

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração  
Mestrado

**ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO – PACIENTE  
– FARMACÊUTICO E SEUS EFEITOS NA PRESCRIÇÃO E COMPRA  
DE MEDICAMENTOS**

Igor Leon Francelino de Oliveira

Belo Horizonte  
2016

**Igor Leon Francelino de Oliveira**

**ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO – PACIENTE  
– FARMACÊUTICO E SEUS EFEITOS NA PRESCRIÇÃO E COMPRA  
DE MEDICAMENTOS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Caissa Veloso e Sousa

Linha de Pesquisa: Tecnologias de Gestão e Competitividade

Área de concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte  
2016

O586a OLIVEIRA, Igor Leon Francelino.

Assimetria de informação na relação medico-paciente-farmacêutico e seus efeitos na prescrição e compra de medicamentos . Igor Leon Francelino. Belo Horizonte: FNH, 2016.

91 p.

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup>. Caissa Veloso e Souza

Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração.

1.Assetria da Informação 2. Comportamento do consumidor – indústria farmacêutica I. Caissa Veloso e Souza II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título.

CDD: 658.4012



Faculdade Novos Horizontes  
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO  
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **IGOR LEON FRANCELINO DE OLIVEIRA**

Matrícula: 770619

LINHA DE PESQUISA: TECNOLOGIAS DE GESTÃO E COMPETITIVIDADE

ORIENTADOR(A): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Caissa Veloso e Sousa

**TÍTULO: ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE-FARMACÊUTICO E SEUS EFEITOS NA PRESCRIÇÃO E COMPRA DE MEDICAMENTOS.**

DATA: 12/02/2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Caissa Veloso e Sousa  
ORIENTADORA  
Faculdade Novos Horizontes

Prof.ª Dr.ª Aleixina Maria Lopes Andalecio  
Faculdade Novos Horizontes

Prof. Dr. Danilo de Oliveira Sampaio  
Universidade Federal de Juiz de Fora

À minha mãe, à Dinha, à minha irmã, aos amigos e a todos da família Paixão.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, me incentivaram e me apoiaram nessa caminhada. Em primeiro lugar, a Deus; posteriormente, à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Caissa Sousa, por acreditar em mim nos momentos em que eu mesmo descreditei, bem como pela sua dedicação e paciência.

A toda minha família e aos amigos, que me deram o apoio e a força necessária para realizar este trabalho. Não poderia deixar de agradecer aos outros professores que contribuíram para o meu crescimento acadêmico: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aleixina Andalécio e Prof. Dr. Luiz Honório.

Pessoas muito especiais cruzaram pelo meu caminho, deixaram de ser colegas e tornaram-se amigos. Agradeço a todos eles por cada palavra incentivadora que me fez seguir em frente. Agradeço, também, às pessoas que me apoiaram na pesquisa com agilidade e prontidão: Fernando Oliveira, Jefferson Rodrigues, Leonardo Rezende, Liliane Rezende e Natália Xavier.

*Sede assim, qualquer coisa serena, isenta e fiel. Não como o resto dos homens.*

Cecília Meireles

## RESUMO

Em fevereiro de 1999, foi promulgada, no Brasil, a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que alterou a lei 6.360/76 e que ficou conhecida popularmente como Lei dos Genéricos. Essa lei dispõe sobre a utilização da nomenclatura 'genérico' em produtos farmacêuticos. O objetivo da lei dos medicamentos genéricos é incentivar a fabricação e comercialização de medicamentos que possuem a mesma eficácia do medicamento de marca, com preços mais acessíveis à população. Todavia, no momento da prescrição médica, pode-se afirmar que existe desigualdade de informação entre os agentes envolvidos na transação, tanto em relação ao médico, que possui mais informações sobre os medicamentos que o paciente; quanto em relação ao paciente, que, no momento da compra do medicamento, está em desvantagem em relação ao farmacêutico. Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo geral descrever e analisar a influência da assimetria de informação na relação que o médico estabelece com o paciente, e este com o farmacêutico para fins de prescrição e compra de medicamentos na cidade de Belo Horizonte/MG. O trabalho correspondeu a uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado, a partir do qual foram entrevistados 06 médicos, 06 pacientes e 06 farmacêuticos. Os dados coletados foram tratados à luz da análise de conteúdo e organizados com base nos objetivos específicos da pesquisa, bem como analisados com base em quatro construtos estabelecidos após o levantamento teórico relacionado. Os principais resultados obtidos demonstram que a assimetria de informação tem início na relação laboratório-médico, devido ao fato de o laboratório possuir mais informações acerca dos medicamentos que os médicos. Além disso, foi identificada a significativa presença do representante farmacêutico como fonte de informação sobre medicamentos, tanto para o médico como para o paciente. O representante exerce também uma função de promoção comercial dos medicamentos, com a oferta de gratificações e bonificações tanto para os médicos, quanto para os pacientes, que podem promover uma prescrição de compra tendenciosa aos pacientes, gerando, assim, um problema de agência denominado seleção adversa.

**Palavras-chave:** Assimetria de Informação. Seleção Adversa. Comportamento do Consumidor. Medicamentos.

## ABSTRACT

In February 1999, it was enacted in Brazil, Law No. 9,787, of February 10, 1999, amending the Law 6.360 / 76 and that became popularly known as the Law of Generics. This law disposes for the use of the nomenclature 'generic' in pharmaceutical products. The purpose of the law of generic medications is to encourage the manufacturing and commercialization of medications that have the same efficacy as branded medication, with more accessible prices to the population. However, in the moment of the medical prescription, it can be said that there is inequality of information between the agents involved in the transaction, both in relation to the physician who has more information about the medications than the patient; and as well as in relation to the patient, who at the time of the medication purchase is at a disadvantage compared to the pharmacist. In this context, the present work had as general objective to describe and analyze the influence of the information asymmetry in the relationship that the physician establishes with the patient, and this with the pharmacist for purposes of prescription and purchase of medicines in the city of Belo Horizonte/MG. The work corresponded to a descriptive research with a qualitative approach. For data collection, a semi-structured interview guide was elaborated, from which were interviewed 06 physicians, 06 patients and 06 pharmacists. The data collected were treated in the light of the content analysis and organized based on specific objectives of the research, as well as analyzed based on four constructs established after the related theoretical research. The main results obtained demonstrate that information asymmetry begins in the relation laboratory-physician, due to the fact that the laboratory has more information about medications than physicians. In addition, it was identified the significant presence of the pharmaceutical representative as a source of information on medications, both for the physician as for the pharmacist. The representative also exerts a function of commercial promotion of medicinal products, with the offer of bonuses and rebates for both physicians, as for pharmacists which can promote a biased buying prescription to patients, thus generating a problem of agency denominated adverse selection.

**Keywords:** Asymmetric Information. Adverse Selection. Consumer Behavior. Medications.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Relação entre medicamentos de referência, genéricos e similares .....	27
Figura 2 –	Modelo do comportamento do consumidor de Engel, Blackwell e Miniard (2000) .....	37
Figura 3 –	Modelo decisório do cliente .....	38
Figura 4 –	Modelo decisório do cliente .....	40
Figura 5 –	Modelo de comportamento do consumidor de medicamentos .....	43
Quadro 1 –	Artigos publicados no site da Anpad sobre assimetria de informação .....	15
Quadro 2 –	Objetivos e construtos para o roteiro de entrevista dos médicos .....	47
Quadro 3 –	Objetivos e construtos para o roteiro de entrevista dos pacientes .....	48
Quadro 4 –	Objetivos e construtos para o roteiro de entrevista dos farmacêuticos .....	49



## **LISTA DE ABRVIATURAS E SIGLAS**

ANPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
DCB	Denominação Comum Brasileira
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
SPELL	Scientific Periodicals Eletronic Library

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
1.1	Problema .....	12
1.2	Objetivos .....	14
1.2.1	Objetivo geral.....	14
1.2.2	Objetivos específicos.....	14
1.3	Justificativa.....	14
<b>2</b>	<b>AMBIÊNCIA DO ESTUDO</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
3.1	Assimetria de informação.....	22
3.1.1	Seleção adversa e sinalização .....	23
3.1.2	Assimetria de informação na indústria farmacêutica.....	24
3.2	Marketing social .....	28
3.3	Comportamento do consumidor .....	31
3.3.1	Modelos do processo decisório do consumidor .....	33
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>44</b>
4.1	Tipo e abordagem de pesquisa .....	44
4.2	Unidades de análise e sujeitos de pesquisa .....	45
4.3	Técnica de coleta de dados .....	46
4.4	Técnica de análise dos dados .....	50
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>51</b>
5.1	Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	51
5.2	Reconhecimento da assimetria de informação por parte de médicos, pacientes e farmacêuticos na prescrição e compra de medicamentos.....	52
5.3	Percepção dos médicos, pacientes e farmacêuticos quanto à substituição entre medicamentos referência, genéricos e similares. ....	65
5.4	Conduta adotada pelos médicos para garantir que a prescrição seja seguida pelos pacientes .....	71
5.5	Problemas relacionados à troca de medicamentos .....	74
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>83</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 1999, foi promulgada, no Brasil, a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que alterou a Lei nº 6.360/76 e que ficou conhecida popularmente como Lei dos Genéricos. Essa lei dispõe sobre a utilização da nomenclatura 'genérico' em produtos farmacêuticos, bem como sobre as providências de introdução e testes, prescrição e uso deste medicamento (BRASIL, 1999).

A lei definiu também uma Denominação Comum Brasileira (DCB) para os medicamentos alopáticos<sup>1</sup>, que se dividem em: referência, genérico e similar. O medicamento de referência é um produto farmacêutico inovador, registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, que possui eficácia, segurança e qualidade comprovadas cientificamente (BRASIL, 1999).

Já o genérico contém o mesmo princípio ativo, a mesma dosagem, forma farmacêutica, via de administração e indicação terapêutica do medicamento de referência. Além disso, este medicamento deve apresentar a mesma segurança e ser intercambiável, ou seja, ser assegurado ao consumidor a possibilidade substituição do medicamento de referência pelo genérico, com indicação do farmacêutico ou mediante prescrição do médico na receita. Na embalagem dos medicamentos genéricos deverá constar uma tarja amarela escrito "Medicamento Genérico", como também o princípio ativo do medicamento, já que o genérico não possui marca (ANVISA, 2015a).

O medicamento similar contém o mesmo princípio ativo, a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica que o medicamento de referência e é equivalente a ele. O que o difere do medicamento de referência são características quanto à forma, ao tamanho, à validade, embalagem e rotulagem, ao excipiente e veículo, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca. Os medicamentos similares devem apresentar os testes de biodisponibilidade relativa e equivalência farmacêutica para obterem registro e

---

<sup>1</sup> O tratamento alopático busca, por meio de medicamentos de ação química, eliminar os sintomas e manifestações da doença (ANVISA, 2002).

comprovar que eles possuem o mesmo comportamento no organismo dos pacientes e as mesmas características de qualidade do medicamento de referência (ANVISA, 2015b).

O objetivo da lei dos medicamentos genéricos é incentivar a fabricação e comercialização de medicamentos que possuem a mesma eficácia do medicamento de referência, entretanto com preços mais acessíveis à população (ANVISA, 2015a). Para tanto, garante a intercambialidade entre os medicamentos para prover maior acesso ao produto com melhor custo benefício para o consumidor. Segundo Rumel, Nishioka e Santos (2006), a equivalência terapêutica pode ser alcançada da seguinte forma:

- a) ensaio clínico que comprove a eficácia e a segurança entre o medicamento de referência e o genérico;
- b) ensaio clínico que comprove uma propriedade farmacodinâmica dos medicamentos;
- c) testes de biodisponibilidade relativa, segundo os quais são comprovados a bioequivalência entre o medicamento de referência e o genérico;
- d) testes *in vitro*<sup>2</sup> que comprovem a equivalência farmacêutica, demonstrando as especificações farmacêuticas entre os medicamentos.

O farmacêutico é o profissional responsável pela substituição do medicamento de referência pelo medicamento genérico no ato da compra, segundo orientações da Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (PRÓGENÉRICOS, 2015). Entretanto, pode ser identificada com frequência a presença do balconista substituindo a função do farmacêutico (RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006).

Além disso, é importante salientar que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) garante a intercambialidade entre o medicamento de referência e o genérico. Todavia não é possível que esta agência reguladora apresente a mesma

---

<sup>2</sup> Refere-se a uma reação biológica ocorrida em um equipamento artificial (MICHAELIS, 2015).

garantia entre dois genéricos, ou mesmo entre genérico e um similar, ou ainda entre dois similares (ANVISA, 2015a).

Com a implementação da lei dos genéricos foi possível identificar que desde então a indústria farmacêutica brasileira tem sofrido modificações no que se refere à demanda e à oferta de medicamento. Segundo dados da Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas de Pesquisa (INTERFARMA)<sup>3</sup>, o mercado farmacêutico brasileiro evoluiu três posições em faturamento no *ranking* mundial, saindo da 10ª posição em 2003 para a 6ª posição em 2011, com previsões de atingir a 4ª posição em 2016 (INTERFARMA, 2014).

No momento da prescrição médica, pode-se afirmar que existe desigualdade de informação entre os agentes envolvidos na transação, tanto em relação à indústria farmacêutica, que possui mais conhecimento sobre o medicamento em relação ao médico; quanto em relação ao médico, que possui mais informações em relação ao paciente; e, por último, em relação ao paciente, que, no momento da compra do medicamento, está em desvantagem em relação ao farmacêutico (SOUSA; LARA; MESQUITA, 2010; LARA, 2015).

Para Rumel, Nishioka e Santos (2006), outro fator considerado pelo paciente é o preço do medicamento. Nesse aspecto, ao encontrar um produto mais barato, que, segundo o farmacêutico, é intercambiável, o paciente pode autorizar a troca, sem promover uma consulta prévia ao médico.

Desse modo, a intercambialidade pode impactar na prescrição médica, uma vez que o médico, ao prescrever, não tem a certeza de que o paciente comprará o medicamento indicado, mantendo a mesma marca ou o mesmo laboratório de origem. Isso acontece quando os medicamentos são trocados na farmácia sem a expressa autorização do médico. Estas trocas, em alguns casos, são feitas sob a influência do balconista. Em outra perspectiva, para os gestores de políticas públicas, isso constitui um impacto positivo, já que os genéricos ampliaram o acesso

---

<sup>3</sup> Fundada em 1990, é uma entidade sem fins lucrativos, que representa as empresas e pesquisadores brasileiros ou estrangeiros responsáveis pela inovação em saúde no Brasil (INTERFARMA, 2015).

da população aos medicamentos (RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006; RAMALHO, 2006; SOUSA; LARA; MESQUITA, 2010).

Portanto, para o consumidor, o mercado se caracteriza por assimetria de informação, pois o mesmo não possui meios de avaliar a qualidade do medicamento intercambiável antes ou depois da aquisição do produto. Quanto aos profissionais de saúde, a ANVISA determina que a prescrição de medicamentos genéricos seja realizada com base em estudos recentes e em cartilhas produzidas pela própria instituição. Entretanto, é sabido que as informações adquiridas pelos médicos provêm, em grande parte, diretamente das indústrias farmacêuticas (SOUSA, 2007).

### **1.1 Problema**

O mercado farmacêutico é complexo, dada a quantidade de fármacos disponíveis e a ausência de informações completas de todos os atores envolvidos, o que implica em pouco conhecimento do consumidor final sobre o medicamento que adquire, seja ele genérico, similar ou de marca (SANTOS, 2001). Como forma de informar melhor o consumidor, várias campanhas governamentais têm sido realizadas, normalmente com a finalidade de mostrar à população como identificar um medicamento genérico. No entanto, mesmo que o consumidor esteja consciente de sua escolha de medicamento não é possível que ele avalie a qualidade do produto que compra e consome antes de usá-lo (FIÚZA; LISBOA, 2001).

Existem, portanto, nesse mercado uma diferença com relação às informações que os atores envolvidos possuem. A assimetria de informação é caracterizada pela desigualdade de informações disponíveis para as duas ou mais partes, sobre determinadas características de um bem ou serviço. No ramo da saúde, a relação médico/paciente pode ser um caso típico de assimetria de informação, já que o médico pode prescrever o medicamento e o paciente simplesmente ignorar tudo a respeito desse medicamento, resolvendo comprá-lo ou até mesmo intercambiá-lo no momento que julgar possível. Nessa relação, o paciente possui menos conhecimento acerca da atividade do medicamento no organismo que o médico, bem como sobre a adesão ao tratamento. Por outro lado, o médico desconhece as condições sociais e ambientais do paciente (MOTA *et al.*, 2008).

Além disso, deve ser considerada a função do profissional de farmácia no momento da compra do medicamento pelo paciente, ou ainda, no momento de sua intercambialidade. Em muitos casos, o farmacêutico é substituído pelo balconista, o que diminui a segurança do paciente, pois ele pode oferecer opções que lhe garantam mais remuneração ou amplie a rentabilidade da farmácia (BARBERATO-FILHO; LOPES, 2007; SOUSA, 2007; SOUSA, LARA; MESQUITA, 2010).

Fiúza e Lisboa (2001) mencionam uma classificação dos bens de acordo com a possibilidade de análise do consumidor quanto ao preço do produto, seus atributos, eficácia, apresentação entre outros, antes ou depois da compra. Desse modo, os medicamentos são definidos pelos autores como bens credenciais (*credence goods*), devido ao fato de se enquadrarem, por parte dos consumidores, na categoria de difícil avaliação de alguns aspectos como a qualidade do produto, considerando ainda que a demanda primária é gerada pelo médico, que é o responsável pela prescrição do medicamento.

Segundo Sousa (2007), mesmo com a garantia da intercambialidade e qualidade garantidas pela Anvisa para o medicamento genérico, bem como a classificação de bens credenciais, não é possível afirmar que os medicamentos compreendem bens substitutos perfeitos. Nesse sentido, para que eles pudessem ser classificados como substitutos perfeitos, dados que os preços são os mesmos, o consumidor “sempre” optaria por comprar o mais barato. No entanto, isso não acontece, inferindo que o consumidor, às vezes, percebe alguma diferença entre esses medicamentos.

A partir dos argumentos apresentados, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: **Qual a influência da assimetria de informação nas relações médico – paciente – farmacêutico<sup>4</sup> para fins de prescrição e compra de medicamentos?**

---

<sup>4</sup> Para efeito de simplificação da terminologia, optou-se por utilizar o termo farmacêutico nesse trabalho. Contudo, este será utilizado para identificar profissionais de farmácia, sendo estes balconistas e graduados em farmácia.

## **1.2 Objetivos**

Para responder ao problema de pesquisa, foram definidos os seguintes objetivos:

### **1.2.1 Objetivo geral**

Descrever e analisar a influência da assimetria de informação na relação que o médico estabelece com o paciente, e estes com o farmacêutico para fins de prescrição e compra de medicamentos na cidade de Belo Horizonte/MG.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Para atingir o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar se os médicos, pacientes e farmacêuticos reconhecem a assimetria de informação na prescrição e compra de medicamentos;
2. Analisar como os médicos, pacientes e farmacêuticos percebem a substituição entre medicamentos de referência, genéricos ou similares;
3. Identificar se os médicos adotam condutas para garantir que os pacientes sigam a prescrição;
4. Identificar se os médicos, pacientes e farmacêuticos reconhecem possíveis problemas relacionados à troca não autorizada da medicação.

## **1.3 Justificativa**

Com a intenção de verificar a produção acadêmica sobre a assimetria de informação na prescrição e compra de medicamentos, foi realizada uma pesquisa com o tema “assimetria de informação” nos sites eletrônicos da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD), da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e da *Scientific Periodicals Eletronic Library* (SPELL).

No site da Anpad, foi encontrado um total de cinco publicações, sendo quatro artigos apresentados no encontro nacional da ANPAD (EnANPAD); uma publicação em

2008, na área de Estudos Organizacionais; em 2009, na área de finanças; e, em 2010, na área de marketing com o título “Mercado Farmacêutico: Imperfeições e Assimetria de Informação”, um estudo que faz uma revisão bibliográfica acerca das causas e imperfeições do mercado, bem como dos principais pontos de assimetria entre as indústrias, prescritores, pacientes e profissionais que atuam em farmácias. Em 2013, o tema possui uma publicação na área de Gestão de Operações e Logística. Além disso, existe uma publicação no Simpósio da Anpad, em 2008, na área de Estudos Organizacionais. O Quadro1 apresenta os estudos publicados no site da Anpad sobre o tema de assimetria de informação:

Quadro 1– Artigos publicados no site da Anpad sobre assimetria de informação

<b>Título do Artigo</b>	<b>Autor</b>	<b>Tema</b>	<b>Ano</b>
Assimetria de informação em redes horizontais de empresas: a proposição de um <i>framework</i> .	Beltrame, Corrêa, Junior, Nagel, Pereira e Venturini	Informação	2008
Assimetria de informação em redes de empresas horizontais: um estudo das diferentes percepções de seus autores.	Corrêa, Junior, Nagel, Pereira e Venturini	Teoria das organizações	2008
Impactos da assimetria de informação na estrutura de capital de empresas de capital aberto.	Albanez e Valle	Finanças	2009
Mercado farmacêutico: imperfeições e assimetria de informação.	Lara, Mesquita e Sousa	Marketing e estratégia	2010
Percepção de incertezas e assimetria de informação em gestão de projetos.	Quaglia, Siegler, Tescari e Vilar	Gestão de operações e logística	2013

Fonte: Elaborado pelo autor

Na BDTD, foi possível identificar 24 publicações com o tema “assimetria de informação” no período de 2000 a 2015, sendo, em sua maioria, na área de finanças; uma publicação na área de marketing; e outra na área de mercado de carne bovina.

