com os mercados de consumo e onde é analisado o comportamento relacional do consumidor, na qual se destacam as contribuições de Sheth e Parvatiyar (1995), Morgan e Hunt (1994) e Peterson (1995). Por último, considera-se ainda outra linha de investigação

relacionada com os canais de distribuição, onde é estudado o desenvolvimento das relações nos canais, com contribuições de Nevin (1995) e Chang (2001) (ANTUNES e RITA, 2008).

Já para Möller e Halinen (2000), toda discussão do MR corrente é derivada de quatro fontes (figura 4). Todas estas fontes põem ênfase nas relações externas das empresas, especialmente nas relações com o consumidor. Essas quatro linhas tradicionais do estudo do marketing contribuíram para a mudança da visão do marketing como sendo um fenômeno de trocas para um fenômeno de relacionamentos. O marketing relacional surge, assim, por oposição ao marketing transacional (MÖLLER e HALINEN, 2000).

Figura 4 – Fontes do marketing de relacionamento.



Fonte: Möller e Halinen (2000).

Portanto, segundo Möller e Halinen (2000), não há como falar de MR sem fazer referência aos fundamentos do marketing industrial, marketing de serviços, canais de marketing e marketing direto.

Para os autores acima, não há uma única teoria desenvolvida de MR. Möller e Halinen (2000) afirmam que o MR pode ser dividido em apenas duas diferentes linhas de estudo: a do marketing industrial e a do comportamento do consumidor.

Já para Grönroos (1993), o MR foi inicialmente chamado de marketing de serviços, pois tinha como objetivo criar serviços para conquistar clientes. Neste sentido, foram treinados profissionais capazes de manter um relacionamento fiel entre empresário e clientes. Assim, surgiu o chamado marketing interno (que ajudaria o desenvolvimento do marketing de serviço), cuja premissa era de que “um serviço deve ser promovido com sucesso junto ao pessoal de modo que os empregados aceitem a oferta de serviço e dediquem-se totalmente ao cumprimento de seus deveres de marketing” (GRÖNROOS, 1993, p.554). Pode-se compreender então que, antes de chegar até o cliente, era necessário convencer o próprio vendedor da necessidade de manter uma ligação direta com seu cliente, deixando claro que isso beneficiaria a todos.

Até a década de 1970, o marketing de serviços e o marketing interno se desenvolveram a partir das estratégias de ajuda mútua a grandes empresas. Após a década de 1980 e início dos anos 1990, esse ramo se intensificou, e o MR passou a atingir um interesse mais amplo. Assim, foram estabelecidos estágios do MR a ser alcançados, os quais, inicialmente, se referiam às empresas e ao relacionamento existente entre elas, muito antes de referir-se aos clientes. Estes estágios são definidos da seguinte forma (O'MALLEY e TYNAN, 2000):

- Estágio pré-relacionamento: avaliação do fornecedor e da empresa, análise de como esse trabalho poderá ser desenvolvido;
- Estágio inicial: primeiro contato com a empresa, uma espécie de sondagem; período de incertezas;
- Estágio de desenvolvimento: já existe certa dependência entre empresa e cliente, de maneira ainda tímida, mas significativa;
- Estágio a longo prazo: os contratos já estão estabelecidos, as empresas trabalham juntas;
- Estágio final: estabelecimento de acordos concretos, segundo os quais, se uma determinada empresa descumprir um contrato, sofrerá sanções da obra.

A partir do cumprimento desses estágios pelas empresas, principalmente na década de 1990, surgiu uma nova perspectiva: o estabelecimento do relacionamento entre empresa e cliente. É por essa razão que conceitos como fidelidade, compromisso, confiança, mutualidade e reciprocidade, passaram a fazer parte das preocupações dos profissionais de marketing. Assim, foi criada uma nova forma de

abordagem e conquista em relação ao consumidor, que recebeu o nome de marketing de relacionamento.

2.2.1 Conceito

De maneira geral, o marketing de relacionamento refere-se a relacionamentos comerciais entre parceiros e clientes que possam gerar benefícios mútuos. Assim, desenvolve-se na base do lucro e esse, de alguma forma, deverá satisfazer as duas partes, ou seja, empresário e cliente. Para que seu desenvolvimento seja seguro, é necessário que haja confiança mútua, a fim de manter um equilíbrio no relacionamento.

Porém, de acordo com Möller e Halinen (2000) e também Parvatiyar e Sheth (1999), não há uma teoria desenvolvida para o MR, apenas uma variação de descrições. Portanto, não pode ser chamado de disciplina; seria uma espécie de *aftermarketing*, onde o principal objetivo é a retenção do cliente (VAVRA, 1993).

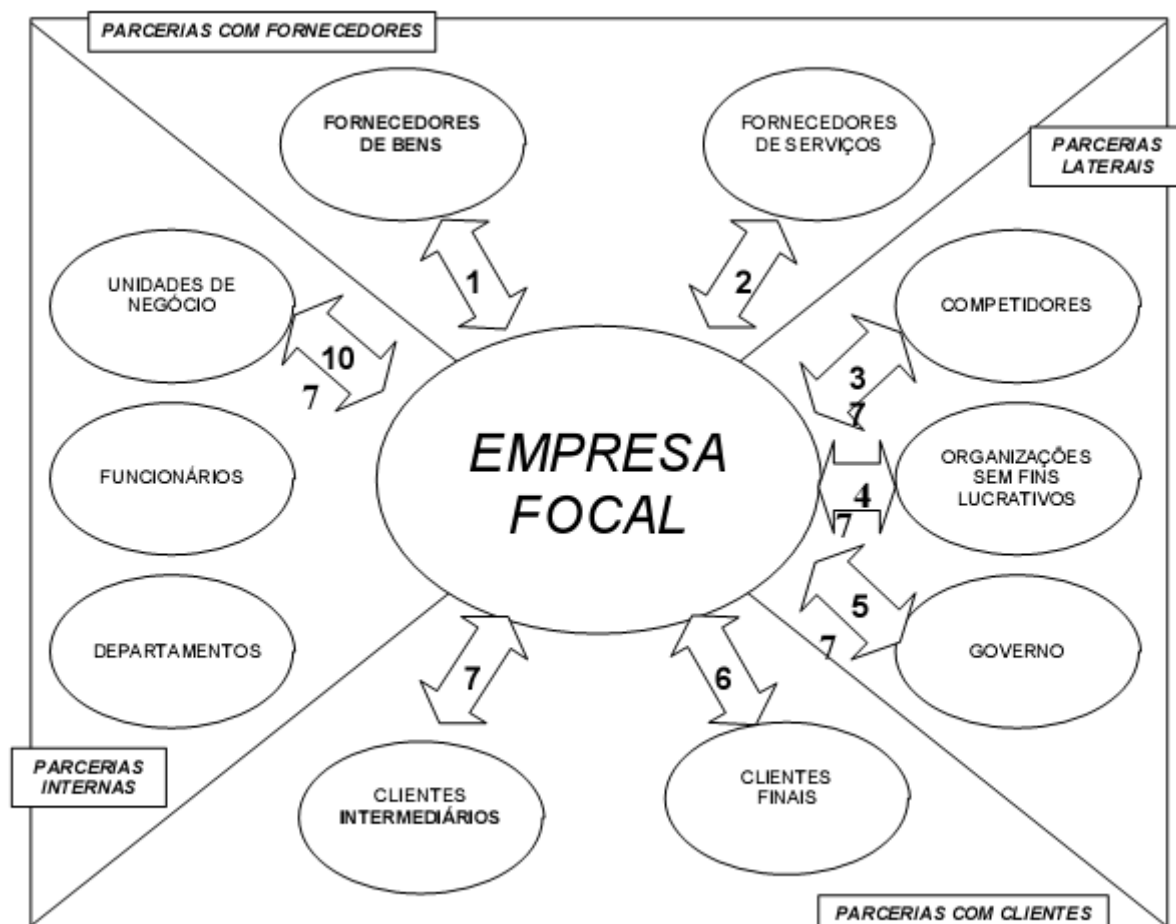
Nevin (1995) aponta que o tema MR tem sido usado para refletir uma variedade de temas e perspectivas. Alguns desses temas oferecem uma abordagem mais estreita, enquanto outros apresentam uma perspectiva mais abrangente.

Uma perspectiva mais abrangente pode ser considerada a de Morgan e Hunt (1994), os quais afirmam que o MR se refere a todas as atividades e esforços de marketing direcionados para estabelecer, desenvolver e manter trocas relacionais bem-sucedidas. Ainda segundo estes autores, a conceituação adequada de MR exige uma definição que acomode todos os tipos de trocas relacionais. Diversas formas de MR não têm um cliente como um dos participantes da troca, como em alianças estratégicas entre competidores, parcerias entre firmas e governo, arranjos de canais distribuição, e em marketing interno. Nestes casos, não existem compradores, vendedores, clientes, ou contas-chave, apenas parceiros trocando recursos.

Morgan e Hunt (1994) propõem ainda uma classificação de formas de marketing de relacionamento, categorizada com referência a uma firma focal e suas

trocas relacionais em parcerias com fornecedor, comprador, e de forma lateral e interna. Esta classificação está representada na figura 5.

Figura 5 – Formas de marketing de relacionamento



Fonte: Morgan e Hunt (1994, p. 21).

Para Peterson (1995), a definição de Morgan e Hunt (1994) se confunde com o próprio marketing. Já Parvatiyar e Sheth (1999) acreditam que essa definição é muito abrangente, pois inclui parcerias em rede – como fornecedores e concorrentes – apesar do fato de estas serem estratégias de negócios que visam construir de forma pró-ativa relacionamentos duradouros entre a empresa e seus clientes, contribuindo para o aumento do desempenho desta e para obter resultados sustentáveis.

Segundo McKenna (1997), o objetivo do MR é construir e sustentar a infraestrutura dos relacionamentos de clientes. Significa integrar clientes com a organização, iniciando no projeto, passando pelo desenvolvimento de processos industriais, e chegando até as vendas.

Ainda de acordo com McKenna (1997), este processo deve iniciar-se por meio da escolha certa do cliente, a identificação de suas necessidades, a definição dos serviços prestados e agregados e a busca da melhor relação custo/benefício. Além disto, a empresa necessita ter funcionários motivados e capacitados a atender estes clientes adequadamente.

O contexto de administrar o relacionamento com o cliente serve para que a empresa adquira vantagens competitivas. Conforme Drucker (1999), estas vantagens referem-se a um conjunto de características que permite a uma empresa ser diferente por entregar mais valor, sob o ponto de vista dos clientes, diferenciando-se da concorrência e, por isso, obtendo vantagens no mercado. Seria a ocorrência de níveis de desempenho econômico acima da média de mercado em função das estratégias adotadas pelas firmas.

Assim, o objetivo é manter o cliente através da confiança, credibilidade e a sensação de segurança transmitida pela organização. Ainda segundo Drucker (1999), há algumas regras fundamentais para a utilização do MR na busca por vantagem competitiva:

- O relacionamento com o cliente é de responsabilidade da empresa - reclamações ou conflitos por parte do cliente são provocados por falhas da própria organização;
- A procura constante por ferramentas e técnicas para facilitar e melhorar a vida de seus clientes (DRUCKER, 1999).

Parvatiyar (2000) tem uma visão mais estratégica, afirmando que existe a necessidade de que os clientes sejam envolvidos pelo relacionamento. Esta maneira de pensar está ligada com os novos conceitos de marketing, em que as empresas têm o foco mais no cliente e menos em seus produtos (KOTLER, 2000). Para Parvatiyar (2000), o objetivo geral do marketing de relacionamento é melhorar a produtividade do marketing e aumentar o valor mútuo das partes envolvidas.

De qualquer maneira, o MR é um processo que visa garantir a satisfação contínua e reforço aos indivíduos ou organizações que são clientes atuais ou que já

foram clientes. Os clientes devem ser identificados, reconhecidos, comunicados, aditados em relação à satisfação e respondidos (VAVRA,1993).

