

ADRIANA VASSALLI DE SOUZA

**A Importância do Gestor Médico Científico na Indústria Farmacêutica:  
Marketing de Relacionamento e NeuroMarketing, no Pré-Lançamento  
de um Novo Fármaco para Tratamento da Dislipidemia**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
PORTO 2016



ADRIANA VASSALLI DE SOUZA

**A Importância do Gestor Médico Científico na Indústria Farmacêutica:  
Marketing de Relacionamento e NeuroMarketing, no Pré-Lançamento  
de um Novo Fármaco para Tratamento da Dislipidemia**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
PORTO 2016

ADRIANA VASSALLI DE SOUZA

**A Importância do Gestor Médico Científico na Indústria Farmacêutica:  
Marketing de Relacionamento e NeuroMarketing, no Pré-Lançamento  
de um Novo Fármaco para Tratamento da Dislipidemia**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências Empresariais, sob a orientação do Prof. Doutor António Cardoso.

Assinatura do Aluno \_\_\_\_\_

## RESUMO

O Marketing de relacionamento nunca esteve tão evidente quanto nos dias atuais. Isto pode ser observado pela acirrada concorrência entre as empresas que desenvolvem produtos cada vez mais semelhantes, bem como pelo advento da globalização onde, a figura do consumidor mais consciente de suas necessidades, busca por aspectos diferenciais que, porventura possam complementar suas aspirações acerca do que lhe é oferecido. É exatamente neste ponto que as ações do Marketing de Relacionamento entram em ação, visando não somente estreitar o elo entre a empresa e o consumidor, como também estimular a fidelização deste referido consumidor ao produto ou serviço ofertado. O objetivo deste estudo é examinar as correlações existentes entre o grau de conhecimento científico do cliente médico, como formador de opinião, sobre uma nova classe de medicamentos para o tratamento da dislipidemia (inibidores da PCSK9), mensurando a mudança de opinião desses líderes após o contato com o Gestor Médico Científico, e para tal objetivo, elaborou-se uma pesquisa descritiva com questionário direcionado a 83 médicos, sendo este aplicado em duas fases, utilizando assim como ferramenta o capital humano representado pelo Gestor Médico Científico, com base no Marketing de Relacionamento, e que após a análise da pesquisa, obtiveram-se bases para incentivar esse tipo de ferramenta como modelo de Marketing adaptado e voltado para a indústria farmacêutica. O estudo permitiu concluir que as variáveis escolhidas para avaliar o grau de mudança de opinião dos médicos inquiridos, logo após a explicação científica sobre os temas relacionados com a dislipidemia e a nova classe de medicamentos destinada ao tratamento dessa patologia, revelaram a importância da educação médica através do Marketing de Relacionamento antes de lançar uma nova classe de fármacos.

No contexto da validação do modelo, é possível constatar que ele pode ser utilizado como ferramenta na fase de pré-lançamento de um produto, em um país onde as leis vigentes proíbem quaisquer outros meios de promoção.

Palavras-chave: Marketing de Relacionamento, Indústria Farmacêutica, Gestor Médico Científico (*MSL*), Lançamento de Produto.

## **ABSTRACT**

Currently, the Relationship Marketing has been an important tool of Marketing. The main reason to this could be explained by a fierce competition among companies developing increasingly similar products. The customer's figure has more knowledge of their needs due to the advent of globalization, taking them to look for different aspects that can complement their aspirations about what the company can offer to them. That is the point concerned to Relationship Marketing, aimed not only to strengthen the link between the company and the consumer, but also to stimulate the loyalty related to the product or service offered. The aim of the current study is to examine the correlation between the scientific knowledge of Brazilians doctors as opinion leader about a new class of drugs for the treatment of dyslipidemia (PCSK9 inhibitors). This knowledge could be measured by the alteration in answers after the contact with the Scientific Medical Manager, through a descriptive research including a questionnaire applied to 83 doctors in two stages, using the human capital represented by the Scientific Medical Manager focused on Relationship Marketing as a tool. The analysis of the research could encourage this type of tool to work as an adapted Marketing model and to be useful in pharmaceutical industry. The variables used to analyze the degree of change related to the answers right after the scientific explanation related to issues including dyslipidemia and the new class of drugs for the treatment of this pathology concluded the importance of medical education through Relationship Marketing before the launch of a new class of drugs.

In the context of model validation, it is clear that the Relationship Marketing can be used as a tool in the pre-launch phase of a product in a country where the laws prohibit any other means of promotion.

**Keywords:** Relationship Marketing, Pharmaceutical Industry, Medical Scientific Manager (MSL), Product Launch

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a Deus, criador do Universo, a minha dissertação, pois foi Ele quem me concedeu força e coragem durante toda esta longa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, especialmente ao meu esposo, Marcelo Durães de Souza, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades; quero agradecer também de forma carinhosa ao meu filho, Lucas Vassalli de Souza, que sempre esteve ao meu lado, me incentivando e apoiando durante toda a jornada. Ambos, contribuíram, de maneira indescritível, para que eu concluísse o meu Mestrado em Ciências Empresariais.

Não poderia deixar de agradecer aos meus pais, Gilberto Vassalli e Eliana Vassalli, a quem eu rogo todas as noites a minha existência.

Agradeço aos professores do Curso de Mestrado em Ciências Empresariais da Universidade Fernando Pessoa por todo o conhecimento e experiência transmitidos durante as aulas ministradas.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Professor Doutor Antônio Cardoso, pela atenção e paciência dispensada durante todo o período de elaboração da minha dissertação, sem a sua dedicação e incentivo nada disso seria possível.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	XII
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	XIII
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	XIV
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	XV
<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	1
1.1. Nota Introdutória.....	1
1.2. Apresentação e Justificação do Tema.....	3
1.3. O Problema.....	4
1.4. Objetivos.....	4
1.5. Abordagem Metodológica.....	5
1.6. Limitações.....	6
1.7. Estrutura do Trabalho.....	7
1.8. Contextualização Temporal e Espacial.....	8
1.9. Notas Conclusivas.....	8
<b>CAPÍTULO II – O MARKETING FARMACÊUTICO</b> .....	9
2.1. Nota Introdutória.....	9
2.2. Conceitos: Marketing e o MR.....	13
2.3. O Papel do <i>Medical Science Liaison</i> (MSL) na IF.....	22
2.4. NeuroMarketing – Conceito.....	27
2.4.1. O Consumidor e o Subconsciente.....	30
2.4.2. Tendências do NeuroMarketing.....	31
2.5. Notas Conclusivas.....	33
<b>CAPÍTULO III – SETOR FARMACÊUTICO E INOVAÇÃO NO BRASIL</b> .....	35
3.1. Nota Introdutória.....	35
3.2. Inovação em Fármacos, Medicamentos e Políticas de P&D no Brasil.....	37
3.2.1. Inovação e Invenção: a Diferença.....	37
3.2.2. Competências para Inovar.....	38
3.2.3. Uma Tentativa de Classificar Produtos Inovadores na IF.....	39
3.2.4. Estágios Tecnológicos, Cadeia Produtiva e Curva de Valor na IF.....	39
3.2.5. Estágios Tecnológicos na IF.....	40
3.2.6. A Cadeia <i>Produtiva</i> na IF.....	42

3.2.7. A Curva de Valor Farmacêutica.....	42
3.2.8. Planejamento da P&D: <i>Portfolio</i> de Pesquisa e <i>Pipeline</i> .....	45
3.2.9. O Ciclo do Medicamento Inovador.....	46
3.2.10. Funções da P&D Farmacêutica.....	47
3.2.11. Função Pesquisa Básica: a Descoberta do Alvo.....	48
3.2.12. Função Desenvolvimento.....	48
3.2.13. Função Regulatória.....	49
3.2.14. Função Produção.....	49
3.2.15. Função Marketing e Comercialização.....	51
3.2.16. Custos de Lançamento de um Medicamento Inovador.....	52
3.2.17. O <i>Design</i> Racional de Drogas Medicinais.....	53
3.2.18. O Estado-da-Arte da P&D Farmacêutica no Brasil.....	54
3.2.19. Políticas de Fomento à Inovação na IF no Brasil.....	56
3.3. Notas Conclusivas.....	56
<b>CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>58</b>
4.1. Nota Introdutória.....	58
4.2. Métodos de Pesquisa.....	59
4.3. Fases do Processo de Pesquisa.....	59
4.4. Definição do Problema.....	61
4.5. Questões de Pesquisa.....	62
4.6. Objetivos.....	63
4.7. Design da Pesquisa.....	65
4.8. Método de Investigação.....	66
4.9. Estratégias de Pesquisa.....	67
4.9.1. Pesquisa Bibliográfica.....	67
4.9.2. Pesquisa de Campo.....	68
4.9.3. Pesquisa de Levantamento.....	68
4.9.4. Pesquisa com <i>Survey</i> .....	69
4.9.5. População e Amostra.....	69
4.9.6. Recolha de Dados.....	70
4.9.7. Técnicas de Análise de Dados.....	77
4.10. Notas Conclusivas.....	77
<b>CAPÍTULO V - ANÁLISE E DISCUSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>78</b>
5.1. Nota Introdutória.....	78

5.2. Entrevista Exploratória.....	78
5.3. Análise dos Dados Quantitativos.....	81
5.3.1. Perfil da Amostra.....	81
5.3.2. Análise Descritiva dos Dados.....	87
5.3.3. Comparação das Médias.....	95
5.3.4. Teste do Qui-Quadrado para Variáveis Nominais ou Ordinais.....	96
5.4. Notas Conclusivas.....	98
<b>CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO.....</b>	<b>99</b>
6.1. Nota Introdutória.....	99
6.2. Principais Resultados e Conclusões.....	100
6.3. Contribuições da Pesquisa.....	104
6.4. Limitações do Estudo.....	104
6.5. Recomendação para Investigação Futura.....	105
6.6. Conclusão Final.....	105
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>114</b>
ANEXO I - Regulamentação da ANVISA.....	114
ANEXO II - As Dislipidemias.....	142
ANEXO III - Inibidores da PCSK9.....	147
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>149</b>
APÊNDICE I - Entrevista ao Professor do Instituto do Coração (INCOR-SP).....	149
APÊNDICE II - Inquérito aos Médicos Cardiologistas e Endocrinologistas.....	151

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Objetivos gerais e específicos do estudo.....	63
<b>Tabela 2:</b> Comparação entre método quantitativo e qualitativo.....	66
<b>Tabela 3:</b> Objetivos do estudo e questões.....	75
<b>Tabela 4:</b> Gênero da amostra em frequência e porcentagem.....	82
<b>Tabela 5:</b> Ano de formatura da amostra.....	83
<b>Tabela 6:</b> Especialidade Médica da amostra.....	84
<b>Tabela 7:</b> Número de médicos por regiões do Brasil.....	85
<b>Tabela 8:</b> Frequências e porcentagens de mudanças de resposta.....	90
<b>Tabela 9:</b> Variável <i>variação</i> .....	93
<b>Tabela 10:</b> Variável <i>conhec</i> .....	94
<b>Tabela 11:</b> Comparação de médias por Teste-T.....	96
<b>Tabela 12:</b> Teste do Qui-Quadrado.....	97

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Cadeia Produtiva Farmacêutica: principais elos e atores.....	11
<b>Figura 2:</b> O Marketing farmacêutico.....	16
<b>Figura 3:</b> Objetivos do NeuroMarketing.....	30
<b>Figura 4:</b> “Experienciar” com emoção.....	31
<b>Figura 5:</b> A ascensão da estratégia Orbitofrontal.....	32
<b>Figura 6:</b> Os remédios mais vendidos no Brasil em 2015.....	36
<b>Figura 7:</b> A curva de valor da indústria farmacêutica.....	44
<b>Figura 8:</b> Cadeia de pesquisa e desenvolvimento de fármacos e medicamentos.....	47
<b>Figura 9:</b> As etapas do processo de investigação.....	60
<b>Figura 10:</b> Modelo de investigação.....	65
<b>Figura 11:</b> Recolha de dados primários.....	71
<b>Figura 12:</b> Exemplo de um entrevistado com seus dados alimentados no SPSS com as suas respectivas simbologias nas questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.....	90
<b>Figura 13:</b> Exemplo da atuação da variável <i>variação</i> .....	92
<b>Figura 14:</b> Produção e secreção de PCSK9 e efeito da PCSK9 no Receptor de LDL.....	143
<b>Figura 15:</b> Exemplo da atuação da variável <i>variação</i> .....	148

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Gênero da amostra.....	82
<b>Gráfico 2:</b> Idade da amostra em frequência.....	83
<b>Gráfico 3:</b> Ano de formatura da amostra.....	84
<b>Gráfico 4:</b> Especialidade médica da amostra.....	85
<b>Gráfico 5:</b> Número de médicos por regiões do Brasil.....	86
<b>Gráfico 6:</b> Frequência de especialistas por região.....	86
<b>Gráfico 7:</b> Percentual de conhecimento acerca da pro-proteína PCSK9 e seus inibidores na primeira fase do questionário.....	87
<b>Gráfico 8:</b> Percentual de concordância acerca das necessidades não atendidas em dislipidemias na primeira fase do questionário.....	88
<b>Gráfico 9:</b> Variável <i>variação</i> .....	93
<b>Gráfico 10:</b> Variável <i>conhec</i> .....	94

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AMA** - American Marketing Association
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BNDES** - Banco Nacional de Desenvolvimento
- CONEP** - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CRF-SP** - Conselho Regional de Farmácia de São Paulo
- CRM** - Customer Relationship Management
- CV** – Cardiovascular
- DCVA** - Doença Cardiovascular Aterosclerótica
- EEG** – Eletroencefalografia
- FAPESP** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- FDA** - Food and Drug Administration
- FMRI** – Imagem por ressonância Magnética funcional
- GD** - Gerente Distrital
- GMC** - Gerente Médico Científico
- GPM** - Gerente de Promoção Médica
- GRM** - Gerente de Relações Médicas
- HCP** - Health Care Professional
- HF** - Hipercolesterolemia Familiar
- HMG-COA redutase** - 3-hidroxi-3-methyl-glutaril-CoA redutase
- ICMJE** - International Committee of Medical Journal Edition
- IF** - Indústria Farmacêutica
- INCOR** - Instituto do Coração
- IND** - Investigation of New Drug
- IRMF** - Imagem por Ressonância Magnética funcional
- ISS** - Integrated Summary of Safety
- KDM** - Key decision Maker
- KOL** - Key opinion Leader
- KPI** - Key Performance Indicator
- LDL-C** - Lipoproteína de baixa intensidade
- LDLR** - Receptor do LDL colesterol

**mAbs** - Anticorpos Monoclonais  
**MDCI** - Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica  
**MR** - Marketing de Relacionamento  
**MS** - Ministério da Saúde  
**MSL** - Medical Science Liaison  
**NCE** - New Chemical Entity  
**NEB** - Novas Empresas de Biotecnologia  
**NEQ** - Nova Entidade Química  
**Off-Label** - Prática da prescrição de medicamentos registrados para uma indicação não incluída na informação do produto.  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**PCSK9** - Pró-proteína convertas e subtilisina/kesina tipo 9  
**PDTI** - Programa de Desenvolvimento Tecnológico Industrial  
**PET** – Tomografia por emissão de Pósitron  
**P&D** - Pesquisa e Desenvolvimento  
**PIPE** - Programa de Parceria para a Inovação Tecnológica  
**PITE** - Programa de Inovação Tecnológica na Pequena Empresa  
**RDC** - Resolução da Diretoria Colegiada  
**SREBP** - Proteína de Ligação ao Elemento de Resposta a Esterol  
**SUS** - Sistema único de Saúde

## **CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO GERAL**

### **1.1. Nota Introdutória**

A importância de se relacionar com os clientes a fim de conhecer e atender suas necessidades e, com isso, ganhar sua lealdade é um tema discutido há várias décadas. No início dos anos 60, no conhecido artigo "a miopia do Marketing", já chamava atenção para a necessidade das empresas adotarem uma estratégia orientada ao cliente e não apenas ao desenvolvimento de produtos. Posteriormente, já na década de 80, foi introduzido, pela primeira vez, o termo Marketing de relacionamento como uma opção estratégica para criação de uma relação de longo prazo com os clientes, com o propósito de mantê-los leais a empresa. Entretanto, foi apenas no final dos anos 90 que, segundo Moori, as empresas realmente passaram a adotar o Marketing de relacionamento como estratégia para fidelizar clientes (Moori, 2011).

No setor farmacêutico, a competitividade tem se mostrado cada vez mais acirrada. Atualmente os médicos raramente dispõem de uma única opção de medicamento para tratar uma mesma doença. O tempo que uma droga permanece exclusiva no mercado tem diminuído ao longo dos anos. Dezenas de novas drogas são lançadas no mercado todos os anos e algumas são muito semelhantes na eficácia e segurança com as já existentes. Esse tem sido um dos motivos que tem levado as empresas farmacêuticas a ampliarem seus investimentos em Marketing (Moori, 2011).

A rivalidade enfrentada nesse setor tem representado um grande desafio para as empresas. Competir no mercado farmacêutico com base apenas no diferencial que os produtos podem oferecer já não parece tão simples. Entretanto pensar que o Marketing de relacionamento possa influenciar o comportamento do médico na escolha de um medicamento pode também parecer, a princípio, algo contraproducente, uma vez que existem diretrizes de tratamentos padronizados a serem seguidos, além de publicações científicas, que exercem grande influência na escolha feita pelos médicos.

Isso, de fato, acontece devido à adoção de drogas inovadoras, porém, após alguns anos surgem outras opções e as recomendações, diretrizes e publicações científicas acabam sendo direcionadas para a classe do produto e não para uma droga específica. A intensificação da concorrência com a chegada de novos produtos em tempo cada vez menor tem forçado a indústria farmacêutica a buscar no Marketing uma nova forma de agregar valor aos produtos e, o Marketing ainda continuará sendo uma das principais fontes geradoras de valor no setor farmacêutico (Moori, 2011).

Moori afirma que o gerenciamento do relacionamento com os médicos ainda deverá ser a principal vantagem competitiva para empresas farmacêuticas, porém ainda é preciso pensar em novas abordagens de Marketing de relacionamento que consigam adicionar valor aos clientes, fazendo com que o médico deseja novamente estabelecer uma interação frequente com a indústria farmacêutica (Moori, 2011).

Assim, partindo-se da premissa de que tem sido cada vez menor o tempo que uma droga inovadora consegue permanecer sozinha no mercado e que o gerenciamento do relacionamento entre a indústria farmacêutica e os médicos tem apresentado dificuldades e alguns sinais de insatisfação, o objetivo geral estabelecido para esse estudo foi o seguinte: Averiguar a importância do Gestor Médico Científico na Indústria Farmacêutica através do Marketing de Relacionamento e do NeuroMarketing, na fase de pré-lançamento de um novo fármaco para o tratamento da dislipidemia. Dessa forma, busca-se: a) Averiguar o nível de conhecimento dos médicos especialistas em Cardiologia e Endocrinologia acerca do tema “Necessidades não atendidas em dislipidemias; PCSK9 e seus inibidores b) estabelecer um modelo matemático que ressalte a importância do impacto científico através do papel do Gestor Médico Científico, que valide o Marketing de Relacionamento como ferramenta útil no intuito de impactar a opinião do médico acerca do tema em questão”.

## 1.2. Apresentação e Justificação do Tema

No que concerne à escolha do tema a ser estudado, baseia-se no fato de que o Marketing de Relacionamento tem se tornado uma ferramenta de Marketing bastante utilizada atualmente devido à Lei 9.294 e Resolução RDC número 102 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que limita a propaganda direta ao consumidor dos produtos farmacêuticos, fazendo com que o Marketing de Relacionamento ganhe espaço neste mercado. Segundo Ramos (2010), 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 (Ramos, 2010).

De acordo Ramos, apesar de diferentes tipos de Marketing de Relacionamento causar diferentes resultados, ainda não há suporte empírico suficiente para afirmar que estes resultados são positivos (Ramos, 2010).

No que concerne às motivações, estas são baseadas em diversas razões, nomeadamente, de caráter pessoal, uma vez que se torna cada vez mais importante saber como atuar e obter vantagens competitivas, o que torna interessante estudar o tema em voga. Em relação á motivação acadêmica, destaca-se que todas as disciplinas do mestrado foram direcionadas para uma gestão empresarial global ficando assim sempre a curiosidade e vontade de estudar questões ainda não abordadas em sua plenitude.

Já ao nível profissional este tema demonstra ser bastante relevante, uma vez que as indústrias farmacêuticas necessitam de estratégias cada vez mais competitivas e inovadoras que causem impacto em seus negócios.

Para a escolha do tema em questão, também contribui o fato da empresa com a qual colaboro estar inserida no grupo de indústrias inovadoras e que investe em profissionais com foco no Marketing de Relacionamento com o intuito de disseminar seus conceitos sobre novas moléculas, o que será abordado no decorrer deste trabalho.

### 1.3. O Problema

No que concerne ao problema da pesquisa, este pode ser formulado da seguinte forma: “Qual o impacto científico do *Marketing* de relacionamento através do gestor médico científico, promovido pela indústria farmacêutica, no pré-lançamento de um novo medicamento para reduzir o colesterol no sangue?”

Diante de tal problemática, este trabalho objetiva demonstrar se o Marketing de relacionamento gera mudança de opinião no conhecimento científico da população em estudo; o que motivou o desenvolvimento de tal atividade; verificar os reais ganhos para as indústrias farmacêuticas a partir do Marketing de relacionamento; apontar os principais problemas ou dificuldades com que se deparam os Gestores Médicos Científicos das indústrias farmacêuticas e apresentar as ferramentas disponíveis e as mais utilizadas pelo Gestor Médico Científico na Indústria farmacêutica.

Tal problema pode ser observado quando uma indústria farmacêutica necessita elaborar ações de planejamento de Marketing para a fase que precede o lançamento de um novo fármaco na Indústria farmacêutica.

### 1.4. Objetivos

O objetivo principal desta pesquisa corresponde à necessidade de percepção da mudança de opinião dos médicos inquiridos após a abordagem pelo gestor Médico Científico acerca das explicações dos temas relacionados com dislipidemias e nova classe de fármacos para tratamento do LDL-c e as implicações dessa prática para os negócios das indústrias do Setor farmacêutico que investem em lançamentos de novos produtos. Para tal objetivo, a ferramenta utilizada pelo GMC ou *MSL* foi o Marketing de relacionamento e o NeuroMarketing, por meio de inquéritos através de questionários utilizado em duas fases e no modelo *Face to Face*.

Após a descrição do objetivo principal da pesquisa, é importante determinar quais os objetivos específicos que se pretendem atingir com o estudo do problema em voga.

Em primeiro lugar, pretende-se recolher os dados obtidos a partir de fontes secundárias encontradas em diversas obras literárias, tais como artigos científicos, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutoramento. Uma das ferramentas utilizadas para a condução da recolha de dados online foi o Google, dentre outros. Além disso, foram de muita valia o uso de materiais advindos de manuais da área que permeia a indústria farmacêutica.

Logo ao fim das buscas por tais fontes supracitadas, dar-se início a obtenção de dados primários, sendo tal realizada com a finalidade de atender as necessidades sobre o tema em voga.

Em segundo lugar, tem-se como objetivo realizar uma pesquisa mista, quantitativa e qualitativa, com a finalidade de obter o conhecimento, de quais são as motivações para o desenvolvimento do Marketing de Relacionamento e NeuroMarketing junto aos médicos especialistas no tratamento da dislipidemia, quais os benefícios que são retirados deste tipo de atividades e quais as ferramentas disponíveis para os gestores médico científico.

Diante do exposto acima, pretende-se proceder à análise e interpretação dos resultados, buscando averiguar se os objetivos da pesquisa foram atingidos e em seguida realizar a interpretação dos mesmos.

### **1.5. Abordagem Metodológica**

Neste estudo, procedeu-se a uma abordagem qualitativa exploratória combinada com alguns métodos quantitativos. Tendo em vista que a pesquisa baseou-se num tipo de pesquisa exploratória e descritiva, esse estudo insere-se no que se pode designar como pesquisa bibliográfica, de campo, de levantamento e com *survey*.

Ferreira relata que a pesquisa qualitativa permite a análise dos fenômenos na atribuição das percepções básicas dos processos, não requerendo necessariamente as técnicas estatísticas, tornando o pesquisado o instrumento chave (Ferreira, 2015).

Já a abordagem quantitativa traduz em números as opiniões e as informações para em seguida classificá-las e analisá-las. Este tipo de pesquisa requer o uso de recursos e de técnicas de estatística (percentagem, média, moda, desvio padrão e comparação de médias).

Os dados recolhidos por meio do questionário passarão por um processo de validação e posterior inserção, tratamento e análise estatística, sendo transferido para uma folha de cálculo do programa Excel e, em seguida, conduzidos para o programa SPSS na versão 22.

Em seguida, será realizada uma caracterização da amostra para logo após conduzir a análise dos dados recolhidos, utilizando a estatística descritiva (média e desvio padrão). Será feita também uma avaliação da confiabilidade da escala utilizando Teste-T e Qui-Quadrado. Finalmente, a discussão de todos os resultados será, então, realizada.

## **1.6. Limitações**

É de todo o interesse referir que na realização deste trabalho foram encontradas algumas restrições, sendo que a maior delas se prende com a limitação de tempo, quer ao nível dos momentos de exploração dos conteúdos teóricos, quer ao nível de prazos estabelecidos para a realização e entrega do trabalho.

## 1.7. Estrutura do Trabalho

O presente trabalho encontra-se dividido em seis capítulos, sendo o primeiro destinado à introdução geral, onde consta a introdução do trabalho, o tema e justificativa da sua escolha, assim como as limitações encontradas e a estrutura do mesmo.

O segundo capítulo apresenta os temas relacionados ao Marketing Farmacêutico, abordando os seguintes assuntos: Conceitos do Marketing e Marketing de Relacionamento, o papel do *MSL* (Gestor Médico Científico) na Indústria Farmacêutica e o NeuroMarketing.

O terceiro capítulo apresenta o Setor Farmacêutico no Brasil, abordando os seguintes assuntos: a apresentação histórica do mercado farmacêutico e sua atual situação no Brasil e no mundo, assim como uma maior ênfase foi atribuída no que se refere à Inovação e Pesquisa & Desenvolvimento de produtos nas indústrias farmacêuticas. A regulamentação das Indústrias farmacêuticas no Brasil pela ANVISA, a qual pode ser consultada no Anexo I, motivou o autor na escolha do tema para esta pesquisa, pois os materiais promocionais e a divulgação de uma nova marca são proibidos no pré-lançamento de produtos farmacêuticos no Brasil. Uma revisão detalhada sobre dislipidemias e Inibidores da PCSK9 pode ser consultada nos Anexos II e III, já que se trata de doença e medicamento discutido nesta pesquisa.

O quarto capítulo diz respeito à metodologia do trabalho, neste capítulo são apresentados entre outros, os objetivos, a questão de partida da investigação, as questões elaboradas, os instrumentos e procedimentos.

Por último, o quinto capítulo corresponde à análise e discussão de resultado, onde se encontra explanado o alvo do estudo, bem como a análise e discussão dos resultados obtidos no decorrer da investigação.

## **1.8. Contextualização Temporal e Espacial**

A recolha dos dados ocorreu no Brasil, nas cidades do Rio de Janeiro-RJ, Belo Horizonte-MG, Salvador-BA, Recife-PE e Fortaleza-CE, por tanto, parte da região sudeste e parte da região nordeste do Brasil, compreendendo um total de cinco unidades federativas do Brasil. O período da recolha de dados ocorreu nas cidades supracitadas no período compreendido entre 27 de setembro de 2015 a 31 de dezembro de 2015. Um total de 83 médicos participou do inquérito, através de questionários em duas fases, a primeira fase ocorreu antes da abordagem do tema pelo *MSL*, e a segunda fase após a explicação do tema pelo *MSL*. Os questionários validados foram um total de 83, ou seja, 100% dos questionários foram validados. Os inquiridos responderam os questionários na forma presencial, ou seja, *Face to Face*.

## **1.9. Notas Conclusivas**

Neste capítulo foi realizada uma introdução à investigação a serem efetuadas durante o desenvolvimento do trabalho, contendo também a justificação da escolha do tema em estudo, os principais problemas e objetivos de investigação bem como, a estrutura do trabalho e principais limitações encontradas para o seu desenvolvimento.

No próximo capítulo será abordada uma extensa revisão da literatura relacionada com as palavras-chaves da pesquisa em voga, assim também como outros assuntos pertinentes à problemática em questão.

## **CAPÍTULO II – O MARKETING FARMACÊUTICO**

### **2.1. Nota Introdutória**

É de suma importância salientar que a concorrência no mercado farmacêutico é acirrada, tendo em vista a polarização do mesmo tanto na produção quanto na venda de medicamentos, ocasionando em uma constante necessidade de aperfeiçoar e inovar na produção de medicamentos, assim como em adequar os pontos de venda para conquistar e fidelizar clientes.

Em se tratando de medicamentos éticos a prescrição do mesmo está nas mãos dos médicos, assim nesse âmbito as indústrias farmacêuticas precisam se voltar para o público alvo que no caso são os profissionais da medicina.

Medicamentos éticos são aqueles considerados como referência, pois são registrados no órgão federal responsável pela Vigilância Sanitária e comercializados no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião de registro. Os referidos medicamentos fazem parte de um grupo que devem ser prescritos pelos médicos, incluindo os medicamentos de tarja vermelha ou preta, nesse grupo se enquadra a maioria dos produtos farmacêuticos (ANVISA, 2008).

São utilizados os mais diversos meios para a promoção dos medicamentos, como realização de congressos, visitas de propagandistas, anúncios em revistas, entre outros. Em linhas gerais o principal objetivo das propagandas é convencer o médico que determinado medicamento é indispensável para seu paciente, assegurando através de recursos visuais e não visuais a eficiência e segurança do produto (Santos, 2011).

Diante do exposto, ressalta-se que a propaganda de medicamentos deve atentar para a responsabilidade na divulgação dos mesmos e na qualidade na sua produção, pois seus resultados são eficazes. Sendo assim, o Marketing farmacêutico possui dois lados, onde um atende a busca de alcançar um número maior de consumidores e por outro, é responsabilizada por esse resultado.

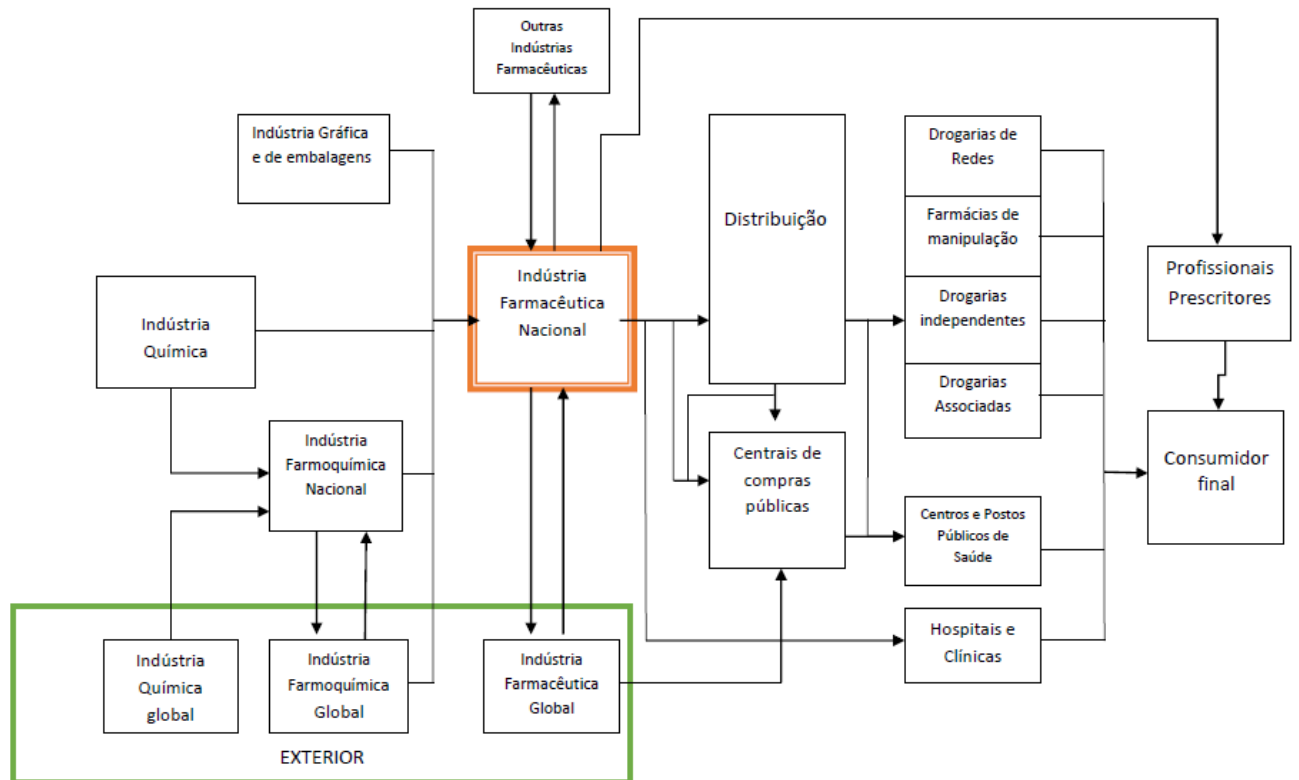
Contudo a base fundamental desse mercado está na inovação, buscando desenvolver novas fórmulas para sanar ou minimizar males causados à saúde do ser humano que ainda não possuem cura ou mesmo trazer um medicamento de melhor qualidade ao mercado.

O Marketing farmacêutico moderno deve estar baseado em informações toleradas por instituições ou revistas que possuam confiabilidade.

O departamento de Marketing é de grande importância para adequada e bem sucedida funcionamento da cadeia de suprimentos na Indústria Farmacêutica, dado que opera como um enlace entre o ambiente interno e externo da companhia.

A figura 1 procura ilustrar a articulação entre os diferentes elos da cadeia farmacêutica, desde a etapa de produção de insumos na indústria química e farmoquímica, até a etapa de distribuição e consumo de medicamentos através de diferentes canais. O detalhamento da cadeia produtiva farmacêutica, apresentado na segunda seção, aprofunda a caracterização destes diferentes elos e canais de comercialização (Hiratuka, *et alii.*, 2013).

**Figura 1: Cadeia Produtiva Farmacêutica: principais elos e atores**



**Fonte: Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial – ABDI (2013, p. 13)**

O elemento característico do Marketing Farmacêutico consiste em ser o responsável por alcançar o consumidor final (o paciente) através de um cliente intermediário (o médico, que aconselha o consumidor final através da receita). Assim, os dois grupos-alvo principais são os pacientes (consumidores) e os médicos (clientes), formadores de opinião e influenciadores da compra. Ambos têm diferentes necessidades, e o Marketing deve, ao longo do ciclo de vida do produto, tentar posicioná-lo de forma adequada para esses grupos (Santos, 2011).

Marketing não pode ser o mesmo que venda porque começa muito antes de a empresa ter o produto, inicia-se no momento da descoberta de uma necessidade/desejo. Marketing é a tarefa, assumida pelos gerentes, de avaliar necessidades, medir sua extensão e intensidade, determinado se existe a oportunidade para lucros. A venda ocorre somente depois que um produto é fabricado. O Marketing continua por toda a

vida do produto, tentando encontrar novos clientes, melhorar o poder de atração e o desempenho do produto, tirar lições dos resultados das vendas do produto e gerenciar as vendas repetidas aos mesmos clientes (Santos, 2011).

O que importa, é que o Marketing foi criado com o objetivo de facilitar o relacionamento cliente/empresa (Santos, 2011).

Muitos departamentos de Marketing são encarados como uma pequena agência de publicidade, responsável pela fabricação de folhetos, *banners*, *folders*, portfólios, e outros. Isso está totalmente errado, porque o Marketing tem como função principal criar estratégias de atuação que façam com que o cliente de um determinado produto ou serviço se sinta plenamente satisfeito (Santos, 2011).

Portanto, é importante ter em mente que Marketing, antes de qualquer coisa, é pura estratégia, puro domínio de informações. Consultórios, clínicas e hospitais que não permitem a participação do pessoal de Marketing no planejamento estratégico estão fadados ao fracasso. É importante basear as estratégias nas pesquisas de mercado, nas regrinhas básicas de “*como manter um cliente feliz*”, enfim, no que o pessoal do Marketing tem a dizer.