No sítio do SPELL, 12 publicações foram notificadas, sendo estas nas áreas de finanças (6); mercado imobiliário (2); mercado de leite (1); gestão de pessoas (1); informação (1); e o artigo já relatado anteriormente no mercado farmacêutico. Esta busca foi realizada sem filtro de período, portanto o resultado encontrado compreende toda a base de publicações do site.

Portanto, do ponto de vista acadêmico, é verificada a necessidade de ampliar os estudos sobre o tema “assimetria de informação” na prescrição médica e na compra de medicamentos, já que são identificados poucos estudos acerca da temática.

Como justificativa social, o estudo do tema pode contribuir para a discussão do papel do governo como agente regulador e provedor de campanhas de divulgação e publicidade sobre o assunto, promovendo a diminuição de assimetria de informação entre os agentes envolvidos na prescrição médica. A existência do balconista em substituição ao farmacêutico, que, em alguns casos, promove a intercambialidade do medicamento, constitui um alvo importante ao se pensar em políticas públicas que capacitem os órgãos competentes no tocante à fiscalização e educação quanto à realização correta desta prática (SOUSA; LARA; MESQUITA, 2010; LARA, 2015).

Este projeto de pesquisa compõe-se de seis seções, incluindo esta introdução, em que se apresentam a contextualização da pesquisa, o problema de pesquisa, os objetivos e as justificativas.

Na segunda seção, desenvolve-se a ambiência da pesquisa, em que será descrito o cenário no qual está inserida a pesquisa.

Na terceira seção, é realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema, apresentando os principais fundamentos teóricos e conceituais que sustentam a pesquisa. Inicialmente, apresentam-se as definições de assimetria de informação, em seguida, o marketing social e, por fim, o comportamento do consumidor.

Na quarta seção, descrevem-se os aspectos metodológicos utilizados na pesquisa quanto ao tipo e à abordagem da pesquisa, a unidade de análise e os sujeitos de pesquisa, a técnica de coleta de dados e a análise dos dados.

A quinta seção apresenta e analisa os dados conforme os objetivos específicos desta pesquisa. E na última seção, tecem-se as considerações finais do trabalho.

## 2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Para Pepe e Osorio-de-Castro (2010), os profissionais de saúde legalmente aptos a prescrever medicamentos são médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere seis etapas para o processo de prescrição racional de medicamentos:

- O profissional colhe as informações dos pacientes, investiga e interpreta os sintomas, no intuito de definir o problema e realizar o diagnóstico. Além do diagnóstico, faz-se necessária a avaliação de doenças concomitantes, uso de outros medicamentos e histórico do paciente relacionado ao uso de medicamentos e reações adversas.
- Em seguida, especifica-se o objetivo terapêutico e seleciona-se o medicamento mais seguro e efetivo para o paciente. Nesse momento, o profissional utiliza-se de sua experiência clínica e informações que adquire de diferentes fontes, tais como: outros profissionais da área, livros, revistas científicas, propaganda e/ou propagandistas.
- Posteriormente, constitui-se a prescrição, que pode conter medidas medicamentosas ou não medicamentosas. É necessário também que estejam prescritas informações essenciais para o uso adequado do medicamento, evitando que se comprometa a adesão ao tratamento e aos eventos adversos.
- As etapas seguintes referem-se às informações ao paciente sobre a terapêutica selecionada e a monitoria do tratamento proposto. O paciente deve ser informado de forma clara e acessível sobre o medicamento prescrito, os benefícios e problemas relacionados à prescrição.

De acordo com Madruga e Souza (2012), a consolidação do ato médico se completa com a prescrição médica. No relacionamento médico-paciente, deve-se garantir ao paciente segurança e, conseqüentemente, a aderência à prescrição, mas, para isso, faz-se necessário esclarecimento e disponibilidade do profissional para possíveis reações adversas.

O consumo de medicamentos está, em grande parte, ligado ao poder aquisitivo da população, já que nas camadas da sociedade que possuem rendas superiores, o preço não influencia na decisão de compra. Uma vez que o nível de renda da população brasileira é considerado baixo, mesmo havendo queda no preço, não se torna possível a compra de determinados medicamentos (PINTO, 2004; ANDRADE, 2005; RAMALHO, 2006).

Desse modo, torna-se possível identificar que a indústria farmacêutica faz parte de um mercado competitivo, com elevados investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), controle de qualidade e promoção (SOUSA, 2007; SOUSA; LARA; MESQUITA, 2010; LARA, 2015).

Na visão de Sousa (2007), o setor farmacêutico é caracterizado por importantes barreiras à novos ingressantes no mercado, entre elas estão o alto investimento em P&D e a concentração. Além disso, o setor se caracteriza pela presença de assimetria de informação, devido à dificuldade do consumidor em avaliar os atributos de qualidade dos medicamentos seja antes seja depois da compra (SOUSA; LARA; MESQUITA, 2010).

Para Ramalho (2006), no caso do Brasil, mesmo que a política dos medicamentos genéricos obtenha êxito em sua proposta, estima-se que cerca de 50% da população dificilmente terá acesso à medicação via mercado privado.

De acordo com Rego (2000), algumas falhas no mercado farmacêutico são apontadas como limitadoras da concorrência, como também podem atribuir mais poderes à algumas empresas:

- Oligopólios e monopólios: quando considerado o mercado de maneira geral, a concentração não é alta, entretanto, ao se considerar o mercado dividido em classes ou subclasses terapêuticas, verifica-se os casos de alguns laboratórios dominar mais da metade deste mercado. A existência de monopólios ou oligopólios se dá devido à baixa substituição deste tipo de bem. Além disso, algumas empresas detêm o controle de fontes de matéria prima ou tecnologia de produção de alguns medicamentos.

- Proteção por patentes e lealdade à marca: para alguns produtos ou fases de produção, a tecnologia de produção empregada no processo produtivo do medicamento não pode ser facilmente copiada. Desse modo, altos investimentos em P&D tornam-se barreiras naturais a novos entrantes. Assim, como forma de proteção, as empresas inovadoras buscam proteção do mercado por meio de patentes, garantindo a elas o direito de explorar o princípio ativo com exclusividade por tempo determinado. Com este direito, durante certo tempo, as empresas do setor mantêm um monopólio sobre seus produtos. A lealdade à marca permite ao laboratório a exploração do mercado mesmo quando termina o prazo da patente.
- Assimetria de informação: os consumidores não possuem informações quanto à qualidade, segurança, eficácia, preço e demais características dos medicamentos disponíveis e prescritos.
- Separação das decisões sobre prescrição, consumo e financiamento: normalmente, quem consome não é aquele que decide sobre o medicamento, e quem decide não necessariamente paga por ele, podendo ser ocasionado, assim, um conflito de interesses.

Segundo Paula (2001), as margens de lucro das empresas bem-sucedidas neste mercado situam-se no nível de 30%. Deve-se ressaltar que a estimativa de lucro pode sofrer variação de acordo com a fonte pesquisada, mas, em geral, varia em torno de 15 a 30% do faturamento.

No caso de medicamentos genéricos e similares, não estão envolvidos os custos de pesquisas, já que os laboratórios responsáveis pela comercialização desses medicamentos copiam moléculas já existentes. Para os genéricos, não existem custos de promoção e marketing, devido ao fato de não possuírem “marca” comercial (SOUSA, 2007; LARA, 2015).

Os Estados Unidos lideram o ranking mundial na produção de produtos farmacêuticos e apresentam o maior nível de consumo *per capita* de medicamentos. Entretanto, não é o país que mais exporta medicamentos, já que as principais empresas exportadoras estão sediadas na Suíça, Alemanha, Grã-Bretanha, Suécia, Bélgica, Dinamarca e Irlanda (REGO, 2000).

O mercado farmacêutico mundial, segundo dados da Interfarma (2015), deverá atingir cerca de US\$1,25 trilhões em faturamento, no ano de 2018, com aumento da participação dos países emergentes, notadamente a China, nas vendas globais.

Os principais países emergentes serão responsáveis por 28% das vendas globais com produtos farmacêuticos em 2015, contra 12% em 2005. A participação dos Estados Unidos deverá cair de 41%, em 2005, para 31% em 2015; enquanto que a participação da Europa deverá cair de 27%, em 2005, para 19% em 2015 (INTERFARMA, 2015).

No caso específico do mercado farmacêutico brasileiro, foi apresentado crescimento nas vendas entre os anos de 2010 a 2014 conforme disponibilizado na TAB.1.

Tabela 1 –Vendas do mercado farmacêutico brasileiro entre 2010 a 2014<sup>5</sup>

Faturamento da Indústria farmacêutica no Brasil (em bilhões de R\$)		Percentual de participação por classe de medicamento (%)			Crescimento em relação ao ano anterior (%)
Ano	Valor em R\$ (bilhões)	Similares	Referência	Genéricos	
2010	28,7	42	13	44	xxx
2011	30,3	44	13	43	6
2012	33,8	46	12	42	11
2013	37,5	47	12	40	11
2014	41,8	48	13	39	12

Fonte: Adaptado de Interfarma, 2015

No Brasil, além da Lei de Medicamentos Genéricos, o governo possui também programas como a Farmácia Popular, que cumpre as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Este programa foi implementado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autorizou a fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio, de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular no Brasil (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

<sup>5</sup> Dados de vendas no varejo (INTERFARMA, 2015).

As unidades próprias do programa possuem cento e doze itens, entre medicamentos e preservativos masculinos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90% do valor de mercado (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Em 2006, por meio da portaria nº 491, o Ministério da Saúde expandiu o programa, que conta com o credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias comerciais, com o intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais com baixo custo a mais lugares e pessoas, sendo denominado “Aqui tem Farmácia Popular”. Este programa visa atingir a parcela da população que não busca assistência no SUS (Sistema Único de Saúde), mas possui dificuldades para manter o tratamento medicamentoso devido ao alto preço dos medicamentos (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Segundo dados da Interfarma (2015), o Fundo Nacional de Saúde (FNS) repassou, em 2014, cerca de R\$ 2,08 bilhões ao programa “Aqui tem Farmácia Popular”. As modalidades de gratuidade e de copagamento representaram 76,3% e 23,7%, respectivamente. Além disso, os subsídios aumentaram 18,6% em relação a 2013.

Ainda de acordo com os mesmos dados, em 2010, 3,8 milhões de pessoas utilizaram o programa e, a partir daí, houve um acentuado crescimento de 390%, atingindo 18,5 milhões de pessoas atendidas em 2014.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Esta seção tem o objetivo de apresentar o embasamento teórico que sustenta o desenvolvimento da pesquisa. Os conceitos abordados serão os de assimetria de informação, seleção adversa e sinalização, assimetria de informação na indústria farmacêutica, marketing social e comportamento do consumidor.

#### **3.1 Assimetria de informação**

Os estudos sobre assimetria de informação tiveram sua origem na teoria econômica, especificamente na Economia da Informação, que, de acordo com Kirmani e Rao (2000), é baseada na premissa de que diferentes partes de uma transação possuem diferentes proporções de informação com relação à transação, gerando implicações para o relacionamento entre elas.

Na visão de Stiglitz (2002), a Economia da Informação não representa um ramo específico dentro da economia, mas deve ser considerada como um aspecto central na análise de fenômenos constituindo também parte central dos fundamentos da análise econômica.

Segundo Arkelof (1970), a assimetria de informação refere-se a uma situação em que uma das partes possui mais informações sobre aspectos relevantes do que a outra, em uma determinada transação. E esta assimetria pode originar ineficiência em economias de mercado mais desenvolvidas.

O problema da assimetria de informação tem desempenhado importante papel no estudo das trocas em diversas disciplinas, tais como: Contabilidade, Finanças, Economia dos Recursos Humanos, Comportamento Organizacional, Marketing entre outras, adquirindo, assim, um caráter multidisciplinar (KIRMANI; RAO, 2000).

Entretanto, a relevância dos estudos acerca da temática despontou em 2001, quando George Arkelof, Michael Spence e Joseph Stiglitz foram premiados como prêmio Nobel em economia (MANSFIELD, 2006).

As implicações da assimetria de informação foram ilustradas no estudo de Arkelof (1970) no exemplo de comercialização de veículos usados. Quem comercializa o carro tem pleno conhecimento de suas condições, entretanto quem compra desconhece estas condições. Em função dessa assimetria de informações o comprador julga que deverá pagar um preço mais baixo pelo automóvel. Como consequência, quem tem um veículo em boas condições não quer vendê-lo, devido ao fato de que vai receber um valor inferior ao valor real do bem. Desse modo, sobram no mercado veículos de baixa qualidade, o que aumenta as desconfianças dos compradores.

Havendo assimetria de informação, a parte que possui mais informação na transação pode explorar a parte menos informada, acarretando falhas de mercado (GROSSMAN; STIGLITZ, 1980). Estas falhas podem ser ocasionadas por dois tipos de problemas: seleção adversa – ocorre quando uma das partes não pode observar o tipo de qualidade dos bens e serviços colocados à disposição da outra parte, e risco moral – acontece quando um lado do mercado não pode observar a ação do outro (ARKELOF, 1970; SPENCE 1973).

A diferença existente em mercados de informação perfeita e informação imperfeita é exatamente a imperfeição da informação. As firmas, portanto, fornecem garantias não apenas porque podem absorver o risco do fracasso de um determinado produto, mas porque, ao transportarem a informação sobre o produto, sinalizam a qualidade do produto e geram confiança em seus produtos (STIGLITZ, 2000).

### **3.1.1 Seleção adversa e sinalização**

A seleção adversa provém da informação privada mantida por um agente antes que a relação ocorra. Ao existir uma assimetria na relação, quando uma das partes possui informações que não estejam ao alcance da outra parte, haverá uma falha de mercado, fazendo com que esta relação deixe de funcionar de forma eficiente (ARKELOF, 1970).

Para Kirmani e Rao (2000), a seleção adversa é uma assimetria que ocorre quando uma das partes não possui a habilidade necessária para aprovar atributos que os bens ou serviços possuem. Para resolução deste problema, os autores citados propõem a utilização de sinalização, que são ações que as partes revelam sobre seus verdadeiros atributos.

Arkelof (1970) exemplifica a sinalização de mercado como sendo algumas dasações realizadas por instituições econômicas como sistemas de garantias, marcas, certificações, propagandas, entre outros.

As garantias e as certificações podem ser sinais importantes para os consumidores dos atributos que o produto ou os serviços de fato possuem. Desse modo, os sinais podem funcionar em diferentes contextos, já que em alguns casos uns podem ser mais duvidosos do que outros (MANSFIELD, 2006).

A sinalização representa uma forma de comunicar uma informação sobre determinado bem ou serviço, de modo que a outra parte acreditará no que será dito. Desta forma, um sinal é uma ação tomada pela parte mais bem informada, com o intuito de enviar uma mensagem às pessoas que devem ser informadas (MCAFEE; MCMILLAN, 1987).

O objetivo da sinalização, portanto, é promover à parte menos informada segurança e confiabilidade em criar um relacionamento com a parte mais informada, promovendo resultados que atendam às necessidades de ambas (SPENCE, 1973; MANSFIELD, 2006).

Assim, como os mercados de forma geral, o mercado farmacêutico é alimentado por informações incompletas e assimétricas, tornando-se fundamental a utilização de sinalizações para a sociedade quanto aos atributos dos medicamentos.

### **3.1.2 Assimetria de informação na indústria farmacêutica**

A assimetria de informação está presente tanto na relação entre médico e paciente, quanto na relação entre paciente e farmacêutico. A assimetria ocorre quando o

médico prescreve um medicamento para o paciente e o paciente não leva em consideração as orientações a respeito desse produto ao comprá-lo e consumi-lo. Por outro lado, quando o paciente busca as informações complementares sobre o medicamento, o mais usual é que ele não encontre nas farmácias o farmacêutico, que é frequentemente substituído pelo balconista, um profissional que não é adequado para fornecer orientações sobre o produto (SOUSA, 2007; MOTA *et al.*, 2008; SOUSA; MESQUITA; LARA, 2013).

Os autores ainda destacam também a presença de assimetria de informação na relação entre médico e laboratório, já que os laboratórios possuem mais informações sobre o medicamento do que os médicos.

Segundo Brasil (2005), os laboratórios fornecem aos médicos as informações de origem dos medicamentos. Além disso, a promoção comercial é um dos fatores primordiais para a prescrição dos medicamentos por parte dos médicos e confere uma diferenciação entre os produtos, pois existem diversos medicamentos para o mesmo tratamento (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

Fiúza e Lisboa (2001) utilizam a classificação de produtos de bens de consumo quanto à possibilidade de o consumidor observar os atributos de qualidade antes ou depois e sua compra, para categorizar os medicamentos éticos (depende da prescrição médica).

Para tanto, destacam três categorias de produtos: bem de busca, cuja qualidade é verificável antes da aquisição; bem de experiência, sendo a qualidade conhecida posteriormente à compra; e, por fim, os bens credenciais, em que a qualidade nunca pode ser passível de avaliação pelo consumidor, pois somente um profissional pode atestar esses aspectos. Assim, os medicamentos éticos são categorizados como credenciais, já que sua venda depende da apresentação de uma prescrição médica.

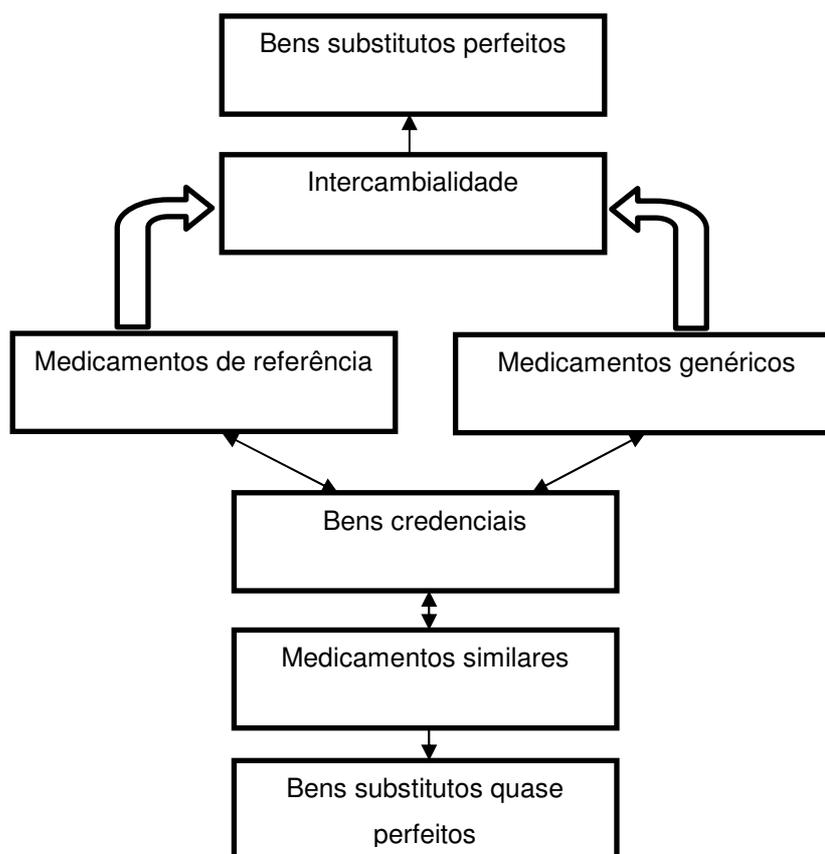
Os autores relatam ainda que o médico, sendo aquele que toma a decisão da escolha do medicamento, depara-se com um conjunto crescente de substâncias, cuja eficácia e segurança não são conhecidas por ele.