Segundo Kotler (2000), Berry (1995) Palmatier et al (2007), há três ferramentas específicas de marketing para o desenvolvimento de laços mais fortes junto a seus clientes:

- Acréscimo de benefícios financeiros: recompensas aos que consomem os produtos/serviços com frequência ou representam uma grande fatia de faturamento. Exemplo: milhagens das companhias aéreas;
- Acréscimo de benefícios sociais: a personalização e individualização dos relacionamentos com os clientes; momento em que se formam elos de ligação social com os consumidores. Exemplos: atendimento VIP, convite para almoços e eventos esportivos;
- Acréscimo de vínculos estruturais: a organização oferece equipamentos especiais ou programas de computador que auxiliem seu cliente a gerenciar pedidos. Exemplos: a empresa McKesson Corporation investiu milhões de dólares em um software que auxilia farmácias a gerenciar seus estoques (KOTLER, 2000, p. 76); o McDonald's oferece a seus franqueados, pesquisa de mercado, programas de computador, treinamento e outros benefícios.

Pode-se perceber que a noção de ter clientes como parceiros tornou-se fundamental. As relações passaram a ser a base da escolha do cliente e da adaptação das empresas (KOTLER, 2000; McKEENA, 1997). Neste cenário, os relacionamentos são construídos por uma combinação de sistema de valores, características pessoais e o produto e a imagem da empresa (SRIVASTAVA, 2007).

Portanto, utilizar-se da venda pessoal como uma estratégia promocional se apresenta como uma oportunidade importante para a prática do MR. Por meio da venda pessoal é são estabelecidos contatos que, tornando-se permanentes com os clientes, viram um fator preponderante na relação de aprendizagem que é inerente ao MR. Ao longo do convívio que é proporcionado através das visitas de venda pessoal, cria-se uma relação de cumplicidade e amizade entre o representante da empresa e o cliente (SANTOS, 2005).

Tal convívio possibilita que determinados produtos ganhem preferência de consumo e fidelidade, pela proximidade e pela relação pessoal que se desenvolve entre cliente e vendedores. Nesse sentido, Stone e Woodcock (1998) afirmam que

“a consolidação da marca não é feita de forma isolada, e nem mesmo principalmente pela promoção. Em muitos mercados, a arma mais poderosa é a própria experiência de relacionamento em si” (p.115).

De acordo com Kotler (2000) e Dias (2003), o custo de atrair novos consumidores, em média, é cinco vezes maior que o custo de manutenção do consumidor atual. Logo, é necessário muito esforço para induzir consumidores satisfeitos a abandonar seus fornecedores atuais, situação que se agrava em mercados altamente competitivos.

Ainda assim, a maior parte da teoria e prática na área de marketing concentra-se em atrair novos consumidores e não em manter os existentes. Há duas maneiras de se aumentar a taxa de retenção do consumidor (KOTLER, 2000):

- a) erguer uma barreira para dificultar a troca de fornecedor: os consumidores estão menos dispostos a procurar outro fornecedor quando isso envolve altos custos de capital, de procura, perda de descontos por fidelidade e assim por diante. Pensando nisso, as companhias aéreas, por exemplo, criaram os chamados “programas de milhagem”, que oferecem milhas aéreas grátis em função da utilização dos serviços da Empresa;
- b) entregar alta satisfação aos consumidores: torna-se difícil para um fornecedor atrair consumidores somente oferecendo preços mais baixos, se o consumidor está plenamente satisfeito com o produto. É o que procura fazer a Disney com seus produtos de entretenimento, por exemplo.

2.2.2 Programas de Marketing de Relacionamento

Segundo Parvatiyar e Sheth (1999), existem três tipos de programas de MR: marketing contínuo, marketing *one-to-one* e programas de parceria (quadro 2). Estes programas possuem diferentes formas, dependendo da sua aplicação. Na sequência, as suas principais características (PARVATIYAR e SHETH, 1999):

- Marketing contínuo: dada a preocupação em manter clientes e aumentar o conhecimento sobre suas situações econômicas, empresas passaram a

desenvolver programas para aumentar ou manter os clientes e ainda aumentar sua lealdade. É o caso de milhagens de companhias aéreas.

- Marketing *one-to-one*: enquanto a medida do sucesso dos programas de marketing tradicional é o aumento da participação no mercado medido por categoria de produto, uma de cada vez, os programas *one-to-one* têm seu sucesso medido em termos da participação do cliente medindo cliente a cliente. É baseado no conceito de *account-based* marketing – conhecer e satisfazer as necessidades próprias dos clientes, individualmente. Sua essência é tratar clientes diferentes de forma diferente pelo simples fato que os clientes são diferentes. Essa diferenciação tem como base o valor que o cliente tem para a organização e as diferentes necessidades que cada um apresenta nas distintas situações em que ele interage com a empresa. É importante tratar de forma especial os clientes especiais para desenvolver obstáculos que impeçam as mudanças e maximize a sua fidelidade, concentrando-se ao máximo nas suas vontades e necessidades, na busca de ser o “dono” de suas preferências (PACAHAN et al, 2004). No atual marketing de massa, isto é possível tendo em vista o alto desenvolvimento tecnológico e a disponibilidade de dados e cruzamento de informações. Neste caso é utilizado também o conceito de *key account*, segundo o qual se identificam os principais clientes e, a estes, tem-se uma maior dedicação. Prega-se o atendimento individualizado, através do profundo conhecimento dos clientes, oferecendo-lhes exatamente aquilo que desejam, no sentido de atrair, manter e solidificar o relacionamento. Pode-se citar como exemplo os casos das agências de turismo, que criam pacotes individualizados para seus clientes.
- Programas de parceria: criação de parcerias entre clientes e comerciantes para suprir as necessidades do consumidor final. Para o mercado de massa, um dos programas mais utilizados é o *co-branding*, no qual duas empresas combinam seus recursos e habilidades para oferecer produtos e serviços para os clientes. É o caso de companhias aéreas aceitarem milhagens providas de cartões de crédito.

Quadro 2 – Programas de marketing de relacionamento

Programa	Consumidores Individuais	Distribuidores	Compradores institucionais
Marketing contínuo	Programas de fidelidade	Contínua reconstrução de resposta de clientes	Modalidades especiais de suprimento
Marketing <i>one-to-one</i>	<i>Data warehousing</i> e <i>data mining</i>	Desenvolvimento do negócio do cliente	Gestão <i>key account</i>
Programas de parceria	<i>Co-branding</i>	Marketing cooperativo	Marketing e desenvolvimento em conjunto

Fonte: Parvatiyar e Sheth (1999).

Segundo Stone e Woodcock (1998) um programa de MR possui as seguintes etapas:

- Definição dos objetivos: determinar aonde se quer chegar ou o que se pretende alcançar;
- Identificação das necessidades dos clientes: entender claramente o que desejam os clientes;
- Desenvolvimento da abordagem: criar uma forma de contato com esse cliente;
- Definição dos níveis e segmentos de qualidade: estabelecer parâmetros em termos de qualidade;
- Implementação: colocar em prática o planejado;
- Controle do resultado: verificar se tudo está de acordo com o planejado.

Já Kotler (2000), entende que essas etapas são as seguintes:

- Identificação dos clientes-chave: são aqueles que merecem uma atenção especial por algum motivo, quer seja porque proporcionam maior retorno para a empresa, ou pelo potencial que possuem, que é chamado de *lifetime value* (valor patrimonial de longo prazo);
- Designação de um gerente de relacionamento para cada um dos selecionados: o autor sugere a designação de um colaborador com treinamento específico para atender exclusivamente cada um dos clientes-chave;
- Desenvolvimento de um plano de ação para cada cliente-chave: é sugerido, igualmente, a criação de um planejamento por cliente, que contenha objetivos, metas, estratégias, ações e recursos necessários para melhorar o relacionamento com os clientes-chave identificados;

d) Estabelecimento de um sistema de controle para avaliar o desempenho dos gerentes de relacionamento em relação a seus clientes: a empresa deve determinar com clareza os critérios através dos quais cada gerente de relacionamento e seu “relacionamento” com os clientes-chave serão avaliados. O autor destaca a criação de um “supervisor de relacionamentos”, que acompanhará e aconselhará os gerentes de relacionamento (KOTLER, 2000).

McKenna (1992) acrescenta que as organizações estão sempre buscando atrair novos clientes, mas por vezes não percebem que a forma como atraí-los muitas vezes é mais importante que o número de clientes que atraem. Isso significa que meios tradicionais de atração de consumidores como propagandas e promoções são eficazes, mas ineficientes, na medida em que atraem os consumidores desejados, porém com estes trazem também uma grande quantidade de consumidores indesejáveis. São clientes desejáveis (KOTLER, 2000; MCKENNA, 1992):

- a) Consumidor rentável: é certo que alguns consumidores podem realizar trocas com a organização que lhe sejam desfavoráveis em algum momento; esse consumidor deve, no entanto, ser analisado ao longo de seu relacionamento com a empresa e deve ser verificada sua rentabilidade nesse sentido;
- b) Formador de opinião: alguns consumidores não são rentáveis para a organização, porém sua reputação no mercado onde a empresa atua alavanca a venda de seus produtos;
- c) Advogado ou defensor da empresa: o cliente “vende” a empresa a outros consumidores, através do chamado “boca-a-boca”. Segundo McKenna (1992, p. 116), “se cada cliente contar a outras duas pessoas sobre a empresa, e cada uma delas contar a outras duas (...)”, pode-se deduzir que o efeito resultante será positivo;
- d) Parceiro da empresa: conforme comentado anteriormente, alguns consumidores são elevados pela empresa à condição de parceiro. Como parceiros, eles contribuem através de sugestões para o aprimoramento, desenvolvimento e criação de novos produtos.

2.2.3 O processo de decisão de compra de medicamento de prescrição médica

Segundo Kotler (2000), para compreender o processo de compra como um todo, deve-se desenvolver uma compreensão de como os consumidores tomam suas decisões de compras, e não apenas estudar suas influências. Ou seja, é necessário identificar os responsáveis pela decisão de compra e os passos que compõem este processo. Neste sentido, Kotler (2000), distingue cinco papéis que as pessoas podem desempenhar em uma decisão de compra:

- Iniciador: pessoa que sugere a idéia de comprar um produto ou serviço;
- Influenciador: seu ponto de vista ou conselho influencia na decisão;
- Decisor: decide sobre os componentes de uma decisão: comprar, onde e como;
- Comprador: a pessoa que efetivamente realiza a compra;
- Usuário: pessoa que consome ou usa o produto ou serviço.

O que se percebe é uma há diversidade de situações de compra, e para cada caso há uma composição diferente no que se refere à definição dos agentes de cada processo. No ato da compra de produtos de prescrição médica, o comprador pode estar adquirindo o fruto de um processo definido pela atuação de pessoas que não tiveram contato algum com o comprador, uma vez que o mercado de produtos farmacêuticos possui algumas características peculiares quanto à relação empresa-cliente.

Assim, o mercado de prescrição de medicamentos é diferente de outros mercados. São altamente regulados e envolvem um alto grau de informação assimétrica e um complexo rol de participantes (HARMS et al, 2002). Ainda, no Brasil, é vedada pela lei RDC 102 da ANVISA a promoção de medicamentos diretamente a público leigo, salvo exceções autorizadas. Esta realidade obrigou as empresas a fazerem propaganda diretamente ao médico, pois este, com seu receituário, é o único capaz de gerar demanda para os produtos. Logo o investimento publicitário dos medicamentos foi totalmente destinado à classe médica (PEREIRA e RODRIGUEZ, 2003).