As empresas farmacêuticas gastam seu dinheiro basicamente em pesquisa. Seus giros de caixa podem comprovar isso, devido ao fato de seu foco ter sido sempre vendas, com ênfase no retorno sobre investimento.

A ética por trás da indústria farmacêutica é rígida. Remédios não podem ser vendidos como produtos de consumo nem serem associados a promoções sejam do tipo “*leve três e pague dois*”, seja do tipo “*compre e concorra*”. Portanto, é importante abrir o canal de comunicação com o público-alvo sobre seus produtos (médicos) e simultaneamente com os usuários finais (os pacientes).

## 2.2. Conceitos: Marketing e o MR

O Marketing pode ser percebido durante toda a história do homem, mesmo sem possuir esta denominação, e vem sofrendo evoluções no decorrer dos tempos, tornando-se essencial na vida dos mesmos.

Kotler (1998, p. 27) define Marketing:

“Como um processo social e gerencial pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam através da criação, oferta e troca de produtos de valor com outros.”

A necessidade de estudar o mercado emergiu através da nova realidade originada da Revolução Industrial. Inicialmente o Marketing estava totalmente voltado para a maximização de lucros, praticamente não havia concorrência e os consumidores não possuíam nenhum poder de negociação (Santos, 2011).

Na década de 1960, Theodore Levitt (*cit. in* Moori 2011), considerado o “pai do Marketing”, publicou um artigo chamado de “Miopia em Marketing”, que modificou toda a história, pois mostrou a importância da satisfação dos clientes. Ressalta-se que na segunda metade do século XX o Marketing se consagra como determinante para o desenvolvimento de uma empresa, tendo suas funções progressivamente ampliadas. Na década de 1970, o Marketing passa a ser essencial para a sobrevivência das empresas, sendo crescente essa necessidade na década de 1980.

Em 1985, o Marketing foi definido pela *American Marketing Association* (AMA), como:

“o processo de planejar e executar a concepção, definição de preço, promoção e distribuição de idéias, bens e serviços para criar trocas que satisfaçam os objetivos individuais e organizacionais.” (Nickels e Wood, 1999, p.4)

No século XXI, o Marketing tradicional que se preocupa com a aquisição de clientes e obtenção de lucros em curto prazo não é mais eficiente, pois a atual necessidade é a

construção de um relacionamento duradouro com os clientes e conseqüentemente a obtenção de lucros. Assim, nos dias de hoje, as empresas necessitam mais que conquistar novos clientes, elas necessitam antecipar seus desejos, necessidades, e satisfazê-los, para assim mantê-los e ganhar mercado.

Segundo Las Casas (2002) um dos principais elementos do Marketing é a orientação para o consumidor, pois dirigir toda a atividade mercadológica para satisfazer aos clientes de determinado mercado é a chave para o sucesso em qualquer empreendimento.

Desta forma, pode-se perceber que o Marketing teve grande evolução no decorrer da história, e a tendência é que seja cada vez mais presente na vida das pessoas, assim, é de suma importância que as empresas busquem um aprendizado contínuo com seus clientes, para manter-se competitiva no mercado.

Ressalta-se que estabelecer um relacionamento com o cliente não é tarefa fácil, por demandar de um longo processo que exige comprometimento de toda a empresa e seus resultados ser vistos em longo prazo, entretanto, tais resultados são eficientes, tendo em vista o atual mercado que oferece inúmeros produtos semelhantes, sendo a principal arma das empresas, a busca pela satisfação do cliente com a finalidade de fidelizá-lo.

Basicamente, o Marketing de Relacionamento é uma parte da teoria de Marketing que trata da relação entre as empresas e seus clientes, e ainda, os benefícios que essa relação traz para os envolvidos.

No setor farmacêutico, tem-se investido no Marketing de relacionamento como forma de agregar valor aos produtos. Realiza-se o Marketing de relacionamento a partir de visitas do representante de vendas aos médicos criando um elo que se torna vantagem competitiva já que estabelece uma interação frequente (Moori, 2011).

O Marketing de Relacionamento está focado em estabelecer, desenvolver e manter relações bem sucedidas com os clientes, sendo essencial ao desenvolvimento da liderança, fidelização dos clientes e rapidez na aceitação de produtos e serviços no mercado.

Vale destacar que manter uma relação sólida com os clientes é uma tarefa difícil, pois cada cliente possui problemas e necessidades peculiares, afetando o modo como a organização se relaciona com os mesmos (Mckenna *et alli.*, 1993).

De acordo com Kotler (*cit. in Santos 2011*), antigamente, as empresas estavam focadas, apenas, em vender grandes quantidades, com o crescimento da concorrência começaram a adotar métodos para a fidelização de clientes, como a personalização do atendimento, buscando conhecer os anseios, desejos, necessidades, bem como, o poder aquisitivo de seus clientes.

No contexto das indústrias farmacêuticas, a gestão de relacionamento com os médicos, fundamenta-se como a principal vantagem competitiva para as empresas, devendo, portanto, pensar em abordagens inovadoras para oferecer valor aos clientes, o iniciando com a visita do representante ao consultório médico.

Ressalta-se que o relacionamento mantido em longo prazo com clientes e fornecedores é de grande importância para a empresa, tendo em vista os lucros advindos da satisfação de ambas as partes e a consequente fidelização dos clientes (Cesar, 2005).

No relacionamento com os representantes de vendas, os médicos valorizam os elos sociais estabelecidos, gerando respeito mútuo. Entende-se que o Marketing de relacionamento realizado pela indústria farmacêutica exerce influência sobre o comportamento da lealdade do cliente médico (Gomes, Rezende e Oliveira, 2008).

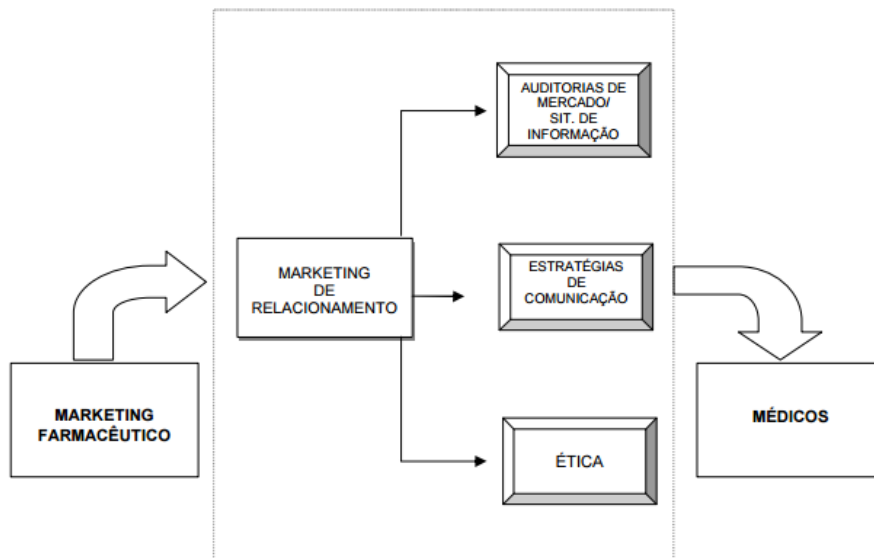
No Marketing de relacionamento voltado para os médicos, tem-se a classificação destes conforme o potencial de prescrição, isso, pois para a indústria farmacêutica, os médicos são peça chave no volume das vendas por serem formadores de opinião, podendo fazer o paciente comprar determinado produto (Cesar, 2005).

Bogmann (2000, p. 25) define o Marketing de relacionamento como o uso de várias técnicas e processos de Marketing, vendas, comunicação e cuidados com o cliente, sendo necessário:

“a) identificar clientes de forma individualizada e nominal; b) criar um relacionamento entre a sua empresa e esses clientes - relacionamento que se prolongue por muitas transações; c) administrar esse relacionamento para o benefício dos seus clientes e de sua empresa”

Apresentam-se abaixo os pilares do Marketing de relacionamento no mercado de produtos de prescrição médica:

**Figura 2: O Marketing farmacêutico**



Fonte: Cesar, 2005, pág. 39.

Em um mercado onde o cliente possui várias opções semelhantes, a única forma de o fidelizar, é através de uma relação pessoal harmoniosa. Vavra (1993) elucida que esta estratégia é de suma importância para a retenção de clientes. Desta forma, o principal objetivo do Marketing de Relacionamento é obter uma estima plena de duração com os clientes.

O segundo objetivo é elevar o valor da duração de cada cliente e manter esse crescimento ano após ano. O terceiro objetivo é utilizar os lucros excedentes para custear a conquista de novos clientes a um custo mais baixo.

O objetivo em longo prazo é a sobrevivência e crescimento produtivos. Assim, tanto a empresa quanto o cliente obtêm benefícios mútuos, originados de um bom relacionamento (Vavra, 1993).

Neste aspecto, entende-se que o contato com o médico no consultório permite que se possa estreitar o relacionamento entre representante farmacêutico e médico, através de estratégias como, por exemplo, distribuição de amostras grátis, brindes, apoio financeiro para pesquisas e outros (Cesar, 2005).

O Marketing de Relacionamento busca estabelecer relações em longo prazo com os clientes, fator que traz inúmeros benefícios para ambas as partes. Gordon (1998) elucida que o Marketing de relacionamento proporciona uma oportunidade para a empresa romper com os mecanismos existentes e fixarem-se dentro da mente e da carteira do cliente.

Para estabelecer o posicionamento no mercado, é necessário que as organizações criem imagens de credibilidade, liderança e qualidade, oferecendo proteção ao cliente, além de um produto ou serviço que atenda às necessidades e desejos dos clientes. O Marketing de Relacionamentos é essencial ao desenvolvimento de liderança, fidelidade do consumidor e rápida aceitação de novos produtos e serviços no mercado (Moori, 2011).

Os profissionais responsáveis pela Gestão do Marketing de Relacionamento devem focar suas ações para a agregação de valor a produtos e serviços, possibilitando, ainda, o reconhecimento e diferenciação dos clientes (Ramos, 2010).

Ressalta-se que todos os aspectos da Gestão do Marketing de Relacionamentos, como as estratégias, os bancos de dados, os procedimentos, as parcerias e os canais são essenciais para a construção e manutenção do relacionamento entre empresa e cliente (Ramos, 2010).

Desta forma, a Gestão do Marketing de Relacionamentos é um importante caminho para que as empresas sobrevivam e continuem competitivas no mercado, pois através dele pode-se obter um relacionamento duradouro com cada um de seus clientes e ainda ampliar seus ganhos financeiros (Ramos, 2010).

As forças internas em uma empresa devem vir naturalmente, todavia, na maioria das vezes, os gerentes estão tão focados em fatores externos, como: novas tecnologias, novos concorrentes, novos mercados, que se esquecem de olhar para dentro, não analisando o processo decisório interno.

De acordo com McKenna (1999, p. 148):

“As percepções e atitudes dos executivos da empresa são fundamentais ao posicionamento da empresa. A gerência tem que programar a estratégia de posicionamento e comunicá-la a seus funcionários, clientes e parceiros. Examinando as percepções e atitudes dos gerentes, poderemos expor incoerência e conflitos entre os executivos e ter uma noção das expectativas da empresa. Finalizada a auditoria interna, normalmente realizamos uma “auditoria externa” junto aos principais observadores do setor e possíveis clientes, a fim de determinar se os objetivos e expectativas das empresas são, de fato, realistas.”

De acordo com Lobo (2002, p.42):

“Se uma organização estiver procurando afinar todos os pontos de contato com a marca, integrando pessoas, processos e tecnologia do ponto de vista do cliente, resultando em

valor de longo prazo para a marca, para a lealdade do cliente e rentabilidade, então se pode ter certeza de que ela está entendendo o que significa CRM.”

O *CRM (Customer Relationship Management)* é considerado como uma estratégia para facilitar o gerenciamento do conhecimento e para as tomadas de decisões, com o intuito de antecipar e satisfazer as expectativas dos clientes (Santos, 2011).

Thompson elucida que o *CRM* é um método para seleção e administração dos clientes, com o intuito de aperfeiçoar o valor em longo prazo, para um bom funcionamento do *CRM*, a empresa deve possuir uma cultura focada no cliente para dar suporte aos processos de Marketing, vendas e serviços (Greenberg, 2001).

Desta forma, pode-se afirmar que *CRM* é uma estratégia que envolve toda a organização, tendo em vista atender bem aos seus clientes para aumentar os lucros em longo prazo.

Quanto aos benefícios do *CRM*, Swift (2001) cita as maiores receitas, que virão em decorrência de produtos mais apropriados e clientes mais satisfeitos, e também a melhora na alocação de recursos e eficiência da empresa, por direcionar melhor os esforços e verbas, gerando menores custos.

De acordo com Brandão (*cit. in Santos 2011*), o *CRM* é considerado estratégia de Marketing *One to One*, pois, por meio desta ferramenta é possível mensurar a importância das necessidades dos clientes e utilizá-los para identificação e diferenciação de cada cliente, podendo também construir meios eficazes para fidelização.

Ressalta ainda, que através do *CRM*, podem-se verificar as carências comerciais de seus clientes, identificar e analisar novas oportunidades de negócios para a organização, potencializando contra seus concorrentes (Santos, 2011).

As organizações precisam estar muito bem preparadas para enfrentar, conciliar e atender as necessidades e exigências dos clientes, através da observação de quem é e como é este cliente.

O Marketing *One to One* consiste em um relacionamento individualizado, onde cada cliente terá um atendimento personalizado, através da adaptação de produtos e serviços às necessidades de cada um, assim, este tipo de Marketing visa dar ao cliente aquilo que ele deseja. De acordo com Peppers e Rogers (*cit. in Cesar 2005*), com a estratégia de Marketing *One to One*, a empresa se concentra em um cliente por vez, em busca de satisfazer suas necessidades.

Acredita-se que o Marketing *One to One* é uma das ferramentas do Marketing mais emergentes, pois se baseia na valorização e na base de clientes existentes, sendo fundamental para a fidelização (Santos, 2011).

Este tipo de Marketing se baseia na personalização de produtos e serviços através do conhecimento de mercado e do *feedback* dos clientes, o que permite identificar e diferenciar os clientes na base de dados da empresa. Assim, o Marketing *One to One*, deve ser empregado para obtenção de uma relação personalizada com os clientes, de modo a conhecê-los o suficiente para oferecer a cada um, bens e serviços mais adequados com suas necessidades e desejos (Cesar, 2005).

Nesse contexto, pode-se afirmar que as ações desempenhadas pelo Marketing *One to One* têm como objetivo satisfazer as necessidades e desejos dos clientes, com o intuito de construir uma relação duradoura e assim conseguir a fidelização à sua marca (Santos, 2011).

A empresa que adota o Marketing *One to One* gerencia clientes e seus administradores são remunerados pelo desenvolvimento desses clientes ao longo do tempo até o seu valor esperado. Para Peppers e Rogers (2001, p.10):

“o processo de implementação de um programa de Marketing *one to one* pode ser pensado como uma série de quatro passos básicos: identifique seus clientes; diferencie seus clientes; interaja com seus clientes; personalize.”

Assim, pode-se dizer que o *Marketing One to One* é uma técnica antiga que foi aperfeiçoada para suprir as necessidades atuais. De acordo com Kotler (1999, p. 2), existem níveis de relação que podem ser estabelecidas entre empresa e clientes, que são:

- Básico: no qual é feita a venda de um produto, mas não há acompanhamento;
- Reativo: no qual é efetuada a venda de um produto e o vendedor pede ao cliente que o chame se chegar a ter alguma dúvida ou problema;
- Responsável: consiste em o vendedor chamar o cliente um pouco depois de efetuar a venda, para saber se o produto está atendendo às suas expectativas, e pede sugestões para a melhoria do produto;
- Proativo: onde a empresa chama o cliente periodicamente para lhe comunicar dos aperfeiçoamentos do produto, ou para informar sobre novos produtos.
- Societário (*Partnership*): onde a empresa trabalha de forma amparada com o cliente, em busca de proporcionar-lhe mais valor (qualidade).

Vale salientar que uma estratégia de Marketing *One to One* necessita de investimento e recursos organizacionais, assim os investimentos devem ocorrer somente para dois tipos de cliente específico: clientes de maior valor e clientes de maior potencial, esses clientes possuem grande valor estratégico para a empresa, onde este valor representa o lucro total que uma empresa poderia obter de um cliente caso se decidisse a desenvolver uma estratégia, ou tomar alguma iniciativa de Marketing, em relação àquele cliente específico (Peppers e Rogers, 2001).

Ressalta-se que focar os clientes é o primeiro passo, mas não é suficiente para garantir rentabilidade e lucratividade. Através do Marketing *One to One* as empresas podem satisfazer seus clientes por meio do tratamento personalizado, tendo em vista que um cliente bem atendido e satisfeito tende a tornar-se fiel, pois será inviável mudar para a concorrência.

### **2.3. O Papel do *Medical Science Liaison (MSL)* na IF**

Tal como afirma Crowley-Nowick (2013), a atuação do gestor científico passa por uma série de requerimentos gerais para a devida estabilização e formação do profissional. Um deles é a busca pela criação de um relacionamento de alto nível científico com os líderes de opinião, sejam eles KOL (*Key opinion leader*) ou KDM (*Key decision maker*), de uma determinada área terapêutica através de um profundo conhecimento a respeito de aspectos clínicos e científicos relacionados a uma determinada doença ou área terapêutica, o que possibilita um melhor intercâmbio de informações científicas com o líder de opinião. Além desse conhecimento, a condução de discussões que propiciem aos líderes de opinião uma ampliação de sua base científica sobre os produtos da indústria farmacêutica é outra estratégia eficaz, buscando sempre garantir a segurança e o gerenciamento do paciente.

O *MSL* ou gestor médico científico também tem fundamental participação dentro do plano médico dos produtos. A formação do painel de interações dos *MSLs*, o qual define um plano para as interações desse, deve ser conduzida por um gestor de *MSL* e tal procedimento abrange diversos critérios científicos bem estabelecidos além de ter um caráter dinâmico, exigindo sua revisão anual. Dentro dos objetivos estratégicos, a ideia permeia o engajamento de clientes tanto internos quanto externos na troca de informações científicas visando identificar e validar as necessidades médicas não atendidas (*unmet needs*) e padrões apropriados dentro de uma determinada área terapêutica, além de garantir acesso à comunidade médica às mais recentes informações médico-científicas importantes para tal área em questão, buscando também utilizar o conhecimento do programa de desenvolvimento clínico a respeito de um determinado produto com o intuito de identificar oportunidades de desenvolvimento de *ISS* junto aos pesquisadores (Crowley-Nowick, 2013).

Tal como explicita Crowley-Nowick (2013), cabem, ao gestor científico, determinadas responsabilidades inerentes à sua classe. São elas: a manutenção e a absorção de conhecimento científico aprofundado e atualizado sobre os produtos e a prática clínica

de uma determinada área terapêutica a fim de garantir a troca de informações científicas de alto nível, de maneira balanceada, com os *HCPs* (*Health care professional*) e apoiar os clientes internos; um intercâmbio científico vital para manter uma troca de informações adequada junto aos *HCPs* na busca por suportar o uso seguro e adequado dos produtos da indústria farmacêutica, sendo que o fornecimento dessas informações pode ser feito por meio de contatos presenciais ou remotos, proativos ou reativos aos *HCPs*, por aulas para esses últimos, reuniões de pagadores ou de padronização onde exista pauta destinada a discussões de evidências científicas do produto em voga, sem ser esse, entretanto, envolvido em discussões comerciais.

Outra importante responsabilidade do *MSL* é promover discussões científicas organizadas pela Força de Vendas, podendo utilizar aulas ou discussões individuais, sendo a carga horária para esta atividade gerenciada pelo gestor do *MSL*, que também irá validar essas atividades. A área comercial sempre responde na frente do *MSL*, sendo que ele também não pode conduzir práticas de atividade promocional. Caso surja alguma questão *off-label*, isto é, de cunho comercial, em caráter de exceção, o *MSL* pode responde-la, porém sempre de modo claro e objetivo, limitando-se a responder apenas o que foi solicitado e deve ainda informar ao profissional solicitante que trata-se de uma indicação não prevista pela ANVISA. Cabe ao gestor *MSL* e ao *MSL* elaborar e atualizar esse procedimento, assim como garantir treinamento e orientação a todos os funcionários envolvidos no escopo de atuação, sendo novos ou não, para garantir o cumprimento do descrito nesse procedimento (Crowley-Nowick, 2013).

Segundo Crowley-Nowick (2013), as atividades do *MSL* devem estar sempre alinhadas com o gerente médico do produto em voga e devem ser parte do planejamento estratégico definido pelo plano médico. As atividades realizadas em parceria poderão ser, mas não estarão limitadas a: participação em reuniões de *Advisory Board*; discussão de *ISS* e publicações locais; elaboração de materiais científicos (apresentações) para uso nas discussões dos *MSLs*, que devem ser aprovadas pelo gerente médico; auxílio no treinamento de clientes internos; treinamento de novos *speakers* ou de novos materiais destinados aos *speakers*, sendo que os treinamentos devem ocorrer conforme

procedimentos descritos nos documentos de qualidade locais referentes às Regras de Hospitalidade e Interações com Experts Externos, quando aplicável.

Dentro da Área de Pesquisa Clínica, a interação do *MSL* com a área de pesquisa clínica pode ocorrer através da identificação de novos centros de pesquisa, a partir do alinhamento a respeito dos estudos que estão sendo conduzidos pela área de pesquisa, trazer novas propostas de estudos clínicos e de ISS para avaliação interna, podendo participar de reuniões de discussão sobre a viabilidade da proposta de estudo, conforme alinhamento prévio com gerente médico. O *MSL* pode participar de reuniões de treinamento de investigadores como forma de atualização em relação aos novos estudos e desta forma favorecer a troca de informações científicas, assim como participar das visitas de iniciação dos protocolos (Crowley-Nowick, 2013).

No que tange à Farmacovigilância, a interação do *MSL* com a Farmacovigilância poderá ocorrer sob a forma de suporte científico e discussões relacionadas a novos produtos. O *MSL* deverá relatar casos de indicação *off label* e eventos adversos. Frente a Área de Informações Científicas, a interação do *MSL* com Área de Informações Científicas poderá ocorrer sob a forma de suporte científico e discussões relacionadas a publicações em andamento com *KOLs*. O *MSL* poderá ter participação em publicações científicas conforme critérios internacionais de autoria de publicações científicas, definidos pelo ICMJE (*International Committee of Medical Journal Editors*) (Crowley-Nowick, 2013).

Tal como abrange Crowley-Nowick (2013), a interação do *MSL* com a Área de Qualidade Filial poderá ocorrer sob a forma de intercâmbio de informação relacionada a suspeita de queixa técnica de algum produto comercializado localmente. Os *MSLs* conduzem discussões em contexto não promocional, de maneira balanceada e não participam de negociações comerciais, não entregam amostra de produto nem material promocional aos *HCPs*. Porém, de maneira reativa, conduzir discussões em contexto *off-label*, limitando-se apenas as perguntas realizadas pelos *HCPs*. As interações podem ocorrer em virtude de um contato inicial de apresentação, porém não devem ser planejadas visitas subsequentes de forma conjunta, nem nenhuma discussão científica

deve ser conduzida em presença do representante de vendas e nenhuma discussão comercial deve ocorrer em presença do *MSL*.

Os Representantes de Vendas podem referenciar aos *MSLs* aos *HCPs* que tenham interesse em ter alguma discussão científica sobre os produtos da empresa. O conteúdo de discussões *off-label* e discussões relacionadas a estudos patrocinados por investigadores (*ISS*) não devem ser tratados ou compartilhados com a Área Comercial, devendo ser conduzidos pelos *MSLs* ou por algum membro da Área Médica da indústria farmacêutica. As discussões de uso *off-label* e/ou de produto ainda não registrado no país devem ser realizadas apenas de forma reativa, após solicitação formal do profissional de saúde, sem a presença do representante de vendas na discussão. Os *MSLs* podem participar de eventos promocionais iniciados pela força de vendas desde que tenham um propósito de interação científica e somente após validação da atividade com o gestor do *MSL*. Os Representantes de Vendas podem participar de *coffee-breaks*, organizados conforme Regras de Hospitalidade, envolvidos em reuniões científicas conduzidas pelos *MSLs* (Crowley-Nowick, 2013).

Tal como afirma Crowley-Nowick (2013), os *MSLs* podem compartilhar lista de contato dos *HCPs* com os *GDs* (Gerente Distrital) e *GPMs* (Gerente de Promoção Médica) como forma de alinhamento e podem receber novas indicações de *HCPs* que tenham interesse em discutir algum dado científico com o *MSL*. As demandas por interações deverão ser analisadas caso a caso e alinhadas com o gestor do *MSL*. Dentro da Área de Marketing, a interação tem como objetivo principal compartilhar as percepções provenientes das interações com os *HCPs* e em algumas ocasiões fornecer suporte científico a respeito do produto. O *MSL* deve estar ciente do plano estratégico dos produtos da companhia e pode participar do planejamento estratégico do Marketing dos produtos.

A interação do *MSL* com o gerente de relações médicas deve ocorrer em ocasiões onde haja a necessidade de treinar os *speakers* em relação ao conteúdo científico dos GRM (Gerente de Relações Médicas) e pela força de vendas. Esses eventos devem ser

alinhados entre o GRM e *MSLs*. Os *MSLs* podem treinar e indicar novos *speakers* ao GRM. Essas ações devem ser alinhadas com o Gerente Médico e o gestor do *MSL*. Os treinamentos devem correr conforme procedimentos descritos nos documentos de qualidade locais referentes à Regras de Hospitalidade e Interações com Experts Externos, quando aplicável. Em relação à Área de Acesso ao Mercado, sua interação pode ser relacionada e sempre sob a forma de suporte científico. O *MSL* pode estar ciente das informações e estratégias do departamento de Acesso ao Mercado e participar de reuniões com pagadores, desde que tenha a função de discutir evidências científicas sobre o produto em questão. Não devem interferir de forma comercial em nenhuma ação estratégica de padronização em instituições, planos de saúde e/ou seguradoras. Em nenhuma circunstância o *MSL* será incentivado a desenvolver ou estabelecer relacionamentos comerciais ou participar de reuniões comerciais decisórias na padronização de medicamentos, sendo que tais ações devem ser alinhadas com o Gerente Médico e o gestor do *MSL* (Crowley-Nowick, 2013).

Em relação à Área de Farmacoeconomia, a interação do *MSL* com essa área poderá ocorrer de suporte científico na validação de modelos de decisão e no suporte à publicação de estudos. Os *MSLs* podem discutir estudos de custo efetividade elaborado pela área de Farmacoeconomia junto aos líderes de opinião e identificar possíveis parceiros que possam ter interesse em publicar estudos, conforme estratégia da área. Essas ações devem ser alinhadas com o Gerente Médico e o gestor do *MSL*. A interação do *MSL* com a Área de Novos Negócios poderá ocorrer sob a forma de suporte científico e discussões relacionadas a novos produtos com líderes de opinião. O *MSL* poderá ter participação em atividades científicas sobre novos produtos/negócios de interesse da indústria farmacêutica conforme alinhamento prévio entre gerente médico e gestor do *MSL*. A interação do *MSL* com a Área Treinamento de Força de Vendas poderá ocorrer sob a forma de treinamento da Força de Vendas conforme alinhamento prévio entre gerente médico e gestor do *MSL*. Qualquer outra interação não descrita neste procedimento requer análise e aprovação prévia do gestor *MSL* (Crowley-Nowick, 2013).

Segundo Crowley-Nowick (2013), as interações dos *MSLs* com associações de pacientes devem ter cunho educacional ou consultivo e devem ser relacionadas a ações de conscientização sobre questões relacionadas à saúde e disseminação de informações adequadas sobre tratamento, prevenção e diagnóstico de doenças. O *MSL* pode responder reativamente às solicitações de informações *off-label* e de produtos não registrados no país (*pipeline*) aos *HCPs*. A divulgação de informações não aprovadas em bula poderá somente ser feita com a intenção de difundir conhecimentos à comunidade científica e sempre devem ser conduzidas em contexto científico (congressos, simpósios, eventos científicos iniciados por *MSLs*) e o *HCP* ou grupo de *HCPs* devem sempre ser alertados de que se trata de uma informação não aprovada em bula. Artigos científicos relacionados ao uso *off-label* de produto ou sobre produto sem registro no país podem ser enviados a *HCPs* desde que haja solicitação formal dos mesmos (Crowley-Nowick, 2013).

O desempenho do *MSL* deverá ser medido por uma combinação de métricas qualitativas e quantitativas relacionadas aos seus objetivos estratégicos. Os *KPIs* científicos serão definidos e acordados entre o gestor de *MSL* e a diretoria de cada área terapêutica, sob a aprovação do gestor de *MSL*. Sob nenhuma circunstância, a avaliação de desempenho e premiação deverá fazer qualquer referência específica às vendas dos produtos relacionados à área terapêutica em que o *MSL* atua. Métricas e *KPIs* comerciais não se aplicam às atividades do *MSLs* (Crowley-Nowick, 2013).

#### **2.4. NeuroMarketing – Conceito**

Segundo Colaferro e Crescitelli (2014), o NeuroMarketing foi primeiramente descrito como um conceito em 2002, em um *press release* de uma empresa de Atlanta chamada *BrightHouse*, que anunciou a criação de uma unidade de negócio usando ressonância magnética para estudos de Marketing. O fato atraiu críticas e conflitos os quais envolviam a universidade de *Emory*, pois utilizava seus espaços, seus estudos de imagem e recrutavam sempre um professor de psiquiatria para tais estudos. Mas antes desse evento, estudos que envolviam reações do consumidor à comunicação em

televisão utilizando eletroencefalograma já eram utilizados por corporações, e uma patente sobre a utilização da neuroimagem como ferramenta de Marketing foi realizada em agosto de 2000, por Gerald Zaltman e Stephen Kosslyn (*cit. in Almeida e Crescitelli 2014*) na Universidade de Harvard, chamada “*Neuroimaging as a Marketing tool*”.

Ainda segundo definições de Soares Neto e Alexandre (2007), o NeuroMarketing é uma interação interdisciplinar da psicologia, da neurociência e do Marketing, no qual a partir do escaneamento do cérebro seja possível observar as atividades cerebrais dos indivíduos e identificar quais áreas da mente é ativado quando expostos às marcas, imagens e propagandas comerciais (Soares Neto e Alexandre, 2007). Caracteriza-se o NeuroMarketing pela análise antropológica do consumo em que se busca se posicionar a respeito dos aspectos culturais e simbólicos presentes nas propagandas, produtos e serviços através da neuroimagem.

Soares Neto e Alexandre (2007, p. 3) explicam que:

“Através dos processos inconscientes buscam-se saber dos consumidores os significados mais profundos das suas respostas, os porquês das suas preferências, as suas crenças, e a análise das suas experiências.”

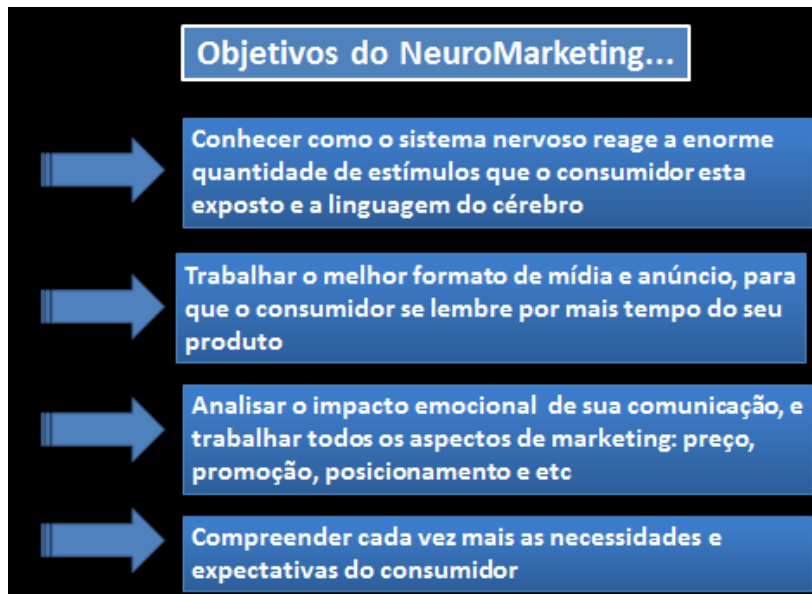
As técnicas de neuroimagem escaneiam o cérebro determinando que áreas se ativam durante o processo decisório da compra, fornecendo uma percepção emocional dos preços e marcas de produtos (Soares Neto e Alexandre, 2007).

Ainda afirmado por Soares Neto e Alexandre, existem métodos capazes de explorar as experiências inconscientes dos consumidores tornando-se úteis quando as percepções e as reações inconscientes e conscientes, referentes a um mesmo evento são diferentes. Nesse cenário, duas técnicas são utilizadas na identificação de reações dos quais os consumidores não têm consciência ou que relatam de maneira inadequada: A primeira técnica é a monitoração da latência das respostas, a fim de evitar as contradições nas respostas dos entrevistados. Segundo Soares Neto e Alexandre, essa técnica, através de computador, verifica por quanto tempo os pesquisados demoram em responder a certos pares de palavras ou imagens. A relativa rapidez da resposta pode sugerir a presença ou

ausência de “ruído” no pensamento e sentimento dos entrevistados, que não seriam detectados por outros meios (Soares Neto e Alexandre, 2007). O segundo método são as técnicas de neuroimagem. Os avanços nas ciências do cérebro vêm difundindo novas perguntas e respostas acerca das atividades da mente. As técnicas de neuroimagem escaneiam o cérebro e produzem figuras da estrutura ou do funcionamento dos neurônios. Segundo Bickel (*cit. in* Soares Neto e Alexandre 2007), através da neuroimagem os pesquisadores serão capazes de observar diretamente as atividades cerebrais, enquanto os indivíduos se envolvem em várias atividades mentais, ou seja, determinam quais áreas do cérebro são ativadas durante o processo decisório. Essas técnicas, segundo Lee (*cit. in* Soares Neto e Alexandre, 2007), prometem aprimorar os estudos acerca do comportamento dos consumidores. Além disso, pesquisas tem mostrado que a neuroimagem pode ser usada para se entender o que se passa no cérebro das pessoas e qual a reação delas quando vêm preços de produtos do tipo \$4,99 e \$5,00. Portanto, técnicas de neuroimagem, tais como a EEG (Eletroencefalografia) e a IRMF - imagem por ressonância magnética funcional, e se constituem como um meio não invasivo para acompanhar as mudanças nas atividades neurais (Soares Neto e Alexandre, 2007).

Ainda conforme descrito por Ribeiro (2014), essa ciência utiliza aparelhos como o Eletroencefalograma (EEG), a Tomografia por Emissão de Pósitron (PET) e a Imagem de Ressonância Magnética funcional (fMRI) com o intuito de obter imagens da fisiologia do cérebro que permitam identificar as regiões do cérebro que são ativadas durante uma determinada tarefa. Desse modo, o desenvolvimento dessa ciência propiciou a busca de novos conhecimentos pela humanidade, pois mediante o mapeamento dos registros cerebrais realizaram-se pesquisas e descobertas nas mais diversas áreas, como: biologia, fisiologia, psicologia, psiquiatria, farmacologia, educação, economia e Marketing. E Lindstrom (2009), relata que a utilização desses aparelhos científicos são voltados para a evolução de diversas áreas, como economia, política, cinema, segurança pública e principalmente, Marketing.

**Figura 3: Objetivos do NeuroMarketing**



**Fonte: [www.Marketingblog.com.br](http://www.Marketingblog.com.br)**

#### **2.4.1. O Consumidor e o Subconsciente**

Segundo Lindstrom (2009), o NeuroMarketing, basicamente é o casamento entre ciência e Marketing. Ele estuda os estímulos cerebrais que influenciam o consumidor a tomar uma decisão e comprar determinado produto em detrimento de outro. Ruídos (como o de uma Coca-Cola sendo aberta, por exemplo), cores, cheiros, formas e até mesmo frases de efeito despertam nas pessoas o desejo de consumir. Esse dinamarquês Martin Lindstrom (2009), especialista no assunto, afirma que 85% das compras são decididas pelo subconsciente.