Segundo Sousa, Mesquita e Lara (2013), com a implementação da Lei dos Genéricos, foram veiculadas campanhas com o intuito de esclarecer aos médicos quanto à prescrição e aos consumidores finais sobre o ato da compra de medicamentos. Entretanto, os consumidores depararam-se com questões tidas como típicas de países em desenvolvimento, tais como a forte penetração no mercado dos medicamentos similares e o preço desses produtos.

Pode ser considerada ainda a presença de produtos substitutos que facultam aos pacientes a compra do medicamento de fato prescrito na consulta médica. Avaliando a política de medicamentos genéricos, identifica-se que existem imperfeições no mercado, devido ao fato do consumidor não dispor de todas as informações relevantes para a escolha desse tipo de medicamento (ANDRADE, 2005).

Corroborando esta visão, Sousa (2007) propõe um modelo de relação entre os medicamentos de referência e os genéricos, e afirma que mesmo a ANVISA garantindo a intercambialidade e a qualidade dos medicamentos e mesmo sendo estes classificados como bens credenciais, eles não podem ser considerados bens substitutos perfeitos, devido à existência de medicamentos similares e ao atributo de preço. A FIG. 1 apresenta e descreve o modelo apresentado por Sousa (2007).

Figura 1 – Relação entre medicamentos de referência, genéricos e similares



Fonte: Sousa, 2007, p.24

Ainda nesta visão, quando são confrontadas as condições de preço e qualidade entre dois medicamentos, o paciente (consumidor) avalia o problema considerando: que não tem melhores informações sobre o medicamento; mesmo existindo um medicamento mais eficaz, seus custos são mais elevados que os do genérico; os médicos geralmente prescrevem um medicamento eficaz com base nas informações fornecidas pelos laboratórios, para o qual possui um genérico (ANDRADE, 2005).

No tocante à presença do balconista, em substituição ao farmacêutico, a legislação permite a intercambialidade dos medicamentos apenas se esta for realizada pelo farmacêutico, devendo inclusive apor seu carimbo constando nome, registro profissional, datar e assinar a receita médica. Cabe apenas ao médico se opor à troca do medicamento se assim convier (PRÓGENÉRICOS, 2015).

Entretanto, devido à disponibilidade de medicamentos genéricos com interferência das distribuidoras nas farmácias, pode haver o favorecimento de certas empresas na prescrição do medicamento genérico. Além disso, a troca de medicamentos por similares pode ser também incentivada, devido à bonificação, por parte das indústrias, aos balconistas e aos donos de farmácia (RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006).

De acordo com Ramalho (2006), pacientes com renda mais alta (acima de 10 salários mínimos), por terem, geralmente, maior proximidade com os médicos, são menos propensos em aceitar as recomendações dos balconistas para a troca de medicamentos.

Para Sousa, Lara e Mesquita (2010) e Lara (2015), é possível constatar a existência de assimetria de informação no consumo de medicamento, a partir da multiplicidade de fatores possíveis de proporcionarem desigualdade de informações tanto entre o laboratório e o médico, quanto entre o médico e o paciente (consumidor) e a farmácia e o farmacêutico. Faz-se, portanto, necessária a presença do governo como órgão capaz de intervir e minimizar os prejuízos provenientes desta assimetria.

Para tanto, a Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde, no ano de 2001, redefiniu as regras de registro de medicamentos no Brasil e sua renovação, incumbindo a ANVISA da redução da assimetria de informação e aumento do controle sobre o direcionamento e conteúdos adequados da propaganda de medicamentos (BRASIL, 2001).

Na seção a seguir, será discutido o marketing social como instrumento que visa influenciar o comportamento dos indivíduos por meio da disseminação de informações que contribuam para essa nova atitude, conduzindo a uma melhora no bem-estar social.

### **3.2 Marketing social**

Em meados de 1970, o termo marketing social foi utilizado pela primeira vez por Kotler e Zaltman (1971) como sendo o processo de criação, implementação e

controle de programas para influenciar a aceitabilidade de ideias sociais. Para estes autores, o marketing social é diferente do marketing comercial, já que requer abordagens como lidar com crenças e valores, enquanto o marketing comercial, na maioria das abordagens, trabalha com preferências e opiniões.

A partir dos anos 1990, os estudos sobre a temática ganharam identidade quando os profissionais reconheceram que a natureza desse campo de estudo residia na mudança comportamental, ampliando o posicionamento de Kotler e Zaltman (1971) sobre a função do marketing social de tornar uma ideia de caráter social aceitável (POZO; TACHIZAWA; SOUZA, 2012).

Na visão de Andreasen (1994), o marketing social tem por característica a modificação do comportamento voluntário, que está relacionado ao entendimento de quais atividades são necessárias para as pessoas e de quais estímulos elas precisam para superar as barreiras comportamentais que as impedem de aderir a um dado comportamento.

Para buscar resultados satisfatórios, é necessário que um programa de marketing social busque envolvimento de todas as esferas da sociedade (indivíduos, líderes comunitários e o Governo) e de abordagens complementares (educação, comunicação e legislação). Além disso, poderá procurar a raiz do problema social a fim de identificar os focos de resistência à mudança (VAZ, 1995).

O marketing social é uma ferramenta que visa lidar com as situações de domínio público, colaborando na formulação de programas com a finalidade de promover melhoria no bem-estar social. As ações de marketing social, portanto, mostram-se como um mecanismo capaz de despertar, nas políticas públicas, práticas mais eficazes na minimização dos problemas de saúde (BARBOZA, 2012).

Kotler e Lee (2008) destacam a utilização do marketing social, por exemplo, nas campanhas realizadas pelo governo para prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), popularmente conhecida como AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*), para o combate à dependência de drogas, reciclagem de lixo entre outras.

Neste sentido, o marketing social é responsável por modificar o ambiente de sua ação, no sentido de tornar o comportamento de saúde promulgado por um programa social mais vantajoso que o comportamento oposto. Suas ações oferecem aos indivíduos a possibilidade de escolha, entretanto os orienta acerca das consequências comportamentais de assumir uma atitude prejudicial à sociedade, na medida em que evidencia a magnitude dos benefícios que serão alcançados (GRIER; BRYANT, 2005).

Segundo Thackeray e Brown (2005), a aplicação do marketing social na saúde pública e na educação tem gerado para a saúde efeitos positivos de diversos tipos, mostrando-se importante no suporte das demandas populacionais.

As atividades relativas à saúde que pretendem desenvolver uma mudança comportamental, geralmente, atuam num processo unidirecional, já que o grupo alvo não beneficiado não oferece qualquer valor na troca. Da mesma forma, parece ser necessário que haja uma comoção pública para que as instâncias governamentais modifiquem sua atuação, envolvendo todos os profissionais para a reorganização direcionada a um dado problema (BARBOZA, 2012).

Na visão de Kotler e Lee (2008), o profissional de marketing tem a função de vender a mudança de comportamento, influenciando o indivíduo a ter umadentre quatro atitudes: aderir a um novo comportamento; mudar um comportamento atual; rejeitar um comportamento indesejável e abdicar-se de um velho hábito indesejável.

Para que o marketing social promova mudanças substanciais na saúde pública e no bem-estar social, é necessário que suas fronteiras sejam ampliadas, buscando mais do que atingir públicos alvos com mensagens, já que isso não parece ser suficiente para afastar influências negativas e comportamentos indesejados (WYMER, 2010).

O governo no seu papel de regulador e legislativo pode aumentar a probabilidade de se implementar campanhas, leis ou regulamentos que beneficiarão a sociedade (MOWEN; MINOR, 2003). E, para tanto, faz-se necessário que o governo entenda o

comportamento do consumidor como forma de atingir mais eficazmente seu público alvo.

A próxima seção tratará do comportamento do consumidor, que compreende as atividades diretamente envolvidas na obtenção, no consumo e na disposição de produtos e serviços, incluindo os processos de tomada de decisão que antecedem e sucedem estas ações.

### **3.3 Comportamento do consumidor**

O estudo relacionado ao comportamento do consumidor tem sua origem na teoria econômica, mais especificamente na área da microeconomia. Nesse aspecto considera-se que o consumidor possui uma renda limitada e deve alocá-la a fim de maximizar seu bem-estar (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000; SOUSA, 2012).

O comportamento do consumidor caracteriza-se também como um campo de estudos multidisciplinar nas áreas de psicologia, antropologia e sociologia, com o intuito de entender as relações de causa e efeito que influenciam o consumo e as escolhas do consumidor (SOUSA, 2012).

Ao final da Segunda Guerra Mundial, com o atendimento de uma demanda reprimida, devido à retomada do crescimento econômico, à disseminação de informações por meio da televisão e outros canais de informação, ao maior uso de propagandas combinadas com facilidade de acesso aos shoppings e lojas, criou-se um cenário que contribuiu para o surgimento dos estudos do comportamento do consumidor como um campo distinto do marketing na década de 1960. O alvo das pesquisas relacionadas aos consumidores concentrou-se na fidelização deles, sendo para isso necessário conhecer o perfil desses consumidores, suas motivações e expectativas sobre os bens e serviços (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Segundo Mesquita (2004), o comportamento do consumidor pode ser analisado por modelos matemáticos, que têm o propósito de responder a uma pergunta específica,

como também por meio de modelos explicativos que estudam as razões envolvidas na tomada de decisão do consumidor.

Por ser um campo de pesquisa multidisciplinar, e dada a multiplicidade de estudos relacionados, torna-se difícil identificar um precursor responsável pelo desenvolvimento dessa escola. Entretanto, em termos cronológicos as principais contribuições segundo Sheth, Gardner e Garrett (1988) foram:

1. Década de 1950: três áreas são identificadas como precursoras nas pesquisas. A primeira são os comportamentos irracionais e emocionais, a segunda os determinantes sociais do comportamento do consumidor e, por fim, as decisões domésticas de compras;
2. Década de 1960: os estudos focaram-se no comportamento de compra, destacando-se, assim, quatro correntes. (a) Uso de modelagens advindas da econometria para entendimento das relações de escolha da marca e compra. (b) Pesquisas experimentais com utilização de aparatos eletromecânicos para medição de dilatação da pupila e resposta galvânica da pele. (c) Foi liderada por Raymond Bauer (pesquisador da *Harvard University*) influenciado pelos conceitos de racionalidade limitada e satisfação do prêmio Nobel em economia Hebert Simon, que propôs a não maximização das utilidades, conforme sugerido pelos economistas, mas a minimização dos riscos associados às escolhas de compra. (d) Desenvolvimento de teorias compreensivas do comportamento do consumidor. As principais contribuições foram de Howard-Sheth (1969), Nicósia (1969) e Engel, Kollant e Blackwell (1968), que, posteriormente, foi alterado e atualizado por Engel, Blackwell e Miniard (2000). Estes modelos serão abordados nas próximas linhas, devido à relevância que conferem ao tema;
3. Década de 1970: a escola do comportamento do consumidor passa a ser considerada uma disciplina. Nesse momento, novos pesquisadores começam a introduzir outras abordagens de compra: comportamento de compra organizacional ou industrial, organizações sem fins lucrativos, questões intelectuais do consumo e comportamento de compra familiar;

4. Década de 1980: caracterizou-se por um novo desenho do comportamento do consumidor, com a introdução de aspectos como: simbolismo, experiências passadas e impactos das religiões e emoções.

O comportamento do consumidor constitui um assunto de interesse para os consumidores, para as empresas e para os profissionais de marketing, como também para estudiosos do comportamento humano. No caso do consumidor, a relevância do tema recai sobre o entendimento das percepções de valor, que possibilita aperfeiçoamento no seu comportamento de compra. Para as empresas e profissionais de marketing, a teoria facilita compreender os motivos de determinadas decisões tomadas pelos indivíduos, o que facilita a elaboração de estratégias de marketing. E os estudos sobre o comportamento humano, sobre o comportamento do consumidor, permite reconhecer como se processa o aprendizado e quais são as influências externa e internas que atuam no processo (SCHIFFMAN; KANUK, 2000).

### **3.3.1 Modelos do processo decisório do consumidor**

Para Engel, Blackwell e Miniard (2000), o comportamento do consumidor compreende as atividades diretamente envolvidas na obtenção, no consumo e na disposição de produtos e serviços, incluindo os processos de tomada de decisão que antecedem e sucedem estas ações.

Para tanto, a tomada de decisão do consumidor é moldada por três variáveis: diferenças individuais, influências ambientais e processos psicológicos.

As diferenças individuais são divididas em cinco categorias:

- a) Recursos do consumidor – representam tempo, dinheiro, capacidade de recepção e processamento de informação;
- b) Conhecimento – refere-se ao armazenamento de informações acerca dos produtos e serviços, quanto às suas características, onde e quando comprá-los;
- c) Atitudes – estão relacionadas fortemente com a marca e representam uma avaliação positiva ou negativa;

- d) Motivação – representa as necessidades e os motivos que afetam as fases do processo decisório de compra;
- e) Personalidade, valores e estilo de vida – afetam cada indivíduo distintamente no processo decisório.

As influências ambientais, também são divididas em cinco categorias:

- a) Cultura – representam os valores, ideias, artefatos e outros símbolos que auxiliam os indivíduos a se comunicarem como membros da sociedade;
- b) Classe social – representam as divisões de acordo com valores, interesses e comportamento semelhantes, bem como condições socioeconômicas diferentes;
- c) Influência pessoal – influências provenientes de pessoas de seu convívio pessoal;
- d) Família – constitui a unidade primária de tomada de decisão;
- e) Situação – o comportamento do indivíduo é modificado conforme as situações se modificam.

Os processos psicológicos são divididos em três categorias:

- a) Informação em processamento – trata-se da maneira pela qual a informação é recebida, elaborada, armazenada e posteriormente recuperada;
- b) Aprendizagem – processo pelo qual a experiência leva à mudança do comportamento;
- c) Mudança de atitude e comportamento – influências psicológicas atreladas às estratégias de marketing que influenciam o comportamento do consumidor.

Ainda de acordo com os autores, as influências descritas configuram um modelo de processo decisório do consumidor, constituído por etapas que se dividem em reconhecimento da necessidade, busca de informação, avaliação de alternativas, compra, consumo e avaliação pós-compra e descarte (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

O reconhecimento da necessidade é entendido como o primeiro estágio do modelo de processo decisório. Nele, o consumidor reconhece a necessidade de perceber as diferenças entre uma situação que deseja e a real. Neste momento, alguns elementos acionam o processo decisório:

- a) Tempo –distância entre refeições; para um fumante, o tempo entre um cigarro e outro, bem como mudanças nos gostos e valores ao longo da vida;
- b) Mudança de circunstâncias – mudanças de hábitos devido às novas circunstâncias vividas, como, por exemplo, modificar o estilo de se vestir em função de um novo emprego;
- c) Aquisição de produto – aquisição de um novo bem pode ocasionar aquisição de outros bens, como a compra de imóvel leva à aquisição de móveis;
- d) Consumo de produto – antecipação de consumo futuro. Constatação de término de medicamento que ocasiona aquisição deste produto para atender à prescrição médica com relação ao próximo horário de uso do medicamento;
- e) Diferenças individuais – o consumidor reconhece a necessidade de consumir algo novo;
- f) Influências de Marketing – reconhecimento de necessidade de consumo influenciada pela lembrança, conscientização e inovação.

A segunda etapa é a busca de informação, tanto de forma interna como externa. Na busca por informação interna leva-se em consideração informações armazenadas e a satisfação de compras anteriores. A busca externa acontece quando se readquire novas informações (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Em seguida, acontece a avaliação de alternativas, que pode ser considerada uma extensão do processo de busca. Nesta fase, o consumidor já tem armazenado na memória os julgamentos ou as crenças sobre o desempenho das alternativas de escolha. A habilidade de recuperar esta informação pode afetar a escolha final (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

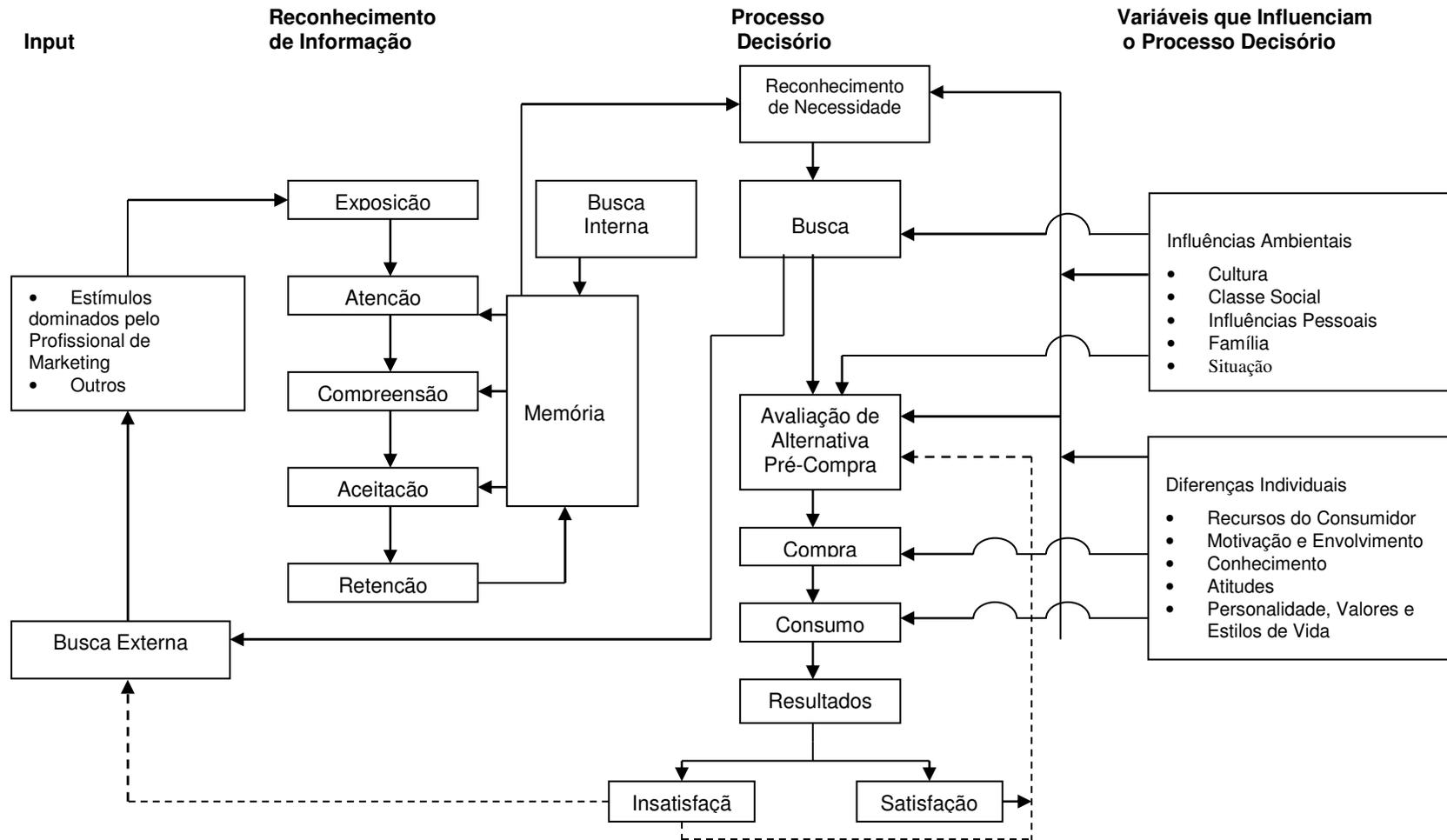
O quarto estágio é a compra. Neste processo, são discutidas questões como: comprar ou não, quando comprar, o que comprar, onde comprar e como pagar. Neste momento, existe o risco de o consumidor abortar o processo, caso não haja

efetivação de suas intenções. Uma compra pode ser totalmente planejada, com as marcas e itens selecionados com antecedência; parcialmente planejada, quando há a intenção de compra, mas a escolha da marca se dá no ponto de venda; e não planejada, quando o item e marca são escolhidos no ponto de venda (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

O próximo passo é o consumo e a avaliação pós-compra. A escolha efetiva do consumo deriva do consumidor, que pode optar por armazenar ou consumir imediatamente o produto. O consumidor avalia o pós-compra como um resultado positivo ou negativo, e, se o consumidor se arrepender da compra, todo o processo pode ser abortado (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Por fim, o descarte é o estágio final do processo e consiste em estabelecer um destino final ao que restou do produto (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000). A FIG. 2 apresenta o modelo completo de Engel, Blackwell e Miniard (2000).