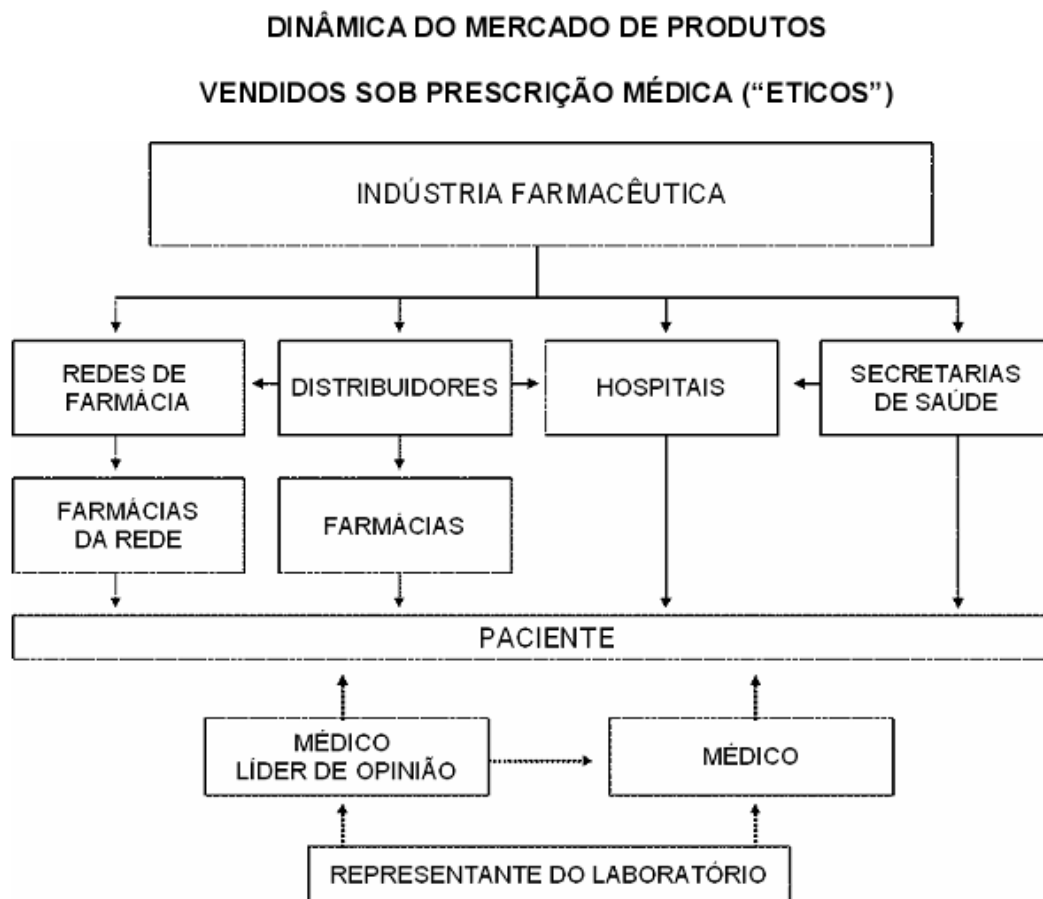
Ao contrário de outros mercados, na área de produtos farmacêuticos de receituário médico (o chamado medicamento “ético”) o decisor não é o consumidor final (paciente), mas sim o médico, que, com sua indicação no momento da prescrição, define a demanda dos produtos desse mercado. Deve-se observar que o

paciente, em princípio, não conhece o assunto, e, também em princípio, consome o que lhe é indicado, sem contestar (SANTOS, 2005). Este autor ainda acrescenta que: “o consumidor, em geral, não é capaz de avaliar diversos aspectos da qualidade dos medicamentos, sendo necessário um profissional especializado para atestá-lo” (p. 34).

A demanda do medicamento “ético” é formada através de um conjunto de ações promocionais unicamente voltadas para o médico, buscando a preferência desse profissional no momento da prescrição ao paciente. Nesse contexto, entre tantas ferramentas de promoção, o principal responsável pela presença do produto nas receitas é o representante do laboratório. Pela análise da figura 6, verifica-se a dinâmica do fornecimento do medicamento relacionada aos argumentos influenciadores na escolha do medicamento pelo médico. Por meio das setas contínuas, apontadas para baixo e para os lados, pode-se verificar as possibilidades de canais de distribuição e, conseqüentemente, como se dá o acesso do cliente ao produto. Nas setas pontilhadas, apontadas para cima e para o lado direito, determina-se como se origina a tendência do consumo, que parte do representante que influencia o médico, ou um colega líder de opinião, e esses decidem qual o medicamento a ser consumido pelos seus respectivos pacientes. Nessa demonstração, o médico sofre influência do laboratório e do líder de opinião. Tais aspectos de influência e decisão, no processo de compra, serão tratados a seguir, nos itens 2.2.4.1 e 2.2.4.2.

Portanto, o decisor para os medicamentos éticos é o médico, e o usuário, o paciente. O representante do laboratório possui o papel de influenciador, por meio de suas visitas, utilizando-se de estratégias e ferramentas de marketing. Há também outros médicos com forte poder de influência frente aos demais: são geralmente professores ou profissionais consagrados, cujas opiniões e práticas são reproduzidas no exercício da profissão pelos demais. Assim, em alguns casos, esses profissionais se alternam no papel de influenciador com os representantes do laboratório (SANTOS, 2005).

Figura 6 – Dinâmica do mercado de medicamentos éticos.



Fonte: Santos (2005).

2.2.4 Marketing de Relacionamento na indústria farmacêutica

O aumento dos investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D) vem deixando de ser o responsável pela quantidade de novos medicamentos lançados; a área de P&D não é mais responsável pelo crescimento da indústria farmacêutica. Para um produtor de medicamentos se manter rentável, o investimento em marketing passou a ser vital (SZALKAI, 2004). Black (2005) observa que existem cerca de 5 mil pessoas a mais empregadas em vendas para o mercado farmacêutico que para P&D nos EUA.

Para Srivastava (2007), entendendo os consumidores (ou os médicos, que são os decisores, neste caso) em nível individual, e oferecendo-lhes produtos que atendam suas necessidades específicas, é possível estabelecer um relacionamento duradouro.

Apesar de a Internet ter-se transformado, ao longo dos últimos anos, em uma das principais fontes de informação sobre medicamentos para os pacientes, e, hoje, ter um peso significativo nos cuidados dos pacientes sobre sua própria saúde, (CHOI e LEE, 2007, VON KOOPER et al, 2003), o relacionamento direto dos laboratórios com os médicos ainda é crucial (SZALKAI, 2004). Portanto, o MR torna-se um dos principais condutores de vendas da indústria farmacêutica (WRIGHT e LUNDSTRON, 2003).

Para Szalkai (2004), há dois importantes modelos de relacionamento no mercado farmacêutico, os quais seguem:

I) O modelo de interação comprador – vendedor (*marketing one-to-one*): ambas as partes participam do mercado e procuram parceiros que possam, em conjunto, atingir seus objetivos. São relações a longo prazo e muito próximas; é mais que apenas uma simples compra/venda. Ambos já sabem o que um espera do outro na negociação. Há um fornecimento contínuo de produtos. No mercado farmacêutico, as características especiais dos produtos têm aspecto dominante nas relações; a empresa se personifica perante o cliente médico através do representante (CARVALHO e TEIXEIRA, 2002; SRIVASTAVA, 2007).

II) O modelo de gestão *key account*: é baseado na carteira de clientes da empresa. A empresa deve fazer uma avaliação de quais são seus principais clientes para se dedicar mais a eles. Segundo Szalkai (2004) e Parvatiyar e Sheth (1998), o cliente chave é aquele que (a) compra em grande volume, (b) envolve muitas pessoas no processo de compra, (c) compra para uma organização dispersada geograficamente e (d) tem expectativa de um tratamento especial em relação ao processo de venda.

Para Santos (2005):

No mercado farmacêutico, em particular no segmento medicamentos éticos, a procura pelo bom desempenho de vendas dos produtos estratégicos está baseada na procura pelo receituário médico, conquistada com base numa relação construída entre os laboratórios, por meio dos seus representantes, e o médico. Nesse processo de construção do relacionamento, o marketing farmacêutico utiliza diversas estratégias e controles. Entretanto, parte-se do princípio que tais estratégias devam ser conduzidas com bastante cuidado e cautela, uma vez que, ainda que sejam eficazes ferramentas de controle, quando utilizadas em demasia, podem

desfigurar o papel do representante e desestabilizar o relacionamento, tão valioso para as empresas (p.51).

Conforme Wright e Lundstron (2003), objetivando ganhar a confiança dos médicos, os representantes precisam passar a imagem de honestidade, confiança e ética, mostrando um padrão de conduta profissional. Esses três componentes, juntos, demonstram os valores dos representantes. E, tendo em vista que o MR pode ser compreendido como uma espécie de “novo paradigma” do marketing, é imperativo entender como os médicos percebem os representantes e quais componentes impactam em suas percepções.

Corrêa e Oliveira (2008), em pesquisa junto aos laboratórios Boehringer Ingelheim e Aché, verificaram que:

A forma de atuação em vendas dos laboratórios é muito semelhante, revelando um certo padrão de atuação na área. Ambos atuam principalmente nas visitas médicas e não investem muitos recursos nas farmácias. Os laboratórios investem sua força de vendas em visita médica (p. 446).

Ainda segundo a mesma pesquisa, os entrevistados dos referidos laboratórios salientaram que, cerca de 98% de suas vendas, vem da propaganda médica e do receituário médico. Isso representa vantagem para os laboratórios, pois permite centralizar os esforços de promoção no trabalho dos representantes diretamente com os médicos.

Leal (2004 apud SANTOS, 2005), avaliou as variáveis consideradas mais importantes para conquista da lealdade do cliente - médico. Tal estudo identificou a ajuda financeira como sendo a principal variável para conquista da lealdade, seguida pela frequência de visita. Gomes et al (2008), seguindo esta mesma ideia, comparam os resultados de pesquisa entre médicos mineiros e paulistas. Ao dissertar sobre os conceitos de lealdade propostas pelos autores clássicos, Gomes et al. (2008) explicam: “no caso da indústria farmacêutica, o médico leal se compromete em prescrever os medicamentos do laboratório ao qual é leal” (p.5).

Outro estudo, conduzido por Andaleeb e Tallman (1996), mostrou existir uma relação de parceria entre médicos e representantes de laboratórios. Para os autores, os médicos percebem os representantes como uma importante fonte de informação e costumam valorizar e reconhecer esse relacionamento, prescrevendo os produtos promovidos por esses representantes. Já Scharitzer e Kollarits (2000) confirmaram,

mediante um estudo empírico, a existência de uma forte relação entre a satisfação dos médicos com o relacionamento que mantêm com os representantes dos laboratórios e o comportamento de prescrição desses médicos.

Stone e Woodcock (1998) acreditam que seja possível adequar um modo ideal de relacionamento para cada nível de relação consolidada. Os autores afirmam que a idéia do nível de relacionamento esperado pelos clientes precisa ser descrita de forma concisa, para que possa ser utilizada e analisada em relação aos seus meios e modos do relacionamento.

A classificação do médico pelo seu potencial de prescrição ou de multiplicação da sua opinião sobre os medicamentos norteia a prática do nível de relacionamento descrito por Stone e Woodcock (1998), que definem com quem se deve contatar para promover o produto. Nesse sentido, geralmente o marketing farmacêutico é exitoso quando lança mão do marketing de relacionamento voltado para os médicos classificados como Líderes de Opinião. Por temer processos judiciais e por trabalhar com a saúde das pessoas, o médico, em princípio, não tende a fazer o paciente de cobaia; segue a opinião de professores e médicos pesquisadores. Esses profissionais, que são formadores de opinião de um grande número de médicos, são muitas vezes chefes de serviços de residência e médicos pesquisadores. Os locais de maior atuação, além das universidades, são congressos médicos, simpósios e artigos publicados em revistas.

As empresas disputam um bom relacionamento e a fidelidade dos líderes de opinião, uma vez que certamente influenciam no sucesso ou no fracasso de qualquer produto na sua área de atuação. É comum que profissionais como esses desfrutem de patrocínios para suas aulas e conferências ou até mesmo custeio das suas participações em encontros científicos.

Atualmente, as empresas precisam construir alicerces fortes para sobreviver em mercados dinâmicos e turbulentos, desenvolvendo relações com fornecedores, distribuidores, clientes e outras pessoas e empresas importantes no mercado. (MCKENNA, 1993, p. 48).