Em um estudo sobre experimentação de refrigerantes feito no Baylor College of Medicine em Houston (*cit. in* Lindstrom, 2009), no Texas, os voluntários foram convidados a tomar um copo de Coca-Cola e outro de Pepsi. Inicialmente, não foi revelada qual era a marca da bebida, e metade dos participantes apontou a Pepsi como o melhor refrigerante. Mas, quando eles tiveram conhecimento da marca, esse número caiu para 25%.

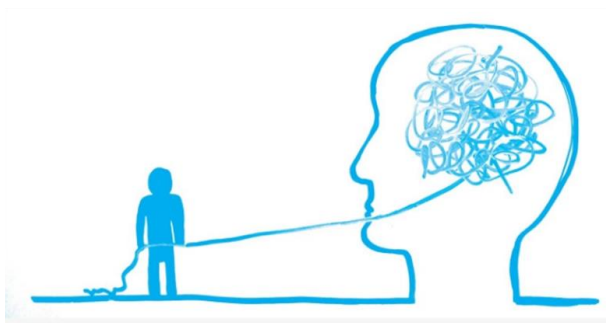
O estudo descobriu que, em alguns casos, as áreas do cérebro relacionadas com mudança de comportamento ligada a emoções tiveram uma grande reação quando foi revelada a marca da bebida escolhida. Por isso, os pesquisadores acreditaram que a preferência pelo refrigerante está mais relacionada com a lembrança e identificação da marca do que com o sabor em si (*cit. in Lindstrom, 2009*).

Essas conclusões não são meros chutes nem estão baseadas na tentativa e erro. Como já dissemos, o NeuroMarketing é quase uma ciência. Para medir o efeito real que o seu produto ou propaganda causa utiliza-se o eletroencefalograma, aparelho que registra as correntes elétricas espontâneas no encéfalo (*cit. in Lindstrom, 2009*).

#### **2.4.2. Tendências do NeuroMarketing**

Segundo comentários de Rodrigues (2011), cada vez mais existe um crescimento de estudos de neurociências aplicadas ao consumo, o volume de publicações científicas e a tecnologia disponível aumentam, e os preços tornam-se mais acessíveis. Surgem novas áreas de estudo com muita força, como a Neuropsicologia, a Neuroeconomia, a Neuropsiquiatria, a Neuroarquitetura, o Neurodesign, que cada vez mais ganham destaque e impacto na sociedade eliminando a necessidade de estudos com menos certezas (Rodrigues, 2011).

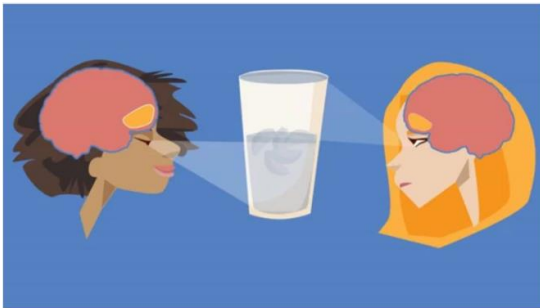
#### **Figura 4: “Experienciar” com emoção**



**Fonte: [brazilsfe.blogspot.pt](http://brazilsfe.blogspot.pt)**

Ainda, segundo comentários Rodrigues (2011) muito se comenta acerca de emoções desde a muitos séculos. Porém, só agora começamos a possuir tecnologia para poder “ativar” seletivamente as emoções. A neurociência aplicada poderá, finalmente, validar se as experiências geram ou não emoções, e se são positivas ou negativas. As emoções geram agregação às marcas e relações, e os experienciadores de marcas serão necessários desde que saibam medir o impacto da emoção que pretendem gerar para diminuir o risco do investimento (Rodrigues, 2011).

**Figura 5: A ascensão da estratégia Orbitofrontal**



**Fonte: sciencedaily.com**

O autor ainda menciona que o córtex orbitofrontal, tido como uma das estruturas que é ativada em processos motivacionais, de recompensa, entre outros, manifesta-se mais ativa em experiências positivas relacionadas com o aumento de dopamina, do que em processos em que a pessoa paga menos. Assim, existe uma tendência de reduzir os conceitos “*low-cost*” e aumentar os conceitos que provoquem surpresas e experiências relacionadas ao preço justo. A possibilidade de pagar é um ponto fulcral, ou seja, se o cliente pode pagar um pouco mais pela experiência, irá pagar um pouco mais. O preço é importante e os clientes possuem cada vez mais informação. Assim, conceitos que estimulem a ativação do córtex orbitofrontal, tendem a ser mais bem arquivados na memória dos consumidores e a serem repetidos, ao passo que os conceitos *low-cost* poderão ser escolhidos uma vez e depois descontinuados perdendo a fidelidade do consumidor (Rodrigues, 2011).

Rodrigues (2011) também comenta que quando uma marca cria um “engrama” de memórias, a marca liga-se às memórias já existentes atribuindo significado à marca. Criar um conceito de marca em que se pensa para o cérebro dos clientes, proporciona aos mesmos uma ligação de conceitos e crenças que se tornam de difícil substituição, transformando a marca numa crença, como acontece na religião, nos partidos políticos, na música ou nos desportos. As pessoas criam crenças baseadas em premissas das marcas, e essas premissas devem ser agregadoras (Rodrigues, 2011).

As marcas, de acordo com relatos de Rodrigues, que entenderem como se conquista um cliente através do aumento dos níveis de dopamina, serotonina e oxitocina, podem na verdade criar novas relações, com maior durabilidade. Pensar no formato da informação com novos modelos de como funciona o cérebro nas relações, irá aumentar os resultados das equipas com gestores de experiência de marca (Rodrigues, 2011).

Rodrigues (2011) enfatiza que o egoísmo do ser humano é inegável, quer pela forma como se expõe nas redes sociais, quer pela importância que dão a assuntos mais próximos, e menos a assuntos, que ainda que gravosos, como estão longe, são menos importantes para o indivíduo. Esta percepção fará com que as marcas tenham que se preocupar, através de *Storytelling*, mostrar aos seus clientes os quão pessoais e personalizáveis podem ser, demonstrando o que o cliente tem a ganhar. Assim, com mais mentes estressadas e deprimidas, as marcas que oferecem melhor bem-estar e felicidade, tenderão a ser mais repetidas, ao passo que marcas que geram stress, tenderão a ser inibidas, como são o caso das operadoras de telecomunicações, que seguem modelos tipicamente americanos antigos (Rodrigues, 2011).

## **2.5. Notas Conclusivas**

Diante do exposto neste capítulo onde foram abordados os conceitos de *Marketing* farmacêutico, Marketing de Relacionamento e NeuroMarketing, é incontestável a importância de tais ferramentas por profissionais da Indústria Farmacêutica durante a fase de pré-lançamento de novos produtos.

E, sem dúvidas, este é um dos principais motivos que as indústrias tendem a valorizar e buscar novos gestores científicos em suas empresas, com o intuito de abordar novos conceitos de doenças e moléculas junto ao seu principal cliente que é o médico líder de opinião.

## **CAPÍTULO III – SETOR FARMACÊUTICO E INOVAÇÃO NO BRASIL**

### **3.1. Nota Introdutória**

O mercado farmacêutico é responsável por boa parte da economia brasileira, fazendo deste mercado merecedor de atenção, e pode-se dizer que as empresas deste ramo são conscientes desta afirmativa.

Devido à crescente demanda por medicamentos e tratamentos preventivos, o mercado farmacêutico mundial movimentou cada vez mais cifras maiores. Em 2003, movimentou mais de 289 bilhões de dólares, e com expectativa de movimentar 1,3 trilhões até 2020 (Albuquerque, 2007). No Brasil, em 2010, faturou-se 28,7 bilhões de reais e, em 2014, esse número passou para 41,8 bilhões de reais, indicando maior consumo da população por medicamentos. As porcentagens de participação de cada medicamento, no entanto, mudaram. Os medicamentos de referência sofreram uma baixa de 5%, sendo atualmente de 39% (Nunes, 2015).

Segundo Mariana Alvim (2016), em 2015, o Neosoro foi o medicamento mais vendido nas farmácias brasileiras, em unidades, de acordo com uma pesquisa inédita da IMS Health. A liderança do descongestionante nasal vem se repetindo nos últimos anos. No quesito faturamento, a Losartana Potássica, para hipertensão, ficou em 1º. Ambos os medicamentos são da Hypermarcas — a farmacêutica com mais remédios entre os 10 mais vendidos tanto em unidades quanto em preço. Enquanto o faturamento nominal da venda de medicamentos cresceu 14%, remédios para hipertensão e analgésicos cresceram 18%, e para disfunção erétil, 20% (Mariana Alvim, 2016).

**Figura 6: Os remédios mais vendidos no Brasil em 2015**

Top 10 (Unidades) 2015			Top 10 (Faturamento) 2015		
1	<i>Neosoro</i>	Hypermarcas	1	<i>Losartana Potássica</i>	Hypermarcas
2	<i>Glifage Xr</i>	Merck	2	<i>Torsilax</i>	Hypermarcas
3	<i>Ciclo 21</i>	União Química	3	<i>Dorflex</i>	Sanofi
4	<i>Losartana Potássica</i>	Hypermarcas	4	<i>Cit Sildenafil</i>	Hypermarcas
5	<i>Dorflex</i>	Sanofi	5	<i>Sinvastatina</i>	Novartis
6	<i>Cit Sildenafil</i>	Hypermarcas	6	<i>Cit Sildenafil</i>	Eurofarma
7	<i>Puran T-4</i>	Sanofi	7	<i>Glifage Xr</i>	Merck
8	<i>Salonpas</i>	Hisamitsu	8	<i>Neosaldina</i>	Takeda
9	<i>Dipirona Sódica</i>	Hypermarcas	9	<i>Aradois</i>	Biolab
10	<i>Torsilax</i>	Hypermarcas	10	<i>Galvus Met</i>	Novartis

**Fonte: IMS Health 2015, adaptado pelo autor**

Segundo Cunha (2014), as farmacêuticas brasileiras ultrapassaram as multinacionais em faturamento, com 15,79 bilhões de reais no primeiro semestre, o que representa 50,8% do mercado. O crescimento das farmacêuticas brasileiras foi impulsionado pela Lei dos Genéricos, do final da década de 1990. As empresas entraram em programas de financiamento público, modernizaram suas instalações, elevaram sua capacidade de produção e se transformaram em fortes competidores no mercado de genéricos (Cunha, 2014).

O mercado farmacêutico baseia-se fundamentalmente na inovação e na qualidade, contudo o futuro dessas empresas depende basicamente da lucratividade e do portfólio dos seus produtos. Vale ressaltar que este é um mercado bastante controlado, pois existem inúmeras regulamentações para que um medicamento seja aprovado, assim como a promoção do mesmo (ANVISA, 2008).

Em relação às características importantes do mercado brasileiro, podemos mencionar, o pagamento dos medicamentos pelo consumidor; o consumo está basicamente mais concentrado nas classes sociais mais abastadas. O mercado de genéricos é crescente.

A principal expectativa da indústria farmacêutica no longo prazo é o descobrimento de novos fármacos obtidos através da Biotecnologia. Esta ciência tem por técnica utilizar

seres vivos na produção de uma variedade de fármacos baseado em informação genética. Essas descobertas tem sido o principal objetivo das pesquisas dos grandes laboratórios. Na medida em que muitas patentes de medicamentos expiram, esse tipo de medicamento torna-se essencial para os grandes laboratórios que estão investindo em pesquisa e desenvolvimento.

### **3.2. Inovação em Fármacos, Medicamentos e Políticas de P&D no Brasil**

A inovação na indústria farmacêutica possui características únicas e distintas dos demais setores industriais. A P&D tem um peso específico na lucratividade desse setor e são os medicamentos inovadores que trazem, de fato, novos mercados e lucros exorbitantes. Dessa forma, inovar constitui o principal fator de sobrevivência para as empresas industriais que operam no mercado. Os vencedores no mercado global têm sido as firmas que têm demonstrado ter uma resposta imediata, rápida e flexível em inovação de produtos, junto com a capacidade gerencial para coordenar, de forma efetiva, e também reposicionar suas competências internas e externas (Vieira e Ohayon, 2006).

#### **3.2.1. Inovação e Invenção: a Diferença**

O conceito de inovação tecnológica está ligado à introdução de um novo produto ou novo processo industrial; e, sobretudo, à ideia de sua introdução no mercado, sendo que sem esse processo não há a inovação. Tidd e colaboradores (*cit. in* Vieira e Ohayon, 2006) trazem inúmeras explicações sobre as diferenças entre estes conceitos, enfatizando o fato de que, se uma invenção não é desenvolvida para fins de apropriação comercial, ela termina caindo no esquecimento e não melhora a qualidade de vida das pessoas. Ou seja, uma invenção deve ser apropriada no âmbito comercial para, então, obter valor de uso e se tornar uma inovação.

No caso da indústria farmacêutica, inovar significa disponibilizar comercialmente para o consumo humano um novo medicamento para o tratamento de doenças. Descobrir um

novo princípio ativo, ou uma nova molécula, é uma invenção de uma nova entidade química. Ela tornar-se-á uma inovação, no entanto, apenas quando tiver sua eficácia comprovada no combate a uma determinada doença, e seu consumo for viabilizado através de um novo medicamento inserido no mercado (Vieira e Ohayon, 2006).

A origem de um novo medicamento geralmente é traçada pelos esforços colaborativos e decisões tomadas entre financiadores, executivos e cientistas, dentre outros profissionais do corpo diretivo de uma empresa ou de um aglomerado de empresas. As ideias para uma nova droga medicinal são o resultado direto da análise das necessidades e oportunidades de mercado, em uma dada área terapêutica. O desenvolvimento de novos produtos se dá de forma imprevisível e simultânea, em complexos científico-tecnológicos organizados em rede, que incluem todas as etapas relevantes da cadeia de geração-produção de conhecimentos e de produtos. O desenvolvimento de uma nova molécula que contém um princípio ativo que pode servir de base para um novo medicamento a ser patenteado pode vir a tornar-se uma inovação radical (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.2. Competências para Inovar**

A inovação na indústria farmacêutica se expressa através de diversas atividades, não apenas relacionadas com a P&D de um novo princípio ativo. Exige um conjunto complexo de várias atividades que são desenvolvidas que se relacionam e interagem entre si. A inovação é um processo sistêmico exigindo a concorrência de várias ações multidisciplinares e específicas, tais como competências dos meios, organizacionais tecnológico-produtivas e relacionais, que contribuem, dentre outros fatores, para conformar o padrão de competitividade de uma empresa. Deve-se ter presente, portanto, que inovação e pesquisa e desenvolvimento (P&D) não são sinônimos, embora sejam muito ligadas, e uma (P&D) seja a condição necessária – mas não suficiente – da outra (inovação) (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.3. Uma Tentativa de Classificar Produtos Inovadores na IF**

Para definir o sentido do que seja um produto inovador, Santoro (*cit. in* Vieira e Ohayon, 2006) apresenta uma classificação das inovações de produto na indústria farmacêutica, a partir da rota de síntese química e à qual fizemos adaptações, a saber: (i) identificação (*screening*) de nova substância ativa (novo princípio ativo) – descoberta; (ii) obtenção de nova molécula derivada de análises estrutura-atividade (nova entidade química; novo fármaco) – invenção; (iii) nova formulação farmacêutica/composto (novo medicamento) – inovação radical; (iv) desenvolvimento de novo princípio ativo ao redor de estrutura química já conhecida (*me too*) – inovação incremental; (v) novas indicações de uso para entidades químicas já conhecidas (novo alvo) – inovação incremental; (vi) novas associações de formulações (três em um, por exemplo) – inovação incremental; (vii) duplicação de produtos já comercializados (genérico ou similar) – mera cópia do composto, a menos que agregue algum valor, como por exemplo, a introdução de um novo excipiente para melhorar a absorção do medicamento pelo organismo.

A inovação mais significativa do setor farmacêutico ocorre no desenvolvimento do produto, para o qual há uma busca permanente para aumentar a eficácia, segurança de uso e redução dos efeitos colaterais. Esse processo ocorre a partir de mudanças nas características do fármaco, para torná-lo mais eficaz e para que provoque menos efeitos adversos ou colaterais; e por mudanças na composição dos outros componentes da formulação, para potencializar a ação do fármaco, tais como alterar a velocidade de sua liberação no organismo (Palmeira Filho *et alli.*, 2003).

### **3.2.4. Estágios Tecnológicos, Cadeia Produtiva e Curva de Valor na IF**

A competitividade no setor farmacêutico passa pelo domínio de estágios tecnológicos (descoberta, desenvolvimento, produção e comercialização de novos produtos), mas não somente isso: a articulação entre os diferentes estágios tecnológicos é um componente fundamental na estratégia de crescimento e competição das empresas, assim como a

inserção internacional, que é um processo vital para a competitividade nesse setor. A capacidade tecnológica ou domínio desses estágios é o que determina a maturidade industrial – o padrão tecnológico da indústria farmacêutica em um dado país e sua inserção competitiva. Em outras palavras, o que conta para a competitividade da IF é a competência para descobrir novas substâncias com capacidade terapêutica; reside, portanto, nas atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) de novos fármacos (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.5. Estágios Tecnológicos na IF**

Os estágios tecnológicos são basicamente quatro. São eles: (i) Estágio I – Pesquisa e Desenvolvimento (P&D); (ii) Estágio II – Produção de Farmoquímicos; (iii) Estágio III – Produção de Especialidades Farmacêuticas; e (iv) Estágio IV – *Marketing* e Comercialização das Especialidades Farmacêuticas (Vieira e Ohayon, 2006).

No Estágio I, encontram-se países desenvolvidos, com plena capacidade para realizar todas as etapas necessárias, desde a pesquisa básica (pesquisa química) para isolamento e desenvolvimento de novas moléculas, até a comercialização de medicamentos. Os países no Estágio II são aqueles que têm razoável capacidade industrial de química fina, produzindo seus insumos. O Estágio III é realizado em países que possuem uma razoável capacidade de formulação de medicamentos e domínio de atividades produtivas, mesmo quando importam praticamente a totalidade das matérias-primas necessárias. O Estágio IV não exige nenhuma capacitação produtiva e pode ocorrer mesmo em pequenos países, sem produção farmacêutica local, onde até os medicamentos finais são importados, restando às empresas apenas as atividades de comercialização (Vieira e Ohayon, 2006).

Segundo Frenkel (2002), os países que dominam os dois primeiros estágios são os que estão na frente da investigação química e farmacológica e que obtiveram um desenvolvimento tanto na investigação acadêmica, como no aparelho regulatório estatal. Esse é o caso dos EUA, do Reino Unido e da Alemanha. A incorporação de cada um

desses estágios implica na transposição de significativas barreiras, tanto econômicas como institucionais, necessitando o apoio de políticas de médio e longo prazo, governamentais e empresariais.

As grandes empresas farmacêuticas multinacionais dominam todos os estágios; embora a P&D não se dê, na maioria dos casos, sobre uma mesma base territorial. Esse vital encadeamento faz com que o domínio dos dois primeiros estágios, por parte das grandes empresas, dê a elas uma vantagem para manter uma posição relativamente competitiva no mercado global. Geralmente, os dois primeiros estágios ocorrem nos países de origem. Tal centralização ocorre por razões estratégicas, de acordo com Palmeira *et alli*. (2003): (i) pela proximidade do centro de decisão; (ii) pelo sigilo que é necessário no período anterior ao registro da molécula, em que se trabalha com algumas poucas e com grande probabilidade de se transformarem em fármacos; (iii) pela necessidade de aproveitamento de economias de escala na P&D; e (iv) pela infraestrutura técnica e econômica dos países desenvolvidos.

O insumo do medicamento patenteado é altamente estratégico para evitar os seguidores; e o domínio da rota de sua obtenção se constitui em uma barreira de entrada no mercado. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, de uma maneira geral as empresas, tanto nacionais como associadas às multinacionais, atuam apenas nos estágios tecnológicos III e IV. Dessa maneira, a articulação da cadeia produtiva, ou seja, a integração dos últimos com os primeiros estágios passa a ser um elemento fundamental no processo de competição. Assim, fabricar medicamentos com matéria-prima adquirida é um estágio tecnológico elementar na indústria farmacêutica; ter competência para criar a própria matéria-prima já é um estágio tecnológico avançado. Atingir esse estágio – que resulta no patenteamento de um novo fármaco e do processo de sua obtenção – corresponde a um objetivo estratégico de qualquer país, seja do ponto de vista econômico, seja social ou político (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.6. A Cadeia Produtiva na IF**

Segundo Frenkel (2002), a cadeia produtiva da indústria farmacêutica envolve fornecedores, atacadistas, prestadores de serviços externos, supridores, atacadistas, varejistas, além de exigir a concorrência de especialistas (técnicos em computação, pesquisadores, biólogos, médicos, químicos, bioquímicos, engenheiros, físicos, entre outros); e domínio de mecanismos de propriedade intelectual, registro e certificação, acordos e parcerias estratégicas. Cada vez mais, a multidisciplinaridade e o intercâmbio estão presentes no processo de inovação e produção farmacêutica.

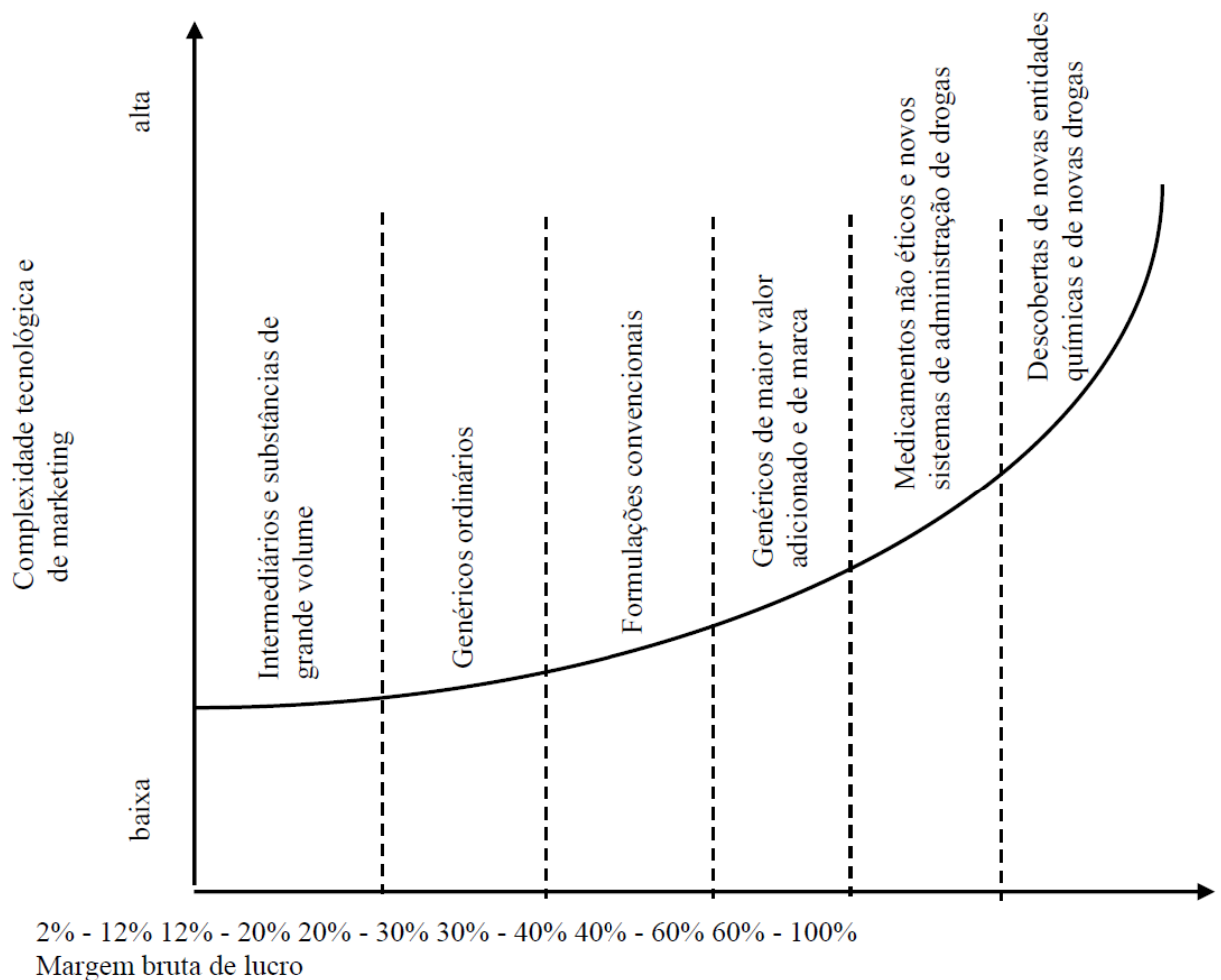
As estratégias de investimentos em P&D praticadas pelas empresas multinacionais priorizam a obtenção de princípios ativos ao invés dos produtos finais, pois é o monopólio da tecnologia para a fabricação do fármaco que traz lucros extraordinários às empresas, na medida em que esse componente representa 70 a 80% do preço final do medicamento. Nos países em desenvolvimento, há uma clara separação entre a indústria de base e a farmacêutica. De acordo com Scherer e Ross, a estratégia principal das empresas multinacionais é utilizar o poder de mercado para manter, de forma consistente, e durante o maior tempo possível, os preços acima dos níveis competitivos (Cit. in Vieira e Ohayon, 2006). Este poder decorre das excepcionais vantagens competitivas (tanto absolutas, quanto relativas) que as empresas líderes obtêm em relação aos seus competidores. Entre as vantagens absolutas que elas detêm estão: a capacidade de efetuar elevados gastos em P&D, o *know-how*, as patentes e a integração vertical com o segmento farmoquímico. Entre as vantagens relativas, estão as marcas e o Marketing junto aos médicos e farmacêuticos (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.7. A Curva de Valor Farmacêutica**

A experiência tem demonstrado que, além de empreendimento de custos elevados, a atividade de P&D no setor farmacêutico agrega muita incerteza e riscos, conduzindo os seus protagonistas a adotarem um comportamento tecnológico imitativo. Se “imitar” garante às empresas a manutenção temporária nos mercados domésticos, tal prática é

insuficiente para o estabelecimento no mercado global. A entrada de empresas no mercado global só acontece mediante inovações tecnológicas que lhes garantam sustentação, sendo impossível manterem-se na “curva de valor” sem P&D. A posição de uma companhia é absolutamente crítica em relação a esse processo, tendo em vista seus lucros potenciais (Bartlett e Ghoshal, 2000). Inovar é condição necessária, mas não suficiente para se manter no mercado internacional. Outros fatores como confiança na organização (imagem), objetivos esclarecidos, capacidade de aprendizado constante, criatividade e liderança (*design* e *Marketing*) de seus profissionais e dirigentes, dentre outros atributos, são importantes. Para ascender na curva de valor é preciso inovar constantemente (Figura 4). A distribuição na curva de valor é formada por um considerável grau de forças que estão sob controle, até que surja alguma companhia que, quase sempre, se desempenha fora do curso que vem sendo trilhado durante muitos anos, rompendo padrões e desestruturando todo o equilíbrio anterior (Champion, 2001). Um novo conhecimento científico ou tecnológico pode rapidamente alterar o cenário competitivo. Para entender tais forças, é preciso procurar avaliar o que veio antes; e imaginar como será conformado depois. Ou seja, é imprescindível acompanhar a trajetória tecnológica, por que passa uma empresa e/ou um país, e como ocorre o processo de aquisição e acumulação de competências (Vieira e Ohayon, 2006).

**Figura 7: A curva de valor da indústria farmacêutica**



**Fonte: Viera e Ohayon (2006), pág. 8**

Dessa maneira, percebe-se que a indústria farmacêutica só ocorre em grande escala e dentro de uma lógica internacional. Daí a necessidade de as empresas domésticas se lançarem no mercado internacional. Segundo Queiroz (1993) os padrões de inovação e difusão tecnológica na indústria farmacêutica impõem dificuldades extremas para os *latecomers*, que possam ter pretensão de competir globalmente. Existem barreiras pesadas de capital e de conhecimento acumulado para se tornar um inovador, além de barreiras institucionais (como o sistema de patentes), 2 que bloqueiam a imitação e levando a uma “reserva de mercado e a uma divisão internacional do trabalho” (Hasenclever *et alii.*, 2000).

### **3.2.8. Planejamento da P&D: *Portfolio* de Pesquisa e *Pipeline***

As companhias farmacêuticas comprometidas com a geração de novos compostos estão constantemente buscando parcerias para dividir as incertezas e os riscos. A pesquisa de novas entidades químicas é cara e lenta, e a chance de sucesso de apenas um projeto é muito baixa e rara. Assim que o novo composto é encontrado, em uma combinação ideal de ingredientes, a companhia necessita desenvolver estudos de viabilidade econômica e considerar, sobretudo, o tamanho do mercado e os meios para angariar financiamentos e competências (Thornber, 1994).

Antes de iniciar a produção da inovação, a empresa ou instituição de pesquisa deve fazer uma série de considerações preliminares, avaliativas. A primeira delas é a definição do *portfolio* de projetos. Para estabelecer um *portfolio* de projetos de pesquisa, é precioso saber que a competição será em bases internacionais, e que o projeto deverá ser pesquisado, com a quantidade de recursos e qualidade de especialistas e equipamentos capazes de abater os competidores, igualmente na novidade do tratamento e na rapidez de sua entrada no mercado. Também deverá ter condições de manter a empresa em condições de lançar novos projetos continuamente (*pipeline*), simultaneamente aos desenvolvimentos destes, porque não basta apenas entrar no mercado; é preciso também gerar inovações constantemente para manter-se em um patamar competitivo. (Bartlett; Ghoshal, 2000). Para decidir o número e o equilíbrio dos projetos que irão compor um programa de pesquisa, será necessário levar em conta os diferentes riscos associados a cada tipo de escolha estratégica, além dos prazos e as condições de financiamento. Considerando a atração de uma singular área de doença como sujeito da pesquisa, é preciso também levar em conta os aspectos: médico, científico e comercial e, especialmente, o sistema de distribuição e comercialização do futuro produto (Vieira e Ohayon, 2006).

Com o intuito de definir bem um programa de pesquisa, com pesquisas promissoras e ideias atrativas, deve-se dispor igualmente de infraestrutura e recursos disponíveis para realizá-lo, especialmente recursos humanos em quantidade e qualidade, necessários aos

propósitos do programa, inclusive com experiência internacional (Vieira e Ohayon, 2006).

A ampliação da rigidez exposta pelos controles governamentais de segurança e regulatórios, acarretou num aumento crescente dos custos da pesquisa e desenvolvimento de novas drogas. Portanto, há de se considerar se o mercado tem tamanho suficiente (escopo) para recobrir tais custos, e quais as chances de retorno do investimento, antes que a patente do produto expire (Vieira e Ohayon, 2006).

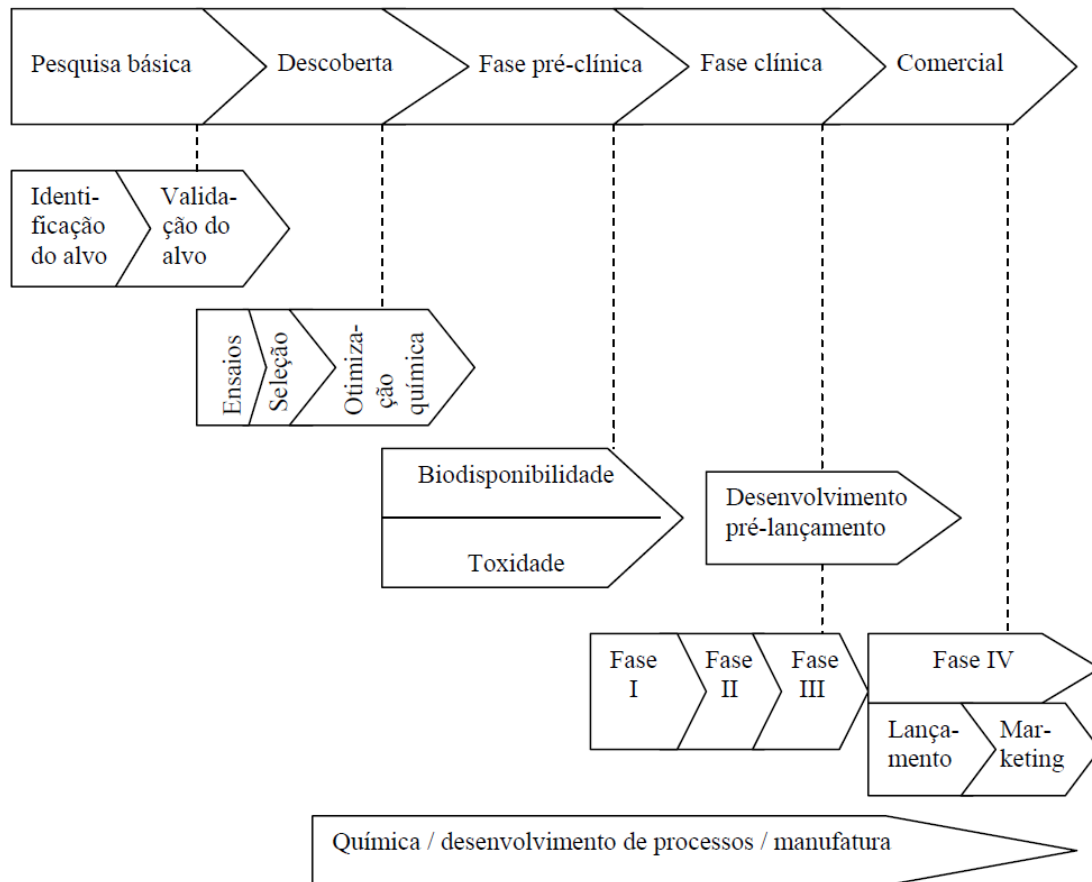
Observa-se que ter competência para conduzir as próprias pesquisas e desenvolvimentos é necessário e decisivo para as empresas farmacêuticas, tanto para a manutenção e extensão de sua capacidade de inovar, como para sua competitividade (Vieira e Ohayon, 2006).

A P&D de novos medicamentos envolve requerimentos específicos (competências) para o seu domínio. Para melhor se entender tamanha grandiosidade e complexidade deste processo e as competências necessárias para realizá-lo, utilizar-se-á, então, um modelo adaptado dentre tantos disponíveis na literatura, aqui chamado de “Ciclo do medicamento inovador” (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.9. O Ciclo do Medicamento Inovador**

O Ciclo do medicamento inovador discrimina cinco funções, que estão inseridas naqueles grandes estágios classificatórios apresentados anteriormente na cadeia farmacêutica: (i) pesquisa básica, (ii) desenvolvimento (função técnica/farmacêutica, que compreende a pesquisa toxicológica – também chamada pré-clínica, farmacológica – ou galênica, e pesquisa clínica); (iii) produção (desenvolvimento em escala piloto e industrial); (iv) regulatória; e (v) de Marketing e comercial (FIG. 5) (Vieira e Ohayon, 2006).

**Figura 8: Cadeia de pesquisa e desenvolvimento de fármacos e medicamentos**



**Fonte: Vieira e Ohayon (2006), pág. 11**

### 3.2.10. Funções da P&D Farmacêutica

Como já fora mencionado anteriormente, o processo comercializar um novo medicamento inicia-se com a descoberta de uma nova molécula com efeito terapêutico, conhecida como NEQ – nova entidade química (ou NCE – *New Chemical Entity*). A função da pesquisa compreende as fases de *screening* e de desenho molecular e estudos farmacológicos em busca de uma molécula promissora; e, função desenvolvimento, as fases que compreendem os estudos toxicológicos, clínicos de eficácia e segurança até o patenteamento do fármaco (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.11. Função Pesquisa Básica: a Descoberta do Alvo**

Após a seleção de uma doença-alvo, que apresente mercado atrativo para o novo medicamento que se pretende lançar, iniciam-se as atividades de pesquisa básica – o chamado *screening* de novas moléculas. Servem para determinar um grupo de moléculas ou uma molécula “promissora”, ou seja, que tem grande potencial de interação com o alvo, e que será objeto do desenvolvimento futuro. Fica claro porque grande parte dos gastos em P&D é empregada em avaliar e testar substâncias que, no final das contas, serão descartadas. Estima-se que 75% dos custos de desenvolver um novo remédio são usados para cobrir os testes de todas as moléculas potenciais descartadas. Mas a descoberta de uma única substância ativa é um grande achado, pois com certeza, se bem conduzido o desenvolvimento do medicamento, trará lucros extraordinários à empresa, remunerando largamente todos os investimentos realizados (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.12. Função Desenvolvimento**

Internacionalmente, o processo de desenvolvimento de um medicamento segue um conjunto de procedimentos padronizados pela FDA (*Food and Drug Administration*), autoridade regulatória americana que exige a pesquisa clínica para aprovar um produto inovador. Após a síntese e purificação de uma nova substância candidata a medicamento, são realizados os testes pré-clínicos, que envolvem técnicas laboratoriais e de experimentação em animais. A etapa seguinte compreende os testes clínicos, ou seja, experimentos em seres humanos, os quais só podem ser realizados mediante autorização da agência regulatória nacional e sob os padrões determinados pelas Comissões de Ética (CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, no do Brasil) (Vieira e Ohayon, 2006).