Figura 2 – Modelo do comportamento do consumidor de Engel, Blackwell e Miniard (2000)

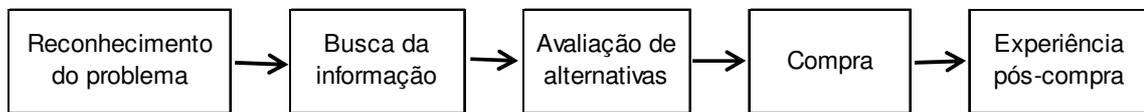


Fonte: Engel, Blackwell e Miniard, 2000

Sheth, Mittal e Newman (2001) definem comportamento do cliente (os autores preferem termo cliente ao termo consumidor) como as atividades físicas e mentais desenvolvidas por consumidores de bens de consumo e bens industriais que resultam em decisões e ações de compra, utilização e pagamento dos bens e serviços.

Segundo os autores, o processo decisório é constituído por cinco passos conforme mostrado na FIG. 3:

Figura 3 – Modelo decisório do cliente



Fonte: Sheth, Mittal e Newman, 2001, p. 486

O reconhecimento do problema se inicia com o indivíduo percebendo algum estado de privação, ou seja, uma necessidade que precisa ser satisfeita. Para que haja reconhecimento do problema, faz-se necessário estímulos internos e externos. Nos estímulos internos, ocorre o desconforto ou a falta, considerados físicos ou psicológicos. Já os externos são informações advindas do mercado que levam o cliente a reconhecer o problema. Esses estímulos são exemplificados como: propagandas, placas e cheiros, que criam estímulos para a geração do reconhecimento de necessidades (SHETH; MITTAL; NEWMAN, 2001).

A busca por informação representa a busca de resolução do problema, como por exemplo, a escolha de uma marca. Dentre todas as marcas existentes, parte delas o cliente já conhece, e são chamadas de conjunto conhecido. Neste conjunto, algumas marcas são lembradas no momento da busca de informações, e outras, não. As marcas lembradas pelo cliente neste momento são chamadas de conjunto evocado, no qual grande parte dos gestores de marketing querem posicionar sua marca. Este conjunto ainda se divide em considerado e não considerado no momento da escolha do cliente (SHETH; MITTAL; NEWMAN, 2001).

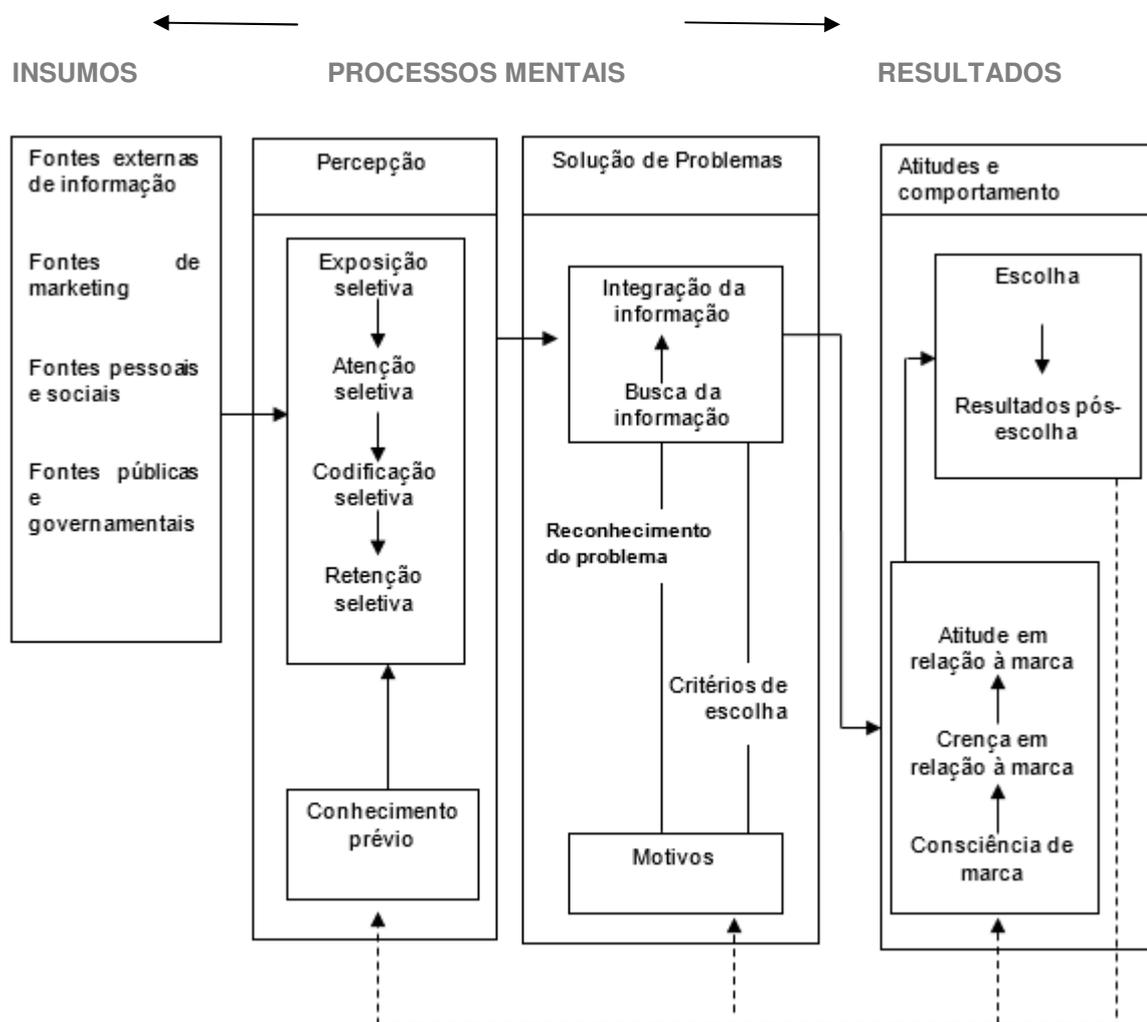
A avaliação de escolha é chamada também de modelos de escolha, pois representam a alternativa escolhida pelo cliente, dentre as opções disponíveis. Para

tanto, dois modelos de escolha são considerados, os compensatórios e os não compensatórios. No compensatório, o cliente procede à escolha considerando todos os atributos do produto ou serviço e comumente avalia os pontos fortes em detrimento dos pontos fracos. Já o não compensatório se subdivide em: (i) conjuntivo, que representa a avaliação do cliente a partir de limites mínimos dos atributos que o cliente julga importante. Analisa-se, assim, as alternativas em relação a esse limite; (ii) disjuntivo, que implica na compensação de um atributo em função de outro dentre as alternativas que ele dispõe; (iii) lexicográfico, quando todas as alternativas são avaliadas em relação ao atributo mais importante, deixando de considerar todas aquelas que não satisfaçam um patamar mínimo para este atributo (SHETH; MITTAL; NEWMAN, 2001).

A etapa de compra ocorre em três fases: (i) identificação da alternativa preferida feita pelo cliente; (ii) intenção de compra: fase em que o pagante torna-se importante, pois relaciona-se à disponibilidade de crédito para compra, a avaliação do preço ideal e alocação entre a compra e o produto ou serviço desejados; (iii) implementação de compra, sendo do comprador o papel mais importante, já que os valores como conveniência e atendimento são fatores determinantes (SHETH; MITTAL; NEWMAN, 2001).

A experiência pós-compra representa a tomada de decisão futura do cliente, visto seu grau de satisfação no consumo do produto ou serviço (SHETH; MITTAL; NEWMAN, 2001). A FIG. 4 apresenta o modelo decisório descrito por Sheth, Mittal e Newman (2001).

Figura 4 – Modelo decisório do cliente



Fonte: Sheth, Mittal e Newman, 2001, p. 519

Segundo Sheth, Mittal e Newman (2001), neste modelo são considerados quatro componentes: (i) os insumos, que são as fontes de informações externa; (ii) os processos mentais de percepção, que se referem à codificação das informações pelo cliente; (iii) a resolução de problemas, que representa o reconhecimento e a resolução de problema baseado na codificação das informações; (iv) os resultados, que é o conjunto de cognições sobre as marcas, como também a avaliação sobre elas que levam à decisão de compra e ao comportamento de pós-compra.

Sousa (2007) propõe um modelo decisório para a compra de medicamentos baseado nas cinco etapas propostas por Engel, Blackwell e Minard (2000) e Sheth,

Mittal e Newman (2001). A primeira etapa é o reconhecimento de necessidades ou reconhecimento do problema, que é identificado pela autora como a fase em que o paciente procura atendimento médico, de maneira espontânea ou não. No caso da não espontaneidade, pode-se exemplificar casos de crianças ou idosos que são encaminhados para atendimento médico pelos familiares. A próxima etapa é a do atendimento, em que a prescrição do medicamento é realizada pelo médico.

Em seguida, inicia-se o processo de busca pelo medicamento. Nesta fase, o paciente (consumidor) pode comprar o medicamento prescrito pelo médico ou pesquisar preços em diversas farmácias, procurar o menor preço buscando sugestões de genéricos ou similares, como também outros medicamentos considerados de marca. Ele pode também solicitar ajuda de pessoas pertencentes ao seu grupo de influência (familiares e amigos) ou simplesmente solicitar um genérico no momento da compra. Nesta etapa, pode-se destacar a influência de terceiros como o farmacêutico e o balconista, visto que o paciente não possui todas as informações que o possibilite avaliar o medicamento em relação à sua qualidade e eficácia antes do consumo (SOUSA, 2007).

Na etapa seguinte, as alternativas são avaliadas pelo paciente, baseadas nas informações adquiridas durante o processo de busca do medicamento. No caso de o paciente escolher adquirir o medicamento exato prescrito pelo médico, a fase da avaliação de alternativas deixa de existir, havendo, assim, uma transição direta para a etapa de compra (SOUSA, 2007).

No processo de compra do medicamento, o consumidor que possuir como principal atributo o preço, optará pelo medicamento de menor preço. No caso de optar por seguir a prescrição médica, não aceitará mudanças na receita médica. E, por fim, no caso de a relação de fidelidade à prescrição não for estabelecida, permitirá a intercambialidade do medicamento, seja por genéricos ou similares. Nesta etapa, o consumidor pode aceitar ou não sugestões do seu grupo de referência, do farmacêutico ou dos balconistas (SOUSA, 2007).

A última etapa é a experiência pós-compra, que será determinada pela melhora ou não do paciente, incorrendo em mudança na sua atitude em relação ao

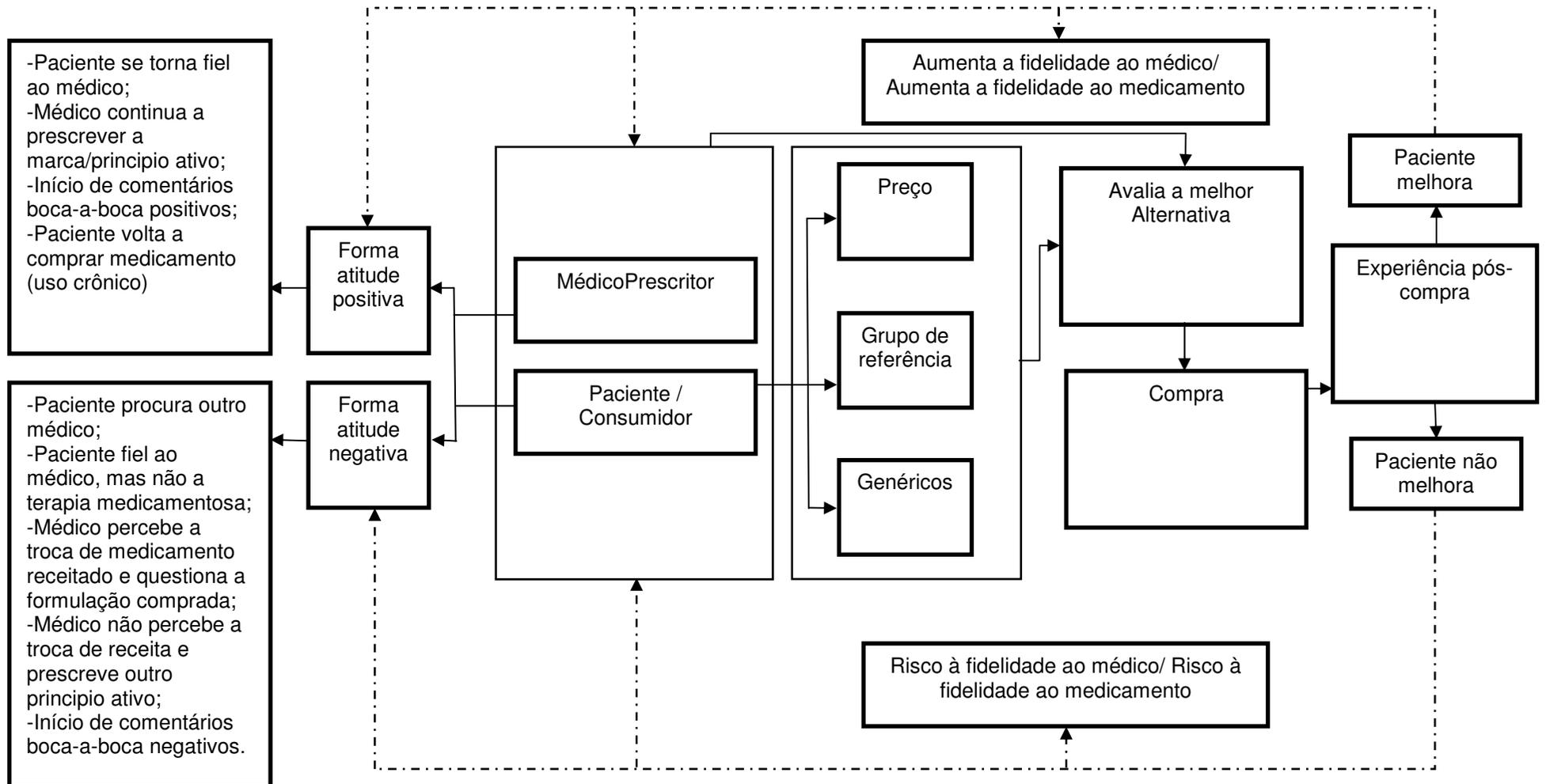
medicamento que consumiu, como também em relação ao médico que realizou a prescrição (SOUSA, 2007).

Considerando a melhora ou não do paciente, podem ocorrer dois movimentos: o paciente que melhora aumenta a fidelidade ao medicamento, inicia comentários positivos a respeito do medicamento para seu grupo de referência, aumenta a fidelidade à terapia proposta e o médico continuará prescrevendo o medicamento. Já o paciente que não melhora retornará ou não ao médico prescritor, podendo, portanto, ocasionar perda do paciente. O paciente pode, ainda, continuar fiel ao médico, devido ao laço de confiança. Pode, também, haver questionamentos acerca da terapia proposta ou da formulação do medicamento (SOUSA, 2007).

Assim, o modelo proposto é apresentado e descrito na FIG. 5.

Por se tratar de um modelo específico da temática estudada, este será o estabelecido para embasar esta pesquisa.

Figura 5 – Modelo de comportamento do consumidor de medicamentos



Fonte: Sousa, 2007, p. 83

## **4 METODOLOGIA**

Metodologia é um caminho de pesquisa para se chegar a um determinado fim, ou seja, é um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para atingir o conhecimento (GIL, 2009). Para Vergara (2013), é um caminho, uma forma e uma lógica de pensamento.

O detalhamento metodológico desta pesquisa está organizado nas seguintes subseções: tipo e abordagem de pesquisa; unidade de análise e sujeitos de pesquisa; coleta de dados; e tratamento dos dados.

### **4.1 Tipo e abordagem de pesquisa**

O tipo de pesquisa utilizado neste estudo é descritivo, que observa, registra e analisa fatos. Procura descobrir, com precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros fenômenos, sua natureza e características, buscando conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Segundo Gil (2009), a pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever as características de determinada população ou fenômeno. A pesquisa descritiva fornecerá para esse estudo condições de observar, identificar e conhecer a assimetria de informação existente na relação médico – paciente – farmacêutico. Além disso, a pesquisa descritiva corrobora os objetivos deste estudo, devido ao fato de descrever as características deste fenômeno.

A abordagem da pesquisa para o estudo desse tema é a qualitativa. Para Godoy (1995), algumas características básicas identificam os estudos denominados qualitativos. Nesta perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva

integrada. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica de fenômeno.

Na visão de Strauss e Corbin (2008), a abordagem qualitativa pode ser usada para explorar áreas substanciais sobre as quais pouco se sabe ou muito se sabe, para ganhar novos entendimentos. Nesta abordagem, valoriza-se o contato direto entre o pesquisador e a situação pesquisada.

A abordagem qualitativa foi escolhida para esta pesquisa, devido à pretensão de se estudar o tema em profundidade, sem o intuito de mensuração dos dados.

#### **4.2 Unidades de análise e sujeitos de pesquisa**

Para Collis e Hussey (2005), a unidade de análise representa as variáveis sobre a qual se coletam e analisam os dados, podendo ser representado por uma empresa, um grupo de trabalhadores, um acontecimento ou um processo.

As unidades de análise estabelecem as fronteiras de interesse do pesquisador, decidem onde, quando e quem pesquisar, em quais ambientes o estudo será realizado, quando os dados serão coletados e qual o tempo estimado para essa coleta e quais os sujeitos serão envolvidos (GODOY, 1995). Para esta pesquisa, a unidade de análise compreende a assimetria de informação presente na prescrição e na compra de medicamentos.

Já o sujeito de pesquisa é um ser humano, que, depois de informado sobre os objetivos, a metodologia e os riscos e benefícios do estudo, decide voluntariamente dela participar (DUARTE, 2002).

Para Flick (2009), os sujeitos de pesquisa são respondentes que possuem conhecimento sobre o fato estudado, que, por meio de relatos, declarações e opiniões influenciam o resultado do estudo.

Os sujeitos desta pesquisa compreendem médicos, pacientes e farmacêuticos, atuantes e residentes em Belo Horizonte/MG.

A escolha dos participantes foi realizada por acessibilidade. Após selecionados os primeiros entrevistados, foi solicitado a esses que indicassem novos sujeitos a partir do seu círculo de contatos. Essa técnica, quando novos entrevistados indicam outros, é chamada de *snowball*, ou bola de neve, que, segundo Vergara (2013), representa o contato do pesquisador com o entrevistado, por meio de indicações de outros possíveis entrevistados. *A priori*, foram definidas 06 entrevistas para cada categoria estudada. Na realização das entrevistas, foi confirmado que a quantidade de entrevistados atendeu aos objetivos do estudo.

### **4.3 Técnica de coleta de dados**

Na visão de Strauss e Corbin (2008), os dados podem ter como fonte: entrevistas, observações, documentos, registros e filmes.

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, uma técnica em que o pesquisador se apresenta frente ao entrevistado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam à investigação (GIL, 2009).

Para essa pesquisa, a coleta de dados foi realizada por meio de roteiro de entrevista semiestruturado, com questões abertas formuladas com base nos objetivos do estudo, bem como em construtos discutidos no referencial teórico conforme consta no roteiro preliminar disponível no Apêndice. O roteiro de entrevista dos médicos compõe o Apêndice A; para os pacientes, o Apêndice B; e para os farmacêuticos, o Apêndice C.

Para a construção dos roteiros, seguiram-se os objetivos propostos e o respectivo embasamento teórico conforme disponível nos Quadros 2, 3 e 4.