Certamente, os Líderes de Opinião são um dos grandes “alicerces” da indústria farmacêutica, e a estratégia de se fortalecer junto a eles é um importante passo para a consolidação de produtos em fase de lançamento, ou até para reafirmar produtos já consagrados. Como resultado de seu trabalho, Carvalho e Teixeira (2002) afirmam que 93% dos médicos pesquisados são influenciados de alguma forma por

opiniões de colegas.

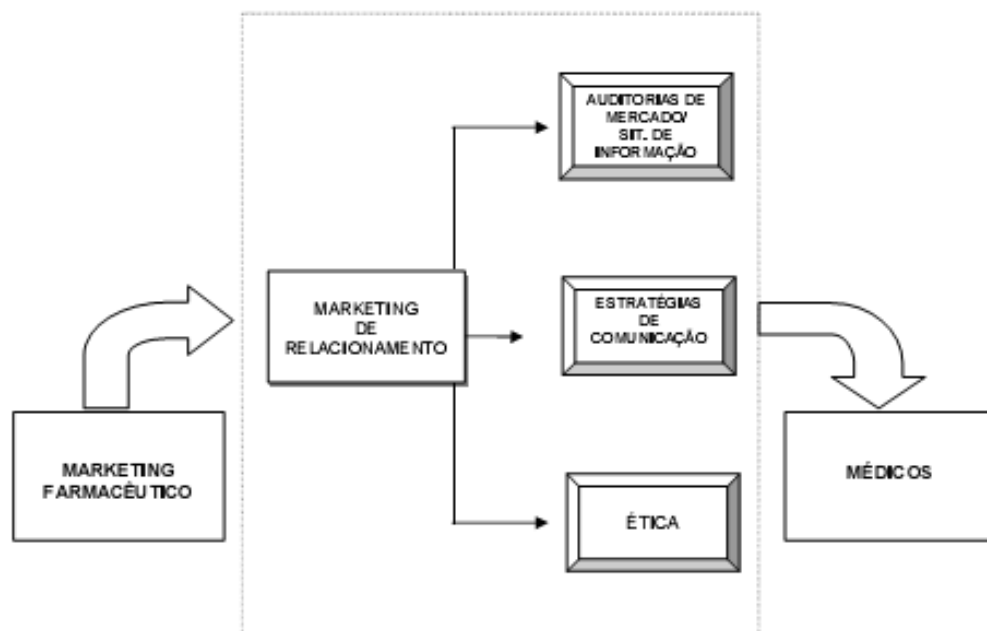
Ainda segundo Stone e Woodcock (1998), os níveis de relacionamento são definidos para incluir a mídia, ou o meio através do qual os contatos se estabelecem a frequência dos contatos, o escopo do contato, as informações trocadas em cada contato, o resultado de cada contato e o custo. Todas estas variáveis são consideradas de forma intensa na prática de Marketing Farmacêutico.

Confirmando a ideia de Stone e Woodcock (1998), a pesquisa de Corrêa e Oliveira (2008) verificou a classificação dos médicos em vários níveis de interesses de relacionamento. Os médicos são classificados em A, B, C, D e E. Os médicos A e B (que têm o maior número de consultas, formadores de opinião, professores, que entendem que trarão maior rentabilidade para os laboratórios), são visitados primeiro e revisitados após 15 dias. Assim, recebem duas visitas no mês e isso já faz parte de uma rotina do médico, que espera essas visitas. Os representantes estudam e repassam aos médicos as literaturas, informações técnicas e comerciais, amostras grátis, peças promocionais e brindes.

Já os médicos C, D e E (que são plantonistas de postos de saúde, de saúde pública, das Santas Casas, que atendem no pronto socorro e não têm consultório) são visitados somente depois que os médicos classificados como A e B foram visitados e revisitados. Cada visita custa em média R\$ 50,00 para os laboratórios (STONE e WOODCOCK, 1998).

Sendo a relação médico-laboratório direcionada de uma forma estratégica, seguindo um modelo de marketing de relacionamento com todas as suas ferramentas, a partir da análise dessa situação, pode-se identificar que essa relação se baseia em alicerces comerciais, educacionais e científicos, representados na figura 7 na sequência. Portanto, definido que a única forma de demanda de medicamentos vendidos sob prescrição médica (ditos "éticos") é a receita médica, o marketing farmacêutico canaliza seus esforços de relacionamento aos médicos, como mostra a figura 7.

Figura 7 – Marketing de relacionamento na indústria farmacêutica.



Fonte: Santos (2005)

2.2.4.1 Médicos como decisores

O mais rentável segmento do mercado farmacêutico é o de produtos vendidos sob prescrição médica ou “éticos”. No caso destes produtos, toda estratégia promocional é vinculada ao médico e não ao consumidor direto. São direcionadas visitas de representantes, patrocínios, amostras grátis, participações em congressos e anúncios em revistas especializadas, entre outras ações que disputam a indicação do produto na receita médica.

Portanto, os médicos são os principais clientes-alvo das empresas farmacêuticas, pois são eles que receitam os remédios – são os influenciadores da compra - e alguns médicos de maior *status* ainda influenciam seus colegas, atuando como formadores de opinião (TSANG e PATRICK, 2001; CORRÊA e OLIVEIRA, 2008).

Segundo Vanderveer (2002), a compreensão do comportamento do médico na prescrição dos medicamentos é a principal tarefa da indústria farmacêutica. A empresa que entender este funcionamento terá uma grande vantagem competitiva em relações às concorrentes.

Quando o médico prescreve um produto para seu paciente, está atuando como decisor ou, no mínimo, influenciador no processo de compra (GOMES et al, 2008), já que, quando o consumidor empreende o processo de busca, ao comprar o medicamento, pode receber influência de outros atores do processo, como o farmacêutico ou balconista da farmácia, amigos, parentes, colegas de trabalho, entre outros (SOUZA e MESQUITA, 2008).

Em sua pesquisa sobre a influência do marketing na compra de medicamentos para hospitais húngaros, Szalkai (2004) verificou que os fatores mais importantes para a compra de remédios de um hospital são os financeiros (preço e desconto), logo seguido pela influência dos médicos.

Segundo Tsang e Patrick (2001), sobre o perfil dos médicos em relação a resposta ao relacionamento com o laboratório, existem apenas três tipos de médicos:

- Aqueles que dão respostas a incentivos (sejam sociais/estruturais/financeiros);
- Os que não dão *feedback*;
- Os cuja resposta não pode ser determinada por falta de contato.

Ainda conforme a pesquisa, os médicos que dão respostas não são apenas aqueles que prescrevem quando incentivados, mas também aqueles que não prescrevem quando não são incentivados.

2.2.4.2 Relação de médicos com representantes

A venda pessoal como estratégia promocional se apresenta como uma oportunidade importante para a prática do marketing de relacionamento, uma vez que possibilita o estabelecimento de contatos. Esse permanente contato com os clientes torna-se um fator preponderante na relação de aprendizagem que é inerente ao marketing de relacionamento. A relação de cumplicidade e amizade entre

empresa e cliente deve ser criada durante o convívio proporcionado pelas visitas de venda pessoal. Tal convívio favorece que determinados produtos ganhem preferência de consumo e, em muitos casos, fidelidade, pela proximidade e pela relação pessoal que se desenvolve entre cliente e vendedores.

Nesse sentido, Stone e Woodcock (1998, p.115) afirmam que “a consolidação da marca não é feita de forma isolada, e nem mesmo principalmente pela promoção. Em muitos mercados, a arma mais poderosa é a própria experiência de relacionamento em si”. Ainda, percebe-se, nesta relação, a importância da ideia de Morgan e Hunt (1994), que abordam como fatores chave nas relações de MR o comprometimento e a confiança de ambas as partes.

Sendo o representante o principal veículo para se manter as relações com os clientes (PALMATIER, 2008; WRIGHT e LUNDSTRON, 2003; CORREA e OLIVEIRA, 2008), os representantes dos laboratórios (ou vendedores) têm papel chave na relação com os médicos, para que estes indiquem seus produtos (SZALKAI, 2004; PALMATIER et al, 2007; SRIVASTAVA, 2007; SANTOS, 2005).

Por meio das visitas, o representante vive um processo de venda de conceitos científicos acerca dos medicamentos representados, que muitas vezes são acompanhados de argumentos como segurança, comodidade, eficácia e melhor custo/benefício, mas sempre tendo como base as estratégias de comunicação desenvolvidas pelo departamento de marketing do laboratório. Além desses argumentos, para alcançar a preferência do médico, o representante busca o fortalecimento do relacionamento com o cliente, fazendo com que a distância entre empresa e médico se torne cada vez menor (SANTOS, 2005; CORREA e OLIVEIRA, 2008). Aqueles que possuem um contato mais próximo ao médico, têm um papel chave para o desenvolvimento de um relacionamento de longo prazo entre estes e a indústria farmacêutica (SRIVASTAVA, 2007, WRIGHT e LUNDSTRON, 2003).

Embora a principal forma de promoção de medicamentos seja a propaganda médica, é cada vez menor o tempo reservado aos representantes dentro do consultório e muitos médicos consideram a apresentação de detalhamento dos produtos feita pelos representantes como enfadonha e apenas suportável (CARVALHO e TEIXEIRA, 2002). As empresas que focam suas estratégias na promoção de medicamentos éticos mantêm uma força de vendas formada por

representantes, que fazem uma média de dez a dezoito visitas diárias a médicos de uma determinada especialidade.

O intervalo entre as visitas está diretamente relacionado ao número de representantes da empresa ou a especialização do portfólio do laboratório. Em média, a frequência costuma ser de uma a duas visitas por mês. A base da propaganda médica é extremamente técnica e envolve o conhecimento prévio dos produtos promovidos e dos seus concorrentes (CARVALHO e TEIXEIRA, 2002). Para aprimorar o conhecimento de seus representantes, os laboratórios investem alto no treinamento técnico e científico de seus vendedores. Palmatier (2008) afirma que, em algumas vezes, o investimento mais importante em MR que uma empresa deveria fazer é em treinamento para seus representantes, além de programas de motivação contínuos.

Um estudo feito na Finlândia nas décadas de 60 e 70, apontou que 64% dos médicos consideraram a informação dada pelos propagandistas como sendo "útil" e apenas 14% acharam-na "inútil" (HEMMINKI, 1976 apud BARROS, 1983). Fassold e Gowdey (1968 apud BARROS, 1983), em pesquisa sobre as reações dos médicos aos métodos usuais de promoção de drogas, registram que 56% dos clínicos gerais e 37% dos especialistas consideraram o propagandista como a fonte mais informativa e aceitável.

Já na década de 90, Andaleeb e Tallman (1996) verificaram que os médicos vêem representantes farmacêuticos de venda como uma importante fonte de informação, ainda que possam obter as informações necessárias sem auxílio desses.

Em outra pesquisa, Szalkai (2004) verificou que os representantes das indústrias farmacêuticas revelaram-se como sendo os principais responsáveis por novas informações a respeito de remédios, pelos médicos. A pesquisa conclui que o modelo de cliente chave (*key account*) é essencial numa relação laboratório-médico, confirmando a importância dos representantes das empresas para com os médicos. Segundo Nazareth (2001), a função desse profissional é:

Desenvolver na mente dos médicos uma "consciência de marca". É preciso fazer o médico perceber a qualidade do produto para que ele possa receitá-lo a seus clientes. Adicionalmente, é preciso também desenvolver formas que façam com que o medicamento esteja na lembrança do médico, pois, muitas vezes, ele não o receita por não se lembrar dele no momento da prescrição. Dessa forma, o Representante do Laboratório deve associar a marca do medicamento com alguma coisa que ajude o

médico a lembrar da marca de modo que o medicamento seja *top of mind* (p. 17).