A pesquisa em laboratórios para a formulação de novos medicamentos concentra-se na geração de formulações que devem ser compatíveis com as propriedades da nova droga, ou seja, na formulação ideal para tratar a doença em voga, servindo posteriormente

como meta para a formulação das indicações da droga (mais fácil de usar e ministrar, tanto da perspectiva do paciente quanto do médico) (Vieira e Ohayon, 2006).

A função desenvolvimento inicia-se após o patenteamento da substância ativa e de seu processo de obtenção, pois não tem lógica iniciar um desenvolvimento que não tenha certa viabilidade comercial. Pressupõe-se que para se iniciar o desenvolvimento de um novo medicamento já estejam definidos os meios (parcerias estratégicas, investimentos necessários para realização ou contratação de firmas para os testes) (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.13. Função Regulatória**

O grande gargalo da P&D farmacêutica é a pesquisa clínica, não pela sua complexidade tecnológica, mas pelos longos tempos e custos. Os experimentos em seres humanos só podem ser realizados através da autorização da agência regulatória nacional. Uma empresa procurando testar uma nova entidade química em seres humanos nos EUA, por exemplo, deve primeiro obter do FDA uma autorização “*Investigation of New Drugs – IND*”. O tempo de aprovação de um novo medicamento é longo. Para cada uma das três fases que compõem os testes clínicos, segundo Scherer, observa-se a seguinte média de meses para aprovação: (i) 15,5 meses para a Fase I – Administração em pequeno número de voluntários saudáveis para testar a absorção, metabolismo e (sob variadas dosagens) a toxicidade; (ii) 24,3 meses para a Fase II – Administração de uns poucos a 10 dezenas de pacientes com a doença para serem tratados; (iii) 36 meses para a Fase III – a droga é administrada em testes duplos cegos em finalmente duas grandes amostras de pacientes com a doença. Os testes de toxicidade de longo prazo são conduzidos em paralelo (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.14. Função Produção**

A interligação entre o primeiro e o segundo estágio (ou seja, entre o Estágio 1: P&D de

Novos Fármacos e Estágio 2: Produção Industrial de Fármacos) consiste em estudos para a obtenção de processos de produção em escala industrial, procurando aumentar o seu rendimento. Procede-se à otimização do produto, o chamado *scale up*, passando da etapa de pesquisa experimental, da bancada laboratorial, para a utilização de planta-piloto, até se conseguir elevar os níveis de produção para a escala industrial. Nesta fase, é indispensável analisar, além dos aspectos técnicos, os referentes à exequibilidade econômica da produção, com base nas necessidades das diferentes substâncias que vão entrar na produção de medicamentos para uso humano (Vieira e Ohayon, 2006).

A produção industrial de fármacos tem as seguintes características: (i) os lotes são dimensionados como medida preventiva, em pequenas quantidades, haja vista que esses devem ser isolados em caso de qualquer problema de contaminação; (ii) a produção é intermitente, ajustando-se às características da demanda; (iii) as plantas de fármacos são geralmente multipropósito, já que se podem utilizar seus equipamentos na produção de diversos produtos (Vieira e Ohayon, 2006).

A produção de fármacos exige elevados investimentos em tecnologia, em instalações (sofisticadas plantas-piloto) e em recursos humanos altamente qualificados, ainda que não cheguem a serem tão elevados como no primeiro estágio (da pesquisa básica). Já a produção industrial de especialidades farmacêuticas (ou medicamentos) consiste em atividades típicas de transformação, ou seja, elaboração de produtos em suas diversas formas farmacêuticas (comprimidos, comprimidos revestidos, cápsulas, suspensões, injeções, soluções parentais, supositórios etc.). O nível de complexidade que esta atividade requer é inferior às etapas anteriores; e a pesquisa propriamente dita tem como um dos objetivos desenvolver novas apresentações, formulações, dosagens, buscando desenvolver formas mais apropriadas de apresentação de produtos conhecidos. Essas atividades são típicas da indústria farmacêutica, enquanto que no primeiro caso (produção de fármacos) é típica de indústrias farmoquímicas (Vieira e Ohayon, 2006).

### 3.2.15. Função Marketing e Comercialização

O quarto estágio tecnológico consiste de atividades de Marketing e comercialização. É o mais caro por conta de suas características especiais que adquire a propaganda das especialidades farmacêuticas e por precisar de recursos de linguagem técnica diferenciada (Bermudez, 1995). Estas dificuldades fazem com que a propaganda seja elaborada por departamentos das próprias indústrias, mas não por agências de publicidade. Por outro lado, tendo em vista o contingente de pessoal alocado nesta atividade e o custo comprometido, este estágio é considerado como o mais importante em termos competitivos da indústria farmacêutica. Os investimentos são relativamente altos se comparados aos estágios anteriores, ainda que nestes se incorra em grandes gastos com recursos humanos, equipamentos de última geração e custos da experimentação (Vieira e Ohayon, 2006).

Segundo o Panorama Setorial da Gazeta Mercantil (Callegari, 2000), os gastos em distribuição e propaganda para a classe médica e para os produtos vendidos nos balcões das farmácias podem representar mais da metade do preço do medicamento para o consumidor final.

Ultimamente tem-se observado uma alteração importante na estratégia de Marketing dos produtos novos nos mercados em geral, incluindo o do Brasil. Os novos medicamentos, mesmo que de uso exclusivo com receita médica, têm seus lançamentos precedidos de grandes campanhas na mídia, para a população em geral, ao contrário da estratégia mais antiga, em que os lançamentos eram divulgados apenas para a classe médica. Três bons exemplos dessa nova estratégia de Marketing foram os lançamentos do Prozac, do Viagra e do Excelon. A hipótese explicativa para esse novo procedimento reside no fato de que a divulgação maciça na mídia prepara a automedicação. Além disso, fixa a marca na população desde o início do ciclo de vida do produto, dificultando a entrada dos potenciais concorrentes futuros, seja através do “*me too*”, seja através dos próprios genéricos futuros (Frenkel, 2001, p. 167).

### 3.2.16. Custos de Lançamento de um Medicamento Inovador

Para inventar uma molécula de uma substância levam-se em média atualmente três a seis anos, mas isso pode variar em função do processo tecnológico (síntese orgânica, síntese química, biotecnologia). Dominar o processo de síntese é uma *core competence* (competência essencial); mas o principal problema desse processo de trazer um novo medicamento para o consumo está na pesquisa clínica, que é relativamente difícil de implementar, não por sua complexidade tecnológica, mas por ser muito extensiva (em tempo) e cara, por envolver contingentes humanos. O lançamento com êxito de uma nova droga no mercado custa, aproximadamente, US\$ 500 milhões (Oliva, 2003). As exigências para registro e comercialização de um novo produto também demandam tempo e esforço considerável, além de campanhas de Marketing milionárias. As atividades de Marketing mobilizam um conjunto complexo e amplo de estratégias comerciais, a exemplo da montagem de uma ampla rede de propagandistas, do financiamento de congressos e de mobilização da mídia. Essas duas atividades possuem elevadas economias de escala se bem administradas, estando na raiz de gastos enormes das grandes empresas do setor para a inovação e o lançamento de novos produtos (Vieira e Ohayon, 2006).

As empresas líderes do setor destinam entre 10% e 20% de seu faturamento às atividades de P&D, enquanto as despesas com Marketing chegam a 40% do valor da produção. Além disso, os retornos dos lucros assegurados pela reserva de mercado proporcionado pelas patentes nem sempre ocorrem como o planejado, visto que há forte controle de preços por parte dos governos nacionais. Tudo isso, mas especialmente o aumento das exigências regulatórias, tem levado à diminuição do faturamento, trazendo uma séria crise ao setor (Vieira e Ohayon, 2006).

O incremento constante dos custos de P&D deveu-se fundamentalmente pelas maiores exigências por parte das agências regulatórias. Com o objetivo de diminuir estes custos é que estão se desenvolvendo novas formas de cooperação entre empresas, chegando-se ao reconhecimento mútuo de competências, unindo esforços para a aprovação de

produtos farmacêuticos. Com o advento de novas ciências, viabilizou-se a possibilidade de empresas menores e sem uma grande estrutura de pesquisa e desenvolvimento integrarem o grupo das empresas farmacêuticas inovadoras. As NEBs (Novas Empresas de Biotecnologia) proliferaram na década passada, apoiadas pelas grandes multinacionais (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.2.17. O *Design* Racional de Drogas Medicinais**

Nos últimos 20 anos, testemunhou-se uma revolução em ciências biológicas, com significativos avanços básicos em biologia molecular, biologia celular, bioquímica, proteína e química de peptídeos, fisiologia, farmacologia e outras disciplinas. De acordo com Galambos e Henderson (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), a aplicação destes novos conhecimentos para a indústria farmacêutica teve um impacto enorme na natureza de atividades de P&D, nas competências organizacionais requeridas para a introdução de novas drogas medicinais, e em padrões industriais.

O desenvolvimento de drogas através de *design* orientado é uma metodologia de pesquisa que utiliza os avanços da bioquímica molecular, farmacologia e enzimologia, que só muito recentemente veio a ser difundida na descoberta e produção de novas drogas, pelo uso de ferramentas da engenharia genética (Vieira e Ohayon, 2006).

As possibilidades que se abrem à terapêutica são inúmeras, uma vez que proporcionam à indústria farmacêutica os meios para substituir o método de busca empírica e aleatória de substâncias de ação terapêutica e profilática pela abordagem planejada e racional de um novo produto, mediante a utilização de moléculas específicas, desenhadas para agir em nível do paciente ou do patógeno (os chamados *biofármacos*) (Vieira e Ohayon, 2006).

### 3.2.18. O Estado-da-Arte da P&D Farmacêutica no Brasil

Embora o Brasil possua uma indústria de medicamentos bastante desenvolvida, é fraca sua capacidade tecnológica para gerar inovações. Encontra-se entre os países de estágio evolutivo II, na classificação de Frenkel (2002), onde existe uma indústria de medicamentos já consolidada, e uma farmoquímica capaz de formular e sintetizar algumas substâncias ativas utilizadas na fabricação de produtos finais (especialidades farmacêuticas); mas, o setor é muito dependente (82%) de matérias-primas de origem externa (fármacos e intermediários). Segundo Andrade e Antunes (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), as atividades de P&D são consideradas marginais, visto que basicamente se restringem ao setor acadêmico e público de pesquisa, não existindo exemplos significativos dessas atividades no setor privado empresarial, locus natural das inovações. Investiu-se na ponta da cadeia e não na sua base, embora haja no País razoável capacitação científica em disciplinas importantes para a indústria farmacêutica, em alguns nichos, até mesmo em níveis observados nos países.

Apesar de ser detentor de imensa biodiversidade e recursos minerais abundantes (Oliva, 2003) e de possuir uma indústria química razoavelmente diversificada, não se tem, até o momento presente, nenhuma patente concedida a um medicamento genuinamente nacional. Segundo Camargo (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), durante todo o século XX, nenhuma inovação farmacêutica foi gerada no Brasil, embora lucros bilionários tenham sido obtidos por empresas farmacêuticas multinacionais baseadas em inovações advindas de substâncias naturais, muitas das quais de origem brasileira. Segundo Vieira e Fonseca (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), a produção de medicamentos no País tem se mantido a partir da importação de tecnologias, o que tem se mostrado insuficiente como estratégia de desenvolvimento tecnológico, pois existem conhecimentos que não se transferem e por isso precisam ser desenvolvidos internamente. Esse é o ensinamento que a experiência internacional tem demonstrado.

Segundo Capanema e Palmeira (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), a maioria das subsidiárias das multinacionais estabelecidas no Brasil opera no terceiro e quarto

estágios e algumas no segundo, tendo havido, nos últimos anos, algumas poucas tentativas referentes ao primeiro estágio, motivadas pelos benefícios associados ao Programa de Desenvolvimento Tecnológico Industrial (PDTI). Quanto às empresas de capital nacional, na sua grande maioria, operam no terceiro e quarto estágios, existindo algumas no segundo e apenas poucas que operam no primeiro estágio. A produção interna não atende nem mesmo à demanda nacional de medicamentos essenciais à saúde pública constantes da Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde – OMS/MS) e que serve de base para as aquisições de medicamentos efetuadas pelo governo para suprir o SUS (Sistema Único de Saúde). As empresas nacionais não têm capacidade de investimento em P&D e sua competitividade é limitada ao mercado interno. O “locus natural” da P&D farmacêutica no Brasil está desvirtuado: praticamente inexistem laboratórios de P&D nas indústrias (Vieira e Ohayon, 2006).

Segundo Cruz (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), no Brasil, as atividades de pesquisa científica e tecnológica têm ficado restritas ao ambiente acadêmico. A quase totalidade da atividade de P&D ocorre em ambiente acadêmico ou instituições governamentais. Deixa-se de lado aquele componente que pode gerar riqueza – o setor.

Segundo Abreu (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), há fraca articulação na cadeia farmacêutica e visão de curto prazo do empresariado local, devido ao tamanho do mercado (não se preocupa com a competitividade no longo prazo) . Segundo Gadelha (*cit. in* Vieira e Ohayon 2006), há fraca articulação entre os agentes do Sistema de Inovação e ausência de políticas públicas articuladas e mecanismos de financiamento à inovação. Caso o Brasil continue ausente desses primeiros estágios, estará optando por uma inserção tradicional na divisão internacional do trabalho, mantendo-se fora do desenvolvimento de atividades de alto valor e condenando-se a ser um eterno seguidor (Queiroz e González, 2001).

### **3.2.19. Políticas de Fomento à Inovação na IF no Brasil**

As políticas implementadas nas décadas passadas não foram capazes de criar uma cultura de inovação endógena. A questão da dependência externa de fármacos e medicamentos tem sido recorrente e esteve entre as principais questões levantadas nas Conferências Nacionais de Saúde em Saúde; e foi tema da última Conferência Nacional de Inovação, em 2001. Verifica-se que o setor tem sido alvo constante de discussões em foros governamentais; mas somente nos anos recentes é que passou a ser considerado como prioritário e incluído na política industrial do atual governo. A necessidade de estímulo à P&D farmacêutica aparece como relevante em diversos programas governamentais para promoção da inovação: Fapesp (1995/1998); Programa de Parceria para a Inovação Tecnológica (PIPE); Programa de Inovação Tecnológica na Pequena Empresa (PITE); Projeto Inovar (2001); nos debates do MDCI – Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica; e do MS “Acesso aos medicamentos, compras governamentais e inclusão social”, para a identificação dos medicamentos de alto custo e validação dos laboratórios oficiais; e nas iniciativas do BNDES – Seminários sobre o Complexo Industrial da Saúde (anos 2002 e 2003) que resultaram no Profarma (2004); e no Projeto Inovação em Saúde, Fiocruz, 2002 (Vieira e Ohayon, 2006).

### **3.3. Notas Conclusivas**

Segundo Vieira e Ohayon (2006), a competitividade das empresas brasileiras se restringe ao mercado doméstico e aos produtos genéricos, devido à ausência de atividades de P&D nas empresas e falta de capacidade de investimento por parte do empresariado nacional, dentre outras razões apontadas por estudiosos da competitividade na indústria farmacêutica nacional. O domínio de todos os estágios tecnológicos (descoberta, desenvolvimento, produção e comercialização de novos produtos), é, contudo, uma necessidade, tendo em vista que, em longo prazo, esta situação de dependência tecnológica só irá se agravar, assim como haverá uma elevação constante dos preços dos insumos e produtos acabados. Mas não somente isso: a

articulação entre os diferentes estágios tecnológicos é um componente fundamental na estratégia de crescimento e competição das empresas, assim como para sua inserção internacional. O equilíbrio entre capacidade tecnológica e produtiva, investimentos e interesses públicos e privados no desenvolvimento de drogas é que ajudam à indústria farmacêutica a prosperar nos países desenvolvidos. Algumas formas de intervenção pública, ainda que tímidas e sem uma sistemática muito coerente de ações, como esforços em busca de mecanismos de defesa da saúde pública pela exploração de canais como a *licença compulsória* e importações, vêm se destacando pela ousadia, deslocando os investimentos e criando oportunidades para novos *players*, como é o caso de Farmanguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz, um laboratório público produtor que vem se destacando pelas inovações incrementais e pelo aprendizado do tecnológico. Os últimos governos têm lançado algumas políticas mais ousadas em relação a medicamentos, como é o caso do programa de combate à AIDS. O aproveitamento dessas oportunidades e sua viabilidade pressupõem, contudo, o domínio de competências tecnológicas, condições sistêmicas e visão estratégica da inovação (ou seja, conhecimento em áreas relacionadas, como por exemplo, infraestrutura de controle de qualidade e de regulação e a existência de empresas e instituições com determinado porte econômico) (Vieira e Ohayon, 2006).

No Brasil não se tem tradição de parcerias entre os agentes, e o sistema de inovação farmacêutico é imaturo e desarticulado. Urge mudar este quadro.

## CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

### 4.1. Nota Introdutória

A presente dissertação apresenta uma estrutura baseada em dois pilares, sendo um deles a revisão de literatura e o outro uma componente empírica, assente num estudo exploratório com design descritivo.

É de todo o interesse salientar a posição de Hill e Hill (*cit. in* Quintas 2013) no que concerne a investigação científica, que segundo o autor, a aplicação deste processo permite:

- Enriquecer o conhecimento na área de investigação;
- Planear o método de recolha de dados e identificar as fontes de erros tentando minimizá-los;
- Antecipar as análises de dados a efetuar antes de se começar a parte empírica da investigação

De acordo com Lambin (2000, pág. 128), a investigação em Marketing pode ser definida do seguinte modo:

“a investigação em Marketing compreende o diagnóstico das necessidades informação e a seleção das variáveis pertinentes para as quais se deve recolher, registar e analisar informações ‘válidas e fiáveis.’”

É importante salientar mais uma vez que o tema central do trabalho reside em “A Importância Do Gestor Médico Científico Na Indústria Farmacêutica: Marketing De Relacionamento E NeuroMarketing, No Pré-Lançamento De Um Novo Fármaco Para Tratamento Da Dislipidemia”, tentando assim demonstrar como o Marketing de relacionamento é, atualmente, praticado no Brasil e o seu impacto científico na classe médica.

Além disso, é vital mencionar quais são as implicações e até mesmo que vantagens que tal fato acarreta para as indústrias farmacêuticas ao nível do desenvolvimento de uma estratégia de Marketing no pré-lançamento de uma nova classe de produtos, associando também a atuação médica no referido processo.

Para a pesquisa em análise, foram realizados inquéritos por questionários. A referida pesquisa foi baseada na estatística descritiva e apoiada no Programa Excel e posteriormente no programa SPSS. Desta forma, observa-se que neste capítulo destacam-se as diferentes opções metodológicas que guiam toda a pesquisa, recolha, tratamento e análise de dados relativos ao problema em voga.

#### **4.2. Métodos de Pesquisa**

É importante ressaltar que de acordo com Richardson (*cit. in* Jacob 2012) o método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de determinados fenómenos.

Semelhantemente, Malhotra (2004) afirma que a pesquisa deve primar pela objetividade e pela imparcialidade, procurando fornecer informações e ou respostas que, focalizadas sobre situação reais, ajudem na resolução de problemas. Na sua abordagem o processo de pesquisa engloba seis etapas: (1) Definição do problema, (2) Abordagem ao problema; (3) Concepção da pesquisa; (4) Recolha de dados (trabalho de campo); (5) Análise de dados; (6) Elaboração do relatório (Malhotra, 2004).

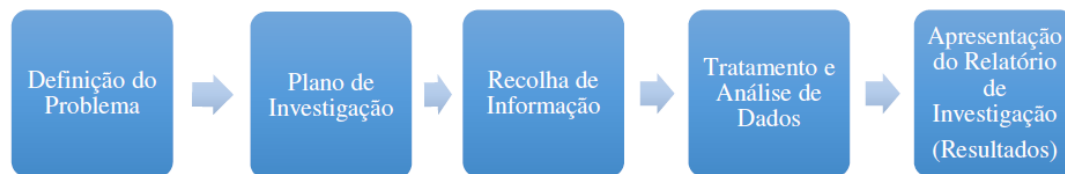
#### **4.3. Fases do Processo de Pesquisa**

Segundo Lambin (2000), o sistema de investigação em Marketing se encontra dividido em 5 etapas. A primeira é aquela que expõe o sucesso de todo o processo, diz respeito à definição do problema; e a segunda onde se define o método de recolha e análise de informação, trata-se então da elaboração de um plano de investigação. A terceira etapa

corresponde à recolha de dados; sendo a quarta o momento de tratamento da análise dos dados (Lambin, 2000).

Por último, a quinta etapa, que concerne à apresentação do relatório de investigação que, de acordo com o autor supracitado, corresponde à passagem da mera informação para o nível do conhecimento.

### Figura 9: As etapas do processo de investigação



Fonte: Pereira (2015), pg. 46

Segundo Hill e Hill (*cit. in* Quintas 2013) o processo de investigação é baseado numa abordagem positiva, partindo-se da revisão da literatura para definir a hipótese geral do trabalho, sendo necessário trabalhar esta hipótese e selecionar os métodos de investigação que serão testados. A aplicação destes métodos gera um conjunto de dados que necessitam de uma posterior análise, permitindo obter resultados e gerar conclusões. Estes irão confirmar ou rejeitar as hipóteses formuladas a partir do qual se formulam as conclusões do trabalho.

É importante salientar que, no que tange à composição do processo de pesquisa, ela demonstra não ser uma disciplina consensual, existindo autores que afirmam que tal processo é composto não por cinco etapas, mas sim por seis etapas, como afirma Marconi e Lakatos (2001). Os autores mencionados apresentam as seguintes etapas: (1) Seleção de tópico ou problema de pesquisa, (2) Definição e diferenciação do problema; (3) Levantamento de hipóteses de trabalho; (4) Recolha, sistematização e classificação dos dados; (5) Análise e interpretação dos dados; (6) Resultado e relatório da pesquisa.

É possível, após comparar as etapas relativas ao processo de pesquisa apresentadas pelos autores citados anteriormente, identificar semelhanças entre as diferentes posições defendidas. No caso em questão, a dissertação possui as características do método científico.

Tais características são apresentadas por Lambin (2000) como sendo:

- a) A objetividade;
- b) A refutabilidade;
- c) O caráter analítico;
- d) A preocupação com o método e a precisão;
- e) A atitude crítica;
- f) A comunicabilidade.

Destacando ainda, que por uma questão de adequação de método, para a realização deste trabalho, foi seguido o método apresentado e defendido por Lambin (2000).

#### **4.4. Definição do Problema**

Conforme Daniel e Gates (*cit. in* Jacob 2012), a definição do problema representa um processo de pesquisa e a etapa essencial que requer mais atenção e preocupação, haja vista que a definição do problema de forma correta proporciona a orientação e direção essenciais para todo o processo de pesquisa. Malhotra (2004) afirma que é primordial proceder à identificação de forma clara e precisa do problema, pois só assim é possível conduzir um estudo de forma adequada, pois se o problema for mal definido, isso poderá conduzir a erros ou falhas na investigação.

De acordo com a definição de problema para Gil (1999), há cinco regras na sua formulação: (1) O problema deve ser expresso como pergunta; (2) O problema deve ser claro e preciso; (3) O problema deve ser empírico; (4) O problema deve ser suscetível de resolução; (5) O problema deve ser delimitado numa dimensão viável.

No que diz respeito ao problema de pesquisa, este pode ser representado da seguinte forma: Qual o impacto científico do *Marketing* de relacionamento através do gestor médico científico, promovido pela indústria farmacêutica, no pré-lançamento de um novo medicamento para reduzir o colesterol no sangue?

Assim, para formular o problema supracitado, foi necessário, inicialmente, proceder à realização da pesquisa tendo como objetivo reunir e identificar quais as questões mais relacionadas à área em estudo. Para tal objetivo, foi primordial solicitar a opinião de líderes em dislipidemia, conduzir pesquisas bibliográficas em motores de busca, tal como o Google, procurando observar desde artigos científicos, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutoramento. O conteúdo de tal pesquisa deu um forte apoio no momento da construção dos inquéritos e do foco da entrevista.

#### **4.5. Questões de Pesquisa**

Após a definição do problema, é importante proceder à formulação de hipóteses, para que estas possam ser testadas, sendo, posteriormente, verificadas através dos testes estatísticos realizados.

Desse modo, as principais questões de partida para a investigação serão:

- a) O Marketing de relacionamento gerou mudança de opinião no conhecimento científico da população em estudo?
- b) Quais as razões para o desenvolvimento de tal atividade na Indústria Farmacêutica?
- c) Quais os reais ganhos para as indústrias farmacêuticas a partir do Marketing de relacionamento?
- d) Quais os principais problemas ou dificuldades com que se deparam os Gestores Médicos Científicos das indústrias farmacêuticas?
- e) Quais as ferramentas disponíveis e as mais utilizadas pelo Gestor Médico Científico?

#### 4.6. Objetivos

Visando responder ao problema apresentado, e seguindo a linha de investigação das questões de pesquisa, é essencial apresentar os objetivos gerais e específicos da pesquisa, estando eles presentes na seguinte tabela (1).

**Tabela 1: Objetivos gerais e específicos do estudo**

Objetivos gerais	Objetivos específicos
1. Avaliar o papel do Gestor Médico Científico no pré-lançamento de um novo fármaco pela IF.	1.1 Averiguar se o <i>Marketing</i> de relacionamento é importante nessa fase de desenvolvimento de um novo fármaco. 1.2 Identificar se o NeuroMarketing é uma ferramenta adjuvante na fase de pré-lançamento de um novo fármaco.
2. Analisar o grau de conhecimento por parte de médicos cardiologistas e endocrinologistas no que diz respeito às necessidades não atendidas em dislipidemias ( <i>unmet needs</i> ).	2.1 Verificar o conhecimento médico a respeito da importância da redução dos níveis de LDL. 2.2 Identificar a concordância dos médicos no que concerne a importância dos pacientes com quadro prévio de DCAV apresentarem níveis de LDL-C menor que 70 mg/dl. 2.3 Averiguar se as estatinas são suficientes para o paciente alcançar a meta desejável de LDL-C. 2.4 Identificar a concordância dos médicos no que diz respeito a prática de associação de outras terapias hipolipemiantes, com ou sem estatinas, são eficazes para atingir as metas de LDL-C. 2.5 Verificar a opinião dos médicos se as estatinas são suficientes para o tratamento de pacientes em prevenção secundária. 2.6 Averiguar se os médicos conhecem os fatores de risco para DCVA. 2.7 Identificar se os médicos consideram importante explicar os fatores de risco e o tratamento para seus pacientes.

	<p>2.8 Aferir se os médicos, em sua prática clínica diária, buscam a prescrição da dose máxima de estatina tolerada pelo paciente e, quando necessário, associam outras terapias hipolipemiantes.</p>
<p>3. Analisar o grau de conhecimento por parte dos médicos no que diz respeito a pro-proteína PCSK9.</p>	<p>3.1 Averiguar o conhecimento médico sobre o local onde é produzida a pro-proteína PCSK9 e seu sítio de atuação.</p> <p>3.2 Averiguar o conhecimento médico sobre a produção da PCSK9 no hepatócito e seus efeitos sobre o receptor de LDL-c e no LDL-c plasmático.</p>
<p>4. Verificar o grau de conhecimento dos médicos no que concerne os inibidores da PCSK9 como nova classe de medicamentos para redução do colesterol, principalmente no LDL-c.</p>	<p>4.1 Verificar o conhecimento dos médicos acerca do diagnóstico de pacientes com hipercolesterolemia familiar.</p> <p>4.2 Aferir o conhecimento dos médicos no que diz respeito aos principais cenários de pacientes candidatos para utilizar os inibidores da PCSK9.</p> <p>4.3 Aferir o conhecimento médico sobre as moléculas que pertencem a essa nova classe de medicamentos.</p> <p>4.4 Identificar o conhecimento médico no que diz respeito as principais indicações dos inibidores da PCSK9.</p> <p>4.5 Verificar se há interesse, por parte dos médicos, em conhecer os estudos clínicos que envolvem os inibidores da PCSK9.</p> <p>4.6 Averiguar se o médico considera importante o uso de drogas injetáveis como fator determinante de adesão ao tratamento da dislipidemia.</p> <p>4.7 Identificar se o fator custo de uma nova droga é importante para a prescrição médica.</p>

**Fonte: autor**

#### 4.7. Design da Pesquisa

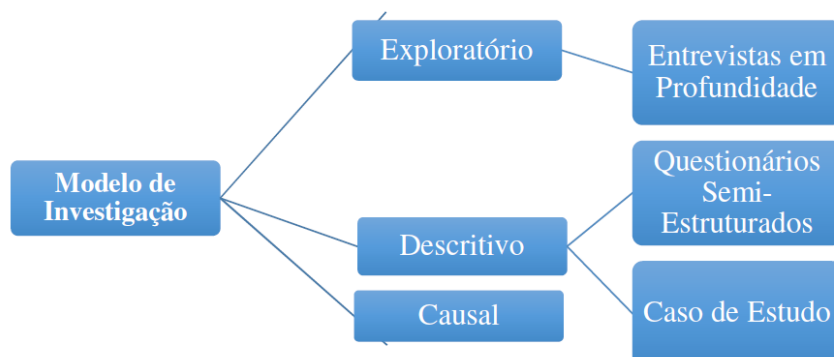
Segundo Lambin (2000), existem três tipos de estudos de design de pesquisa. São elas: pesquisas exploratórias, descritivas e causais (Lambin, 2000).

Segundo Lambin (2000), a pesquisa exploratória é utilizada quando existe escassez ou ausência total de estudos que tratem a problemática em questão. Assim, seu principal objetivo é explorar um problema de forma a fornecer critérios e entender a situação, possuindo um elevado grau de flexibilidade e versatilidade (Lambin, 2000).

Em relação à pesquisa descritiva, esta se caracteriza por descrever características ou funções de mercado, fazendo associações entre variáveis, e dessa forma apresentar um enunciado claro do problema, hipóteses e necessidades detalhadas de informações (Malhotra, 2004).

A pesquisa causal procura obter evidências sobre relações de causa e efeito, pelo que recorre ao método experimental (Malhotra, 2004). É, por isso, utilizada quando se deseja compreender as relações entre as quais as variáveis independentes (constituem a causa) e as variáveis dependentes (constituem o efeito).

**Figura 10: Modelo de investigação**



Fonte: Pereira, (2015), pag. 51

Realizada a análise dos três modelos de pesquisa é possível identificar qual o método de investigação que será utilizado. Dessa maneira, após o término da revisão bibliográfica, verificou-se que a problemática anteriormente definida apresentou certa limitação, já que poucos estudos foram identificados para o tema em questão. Considerando essas condições, este estudo é claramente de natureza exploratória, haja vista que o estudo contribuirá para elevar o nível de conhecimento sobre o assunto. É essencial, porém, o uso do recurso referente ao modelo descritivo, permitindo considerar que o estudo trata-se de um modelo misto (Figura 12).

#### 4.8. Método de Investigação

Os métodos de pesquisa podem ser classificados em qualitativos e quantitativos (Malhotra, 2004). Na tabela 2 encontram-se comparados os dois métodos distintos.

**Tabela 2: Comparação entre método quantitativo e qualitativo**

	<i>Objetivo</i>	<i>Amostra</i>	<i>Recolha de dados</i>	<i>Análise dos dados</i>	<i>Resultado</i>
<i>Qualitativo</i>	Alcançar compreensão qualitativa e motivações subjacentes	Reduzido número de casos não representativos	Não estruturada	Não estatística	Desenvolve um entendimento inicial sobre o problema em análise
<i>Quantitativo</i>	Quantificar dados e generalizar resultados da amostra para a população alvo	Elevado número de casos representativos	Estruturada	Estatística	Recomenda um curso final de atuação

**Fonte: Pereira (2015), adaptado pelo autor**

Os autores Pereira e Poupa (2003) afirmam que a pesquisa qualitativa permite a análise dos fenômenos na atribuição das percepções básicas dos processos, não requerendo necessariamente as técnicas estatísticas, o que torna o pesquisado em um instrumento

chave. Já a abordagem quantitativa traduz em números as opiniões e as informações para que em seguida possa classificá-las e analisá-las. Este tipo de pesquisa requer o uso de recursos e de técnicas de estatística (percentagem, média, moda, mediana, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outras).

O presente estudo irá adotar uma abordagem mista, objetivando um maior nível de rigor e eficácia em determinados momentos, combinando o estudo qualitativo com uma abordagem de métodos quantitativos.

## **4.9. Estratégias de Pesquisa**

### **4.9.1. Pesquisa Bibliográfica**

Tendo em vista que a pesquisa baseou-se num tipo de pesquisa exploratória e descritiva, esse estudo insere-se no que se pode designar como pesquisa bibliográfica, de campo, de levantamento e com *survey*.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (Fonseca, 2002, p. 32).

Segundo Gil (*cit. in* Pereira 2015), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema.

A pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação e juntamente com a técnica de resumo de assunto ou revisão de literatura, constitui geralmente o primeiro passo de toda pesquisa científica. Por isso, as demais pesquisas científicas devem utilizá-la, como parte complementar de uma pesquisa descritiva ou de uma experimental (Pereira, 2015).

#### **4.9.2. Pesquisa de Campo**

A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (pesquisa *ex-post-facto*, pesquisa-ação, pesquisa participante, etc.) (Fonseca, 2002).

#### **4.9.3. Pesquisa de Levantamento**

Fonseca (2002) aponta que este tipo de pesquisa é utilizado em estudos exploratórios e descritivos, o levantamento pode ser de dois tipos: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população (ou censo). Esclarece Fonseca (2002, p. 33):

“O Censo populacional constituía única fonte de informação sobre a situação de vida da população nos municípios e localidades.”

Os censos produzem informações imprescindíveis para a definição de políticas públicas estaduais e municipais e para a tomada de decisões de investimentos, sejam eles provenientes da iniciativa privada ou de qualquer nível de governo. Foram recenseados todos os moradores em domicílios particulares (permanentes e improvisados) e coletivos, na data de referência. Através de pesquisas mensais do comércio, da indústria e da agricultura, é possível recolher informações sobre o seu desempenho. A coleta de dados realiza-se em ambos os casos através de questionários ou entrevistas. Entre as vantagens dos levantamentos, temos o conhecimento direto da realidade, economia e rapidez, e obtenção de dados agrupados em tabelas que possibilitam uma riqueza na análise estatística (Pereira, 2015).

#### **4.9.4. Pesquisa com *Survey***

É a pesquisa que busca informação diretamente com um grupo de interesse a respeito dos dados que se deseja obter. Trata-se de um procedimento útil, especialmente em pesquisas exploratórias e descritivas (Santos, 1999). A pesquisa com *survey* pode ser referida como sendo a obtenção de dados ou informações sobre as características ou as opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, utilizando um questionário como instrumento de pesquisa (Fonseca, 2002, p. 33). Nesse tipo de pesquisa, o respondente não é identificável, portanto o sigilo é garantido. São exemplos desse tipo de estudo as pesquisas de opinião sobre determinado atributo, a realização de um mapeamento geológico ou botânico.

#### **4.9.5. População e Amostra**

De um modo geral, as pesquisas sociais abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impraticável considerá-los na sua totalidade. Por isso, neste tipo de pesquisa, é frequente trabalhar-se com uma amostra, ou seja, uma pequena parte de elementos que compõe o universo (Gil, 2002).