Quadro 2 – Objetivos e construtos para o roteiro de entrevista dos médicos

Problema – “Qual a influência da assimetria de informação nas relações médico – paciente – farmacêutico para fins de prescrição e compra de medicamentos?”			
Objetivo Geral – Descrever e analisar a influência da assimetria de informação na relação que o médico estabelece com o paciente, e estes com o farmacêutico, para fins de prescrição e compra de medicamentos na cidade de Belo Horizonte/MG.			
Objetivos Específicos	Construto	Variável	Autores
a) Identificar se os médicos e farmacêuticos reconhecem a assimetria de informação na prescrição e compra de medicamentos	Assimetria de informação	1. Como você se atualiza sobre os medicamentos que estão disponíveis no mercado?  3. Você prescreve genéricos e similares?  11. Você acha que o profissional que atende na farmácia está habilitado para proceder a troca de medicamentos?	Arkelof (1970); Spence (1973); Kirmani e Rao (2000); Mansfield (2006)
b) Analisar como os médicos, pacientes e farmacêuticos percebem a substituição entre medicamentos de referência, genéricos ou similares;	Comportamento do consumidor	4. Você identifica diferenças no resultado do tratamento entre os genéricos e os similares e os medicamentos de marca?  5. Acontece, às vezes, de um medicamento prescrito por você ser substituído na farmácia, pelo balconista? O paciente o informa sobre isso ou simplesmente troca o medicamento?  6. Quando um tratamento não respondeu conforme esperado, acontece de o paciente informar que trocou o medicamento no momento da compra? Exemplo: o paciente comprou um mais barato, um genérico ou um similar, segundo a indicação balconista.  7. Qual a sua percepção acerca da substituição de medicamentos de referência por genéricos ou similares?	Engel, Blackwell e Minard (2000); Mesquita (2004); Sousa (2007).
c) Identificar se os médicos adotam condutas para garantir que os pacientes sigam a prescrição;	Marketing social	8. Na sua visão médica, essa troca é benéfica ao paciente? Quais seriam as vantagens e desvantagens da troca de medicamento?  9. Como você orienta seus pacientes para garantir que eles sigam a prescrição?	Kotler e Zaltam (1971); Wymer (2010); Kotler e Lee (2008); Barboza (2012)
d) Identificar se os médicos, pacientes e farmacêuticos reconhecem possíveis problemas relacionados à troca não autorizada da medicação.	Processo decisório do consumidor	10. Você identifica algum problema relacionado à troca não autorizada na farmácia? Qual seria?  13. Em resumo, você poderia comentar alguns pontos positivos e/ou negativos da política de medicamentos no Brasil?	Engel, Blackwell e Minard (2000); Sheth, Mittal e Newman (2001); Sousa (2007)

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 3 – Objetivos e construtos para o roteiro de entrevista dos pacientes

Problema – “Qual a influência da assimetria de informação nas relações médico – paciente – farmacêutico para fins de prescrição e compra de medicamentos?”			
Objetivo Geral – Descrever e analisar a influência da assimetria de informação na relação que o médico estabelece com o paciente, e estes com o farmacêutico para fins de prescrição e compra de medicamentos na cidade de Belo Horizonte/MG.			
Objetivos Específicos	Construto	Variável	Autores
a) Identificar se os médicos e farmacêuticos reconhecem a assimetria de informação na prescrição e compra de medicamentos	Assimetria de informação	1. Você faz uso controlado de medicamento? 2. No momento da prescrição do medicamento, você consegue identificar alguma preocupação do médico em atender às suas necessidades? Como você avalia e descreve esse momento?  7. Na farmácia, quando vai comprar um medicamento, o farmacêutico, às vezes, oferece um outro, que é mais barato?  8. O que geralmente você faz quando isso acontece? Aceita? Acha bom?  9. Você já ligou ou voltou ao médico para perguntar se poderia trocar o medicamento prescrito?  10. Você confia na opinião do farmacêutico?  11. Você já procurou identificar se quem o atendia era um farmacêutico ou um balconista?	Arkelof (1970); Spence (1973); Kirmani e Rao (2000); Mansfield (2006).
b) Analisar como os médicos, pacientes e farmacêuticos percebem a substituição entre medicamentos de referência, genéricos ou similares;	Comportamento do consumidor	3. Você sabe identificar um medicamento genérico? Como? 4. Você sabe identificar um medicamento original? Como? 5. Você sabe o que é um medicamento similar? 6. Você tem algum conhecimento sobre medicamentos?	Engel, Blackwell e Minard (2000); Mesquita (2004); Sousa (2007)
d) Identificar se os médicos, pacientes e farmacêuticos reconhecem possíveis problemas relacionados à troca não autorizada da medicação.	Processo decisório do consumidor	12. Você já recebeu algum medicamento do governo? Caso positivo, já teve algum problema quando muda a marca ou o laboratório que fabrica o medicamento distribuído? Você presta atenção nisso?  13. Você se lembra de alguma vez ter aceitado comprar um medicamento mais barato e o resultado não ter sido muito bom? Pode relatar?	Engel, Blackwell e Minard (2000); Sheth, Mittal e Newman (2001); Sousa (2007)

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 4 – Objetivos e construtos para o roteiro de entrevista dos farmacêuticos

Problema – “Qual a influência da assimetria de informação nas relações médico – paciente – farmacêutico para fins de prescrição e compra de medicamentos?”			
Objetivo Geral – Descrever e analisar a influência da assimetria de informação na relação que o médico estabelece com o paciente, e estes com o farmacêutico para fins de prescrição e compra de medicamentos na cidade de Belo Horizonte/MG.			
Objetivos Específicos	Construto	Variável	Autores
a) Identificar se os médicos e farmacêuticos reconhecem a assimetria de informação na prescrição e compra de medicamentos	Assimetria de informação	<p>1. Você faz venda de medicamentos? Em caso de positivo, existe algum tipo de treinamento oferecido pela farmácia? Como ele é feito?</p> <p>2. Existe algum programa de participação nas vendas de medicamentos oferecidos pela farmácia? Como funciona?</p> <p>3. A venda de medicamento prescrito é realizada sempre de acordo com a receita médica? Como ocorre esta venda? Se faz troca, o que o motiva?</p> <p>11. Se você tivesse que classificar o quanto entende sobre medicamentos, como classificaria?</p>	Arkelof (1970); Spence (1973); Kirmani e Rao (2000); Mansfield (2006).
b) Analisar como os médicos, pacientes e farmacêuticos percebem a substituição entre medicamentos de referência, genéricos ou similares;	Comportamento do consumidor	<p>4. Qual a sua percepção sobre os medicamentos genéricos e similares? Eles fazem o mesmo efeito que o original?</p> <p>5. Você oferece ao paciente a opção de troca de medicamentos por genéricos e similares no momento da compra? Como funciona essa troca no momento da compra?</p> <p>6. O paciente geralmente a aceita?</p> <p>7. O paciente pede a troca de medicamentos?</p> <p>8. O paciente pede opinião sobre a troca? Ele confia no que você diz?</p>	Engel, Blackwell e Minard (2000); Mesquita (2004); Sousa (2007)
d) Identificar se os médicos, pacientes e farmacêuticos reconhecem possíveis problemas relacionados à troca não autorizada da medicação.	Processo decisório do consumidor	<p>9. Você percebe algum problema na troca de medicamento?</p> <p>10. Já houve casos em que o médico reclamou da troca? Se sim, relate.</p>	Engel, Blackwell e Minard (2000); Sheth, Mittal e Newman (2001); Sousa (2007)

Fonte: Elaborado pelo autor

As entrevistas foram gravadas e transcritas para manter fidedignamente a coleta de dados.

#### 4.4 Técnica de análise dos dados

Como técnica de análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Para Bardin (1977), a análise de conteúdo consiste em um instrumento de análise interpretativa, ou seja, um conjunto de técnicas e de análise de comunicação visando obter a descrição de mensagens que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Devem ser percorridas três etapas básicas para realização da análise de conteúdo: a primeira constitui a pré-análise de dados, na qual os dados são coletados e organizados; a segunda etapa consiste da exploração do material, na qual realiza-se a categorização dos dados; e, por fim, faz-se o tratamento dos dados, a inferência e interpretação dos resultados (BARDIN, 1977).

Para tanto, após a transcrição das entrevistas os dados foram analisados e categorizados de acordo com os objetivos específicos e em seguida interpretados sobre a luz do referencial teórico, para que fossem realizadas inferências e a interpretação dos dados coletados.

Foram considerados, para efeito de análise dos dados os construtos previamente estabelecidos, conforme Quadros 2, 3 e 4, apresentados no capítulo anterior. Ressalte-se que o pesquisador não limitou a pesquisa aos construtos estabelecidos *a priori*, sendo que novas perspectivas emergiram dos discursos dos entrevistados.

Os resultados dessa análise são descritos e discutidos na próxima seção.

## **5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Nesta seção, são apresentados e analisados os resultados obtidos na pesquisa, por meio da análise de conteúdo dos dados coletados em entrevistas com os sujeitos de pesquisa, sendo eles: seis médicos, seis pacientes e seis farmacêuticos atuantes e residentes na cidade de Belo Horizonte / MG.

### **5.1 Caracterização dos sujeitos de pesquisa**

Foram entrevistados seis médicos com idades entre 25 a 47 anos, sendo quatro do sexo feminino e 02 do sexo masculino. Os profissionais são atuantes no setor público e privado na cidade de Belo Horizonte / MG, sendo: dois do setor público, dois atuantes em ambos os setores e dois do setor privado. As especialidades dos médicos entrevistados são: dermatologia (2), endocrinologia (1), clínica geral (1), pediatria (1) e neurologia (1).

Para manter preservadas as identidades dos médicos entrevistados, os mesmos serão identificados por suas especialidades na apresentação e análise de resultados.

Foram entrevistados também cinco pacientes do sexo feminino e um paciente do sexo masculino, com idades entre 29 e 70 anos e residentes na cidade de Belo Horizonte / MG. Dos entrevistados, quatro utilizam a rede privada de saúde e dois utilizam exclusivamente o sistema público de saúde. Quanto ao grau de escolaridade, um possui ensino fundamental incompleto; um, ensino fundamental completo; dois, ensino médio completo; um, ensino superior incompleto; e um, ensino superior completo. Para garantir o anonimato dos pacientes entrevistados, seus nomes foram substituídos pela letra “P”, seguida do número da sequência em que a entrevista foi realizada. Exemplo: P1, P2, P3, ... , P6.

Os farmacêuticos entrevistados são atuantes em farmácias da cidade de Belo Horizonte / MG, sendo três graduados em farmácia, todos do sexo feminino, com idades entre 28 e 31 anos e três balconistas (vendedores), também todos do sexo

feminino, com idades entre 34 e 48 anos. Os nomes destes profissionais entrevistados também foram preservados e substituídos pela letra “F” seguido de um número que se refere à sequência em que a entrevista foi realizada. Exemplo: F1, F2, F3, ..., F6.

Conforme apresentado nos quadros 1, 2 e 3 da seção anterior, os objetivos específicos nortearam o roteiro de entrevista desta pesquisa. Desse modo, para facilitar a análise das entrevistas, o conteúdo foi dividido em quatro subseções, de acordo com os objetivos específicos, são eles: 1) Reconhecimento da assimetria de informação por parte dos médicos, pacientes e farmacêuticos na prescrição e compra de medicamentos; 2) Percepção dos médicos, pacientes e farmacêuticos quanto à substituição entre medicamentos de referência, genéricos e similares; 3) Conduta adotada pelos médicos para garantir que a prescrição seja seguida pelos pacientes; 4) Problemas relacionados à troca de medicamento não autorizada.

## **5.2 Reconhecimento da assimetria de informação por parte de médicos, pacientes e farmacêuticos na prescrição e compra de medicamentos**

As principais fontes de informação, como também atualização sobre medicamento para os médicos entrevistados são: artigos e estudos científicos, bulas de medicamentos, congressos e visitas de representantes.

Por meio de artigos, de literatura e também de visitas de representante de laboratório (DERMATOLOGISTA 1).

Muita visita de representante e temos artigos, né? Muito artigo (NEUROLOGISTA).

Através de Congresso, né, as visitas de representantes, que são importantes, hoje é uma conduta, hoje, não, sempre foi uma conduta de os representantes são extremamente bem treinados pelos laboratórios, então a gente tem a busca através deles. Mas, hoje, o que a gente tem é a mídia, né, e principalmente os Congressos (ENDOCRINOLOGISTA).

Eu faço uma busca ativa, assim, eu mesma vou, olho no site do pubmed, se tem alguma coisa nova, ou no *up to date*, ou mesmo lendo bula de remédio, eu leio mesmo, adoro ler bula, e já recebi algumas visitas de alguns representantes farmacêuticos que dão uma orientada melhor, assim, pra tirar dúvida, essas coisas (PEDIATRA).

Congressos, artigos científicos e revistas (DERMATOLOGISTA 2).

No mercado, eu não procuro atualizações não, mas atualizações com relação às condutas e tratamentos, eu me oriento por artigos, periódicos (CLÍNICO GERAL).

Conforme indicado por Sousa (2007; 2008), Mota *et al.* (2008), Sousa, Lara e Mesquita (2010) e Sousa, Mesquita Lara (2013), os representantes dos laboratórios compreendem uma importante fonte de informação para diversos médicos. Portanto, tendo em vista que estes já emergiram nos relatos de alguns entrevistados, questionou-se a importância desse profissional como veículo de informação e atualização sobre os medicamentos.

A maioria dos médicos concordam que esse profissional é importante para esse fim. Além disso, este profissional oferta aos médicos amostras de medicamentos, que permitem aos mesmos a possibilidade de experimentação em seus pacientes e mais conhecimento sobre o medicamento.

Eles trazem material de propaganda, material que explica, muitas vezes, como se fosse uma bula, se for um medicamento e eles trazem amostra também, (...) é no caso de protetor de creme, por exemplo, eles sempre te dão alguma amostrinha para você testar, então você pode testar em você mesma ou em algum paciente se quiser, né? (DERMATOLOGISTA 1).

Ele traz material, e da maioria que me interessa e dos que não me interessam. Dos que não me interessam eu nem pego, dos que me interessam eu leio. E quando ele traz também a medicação dele, eu querendo ou não, eu leio e experimento, e eu vejo se a que eu usava antes é melhor, sabe? (NEUROLOGISTA).

Por exemplo, a última visita que eu recebi, eles deram orientação com relação à dose, por exemplo, que tem medicamento que é preconizado você usar 3 vezes ao dia, mas não tem adesão ao tratamento. Aí eu perguntava com relação a se ele for utilizado 2 vezes por dia, que muitas vezes é o que é prescrito na prática, qual que é a alteração de forma (não entendi) de absorção, e qual que é o impacto disso, porque na bula sempre fala 3, aí eles te dão uma orientação melhor nesse sentido, de tirar essas dúvidas (PEDIATRA).

Auxíliam. Com artigos científicos vindos de congressos internacionais (DERMATOLOGISTA 2).

A partir dos relatos, portanto, torna-se possível inferir que, para os entrevistados, os representantes da indústria farmacêutica trazem informações que são, muitas vezes,

confiáveis, pois a partir delas elaboram seu escopo de prescrição. Foi identificado também que, para algumas especialidades, o representante se torna mais importante, devido ao fato de ser um grande vetor de informação de novas pesquisas e controle de qualidade dos medicamentos conforme relatado pelos médicos das áreas de dermatologia e endocrinologia:

(...) a gente nem sempre tem acesso a todas as novidades por meio da literatura médica, então, por exemplo, na cardiologia você sabe que uma substância tal está sendo estudada, e uma revista de referência delas, né, uma das revistas publicou que aquela substância é mais eficaz que a outra, na dermatologia, como a gente tem cosméticos que são produtos que não são puramente medicamentos, você precisa. Às vezes, o laboratório mudou alguma coisa, acrescentou uma, eh, uma combinação de substâncias, e você precisa testar a cosmética também, então, por exemplo, um filtro solar, se eu não receber um representante, eu não vou conhecer aquela textura, a oleosidade para saber! Não é tão simples assim, então eu falo que a gente, dermatologista, você tem que receber visita, por que senão realmente você fica desatualizado, e até mudanças bobas, às vezes que eles fazem de nome, mudança de nome do produto, mudança às vezes da forma de apresentação, se você não perceber, eu acho que você não..., você fica desatualizado, você corre o risco de prescrever um produto que já não tem mais ou que mudou de nome (DERMATOLOGISTA 1).

(...) na área de endocrinologia, você tem todos os hormônios aí que são lançados, então a gente vai ter os arquivos brasileiros de endocrinologia, as revistas de circulação internacional, né! Eu sou professor de medicina também há vinte e três anos, então, a gente tem pela própria faculdade, pela internet, e os representantes são através da, da própria, do próprio treinamento que eles recebem, então, você vai sempre estar recebendo, é o material, artigo científico e, até mesmo, a experiência dos próprios representantes (ENDOCRINOLOGISTA).

A partir dos relatos acima, é possível identificar a presença da assimetria de informação nas falas dos entrevistados. Tal fato se dá em função da evidência de que os laboratórios, frequentemente, possuem informações que ainda não foram divulgadas para a classe médica, ou mesmo que, apesar de já divulgadas, por questões diversas como o acesso e o tempo disponíveis, ainda não são de conhecimento desses. A esse respeito, Sousa (2007), Mota *et al.* (2008), Sousa, Lara e Mesquita (2010) afirmam que as informações dos laboratórios farmacêuticos são mais completas e, mesmo que todas as informações divulgadas estejam corretas, pode haver uma seleção dentre as informações conforme o interesse do agente.

Ainda, de acordo com dados do Ministério e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2005), são os laboratórios que fornecem aos médicos as informações de origem dos medicamentos.

Para Melo, Ribeiro e Storpirtis (2006), a promoção comercial é um dos fatores primordiais para a prescrição de medicamentos por parte dos médicos, já que existem diversos medicamentos e tratamentos disponíveis no mercado. A esse respeito, alguns médicos relatam que é comum a promoção comercial, que se configura em propostas comerciais ou premiações, como, por exemplo, patrocínio para viagens em congressos nacionais e internacionais.

(...) alguns representantes que tentam fazer certa pressão, assim, no jeito de falar mesmo, e eu já até cortei uma assim, aconteceu isso e eu falei: “Nossa, mas que situação chata, hein?” Aí ela: “Nossa, desculpa! Eu não queria te ofender e tal...”. Mas, assim, nem foi em troca de nada não, foi pelo jeito de falar mesmo como se fosse uma pressão, assim: “Você prescreve tanto disso...” (DERMATOLOGISTA 1).

Eles me mostraram os produtos que eles tem e me deram algumas indicações (...), mas eu conheço um tanto de gente que ganhou congresso, viagem, mil e uma coisas, bens materiais, mas eu ainda não tive esse tipo nem de assédio, nem de proposta (PEDIATRA).

Ao serem questionados sobre a prescrição de medicamentos genéricos e similares, quatro dos médicos disseram fazer a prescrição de ambos; um médico apenas dos medicamentos genéricos; e um deles não prescreve nenhum destes medicamentos.

Eu prescrevo aqueles que eu tenho experiência (ENDOCRINOLOGISTA).

Prescrevo, inclusive, normalmente, eu não coloco o nome do medicamento, eu sempre coloco o princípio ativo ‘pro’ paciente escolher se ele quer o genérico ou o original, né, o referência (PEDIATRA).

Genérico, às vezes, mas a maior parte do tempo eu não prescrevo, né? E similar não (NEUROLOGISTA).

Não. Porque eu acho que é menos eficaz que os outros (DERMATOLOGISTA 2)

Os médicos também foram questionados se já notificaram casos de tratamentos de pacientes que obtiveram resultados diferentes quando tratados com medicamentos genéricos ou similares, daqueles que utilizaram medicamentos de referência. Os

dados obtidos convergem com a forma de atuação dos médicos. Aqueles que atuam no sistema público de saúde dizem não perceberem diferença de tratamento e prescrevem, preferencialmente, os medicamentos pelo princípio ativo, deixando a critério do paciente a escolha da melhor opção de medicamento.

Já os médicos que atuam no setor privado ou indicam apenas aqueles que confiam, não fazem a prescrição em hipótese alguma, por perceberem diferenças na eficácia dos medicamentos.

Pra mim, não, eu vejo diferença quando é manipulado, porque às vezes não atua tão bem, mas, assim, dos genéricos eu sei que tem gente que fala que a marca X e Y não são tão boas, mas, assim, pra mim, eu ainda não percebi, talvez pelo pouco tempo até de experiência, mas, tanto que eu sempre prescrevo o princípio ativo, nunca precisei falar assim; essa marca ou essa são melhores (PEDIATRA).

Particularmente, eu nunca comparei nenhum com o outro não, porque os que eu prescrevo são os genéricos, né, mas acho, a impressão que eu tenho, é que o tratamento funciona com base na minha experiência de trabalho, que é pouco tempo, mas você vê que a medicação funciona na maioria das vezes (CLÍNICO GERAL).

Algumas vezes sim, já aconteceu, por exemplo, um episódio que foi marcante, assim, uma paciente que estava grave com pênfigo... É uma doença de pele, que surgem bolhas e a pele começa a se descolar é um quadro bem incômodo, assim, se a gente não tratar pode ser grave, e ela estava tomando um corticoide oral, estava tomando certinho, e a gente foi ver o laboratório era um laboratório que a gente não conhecia bem, e aí, isso foi até na época da residência, meu preceptor falou: "Não vamos trocar esse aqui, você vai comprar o tal." E ela melhorou, era como se ela não tivesse tomando nada até então! Então depois desse caso, assim, eu fiquei mais cuidadosa com a procedência, assim, do medicamento sabe (DERMATOLOGISTA 1).

Não, sim, você vê pontos positivos, claro. Positivo porque às vezes a medicação não vai fazer muita diferença e vai ajudar o paciente, o paciente não tem condição de comprar a medicação que você quer. Então, você vai prescrever outra, entendeu? Às vezes, até um similar que você confia, porque têm similares que são bons (NEUROLOGISTA).

Em alguns casos, sim. Têm genéricos de extrema, de boa qualidade, a gente já percebe isso, mas, é, não é assim com a maioria não (ENDOCRINOLOGISTA).

Eficácia. Não podemos generalizar, mas pode acontecer, eu não quero correr riscos com o paciente, então não prescrevo (DERMATOLOGISTA 2).