Para Palmatier et al (2007), por muitas vezes o cliente/médico acaba por estabelecer vínculos muito fortes com o representante do laboratório, devido às práticas de MR, e não com a própria empresa. Os efeitos do relacionamento, portanto, acabam por residir na percepção que o médico tem de quem está no controle dessas práticas de relacionamento: se o vendedor/representante ou se a empresa em si. O cliente pode estabelecer um ótimo relacionamento com o vendedor, mas por muitas vezes o cliente cria este relacionamento apenas com o vendedor e não com a empresa. “Se estes efeitos do relacionamento residem com o vendedor ou com a empresa, depende da percepção do comprador com respeito ao vendedor versus o controle da empresa destes programas” (PALMATIER et al, 2007, p. 212).

Segundo Correa e Oliveira (2008), em pesquisa juntos aos laboratórios Aché e Boehringer, esses perceberam a importância do relacionamento com os médicos e têm evitado ao máximo a rotatividade de funcionários. Os laboratórios perceberam o quanto o vínculo do representante com o médico era importante e que quando capitalizavam um relacionamento conseguiam maiores resultados. Muitas vezes, o médico prescreve o produto, não só porque gosta do produto, mas porque reconhece o conhecimento do representante e valoriza o laboratório, conhecendo e confiando nos produtos e na empresa. O trabalho de relacionamento, segundo esses autores, é sempre feito pessoalmente, por meio das visitas. Nada é entregue pelo correio, até mesmo um cartão de aniversário é entregue pessoalmente.

Devido a débitos de reciprocidade, o MR vai afetar a qualidade da relação com quem o cliente percebe que está diretamente lhe proporcionando benefícios. A confiança e o comprometimento mediam a relação interpessoal, mas a concreta explicação da efetividade do MR interpessoal inclui gratidão e reciprocidade (PALMATIER, 2008).

Assim, a percepção do comprador sobre quem está no controle das atividades de MR pode ter impacto direto no resultado financeiro da empresa, tendo em vista que um representante pode ir trabalhar em um concorrente, por exemplo (PALMATIER, 2008).

De acordo com estudos empíricos, uma relação interpessoal com o vendedor afeta mais o comportamento do comprador do que seu relacionamento com a

empresa (PALMATIER et al, 2007). A grande questão que estes autores levantam é se o marketing de relacionamento vai resultar em um efeito positivo com o vendedor ou com a empresa. Existem dados que revelam que o MR manifesta efeitos em diversos níveis das relações, influenciando positivamente os resultados financeiros e construindo uma relação de qualidade, tanto com a empresa como com o vendedor (PALMATIER et al, 2007).

Os mesmos autores apresentam pesquisa que indicou que uma relação forte do comprador com o vendedor tem um impacto maior no *costumer share* (proporção de vendas potenciais para determinado cliente) e no incremento de vendas do que uma estratégia de relação com a empresa. Esta pesquisa também mostrou que relacionamentos formados com indivíduos e empresas operam diferentemente, e têm potencialmente diferentes efeitos nos comportamentos e resultados (PALMATIER et al, 2007).

Ferreira (2002 apud SANTOS, 2005) destaca a importância ou valor que o representante tem para a própria indústria farmacêutica ao afirmar que “nada conseguiu superar o valor do contato direto entre o representante e o médico” (p. 3), defendendo que a visita médica continuará sendo por muito tempo o principal item da grade de promoção dos produtos de prescrição.

Por outro lado, há alguns setores que parecem não ter características que indiquem importante interferência ou relevância no contato interpessoal entre a organização e o cliente, como nota-se no internet banking, EAD, varejo de vestuário, e setor de viagens aéreas (KLEINOWSKI, 2009). São áreas em que há uma constante modernização e customização de serviços, mas foram de encontro à ideia da necessidade do contato pessoal.

2.3 AUDITORIA DE RECEITAS MÉDICAS

Os processos de compras dos medicamentos “éticos”, em princípio, não permitem que se descubra a origem da demanda, ou seja, a prescrição médica, que é documento de acesso restrito ao paciente e seu médico. Isso impede, portanto,

uma gestão de marketing baseada nos métodos mais tradicionais de pesquisa de mercado, sobretudo quando há interesse em praticar MR com os médicos.

Assim, segundo Santos (2005)

Os laboratórios utilizam-se de métodos de coleta de informação específicos, objetivando mapear e diagnosticar seu ambiente de marketing. Sendo assim, os laboratórios concentram-se em tratar cada médico individualmente, com um relacionamento altamente focado no perfil e nas necessidades de cada um, buscando o estreitamento da relação representante-médico” (p. 40).

A Indústria farmacêutica tem a sua disposição um completo sistema de auditoria de vendas e informações de mercado, que incluem desde a análise das vendas da concorrência, mês a mês, até mesmo qual o produto que determinado médico tem prescrito no trimestre. Essas auditorias possuem um alto nível de tecnologia, por meio da qual conseguem fornecer informações sobre o mercado de maneira precisa, possibilitando aos analistas e estrategistas terem uma visão clara das variações e tendências mercadológicas. E todos os relatórios são padronizados mundialmente com o objetivo de permitir análises comparativas.

As auditorias de receitas médicas são procedimentos disponibilizados por empresas de consultoria especializadas em captação de receitas médicas e microfilmagens das mesmas. Segundo a empresa de auditoria de receitas médicas Close-up International (2010):

Tomam-se amostras do universo de receitas geradas por médicos mediante a captação direta das mesmas, através de um quadro representativo de farmácias (determinada de acordo com a distribuição geográfica da população médica em cada uma das zonas), devendo se integrar tal quadro com farmácias grandes, médias e pequenas, de zonas centrais, suburbanas e periféricas que recebam receitas originadas em todos os locais de atendimento: hospitais, clínicas, consultórios e instituições, permitindo assim, saber com certeza quais são os medicamentos prescritos no mercado.

A amostra está configurada por um número representativo de prescrições estabelecido de acordo com um desenho estatístico-matemático. Os dados não são projetados, refletem com fidelidade a informação obtida. Todos estes dados são processados através de um sofisticado e confiável sistema informático que, consolidado, ordena e processa a informação obtida. Os dados são depois armazenados em uma grande base de dados sistematizada, que oferece aos laboratórios farmacêuticos a possibilidade de estabelecer uma estreita relação de trabalho com o corpo médico. (CLOSE-UP INTERNATIONAL, 2010).

Por meio deste processo descrito acima (esquematizado na figura 8), é possível estabelecer, entre outros dados, o perfil dos médicos, assim como

informações objetivas quanto à prescrição de produtos da companhia e produtos da concorrência. Assim, são repassados ao laboratório contratante dados quanto ao comportamento dos médicos em relação às receitas que estes prescrevem.

Também é possível obter dados sobre a performance dos representantes, por meio de dados como:

- Participação de receitas por supervisor;
- Participação de receitas por representante;
- Evolução da participação de receitas da companhia por supervisor;
- Evolução da participação de receitas da companhia por representante.

Figura 8 – Metodologia Close-up



Fonte: CLOSE-UP (2010)

Em estudo sobre a auditoria e captação de receitas, Dick et al (2004) afirmam que um fator preocupante é que os pacientes não são informados a respeito das práticas de captação de receita das farmácias. Segundo os autores, os compiladores dos dados formam históricos de prescrições dos médicos, classificando-os em perfis para finalidades de aumento das vendas dos produtos, sem considerar as causas e a privacidade do paciente.

2.4 A ÉTICA NA RELAÇÃO LABORATÓRIO-MÉDICO

Ética é o ramo da filosofia que busca estudar e indicar o melhor modo de viver no cotidiano e na sociedade; busca fundamentar o bom modo de viver pelo pensamento humano.

Porém, com a crescente profissionalização e especialização do conhecimento que se seguiu à revolução industrial, a maioria dos campos que eram objeto de estudo da filosofia, particularmente da ética, foram estabelecidos como disciplinas científicas independentes. Assim, é comum que atualmente a ética seja definida como "a área da filosofia que se ocupa do estudo das normas morais nas sociedades humanas" (DELEUZE, 2000, p. 28) e busca explicar e justificar os costumes de um determinado agrupamento humano, bem como fornecer subsídios para a solução de seus dilemas mais comuns. Neste sentido, ética pode ser definida como a ciência que estuda a conduta humana e a moral é a qualidade desta conduta, quando se julga do ponto de vista do bem e do mal (DELEUZE, 2000).

As práticas de marketing utilizadas pela indústria farmacêutica geram muita controvérsia no que se refere à ética. Para Santos (2005):

No mercado farmacêutico, em particular no segmento medicamentos éticos, a procura pelo bom desempenho de vendas dos produtos estratégicos está baseada na procura pelo receituário médico, conquistada com base numa relação construída entre os laboratórios, por meio dos seus representantes, e o médico. Nesse processo de construção do relacionamento, o marketing farmacêutico utiliza diversas estratégias e controles. Entretanto, parte-se do princípio que tais estratégias devam ser conduzidas com bastante cuidado e cautela, uma vez que, ainda que sejam eficazes ferramentas de controle, quando utilizadas em demasia, podem desfigurar o papel do representante e desestabilizar o relacionamento, tão valioso para as empresas (p.51).

Para esse autor, ainda, ao confrontar os depoimentos de profissionais do marketing farmacêutico com o código de ética médica e com a resolução RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), percebe-se que há um grande disparate entre a conduta que é ideal para a indústria farmacêutica e o que é recomendado como legal, moral e ético para a sociedade.

Uma das bases do relacionamento entre cliente e empresa é o comportamento ético de cada um dos lados. Portanto, este relacionamento deve

estar baseado em uma conduta digna, que permita a confiança e seja transparente. Estes pilares são ameaçados no momento em que existe uma procura muito intensa pelo receituário, transformando o contato em algo psicológica e moralmente desagradável ou, até mesmo, condenável (BRODY, 2005).

O maior porém dessa influência junto médicos, entretanto, se dá na eventual conduta anti-ética de alguns profissionais. Há indícios de que o marketing farmacêutico, em função da competitividade e da busca por bons resultados financeiros, coloque alguns princípios éticos e legais em segundo plano. Dados empíricos sugerem que as interações com os representantes farmacêuticos aumentam as chances de que o médico irá agir de forma contrária aos direitos devidos ao doente. A evidência empírica mostra que é muito provável que os médicos se comportem de maneira contrária aos seus princípios profissionais (BRODY, 2005). Este autor conclui, ainda, que os médicos devem recusar visitas dos representantes como uma matéria da integridade profissional e da gerência do seu tempo.

A classificação dos médicos por ordem de potencial de geração de receitas ilustra a dicotomia entre os princípios do interesse coletivo, ressaltado nos códigos de ética e os interesses financeiros das empresas. Tal classificação, como já discutida no item 2.2.4, prevê que haja um tratamento diferenciado para os médicos com maior potencial gerador de demanda. Essa seleção pode provocar um sentimento negativo nos clientes menos assessorados pelas indústrias. Muitas vezes, as empresas determinam, de acordo com os parâmetros construídos, com quais médicos seus representantes devem se relacionar. Nesse sentido, os gestores estabelecem a importância de um cadastro médico bem selecionado, ou seja, os cadastrados para serem visitados pela empresa devem obedecer a critérios estabelecidos.

De acordo com o apresentado neste capítulo, destaca-se a importância das práticas de marketing de relacionamento para a indústria farmacêutica, principalmente no que diz respeito a relação médico – laboratório, devido às particularidades do setor. Neste capítulo, teve-se como objetivo expor o referencial teórico necessário para a compreensão dos temas relacionado a este contexto, a fim de fundamentar a pesquisa realizada. No capítulo na sequência, é descrito o método utilizado para o alcance dos objetivos propostos.

3 MÉTODO

Neste capítulo, são descritos os procedimentos que foram utilizados para que os objetivos propostos pudessem ser alcançados. Primeiramente a pesquisa é caracterizada e a amostra e população são definidas. Na sequência, são apresentados os métodos de coleta e tratamentos dos dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

A partir da hipótese proposta – *H1: Há uma relação positiva entre incentivos da indústria farmacêutica, na forma de congressos, brindes, coquetéis, visitas e amostras grátis, e a quantidade de receitas prescritas pelos médicos* – foi realizada uma pesquisa exploratória, utilizando dados secundários cedidos pelo Laboratório Beta. De acordo com Vergara (1997), a pesquisa exploratória tem como objetivo aprofundar o conhecimento em temas que ainda não tenham sido estudados em profundidade.