Para Rodrigues (*cit. in* Quintas 2013), uma amostra é uma porção ou subconjunto de um grupo maior denominado população. A população é o universo a ser amostrado. Em concordância com tal conceito, segundo Marconi e Lakatos (*cit. in* Pereira 2015), a amostra é um segmento da população em estudo, recolhida com o objetivo de se estimarem certas características desconhecidas da mesma.

É condição essencial para que um estudo seja válido, que a sua amostra também o seja, sendo para tal necessário que preencha dois requisitos, sendo eles, a fiabilidade e a precisão.

Segundo Salazar (*cit. in* Jacob 2012), a fiabilidade verifica-se quando não existem graus de enviesamento na amostra, por sua vez, a precisão é medida pelo erro padrão médio

da estimativa refletindo a influência do caso dos membros da amostra, e havendo uma maior representatividade da população.

O estudo em questão utilizou uma amostra não probabilística por conveniência, haja vista que trata-se de um subgrupo da população ou universo em que, por um lado, a eleição dos elementos não dependia da probabilidade, mas sim das características e das necessidades da investigação, seguindo critérios de acessibilidade e proximidade (Pereira e Poupa, 2003).

Tendo como foco o centro do estudo, a amostra selecionada agrupou médicos especialistas em cardiologia e endocrinologia sem privilegiar ano de formatura, idade ou gênero, sendo todos com prévio conhecimento sobre dislipidemias, suas causas, tratamentos e consequências dessas sobre o sistema cardiovascular, o que assegurou a capacidade de resposta ao questionário com um nível de um grau de conhecimento científico superior em relação aos demais médicos. A amostra encontra-se constituiu-se de 83 sujeitos.

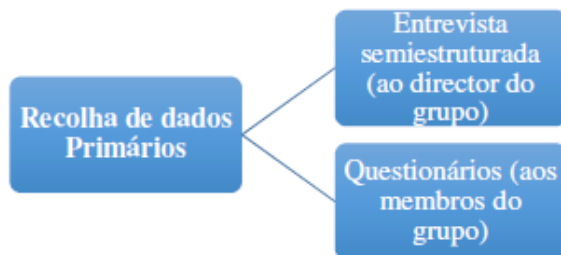
#### **4.9.6. Recolha de Dados**

Inicialmente, os dados foram obtidos a partir de fontes secundárias encontradas em diversas obras literária, tais como artigos científico, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutoramento. Uma das ferramentas utilizadas para a condução da recolha de dados online foi o Google, bibliotecas de universidades, livros sobre o tema, dentre outros.

Além disso, foram de muita valia o uso de materiais advindos de manuais da área que permeia a indústria farmacêutica.

Logo ao fim das buscas por tais fontes supracitadas, dar-se início a obtenção de dados primários, sendo tal realizada com a finalidade de atender as necessidades sobre o tema em voga, estando a obtenção dos dados primários representada na figura (13).

**Figura 11: Recolha de dados primários**



**Fonte: Pereira (2015), pag. 56**

Vale ressaltar também que a investigação empírica foi desenvolvida entre os meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro de 2015, com o objetivo de obter dados mais recentes e atualizados.

Em um primeiro momento, foi realizada uma entrevista (Apêndice I), elaborada pelo autor, direcionada para os Líderes de Opinião em dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia, tendo como objetivo principal averiguar o conhecimento científico referente aos novos tratamentos para dislipidemia e conhecimento dos inibidores da PCSK9, apresentando questões abertas relacionadas a esse tema. O tipo de entrevista era semiestruturada com perguntas pré-elaboradas de forma subjetiva, sendo ela realizada no período compreendido entre 10 e 31 de agosto de 2015.

Segundo Cohen (2000), as técnicas de entrevista permeiam variados graus que podem relacionar o número de sujeitos inquiridos, os temas em análise e a estruturação dessas. O primeiro tipo divide-se em individual e em grupo. Quando o objetivo é recolher informação sobre o entrevistado, podendo não seguir uma ordem rígida é individual.

Em grupo é quando o objetivo visa recolher informações de vários participantes e suas características comuns.

O segundo tipo segrega-se em um eixo direto, onde o rumo da entrevista é rígido, com a sequência seguindo uma lógica; semidireto, com o entrevistador conhecendo os temas, mas a ordem e a forma de questionar são livres; não direta, quando o entrevistado é convidado a organizar o seu discurso a partir de um tema e o entrevistado só intervém para encorajar. O último tipo relaciona-se em três partes também, sendo elas: estruturada, com uma ordem rígida; semiestruturada, quando o objetivo é obter dados de diferentes entrevistados que podem ser comparados, passível de ter flexibilidade na ordem; não estruturada, quando as questões aparecem no decorrer da conversa, sem uma ordem predefinida.

No que concerne à recolha de dados primários, realizou-se um inquérito por questionário (Apêndice II), elaborado pelo autor. Quivy e Campenhoudht (2008) afirmam que o questionário consiste numa técnica de observação direta extensiva, especialmente adequada para conhecer determinadas características de uma população ou estudar fenômenos sociais.

Os mesmos autores acrescentam que os questionários são um instrumento de observação não participante, com base em uma sequência de questões escritas, que são formuladas a um conjunto/grupo de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações, sobre eles o meio onde estão inseridos.

Os questionários foram realizados de forma presencial com o autor e conduzidos em duas fases, sendo a primeira realizada antes do início da explicação sobre abordagem atual, necessidades não atendidas e novos tratamentos para dislipidemias e a segunda fase após o encerramento da explicação e realizado no máximo em 10 minutos de acordo com o conceito de NeuroMarketing, no período compreendido entre o dia 27 de setembro de 2015 a 31 de Dezembro de 2015, tendo utilizado como ferramenta slides em PowerPoint sobre os temas relacionados à dislipidemia.

Em relação ao NeuroMarketing, define-se o mesmo como uma interação interdisciplinar da psicologia, da neurociência e do Marketing, no qual a partir do escaneamento do cérebro seja possível observar as atividades cerebrais dos indivíduos e identificar quais áreas da mente é ativado quando expostos às marcas, imagens e propagandas comerciais (Soares Neto e Alexandre, 2007).

Existem métodos capazes de explorar as experiências inconscientes dos consumidores, tornando-se úteis quando as percepções e as reações inconscientes e conscientes, referentes a um mesmo evento, são diferentes (Soares Neto e Alexandre, 2007). Zaltman (*cit. in* Soares Neto e Alexandre 2007) apresenta duas técnicas utilizadas na identificação de reações dos quais os consumidores não têm consciência ou que relatam de maneira inadequada, quando utilizam métodos de pesquisa convencionais. A primeira técnica é a monitoração da latência das respostas, a fim de evitar as contradições nas respostas dos entrevistados. Segundo Zaltman (*cit. in* Soares Neto e Alexandre 2007), essa técnica, através de computador, verifica quanto tempo os pesquisados demoram para responder a certos pares de palavras ou imagens. A relativa rapidez da resposta pode sugerir a presença ou ausência de “ruído” no pensamento e sentimento dos entrevistados, que não seriam detectados por outros meios.

O segundo método são as técnicas de neuroimagem. Os avanços nas ciências do cérebro vêm difundindo novas perguntas e respostas acerca das atividades da mente. Para Kosslyn e Rosenberg (*cit. in* Soares Neto e Alexandre 2007) as técnicas de neuroimagem escaneiam o cérebro e produzem figuras da estrutura ou do funcionamento dos neurônios. De acordo com Huttenlocher (*cit. in* Soares Neto e Alexandre 2007), através da neuroimagem os pesquisadores serão capazes de observar diretamente as atividades cerebrais, enquanto os indivíduos se envolvem em várias atividades mentais, ou seja, determinar quais áreas do cérebro são ativadas durante o processo decisório.

O questionário (Apêndice II) foi constituído por um total de 13 perguntas na primeira fase e 15 fases na segundo fase. As questões de 1 a 6 referem-se às necessidades não

atendidas em dislipidemias, *guidelines* nacionais e internacionais e tratamento *standart* da dislipidemias. As questões 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 abordam a pro-proteína PCSK9, seus inibidores, suas indicações e estudos clínicos relacionados à essa nova classe de medicamentos. As questões 14 e 15 da segunda fase dizem respeito ao papel do Gestor Médico Científico (MSL) na indústria farmacêutica.

No questionário foi utilizada uma escala par (de 1 a 4) em detrimento da Likert (de 1 a 5) por tratar-se de uma população específica de médicos cardiologistas e endocrinologistas conhecedores da doença em voga no estudo. A escala em questão exige que os participantes indiquem o grau de concordância ou discordância perante afirmações, o grau inferior era “discordo totalmente” e o superior é “concordo totalmente”. Foi inicialmente utilizado outro tipo de mediação para que os participantes pudessem citar as moléculas pertencentes à classe dos inibidores da PCSK9, sendo selecionadas para tais questionamentos as medidas de escala, nominais e ordinais.

Em relação às escalas de classificação anteriormente citadas, é válido apresentar a opinião de Malhota (2004) que define uma escala de classificação por itens, como uma escala de medição que apresenta números ou descrições sucintas associadas a categorias, enquanto as escalas de Likert são consideradas como escalas de medida com cinco categorias e respostas que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Desta forma exige aos participantes um grau de concordância ou de discordância com cada uma da serie de afirmações. Ainda seguindo a linha de pensamento estabelecido pelo autor, é importante destacar que a escala Likert possui diversas vantagens, entre elas a facilidade de construção e aplicação, assim como o entendimento por parte dos entrevistados.

As suas desvantagens, no entanto, abrangem a exigência de um maior tempo para ser finalizada do que outras escalas de classificação por itens, haja vista que os inquiridos precisam ler atentamente cada uma das afirmações.

**Tabela 3: Objetivos do estudo e questões**

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Questões
1. Avaliar o papel do Gestor Médico Científico no pré-lançamento de um novo fármaco pela IF.	<p>1.1 Averiguar se o <i>Marketing</i> de relacionamento é importante nessa fase de desenvolvimento de um novo fármaco.</p> <p>1.2 Identificar se o NeuroMarketing é uma ferramenta adjuvante na fase de pré-lançamento de um novo fármaco.</p>	Q1 a Q13
2. Analisar o grau de conhecimento por parte de médicos cardiologistas e endocrinologistas no que diz respeito às necessidades não atendidas em dislipidemias ( <i>unmet needs</i> ).	<p>2.1 Verificar o conhecimento médico a respeito da importância da redução dos níveis de LDL.</p> <p>2.2 Identificar a concordância dos médicos no que concerne a importância dos pacientes com quadro prévio de DCAV apresentarem níveis de LDL-C menor que 70 mg/dl.</p> <p>2.3 Averiguar se as estatinas são suficientes para o paciente alcançar a meta desejável de LDL-C.</p> <p>2.4 Identificar a concordância dos médicos no que diz respeito a prática de associação de outras terapias hipolipemiantes, com ou sem estatinas, são eficazes para atingir as metas de LDL-C.</p> <p>2.5 Verificar a opinião dos médicos se as estatinas são suficientes para o tratamento de pacientes em prevenção secundária.</p> <p>2.6 Averiguar se os médicos conhecem os fatores de risco para DCVA.</p> <p>2.7 Identificar se os médicos consideram importante explicar os fatores de risco e o tratamento para seus pacientes.</p> <p>2.8 Aferir se os médicos, em sua prática clínica diária, buscam a prescrição da dose máxima de estatina tolerada pelo paciente e, quando necessário, associam outras terapias hipolipemiantes.</p>	Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6

<p>3. Analisar o grau de conhecimento por parte dos médicos no que diz respeito a pro-proteína PCSK9.</p>	<p>3.1 Averiguar o conhecimento médico sobre o local onde é produzida a pro-proteína PCSK9 e seu sítio de atuação. 3.2 Averiguar o conhecimento médico sobre a produção da PCSK9 no hepatócito e seus efeitos sobre o receptor de LDL-c e no LDL-c plasmático.</p>	<p>Q10</p>
<p>4. Verificar o grau de conhecimento dos médicos no que concerne os inibidores da PCSK9 como nova classe de medicamentos para redução do colesterol, principalmente no LDL-c.</p>	<p>4.1 Verificar o conhecimento dos médicos acerca do diagnóstico de pacientes com hipercolesterolemia familiar. 4.2 Aferir o conhecimento dos médicos no que diz respeito aos principais cenários de pacientes candidatos para utilizar os inibidores da PCSK9. 4.3 Aferir o conhecimento médico sobre as moléculas que pertencem a essa nova classe de medicamentos. 4.4 Identificar o conhecimento médico no que diz respeito as principais indicações dos inibidores da PCSK9. 4.5 Verificar se há interesse, por parte dos médicos, em conhecer os estudos clínicos que envolvem os inibidores da PCSK9. 4.6 Averiguar se o médico considera importante o uso de drogas injetáveis como fator determinante de adesão ao tratamento da dislipidemia. 4.7 Identificar se o fator custo de uma nova droga é importante para a prescrição médica.</p>	<p>Q7 Q8 Q9 Q11 Q12 Q13</p>

**Fonte: autor**

Ainda referente ao questionário (Apêndice II), vale ressaltar que todas as questões são de caráter afirmativo. Saliento que a opção para essa pesquisa foi a de uma escala par (de 1 a 4) em detrimento à convencional de Likert (de 1 a 5) por tratar-se de uma população específica de médicos cardiologistas e endocrinologistas conhecedores da doença em voga no estudo.

#### **4.9.7. Técnicas de Análise de Dados**

A existência de uma estratégia de análise de dados é essencial para a qualidade da investigação. Uma estratégia possível é fundamentá-la nas proposições teóricas em que se basearam os objetivos, questões e estratégia da investigação. Como já fora citado anteriormente, as questões de investigação orientaram a recolha e análise dos dados, permitindo dar relevância a uns e ignorar outros (Yin, 2005).

#### **4.10. Notas Conclusivas**

Nesse capítulo, apresentou-se a metodologia de investigação trabalhada no estudo em questão. Após a identificação do problema e a definição das questões de investigação e objetivos de pesquisa, foi selecionado o método de recolha de informação, de modo a conseguir obter uma melhor percepção da realidade a estudar o impacto científico do Marketing de relacionamento na indústria farmacêutica.

Dessa forma, a pesquisa é constituída por uma natureza mista, pois apresenta um padrão exploratório com um modelo descritivo. Além disso, é vital ressaltar que o método de recolha de dados/informação apresenta uma abordagem, em sua maioria, qualitativa, ainda que tenha sido necessário o cruzamento com as abordagens quantitativas.

No seguinte capítulo será efetuada a análise e discussão de resultados obtidos pelos questionários e inquéritos.

## **CAPÍTULO V - ANÁLISE E DISCUSÃO DE RESULTADOS**

### **5.1. Nota Introdutória**

Após a recolha de dados, dar-se-á continuidade à apresentação do grupo alvo de participantes nessa pesquisa, com base na recolha de dados primários.

Os dados recolhidos por meio do questionário passarão por um processo de validação e posterior inserção, tratamento e análise estatística, sendo transferidos para uma folha de cálculo do programa Excel e, em seguida, conduzidos para o programa SPSS na versão 22.

Em seguida, será realizada uma caracterização da amostra para logo após conduzir a análise dos dados recolhidos, utilizando a estatística descritiva (média e desvio padrão). Será feita também uma avaliação da confiabilidade da escala utilizando Teste-T e Qui-Quadrado. Finalmente, a discussão de todos os resultados será, então, realizada.

### **5.2. Entrevista Exploratória**

Em um primeiro momento, foi realizada uma entrevista (Apêndice I), elaborada pelo autor, direcionada para um Líder de Opinião em dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia, tendo como objetivo principal averiguar o conhecimento científico referente aos novos tratamentos para dislipidemia e conhecimento dos inibidores da PCSK9, apresentando questões abertas relacionadas a esse tema. O tipo de entrevista era semiestruturada com perguntas pré-elaboradas de forma subjetiva, sendo ela realizada no dia 26 de agosto de 2015. Após a entrevista e a confecção do questionário, foi realizado um piloto com dois médicos, o primeiro cardiologista e o segundo, um endocrinologista, onde ambos responderam às questões, informando um *feedback* positivo.

Segundo Cohen (2000), as técnicas de entrevista permeiam variados graus que podem relacionar o número de sujeitos inquiridos, os temas em análise e a estruturação dessas. O primeiro tipo divide-se em individual e em grupo. Quando o objetivo é recolher informação sobre o entrevistado, podendo não seguir uma ordem rígida é individual. Em grupo é quando o objetivo visa recolher informações de vários participantes e suas características comuns (Cohen, 2000).

O segundo tipo segrega-se em um eixo direto, onde o rumo da entrevista é rígido, com a sequência seguindo uma lógica; semidireto, com o entrevistador conhecendo os temas, mas a ordem e a forma de questionar são livres; não direta, quando o entrevistado é convidado a organizar o seu discurso a partir de uma tema e o entrevistado só intervém para encorajar. O último tipo relaciona-se em três partes também, sendo elas: estruturada, com uma ordem rígida; semiestruturada, quando o objetivo é obter dados de diferentes entrevistados que podem ser comparados, passível de ter flexibilidade na ordem; não estruturada, quando as questões aparecem no decorrer da conversa, sem uma ordem predefinida.

Em um primeiro momento, a presente pesquisa baseou-se numa entrevista semiestruturada com perguntas abertas direcionadas a um professor do Instituto Nacional do Coração, situado na cidade de São Paulo do estado de São Paulo, Brasil. O Incor é um hospital público universitário de alta complexidade, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíaca e torácica. Além de ser um polo de atendimento, desde a prevenção até o tratamento, o Instituto do Coração também se destaca como um grande centro de pesquisa e ensino. O Incor é parte do Hospital das Clínicas e campo de ensino e de pesquisa para a Faculdade de Medicina da USP. Para a manutenção de sua excelência, o Instituto conta com o suporte financeiro da Fundação Zerbini, entidade privada sem fins lucrativos.

O Instituto do Coração foi oficializado pelo Decreto-Lei nº 42.817 de 1963, que o denominava Instituto de Doenças Cardiopulmonares. Sua concepção como um centro de excelência no ensino, pesquisa e assistência em cardiologia, pneumologia e cirurgias

cardíaca e torácica, no entanto, data da década de 50, época em que a cardiologia, tanto no Brasil quanto no exterior, iniciava seus primeiros passos como especialidade. Capitaneados pelos professores Euryclides de Jesus Zerbini, na cirurgia, e Luiz Venere Décourt, na clínica, um grupo de médicos da Clínica Médica do Hospital das Clínicas sonhava em construir um centro de referência para a formação de novos especialistas e para o desenvolvimento de técnicas e tecnologias básicas para a prática da cardiologia no país.

O primeiro transplante da América Latina e um dos primeiros do mundo, em 1968, realizado pelas equipes dos doutores Zerbini e Décourt, deu impulso singular ao ideal desses jovens. O episódio possibilitou reunir energias dispersas, articular iniciativas políticas e recursos para que as obras do prédio do Instituto fossem iniciadas em 1969, com conclusão em 1975. Dois anos mais tarde, em 10 de janeiro de 1977, com a operacionalização de seu Ambulatório, o Incor deu início ao atendimento a pacientes, que teve impulso significativo a partir da criação da Fundação Zerbini, em 1978, como órgão de apoio às atividades do Instituto.

O referido professor faz parte da equipe do ambulatório de lípidos do Incor. A entrevista ocorreu no dia 26 de agosto de 2015. Os tópicos que foram abordados permeavam assuntos entre necessidades não atendidas em dislipidemias (*unmet needs*), onde explorou-se a necessidade de uma educação médica no Brasil para a otimização do diagnóstico e tratamento da doença. O professor comentou que *“é importante que os médicos conheçam e utilizem os guidelines nacionais e internacionais, assim como a busca por uma meta adequada de LDL-c de acordo com a estratificação de risco do paciente.”*

O professor do Incor relatou que *“o uso das estatinas, principal tratamento padrão (standart) atual para o tratamento de dislipidemias, não é suficiente para alcançar o valor desejável do LDL-c.”*

O professor ressaltou ainda que *“a intolerância às estatinas é um assunto de vital relevância para a adesão ao tratamento, pois os pacientes referem que qualquer dor muscular é consequência das estatinas, o que não é verdade.”*

O professor também mencionou *“é de suma importância levar ao conhecimento de cardiologistas e endocrinologistas, principais médicos que tratam essa patologia, os novos tratamentos para dislipidemia com foco nos inibidores da PCSK9, sendo que para tal também é necessário explicar o que é a pró-proteína PCSK9, seu local de atuação e seu efeito sobre o LDL-c.”* Outro ponto que fora salientado durante a entrevista foi a importância do conhecimento sobre anticorpos monoclonais, sua via de administração, custo e segurança por tratar-se de uma nova classe de medicamentos.

Diante do exposto acima, elaborou-se o questionário utilizado na presente pesquisa com uma escala par (Ver Apêndice II) sendo uma variação da escala Likert. Foram respondidos 83 questionários por especialista em cardiologia e endocrinologia. O questionário, após ser elaborado, foi validado por outro especialista em dislipidemia, sendo ele também do Incor. A aprovação final desse conjunto de questões foi dada pelo professor António Cardoso da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

### **5.3. Análise dos Dados Quantitativos**

#### **5.3.1. Perfil da Amostra**

A população pode ser definida, em termos matemáticos, como o conjunto de todos os objetos com características as quais almejamos verificar, sendo a amostra um subconjunto finito da população. Segundo os mesmos autores, a amostragem apresenta diversas vantagens, podendo estar relacionadas com o baixo custo de obtenção de dados, com o tempo de obtenção de dados podendo ser consideravelmente reduzido, entre outros. É então necessário constituir a amostra para que se possam retirar conclusões que possam ser generalizáveis.

Assim foram distribuídos pelo autor, recolhidos e validados 83 questionários, o que representa o número total de médicos especialistas do grupo em estudo, o que permite afirmar que os dados podem ser analisados e tratados estatisticamente, sem que se verifiquem problemas.

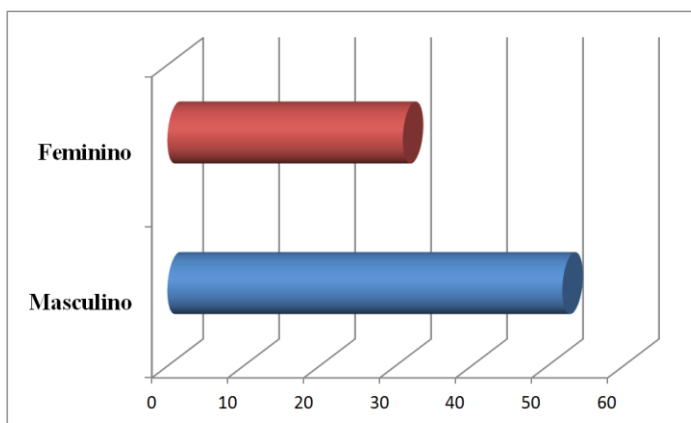
Como se pode observar no gráfico 1, a amostra é composta por indivíduos maioritariamente do sexo masculino possuindo 20 indivíduos, o que corresponde a 62,7% do total da amostra, por sua vez, o número de indivíduos do sexo feminino é de 31 elementos o que corresponde a 37,3% do total da amostra.

**Tabela 4: Gênero da amostra em frequência e porcentagem**

<b>GÊNERO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Masculino</b>	<b>52</b>	<b>62,7</b>
<b>Feminino</b>	<b>31</b>	<b>37,3</b>
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: autor**

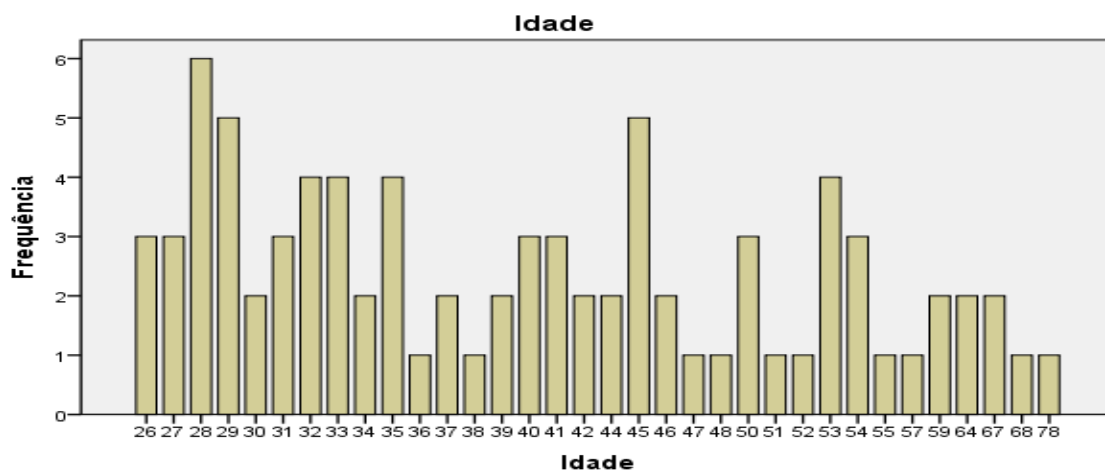
**Gráfico 1: Gênero da amostra**



**Fonte: autor**

No que diz respeito às faixas etárias da população em voga, tais dados encontram-se presentes no gráfico 2.

**Gráfico 2: Idade da amostra em frequência**



**Fonte: autor**

Em relação às idades dos indivíduos, a amostra varia entre os 26 anos e 78 anos, com média de idade da amostra de 41,10 anos.

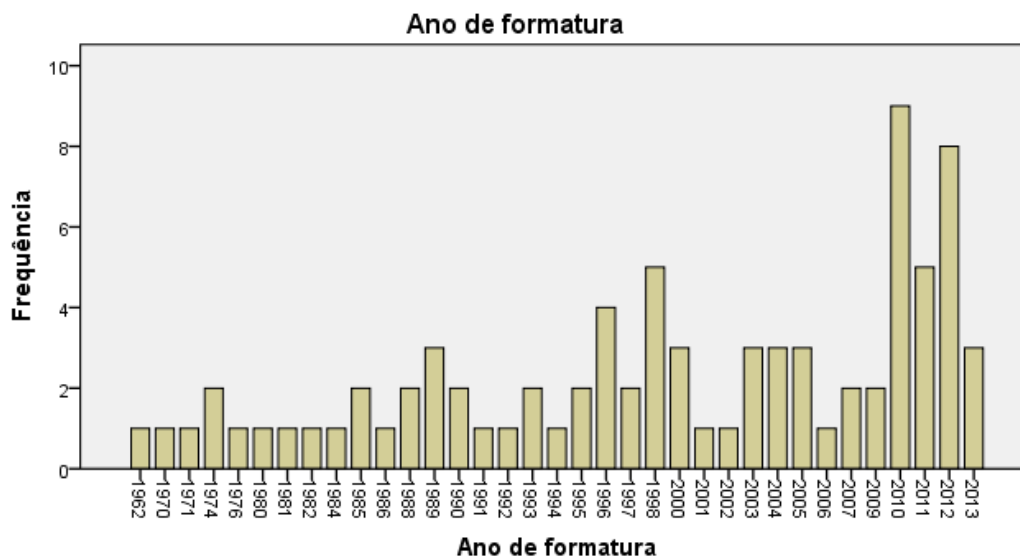
Observando agora o ano de formatura da amostra em estudo, observa-se a maioria formou-se no ano de 2010 segundo a análise do modo da amostra em voga. Além disso, é evidente que os anos de formatura variam entre o ano de 1962 e o ano de 2013. Tais dados encontram-se presente na tabela 5 e no gráfico 3.

**Tabela 5: Ano de formatura da amostra**

SITUAÇÃO	QUANTIDADE
Válido	82
Ausente	1
SITUAÇÃO	ANO
Modo	2010
Mínimo	1962
Máximo	2013

**Fonte: autor**

**Gráfico 3: Ano de formatura da amostra**



**Fonte: autor**

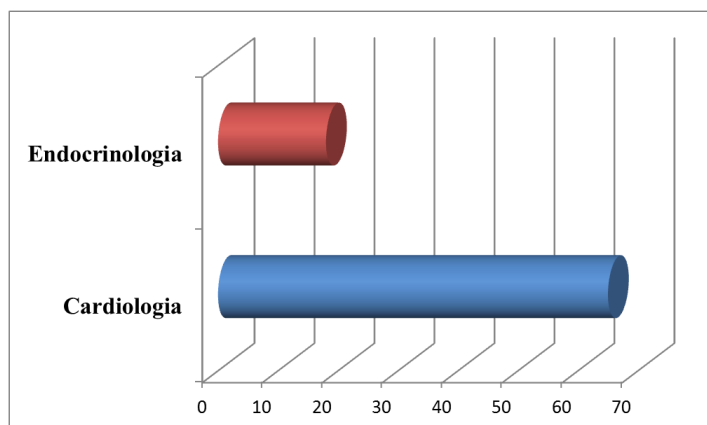
Em relação às especialidades médicas, a tabela 6 demonstra que a amostra é composta, em sua maior parte, por médicos cardiologistas, com 65 indivíduos, o que corresponde a 78,3% do total da amostra, sendo que o número de endocrinologistas é de 18 indivíduos, correspondendo esse valor a 21,7% do total da amostra.

**Tabela 6: Especialidade Médica da amostra**

ESPECIALIDADE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
<b>Cardiologia</b>	<b>65</b>	<b>78,3</b>
<b>Endocrinologia</b>	<b>18</b>	<b>21,7</b>
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: autor**

**Gráfico 4: Especialidade médica da amostra**



**Fonte: autor**

Observa-se, em relação à especialidade médica da amostra em estudo no gráfico, que a maioria é composta por cardiologistas. É muito importante e pertinente salientar que no Brasil existem 13.420 cardiologistas e apenas 4.396 endocrinologistas, o que reflete os dados encontrados na amostra da pesquisa em voga (Scheffer, 2013).

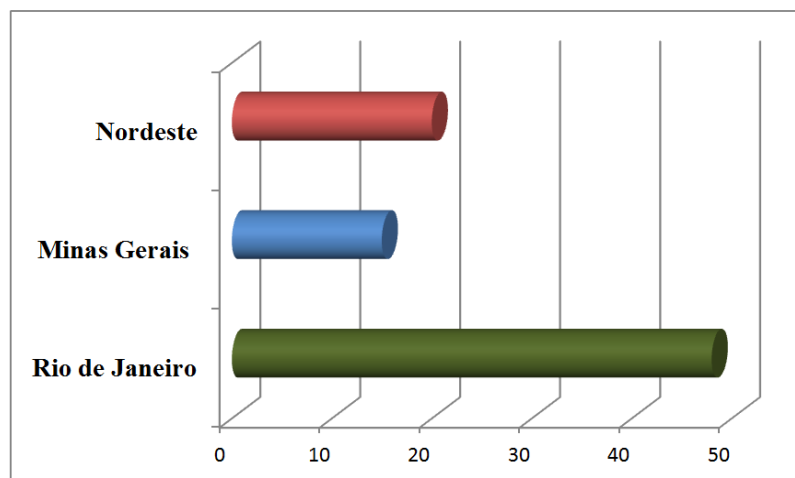
No que tange às regiões abordadas na presente pesquisa, estas foram tratadas na tabela 7 e no gráfico 5 abaixo.

**Tabela 7: Número de médicos por regiões do Brasil**

<b>CIDADES</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>48</b>	<b>57,8</b>
<b>Minas Gerais</b>	<b>15</b>	<b>18,1</b>
<b>Nordeste (Fortaleza, Salvador e Recife)</b>	<b>20</b>	<b>24,1</b>
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: autor**

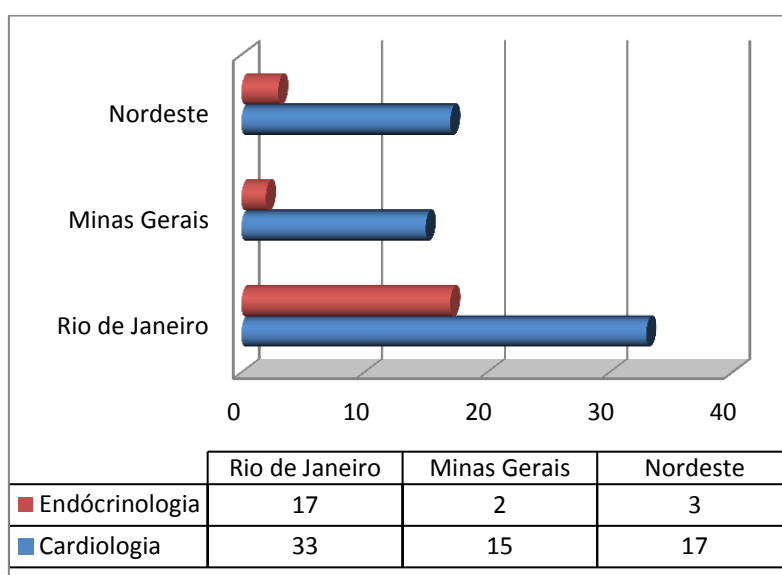
**Gráfico 5: Número de médicos por regiões do Brasil**



**Fonte: autor**

A tabela 7 e o gráfico 5 deixam claro que a maioria dos médicos inquiridos reside no Rio de Janeiro, com 48 sujeitos e uma porcentagem de 57,8%. O restante dos médicos está distribuído entre Minas Gerais e parte do Nordeste que abrange Fortaleza, Salvador e Recife. No caso de Minas Gerais, são 15 médicos, com uma porcentagem de 18,1% do total, enquanto que nessa porção do Nordeste são 20 médicos, com uma porcentagem de 24,1%.

**Gráfico 6: Frequência de especialistas por região**



**Fonte: autor**

O gráfico 6 representa a quantidade de especialistas distribuídos pelas três regiões analisadas.

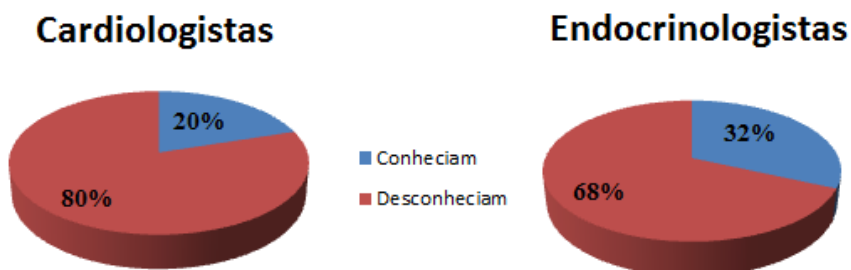
### 5.3.2. Análise Descritiva dos Dados

Após realizar a apresentação da amostra em pesquisa, dar-se-á início à análise estatística dos dados recolhidos por meio dos questionários. Dessa forma, estes serão analisados e comentados de acordo com os resultados estatísticos obtidos, para tornar possível o desenvolvimento de conclusões da pesquisa.

Tendo sido efetuada a caracterização da amostra em estudo, inicia-se a descrição dos dados obtidos no questionário, recorrendo à estatística descritiva, utilizando-a para descrever dados por meio de recursos estatísticos como a média, a moda e o desvio padrão.

Antes do tratamento dos dados no SPSS, estes foram encaminhados inicialmente para o programa EXCEL com o intuito de analisar a primeira fase do questionário, obtendo informações de grande valia para a presente pesquisa.

**Gráfico 7 - Percentual de conhecimento acerca da pro-proteína PCSK9 e seus inibidores na primeira fase do questionário**

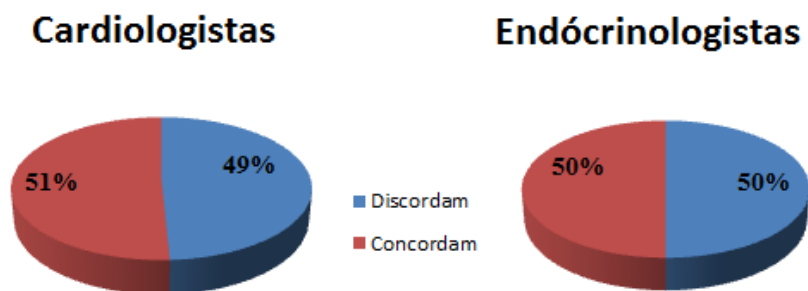


Fonte: autor

Com a análise do gráfico 7 referente à primeira fase da pesquisa, percebe-se que a grande maioria dos médicos, independente da especialidade, desconhecia o tema abordado pelo autor antes da explicação, ou seja, o conhecimento acerca da pro-proteína PCSK9 e seus inibidores como nova classe de medicamentos para tratamento da dislipidemia. Esse dado impulsionou o autor a realizar uma explicação detalhada e minuciosa sobre o assunto, para que, após o término da explicação, os inquiridos pudessem responder as mesmas questões da segunda fase do questionário em até 10 minutos. Esse tempo máximo estimulado foi utilizado na pesquisa em voga devido ao fato de que através do conhecimento do NeuroMarketing, quanto mais rápido a resposta após um aprendizado, maior a chance das respostas refletirem a verdade (Vide as explicações detalhadas no capítulo II sobre NeuroMarketing).