Os resultados estabelecem concordância com Fiúza e Lisboa (2001), que relatam ser o médico aquele que decide sobre a escolha de medicamentos, entretanto depara-se com um conjunto de substâncias, cuja eficácia e segurança podem não ser totalmente conhecidas por ele. Nesse aspecto, evidencia-se novamente a assimetria de informação presente na prescrição do médico. Uma vez que pode ocorrer algum problema e que o preceptor pode associá-lo (questionar) não ao princípio ativo prescrito, mas, sim, ao laboratório que fabricou o medicamento, não é possível afirmar que “todos” os genéricos sejam intercambiáveis com os respectivos medicamentos de referência.

Esse aspecto foi abordado por Sousa (2007), quando afirma que os medicamentos não podem, em essência, serem considerados bens substitutos perfeitos, e ainda é factível que determinadas trocas, conforme a patologia e a sensibilidade do paciente, conduzam a resultados diferentes do esperado (RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006).

Sobre a troca do medicamento realizada pelo paciente na farmácia no momento da compra dos medicamentos, os médicos avaliam que isso ocorre devido à variação de preço do medicamento. Assim, o paciente irá escolher a opção que melhor se encaixa em suas condições de compra. Isto é avaliado pelos médicos com uma opção válida, já que é melhor o paciente aderir ao tratamento, do que não fazer o uso da medicação por falta de condições financeiras. Entretanto, alguns médicos alertam que nem todos os laboratórios possuem critérios de qualidade confiáveis, tornando a troca do medicamento na farmácia uma opção perigosa para o paciente.

Eu tenho pra mim que o paciente, ele tem que escolher o que tiver melhor custo benefício pra ele mesmo, sabe? Eu acho que assim, dado que tem uma legislação, que eles tem todos os medicamentos, sendo genérico ou de referência, tem que ter a mesma biodisponibilidade no corpo, quer dizer, que eles vão ter que ser absorvidos da mesma forma, não vai se perder nada daquilo, e na mesma concentração, tem uma lei que regula bem isso. Então, acredita-se que os laboratórios sérios vão agir de acordo com as normas. Então, eu acho que, assim, o importante é o efeito daquele remédio, não interessa se ele é da farmácia X, Y ou Z (PEDIATRA).

Olha, na minha opinião é que é favorável, né, os medicamentos similares e os genéricos, porque eles facilitam a adesão do paciente e a terapia, né, porque são medicamentos de mais fácil acesso, mais disponíveis, pelo valor que eles tem, né? Então, eu acho que isso contribui muito pro tratamento, eu mesmo sempre oriento os meus pacientes, eu falo para eles não

pegarem medicamentos de referência, é o que tiver mais acessível pra eles (CLINICO GERAL).

Em geral, eu acho que não é benéfico assim, mas eu não sou contra, eu estou falando isso, eu não sou contra o uso de genérico, eu até prescrevo muitas vezes, quando eu confio, quando eu acho que não faz diferença, eu coloco a opção do genérico, e até quando eu trabalhava com clínica médica no SUS, a gente prescreve muito pelo princípio ativo, então, isso dá uma liberdade se você colocou o princípio ativo você pode comprar o genérico, o similar, qualquer um né? Agora, né, dermatologia é um pouco mais complicado você não tem, assim, opção de, de genérico, ou você está prescrevendo aquele ali porque você conhece, sabe! Por que tem outras coisas que variam às vezes, o veículo do produto pode ser um pouco diferente, então, quando eu coloco o nome não dou nenhuma opção, é geralmente porque eu prefiro que compre aquele, e, aí, eu acho, que se trocar não vai ser benéfico... (DERMATOLOGISTA 1).

(...) eu te falo, depende muito dessa troca. Se eu virar pra você e falar assim: "tem genéricos que são confiáveis, de indústrias confiáveis", eu acho que eu fico..., vou ser antiético se eu citar alguns laboratórios que são éticos e outros que não. Mas é importante que a gente saiba, alguns laboratórios, é..., nacionais, que não são éticos, e a gente não sabe o conteúdo, o que tem ali naquela fórmula, isso é perigoso. Uma coisa que é, é melhor a gente falar, assim, se for trocar por genérico, quando ele comenta, ah, eu estou usando uma medicação genérica, passa pra conversar com o seu médico, né, vale a pena? Traga o remédio pra eu ver. Qual o laboratório que você está usando? Não! Desse você não deve usar, compra de outro (ENDOCRINOLOGISTA).

Os médicos foram questionados também sobre como avaliam o preparo dos farmacêuticos para proceder à troca do medicamento no momento da compra, ou seja, se de fato estes estariam habilitados em exercer essa tarefa. Todos avaliam que o farmacêutico graduado é importante nesse momento, mas relatam identificar a presença do balconista que, em muitos casos, procede à troca sem consultar o profissional de fato habilitado, podendo, portanto, gerar problemas ao paciente quanto à intercambialidade do medicamento.

Não. Não, talvez não. Não, se fosse o farmacêutico, eu até acharia melhor, mas eu não sei, eu acho que quem está atendendo é só atendente, né? Então não (NEUROLOGISTA).

É uma lei, né, que você tem que ter um farmacêutico, em caso de dúvida, algumas receitas você tem que colocar que é proibido por lei trocar sua receita, e quem tem essa, essa, na falta de uma medicação, quem pode sugerir isso é o farmacêutico, o balconista não, ele não pode fazer isso, isso é contra a lei. Trocar medicação é contra a lei (ENDOCRINOLOGISTA).

Não, eu não acho. Eu acho que, no máximo, é o que eu falei, do referência pro genérico, de igual dosagem, de boas indústrias, isso aí no máximo, trocar eu acho que não... (PEDIATRA).

Eu acho que muitas vezes não, por exemplo, esse caso que aconteceu hoje, que a gente esquece os exemplos, né, mas, hoje, aconteceu da paciente, ela orientou a paciente e falou: “Oh, não tem esse, mas esse aqui é a mesma coisa...”. E era totalmente diferente, e nem era uma questão só cosmética não, porque era um sabonete para acne e o outro era um antibacteriano, não tinha nada haver, eu não queria prescrever um antibacteriano, então, assim, não era mesmo a mesma coisa nesse caso, por exemplo, ela não estava preparada (DERMATOLOGISTA 1).

A percepção dos médicos está de acordo com a visão de Souza (2007); Mota *et. al.* (2008); Sousa, Mesquita e Lara (2013), quando relatam que o paciente, na busca de informações complementares sobre o medicamento, não encontra nas farmácias o farmacêutico, que frequentemente é substituído pelo balconista, um profissional que pode não estar habilitado a fornecer as orientações corretas sobre o medicamento.

Quanto aos pacientes entrevistados cinco pacientes fazem uso de medicamentos controlados, e um não faz uso de medicamento controlado. Ao serem questionados sobre a preocupação dos médicos em atender às suas necessidades no momento da prescrição de medicamentos, cinco pacientes relatam que percebem uma preocupação por parte do médico em conciliar o medicamento às suas necessidades, e apenas um paciente entrevistado descreve identificar prescrições de medicamentos inadequados ou desnecessários, ou seja, não percebe preocupação do médico em atender às necessidades dos pacientes.

Ele está sempre tentando conciliar um medicamento ao outro para poder combater minha hipertensão (P1).

Com certeza, com certeza o médico que me prescreveu, ele sabe das minhas condições e eu não tenho preconceito nenhum em tomar remédio controlado e não existe, não vejo nada de interesse de consumo por trás disso (P3).

(...) fica sempre preocupado, prestando atenção no remédio que ele vai passar. (...) esse médico é nota 10 (P4).

Não, ele simplesmente, você fala e eles simplesmente estão medicando sem às vezes necessidade nenhuma, que eu vejo eles indo ao médico, já aconteceu até com meu filho mesmo, de passar um medicamento fortíssimo pra ele sem necessidade nenhuma, sem fazer um exame, sem fazer nada (P5).

Ao existir assimetria de informação na relação médico-paciente (o que é esperado dado a origem do atendimento e a formação necessária), esta pode gerar falhas na interação entre as partes, que podem ocasionar problemas. Nos relatos, é possível perceber que a avaliação dos pacientes depende do que eles conseguem observar da conduta médica. Se as ações dos médicos são percebidas como positivas, a avaliação do atendimento procedido por ele será bem aceito; se, ao contrário, sua conduta será avaliada como prejudicial e despreocupada em atender às suas necessidades.

Os pacientes também foram interrogados sobre se no momento da compra do medicamento na farmácia, os farmacêuticos oferecem opções mais baratas de medicamentos. Dos entrevistados, três percebem o oferecimento de medicamentos mais caros é tendencioso; um percebe a atitude de oferecer medicamentos mais baratos, normalmente genéricos, mas afirma que geralmente não aceita a troca do medicamento prescrito pelo médico. Os outros dois percebem a tentativa de oferta de outras opções, mas, por estarem acostumados com os medicamentos, que são de uso contínuo, também não aceitam trocá-los.

Eles tentam às vezes, oferecer pra gente um mais caro, como a gente já sabe que do genérico a gente está sempre procurando comprar o genérico. Ah, eu não aceito a troca, eu procuro é seguir a receita que eu estou com ela e, e não aceito comprar outro tipo de remédio e nem caro também (P1).

(...) você chega com a receita vai àquele ali na receita e mesmo tendo um mais barato, eles não oferecem (P4).

Não, pelo contrário, mais caro (P5).

Já aconteceu de falar: "Quer o genérico mais barato do laboratório x?" Mas já aconteceu isso, mas eu, mas eu geralmente me recuso (P2).

Só quando eu não encontro o meu, o que eu quero, aí eles tentam vender outro, né, mas aí eu não quero, eu sempre procuro outra farmácia que tem o que eu uso (P3).

Segundo Sousa, Mesquita e Lara (2013), com a implementação da Lei dos Genéricos foram veiculadas campanhas com o intuito de esclarecer os médicos quanto à prescrição e aos consumidores finais sobre o ato de compra dos medicamentos. Entretanto, os consumidores se deparam com questões tidas como

típicas de países em desenvolvimento, tais como a forte penetração de mercado dos medicamentos similares e a preocupação com o preço.

Pode ser considerada ainda a presença de substitutos que facultam aos pacientes a compra do medicamento de fato prescrito na consulta médica e identificam-se também imperfeições de mercado, já que o consumidor não dispõe de todas as informações relevantes à escolha do medicamento (ANDRADE, 2005).

Os pacientes também foram questionados sobre o fato de procurarem ou não identificar quem os atende nas farmácias, se é o farmacêutico ou o balconista. Alguns entrevistados dizem não se atentar para o fato, entretanto a maioria relata que geralmente é o balconista, poucas vezes percebem a presença do farmacêutico.

(...) é balconista que atende a gente, porque eu já precisei chamar o farmacêutico, e a menina ir atrás dele pra poder vir me atender. Então, não, mas na farmácia lá perto de casa, que eu costumo comprar, é sempre o farmacêutico que me atende (P4).

São os vendedores (P1).

Geralmente, eu olho para o crachá, mas nunca perguntei se é vendedor ou a formação, eu nunca perguntei, mas eu olho, eu tenho curiosidade de olhar quem está me atendendo (P2).

(...) é mais o balconista mesmo (P3).

Os resultados permitem inferir que o farmacêutico é frequentemente substituído pelo balconista, um profissional que não é capacitado para fornecer orientações sobre os medicamentos conforme afirmado por Sousa (2007); Mota *et al.* (2008) e Sousa, Mesquita e Lara (2013).

Outro questionamento feito aos pacientes foi sobre a troca do medicamento na farmácia. Perguntou-se se esses consultariam seus médicos sobre a troca ou se confiariam nas informações dos farmacêuticos. A totalidade dos pacientes diz não aceitar a troca de medicamentos nas farmácias, portanto, nunca ocorreu de eles informarem ao médico de tal situação.

Entretanto, um dos entrevistados relata que um medicamento receitado pelo médico, no caso um antidepressivo, produziu efeito colateral incômodo. Nesse caso, retornou ao médico para que ele procedesse à troca por outro medicamento com efeito similar.

Olha, isso nunca aconteceu comigo não, mas que eu me lembre, foi poucas vezes, eu também não gosto de aceitar, eu gosto sempre de estar seguindo o que o meu médico passa. Eu procuro, eu, eu até vou a outras farmácias para eu ver se eu encontro o que está na receita (P1).

Já aconteceu com a minha mãe de estar indo pra poder trocar e ele...foi um antidepressivo que passou, e estava, assim, inchando muito ela, aí ela teve que voltar lá, e ele trocou esse antidepressivo (P4).

De acordo com Ramalho (2006), pacientes com rendas mais altas (acima de 10 salários mínimos), geralmente por terem maior proximidade dos médicos, são menos propensos em aceitar as recomendações por parte dos balconistas para a troca de medicamentos. Mas os resultados apresentam que, independentemente da renda, se o paciente estabelece com o médico uma relação de confiança, a prescrição tende a ser seguida pelo paciente.

Todos os farmacêuticos entrevistados disseram realizar vendas de medicamento. No caso dos balconistas, as farmácias oferecem um treinamento sobre medicamentos e tipos de receitas antes de começarem a atuar na venda de medicamentos.

...tem que ser feito um treinamento de 2 a 3 meses antes de você entrar, começar a vender (...).Eu tive, assim, mais questões diretamente em vendas mesmo, né, então eles, eles falam a questão de, de, por exemplo, você pega a receita, você tem que saber quanto tempo ela vale, tem receita branca, receita azul, amarela, então, são esses tipos de coisa (F1).

Eles dão treinamento sobre as substâncias, né, para a gente aprender, e treinamento de receitas quando você pode vender receitas, treinamento também sobre injetáveis (F2).

...eu já era vendedora, eu já tinha trabalhado em outra drogaria, mas quando eu entrei na drogaria Araújo, em 2006, tinha treinamento semanal e mensal de medicamento, e de venda de glicosímetro, de aparelho de pressão, que a gente fazia esses treinamentos com os farmacêuticos (F3).

Dois dos farmacêuticos graduados esclarecem que fazem venda de medicamentos, entretanto não possuem diretamente esta função, apenas dão suporte aos balconistas com relação a esta atividade.

Eu fico mais, porque como aqui é uma loja que demanda, é, que tem uma demanda muito grande de, de cliente e tudo mais, então a parte burocrática, ela toma muito tempo do farmacêutico nessa loja, então eu não tenho tempo de ficar muito no balcão, só quando é realmente necessário (F5).

Faço. Faço vendas e acompanho os vendedores nas vendas (F6).

Os farmacêuticos foram interrogados sobre a existência de algum programa de participações em vendas e como funcionam. Desse modo, os balconistas esclarecem que não possuem salário fixo, recebem apenas participação sobre a venda dos medicamentos e outros produtos oferecidos pelas farmácias. No caso de medicamentos, o percentual de participação remunerado aos balconistas varia entre 1% e 2% sobre a venda de referência e similares e o medicamento genérico tem o percentual de 3% sobre a venda, o que pode incentivar a venda do medicamento genérico.

...a gente não tem salário, né, o nosso é só comissão (...), o similar e, e o medicamento de referência, o percentual é o mesmo, só em caso de genérico, medicamento manipulado, aí o percentual é diferenciado (...).O genérico é maior (F1).

É, a gente ganha comissão, né, somente comissão.(...) o genérico a gente já tem a comissão de 3%, é diferenciado, e a fórmula também é diferenciada, é 3%, e aí o medicamento é de 1 a 2%, depende se ele estiver em oferta é 1%, se ele não tiver com nenhuma promoção é 2% (F3).

No caso dos farmacêuticos graduados, a remuneração é fixa e eles não possuem participação sobre as vendas.

Só para vendedores. Eles são comissionados, aí de acordo com o produto eles tem uma média de comissão (F4).

No meu caso, eu não tenho comissão nenhuma sobre os medicamentos, só os vendedores. Então, eu faço indicação, mas não ganho comissão sobre a venda não (F6).

Os farmacêuticos foram indagados se no momento da venda de medicamentos eles seguem exatamente a prescrição médica ou se motivam a intercambialidade entre

os medicamentos. Desse modo, os profissionais esclarecem que seguem a prescrição, entretanto, se for solicitada a troca pelo paciente, eles devem avaliar a receita emitida pelo médico. Se o médico prescreve pelo princípio ativo pode ser trocado por qualquer uma das opções entre referência, genérico ou similar; no caso de ter prescrito o medicamento de referência, ele pode ser intercambiado apenas pelo genérico; e se a prescrição for realizada com medicamento similar, a troca não pode ser realizada.

(...) se for um medicamento de referência, se ele colocar referência, eu posso vender o genérico; se ele colocar a fórmula do medicamento, eu posso vender qualquer um. Aí eu posso vender tanto similar como o genérico ou o referência. No caso de referência, eu posso trocar para genérico. Com similar não. Se ele colocar o princípio ativo, eu posso vender qualquer um, né! Se ele por referência, eu tenho a opção de vender o genérico, se for similar é somente o similar, a gente não pode fazer a troca (F1).

Os medicamentos controlados existem uma regra, que, se vier na receita o genérico prescrito, a gente pode liberar o genérico, referência ou similar. Não tem problema. Se vier o referência, pode ser vendido apenas a referência ou o genérico. E se vier o similar na receita, é só o similar que a gente libera. Então, essa é um tipo de troca que acontece com os controlados. Agora os que são de venda livre e vem com receita, não tem essa regra não a ser seguida (F6).

No tocante à presença do balconista, em substituição ao farmacêutico, a legislação permite a intercambialidade dos medicamentos, apenas se esta for realizada pelo farmacêutico, devendo inclusive apor seu carimbo constando nome, registro profissional, datar e assinar a receita médica (PROGENÉRICOS, 2012).

Durante a coleta de dados, foi identificado no jargão dos profissionais um medicamento chamado BO, que são medicamentos similares bonificados pelo laboratório às farmácias, ou seja, a farmácia paga por uma caixa de medicamento similar e recebe gratuitamente mais uma caixa ou as farmácias recebem bonificação em espécie na venda destes medicamentos. Além disso, o vendedor ganha uma comissão diferenciada na venda destes medicamentos.

BO é aquele que é bonificado, tipo, por exemplo, a gente tem alguns BO, e que a negociação dele, com o laboratório, no caso da drogaria com o laboratório, tipo assim, compra 2 e ganha 1, a drogaria, entendeu? (...) compra uma quantidade X e ganha o dobro daquilo, então, além dela ganhar a comissão do medicamento, ela ainda vai ganhar em cima da bonificação daquele medicamento... ele não é genérico, ele é similar!

Alguns falam similar, alguns falam BO... Similar e BO, então, é a mesma coisa, aí a comissão é diferenciada, pra drogaria, porque pra nós... é igual! Meu pagamento é igual! Em outras farmácias pequenas, igual eu trabalhei em farmácia pequena, se eu vendesse um medicamento similar ou bonificado que é o BO, a minha comissão era diferenciada, 8% (F3).

“BO” é uma nomenclatura que a gente utiliza para falar que o medicamento é bonificado, são aqueles similares que geralmente a drogaria ou o dono ganha um percentual maior sobre ele (F4).

Os resultados indicam que devido à disponibilidade de medicamentos genéricos com interferência das distribuidoras nas farmácias pode haver o favorecimento de certas empresas na prescrição do genérico. A troca ou a oferta de medicamentos similares pode ser incentivada, devido à bonificação por parte das indústrias aos balconistas e donos de farmácias.

Quando indagados sobre as principais fontes de informação sobre os medicamentos, bem como atualização de novos medicamentos, os farmacêuticos graduados explicam que as principais fontes são os artigos científicos, bem como informações advindas dos representantes dos laboratórios. E para os balconistas, a principal fonte de informação e atualização são os farmacêuticos graduados, que realizam treinamentos quando necessário. Além disso, todos eles admitem precisar sempre se atualizar, devido ao fato de possuir diversas substâncias no mercado.

Identifica-se, portanto, que o representante é importante tanto para o médico, quanto para o farmacêutico, apesar de não eliminar a assimetria de informação existente entre a indústria farmacêutica e estes profissionais, dada a complexidade deste setor.

### **5.3 Percepção dos médicos, pacientes e farmacêuticos quanto à substituição entre medicamentos referência, genéricos e similares**

No que tange à troca do medicamento prescrito, os médicos foram questionados se acontece de o paciente trocar o medicamento na farmácia e informar que a troca foi realizada. Todos os médicos relatam perceber que existe a troca de medicamentos na farmácia, apesar de orientarem aos pacientes quanto à compra do medicamento prescrito.