De acordo com os objetivos deste trabalho, pretende-se investigar a relação entre os incentivos da indústria farmacêutica, caracterizados por meio das práticas de marketing de relacionamento, e as relativas prescrições médicas. Para tanto, foram utilizados dados cedidos pelo Laboratório Beta, empresa multinacional vice-líder do mercado nacional de medicamentos na área médica pesquisada. Portanto, a pesquisa valeu-se de dados secundários, ou seja, que não foram coletados diretamente pelo pesquisador. Estes dados foram organizados e analisados quantitativamente, para que fosse possível alcançar os resultados desejados.

3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

São considerados, como universo da pesquisa, o grupo de médicos de uma determinada especialidade médica, atendidos por um representante do Laboratório Beta.

A amostra foi composta por 98 médicos de uma determinada especialidade da medicina, no Estado do Rio Grande do Sul, nos meses de abril a setembro de 2010. Esse número representa aproximadamente 10% de todos os médicos desta especialidade nesse estado.

Os profissionais são classificados, pelo próprio Laboratório Beta, em cinco diferentes categorias – 1 a 5, conforme o potencial prescritivo de cada um, sendo 1 o maior potencial e 5 o menor. Esse potencial refere-se a uma série de características do profissional, tais como número de consultas mensais, atuação como professor ou formador de opinião, as quais o tornam potencialmente mais rentável para o Laboratório, em termos de retorno do investimento em marketing de relacionamento.

3.3 COLETA DE DADOS

Na etapa de pesquisa documental, foram analisados documentos internos do Laboratório Beta, tais como ofícios e dados de receitas emitidas pelos médicos, que são rastreadas por equipes de auditoria contratadas pelo laboratório. Essas equipes trabalham junto às farmácias captando receitas de médicos e as microfilmando, obtendo, assim, o nome do médico que a emitiu e qual foi o produto receitado. Foram analisadas as amostras das receitas dos médicos ao longo de seis meses, entre abril e setembro de 2009.

Também foi feita uma análise de tipo de investimento em marketing de relacionamento realizado, identificando se este investimento foi social, estrutural ou financeiro (KOTLER, 2000; PALMATIER, 2007), e qual a resposta dada pelos médicos em cada caso.

3.4 TRATAMENTO DE DADOS

Nesta etapa foi feito um tratamento estatístico dos dados, por meio de método de regressão, tendo como variáveis:

- variável dependente:
 - ✓ receita: número de receitas prescritas por médico a cada mês, referentes ao medicamento em foco,;
- variáveis independentes:
 - ✓ visitas: número de visitas mensais feitas pelos representantes aos médicos,;
 - ✓ amostras grátis: a cada visita, o representante deixa um “kit” com algumas amostras grátis para o médico. Esta variável refere-se ao número de “kits” concedidos por mês;
 - ✓ congressos: número de inscrições para congressos disponibilizadas a cada médico por mês;
 - ✓ coquetéis: número de convites para coquetéis oferecidos pelo Laboratório aos médicos por mês;
 - ✓ outros (livros, vinhos, flores, etc.): número de outros brindes concedidos a cada médico por mês.

Para testar a hipótese proposta neste trabalho – se o investimento da indústria farmacêutica em MR faz com que os médicos receitem mais seu produto - foi realizada a análise estatística dos dados através do método de Regressão Linear. Segundo Malhotra (2001), a análise de regressão busca analisar a relação entre uma única variável dependente – no caso a variável Receita (prescrição), e várias variáveis independentes ou preditoras – neste caso, as práticas de MR, para estimar ou prever a média da população em termo dos valores conhecidos das variáveis explicativas.

3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

O método escolhido para o desenvolvimento do trabalho possui determinadas limitações. São elas:

- Não deve ser desconsiderado que, além do Laboratório Beta, diversos outros grandes laboratórios também executam práticas de MR muito semelhantes. Ou seja, os esforços do Laboratório Beta junto aos médicos podem ser, por vezes, compensados ou até anulados, dependendo das práticas que outro laboratório fizer em determinado momento;
- As interpretações dos resultados podem ser equivocadas ou irreais porque o coeficiente de correlação é altamente influenciado por *outliers* (pontos extremos) que podem distorcer a informação da massa de dados.
- Não foi considerada, neste estudo, a possível influência das práticas de MR de meses anteriores ao período da análise. Levou-se em consideração apenas a resposta imediata dos médicos ao programa de MR do Laboratório Beta.
- Não foi avaliada a qualidade da visita e do trabalho do representante junto ao médico. Ou seja, levou-se em conta apenas a quantidade das visitas, sem considerar se o trabalho foi bem executado por parte do representante ou não.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa, de acordo com os objetivos propostos. Conforme apresentado no capítulo anterior, os dados para análise foram coletados a partir do material disponibilizado pelo Laboratório Beta.

Na tabela 1, é apresentada a composição da amostra de médicos que compõem o estudo.

Tabela 1 - Quantidade de médicos por categoria

Categoria	Quantidade de médicos
1	14
2	17
3	19
4	20
5	28
Total	98

Percebe-se, pela tabela 1, que do total dos médicos pesquisados, a Categoria 1 (a de maior potencial prescritivo) é a que possui a menor quantidade de médicos, enquanto a Categoria 5 possui a maior quantidade. Estes, em sua maioria, são médicos recém-saídos da residência, que estão iniciando seus consultórios.

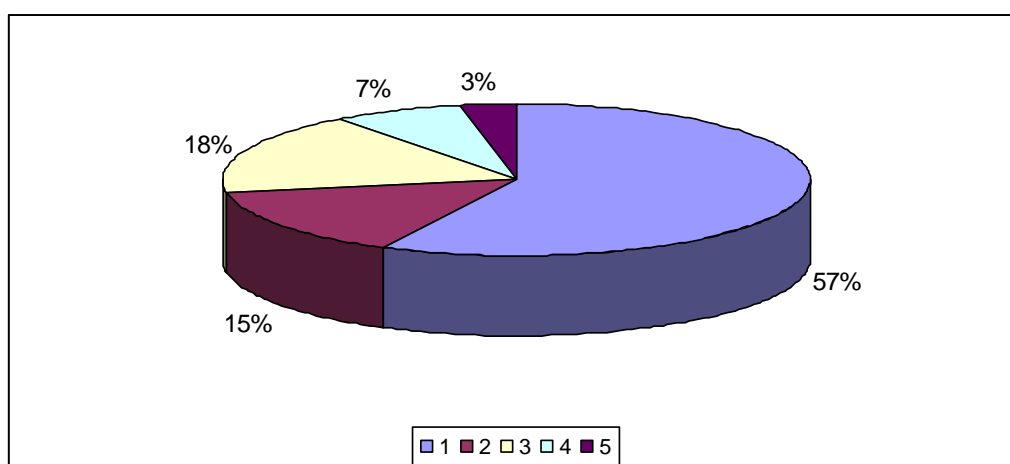
A partir dos dados obtidos pelas equipes de auditorias contratadas pelo Laboratório Beta, foi possível identificar um total de 592 receitas médicas prescrevendo o medicamento em análise, captadas entre os meses de abril e setembro de 2010. Esta quantidade representa aproximadamente 1% de todas as receitas emitidas por médicos desta especialidade no Rio Grande do Sul durante o período analisado, segundo estimativa feita pelo Laboratório Beta. A tabela 2 apresenta as quantidades e percentuais de prescrição de cada categoria de médicos, considerando o total de receitas do período.

Tabela 2 - Quantidade e percentuais de prescrições.

Categoria	Receitas	Percentual
1	340	57%
2	87	15%
3	104	18%
4	43	7%
5	18	3%
Total	592	100%

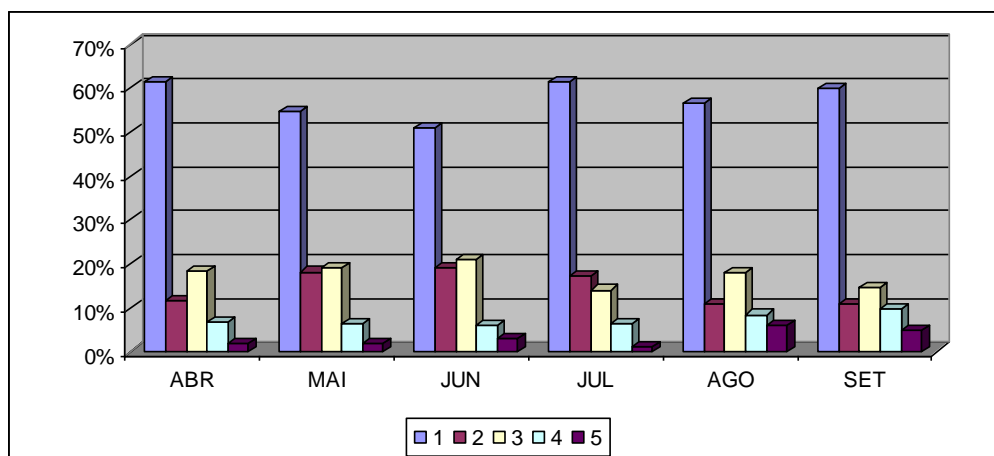
Como pode ser verificado na tabela acima (tabela 2), os médicos da categoria 1 prescreveram 57% do total das receitas, o maior percentual entre os grupos. A figura 9 ilustra os percentuais de prescrição no período analisado.

Figura 9 - Percentuais de prescrição no período analisado.



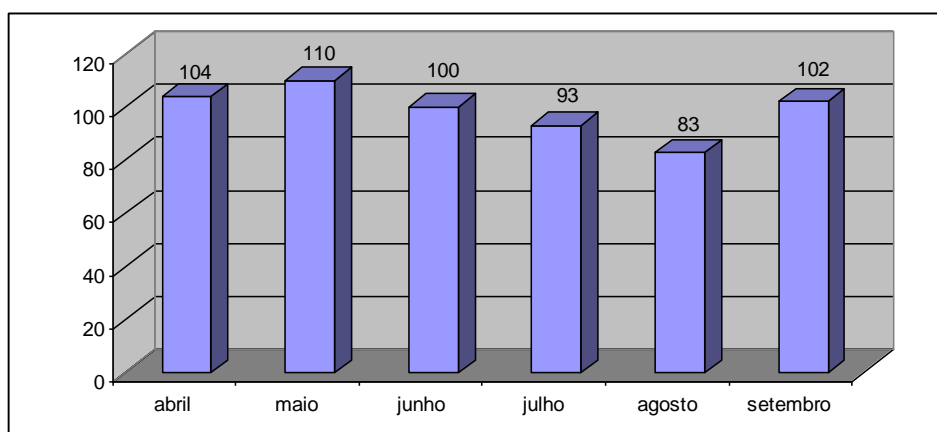
Ainda em relação às receitas captadas, pode-se verificar as variações nas prescrições entre os meses em análise. Na figura 10, observa-se os percentuais de prescrição nos meses da pesquisa, de acordo com as categorias de médicos. Pode-se verificar que os percentuais mantiveram-se praticamente constantes entre os meses, sendo a categoria 1 a que mais prescreveu o medicamento em análise em todos os meses, seguida da categoria 3, 2, 4 e 5, com exceção do mês de junho, no qual a categoria 2 esteve em segundo lugar.

Figura 10 – Percentuais de prescrição nos meses analisados.



A figura 11 apresenta as quantidades de receitas prescritas pela amostra total de médicos durante os meses da pesquisa. Pode-se observar que há uma queda na quantidade de receitas durante os meses de julho e agosto, enquanto que no mês de maio há uma leve elevação na quantidade. Somente pela análise descritiva dos dados, não se pode relacionar estas variações com os investimentos em MR, o que será realizado na sequência, na análise estatística dos dados.

Figura 11 – Total de receitas prescritas por mês.



Em relação às práticas de marketing de relacionamento utilizadas pelo Laboratório Beta, as principais formas identificadas foram: visitas, distribuição de amostras grátis, convite para coquetel, concessão de inscrições para congresso, além de outros brindes, como livros e vinhos. Foi verificado que o número de visitas e distribuição de amostras grátis do medicamento foi o mesmo em todos os meses.