Esse fato reflete, que pelo fato do Brasil ser um país continental, nem todos os médicos têm acesso à atualização científica, pois é bastante elevado o custo para estar presente nos principais Congressos de Cardiologia e Endocrinologia, reforçando a importância do gestor médico científico na educação médica continuada.

**Gráfico 8 - Percentual de concordância acerca das necessidades não atendidas em dislipidemias na primeira fase do questionário**



**Fonte: autor**

Com a análise do gráfico 8 referente à primeira fase do questionário, percebe-se que a metade dos médicos, independente da especialidade, concordou com as questões afirmativas sobre as necessidades não atendidas em dislipidemias, as quais foram compiladas na seguinte afirmação: “Na prática clínica diária, as estatinas associadas ao

ezetimibe, fibratos, ômega 3 e óleo de linhaça são suficientes para alcançar as metas de LDL-c preconizadas em pacientes classificados como de alto risco, conforme ditam os guidelines nacionais e internacionais em pacientes com dislipidemia”. Sobre essa afirmação cientificamente incorreta, foi indagado se os médicos concordavam ou discordavam dessa afirmação, gerando os dados presentes no gráfico 8. Essa afirmação relaciona-se com as questões 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Esse fato reflete, que pelo fato do Brasil ser um país continental, nem todos os médicos têm acesso à atualização científica, pois é bastante elevado o custo para estar presente nos principais Congressos de Cardiologia e Endocrinologia, reforçando a importância do gestor médico científico na educação médica continuada.

Assim que concluída tal fase inicial, durante o tratamento das questões dos questionários no programa SPSS, elas foram trabalhadas de forma a considerar duas condições: alterar a resposta ou não alterar a resposta. Na primeira fase, o entrevistado, antes da explicação, assinalava uma das quatro opções em cada uma das treze questões, indicando o seu grau de concordância por meio de uma escala em que “1” significa “Discordo plenamente”, “2” “Discordo parcialmente”, “3” “Concordo parcialmente” e “4” Concordo plenamente”.

Na segunda fase, as 13 primeiras questões eram idênticas as da primeira e exigiam o mesmo procedimento de resposta, com uma única diferença baseada na existência de uma explicação por meio de slides acerca da temática das questões, sendo todos os slides referenciados em revistas internacionais e validados em todo o mundo, utilizando o programa PowerPoint.

Em seguida, notou-se que existiu uma grande mudança de respostas entre as fases, o que conduziu o guião do tratamento dos dados no programa SPSS para definir, nas variáveis de cada questão, a seguinte simbologia: “0” para quem alterou a resposta entre a segunda e a primeira fase e “1” para quem não alterou a resposta entre a segunda e a primeira fase. Segue a figura 14 como um exemplo do método supracitado.

**Figura 12: Exemplo de um entrevistado com seus dados alimentados no SPSS com as suas respectivas simbologias nas questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8**

q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8
1	1	1	0	0	1	1	1

**Fonte: autor**

A figura 14 exemplifica que um dos entrevistados, na questão 1, recebeu a numeração “1” por não ter alterado a sua resposta na segunda fase em comparação com a primeira, mas obteve a marcação “0” para a questão 5 por ter alterado a sua resposta em comparação com a primeira. Todos os 83 médicos inquiridos também foram qualificados nas questões da mesma forma.

**Tabela 8: Frequências e porcentagens de mudanças de resposta**

	Alterou a resposta		N. alterou a resposta		Mo.	D.p.	Mé.
	F.	%	F.	%			
q1	18	21,7	65	78,3	1	0,415	0,78
q2	21	25,3	62	74,7	1	0,437	0,75
q3	19	22,9	64	77,1	1	0,423	0,77
q4	41	49,4	42	50,6	1	0,503	0,51
q5	33	39,8	50	60,2	1	0,492	0,6
q6	26	31,3	57	68,7	1	0,467	0,69
q7	24	28,9	59	71,1	1	0,456	0,71
q8	47	56,6	36	43,4	0	0,499	0,43
q9	15	18,1	68	81,9	1	0,387	0,82
q10	60	72,3	23	27,7	0	0,45	0,28
q11	64	77,1	19	22,9	0	0,423	0,23
q12	48	57,8	35	42,2	0	0,497	0,42
q13	7	8,4	76	91,6	1	0,28	0,92

**Fonte: autor**

É válido notar que, na tabela 8, há frequências (F.) e porcentagens (%) de quantos médicos alteraram suas respostas nas 13 questões e, de mesmo modo, há frequências (F.) e porcentagens (%) de quantos médicos não alteraram suas respostas nas 13 questões.

A moda (Mo.) é o valor que mais aparece num conjunto de dados. No caso da tabela, as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 obtiveram valor 1 para a moda, indicando que a maior parte dos médicos não alterou suas respostas entre a primeira fase e a segunda fase. A média (Mé.) dessas mesmas questões também indica uma maior tendência desse quadro de não alteração nas respostas, uma vez que com o valor da média mais próximo do 1, como, por exemplo, na questão 1, de média 0,78, onde há, então, mais médicos que obtiveram a marcação 1.

Nas questões 8, 10, 11 e 12, a moda foi 0 e os valores das médias também foram próximos de 0, o que indica que nelas houve um grande número de marcações “0”, indicando que muitos médicos inquiridos alteraram suas respostas entre a primeira e a segunda fase. Tal fato indica que, nessas questões, o impacto do Gestor Médico Científico com o Marketing de relacionamento foi positivo.

Vale ressaltar também que há uma alteração significativa na porcentagem de médicos que alteraram as respostas nas questões 8, 10, 11 e 12, corroborando a afirmação supracitada.

Em seguida, percebeu-se que existe também uma relação matemática de soma passível de ser aplicada como uma variável no programa SPSS, a qual foi denominada *variação*. Notou-se que caso um médico alterasse todas as suas respostas, ele naturalmente receberia a marcação “0” em todas as variáveis relativas às questões. Com isso, a soma de todas as marcações obtidas nas suas 13 questões daria uma nota “0” após a soma, consideravelmente baixa e que significaria, então, ausência de conhecimento científico acerca do assunto. Da mesma forma, se esse mesmo médico não alterasse nenhuma de suas questões, a marcação “1” seria predominante e ele totalizaria 13 pontos após a soma, sendo essa uma nota consideravelmente alta, demonstrando pleno conhecimento científico do assunto.

**Figura 13: Exemplo da atuação da variável *variação***

q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8
1	1	1	0	0	1	1	1

**Fonte: autor**

Um exemplo da atuação da variável *variação* pode ser aplicado na figura 15. Sua ideia é basicamente a de somar as marcações das 13 questões (q1 até a q13).

Dessa forma, criou-se uma nota de corte a qual poderia definir um limite para considerar a existência significativa ou não de conhecimento científico do assunto. Essa pontuação foi de 8 pontos, sendo que aqueles que obtivessem uma nota igual ou menor a 8 mudaram significativamente de opinião por ter alterado um número relativamente alto de questões entre as respostas da primeira e segunda fase. De mesmo modo, aqueles que receberam pontuação maior que 8 não mudaram significativamente de opinião por terem mantido iguais as suas respostas entre a primeira e a segunda fase. A base para análise das notas foi a variável *variação*.

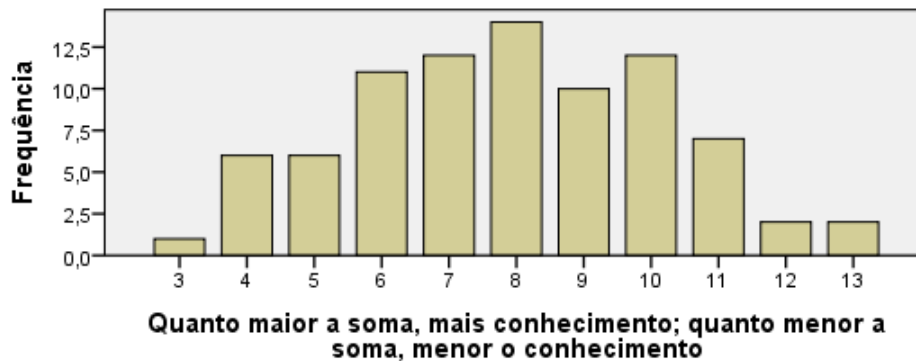
A variável *variação* (ou *variação*), como já fora citada, trabalha, em escala, o grau de conhecimento dos entrevistados. Ela é a variável responsável por realizar a soma de todas as marcações atribuídas nas 13 questões de cada um dos médicos inquiridos, para que em seguida a nota de corte possa ser analisada. A variável *variação* indica ainda que quanto maior for a soma obtida, maior o conhecimento do entrevistado acerca do assunto antes da explicação, e quanto menor a soma obtida, menor o conhecimento do entrevistado acerca do assunto antes da explicação.

**Tabela 9: Variável *variação***

SITUAÇÃO	QUANTIDADE
Válido	83
Ausente	0
SITUAÇÃO	VALOR
Média	7,90
Modo	8
Desvio Padrão	2,299

Fonte: autor

**Gráfico 9 - Variável *variação***



Fonte: autor

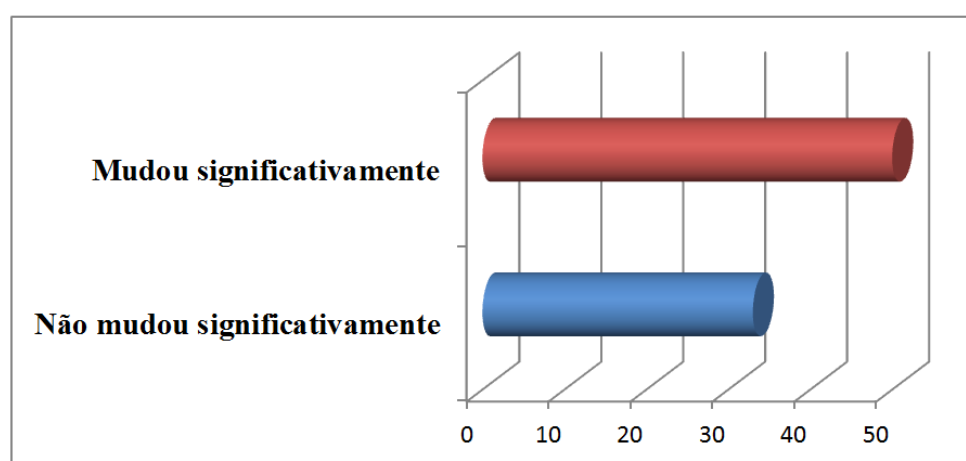
Outra variável é a *conhec* ou conhecimento, que trata em escala nominal quem obteve pontuação acima da nota de corte 8 e quem obteve abaixo dessa nota. Aqueles que obtiveram pontuação acima de 8 indica também que não mudaram significativamente de opinião por apresentar elevado conhecimento científico do assunto. Aqueles que, por outro lado, obtiveram pontuação abaixo de 8 indica que mudaram significativamente de opinião por não apresentar elevado conhecimento científico do assunto antes da explicação dada pelo autor.

**Tabela 10: Variável *conhec***

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Não mudou significativamente</b>	<b>33</b>	<b>39,8</b>
<b>Mudou significativamente</b>	<b>50</b>	<b>60,2</b>
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: autor**

**Gráfico 10: Variável *conhec***



**Fonte: autor**

Para a presente pesquisa, percebeu-se que 33 médicos inquiridos não mudaram significativamente de opinião após a explicação científica dada pelo autor, representando 39,8% da amostra, enquanto que 50 médicos inquiridos mudaram significativamente de opinião após a explicação científica dada pelo autor, representando 60,2% do total da amostra. Em cima desse fato, percebe-se que há um impacto científico do Gestor Médico Científico através do Marketing de relacionamento e NeuroMarketing no que tange ao pré-lançamento de uma nova classe de medicamentos para tratamento da dislipidemia.

No programa SPSS, um exemplo de uma variável nominal é o gênero: ou se é do sexo masculino ou do sexo feminino (as categorias são mutuamente exclusivas) e uma das categorias qualifica exhaustivamente o indivíduo. Podem utilizar-se números para identificar as categorias de uma medida. Por este motivo a variável assume um tipo numérico: “0” para masculino e “1” para feminino. No caso da variável estado civil, as categorias podem assumir os seguintes valores: “1”= solteiro; “2”=casado; “3”=divorciado; “4”= viúvo. A utilização de números facilita a introdução dos dados no SPSS, poupando tempo e esforço.

Ainda referente ao programa supracitado, numa variável ordinal, para além de serem mutuamente exclusivas e exaustivas, as categorias indicam uma ordem de magnitude. A variável habilitações literárias é um bom exemplo. Identificando as categorias com números, teremos: “1”= 4º ano; “2”=9º ano; “3”=12º ano; “4”= curso profissional; “5”= ensino superior. Sabemos que um indivíduo da categoria 2 apresenta-se numa ordem superior a outro da categoria 1. Não significa, no entanto, que o valor 2 seja o dobro do valor 1; assim como não significa que a diferença entre as categorias 2 e 3 seja igual à diferença entre as categorias 4 e 5.

Por fim, um exemplo de uma variável escalar são os graus de temperatura em Celsius. Uma diferença de cinco valores é igual em qualquer ponto da escala, quer seja entre o 16 e o 21, quer seja entre o 36 e o 41.

### **5.3.3. Comparação das Médias**

Com o intuito de analisar e identificar diferenças entre variáveis (variação e conhecimento) recorreu-se ao “teste t” para realizar a comparação de médias. O teste-t permite comparar médias da amostra com a população ou de amostras independentes ou duas médias da mesma amostra. O teste-t somente permite comparar duas médias.

**Tabela 11: Comparação de médias por Teste-T**

**Teste de amostras independentes**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Quanto maior a soma, mais conhecimento; quanto menor a soma, menor o conhecimento	Variâncias iguais assumidas	3,768	,056	12,937	81	,000	3,832	,296	3,243	4,422
	Variâncias iguais não assumidas			13,545	77,986	,000	3,832	,283	3,269	4,395

Por ser maior que 0,05, observa-se esse valor

Esse número deve ser e é menor que 0,05

**Fonte: autor**

Como exemplificado na tabela 11, o valor da significância do teste-t, por ser inferior a 0,05 (0,000) diz que há diferenças entre as médias e, por tal, assume uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis *variação* e *conhec*. Além disso, o teste de Lavene diz que as médias são homogêneas por sig. ser maior que 0,05 (0,056).

### 5.3.4. Teste do Qui-Quadrado para Variáveis Nominiais ou Ordinais

O teste do Qui-Quadrado de independência verifica se existe ou não relação entre duas variáveis. Sua análise baseia no valor da significância: se o valor da sig. for inferior a 0,05 as variáveis são dependentes.

**Tabela 12: Teste do Qui-Quadrado**

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	83,000 <sup>a</sup>	10	,000
Razão de verossimilhança	111,556	10	,000
Associação Linear por Linear	55,256	1	,000
N de Casos Válidos	83		

**Este valor deve ser e é menor que 0,05**

**Fonte: autor**

A tabela 12 indica que a significância é menor que 0,05 (0,000), provando que há significância estatística na dependência entre as variáveis *variação e conhec.*

Em suma, , percebe-se que após a análise dos dados da segunda fase do questionário, que 33 médicos inquiridos não mudaram significativamente de opinião após a explicação científica dada pelo autor, representando 39,8% da amostra, enquanto que 50 médicos inquiridos mudaram significativamente de opinião após a explicação científica dada pelo autor, representando 60,2% do total da amostra. Em cima desse fato, percebe-se que há um impacto científico do Gestor Médico Científico através do Marketing de relacionamento e NeuroMarketing no que tange ao pré-lançamento de uma nova classe de medicamentos para tratamento da dislipidemia.

A análise dos dados permitiu demonstrar estatisticamente através de dois testes de comparação das médias, sendo eles o “Teste t” com amostras independentes e o “teste do Qui-Quadrado”, que se evidenciou uma significância estatística entre duas variáveis relacionadas à alteração da resposta dos inquiridos entre a primeira e a segunda fase do inquérito por questionário, demonstrando a importância na educação médica através do

capital humano, aqui representado pelo Gestor Médico científico, utilizando como estratégias o Marketing de Relacionamento e o NeuroMarketing.

#### **5.4. Notas Conclusivas**

É imprescindível realizar, agora, um pequeno resumo dos tópicos abordados e analisados nesse capítulo. Foram analisados diversos dados, no que concerne ao impacto científico do Gestor Médico Científico junto a classe médica utilizando o Marketing de relacionamento através de dados estatísticos relacionados com a mudança de opinião após a explicação sobre os assuntos relacionados a dislipidemia, observando que existe significância estatística através dessa ferramenta de Marketing no pré-lançamento de uma nova classe de medicamentos na indústria farmacêutica.

De uma forma sucinta, o Gestor Médico Científico é um forte impulsionador da estratégia de Marketing no pré-lançamento de um produto farmacêutico num país onde a lei para a promoção no período de pré-lançamento é rigorosa. Porém, ainda é uma classe de profissionais com *um job description* pouco compreendido na IF no Brasil, no que diz respeito ao seu papel de contribuição nesse cenário.

Estando concluída a análise e discussão dos resultados obtidos, será efetuada no capítulo seguinte, um resumo dos principais dados obtidos, assim como a descrição das principais limitações encontradas no decorrer da investigação da temática bem como, recomendações para estudos futuros.

## **CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO**

### **6.1. Nota Introdutória**

Neste capítulo serão apresentadas e sintetizadas as principais conclusões da pesquisa de investigação obtidas após a aplicação dos testes estatísticos. No decorrer do capítulo serão ainda apresentadas as limitações e restrições obtidas no presente estudo.

O objetivo central do estudo foi o de estudar o impacto científico através do Marketing de Relacionamento relacionado ao pré-lançamento de uma nova classe de medicamentos na indústria farmacêutica, utilizando como ferramenta principal o capital humano através do Gestor Médico Científico, visando perceber quais os benefícios que resultam para os líderes das indústrias farmacêuticas no que tange às estratégias nessa fase de desenvolvimento de um novo produto.

A pesquisa em questão abordou nos capítulos descritos anteriormente conceitos sobre o Marketing farmacêutico, o Marketing de Relacionamento e uma síntese sobre os princípios do NeuroMarketing, onde foi possível entender peculiaridades dos mesmos. Em seguida, uma breve história sobre o mercado farmacêutico no Brasil foi abordada, e uma ênfase importante foi atribuída às etapas de pesquisa e desenvolvimento em novos fármacos na IF, tema de suma relevância para a pesquisa em voga, considerando-se que a mesma tem como tema central a fase de pré-lançamento de uma nova classe terapêutica.

No capítulo sobre a Metodologia da Investigação, encontra-se a descrição com conceitos sobre os tipos de pesquisas relacionados com o tema principal, assim como uma explicação detalhada de como o estudo foi realizado em cada etapa de sua estrutura.

Por último, procedeu-se à análise e discussão dos dados obtidos através da aplicação de testes de estatística, onde o software utilizado foi o SPSS versão 2.2.

Dessa forma, serão apresentados a seguir os principais resultados e conclusões obtidas nesta pesquisa. Serão abordados também as principais contribuições e implicações do estudo. Apresentar-se-á as limitações do estudo, sugerindo caminhos para investigações futuras, sendo por último apresentadas algumas considerações finais.

## **6.2. Principais Resultados e Conclusões**

Aqui serão apresentados os principais resultados obtidos e as principais conclusões da investigação.

Com base nos objetivos de investigação, a meta principal deste estudo fora alcançada, cuja base era verificar a mudança de opinião de médicos especialistas em cardiologia e endocrinologia no que concerne ao tema “necessidades não atendidas em dislipidemias” e “PCSK9 e seus inibidores”, avaliados através do impacto científico do Gestor Médico Científico nesse cenário, utilizando como ferramenta o Marketing de Relacionamento e o NeuroMarketing, abordando explicações através de slides com artigos científicos sobre o tema em questão. Para tal problemática, a pesquisa utilizou de inquéritos por meio de questionários em duas fases com a meta principal de verificar se os inquiridos mudariam de opinião acerca dos assuntos abordados pelo Gestor Médico Científico.

Conforme demonstrado previamente na seção da Metodologia e descrito na Introdução, o objetivo principal deu origem a quatro objetivos gerais, que passam a ser analisados em seguida com mais detalhes.

**Objetivo 1** - Avaliar o papel do Gestor Médico Científico no pré-lançamento de um novo fármaco pela IF.

Relacionado ao primeiro objetivo, esse se baseia em demonstrar o papel que o Gestor Médico Científico desempenha na fase de pré Lançamento de um novo fármaco no setor farmacêutico.

Diante deste primeiro, é que se desenharam os demais objetivos que foram abordados no estudo em questão, e se verificou que existe um impacto científico no papel deste gestor no pré lançamento de um novo fármaco para reduzir o colesterol no sangue de um indivíduo com dislipidemia. Os dados estatísticos que foram apresentados na presente pesquisa justifica tal afirmação.

**Objetivo 2** – Verificar o conhecimento por parte de médicos cardiologistas e endocrinologistas no que diz respeito às necessidades não atendidas em dislipidemias (*unmet needs*).

Relacionado ao segundo objetivo, esse se baseia com o grau de conhecimento que os indivíduos da amostra possuem em relação às *unmet needs* em dislipidemias, explorando as percepções que os inquiridos possuem sobre o tema supracitado.

Diante de tal objetivo, é importante salientar que cerca da metade dos respondentes, independente da especialidade, concordou com as questões afirmativas sobre as necessidades não atendidas em dislipidemias, as quais foram compiladas na seguinte afirmação: “Na prática clínica diária, as estatinas associadas ao ezetimibe, fibratos, ômega 3 e óleo de linhaça são suficientes para alcançar as metas de LDL-c preconizadas em pacientes classificados como de alto risco, conforme ditam os *guidelines* nacionais e internacionais em pacientes com dislipidemia”

Dessa maneira, salienta-se que metade dos indivíduos inquiridos não se encontra alinhados e em concordância com o tema denominado necessidades não atendidas em dislipidemias, uma vez que somente metade desses concorda com as afirmações do inquérito no que diz respeito a esse primeiro objetivo. Ressalta-se que essa evidência ocorreu na primeira fase do questionário, ou seja, antes da explicação do tema pelo autor.

Para enfatizar a relevância dessa afirmação que reuniu um grau dividido de concordância foi a de que o futuro para o tratamento ideal das dislipidemias requer uma educação médica rigorosa acerca das necessidades não atendidas referentes a essa patologia. Metade dos respondentes desconhecia a importância de alcançar metas de LDL-c, assim também como estratificar os riscos cardiovasculares de seus pacientes e consideram que somente as estatinas e outros hipolipemiantes já são suficientes para alcançar os objetivos de LDL-c no plasma dos pacientes.

### **Objetivo 3 – Conhecimento da pro-proteína PCSK9**

Ao analisar o terceiro objetivo, é essencial salientar que 80% dos médicos cardiologistas inquiridos e 68% dos endocrinologistas inquiridos desconheciam a PCSK9.

Esse dado impulsionou o autor a realizar uma explicação detalhada e minuciosa sobre o assunto, para que, após o término da explicação, os inquiridos pudessem responder as mesmas questões na segunda fase do questionário em até 10 minutos. Esse tempo máximo estipulado foi utilizado na pesquisa em voga, devido ao fato de que através do conhecimento do NeuroMarketing, quanto mais rápido a resposta após um aprendizado, maior a chance das respostas refletirem a verdade.

Este fato reflete que o Brasil, por ser um país continental e extenso, torna difícil o acesso à atualização científica dos médicos, pois é bastante elevado o custo para estar presente nos principais Congressos de Cardiologia e Endocrinologia, reforçando a importância do gestor médico científico na educação médica continuada.

**Objetivo 4** - Conhecimento dos inibidores da PCSK9 como nova classe de medicamentos para redução do colesterol, principalmente do LDL-c.

Este objetivo geral está interligado ao anterior, refletindo os mesmos dados citados anteriormente, ou seja, 80% dos médicos cardiologistas inquiridos e 68% dos endocrinologistas inquiridos desconheciam os inibidores da PCSK9, assim como desconheciam suas indicações, principais moléculas pertencentes a essa nova classe de medicamentos e a importância de se considerar o custo de uma droga injetável para tratamento de uma doença crônica, que é o caso das dislipidemias.

Este dado impulsionou o autor a realizar uma explicação detalhada e minuciosa sobre o assunto, para que, após o término da explicação, os inquiridos pudessem responder as mesmas questões na segunda fase do questionário em até 10 minutos. Esse tempo máximo estipulado foi utilizado na pesquisa em voga, devido ao fato de que através do conhecimento do NeuroMarketing, quanto mais rápido a resposta após um aprendizado, maior a chance das respostas refletirem a verdade.

Este fato reflete que o Brasil, por ser um país continental e extenso, torna difícil o acesso à atualização científica dos médicos, pois é bastante elevado o custo para estar presente nos principais Congressos de Cardiologia e Endocrinologia, reforçando a importância do gestor médico científico na educação médica continuada.

Contudo, percebe-se que após a explicação dos temas supracitados pelo autor e a análise dos dados da segunda fase do questionário, que 33 médicos inquiridos não mudaram significativamente de opinião após a explicação científica dada pelo autor, representando 39,8% da amostra, enquanto que 50 médicos inquiridos mudaram significativamente de opinião após a explicação científica dada pelo autor, representando 60,2% do total da amostra. Em cima desse fato, percebe-se que há um impacto científico do Gestor Médico Científico através do Marketing de relacionamento e NeuroMarketing no que tange ao pré-lançamento de uma nova classe de medicamentos para tratamento da dislipidemia.

Tal fato pode ser demonstrado estatisticamente através de dois testes de comparação das médias, sendo eles o “Teste t” com amostras independentes e o “teste do Qui-Quadrado”, onde se obteve significância estatística entre duas variáveis relacionadas à alteração da resposta dos inquiridos entre a primeira e a segunda fase do inquérito por questionário, demonstrando a importância na educação médica através do capital humano, aqui representado pelo Gestor Médico científico, utilizando como estratégias o Marketing de Relacionamento e o NeuroMarketing.

### **6.3. Contribuições da Pesquisa**

Esta pesquisa tem por objetivo, de modo descritivo, demonstrar a influência que o Marketing de Relacionamento possui no universo das indústrias farmacêuticas na fase do pré-lançamento de uma nova classe de medicamentos, num país onde não é permitido nenhum outro tipo de promoção de medicamento na fase mencionada, devida às leis vigentes no país.

Findadas as respectivas conclusões, importa ressaltar se os objetivos foram cumpridos. Verificou-se que é possível, através do estudo, adquirir estratégias no que concerne ao pré-lançamento de um produto, através da contratação de gestores médico científico para aumentar o grau de conhecimento junto aos médicos prescritores, gerando assim implicações futuras positivas para as indústrias farmacêuticas.

### **6.4. Limitações do Estudo**

O reduzido número de estudos e trabalhos sobre Marketing de Relacionamento, NeuroMarketing e Indústria Farmacêutica dificultou a escolha das variáveis a estudar. Ressalto, ainda, que os estudos e trabalhos encontrados tratavam de representantes de medicamentos junto á médicos prescritores, porém nenhum trabalho relacionado com Gestor Médico Científico foi identificado nos meios de pesquisa já referidos previamente. Tal dado impulsiona o prosseguimento para futuras pesquisas nessa área.

A utilização de uma amostra de um grupo de especialistas médicos, não permite atingir uma percepção geral do panorama global do conhecimento científico por parte da população médica do Brasil, pois existe um grande número de especialistas entre a amostra em estudo e o total do universo médico no Brasil.

### **6.5. Recomendação para Investigação Futura**

Apesar dos resultados obtidos serem favoráveis para a análise e para estudos futuros, no atual panorama de um mercado cada vez mais global, onde se verifica a necessidade de inovação devida à existência de uma forte capacidade competitiva, será de todo o interesse realizar um estudo que aborde esta temática, podendo realizar uma pesquisa abrangendo um maior número de especialistas, com o intuito de se tornar possível obter uma percepção deste fenômeno e suas implicações em outras cidades brasileiras, pois no presente estudo somente foram abrangidas parte da região sudeste e nordeste do Brasil.

### **6.6. Conclusão Final**

Visto que foram abordadas todas as conclusões do estudo é possível afirmar que a indústria farmacêutica se encontra, em muito, alicerçada numa correlação entre visibilidade e novos negócios, pois com a inserção desse tipo de estratégia, as empresas passam assim a focar e valorizar o papel do Gestor Médico Científico, o que implica na contratação e maiores oportunidades para essa classe de profissionais no mercado brasileiro, e por outro lado, aumentando também a rentabilidade nos negócios desse segmento industrial.

De uma forma sucinta, o Gestor Médico Científico é um forte impulsionador da estratégia de Marketing no pré-lançamento de um produto farmacêutico num país onde a lei para a promoção no período de pré-lançamento é rigorosa. Porém, ainda é uma classe de profissionais com *um job description* pouco compreendido na IF no Brasil, no

que diz respeito ao seu papel de contribuição nesse cenário. Estudos futuros podem ajudar na real elucidação relacionado á este *gap* ainda presente no Brasil.

O Marketing de Relacionamento é muito mais que uma ferramenta de Marketing na indústria farmacêutica, é um conceito que se encontra cada vez mais enraizado no universo empresarial, pois promove os negócios em conjunto, promove as parcerias e intercâmbios de conhecimento.

Em síntese, a pesquisa realizada respondeu aos objetivos gerais e específicos descritos no presente estudo, proporcionando assim um material importante para elucidar e esclarecer algumas dúvidas de líderes do Setor Farmacêutico quanto á contratação do Gestor Médico Científico em suas empresas na fase de pré lançamento de novos produtos .

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbas, A., Lichtman, A.H. (2015). *Cellular and Molecular Immunology*. Philadelphia, Elsevier Saunders.

Alvim, M. (2016). Saiba quais foram os remédios mais vendidos no Brasil em 2015. [Em linha]. Disponível em <<http://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/saiba-quais-foram-os-remedios-mais-vendidos-no-brasil-em-2015.html>>. [Consultado em 07/05/2016].

ANVISA (2000). *Resolução - RDC n.º 102/2000*. Brasil.

ANVISA (2008). *Resolução - RDC n.º 96/2008*. Brasil.

Barragat, P. (2002). *Uma antiga receita com novos ingredientes*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Bartlett, C., Ghoshal, S. (2000). Going Global: Lessons from Late Movers. *Harvard Business Review*, pp.132–142.

Bermudez, J.A. (1995). *Indústria farmacêutica, estado e sociedade: análise crítica da política de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública.

Bogmann, I.M. (2000). *Marketing de Relacionamento: estratégias de fidelização e suas implicações financeiras*. São Paulo, Nobel.

Callegari, L. (2000). *A Indústria farmacêutica: panorama setorial*. São Paulo, Gazeta Mercantil.

Cesar, T. (2005). *Marketing de relacionamento e a indústria farmacêutica*. Dissertação de Mestrado em Administração Estratégica. Bahia, Universidade Salvador.

Champion, D. (2001). *Mastering the value chain: an interview with mark levin of millennium pharmaceuticals*. *Harvard Business Review*, pp.108–118.

Colaferro, C. A., Crescitelli, E. (2014). A contribuição do NeuroMarketing para o estudo do comportamento do consumidor. *Brazilian Business Review*, 11(3), pp.130–153.

Cohen, L., *et alli*. (2000). *Research Methods in Education*, London: Routledge Falmer. [Em linha]. Disponível em <<https://miemf.wordpress.com/act2>>. [Consultado em 10/01/2016].

Crowley-Nowick, P. (2013). *The Role of Medical Affairs in Moving from R&D to Commercialization*. Massachusetts, BioProcess International.

Cunha, J. (2014). Farmacêuticas brasileiras ultrapassam multinacionais em faturamento. [Em linha]. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/09/1511273-farmacenticas-brasileiras-ultrapassam-multinacionais-em-faturamento.shtml>>. [Consultado em 08/05/16].

Fonseca, J.J.S. (2002). Metodologia da pesquisa científica. [Em linha]. Disponível em <[http://materiaprima.pro.br/extensao/pesquisa/metodologia\\_pesquisa\\_cientifica.pdf](http://materiaprima.pro.br/extensao/pesquisa/metodologia_pesquisa_cientifica.pdf)>. [Consultado em 15/04/2016].

Frenkel, J. (2002). *Estudo da competitividade de cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas livres de comércio*. Campinas, Unicamp.

Frenkel, J. (2001). *O mercado farmacêutico brasileiro: evolução recente, mercados e preços*. Campinas, Unicamp.

Genest, J. (2015). *Lipoprotein disorders and cardiovascular disease*. Philadelphia, Elsevier Saunders.

- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, Atlas Editora.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo, Atlas Editora.
- Goldstein, J. (2009). The LDL Receptor. [Em linha]. Disponível em <<http://atvb.ahajournals.org/content/29/4/431>>. [Consultado em 25/03/2016].
- Gomes, G. *et alii*. (2008). *Marketing de Relacionamento na Conquista da Lealdade do Cliente: Um Estudo comparado entre Médicos Mineiros e Paulistanos*. Rio de Janeiro, XXXII Encontro da ANPAD.
- Gordon, I. (1998). *Marketing de Relacionamento*. São Paulo, Futura.
- Greenberg, P. (2001). *CRM, Customer Relationship Management na velocidade da luz: conquista e lealdade de clientes em tempo real na Internet*. Rio de Janeiro, Campus.
- Guyton e Hall. (2011). *Textbook of Medical Physiology*. Philadelphia, Saunders Elsevier.
- Hasenclever, L. *et alii*. (2000). *Estrutura industrial e regulação na indústria farmacêutica brasileira e seus efeitos sobre as atividades de P&D*. USP. São Paulo.
- Hill, M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Hiratuka, C. *et alii*. (2013). Logística reversa para o sector de medicamentos. *Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial – ABDI*, p.138.
- Jacob, D.A. (2012). *Redes E Mídias Sociais Como Ferramenta De Suporte Ao Marketing Digital: Um Estudo Sobre Essas Práticas Na Percepção Empresarial Jornalísticas*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional. Faculdade Alves Farias. Goiás.

Kotler, P. (1998). *Administração de Marketing*. São Paulo, Futura.

Kotler, P. (1999). *Marketing para o século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados*. São Paulo, Futura.

Lambin, J. (2000). *Marketing Estratégico*. Portugal, McGraw-Hill.

Las Casas, A. L. (2002). *Marketing de serviço*. São Paulo, Atlas.

Lindstrom, M. (2009). *A Lógica do Consumo: verdades e mentiras sobre por que compramos*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

Lobo, A. (2002). *Marketing de relacionamento*. São Paulo, Seminários SSJ.

Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de Marketing*. São Paulo, Atlas.

Marconi & Lakatos. (2001). *Metodologia do trabalho Científico*. São Paulo, Atlas.

Matthew, T. (2014). Prevention 2014: PCSK9 Inhibitors. [Em linha]. 1st Annual Duke Preventive Cardiology Symposium. Durham, Duke Clinical Research Institute. Disponível em <<http://pt.slideshare.net/DukeHeartCenter/11-roe-pcsk9-inhibitors>>. [Consultado em 17/05/16].

Mckenna, R. *et alii*. (1993). *Marketing de relacionamento: estratégias bem-sucedidas para a era do cliente*. São Paulo, Campus.

Mckenna, R. *et alii*. (1999). *Estratégias de Marketing em Tempos de Crise*. São Paulo, Campus.

Mckenna, R. *et alii*. (2000). *CRM Series – Marketing One to One: Um Guia Executivo para Entender e Implantar Estratégias de Customer Relationship Management*. São Paulo, Campus.

Moori, R.G. *et alii.* (2011). Marketing de relacionamento no setor farmacêutico: uma análise exploratória. *Revista da Faculdade de Administração e Economia*, 3 (1), pp. 17-47.