Entretanto, identificam que nem todos os pacientes costumam dizer que realizaram a troca do medicamento. Em alguns casos, o paciente relata a troca e esclarece que não encontrou o medicamento prescrito e por isso intercambiou. Ainda, segundo os médicos os pacientes dizem também terem sido orientados pelo farmacêutico na troca do medicamento, como, por exemplo, por questões de custo do medicamento. Sobre esse último aspecto, ressalta-se que apesar de os pacientes, conforme relatos já apresentados, não assumirem que são influenciados por balconistas e farmacêuticos, esses efetivamente o são.

Acontece com bastante frequência eu acho. Muitas vezes, informa, fala: "Ah, doutora, você passou esse, mas eu comprei tal, o farmacêutico falou..." (DERMATOLOGISTA 1).

Infelizmente, sim. A grande maioria comenta, sim, que chegou lá com uma medicação, e às vezes, até por ausência, por não ter o medicamento, ele, o balconista sugere outro (ENDOCRINOLOGISTA).

Sim, várias vezes, inclusive muitas vezes o que tem também é de eu prescrever um medicamento, primeiro prescrevo uma dosagem, e o balconista troca. Por exemplo, esses dias mesmo, foi com a minha mãe, por isso que eu sei, que é bem próximo, é que às vezes, com o paciente a gente custa a saber, eu prescrevi pra ela um soro fisiológico 0,9% pra lavar o nariz, uma coisa muito simples, ele vendeu pra ela com a receita um de 3% de outra marca, outro que não era o que eu tinha passado! Então, assim, isso tem, nos pacientes do dia a dia mais ainda, porque eles falam assim: "ah, não, o doutor passou esse, mas pega esse outro aqui que é mais barato, é diferente, mas age do mesmo jeito!", isso volta e meia tem, de troca (PEDIATRA).

De acordo com Sousa (2007), quando o paciente inicia o processo de busca pelo medicamento, ele leva em consideração a prescrição médica, mas avalia também preços, sugestões de genéricos e similares e pode também solicitar ajuda de pessoas do seu grupo de influência (familiares e amigos) ou simplesmente solicitar o medicamento genérico no ato da compra.

Pode ser considerada ainda nesta etapa a influência de terceiros, no caso balconistas e farmacêuticos, que podem influenciar a decisão do paciente, já que ele pode não dispor de todas as informações que o possibilite avaliar a qualidade e eficácia do medicamento antes de seu consumo (SOUSA, 2007).

Ao serem questionados a respeito do resultado do tratamento não ter alcançado o resultado esperado devido à troca de medicamentos e se o paciente informa que trocou a medicação neste caso, os médicos dizem que nem sempre o paciente admite ter realizado a troca, sendo necessário que os mesmos investiguem os motivos interrogando o paciente.

Nem sempre, tem vez que o tratamento não deu certo e você pergunta: "você fez o tratamento direitinho? Fiz. Mas você usou o remédio que eu te falei? Usei". Aí eu sempre pergunto: "como que você usou?" Porque às vezes, ele acha que está certo, e está errado, aí que ele te conta: "ah, eu usei o medicamento y no lugar do x...", ao invés de 2 vezes por dia, era 3, ou o contrário, e por aí vai, tudo bagunçado (PEDIATRA).

Às vezes, sim. É assim, é porque também não é tão comum de acontecer, deixa eu tentar ver um exemplo... Eu não sei se é quando não funciona, mas, às vezes, eles comentam mesmo assim, é acontece, sim de falar: "Ah não está melhorando, será que é por isso?". Mas eu não sei te falar se é a maioria dos casos, não quando eles me informam, às vezes é, eles informam mesmo: "Ah estou usando, mas eu comprei tal e está dando certo também". (DERMATOLOGISTA 1).

Na visão de Sousa (2007), na etapa de experiência pós-compra, o paciente que não melhora retornará ou não ao médico prescritor, podendo ocasionar ou não a perda do paciente, pelo fato de se ter estabelecido um laço de confiança. Pode também ocasionar questionamentos acerca da terapia proposta ou da formulação do medicamento.

Os médicos também foram interrogados quanto às vantagens e desvantagens da intercambialidade dos medicamentos para o paciente. A maioria dos médicos relata que a principal vantagem é a possibilidade de acesso ao medicamento com melhor custo pela ampliação da concorrência entre os laboratórios. E a desvantagem é a falta de fiscalização dos laboratórios e a ausência da garantia de que todas as substâncias ofertadas no mercado terão o mesmo efeito.

Acho que a única vantagem pode ser em relação ao custo, mesmo porque, às vezes, pode acontecer... às vezes tem algum medicamento que já tem o genérico que a gente não sabe, por exemplo, e o paciente comprou porque o farmacêutico, o balconista sugeriu, né, mas outro tipo de vantagem não consigo ver não (DERMATOLOGISTA 1).

Positivo, porque às vezes a medicação não vai fazer muita diferença e vai ajudar o paciente, o paciente não tem condição de comprar a medicação que você quer. Então, você vai prescrever outra, entendeu? Às vezes até

um similar que você confia, porque tem similares que são bons. Talvez, que eu acredite. Mas é agora essa troca, quando você pede para comprar, você está esperando que ele tome um, ele vai e toma outro, aí, eu vejo como ponto negativo (NEUROLOGISTA).

Eu acho que cada caso tem que ser estudado sabe, eu acho que a questão do genérico é interessante..., abre uma concorrência com os medicamentos éticos, agora o grande problema é aquele genérico que não tem ação nenhuma! Tem o genérico de boa qualidade, isso é muito bem-vindo, e tem o genérico de má qualidade, que não tem sentido né?! (ENDOCRINOLOGISTA).

Eu vejo mais vantagens do que desvantagens, a não ser que seja uma troca por um genérico de uma laboratório de esquina, aí tem desvantagens! Se for um laboratório que não tem selo de regulação, um laboratório que ainda não está certificado, mas via de regra os grandes laboratórios atuam conforme a legislação mesmo de manter os medicamentos (PEDIATRA).

Os pacientes foram questionados se conseguem reconhecer o medicamento de referência, o genérico ou o similar e se possuem algum conhecimento sobre medicamentos. Todos os entrevistados conseguiram caracterizar os medicamentos de referência e os genéricos, o que não aconteceu com os medicamentos similares.

Quanto ao conhecimento sobre medicamento, foi identificado que os pacientes que utilizam medicamentos controlados têm conhecimento mais amplo, pois leem as bulas e se atentam aos efeitos colaterais do medicamento, além de buscarem também informações sobre o medicamento na internet e questionarem os médicos sobre os efeitos do medicamento.

Olha eu, eu tenho conhecimento porque eu leio, eu gosto muito de ler a bula de todas as medicações que eu tomo, aí pelas bulas, eu me informo tudo direitinho e eu acho importante isso (P1).

...é a informação médica e é lógico que todo mundo hoje consulta a internet para ir atrás de informações sobre o medicamento que está usando, é no máximo isso, mas eu especulo bem o médico: o que é, para que é, se tem algum efeito colateral, eu, eu especulo bem (P2).

Às vezes eu tenho conhecimento sim, porque eu leio muita bula (P5).

Apesar de o entrevistado afirmar que possui conhecimento, os resultados reforçam, que o paciente não possui informações suficientes para avaliar a qualidade e eficácia do medicamento antes de seu consumo e, portanto, estão sujeitos à influência de terceiros, tais como balconistas e farmacêuticos (SOUSA, 2007).

No tocante aos farmacêuticos, foi questionado se eles identificam efeitos diferentes dos medicamentos de referência, os genéricos e os similares. Para alguns farmacêuticos, a intercambialidade deve ser analisada para cada tipo de doença e para cada perfil de paciente, pois, em alguns casos, a troca de medicamento pode ser eficaz, mas, em outros, não. Entretanto, a maioria dos entrevistados relata não confiar em medicamento similar por não possuírem os mesmos testes de biodisponibilidade e bioequivalência que os outros medicamentos.

(...) você não pode chegar e falar assim: “ah, o genérico ele não é tão bom quanto o referência”. Para uns, vai ser ótimo, para outros, não! A gente tem que avaliar o indivíduo, tem que avaliar tudo isso, né, o contexto em que ele vive, o que ele utiliza, a gente tem que avaliar o paciente todo (F5).

Eu acho que não, (...) porque o medicamento similar ele não tem tanta, ele não tem aqueles testes todos igual tem o genérico e o de referência, né, inclusive, (...) quando eu trabalhava lá em Vitória, (...) tivemos um treinamento que eles mostravam que o similar ele não tem totalmente 100% aquelas bioequivalências, aqueles testes todos que eles fazem igual aos outros (F1).

Eu particularmente não confio em similar, porque os testes feitos são bem menores, bem menos rígidos do que os medicamentos genéricos. O genérico tenho confiança sim. Claro, alguns laboratórios, a gente sabe que fala BO, aí a gente não confia. O similar eu já fico com o pé atrás. Eu particularmente não gosto de liberar similar e eu não uso similar. A farmacocinética, biodisponibilidade, eles não são tão rígidos quanto os medicamentos genéricos, entendeu? (...) então são vendidos e a gente não tem 100% de aprovação deles, mas a Anvisa permite a venda deles. Por isso que eu não confio vender e usar o similar (F6).

Os farmacêuticos foram interrogados também a respeito de oferecerem ao paciente a troca de medicamento. Os profissionais explicam que oferecem a troca se a receita permitir, ou seja, tiver orientação médica para a troca ou se estiverem constando apenas o princípio ativo e também se o paciente solicitar, devido ao custo do medicamento.

Não, a gente não pode oferecer a não ser que o cliente reclame de preço e peça algo mais barato. Agora a questão de oferecer, a gente não pode, porque a gente não pode ficar trocando receita (F1).

Só se estiver de acordo com a prescrição médica e se o paciente quiser. Ou assim ou ele prescreve pelo nome do princípio ativo (F4).

Eu ofereço nesses casos, né, para genérico se eu estou vendo que a pessoa vai ter dificuldade para poder comprar, eu prefiro oferecer um genérico para ela poder fazer adesão ao tratamento do que ela ficar sem adquirir o medicamento (F5).

Só se o paciente questionar valor. Apenas. Mas eu sempre libero o que está na receita. Se ele falar assim “ah eu tenho preferência”, aí eu libero, agora fora isso eu não libero não (F6).

Destaca-se que há divergência entre os relatos acima e a assumida existência de produtos bonificados (BO), o que incentiva a troca de medicamentos dada a existência de benefícios próprios, o que pode caracterizar assimetria de informação promovida por uma situação na qual se identifica o problema de agência conhecido como seleção adversa, ou seja, quando um agente esconde a informação por interesse próprio (ARKELOF, 1970).

Os farmacêuticos foram perguntados se os pacientes confiam nas informações prestadas por eles no momento da troca. Eles esclarecem que, na maioria dos casos, o paciente confia nas informações por eles transmitidas, mas há casos que o paciente questiona a diferença de preço de um para outro, bem como tem dúvida se o medicamento intercambiado fará o mesmo efeito.

Às vezes, aceita, na maioria das vezes, aceita... tem uns que, às vezes, pergunta se o genérico vai fazer efeito (...) (F1).

Aceita. Geralmente, quem faz essa troca aí não tem dinheiro suficiente para pagar o original, aí tem dinheiro só para pagar o genérico... (F2).

Ele questiona o porquê da diferença do preço, né? Eles perguntam, né, ah, mas a diferença está muito grande, não vai atrapalhar o tratamento... (F3).

Confia, porque antes da troca eles questionam. Ah, eu quero genérico, mas este laboratório é confiável? (F6).

Os discursos permitem inferir que no processo de compra de medicamentos os pacientes estão de fato sujeitos à influência dos balconistas e farmacêuticos para definirem qual medicamento consumir conforme já tratado por Sousa (2007).

#### **5.4 Conduta adotada pelos médicos para garantir que a prescrição seja seguida pelos pacientes**

Os médicos foram questionados se adotam alguma conduta para garantir que o paciente siga a prescrição médica. Todos os médicos entrevistados relatam reservar um momento da consulta médica para explicar ao paciente o quanto é necessário que ele siga a prescrição para que seja obtido êxito no tratamento. Alguns relatam explicar sobre a possibilidade ou não da intercambialidade do medicamento, outros já se atentam em esclarecer sobre efeitos colaterais, dosagem, forma e horários de consumo do medicamento.

Eu, geralmente, explico isso que eu estou te falando assim, quando eu escrevo um é medicamento que tem a possibilidade do genérico eu explico: “olhe, eu prefiro que você compre dessa marca, ou você compra esse ou esse”. Geralmente, eu falo isso, que são medicamentos que eu confio mais, são laboratórios que eu confio, geralmente eu explico isso que eu estou te explicando, quando, quando tem... agora, quando não tem genérico, eu só escrevo o nome mesmo, é quando eu acho que é importante que seja aquele medicamento de fantasia eu, eu informo o paciente assim (DERMATOLOGISTA 1).

Eu falo isso: oh, tem medicações que não importam para mim qual que você vai comprar. Essa medicação para mim importa. Eu quero que você compre essa. Se chegar em algum momento que ficar muito apertado para você comprar, você não vai fazer o uso da medicação por causa do preço, e nós vamos reavaliar o seu tratamento (NEUROLOGISTA).

Converso, tem que ser na conversa, não tem outro jeito, explico, falo que tem que tomar de manhã, de tarde, de noite, ou só de manhã, marco horário, escrevo na receita, escrevo com letra legível pra não ter problema de não entender, que eu acho que isso também faz diferença, e, no meu caso, como eu mexo muito com criança, eu tenho que orientar sempre a mãe, mas quando a criança já entende, eu falo também, falo inclusive pra colocar alerta no celular, alerta na porta da janela, eu oriento muito com relação aos horários, pra não perder horário de medicamento, nada disso!Então, assim, eu dou dica assim: olha menino, criança! Anota, se você tem um quadro no quarto, alguma coisa, coloca no quadro, coloca na porta da geladeira, anota no celular, que hoje em dia todo mundo tem, então, mais ou menos isso (PEDIATRA).

(...) então toma um tempo da minha consulta pra fazer essa espécie de aula, né, sobre como tomar o medicamento, a importância que tem seguir as orientações da prescrição, né, às vezes alguns deles reduzem por conta própria, falam que o medicamento deu algum efeito colateral, e aí eu explico: olha, esse efeito colateral, realmente, pode acontecer com esse medicamento, nós temos tais opções, tais alternativas, né, a gente pode ver qual que é uma melhor, ou mesmo tentar reduzir a dose e ver se mantém o efeito terapêutico, então, eu me preocupo em ensinar o paciente a usar a medicação correta (CLINICO GERAL).

De acordo com Madruga e Souza (2012), a consolidação do ato médico se completa com a prescrição médica, como também no relacionamento médico-paciente, que deve garantir ao paciente segurança e, conseqüentemente, aderência à prescrição, mas para isso faz-se necessário esclarecimentos e disponibilidade do profissional para possíveis reações adversas.

Os médicos também foram questionados sobre a política de medicamentos no Brasil. Eles esclarecem que a oferta de medicamentos pela secretaria de saúde é importante para a população de baixa renda, entretanto convivem com a falta de diversos medicamentos, bem como com a considerável burocracia para liberação de medicamentos mais específicos aos pacientes, que possuem valor de mercado considerado alto.

Além disso, relatam perceber que o programa Farmácia Popular tem sido reduzido cada vez mais, propiciando menor possibilidade aos pacientes de conseguirem consumir o medicamento por um preço reduzido ou gratuitamente. Entendem também que, comparado a outros países, principalmente aos desenvolvidos, a política de medicamentos no Brasil deixa muito a desejar.

Bom, assim, eu acho que ela tinha até avançado com a farmácia popular, por exemplo, foi um avanço em minha opinião, né, mas já estavam cortando praticamente tudo, né, pelo que eu, eu, eu ouvi uma notícia de que eles iam liberar só em algumas cidades onde tinha como se fosse as sedes da farmácia popular, né, que a farmácia popular ia acabar nas farmácias comuns... Mas tem uns excessos também, às vezes eles, eles vetam por, por questões assim que você não entende sabe, tem, não sei se isso melhorou ou se aconteceu, menos comigo, se eu dei sorte ultimamente, mas eu já tive casos, assim, do paciente demorar tanto para conseguir pegar, porque o tratamento é de uns 7 meses em média, que ele já era para ter acabado o tratamento, se ele tivesse conseguido no, no começo, e eles voltavam os relatórios por, por motivo, assim, que a gente não, tipo assim, eu fiz um relatório médico e assinei, falei: é o paciente tal, tem isso, isso e isso, precisa disso. Aí, me falaram que tem que fazer um relatório falando que eu era a médica que acompanhava esse paciente, gente, mas como (risos), como assim, isso aqui já é, né, eu já assinei, já estou falando que aquilo, aí eu tive que fazer um relatório: "Eu sou a médica..." (DERMATOLOGISTA 1).

Na minha especialidade, tem muita medicação, então, é isso, é muita medicação para *Parkinson*, medicação para demência vai ter, medicação para depressão, epilepsia, medicação, elas têm no SUS. Não tem todas, mas têm. Elas são similares, enfim, genéricas. Mas, agora, comparando por exemplo, você vai pegar uma política de saúde da Espanha que também é

dado todas as medicações. Então, não são uma gama, são uma pequena parte das medicações que eles resolvem dar para os pacientes, sabe? Eu acho que tudo é questão de comparação. No Brasil, falta muito, mas falta muito tudo. Então, assim, falar que as medicações são boas, não .... cobrem, cobrem. Poderia não ter? Poderia não ter, e seria pior. Mas pelo o que eu fiquei sabendo também, essa questão também da farmácia popular diminuiu o número de medicamento, mas isso é absurdo, porque em vez de aumentar, eu nunca vi, em vez de melhorar, porque não é muita coisa. Quando você pensa que está ganhando do governo um grande desconto, era o mínimo que era para ser feito, né, para a população. Agora diminuir... Muita medicação psicológica saiu (NEUROLOGISTA).

...eu sou uma pessoa extremamente otimista, né, eu te falei que estava voltando agora da minha posse na Sociedade Brasileira de Diabetes em São Paulo, e, apesar de ser otimista, a gente está vivendo um momento de descrença, de, do Governo falando que vai acabar com esse fornecimento da farmácia popular, então, o cenário é muito triste, né, não adianta o médico ser atualizado (...) (ENDOCRINOLOGISTA).

Muito precário, falta muito medicamento, cada hora, às vezes, você tem que ficar trocando o remédio, porque está em falta, exemplo, um que está em falta agora na secretaria (...) (PEDIATRA).

Olha, pontos positivos, certamente, eu tenho que destacar o maior acesso que a população tem aos medicamentos, isso facilita muito o tratamento de várias doenças, principalmente as doenças crônicas, né, hipertensão, diabetes, porque são medicamentos disponíveis gratuitamente, e isso aumenta muito a adesão, porque a maioria dos usuários dos SUS é de baixa renda, né!? Pontos negativos: o principal é o abastecimento no estoque das farmácias que isso é muito deficiente no centro de saúde que eu trabalho e conversando com colegas também, eu percebo que isso acontece em outros lugares, frequentemente faltam alguns medicamentos básicos mesmo, de uso de grande parte de usuários, seja o tratamento de depressão, tratamento de transtornos ansiosos, diabetes, hipertensão, sempre acaba faltando algum. Então, esse abastecimento, ele é muito deficiente, a variedade também de medicamentos, a gente acompanha estudos internacionais, aí, indicando uma melhor terapia com determinados medicamentos que se quer são disponíveis aqui pelo SUS, são medicamentos mais caros, de fato. Eu entendo que o objetivo da política pública é tentar abranger uma maior quantidade de pessoas, né, e, se talvez for fornecer esses medicamentos de primeira linha, não seria capaz de abastecer grande parte da população. Mas tem uns que tem benefícios inegáveis, que ainda não estão disponíveis pelo SUS, então, isso aí é um problema, eu acho que os principais pontos são esses (CLÍNICO GERAL).

De acordo com Mowen e Minor (2003), o governo, no seu papel regulador e legislativo, pode aumentar a probabilidade de se implementar campanhas, leis e regulamentos que beneficiarão a sociedade, desde que se entendam as necessidades da população e o comportamento de consumo de medicamentos para que as políticas públicas atendam de fato às necessidades da população.

## 5.5 Problemas relacionados à troca não autorizada de medicamentos

No tocante aos problemas relacionados à troca não autorizada na farmácia, os médicos identificam como o principal problema a forma de atendimento de farmacêuticos e balconistas, que podem oferecer medicamentos com algum interesse de benefício próprio no ato da venda, mas, também, quando percebem que o paciente pode ser motivado para a troca quando há um medicamento 'substituível' a um preço mais baixo.