Isso é explicado devido ao fato de que a cada visita feita pelo representante ao médico, são deixadas como cortesia algumas amostras do medicamento.

Na tabela 3, são apresentadas as práticas utilizadas pelo Laboratório Beta e as quantidades correspondentes, mês a mês, durante todo o período em estudo. As práticas Visita e Amostras estão apresentadas em uma mesma coluna, sob a denominação Visitas/Amostra.

Tabela 3 - Práticas de marketing de relacionamento realizadas nos meses em estudo.

Mês	Visitas/Amostras	Coquetel	Congresso	Outros
abril	98	0	0	2
maio	92	0	3	1
junho	84	0	7	0
julho	90	0	1	2
agosto	92	19	0	2
setembro	94	0	0	3
Total	550	19	11	10

Por meio da análise da tabela 3, identifica-se que a quantidade de visitas mantém-se praticamente estável durante todo o período, com exceção do mês de junho, quando houve uma maior dificuldade de marcar horários com os médicos e realizar as visitas.

No que se refere aos coquetéis, todos foram no mês de agosto, quando o Laboratório Beta patrocinou um Seminário seguido de um coquetel, para um reservado grupo de médicos.

Ainda em relação às práticas de MR, na variável Outros foram identificadas 10 ocorrências, distribuídas durante período. Em sua maioria são presentes de aniversário, como vinhos, flores e livros.

Analisando-se as práticas utilizadas para cada categoria de médico, verifica-se um foco maior exatamente para os médicos da Categoria 1, que também são os que mais receitam (tabela 4). Ou seja, percebe-se que há, de fato, um investimento maior em MR naqueles médicos que possuem um potencial prescritivo maior, dando

preferência para investir nos profissionais que, teoricamente, tem um maior potencial para trazer maiores retornos para o Laboratório Beta.

Tabela 4 - Práticas de marketing de relacionamento realizadas conforme a categoria de médicos.

Categoria	Visitas/Amostras	Coquetel	Congresso	Outros
1	82	10	8	7
2	90	3	2	2
3	102	4	1	1
4	115	2	0	0
5	161	0	0	0
Total	550	19	11	10

Assim, para os médicos das categorias 1 a 3, verifica-se a maior ocorrência das práticas Coquetel, Congresso e Outros. Por outro lado, entre os médicos das categorias 4 e 5, são mais frequentes as visitas com distribuição de amostras, resultado este também devido a maior concentração de médicos destas categorias.

Para testar se o investimento em MR fez com que os médicos receitassem mais seus produtos, inicialmente foi verificada a existência de uma relação de Regressão, por meio da Análise de Variância – ANOVA (tab. 5). Com o p-valor < 0,01, rejeita-se a hipótese nula (H_0 - investimento da indústria farmacêutica em MR não faz os médicos receitarem mais seu produto). Verificou-se que os coeficientes são diferentes de zero e, portanto, há uma relação de regressão. A variável Visitas foi automaticamente excluída do cálculo ao ser rodada a regressão, devido ao fato de estar totalmente correlacionada com a variável Amostras (a cada visita realizada, uma quantidade específica de amostra grátis é entregue ao médico).

Tabela 5 - Análise de Variância.

ANOVA						
Modelo		Soma dos quadrados	Graus de liberdade	R quadrado	F	p-valor.
1	Regressão	9082,862	4	2270,715	94,657	,000 ^a
	Resíduos	2230,975	93	23,989		
	Total	11313,837	97			

a. Variáveis independentes: (Constant), outros, amostra, coquetel, congresso

b. Variável dependente: receita

Na tabela 6, identificam-se os coeficientes, e se calcula quais são diferentes de zero. Ao nível de 95% de confiança, apenas não é rejeitada a hipótese nula para o coeficiente da variável Amostra e para a constante B_0 , concluindo que o parâmetro Amostra não possui relação com a variável dependente Receita.

Portanto, o coeficiente Amostra, juntamente com Visitas, não influencia na quantidade de receitas emitidas pelos médicos. Para efeitos desta pesquisa, são variáveis não significativas, que não afetam a variável dependente Receitas.

Este fato é justificado, pois, independentemente de o médico receitar mais ou menos, o representante invariavelmente não deixa de visitar os médicos. O Laboratório Beta utiliza política de visitas de forte sequência (não deixar de ficar muito tempo sem visitar) e frequência (na medida do possível, visitar diversas vezes) para tentar atrair mais médicos para receitar seus produtos, independentemente de eles estarem receitando ou não seus produtos.

Tabela 6 - Coeficientes

Modelo	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes padronizados	t	p-valor.
	B	Erro padrão	Beta		
1	(Constante)	2,168	2,831	,766	,446
	Amostra	-,031	,495	-,003	,951
	Coquetel	6,184	1,658	,228	,000
	Congresso	15,716	3,062	,462	,000
	outros	10,600	3,057	,299	,001

a. Variável dependente: receita

Tabela 7 – Resumo do modelo

Model Summary ^b									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,883 ^a	,780	,762	6,172	,780	41,745	4	47	,000

a. Predictors: (Constant), Coquetel, Amostra, Outros, Congresso

b. Dependent Variable: Receitas Captadas

Portanto, pode-se afirmar que, por meio da análise estatística realizada, há uma relação entre algumas das práticas de marketing de relacionamento utilizadas pelo Laboratório Beta e a quantidade de receitas prescritas pelos médicos referentes ao medicamento alvo. Conclui-se, assim, que as práticas de concessão de inscrições em congresso, convite para coquetel e distribuição de presentes de aniversários ou semelhantes, efetivadas pelo Laboratório entre os meses de abril a setembro de 2010, fizeram com que os médicos receitassem mais o medicamento alvo do MR. Já as práticas visitas e distribuição de amostras grátis não tiveram influência no resultado da pesquisa. Ressalta-se, porém, que não foi considerada, nesta análise, a possibilidade de as receitas do referido período terem sido influenciadas por períodos anteriores.

Verificou-se, ainda, por meio da análise dos coeficientes na tabela 6, que cada prática traz um resultado diferente para o Laboratório, no que se refere a quantidade de receitas emitidas pelos médicos. A variável Congresso foi a prática que mais influenciou a prescrição de receitas, seguido por Outros e Coquetéis. Ou seja, identificou-se que determinadas práticas de MR trazem um retorno maior que outras.

Na sequência do trabalho, apresentam-se as considerações finais a respeito da execução da pesquisa, da análise dos dados e dos resultados obtidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de Marketing de Relacionamento é relativamente recente, e passou a receber maior atenção a partir da década de 1990. Como diversos outros conceitos da área da administração, este também surgiu de uma necessidade imposta pelo mercado: a reformulação da relação empresa/consumidor. A disponibilidade de informação e a grande concorrência do mercado fazem com que os consumidores assumam uma posição privilegiada no relacionamento de compra/venda.

Como uma ferramenta de gerenciamento das relações entre a empresa e seus clientes, o marketing de relacionamento pode resultar em benefícios contínuos para as empresas que souberem como utilizá-la de maneira eficiente. Em linhas gerais, o marketing de relacionamento refere-se às atividades e esforços de marketing que são direcionadas para estabelecer, desenvolver e manter de forma satisfatória as relações entre empresa e cliente, tendo como objetivo criar uma base de relacionamento e integração, desde o projeto inicial do produto até as vendas (MCKEENA, 1997).

A gratidão e a reciprocidade possuem um papel central, junto com a confiança e o comprometimento, no MR interpessoal e assim ajudam a explicar o impacto das relações interpessoais nas tomadas de decisão. O efeito do MR é suportado pelos efeitos psicológicos de gratidão, que leva ao desejo de retribuir o débito. Este processo de retribuição gera sentimentos de prazer e, ao mesmo tempo, não o fazer gera sentimentos de culpa. Além desse sistema psicológico que leva os consumidores a retribuir os investimentos de MR, os mesmos mecanismos resultam em normas sociais que reforçam o cumprimento dessas retribuições (PALMATIER, 2008).

No caso da indústria farmacêutica, que foi o foco deste trabalho, o MR vem sendo utilizado de maneira frequente, devido principalmente às características específicas deste mercado. Dominado por poucas empresas, a concorrência neste setor é peculiar, e o aumento e a manutenção das fatias de mercado dependem dos esforços realizados no fortalecimento da relação com os médicos.

Este cenário chama a atenção devido aos volumes de investimentos que são feitos em MR, os quais, embora não tenham sido quantificados nesta pesquisa,

podem ser deduzidos pelas ações realizadas pelos laboratórios. Eventos, coquetéis, distribuição de amostras e brindes, concessão de passaportes para congressos, entre outras práticas, são comuns na relação entre os laboratórios e médicos. O retorno destes investimentos, porém, nem sempre pode ser identificado, devido à dificuldade que existe em mensurar este retorno em termos específicos para cada ação ou conjunto de ação.

Esta problemática deu origem a este trabalho de pesquisa, cujo objetivo principal foi demonstrar, a partir do teste de hipótese, que os investimentos realizados por um grande laboratório farmacêutico em MR, junto aos médicos, resultam em aumento do número de receitas prescritas do medicamento em foco. Para tanto, foram coletados dados junto a esse laboratório, restringindo a pesquisa ao mercado do Rio Grande do Sul para produtos de uma especialidade específica. Foram captadas receitas de 98 médicos ao longo de seis meses e, ao mesmo tempo, verificadas quais foram as principais práticas de MR utilizadas nesse período.

As práticas de MR mais usuais no setor farmacêutico puderam ser identificadas pela revisão bibliográfica, e confirmados pela pesquisa de campo. São essas práticas a visitação, a distribuição de amostras grátis, convites para coquetéis e inscrições em congressos, além de outros brindes e presentes. Em suma, ferramentas de venda pessoal e patrocínios.

Em relação ao retorno do investimento, em termos de receitas prescritas, por meio das análises estatísticas foi possível verificar que aqueles médicos que recebem mais incentivos do Laboratório (isto é, aqueles nos quais os laboratórios investem mais em MR) são também aqueles que mais prescreveram receitas no período de seis meses da pesquisa. Ou seja, os maiores emissores de receitas são também os que desfrutam de uma maior prioridade na relação com o Laboratório Beta.

Conforme os testes estatísticos realizados, identificou-se que esses médicos com maior potencial prescritivo são aqueles que recebem os maiores incentivos e, ao mesmo tempo, os que trazem os melhores resultados à empresa, correspondendo a 57% de todas as prescrições captadas no período, apesar de representarem apenas 15% do total de médicos pesquisados.

Em relação à quantidade de receitas captadas e as práticas de MR, o objetivo final desta pesquisa, foi constatada a existência de relação de regressão, por meio

da análise de variância. Com o p-valor $< 0,01$, a um nível de confiança de 95%, rejeitou-se H_0 , ou seja, há uma relação positiva entre os incentivos da indústria farmacêutica, na forma de Inscrições para congressos, convites a coquetéis e outros incentivos (distribuição de brindes e presentes), em MR, e a quantidade de receitas captadas.

Conforme os dados analisados, verificou-se que determinadas práticas refletem-se em um maior número de prescrição de receitas que outras, tendo em vista o maior coeficiente Beta encontrado na relação de regressão. Na ordem, tem-se como mais influentes: congressos, outros incentivos e coquetéis.

Já as variáveis visitas e entregas de amostras grátis não refletiram em uma quantidade maior de receitas captadas, não sendo, portanto, consideradas significativas para este trabalho.

Embora, conforme constatado ao longo da revisão teórica, a prática da visita tenha sido mais citada pelos autores, neste estudo não foi verificada uma relação positiva entre as visitas realizadas por representantes e a quantidade de receitas emitidas pelos médicos. Isso pode ser explicado pelas limitações do método, especialmente no que tange ao fato deste estudo não medir a qualidade da visita junto ao médico e, ao mesmo tempo, pelo fato que outros laboratórios também efetuam práticas semelhantes. Também há de considerar-se que, independentemente de o médico receitar ou não os medicamentos, o representante do laboratório invariavelmente continua a visitar o profissional, com o objetivo de reforçar a marca do medicamento para o médico. Assim, não há uma relação direta entre a variável visitas e a quantidade de prescrições captadas.