Nelson, A.L. *et alii.* (2010). Development trends for human monoclonal antibody therapeutics. *Nat Rev Drug Discov.*

Nickels, W.G., Wood, M. B. (1999). *Marketing: relacionamento, qualidade, valor.* Rio de Janeiro, LTC.

Nunes, N. (2015). Mercado farmacêutico apresenta alto crescimento no Brasil. [Em linha]. Disponível em <<http://saudebusiness.com/noticias/mercado-farmaceutico-apresenta-alto-crescimento-no-brasil/>>. [Consultado em 05/05/2016].

O'Keefe, J.H. *et alii.* (2004). Optimal low-density lipoprotein is 50 to 70 mg/dl: lower is better and physiologically normal. *J Am Coll Cardiol.*

Oliva, G. (2003). Universidades públicas e instituições de pesquisa: experiência com empresas. [Em linha]. Disponível em <[www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/s\\_saude.asp](http://www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/s_saude.asp)>. [Consultado em 10/05/2016].

Palmeira, F. *et alii.* (2003). Cadeia farmacêutica no Brasil: avaliação preliminar e perspectivas. *BNDES Setorial*, pp.3–22.

Peppers and Rogers Group (2001). *CRM Series – Marketing One to One.* São Paulo, Makron Books.

Pereira, A., Poupa, C. (2003). *Como escrever uma tese.* Lisboa, Edições Sílabo.

Pereira, R.F.V. (2015). *Networking Como Instrumento De Desenvolvimento Empresarial Um Estudo De Caso Sobre A Organização BNI Elite*. Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Queiroz, S.R.R. (1993). *Competitividade na indústria de fármacos*. Campinas, Unicamp.

Queiroz, S. R. R., Gonzáles, A.J.V. (2001). *Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica*. Campinas, Unicamp.

Quintas, J. P. (2013). O Empreendedorismo Feminino: Estudo no Mercado de Huambo – Angola. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais. Porto, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3885/1/TESE%20MESTRADO%20VERS%C3%83O%20FINAL\\_J%C3%BAlio%20Quintas.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3885/1/TESE%20MESTRADO%20VERS%C3%83O%20FINAL_J%C3%BAlio%20Quintas.pdf)>. [Consultado em 15/05/2016].

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Ramos, F. C. (2010). *Relacionamento com Médicos como Estratégia de Marketing da Indústria Farmacêutica*. Dissertação de Mestrado em Gestão Empresarial da Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.

Rodrigues, F. (2011). *Influência do NeuroMarketing nos processos de tomada de decisão*. Viseu, Psico & Soma.

Santos, W.G. (2011). *O Marketing de relacionamento para os formadores de opinião análise e validação de um modelo teórico*. Dissertação de Mestrado Profissional em Administração. Pedro Leopoldo, Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo.

Scheffer, M. (2013). Demografia médica no Brasil. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. [Consultado em 10/05/2016].

Semenkovich, C., Goldberg, G.I. (2011). Disorders of lipid metabolism. *In: Williams Textbook of Endocrinology*. Philadelphia, Elsevier Saunders.

Silveira, D.T., *et alli*. (2009). *A pesquisa científica*. Porto Alegre, UFRGS.

Soares Neto, J.B., Alexandre, M.L. (2007). *NeuroMarketing: Conceitos e Técnicas de Análise do Cérebro de Consumidores*. Rio de Janeiro, Anpad.

Swift, R. (2001). CRM: Customer Relationship Management, o revolucionário Marketing de relacionamento com o cliente, *Prentice Hall*, pp. 3-4, 12, 331.

Thornber, C. (1994). The pharmaceutical industry. *In: The chemical industry*. London, Blackie Academic & Professional.

Vavra, T. G. (1993). *Marketing de relacionamento: after Marketing*. São Paulo, Atlas.

Vieira, V.D.M., Ohayon, P. (2006). Inovação em fármacos e medicamentos: estado-da-arte no Brasil e políticas de P&D. [Em linha]. Disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/viewArticle/26>>. [Consultado em 08/05/2016].

Vinicius, A. (2007). Mercado farmacêutico mundial pode chegar a US\$ 1,3 trilhão em 2020. [Em linha]. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2007/06/304185-mercado-farmaceutico-mundial-pode-chegar-a-us-13-trilhao-em-2020.shtml?mobile>>. [Consultado em 05/05/2016].

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre, Bookman.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I – Regulamentação da ANVISA**

#### **RESOLUÇÃO-RDC Nº 96, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2008**

Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 11, inciso IV, do Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e conforme artigo 11, inciso IV, do Regimento Interno, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 21 de novembro de 2008;

considerando a Constituição Federal de 1988;

considerando a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976;

considerando o Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamenta a Lei nº 6.360, de 24 de setembro de 1976;

considerando a Lei nº 9.782, de 26, de janeiro de 1999;

considerando a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;

considerando a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006;

considerando o Decreto nº 78.992, de 21 de dezembro de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976;

considerando a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sobre infrações sanitárias,

considerando a Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996;

considerando o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996;

considerando a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

considerando o Decreto nº 2.181, de 20 de março de 1997;

considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;

considerando a Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003;

considerando a RDC nº 26, de 30 de março de 2007;

considerando a Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que define a Política Nacional de Medicamentos;

considerando a publicação do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária intitulada Estudo Comparado - Regulamentação da Propaganda de Medicamentos;

considerando a necessidade de atualização do Regulamento Técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Medicamentos;

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º O Regulamento anexo a esta Resolução se aplica à propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos, de produção nacional ou estrangeira, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão.

Art. 2º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

## **ANEXO I REGULAMENTO**

Art. 1º Este Regulamento se aplica à propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos de produção nacional ou estrangeira, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão.

## **TÍTULO I**

### **REQUISITOS GERAIS**

Art. 2º Para efeito deste Regulamento são adotadas as seguintes definições:

**DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA/DCB** - Denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.

**DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL/DCI** - Denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo recomendada pela Organização Mundial da Saúde.

**EMPRESA** - Pessoa jurídica, de direito público ou privado, que exerça como atividade principal ou subsidiária a produção, manipulação, comércio, fornecimento, distribuição e divulgação de medicamentos, insumos farmacêuticos e outros produtos que sejam anunciados como medicamento.

**MARCA NOMINATIVA** - É aquela constituída por uma ou mais palavras no sentido amplo do alfabeto romano, compreendendo, também, os neologismos e as combinações de letras e/ou algarismos romanos e/ou arábicos.

**MARCA FIGURATIVA** - É aquela constituída por desenho, figura ou qualquer forma estilizada de letra e número, isoladamente.

**MARCA MISTA** - É aquela constituída pela combinação de elementos nominativos e figurativos ou de elementos nominativos com grafia apresentada de forma estilizada.

**MATERIAL CIENTÍFICO** - Artigos científicos publicados e livros técnicos.

**MATERIAL DE AJUDA VISUAL** - peça publicitária utilizada exclusivamente pelos propagandistas com o objetivo de apresentar aos profissionais prescritores e

dispensadores os medicamentos com informações e linguagem uniformizadas pela empresa.

**MEDICAMENTO BIOLÓGICO** - Medicamento biológico que contém molécula com atividade biológica conhecida, e que tenha passado por todas as etapas de fabricação (formulação, envase, liofilização, rotulagem, embalagem, armazenamento, controle de qualidade e liberação do lote de produto biológico para uso).

**MENSAGEM RETIFICADORA** - É aquela elaborada para esclarecer e corrigir erros e equívocos causados pela veiculação de propagandas enganosas e/ou abusivas, e/ou que apresentem informações incorretas e incompletas sendo, portanto, capazes de induzir, direta ou indiretamente, o consumidor a erro e a se comportar de forma prejudicial à sua saúde e segurança.

**MONOGRAFIA** - Material elaborado mediante uma compilação de informações técnico-científicas provenientes de estudos publicados, livros técnicos e informações contidas na documentação de registro submetida à Anvisa, visando munir o profissional de saúde com variadas informações sobre determinado medicamento, apresentando resumos com informações equilibradas, ou seja, resultados satisfatórios e não satisfatórios, e conclusões fiéis à original.

**NÍVEL DE EVIDÊNCIA I** - Nível de estudo I: Ensaios clínicos randomizados, com desfecho e magnitude de efeitos clinicamente relevantes, correspondentes à hipótese principal em tese, com adequado poder e mínima possibilidade de erro alfa. Meta-análises de ensaios clínicos de nível II, comparáveis e com validade interna, com adequado poder final e mínima possibilidade de erro alfa.

**NÍVEL DE EVIDÊNCIA II** - Nível de estudo II: Ensaio clínico randomizado que não preenche os critérios do nível I. Análise de hipóteses secundárias de estudos nível I.

**PATROCÍNIO** - Custeio total ou parcial da produção de material, programa de rádio ou televisão, evento, projeto comunitário, atividade cultural, artística, esportiva, de

pesquisa ou de atualização científica, concedido como estratégia de Marketing, bem como custeio dos participantes das atividades citadas.

**PEÇA PUBLICITÁRIA** - Cada um dos elementos produzidos para uma campanha publicitária ou de promoção de vendas, com funções e características próprias, que seguem a especificidade e a linguagem de cada veículo. Exemplos: anúncio, encarte, filmete, spot, jingle, cartaz, cartazete, painel, letreiro, display, folder, banner, móbile, outdoor, busdoor, visual aid etc.

**PESSOA FÍSICA** - aquela que, de forma direta ou indireta, seja responsável por atividades relacionadas à produção, manipulação, comércio, fornecimento, distribuição e divulgação de medicamentos, insumos farmacêuticos e outros produtos que sejam anunciados como medicamento.

**PREPARAÇÃO MAGISTRAL** - É aquela preparada na farmácia, de forma individualizada, para ser dispensada atendendo a uma prescrição de um profissional habilitado, respeitada a legislação vigente, que estabelece sua composição, forma farmacêutica, posologia e modo de usar.

**PREPARAÇÃO OFICINAL** - É aquela preparada na farmácia, cuja fórmula esteja inscrita nas farmacopéias, compêndios ou formulários reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

**PROGRAMAS DE FIDELIZAÇÃO** - São aqueles realizados por farmácias e drogarias, as quais, na intenção de fidelizar o consumidor, possibilitam aos clientes, em troca da compra de produtos, a participação em sorteios, ganho de prêmios ou descontos na compra de produtos, entre outros benefícios.

**PROPAGANDA/PUBLICIDADE** - Conjunto de técnicas e atividades de informação e persuasão com o objetivo de divulgar conhecimentos, tornar mais conhecido e/ou prestigiado determinado produto ou marca, visando exercer influência sobre o público

por meio de ações que objetivem promover e/ou induzir à prescrição, dispensação, aquisição e utilização de medicamento.

**PROPAGANDA/PUBLICIDADE ABUSIVA** - É aquela que incita a discriminação de qualquer natureza, a violência, explora o medo ou superstições, se aproveita da deficiência de julgamento e de experiência da criança, desrespeita valores ambientais ou que seja capaz de induzir o usuário a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.

**PROPAGANDA/PUBLICIDADE ENGANOSA** - É qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou que, por qualquer outro modo, mesmo por omissão de dado essencial do produto, seja capaz de induzir o consumidor a erro, a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

**PROPAGANDA/PUBLICIDADE INDIRETA** - É aquela que, sem mencionar o nome dos produtos, utiliza marcas, símbolos, designações e/ou indicações capaz de identificá-los e/ou que cita a existência de algum tipo de tratamento para uma condição específica de saúde.

**REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA** - Conjunto padronizado de elementos descritivos que permite a identificação de documentos utilizados, possibilitando sua localização e obtenção direta por um leitor interessado.

**SUBSTÂNCIA ATIVA** - Qualquer substância que apresente atividade farmacológica ou outro efeito direto no diagnóstico, tais como: cura, alívio, tratamento ou prevenção de doenças; ou afete qualquer função do organismo humano.

**VACINAS** - Produtos biológicos que contêm uma ou mais substâncias antigênicas que, quando inoculados, são capazes de induzir imunidade específica ativa e proteger contra a doença causada pelo agente infeccioso que originou o antígeno.

Art. 3º Somente é permitida a propaganda ou publicidade de medicamentos regularizados na Anvisa.

§ 1º A propaganda ou publicidade deve ser procedente de empresas regularizadas perante o órgão sanitário competente, quando assim a legislação o exigir, ainda que a peça publicitária esteja de acordo com este Regulamento.

§ 2º Todas as alegações presentes na peça publicitária referentes à ação do medicamento, indicações, posologia, modo de usar, reações adversas, eficácia, segurança, qualidade e demais características do medicamento devem ser compatíveis com as informações registradas na Anvisa.

§3º - *O conteúdo das referências bibliográficas citadas na propaganda ou publicidade de medicamentos isentos de prescrição devem estar disponíveis pela empresa no Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) e no serviço de atendimento aos profissionais prescritores e dispensadores de medicamentos. (Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

§4º - *O conteúdo das referências bibliográficas citadas na propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição devem estar disponíveis no serviço de atendimento aos profissionais prescritores e dispensadores de medicamentos. (Acrescentado(a) pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 4º Não é permitida a propaganda ou publicidade enganosa, abusiva e/ou indireta.

Parágrafo único - Fica vedado utilizar técnicas de comunicação que permitam a veiculação de imagem e/ou menção de qualquer substância ativa ou marca de medicamentos, de forma não declaradamente publicitária, de maneira direta ou indireta, em espaços editoriais na televisão; contexto cênico de telenovelas; espetáculos teatrais; filmes; mensagens ou programas radiofônicos; entre outros tipos de mídia eletrônica ou impressa.

Art. 5º As empresas não podem outorgar, oferecer, prometer ou distribuir brindes, benefícios e vantagens aos profissionais prescritores ou dispensadores, aos que exerçam atividade de venda direta ao consumidor, bem como ao público em geral. *(Ver art. 1º, da Instrução Normativa nº 5, de 20 de maio de 2009 - publicada no DOU de 21.05.09)*

***“Art. 1º Não estão abrangidos pelo artigo 5º da RDC n.º 96, de 18 de dezembro de 2008:***

***I - os brindes institucionais, ou seja, que não veiculem propaganda de medicamentos;***

***II - artigos científicos, livros técnicos publicados, revistas científicas e publicações utilizadas para atualização profissional.”***

Art. 6º As informações exigidas neste Regulamento, quando exibidas em linguagem escrita, devem ser apresentadas em cores que contrastem com o fundo do anúncio, devem estar dispostas no sentido predominante da leitura da peça publicitária e devem permitir a sua imediata visualização, guardando entre si as devidas proporções de distância, indispensáveis à legibilidade e destaque.

Parágrafo único: No caso de propaganda ou publicidade veiculada na televisão, quando as informações escritas não forem locucionadas, elas deverão ser exibidas pelo tempo suficiente à leitura.

Art. 7º As informações sobre medicamentos devem ser comprovadas cientificamente.

Art. 8º É vedado na propaganda ou publicidade de medicamentos:

I - estimular e/ou induzir o uso indiscriminado de medicamentos;

II - sugerir ou estimular diagnósticos ao público em geral;

III - incluir imagens de pessoas fazendo uso do medicamento;

IV - anunciar um medicamento como novo, depois de transcorridos dois anos da data de início de sua comercialização no Brasil;

V - incluir selos, marcas nominativas, figurativas ou mistas de instituições governamentais, entidades filantrópicas, fundações, associações e/ou sociedades médicas, organizações não-governamentais, associações que representem os interesses dos consumidores ou dos profissionais de saúde e/ou selos de certificação de qualidade;

VI - sugerir que o medicamento possua características organolépticas agradáveis, tais como: "saboroso", "gostoso", "delicioso" ou expressões equivalentes; bem como a inclusão de imagens ou figuras que remetam à indicação do sabor do medicamento;

VII - empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo de medicamentos, tais como: “tenha”, “tome”, “use”, “experimente”;

VIII - fazer propaganda ou publicidade de medicamentos e (ou) empresas em qualquer parte do bloco de receituários médicos;

IX - criar expectativa de venda; (*Ver art. 2º, da Instrução Normativa nº 5, de 20 de maio de 2009 – publicada no DOU de 21.05.09*)

*“Art. 2º Entende-se por criar expectativa de venda o uso de expressões tais como "acerte no estoque e não perca vendas", "o melhor para seus lucros".”*

X - divulgar como genéricos os medicamentos manipulados ou industrializados que não sejam genéricos, nos termos da Lei nº 9.787/99;

XI - usar expressões ou imagens que possam sugerir que a saúde de uma pessoa poderá ser afetada por não usar o medicamento.

Art. 9º É permitido na propaganda ou publicidade de medicamentos:

I - utilizar figuras anatômicas, a fim de orientar o profissional de saúde ou o paciente sobre a correta utilização do produto;

II - informar o sabor do medicamento;

III - utilizar expressões tais como: “seguro”, “eficaz” e “qualidade”, em combinação ou isoladamente, desde que complementadas por frases que justifiquem a veracidade da informação, as quais devem ser extraídas de estudos veiculados em publicações científicas e devem estar devidamente referenciadas;

IV - utilizar expressões tais como: “absoluta”, “excelente”, “máxima”, “ótima”, “perfeita”, “total” relacionadas à eficácia e à segurança do medicamento, quando fielmente reproduzidas de estudos veiculados em publicações científicas e devidamente referenciadas;

V - quando constar das propriedades aprovadas no registro do medicamento na Anvisa, informar que o medicamento pode ser utilizado por qualquer faixa etária, inclusive por intermédio de imagens; (**Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS**)

VI - quando determinado pela Anvisa, publicar mensagens tais como: "Aprovado", "Recomendado por especialista", "o mais frequentemente recomendado" ou "Publicidade Aprovada pela Vigilância Sanitária", pelo "Ministério da Saúde", ou mensagem similar referente a órgão congênere Estadual, Municipal e do Distrito Federal;

VII - fazer menção à quantidade de países onde o medicamento é comercializado e/ou fabricado, desde que os países sejam identificados na peça publicitária.

Art. 10 Os programas de fidelização realizados em farmácias e drogarias, dirigidos ao consumidor, não podem ter medicamentos como objeto de pontuação, troca, sorteios ou prêmios.

Parágrafo único - Todo o material publicitário de divulgação e o regulamento dos programas de fidelização devem informar sobre a restrição prevista no caput deste artigo.

Art. 11 A comparação de preços dirigida aos consumidores somente poder feita entre medicamentos que sejam intercambiáveis nos termos da Lei nº 9.787/99.

§1º Somente aos profissionais prescritores é permitida a comparação de preço entre medicamentos que não sejam intercambiáveis, com base em informações mercadológicas, desde que tenham o mesmo princípio ativo.

§2º A comparação deve ser feita entre os custos de tratamento ou, no caso de medicamentos de uso contínuo, entre as doses diárias definidas.

§3º A propaganda ou publicidade de medicamentos biológicos, assim classificados conforme regulamento específico, não pode apresentar comparação de preços, mesmo que elas tenham a mesma indicação.

§4º Quando informado um valor percentual do desconto e/ou o preço promocional do medicamento, o preço integral praticado pela farmácia ou drogaria também deve ser informado.

§5º Quando as farmácias e drogarias anunciarem descontos para medicamentos, seja por intermédio de anúncios veiculados na televisão, rádio, impressos, faixas ou qualquer outro meio, devem ter disponível, em local visível ao público, lista dos medicamentos anunciados com o preço reduzido conforme artigo 18 deste Regulamento.

*Art. 12 É permitido oferecer, aos prescritores e dispensadores, material com a relação de medicamentos genéricos em lista que contemple o número de registro na Anvisa, o nome do detentor do registro, a apresentação, incluindo a concentração, a forma farmacêutica e a quantidade, o nome do medicamento de referência e o respectivo detentor do registro, ficando dispensadas as informações dos artigos 17, 22,*

23 e 27 deste Regulamento. **(Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)**

Art. 13 *É permitido somente às distribuidoras de medicamentos, farmácias e drogarias receberem catálogo de produtos contendo as seguintes informações: nome comercial dos medicamentos, incluindo àqueles sujeitos à retenção de receita; a substância ativa de acordo com a DCB/DCI; a apresentação, incluindo a concentração, forma farmacêutica e quantidade; o número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e o respectivo preço, ficando dispensadas as informações dos artigos 17, 22, 23 e 27. (Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 14 A propaganda ou publicidade de medicamentos não pode utilizar designações, símbolos, figuras ou outras representações gráficas, ou quaisquer indicações que possam tornar a informação falsa, incorreta, ou que possibilitem interpretação falsa, equívoco, erro e/ou confusão em relação à verdadeira natureza, composição, procedência, qualidade, forma de uso, finalidade e/ou características do produto.

Art. 15 As comparações realizadas de forma direta ou indireta entre quaisquer medicamentos, isentos de prescrição ou não, devem estar baseadas em informações extraídas de estudos comparativos, veiculados em publicações científicas, preferencialmente com níveis de evidência I ou II, e especificar a referência bibliográfica completa.

*Parágrafo único - As comparações relacionadas à biodisponibilidade e à bioequivalência de princípios ativos poderão ser feitas com base em estudos aprovados pela Anvisa emitidos por laboratórios certificados, desde que devidamente referenciados. (Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 16 Quando se tratar de medicamento genérico, de acordo com a Lei nº 9.787/99 e suas regulamentações, a propaganda ou publicidade deve incluir a frase: "Medicamento Genérico – Lei nº 9.787/99".

Art. 17 A propaganda ou publicidade de medicamentos que apresentem efeitos de sedação e/ou sonolência, conforme a bula do medicamento registrada na Anvisa, deve apresentar a advertência: “(nome comercial do medicamento ou, no caso dos medicamentos genéricos, a substância ativa) é um medicamento. Durante seu uso, não

dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.”, ficando dispensada a advertência do artigo 23 deste Regulamento.

Parágrafo único. A advertência a que se refere o caput desse artigo deverá obedecer aos critérios do **artigo 24. (Redação dada pelo art. 6º da Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)**

Art. 18 Os preços dos medicamentos, quando informados ao público em geral, devem ser indicados por meio de listas nas quais devem constar somente o nome comercial do produto; a substância ativa, segundo a DCB/DCI; a apresentação, incluindo a concentração, forma farmacêutica e a quantidade; o número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o nome do detentor do registro; e o preço dos medicamentos listados. *(Ver art. 3º, da Instrução Normativa nº 5, de 20 de maio de 2009 – publicada no DOU de 21.05.09)*

***“Art. 3º Não estão abrangidos pelo artigo 18 da RDC No- 96, de 18 de dezembro de 2008, as listas de Preços Fábrica - PF e Preços Máximos ao Consumidor - PMC, com todas as suas alíquotas de ICMS, reguladas pela Lei No10.742, de 6 de outubro de 2003, publicadas, de forma impressa ou eletrônica, por pessoas jurídicas de direito privado prestadoras de serviço às empresas produtoras de medicamentos.”***

Parágrafo único. No caso dos medicamentos isentos de prescrição médica, ficam permitidas outras formas de comunicação, que não sejam as listas, desde que incluam as demais informações exigidas por este Regulamento.

Art. 19 Quando as farmácias e drogarias utilizarem frases para informar a redução de preços para grupos de medicamentos, tais como “desconto para anticoncepcionais”, “genéricos com 30% de desconto”, não podem ser utilizados outros argumentos de cunho publicitário.

Art. 20 Na propaganda ou publicidade dirigida aos profissionais habilitados a dispensar ou prescrever medicamentos, as informações referentes ao preço máximo ao consumidor devem mencionar a respectiva fonte, bem como informar apresentação, incluindo concentração, forma farmacêutica e quantidade do medicamento.

Art. 21 No caso específico de ser apresentado o nome e/ou imagem de profissional de saúde, como respaldo das propriedades anunciadas do medicamento, é obrigatório constar, de maneira clara, na mensagem publicitária, o nome do profissional

interveniente e seu número de inscrição no respectivo Conselho ou outro órgão de registro profissional.

**TÍTULO II**  
**REQUISITOS PARA A PROPAGANDA OU PUBLICIDADE DE**  
**MEDICAMENTOS**  
**INDUSTRIALIZADOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO**

Art. 22 A propaganda ou publicidade de medicamentos isentos de prescrição médica deve cumprir os requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinados tipos de medicamentos, sendo exigido constar as seguintes informações:

I - nome comercial do medicamento, quando houver;

II - nome da substância ativa de acordo com a DCB e, na sua falta, a DCI ou nomenclatura botânica, que deverá ter, no mínimo, 50% do tamanho do nome comercial;

III - número de registro na Anvisa, contemplando, no mínimo, nove dígitos, com exceção das peças publicitárias veiculadas em rádio;

IV - no caso dos medicamentos de notificação simplificada, a seguinte frase:

“MEDICAMENTO DE NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA RDC Anvisa N°...../2006. AFE n°:.....”, com exceção das peças publicitárias veiculadas em rádio;

V - as indicações;

VI - data de impressão das peças publicitárias;

VII - a advertência: "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO", que deve observar o artigo 6º.

a) Os requisitos dos incisos “II”, “V”, “VI” e “VII” aplicam-se às formulações oficiais, tendo como embasamento técnico-científico a literatura nacional e internacional, oficialmente reconhecida e relacionada no anexo II deste Regulamento.

b) A emissora de rádio, a partir da venda do espaço promocional, deve ter à disposição do consumidor e da autoridade sanitária, a informação sobre o número de

registro ou, no caso dos medicamentos de notificação simplificada, a Resolução que autoriza a fabricação, importação e/ou comercialização do medicamento.

c) Quando direcionada ao público em geral, os termos técnicos da propaganda ou publicidade de medicamentos isentos de prescrição médica deverão ser escritos de maneira a facilitar a compreensão do público.

*d) No caso de medicamentos com mais que dois e até quatro substâncias ativas, a veiculação dos nomes das substâncias ativas na propaganda ou publicidade pode ser feita com, no mínimo, 30% do tamanho do nome comercial. (Acrescentado(a) pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

*e) No caso de medicamentos com mais de quatro fármacos que tenham algum impedimento técnico de cumprir o disposto no item imediatamente anterior, pode ser utilizado na propaganda ou publicidade o nome genérico do fármaco/ substância ativa que justifique a indicação terapêutica do produto seguida da expressão "+ ASSOCIAÇÃO", em tamanho correspondente a 50% do tamanho do nome comercial. (Acrescentado(a) pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

*f) No caso de complexos vitamínicos e ou minerais, e ou de aminoácidos pode ser utilizado na propaganda ou publicidade as expressões Polivitamínico e ou, Poliminerais e ou Poliaminoácidos, como designação genérica, correspondendo a 50% do tamanho do nome comercial do produto. (Acrescentado(a) pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 23 A propaganda ou publicidade de medicamentos isentos de prescrição médica deve, também, veicular advertência relacionada à substância ativa do medicamento, conforme tabela do anexo III.

Parágrafo único. No caso de não ser contemplada alguma substância ativa ou associação na tabela do anexo III, a propaganda ou publicidade deve veicular a seguinte advertência: “(nome comercial do medicamento ou, no caso dos medicamentos genéricos, a substância ativa) É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA”.

Art. 24 A advertência a que se refere o artigo 23 deve ser contextualizada na peça publicitária, de maneira que seja pronunciada pelo personagem principal, quando veiculada na televisão; proferida pelo mesmo locutor, quando veiculada em rádio; e, quando impressa, deve causar o mesmo impacto visual que as demais informações

presentes na peça publicitária, apresentando-se com, no mínimo, 35% do tamanho da maior fonte utilizada.

I - A locução das advertências de que trata o caput deste artigo deve ser cadenciada, pausada e perfeitamente audível.

II - Se a propaganda ou publicidade de televisão não apresentar personagem principal, as advertências devem observar os seguintes requisitos:

a) após o término da mensagem publicitária, a advertência será exibida em cartela única, com fundo azul, em letras brancas, de forma a permitir a perfeita legibilidade e visibilidade, permanecendo imóvel no vídeo;

b) a locução deve ser diferenciada, cadenciada, pausada e perfeitamente audível;

c) a cartela obedecerá ao gabarito RTV de filmagem no tamanho padrão de 36,5cmx27cm (trinta e seis e meio centímetros por vinte e sete centímetros);

d) as letras apostas na cartela serão da família tipográfica Humanist 777 Bold ou Frutiger 55 Bold, corpo 38, caixa alta.

III - Na internet, a advertência deve ser exibida permanentemente e de forma visível, inserida em retângulo de fundo branco, emoldurada por filete interno, em letras de cor preta, padrão Humanist 777 Bold ou Frutiger 55 Bold, caixa alta, respeitando a proporção de dois décimos do total do espaço da propaganda.

*Art. 25 Fica proibida a veiculação, na televisão, de propaganda ou publicidade de medicamentos nos intervalos dos programas destinados a crianças, conforme classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como em revistas de conteúdo dedicado a este público. (Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 26 Na propaganda ou publicidade de medicamentos isentos de prescrição é vedado:

I - usar expressões tais como: "Demonstrado em ensaios clínicos", "Comprovado cientificamente";

II - sugerir que o medicamento é a única alternativa de tratamento e/ou fazer crer que são supérfluos os hábitos de vida saudáveis e/ou a consulta ao médico; **(Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)**

III - apresentar nome, imagem e/ou voz de pessoa leiga em medicina ou farmácia, cujas características sejam facilmente reconhecidas pelo público em razão de sua

celebridade, afirmando ou sugerindo que utiliza o medicamento ou recomendando o seu uso;

IV - usar de linguagem direta ou indireta relacionando o uso de medicamento a excessos etílicos ou gastronômicos;

V - usar de linguagem direta ou indireta relacionando o uso de medicamento ao desempenho físico, intelectual, emocional, sexual ou à beleza de uma pessoa, exceto quando forem propriedades aprovadas pela Anvisa;

VI - apresentar de forma abusiva, enganosa ou assustadora representações visuais das alterações do corpo humano causadas por doenças ou lesões;

VII - incluir mensagens, símbolos e imagens de qualquer natureza dirigidas a crianças ou adolescentes, conforme classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

### **TÍTULO III**

## **REQUISITOS PARA PROPAGANDA OU PUBLICIDADE DE MEDICAMENTOS INDUSTRIALIZADOS DE VENDA SOB PRESCRIÇÃO**

Art. 27 A propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve cumprir os requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinados tipos de medicamentos, e fica restrita aos meios de comunicação destinados exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos, devendo incluir informações essenciais referentes:

I - ao nome comercial do medicamento, quando houver;

II - ao nome da substância ativa de acordo com a DCB e, na sua falta, a DCI ou nomenclatura botânica, que deverá ter, no mínimo, 50% do tamanho do nome comercial;

III - ao número de registro na Anvisa, contemplando no mínimo os nove dígitos;

IV - às indicações;

V - às contra-indicações;

VI - aos cuidados e advertências (contemplando as reações adversas e interações com medicamentos, alimentos e álcool);

VII - à posologia;

VIII - à classificação do medicamento em relação à prescrição e dispensação;

IX - à data de impressão das peças publicitárias impressas.

§1º As informações exigidas por este artigo devem se apresentar com fonte de, no mínimo, dois milímetros.

§2º Na propaganda ou publicidade de vacinas, deverá constar, ainda, a informação sobre o número de doses necessárias para uma completa imunização.

Art. 28 Na propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição, quando forem destacados os benefícios do medicamento no texto da peça publicitária, devem ser destacadas, pelo menos, uma contra-indicação e uma interação medicamentosa mais freqüente, dentre aquelas exigidas no artigo 27, incisos, V e VI, causando impacto visual ao leitor e obedecendo à proporcionalidade de 20% do tamanho da maior fonte utilizada.

Art. 29 A propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição veiculada na internet deve ser acessível, exclusivamente, aos profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos, por meio de sistema de cadastramento eletrônico, devendo ser apresentado um termo de responsabilidade informando sobre a restrição legal do acesso.

Parágrafo único. As bulas dos medicamentos de venda sob prescrição médica veiculadas na internet, sem acesso restrito, devem ser atualizadas, reproduzir fielmente as aprovadas pela Anvisa e não podem apresentar designações, símbolos, figuras, desenhos, imagens, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário em relação aos medicamentos.

Art. 30 Quaisquer afirmações, citações, tabelas ou ilustrações relacionadas a informações científicas devem ser extraídas de estudos clínicos, veiculados em publicações científicas, preferencialmente com níveis de evidência I ou II.

§1º As afirmações, citações, tabelas ou outras ilustrações a que se refere o caput do artigo devem ser fielmente reproduzidas e especificar a referência bibliográfica.

§ 2º A criação de gráficos, quadros, tabelas e ilustrações de mecanismos de ação para transmitir informações, que não estejam assim representadas nos estudos científicos, deve expressar com rigor a veracidade das informações e especificar a referência bibliográfica completa.

§3º Os gráficos, tabelas e ilustrações de mecanismos de ação de que trata este artigo devem ser verdadeiros, exatos, completos, não tendenciosos, bem como não podem ser apresentados de forma que possibilitem erro ou confusão quanto às características do medicamento através do impacto visual.

*Art. 31 As afirmações relacionadas à biodisponibilidade e à bioequivalência de princípios ativos poderão ser feitas com base em estudos aprovados pela Anvisa emitidos por laboratórios certificados, desde que devidamente referenciados. (Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 32 A propaganda ou publicidade de medicamentos sob controle especial, sujeitos à venda sob prescrição médica, com notificação de receita ou retenção de receita, além de observar as disposições deste regulamento técnico, somente pode ser efetuada em revistas de conteúdo exclusivamente técnico, referentes a patologias e medicamentos, dirigidas direta e unicamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos.

§1º Ficam excluídas das revistas mencionadas no caput deste artigo, aquelas que possuam matérias de cunho sociocultural e outras que não sejam técnico-científicas.

§2º É permitida a veiculação de propaganda ou publicidade dos medicamentos citados no caput deste artigo, em cópia fiel de artigo técnico-científico referente à substância ativa do medicamento divulgado e publicado em revistas mencionadas no caput, especificando a referência bibliográfica completa, bem como em material de ajuda visual de uso exclusivo do propagandista e monografias do medicamento.

#### **TÍTULO IV**

#### **REQUISITOS PARA AMOSTRAS GRÁTIS**

Art. 33 A distribuição de amostras grátis de medicamentos somente pode ser feita pelas empresas aos profissionais prescritores em ambulatórios, hospitais, consultórios médicos e odontológicos.

*§ 1º É vedado distribuição de amostras grátis de vacinas. (Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

§ 2º É vedada a distribuição de amostras grátis de preparações magistrais.

§ 3º É vedada a distribuição de amostras grátis de medicamentos isentos de prescrição.

Art. 34 As amostras grátis de medicamentos de venda sob prescrição médica devem conter 50% do conteúdo da apresentação original registrada na Anvisa e comercializada pela empresa, com exceção dos antibióticos, que deverão ter a quantidade suficiente para o tratamento de um paciente, e dos anticoncepcionais e medicamentos de uso contínuo, que deverão ter a quantidade de 100% do conteúdo da apresentação original registrada na Anvisa e comercializada pela empresa. *(Ver art. 4º, da Instrução Normativa nº 5, de 20 de maio de 2009 – publicada no DOU de 21.05.09)*

***“Art. 4º A determinação de 50 % para o conteúdo das amostras grátis de medicamentos de venda sob prescrição médica, prevista no artigo 34 da RDC n.º 96, de 18 de dezembro de 2008, deve ser compreendida como quantidade mínima.”***

Art. 35 As embalagens das amostras grátis devem conter a expressão "AMOSTRA GRÁTIS" não removível.

§ 1º As embalagens secundárias das amostras grátis não podem veicular designações, símbolos, figuras, imagens, desenhos, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário, exceto quando aprovado pela Anvisa, para constar na embalagem original.

§ 2º Os dizeres de rotulagem e o layout das amostras grátis não contemplados neste artigo, bem como as bulas, etiquetas e prospectos, devem se apresentar idênticos aos aprovados para constar na embalagem original.

§3º O número de registro constante na amostra grátis deve conter os treze dígitos correspondentes à embalagem original, registrada e comercializada, da qual se fez a amostra.

§ 4º Deve constar da rotulagem da amostra grátis o número de lote, e a empresa deve manter atualizado e disponível à Agência Nacional de Vigilância Sanitária o quadro de distribuição de amostras por um período mínimo de dois anos.