Destacam-se as limitações devido à quantidade restrita de dados coletados, referentes a apenas seis meses. Também se ressalta que estes resultados referem-se apenas à amostra de médicos que se relacionaram com o Laboratório Beta num período específico de tempo. Desta forma, sugere-se que novas pesquisas possam ser realizadas com uma maior abrangência, envolvendo outros laboratórios, ou períodos maiores de dados. Assim, poderiam ser obtidos resultados que confirmariam os deste estudo, incrementando a base de conhecimentos deste setor.

Também sugerem-se pesquisas para avaliar o impacto que pode haver sobre a reação de determinados médicos que não recebem benefícios dos laboratórios, ao se depararem, por exemplo, em um congresso onde vêem colegas que têm suas inscrições pagas.

Por fim, esta pesquisa confirmou a importância das estratégias de marketing de relacionamento junto aos médicos para a indústria farmacêutica, sem considerar questões éticas. Os resultados deste trabalho podem ser utilizados por esse segmento para melhor direcionar seus recursos de marketing, sabendo-se que aqueles médicos com um maior potencial prescritivo, em geral, quando incentivados pelos laboratórios, correspondem por meio da emissão de receitas do medicamento. Podemos considerar essa pesquisa importante também para a área de marketing, tendo em vista que confirmou a eficácia de suas técnicas e práticas quando colocadas em prática no setor farmacêutico.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Alessandra. **A implementação de marketing de relacionamento na indústria farmacêutica**. Trabalho de Conclusão de Curso de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ANDALEEB, S., TALLMAN, R. Relationship of physicians with pharmaceutical Sales representatives and pharmaceutical companies: an exploratory study. **Health Marketing Quarterly**, v.13, p. 79-89, 1996.

ANTUNES, Joaquim; RITA, Paulo. O marketing relacional como novo paradigma- uma análise conceptual. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. Lisboa: INDEG-ISCTE - FGV. ISSN 1645-4464. VII: 2, 36-46, 2008.

BARROS, José Augusto C. **Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamento**. 1983. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 1983.

_____. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Vol.16 n.2 Apr./June, 421-7, 2000.

BERRY, L. Relationship marketing of services: growing interest emerging perspectives. **Journal of Academy of Marketing Science**, v. 23, nº 4, p. 236-245, 1995.

BLACK, I. Pharmaceutical marketing strategy: lessons from the medical literature. **Journal of Medical Marketing**, v. 5, n. 2, p. 119-125, Apr. 2005.

BOILLEAU, Jean-Luc. **Conflit et lien social: la rivalité contre la domination**. Paris, Ed. La Decouverte / M.A.U.S.S, 1995.

BRODY, Howard. The Company We Keep: Why Physicians Should Refuse to See Pharmaceutical Representatives. **Ann Fam Med**; 3:82-85. 2005.

CARVALHO, Kleverton; TEIXEIRA, Rivanda. A Influência de estratégias promocionais na adoção de novos produtos: O caso da indústria farmacêutica.

Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, vol. 9, p. 60-75, jan-mar 2002.

CASTRO, L de e PROENÇA, J. **Marketing Relacional e a Instabilidade em Relacionamentos Bancários - Alguns Casos de Corporate Banking**. XIII Jornadas Hispano-Lusas de Gestión Científica: La Empresa Familiar en un Mundo Globalizado, CD Rom edition of Facultad de Administración y Dirección de Empresas, Universidade de Santiago de Compostela, Lugo, Spain, pp. 123-132, 2003.

CHOI, Sejung M., LEE, Wei-Na. Understanding the impact of direct-to-consumer (DTC) pharmaceutical advertising on patient-physician interactions: adding the web to the mix. **Journal of Advertising**, v. 36, n. 3, p. 139-147, 2007.

CHURCHIL, G. A.; PETER, J. P. **Criando Valor para o Cliente**, São Paulo: Ed. Saraiva, 2000.

CLOSE-UP INTERNACIONAL. Site institucional. Disponível em <http://www.close-upinternational.com/>, acessado em agosto de 2010.

CORRÊA, G. F., OLIVEIRA, L. H. Os novos rumos da estratégia de marketing no mercado farmacêutico. **Organizações Rurais & Agroindústrias**, Lavras, v.10, n.3, p. 438-454, 2008.

DICK E. Zoutman; FORD, Douglas; BASSILI Assil. Privacy of pharmacy prescription records. **Canadian Medical Association Journal - CMAJ**. 2004. Disponível em <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/171/7/712>, acessado em dezembro de 2010.

DRAGHETTI, Luciana Berté. **Marketing de Relacionamento no mercado de consumo de produtos de alto envolvimento**: um estudo no setor de automóveis em Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

DRUCKER, Peter F. **Administrando em Tempos de Grandes Mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1999.

FASSOLD, R. W.; GOWDEY, C. W. A survey of physicians' reaction to drug promotion. **Canada Medical Association Journal**, v. 98, p. 701-705, 1968.

FERREIRA, Francis Haime Giacomelli. **Gestão do Composto Mercadológico**.

2003. Disponível em

[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/e88f72ba6056973403256d470064b9dc/dda8bc8358cd76a203256d520059b289/\\$FILE/255_1_Arquivos_composto.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/e88f72ba6056973403256d470064b9dc/dda8bc8358cd76a203256d520059b289/$FILE/255_1_Arquivos_composto.pdf),

acessado em maio de 2010.

GODBOUT, Jacques T. **L'esprit du don**. Paris: Éditions la Découverte. 1992.

GOMES, G.S., REZENDE, D. C; OLIVEIRA, L. H. Marketing de relacionamento na conquista da lealdade do cliente: um estudo comparado entre médicos mineiros e paulistanos. Encontro da ANPAD, 32., In: **Anais...** Rio de Janeiro, 2008.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: Gerenciamento e Serviços – A competição por serviços na Hora da Verdade**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

HARMS, F.; ROHMANN, S.; HEINRICH, M.; DRUENER, M.; TROMSDORFF, V., Innovative Marketing, **Pharmaceutical Policy and Law**, v. 5, pp. 135–149, 2002.

HEMMINKI, E. Factors influencing drug prescribing. Inquiry into research strategy. **Drug Intelligence & Clinical Pharmacy**. v. 10, n. 6, p. 321-329, 1976.

HUERTAS, M. K. Z; URDAN, A. T. As dimensões da atitude frente à propaganda de medicamentos: uma descrição no Brasil e avaliação de escala. In: Encontro Anual da ANPAD, 32., Rio de Janeiro, 2007. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

IMS HEALTH. **Relatório interno elaborado para o Laboratório “Beta”**. São Paulo, 2010.

JESUS, Ivo Cardoso de. Marketing de Relacionamento com o Cliente: uma proposta para a fidelização e retenção de clientes de maior valor. **CienteFico**. Ano III, v. II, Salvador, julho-dezembro, 2003

JESUS, Paula Renata Camargo de. **A presença do medicamento ético na mídia de massa: propaganda ou informação?** 2005. Disponível em <http://www.comtexto.com.br/convicomartigopropPaulaRenata.htm>., acessado em abril de 2010.

KLEINOWSKI, H. L. O estudo da confiança, valor percebido e lealdade do segmento farmacêutico brasileiro. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, ano 6, n. 6, p. 121-145, jan./dez. 2009.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

McKENNA, Regis. **Marketing de Relacionamento**: Estratégias bem-sucedidas para a era do Cliente. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

MÖLLER, Kristian, HALINEN, Aino. Relationship Marketing Theory: Its Roots and Direction. **Journal of Marketing Management**. N.16, p 29-54, 2000.

MORGAN, R.; HUNT, S. The commitment-trust theory of relationship marketing, **Journal of Marketing**, Chicago, Iss. 3, v. 58, p. 20-38, july 1994.

NEVIN, John R., "Relationship Marketing and Distribution Channels: Exploring Fundamental Issues," **Journal of the Academy Marketing Sciences**, (Fall), pp. 327-334, 1995.

O'MALLEY Lisa, TYNAN, Caroline. Relationship marketing in consumer markets – Rhetoric or reality? **European Journal of Marketing**, Vol. 34 Iss: 7, pp.797 – 815, 2000.

PACANHAN, M., CHIUSOLI, C., STAHL, L. HARTORI, H. Marketing de relacionamento: reflexões a partir da experiência de gestão no contexto de micro e pequenas empresas. In: VII SEMEAD – Seminários em Administração, FEA – USP, São Paulo, 2004. **Anais...** São Paulo: FEA – USP, 2004

PALMATIER, Robert W. **Relationship Marketing**. Cambridge: Marketing Science Institute, 2008.

PALMATIER, R.W. et al. Use of relationship marketing in building costumer-salesperson and costumer-firm relations: Differential influences on financial outcomes. **International Journal of Research in Marketing**. n. 24, p 210-223, 2007.

PARVATIYAR, A., SHETH, J.N. The Domain and Conceptual Foundations of Relationship Marketing. In: SHETH, J.N., PARVATIYAR, A. **Handbook of Relationship Marketing**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999.

PEREIRA, R. e RODRIGUEZ, M. Análise Competitiva do Mercado Farmacêutico Brasileiro: Estudo de Caso. In: X **SIMPEP – Simpósio de Engenharia de Produção**, UNESP, Bauru, 2003. Bauru: UNESP, 2003.

PETERSON, R. (1995), Relationship marketing and the consumer. **Journal of the Academy of Marketing Science**, vol. 23, n.º 4, p. 278-281, 1995.

PHARMACEUTICAL Industry: a healthy business? **Business Week**. New York, v. 72, n. 28, jul., 2000.

ROESCH, SYLVIA AZEVEDO. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Tiago Cezar Dos. **Marketing de Relacionamento e a Indústria Farmacêutica**. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica). Universidade de Salvador, 2005.

SAÚDE BUSINESS WEB. **Site Institucional**. Disponível em <http://www.saudebusinessweb.com.br>, acessado em junho de 2010.

SCHARITZER, D.; KOLLARITS, H. C. Satisfied customers: profitable customer relationships: pharmaceutical marketing: how pharmaceutical sales representatives can achieve economic success through relationship management with settled general practitioners an empirical study. **Total Quality Management**, Abingdon, v. 11, n. 7, p. 955, Sept. 2000.

SOUZA, C. V; MESQUITA, J. M. C. Comportamento de compra dos consumidores de medicamentos: uma avaliação no Município de Belo Horizonte. In: Encontro da ANPAD, 32., **Anais...** Rio de Janeiro, 2008.

SRIVASTAVA, R.K. Can emotive marketing through relationships influence rational doctor's prescriptions? **Marketing Health Services**. Chicago: American Marketing Association, p. 29-32, 2007

STONE, Merlin; WOODCOCK, Neil. **Marketing de relacionamento**. São Paulo: Littera Mundi, 1998.

SZALKAI, Zsuzsanna. Relationship marketing in the pharmaceutical market – analysis of the Hungarian case. Periodica **Polytechnica Social and Management Sciences**, v. 12 , n. 2, p. 177 - 188, 2004.

TSANG, PATRICK, J. Micromarketing. **Pharmaceutical Executive**, v. 21, n. 12, p. 6-17, dez. 2001.

WRIGHT, Robert F., LUNDSTROM, William J. Physicians' perceptions of pharmaceutical sales representatives: A model for analysing the costumer relationship. **International Journal of Medical Marketing**. v. 4, p 29-38, 2003.

VANDERVEER, R. The New Micromarketing: looking at the Practice as an Account to be Man-aged, rather than the Doctor as a Target to be Hit, **International Journal of Medical Marketing**, 2,3 (2002),pp.200–205.

VAVRA, Terry G. **Marketing de Relacionamento: After Marketing**. São Paulo: Atlas, 1993.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ZALUAR, Alba. Exclusão e Políticas Públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 12, n. 35, fev. 1997.