§ 5º A distribuição de amostras grátis de medicamentos à base de substâncias sujeitas a controle especial dar-se-á também mediante os dispositivos regulamentados na legislação sanitária vigente.

## **TÍTULO V**

### **REQUISITOS PARA MATERIAL INFORMATIVO DE MEDICAMENTOS MANIPULADOS**

Art. 36 - Para a divulgação de informações sobre medicamentos manipulados é facultado às farmácias o direito de fornecer, exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos, material informativo que contenha somente os nomes das substâncias ativas utilizadas na manipulação de fórmulas magistrais, segundo a sua Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional ou a nomenclatura botânica, bem como as respectivas indicações terapêuticas, fielmente extraídas de literatura especializada e publicações científicas, devidamente referenciadas.

Parágrafo único. O material informativo a que se refere o caput desse artigo não pode veicular nome comercial, preço, designações, símbolos, figuras, imagens, desenhos, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário em relação à substância ativa.

Art. 37 É vedado fazer propaganda ou publicidade de empresas em blocos de receituários médicos.

## **TÍTULO VI**

### **REQUISITOS PARA A VISITA DE PROPAGANDISTAS**

Art. 38 Quando as informações técnicas sobre os medicamentos industrializados e manipulados forem levadas aos profissionais prescritores ou dispensadores por intermédio de propagandistas das empresas, elas deverão ser transmitidas com intuito de promover a prescrição e dispensação do medicamento de forma adequada e condizente com a Política Nacional de Medicamentos.

§1º Nas suas ações de propaganda ou publicidade, os propagandistas devem limitar-se às informações científicas e características do medicamento registradas na Anvisa.

§2º A visita do propagandista não pode interferir na assistência farmacêutica, nem na atenção aos pacientes, bem como não pode ser realizada na presença de pacientes e

seus respectivos acompanhantes, ficando a critério das instituições de saúde a regulamentação das visitas dos propagandistas.

## **TÍTULO VII**

### **REQUISITOS PARA PROPAGANDA OU PUBLICIDADE EM EVENTOS CIENTÍFICOS**

Art. 39 Nos eventos científicos pode ser distribuído aos profissionais de saúde não habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos e aos estudantes da área de saúde material científico contendo o nome comercial do medicamento, a substância ativa e o nome da empresa.

Art. 40 O material de propaganda ou publicidade de medicamentos deve ser distribuído aos participantes dos eventos que estiverem com a identificação de sua categoria profissional claramente visível nos crachás.

Art. 41 A identificação dos espaços na área de exposição e no interior dos auditórios e similares pode apresentar o nome comercial do medicamento, quando for o caso, juntamente com a respectiva substância ativa e/ou o nome da empresa, podendo ser utilizada a marca figurativa ou mista do produto presente na embalagem aprovada pela Anvisa.

*Parágrafo único - Fica proibido a utilização de designações, símbolos, figuras, imagens, desenhos, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário em relação aos medicamentos. (Acréscido(a) pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 42 Qualquer apoio ou patrocínio, total ou parcial, aos profissionais de saúde para participação em eventos científicos, nacionais ou internacionais, não deve estar condicionado à prescrição, dispensação e/ou propaganda ou publicidade de algum tipo de medicamento.

§1º O patrocínio por uma ou mais empresas, de quaisquer eventos, simpósios, congressos, reuniões, conferências e assemelhados, públicos ou privados, seja ele parcial ou total, deve ser exposto com clareza no ato da inscrição dos participantes e nos anais, quando estes existirem.

§2º Os palestrantes de qualquer sessão científica que estabeleçam relações com

laboratórios farmacêuticos ou tenham qualquer outro interesse financeiro ou comercial devem informar potencial conflito de interesses aos organizadores dos congressos, com a devida indicação na programação oficial do evento e no início de sua palestra, bem como, nos anais, quando estes existirem.

Art. 43 Os organizadores de eventos científicos que permitam a propaganda ou publicidade de medicamentos devem informar a Anvisa, com antecedência de três meses, a realização de quaisquer eventos científicos regionais, nacionais e internacionais, contemplando local e data de realização, bem como as categorias de profissionais participantes. *(Ver art. 5º, da Instrução Normativa nº 5, de 20 de maio de 2009 – publicada no DOU de 21.05.09)*

*“Art. 5º Para atendimento do artigo 43 da RDC n.º 96, de 18 de dezembro de 2008, os organizadores de eventos científicos devem protocolar documento junto à Unidade de Atendimento ao Público da Anvisa, endereçado à Gerência Geral de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de produto sujeitos à Vigilância Sanitária, informando o local e data de realização do evento científico, bem como as categorias de profissionais participantes.”*

## **TÍTULO VIII**

### **REQUISITOS PARA CAMPANHAS SOCIAIS**

Art. 44 A divulgação de campanha social deve ter como único objetivo informar ações de responsabilidade social da empresa, não podendo haver menção a nomes de medicamentos, nem publicidade destes produtos, da mesma forma que nenhuma propaganda ou publicidade de medicamentos pode se referir às ações de campanhas sociais da empresa.

## **TÍTULO IX**

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 45 Fica estabelecido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação deste regulamento, para as empresas e pessoas físicas responsáveis pela propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação,

promoção ou comercialização de medicamentos se adequarem às novas disposições deste regulamento.

Parágrafo único. Excetuam-se do prazo disposto no caput as amostras grátis, que deverão se adequar no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, a contar da data de publicação deste regulamento.

Art. 46 A concessão de redução no preço de medicamento, bem como a sua aquisição de forma gratuita condicionada ao envio de cupons, cartões ou qualquer outro meio ou material, ou ao fornecimento de quaisquer dados que permitam identificar o paciente, o profissional prescritor, a instituição à qual o profissional está vinculado ou o local da prescrição, fica sob regulamentação da Câmara de Regulação de Medicamentos.

*Art. 47 Os materiais citados nos artigos 12, 13, caput do artigo 18 e 39 não poderão utilizar designações, símbolos, figuras, imagens, desenhos, marcas figurativas ou mistas, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário em relação aos medicamentos. (Redação dada pelo(a) Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

Art. 48 Após a publicação da decisão condenatória que aplicar a sanção de mensagem retificadora, o responsável será notificado para apresentar o plano de mídia da propaganda ou publicidade veiculada de forma irregular e uma proposta de mensagem retificadora com o respectivo plano de mídia provisório.

§ 1º A mensagem retificadora deve contemplar:

I - declaração de que a empresa ou pessoa física foi condenada em processo administrativo sanitário, instaurado pela Anvisa e/ou autoridade sanitária local, a divulgar mensagem de retificação e esclarecimento para compensar propaganda ou publicidade de produto sujeito à vigilância sanitária veiculada em desconformidade com a legislação sanitária federal;

II - listar as irregularidades, identificadas na propaganda e analisadas no processo administrativo sanitário, que culminaram na aplicação da mensagem retificadora, esclarecendo os erros, equívocos e enganos causados e prestando as informações corretas e completas sobre o produto divulgado;

III - No caso de medicamentos isentos de prescrição, veicular a seguinte advertência:

“Todo medicamento também oferece riscos. Para evitar danos à sua saúde, informe-se.”

IV - No caso de medicamentos de venda sob prescrição, informar as contra-indicações, cuidados, advertências, reações adversas e interações medicamentosas do medicamento, bem como veicular a seguinte advertência: “Informações equilibradas e avaliadas criteriosamente são essenciais para a prescrição e o uso racional de medicamentos.”

§ 2º O plano de mídia provisório poderá ser modificado e/ou adaptado, assim como poderão ser impostos outros requisitos que levarão em consideração o tipo de produto divulgado, o risco sanitário e o público atingido.

Art. 49 A veiculação da mensagem retificadora deve observar os seguintes requisitos:

I - Na televisão, a mensagem retificadora deve ser veiculada em texto escrito sobre fundo verde, sem imagens, com letras brancas, padrão Humanist 777 ou Frutiger 55, subindo em rol de caracteres, com locução em “off”, cadenciada, sem fundo musical e perfeitamente audível.

II - Em rádio, a mensagem retificadora deve ser lida sem fundo musical e com locução cadenciada e perfeitamente audível.

III - Nos jornais, revistas, mídia exterior e congêneres, a mensagem retificadora deve ser publicada em fundo branco, emoldurado por filete interno e com letras de cor preta, padrão Humanist 777 ou Frutiger 55.

IV - Na Internet, a mensagem retificadora deve ser inserida em fundo branco, emoldurado por filete interno, com letras de cor preta, padrão Humanist 777 ou Frutiger 55.

V - Caso o espaço publicitário seja suficiente, a mensagem deve ser veiculada em cartela única, com as letras em tamanho legível. Caso não seja suficiente, a mensagem deve ser exibida seqüencialmente e de forma perfeitamente legível.

VI - O responsável pode ser notificado para apresentar, no prazo de dez dias contados do recebimento da notificação, prorrogável uma única vez por igual período, modificações na mensagem retificadora e no plano de mídia apresentados para adequá-los aos requisitos impostos de acordo com as normas estabelecidas nesta Resolução.

Art. 50 Cumpridos todos os requisitos, o responsável será notificado para proceder à divulgação da mensagem retificadora nos meios de comunicação, devendo, em seguida, comprovar a execução completa do plano de mídia da seguinte forma:

I - em relação às mensagens retificadoras veiculadas na televisão e no rádio, deve ser juntada aos autos a nota fiscal discriminada, comprovando que a mensagem foi divulgada nos veículos, horários e frequências previstos no plano de mídia, bem como a gravação da mensagem veiculada;

II - em relação às mensagens retificadoras veiculadas em jornais e revistas, deve ser juntado aos autos um exemplar de cada publicação na qual a mensagem foi divulgada;

III - em relação às mensagens retificadoras veiculadas na mídia exterior e congêneres, devem ser juntadas aos autos, além da nota fiscal discriminada, comprovando que a mensagem foi divulgada conforme previsto no plano de mídia, fotos com os negativos da mensagem inserida nos respectivos meios;

IV - em relação às mensagens retificadoras veiculadas na Internet, deve ser juntado aos autos documento comprovando que a mensagem foi divulgada nos sítios eletrônicos especificados no plano de mídia, bem como a impressão da página contendo a data.

§1º Após a divulgação da mensagem retificadora, seguida da comprovação da execução completa do plano de mídia, será expedido um despacho atestando o regular cumprimento da sanção, com a conseqüente extinção do processo administrativo sanitário.

§2º No caso de não cumprimento da sanção de mensagem retificadora, o responsável ficará sujeito às conseqüências e penalidades previstas na legislação sanitária.

Art. 51 Durante a apuração do ilícito, quando se tratar de propaganda, publicidade ou informação que representem risco sanitário iminente à saúde pública, pode a entidade sanitária, como medida cautelar, determinar a suspensão da veiculação do material publicitário ou informativo, com a duração necessária para a realização de análises ou outras providências requeridas.

Art. 52 As empresas devem informar a todo seu pessoal de comercialização e divulgação de medicamentos, incluindo as agências de publicidade, sobre este Regulamento Técnico e as responsabilidades no seu cumprimento.

Art. 53 A Anvisa, a qualquer tempo, poderá expedir atos regulamentares relativos à matéria, com o propósito de atualizar a regulamentação sobre a propaganda, publicidade, promoção e informação de produtos sujeitos à vigilância sanitária.

Art. 54 Ficam expressamente revogadas a RDC 102/2000, RDC 199/2004, RDC 197/2004 e demais Resoluções que dispõem de forma contrária.

## ANEXO II

LITERATURAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS OFICIALMENTE RECONHECIDAS

FARMACOPÉIA BRASILEIRA

FARMACOPÉIA ALEMÃ

FARMACOPÉIA BRITÂNICA

FARMACOPÉIA EUROPÉIA

FARMACOPÉIA NÓRDICA

FARMACOPÉIA JAPONESA

FARMACOPÉIA FRANCESA

FARMACOPÉIA AMERICANA E SEU FORMULÁRIO NACIONAL

FARMACOPÉIA MEXICANA

*FARMACOPÉIA PORTUGUESA (Acréscetada pela Resolução 23/2009/RDC/ANVISA/MS)*

USP NATIONAL FORMULARY

MARTINDALE, WILLIAN

EXTRA PHARMACOPÉIA

DICTIONAIRE VIDAL

EDITIONS DU VIDAL

REMINGTON FARMÁCIA

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

USP DI INFORMACION DE MEDICAMENTOS

---

USP PHARMACISTS' PHARMACOPEIA  
FORMULÁRIO NACIONAL  
HOMEOPATHIE - PHARMACOTECHNIE ET MONOGRAPHIES DES  
MEDICAMENTES  
COURANTS VOLUME I E II  
HOMOEOPATHIC PHARMACOPEIA OF INDIA  
PHARMACOPÉE FRANÇAISE E SUPLEMENTOS  
THE HOMEOPATHIC PHARMACOPEIA OF THE UNITED STATES E  
SUPLEMENTOS

**ANEXO III (TABELA)**

	<b>PRINCÍPIO ATIVO</b>	<b>ALERTAS PARA USO EM PROPAGANDA</b>
1.	Ácido acetilsalicílico	Não use este medicamento em caso de gravidez, gastrite ou úlcera do estômago e suspeita de dengue ou catapora.
2.	Ácido ascórbico (vitamina C)	Não use este medicamento em caso de doença grave dos rins.
3.	Bicarbonato de sódio	Não use este medicamento se você tem restrição ao consumo de sal, insuficiência dos rins, do coração ou do fígado.
4.	Bisacodil	Não use este medicamento em caso de doenças intestinais graves.
5.	Cânfora	Não use este medicamento em crianças menores de dois anos de idade.
6.	Carbonato de Cálcio	Não use este medicamento em caso de doença dos rins.
7.	Carvão vegetal	Não use este medicamento em crianças com diarreia aguda e persistente.
8.	Cloridrato de ambroxol	Não use este medicamento em crianças menores de dois anos de idade.
9.	Cloridrato de fenilefrina	Não use este medicamento em caso de doenças do coração, pressão alta e glaucoma.
10.	Dipirona sódica	Não use este medicamento durante a gravidez e em crianças menores de três meses de idade.

---

11.	Dropropizina	Não use este medicamento em caso de tosse com secreção e em crianças menores de dois anos de idade.
12.	Hidróxido de alumínio	Não use este medicamento em caso de doença dos rins e dor abdominal aguda.
13.	Hidróxido de magnésio	Não use este medicamento em caso de doença dos rins.
14.	Ibuprofeno	Não use este medicamento em casos de úlcera, gastrite, doença dos rins ou se você já teve reação alérgica a antiinflamatórios.
15.	Mebendazol	Não use este medicamento em crianças menores de um ano de idade.
16.	Naproxeno.	Não use este medicamento em casos de úlcera, gastrite, doença dos rins ou se você já teve reação alérgica a antiinflamatórios.
17.	Nicotina	Não use este medicamento se você é fumante com problemas cardíacos.
18.	Paracetamol	Não use junto com outros medicamentos que contenham paracetamol, com álcool, ou em caso de doença grave do fígado.
19.	Picossulfato de sódio	Não use este medicamento em caso de doenças intestinais graves.
20.	Plantago ovata Forsk	Não use este medicamento em caso de doenças intestinais graves.
21.	Sulfato ferroso	Não use este medicamento se você tem problemas gastrointestinais.

## **ANEXO II – As Dislipidemias**

A dislipidemia, inicialmente, é definida como quantidades não comuns de lípidos e lipoproteínas, tal como o LDL, no sangue.

Segundo Hall (2011), o colesterol é derivado de duas fontes, sendo uma delas oriunda do próprio corpo, produzida pelo fígado e correspondendo a cerca de 70% do colesterol total, enquanto a outra é oriunda da dieta, especialmente de carnes e lácteos. Grande parte desse colesterol é reabsorvida pela corrente sanguínea (97%), sendo o resto (3%) liberado nas fezes (Semenkovich, 2011).

As lipoproteínas, por sua vez, são partículas esféricas que contêm o triglicerídeo e o colesterol, substâncias altamente hidrofóbicas e por isso não miscível no sangue, que é a base de água (Hall, 2011).

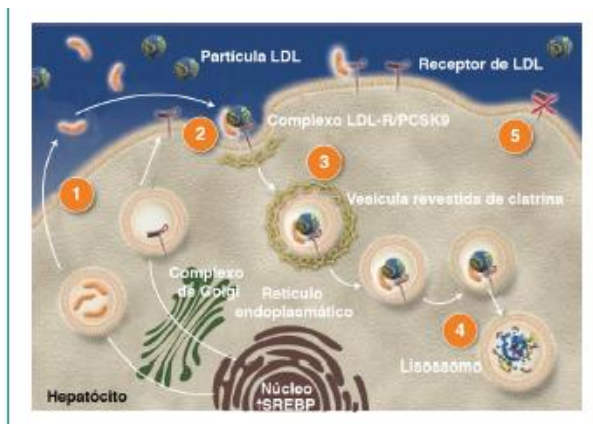
No que tange à captação das lipoproteínas pelas células, existem os devidos receptores para cada uma delas. Em relação ao LDL, seu receptor é encontrado em várias células do corpo, sendo que é através da quantidade desses mesmos receptores que a célula consegue regular a quantidade de colesterol em seu interior (Genest, 2015). Quanto mais receptores LDL existirem nas células hepáticas, mais colesterol é removido do sangue, e quanto menos receptores LDL existirem nessas, menos colesterol é removido do sangue.

A captação do LDL é feita quando o LDL associa-se ao seu receptor na célula. Parte da membrana que contém esses dois dobra-se para dentro da célula no processo de endocitose, criando uma vesícula. Tal estrutura é, em seguida, associada a um lisossomo, capaz de degradar o LDL e liberar os lipídeos em seu interior. Antes do complexo LDL/receptor LDL entrar no lisossomo, o receptor LDL separa-se do LDL e retorna à superfície, fazendo a reciclagem do mesmo (Goldstein, 2009).

A regulação na síntese de receptores LDL dá-se por meio da quantidade de colesterol dentro da célula. São as proteínas de ligação ao elemento de resposta a esterol (SREBPs) que percebem a redução do colesterol no interior da célula, ligando-se ao DNA da célula e ativando os genes que codificam receptores de LDL, HMG-CoA redutase e das demais enzimas que participam na síntese do colesterol. A entrada do LDL bloqueia a ação das SREBPs, evitando assim uma sobrecarga do colesterol. É dessa forma que a célula mantém seus níveis de colesterol normalizados (Semenkovich, 2011).

É dentro desse aspecto que enquadra-se a proteína PCSK9 (pró-proteína convertase subtilisina/kesina tipo 9), responsável por reduzir os níveis de LDL-C no sangue. A captação de colesterol pelas células hepáticas é muito importante, mas é vital também que elas não o captem em excesso. Para tal, elas produzem a PCSK9. A ação da PCSK9 reduz o número de receptores de LDL nas células hepáticas, reduzindo a captação de LDL-C pelo fígado e aumentando os níveis sanguíneos de LDL-C. A PCSK9 é produzida pelas células hepáticas e é secretada, ligando-se imediatamente aos receptores de LDL na superfície da célula hepática. Quando o receptor de LDL associa-se ao LDL, o complexo entra na célula, como de costume. A presença da PCSK9 indica que o receptor LDL deve ser degradado no lisossomo e não liberado antes. Com menos receptores, há uma menor captação de LDL-c e os seus níveis elevam-se no sangue (Semenkovich, 2011).

**Figura 14: Produção e secreção de PCSK9 e efeito da PCSK9 no Receptor de LDL**



Fonte: Matthew, 2014, pág. 5

Vários estudos epidemiológicos têm confirmado a correlação entre níveis elevados de LDL-C e DCVA. Além disso, estudos de resultados clínicos têm demonstrado que a redução de LDL-C resulta em redução do risco de DCVA. Esses fatos têm incentivado os médicos a tratar agressivamente a hipercolesterolemia. A primeira linha de tratamento da hipercolesterolemia é de mudanças terapêuticas de estilo de vida, incluindo: intervenção nutricional; exercício moderado; perda de peso. Segundo Semenkovich (2011), essas alterações podem ser suficientes para tratar a hipercolesterolemia leve em pacientes de baixo risco. Nos pacientes de maior risco, mudanças terapêuticas de estilo de vida são importantes também para reduzir o LDL-C. Pacientes com hipercolesterolemia mais grave ou maior risco CV podem requerer medicamentos hipolipemiantes (que diminuem os níveis de LDL-C) para cumprir as suas metas de tratamento. Alguns medicamentos são elaborados para reduzir o colesterol, pela redução da concentração de partículas de LDL. No que diz respeito aos medicamentos para redução de LDL-C incluem: Sequestrantes de ácido biliar (também chamados de “resinas de ligação”), introduzidos em 1973; Inibidores da HMG-CoA redutase (também chamados de “estatinas”), introduzidos em 1987; O inibidor da absorção do colesterol ezetimiba, introduzido em 2002 (Semenkovich, 2011).

Tal como afirma Semenkovich (2011), em casos de hipercolesterolemia grave (como HF), ou quando o objetivo é atingir níveis muito baixos de LDL-C ( $< 70$  mg/dL), os pacientes podem requerer uma combinação de agentes.

Em relação às estatinas (também conhecidas como inibidores da HMG-CoA redutase), elas são a base da terapia redutora de LDL-C.

O benefício clínico das estatinas para redução do risco CV está bem estabelecido. Embora as estatinas tenham eficácia ao tratar a dislipidemia, elas podem estar associadas a alguns efeitos colaterais, e uma parcela significativa de pacientes é intolerante a estatinas. Através de vários estudos com estatina, cerca de 1% dos pacientes apresenta enzimas hepáticas (aminotransferase) aumentadas mais de 3 vezes o limite superior ao normal. Estes aumentos podem fazer com que o paciente suspenda as

estatinas. Danos hepáticos permanentes são a preocupação, mas raramente ocorrem (Semenkovich, 2011).

Com base na sua causa, uma dislipidemia pode ser classificada como primária ou secundária. Causas secundárias de dislipidemias incluem o consumo excessivo de álcool, consumo excessivo de gorduras saturadas e carboidratos, efeitos adversos do medicamento. Outra condição médica, tal como diabetes mellitus mal controlado, obesidade, medicamentos, doenças no fígado, doença renal, dentre outras.

A dislipidemia é diagnosticada com um grupo de exames de sangue conhecido como perfil lipídico.

As diretrizes de tratamento atuais para dislipidemia descrevem um nível de LDL-C inferior a 100 mg/dL como “desejável”. As evidências acumuladas, no entanto, mostram que o nível fisiologicamente normal de LDL-C é de aproximadamente 50 a 70 mg/dL e que qualquer nível mais alto está associado a um risco de DCVA (O’Keefe, 2004).

Segundo Semenkovich (2011), doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA) é a principal causa de morte nos Estados Unidos. O sistema CV inclui o coração, que bombeia o sangue, e quilômetros de vasos sanguíneos, que transportam o sangue entre o coração e os tecidos corporais. A aterosclerose, comumente conhecida como “artérias entupidas”, é uma condição na qual o LDL-colesterol e outras substâncias se depositam na parede da artéria, estreitando o lúmen arterial e levando potencialmente à formação de um coágulo sanguíneo, o que configura um problema sério para o fluxo sanguíneo naquele vaso (Semenkovich, 2011).

A aterosclerose pode se desenvolver em qualquer artéria, mas as artérias mais comumente afetadas incluem: as artérias coronárias, que fornecem sangue para nutrir o músculo cardíaco; as artérias carótidas, que transportam o sangue através do pescoço para o cérebro.

A aterosclerose tem sido associada a vários fatores de risco. Alguns fatores de risco são modificáveis, o que significa que podem ser alterados com mudanças de estilo de vida ou tratamento farmacológico.

### **ANEXO III – Inibidores da PCSK9**

Para compreender os inibidores da PCSK9, deve-se entender primeiro o que é um anticorpo e, da mesma forma, compreender um anticorpo monoclonal. Anticorpos monoclonais são tipos de agentes terapêuticos considerados “biológicos” em vez de “farmacêuticos”, porque são produzidos utilizando-se animais e/ou células em vez de ser sintetizados quimicamente.

De acordo com Abbas (2015), os anticorpos (também conhecidos como “imunoglobulinas”) são proteínas que se ligam aos micróbios infecciosos, impedindo-os de infectar as células e marcando-as para destruição pelo sistema imunológico. Anticorpos também visam células de câncer e as marcam para destruição. Os anticorpos são secretados pelos glóbulos brancos conhecidos como linfócitos B (Abbas, 2015).

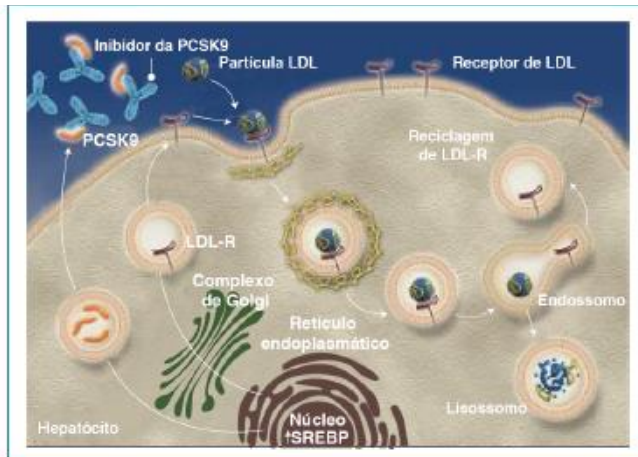
A molécula no micróbio a que o anticorpo se liga é conhecida como **antígeno**. Cada anticorpo é projetado especificamente visando um **epítopo** (sítio de ligação) de uma molécula de antígeno, de modo que humanos e animais possuem milhões de diferentes tipos de anticorpos em sua corrente sanguínea.

Os anticorpos monoclonais (**mAbs**) são um grupo de anticorpos idênticos que são todos específicos para o mesmo epítopo da mesma molécula de antígeno. Anticorpos monoclonais são criados em um laboratório para fins terapêuticos. Por exemplo, anticorpos monoclonais podem ser criados para reconhecer a proteína PCSK9 como um antígeno.

Segundo Nelson (2010), Os mAbs terapêuticos foram desenvolvidos principalmente para o tratamento de câncer, distúrbios imunológicos e doenças infecciosas. Um tipo de mAbs são inibidores da PCSK9, os quais se ligam a proteínas PCSK9 como seu antígeno. Os inibidores da PCSK9 agem pela ligação a um epítopo da PCSK9 próximo

da região que é necessária para interação com receptores de LDL. Esta ligação inibe a PCSK9 de se ligar aos receptores de LDL, o que permite que mais receptores sejam reciclados para a superfície celular onde eles podem captar mais partículas de LDL. Desta forma, os níveis sanguíneos de LDL-C são reduzidos (Nelson, 2010).

**Figura 15: Mecanismo de atuação do inibidor da PCSK9**



**Fonte: Matthew, 2014, pág.9**

Os inibidores da PCSK9 complementam a ação das estatinas. Ao reduzir o colesterol intracelular no fígado, as estatinas ativam as SREBPs e, assim, aumentam a expressão de receptor de LDL e de PCSK9. Isso aumenta a captação de colesterol, ao mesmo tempo em que promove a degradação do receptor de LDL através da ação da PCSK9. Portanto, um medicamento que inibe a PCSK9 pode aumentar a expressão de LDLR induzida por estatina e aumentar a depuração de LDL-C (Semenkovich, 2011).

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE I - Entrevista ao Professor do Instituto do Coração (INCOR-SP)**

#### **A Importância do Gestor Médico Científico na Indústria Farmacêutica: Marketing de Relacionamento e NeuroMarketing, no Pré-Lançamento de um Novo Fármaco para Tratamento da Dislipidemia**

**A presente entrevista é realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais, da UFP, subordinado ao tema A importância do Gestor Médico Científico na Indústria farmacêutica: Marketing de Relacionamento e NeuroMarketing, no pré-lançamento de um novo fármaco para tratamento da dislipidemia. Com o recurso à entrevista pretende-se captar a realidade de cada entrevistado. Responda com o máximo de sinceridade e pormenor.**

**Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração, garantindo a confidencialidade de todas as informações recolhidas.**

**Adriana Vassalli de Souza**

**33156@ufp.edu.pt**

Nome do entrevistado: Wilson Salgado

Data: 26/08/2015

Meio utilizado: Face to Face

Atividade profissional: Médico Cardiologista e Lipidólogo

Idade:

1- Explique a atual situação das necessidades não atendidas em dislipidemias no Brasil?

2- Quais as propostas para reverter a situação das necessidades não atendidas em Dislipidemias?

- 3- Comente a respeito dos escores para estratificação do risco de pacientes com dislipidemia e sobre as metas preconizadas nos principais *guidelines* internacionais e nacionais sobre o tratamento das dislipidemias.
- 4- Qual a sua opinião sobre os inibidores da PCSK9 como nova classe para tratar dislipidemias?
- 5- Quais os pacientes que irão se beneficiar com essa terapia?
- 6- Acredita que o custo da medicação possa ser um obstáculo para a entrada do medicamento no Brasil?
- 7- O fato de se tratar de um medicamento injetável pode interferir na adesão do paciente ao produto?
- 8- Considera os estudos clínicos de um novo fármaco como fator decisório de conhecimento científico para os médicos prescritores?
- 9- Faça uma conclusão sobre os novos tratamentos para pacientes com Hipercolesterolemia familiar.
- 10- Quais as sugestões para uma programa acirrado de educação Médica no Brasil?

## APÊNDICE II - Inquérito aos Médicos Cardiologistas e Endocrinologistas

No âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais da Universidade Fernando Pessoa (Portugal) tomo a liberdade de lhe dar a conhecer e de o(a) convidar a participar numa investigação intitulada “**A percepção dos médicos sobre o papel dos gestores médicos científicos quanto às necessidades não atendidas e aos novos tratamentos para as dislipidemias**” a decorrer sob a orientação do Prof. Doutor António Cardoso (ajcaro@ufp.edu.pt).

A qualidade dos resultados irá depender da sinceridade e da atenção dispensadas, sendo a sua colaboração muito importante para a pesquisa, pelo que solicito que dê respostas sinceras e ponderadas à questões apresentadas. É importante que responda a todas as questões.

As respostas a este questionário são totalmente anónimas e, como tal, confidenciais, sendo os dados analisados para fins estatísticos.

O presente questionário será realizado em duas fases:

**1ª fase - antes do início da explicação** sobre abordagem atual, necessidades não atendidas e novos tratamentos para dislipidemias.

**2ª fase – após o encerramento da explicação** sobre abordagem atual, necessidades não atendidas e novos tratamentos para dislipidemias e realizado no máximo em 10 minutos.

Se desejar, no fim deste estudo, poderemos enviar-lhe os resultados obtidos, bastando para tal referi-lo para o seguinte endereço de correio eletrónico: 33156@ufp.edu.pt

**Grata pela colaboração e atenção dispensada**

**Género:** Masculino

Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Ano de formatura:** \_\_\_\_\_

**Especialidade (s) médica:** Cardiologia  Medicina Interna  Endocrinologia

**Indique o nome de fármacos inibidores da PCSK9 para o tratamento da dislipidemia que conhece**

**1-** \_\_\_\_\_ **2-** \_\_\_\_\_ **3-** \_\_\_\_\_

**1ª fase - Antes do início da explicação**

**Indique, por favor, o seu grau de concordância relativamente às afirmações a seguir apresentadas, utilizando uma escala em que “1” significa “Discordo plenamente”, “2” “Discordo parcialmente”, “3” “Concordo parcialmente” e “4” “Concordo plenamente”.**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
No que diz respeito às metas preconizadas pelas diretrizes nacionais e internacionais para tratamento da dislipidemia, a redução do LDL-c deve ser preconizada na mesma intensidade e nos mesmos níveis para todos os pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os pacientes com quadro prévio de DAC devem ter níveis de LDL-c abaixo de 70mg/dl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em pacientes selecionados para prevenção secundária, a estratificação de risco e os escores clínicos são importantes para o manejo clínico dos mesmos, assim como a definição das metas conforme <i>guidelines</i> nacionais e internacionais em relação ao tratamento da dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha prática clínica diária, as estatinas são suficientes para alcançar as metas preconizadas em pacientes classificados como de alto risco (Prevenção secundária)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O uso de ezetimibe, fibratos, ômega 3 e óleo de linhaça, associados ou não às estatinas, já são suficientes para alcançar as metas preconizadas propostas nos <i>guidelines</i> nacionais e internacionais em pacientes com dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho por hábito explicar aos meus pacientes sobre a importância do controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares, e no que diz respeito às estatinas, busco sempre alcançar as doses máximas toleradas pelos pacientes, e quando necessário associo outros hipolipemiantes para alcançar as metas desejadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os novos medicamentos para o tratamento da dislipidemia são preconizados para os pacientes fora do alcance das metas de LDL-c; intolerância às estatinas e Hipercolesterolemia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conheço os novos fármacos (inibidores da PCSK9) para o tratamento da dislipidemia e tenho interesse em utilizá-los na minha clínica diária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero o custo, a eficácia e a segurança de um fármaco no momento de optar para a prescrição de uma nova classe proposta para o tratamento da dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conheço a proteína PCSK9 e o sítio de atuação da mesma, além de seus efeitos sobre o LDL-c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conheço o mecanismo de ação dos inibidores da PCSK9, suas principais indicações no tratamento da dislipidemia e quais as moléculas que pertencem à essa classe terapêutica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O uso de fármacos injetáveis é um fator determinante para a adesão dos pacientes no tratamento da dislipidemia, pois esse é um tratamento crônico e para o restante da vida do indivíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenho interesse em conhecer os estudos clínicos que envolvem os inibidores da PCSK9 e seus desfechos primários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Obrigado pela colaboração

#### 2ª fase - Após o encerramento da explicação

**Indique, por favor, o seu grau de concordância relativamente às afirmações a seguir apresentadas, utilizando uma escala em que “1” significa “Discordo plenamente”, “2” “Discordo parcialmente”, “3” “Concordo parcialmente” e “4” “Concordo plenamente”.**

	1	2	3	4
No que diz respeito às metas preconizadas pelas diretrizes nacionais e internacionais para tratamento da dislipidemia, a redução do LDL-c deve ser preconizada na mesma intensidade e nos mesmos níveis para todos os pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os pacientes com quadro prévio de DAC devem ter níveis de LDL-c abaixo de 70mg/dl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em pacientes selecionados para prevenção secundária, a estratificação de risco e os escores clínicos são importantes para o manejo clínico dos mesmos, assim como a definição das metas conforme <i>guidelines</i> nacionais e internacionais em relação ao tratamento da dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha prática clínica diária, as estatinas são suficientes para alcançar as metas preconizadas em pacientes classificados como de alto risco (Prevenção secundária)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O uso de ezetimibe, fibratos, ômega 3 e óleo de linhaça, associados ou não às estatinas, já são suficientes para alcançar as metas preconizadas propostas nos <i>guidelines</i> nacionais e internacionais em pacientes com dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho por hábito explicar aos meus pacientes sobre a importância do controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares, e no que diz respeito às estatinas, busco sempre alcançar as doses máximas toleradas pelos pacientes, e quando necessário associo outros hipolipemiantes para alcançar as metas desejadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os novos medicamentos para o tratamento da dislipidemia são preconizados para os pacientes fora do alcance das metas de LDL-c; intolerância às estatinas e Hipercolesterolemia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conheço os novos fármacos (inibidores da PCSK9) para o tratamento da dislipidemia e tenho interesse em utilizá-los na minha clínica diária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero o custo, a eficácia e a segurança de um fármaco no momento de optar para a prescrição de uma nova classe proposta para o tratamento da dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conheço a proteína PCSK9 e o sítio de atuação da mesma, além de seus efeitos sobre o LDL-c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conheço o mecanismo de ação dos inibidores da PCSK9, suas principais indicações no tratamento da dislipidemia e quais as moléculas que pertencem à essa classe terapêutica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O uso de fármacos injetáveis é um fator determinante para a adesão dos pacientes no tratamento da dislipidemia, pois esse é um tratamento crônico e para o restante da vida do indivíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho interesse em conhecer os estudos clínicos que envolvem os inibidores da PCSK9 e seus desfechos primários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A promoção de sessões clínicas pela indústria farmacêutica influencia positivamente o meu relacionamento com o gestor médico científico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A participação em congressos científicos influencia positivamente o meu relacionamento com o gestor médico científico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigado pela colaboração**