...eu observo que os balconistas, os vendedores na farmácia eles sugerem também alguns não necessariamente porque estão baratos, porque têm alguns casos que o genérico não é mais barato que o medicamento de fantasia, e o paciente, acho, que fica com essa ideia de que o genérico é mais barato, e, assim, fora os similares, né... porque similar tem uma chance grande de ter algum que seja, um outro que seja mais barato, mas às vezes não é, o balconista sugere o genérico e o paciente compra achando que: "Ah, genérico, então é mais barato!" Mas não necessariamente, tem alguns que não são (...). Agora, porque eles fazem isso, eu não sei, né, eu não sei o que acontece por trás, assim, que justifique esse tipo de comportamento, mas que acontece, a gente vê (DERMATOLOGISTA 1).

Eu acho que o paciente, eu acho que é dos dois lados... Porque eles ficam lá, no balcão, depois perguntando. Porque o paciente às vezes quer a medicação mais barata e, outra coisa, é a indução também de quem está do lado de lá do balcão. Não sei se está recebendo alguma coisa. Provavelmente sim, né? De "ah eu tenho uma meta de vender tal remédio" e ele vai e induz a compra dessa medicação. Fala que é a mesma coisa (NEUROLOGISTA).

O que eu acho é o seguinte: existe uma coisa que eles chamam de BO, é o linguajar deles, são os medicamentos bonificados ... o balconista, que não é um farmacêutico, ele ganha uma bonificação se ele vender um número x de caixinhas, então, o laboratório paga isso, isso é uma coisa que é, que a gente sabe que existe, mas que não tem como a gente provar, que não é função do médico, então ele tenta empurrar esse medicamento no paciente, né!? (ENDOCRINOLOGISTA).

Nesse aspecto, é possível corroborar as afirmações de Barreto-Filho e Lopes (2007), Sousa (2007) e Sousa, Lara e Mesquita (2010) que questionam a substituição do farmacêutico pelo balconista. Segundo os autores, essa ação diminui a segurança do paciente, uma vez que o balconista, pode oferecer opções que lhe garantam mais remuneração ou amplie a rentabilidade das farmácias.

Metade dos pacientes entrevistados faz uso de medicamentos fornecidos pela Secretaria de Saúde (esfera estadual ou municipal). Quando esses foram

questionados sobre o fato de identificarem a alteração de laboratório que fornece o medicamento, todos afirmaram que sim, frequentemente trata-se de laboratórios distintos.

...acontece muito comigo, que eu olho muito laboratório então igual eu tenho até uns laboratórios que eu prefiro e não, todo mês eu pego o mesmo laboratório, está sempre trocando, até pelas cores da caixinha a gente percebe que não é o mesmo laboratório (P1).

Muda, direto muda, tanto que a gente vê até a cor do comprimido, o tamanho do comprimido, muda direto (P5).

Os pacientes foram interrogados também sobre o fato de terem trocado algum medicamento na farmácia devido ao alto custo do medicamento e ainda quanto ao fato de o resultado não ter sido o esperado. Dos entrevistados, quatro já fizeram a troca por um medicamento mais barato e não sentiram nenhuma diferença no resultado do tratamento; dois, ao optarem pelo medicamento mais barato, sentiram diferenças no tratamento, tais como efeitos colaterais ou não obtiveram êxito no tratamento.

Por eu ser hipertensa crônica, eu, eu percebo que quando eu tomo esses remédios mais baratos e de umas, de uns laboratórios que eu não conheço, eu sinto mal-estar, me dá uma dor de cabeça leve, e, e eu tomo em uso contínuo, aí eu percebo que não é o mesmo efeito do que eu, do, do, do laboratório que eu gosto que eu sempre estou pagando (P1).

Já, e não deu certo. Foi uma cirurgia que eu fiz do nervo do trigêmeo, aí eu tomava um remédio, Tegretol, eu troquei pelo que a prefeitura também dava na farmácia... pelo genérico, o mesmo nome, mas, completamente diferente (P3).

Em outra perspectiva, para os balconistas, não há diferença no tratamento, a troca é segura, uma vez que a fórmula é a mesma.

De forma diferente, para os farmacêuticos graduados, já foram notificados erros no momento da troca do medicamento. Para esses, o erro normalmente ocorre quando o balconista tem mais tempo de experiência na profissão e, em função disso, não consulta o farmacêutico. Ainda há balconistas que confundem nomes de medicamentos, devido à variedade ofertada no mercado.

... já aconteceu, mas, a maioria das vezes, acontece, porque o vendedor tem tanta confiança que às vezes são vendedores mais antigos com mais tempo de casa que eles, e não passam pelo farmacêutico, e toda receita tem que ser vistada pelo farmacêutico, então, acaba acontecendo nessas horas, que a confiança do vendedor é tanta que ele tem certeza absoluta que ele está vendendo aquilo que não tem, é erro nenhum na receita, e acaba passando, mas tem sempre uma, um *checklist* dentro da farmácia, né, o vendedor confere, o farmacêutico confere, lê em voz alta a receita, a gente confere com o cliente, então é muito difícil acontecer isso (F5).

Olha, eu percebo às vezes venda errada. Porque, às vezes o vendedor, chega o medicamento referência com o nome, às vezes ele confunde com genérico. Tem muito medicamento, cefadroxila cefalexina, chega o cefadrox, eles confundem, e isso pode gerar uma venda errada de genérico, por exemplo. Então, o único problema que eu vejo é questão de venda errada, por ser parecido os nomes dos genéricos muitas vezes (F6).

É possível inferir que a substituição do farmacêutico pelo balconista pode gerar problemas para o paciente no momento de aquisição do medicamento, pois este profissional pode não ser totalmente preparado em fornecer as orientações adequadas sobre o medicamento (SOUSA, 2007; MOTA *et al.*, 2008; SOUSA; MESQUITA; LARA 2013).

Os farmacêuticos foram interrogados também se já ocorreu algum caso de o médico entrar em contato com a farmácia para questionar a troca de medicamentos. Os profissionais relatam que isso nunca ocorreu, pois quando o médico não deseja que a troca seja feita eles descrevem na receita médica.

...existem médicos que falam assim, proibido genérico. Não permitido a troca por genérico. Como é receita, a gente não pode, mesmo que o paciente questionar. Aí, ele fala, ah, mas eu quero, a gente fala não, o médico não permitiu (F6).

Entretanto, um dos entrevistados relatou que já ocorreu de representantes de laboratórios questionarem as trocas de medicamentos, pois foram informados pelos médicos que a prescrição de determinado medicamento, principalmente os de referência, foram trocados na farmácia por medicamento genérico.

Não, geralmente é laboratório: ah, que o paciente veio comprar um produto e vendeu outro. Aí, a gente fica sabendo por alto, assim, mas nada... É que, geralmente, tem representante aqui, vem representante aqui direto, aqui, aí eles falam que o médico está reclamando, que ele passou o original e trocou pelo genérico, mas trocou foi porque o paciente quis, né (F2).

Pode-se, portanto, inferir que o laboratório tem a intenção de promoção comercial tanto com os médicos, como com os farmacêuticos.

Na seção seguinte, apresenta-se as considerações finais acerca da pesquisa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, apresentam-se os principais resultados da pesquisa, referentes aos objetivos propostos, bem como as implicações teóricas e práticas, as limitações e, por fim, as contribuições e sugestões para estudos futuros.

Esta pesquisa se propôs a estudar a assimetria de informação na relação médico-paciente-farmacêutico e seus efeitos na prescrição e na compra de medicamentos, tendo como objetivo geral descrever e analisar a influência da assimetria de informação na relação que o médico estabelece com o paciente e este com o farmacêutico, para fins de prescrição e compra de medicamentos na cidade de Belo Horizonte/MG.

A pesquisa se caracterizou como uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. Na coleta de dados, foram realizadas entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado, elaborado com base nos objetivos específicos, com seis médicos, seis pacientes e seis farmacêuticos, atuantes e residentes na cidade de Belo Horizonte / MG.

Para o alcance dos objetivos e melhor interpretação dos dados, foram criados quatro construtos com base no levantamento teórico, sendo o primeiro construto a assimetria de informação. A partir da percepção dos médicos, foi possível identificar que a assimetria de informação não atinge apenas a relação médico, paciente e farmacêutico, pois se inicia na relação laboratório-médico.

O médico tem sua formação voltada para a análise e os diagnósticos de seus pacientes, tendo como desfecho de sua conduta a prescrição de medicamentos. Entretanto, como o setor farmacêutico é complexo e possui grandes investimentos em pesquisa e desenvolvimento, os representantes dos laboratórios, em alguns casos, passam a desempenhar um papel fundamental na transmissão de informações acerca de medicamentos, lançamentos de novos produtos e pesquisas, como também atualização e novidades da indústria farmacêutica.

Foi identificado também que para determinadas especialidades médicas, a função dos representantes na transmissão de informações se torna ainda mais relevante, como, por exemplo, na área de dermatologia, já que algumas inovações ou mudanças de medicamentos não são facilmente divulgadas em artigos e revistas científicas.

Porém, a relação do representante com o médico pode ser também voltada para fins específicos como o de promoção comercial dos medicamentos sem foco direcionado ao bem-estar do paciente. Alguns relatos de médicos descrevem situações em que os representantes oferecem aos profissionais gratificações tais como patrocínio em viagens, inscrições em congressos nacionais ou internacionais, amostra de medicamentos, o que pode envolver uma prescrição tendenciosa de medicamentos. Nesse aspecto, faz-se importante ressaltar que não se tem aqui a intenção de afirmar que isso seja uma prática adotada por todos os médicos. Ao contrário, também é possível identificar que diversos médicos são avessos às práticas exclusivamente comerciais e entendem que estas 'invadem' um espaço de prescrição que deve ser elaborado exclusivamente pelo médico prescritor. Portanto, relata-se apenas que essas práticas existem.

A prescrição de medicamentos por médicos que atuam no sistema público de saúde difere daqueles que atuam no sistema privado. Os médicos do sistema público prescrevem o medicamento pelo princípio ativo, por força de lei, e os médicos do sistema privado, normalmente, prescrevem medicamentos de marca, sendo facultada a esses a opção por prescrição pelo nome comercial ou genérico.

Com relação à intercambialidade dos medicamentos entre os de referência, os genéricos e os similares, os médicos divergem em suas opiniões acerca da eficácia nos tratamentos de seus pacientes. Alguns médicos relatam que existem laboratórios que não são confiáveis quanto aos testes e ao controle de qualidade, podendo gerar problemas para os pacientes. Entretanto, entendem que a adesão do paciente ao tratamento é mais importante, pois, se o paciente não tem acesso ao medicamento de marca, pode ser tratado com medicamentos genéricos ou similares e obter êxito.

Na visão dos médicos, a troca de medicamento não autorizada nas farmácias pode ser motivada pelo paciente, devido ao custo do medicamento, como também motivada pelo farmacêutico, que pode possuir interesses na venda de determinados produtos. Os médicos afirmam que nem sempre os profissionais de farmácia estão devidamente habilitados a proporcionar informações sobre medicamentos aos pacientes, já que, em muitos casos, o farmacêutico é substituído pelo balconista.

Devido a isto, alguns médicos entrevistados relatam identificar equívocos na compra de medicamentos feita pelos pacientes, devido ao fato de o balconista influenciar o consumo de determinada marca ou de determinado laboratório.

Na percepção dos pacientes, os médicos estão preocupados em atender suas necessidades quanto à prescrição de medicamentos. Entretanto, um dos entrevistados relata que não identifica preocupação por parte dos médicos em atender às necessidades dos pacientes, e realizam prescrições, em alguns casos, desnecessárias.

Além disso, os pacientes identificam que o farmacêutico os influencia na tomada de decisão sobre o consumo de medicamentos e percebem que, em muitos casos, são os balconistas (vendedores) que procedem os atendimentos nas farmácias. Algumas vezes, eles, ainda, oferecem medicamentos com valor mais elevado.

Os farmacêuticos entrevistados, apesar de efetuarem a venda de medicamentos no balcão, não possuem diretamente esta função, e, sim, a de fornecer suporte e supervisão dos vendedores, uma vez que possuem remuneração fixa. Já os balconistas não possuem remuneração fixa e recebem apenas participação nas vendas de medicamentos.

Desse modo, identifica-se que o balconista, aquele profissional de fato responsável em vender os medicamentos nas farmácias, pode ser tendencioso na venda de determinado medicamento, visto que alguns laboratórios também oferecem às farmácias gratificações e bonificações em determinados produtos. Entretanto, torna-se relevante salientar, que estes profissionais estão vendendo medicamentos para que seja promovido o bem estar de um ser humano. Para tanto, faz-se necessário,

que estes profissionais entendam a importância de suas ações na vida dos pacientes e tenham uma conduta mais humanizada e menos comercial.

No construto relacionado ao comportamento do consumidor, identifica-se que o paciente é de fato a parte mais afetada pela assimetria de informação, pois não dispõe de todas as informações acerca do medicamento, podendo sofrer influência de terceiros, como, por exemplo, a o balconista. Para aqueles pacientes que possuem laços de confiança com os médicos, identificou-se maior fidelidade à prescrição médica e a não disposição à troca.

Com relação ao construto marketing social, não foi relatada nenhuma ação do governo, visando diminuir essa assimetria. Além disso, os médicos relatam que os programas de medicamentos oferecidos pelo governo, que são imprescindíveis aos pacientes com menor poder aquisitivo, são falhos. Os principais problemas são: falta de medicamentos para distribuição, burocracia no atendimento dos pacientes e redução do programa Farmácia Popular.

Em relação a esse aspecto, uma das questões para discussão se refere ao escopo da responsabilidade do Estado. Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em sua seção II, art. 196

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Contudo, sabe-se que o Estado brasileiro não dispõe de recursos capazes de cumprir com esses atributos tal qual estão dispostos. Ainda, na mesma seção, o art. 197 dispõe que

são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Nessa mesma perspectiva, o Estado brasileiro não possui mecanismos eficazes para evitar o risco moral e a seleção adversa envolvidos no processo de compra,

distribuição e prescrição de medicamentos, especialmente em função da assimetria de informação e oportunismo dos agentes envolvidos.

Por fim, no construto de processo decisório do consumidor, identifica-se que, de fato, a etapa de processo de compra é influenciada significativamente pelo preço do medicamento e pela influência de terceiros, tais como os farmacêuticos e balconistas. Mas o laço de confiança que o paciente possui com o médico também determina suas escolhas.

Como limitações do estudo, destaca-se a dificuldade de acesso aos médicos, devido às suas rotinas de trabalho, o que inviabilizou uma pesquisa de caráter mais amplo e passível de generalizações.

Para futuras pesquisas, sugere-se realizar uma abordagem quantitativa com os médicos, pacientes e farmacêuticos, a fim de mensurar o quanto a assimetria de informação pode influenciar na prescrição e na compra de medicamentos.

Outra sugestão, seria estudar a assimetria de informação na relação laboratório, médico e farmacêutico e sua influência na prescrição e compra de medicamentos e realizar um estudo de abordagem quantitativa da assimetria de informação na relação laboratório-médico e sua influência na prescrição médica.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Medicamentos Genéricos**. 2015a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+genericos/Medicamento+Generico>>. Acesso em: 4 abr. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Medicamento Similar**. 2015b. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+similares>>. Acesso em: 4 abr. 2015.
- ANDRADE, R. R. **A Política de Medicamentos Genéricos como Instrumento de Regulamentação Econômica do Setor Farmacêutico Brasileiro**. 2005. 145 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- ANDREASEN, A. R. Social Marketing: Its Definition and Domain. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 13, n. 1, p. 108-114, 1994.
- ARKELOF, G. A. The market for “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism. **The Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 84, n. 3, p. 488-500, 1970.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS – PRÓGENÉRICOS. 2015. Disponível em: <<http://www.progenericos.org.br/faq.shtml>>. Acesso em: 08 abr. 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS DE PESQUISA – INTERFARMA. **Guia Interfarma**, 2014. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/48-handbook-2014-baixa.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS DE PESQUISA – INTERFARMA. **Guia Interfarma**, 2015. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/guia2015/site/home/>>. Acesso em: 01 Out. 2015.
- BARBOZA, S. I. S. **Marketing social aplicado à doação de sangue: fatores condicionantes de comportamento**. 2012. 138 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 280 p.
- BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. A influência da margem de lucro na comercialização de medicamentos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 28, n.1, p.99-106, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 11. fev. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. **Estudo Comparado**: regulamentação de propaganda de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 164 p.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo:2007. 164 p.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 349 p.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

ENGEL, J. F.; BLACKWELL, R. D.; MINIARD, P. W. **Comportamento do Consumidor**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000. 641 p.

FIÚZA, E. P. S.; LISBOA, M. B. **Bens credenciais e poder de mercado**: um estudo econométrico da Indústria Farmacêutica brasileira. 2001. 79 f. Seminários de pesquisa econômica – Escola de Pós-graduação em Economia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2001.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**.4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.175p.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GRIER, S.; BRYANT, C. A. Social marketing in public health. **Annual Review of Public Health**, v. 26, p. 319-339, 2005.

GROSSMAN, S.; STIGLITZ, J. On the impossibility of informational efficient markets. **American Economic Review**, Pittsburgh, v. 70, n. 3, p. 393-408, 1980.

KIRMANI, A.; RAO, A. R. No pain, no gain: a critical review of the literature on signaling unobservable product quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 64, n. 2, p. 66-79, abr. 2000.

KOTLER, P.; LEE, N.R. **Social marketing: influencing behaviors for good**. 3. ed. Oaks: SAGE, 2008. 444 p.

KOTLER, P.; ZALTMAN, G.; Social marketing: an approach to planned social change. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 35, n. 3, p. 3-12, 1971.

LARA, J. E. Imperfeições de mercado e assimetria de informações na indústria farmacêutica brasileira. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 1-18, 2015.

MADRUGA, C. M. D.; SOUZA, E. S. M. S. **Manual de orientações básicas para a prescrição médica**. 2. ed. Brasília: CFM, 2012. 62 p. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/ cartilhaprescimed2012.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/cartilhaprescimed2012.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

MANSFIELD, E. **Microeconomia: teoria e aplicações**. São Paulo: Saraiva, 2006. 664 p.

McAFEE, R. P.; McMILLAN, J. Competition for agency contracts. **The RAND Journal of Economics**, Chicago, v. 18, n. 2, p. 296-307, 1987.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 42, n.4, p. 476-485, out./dez. 2006.

MESQUITA, J. M. C. **Atributos Explicativos de Intenção de Recompra em Supermercados**. 2004. 253 f. Tese (Doutorado em Administração)– Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MOTA, D. M. *et al.* Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 589-601, abr. 2008.

MOWEN, J. C.; MINOR, M. S. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Prentice Hall, 2003, 394p.

PAULA, G. N. Os desafios da indústria farmacêutica global e o redesenho do negócio pela Merck. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, São Paulo, v.41, n. 1, p. 76-87, jan./mar. 2001.

PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. O. Prescrição de medicamentos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 22-29.

PINTO, M. **Relatório Setorial – Final**. FINEP Financiadora de Estudos e Projetos. Setor – Farmacêutica: Laboratórios Nacionais. Fev. 2004.

PORTAL DA SAÚDE. **Farmácia Popular**. 9. jun. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso em: 8 out. 2015.

POZO, H.; TACHIZAWA, T.; SOUZA, J.H. Responsabilidade Social Corporativa e Marketing Social: um estudo exploratório em empresas da Baixada Santista. **Revista de Turismo y Patrimônio Cultural**, Santa Cruz de Tenerife, v. 10, n. 3, p. 357-368, 2012.

RAMALHO, W. **Modelos de Atitude em Mercados de Produtos Novos Entrantes**. 2006. 299 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

REGO, E. C. L. Políticas de Regulação do Mercado de Medicamentos: A Experiência Internacional. **Revista do BNDS**, Rio de Janeiro, v.7, n. 14, p. 367-400, dez. 2000.

RUMEL, D.; NISHIOKA, S. A.; SANTOS, A. A. M. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 921-927, out. 2006.

SANTOS, S. C. M. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil**: os desafios impostos pela dinâmica da competição extrapreço. 2001. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

SHETH, J. N.; GARDNER, D. M.; GARRETT, D. E. **Marketing theory**: evolution and evaluation. New York: John Wiley e Sons, 1988. 256 p.

SHETH, J. N.; MITTAL, B.; NEWMAN, B. I. **Comportamento do cliente**: indo além do comportamento do consumidor. São Paulo: Atlas, 2001. 800 p.

SCHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L. **Comportamento do consumidor**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000. 476 p.

SOUSA, C. V. **Análise das decisões de compra de medicamentos pelos consumidores finais**: um estudo no município de Belo Horizonte. 2007. 142 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Estudos Administrativos, Belo Horizonte, 2007.

SOUSA, C. V. **Neurociências e Marketing**: Explorando fronteiras didáticas e integrando metodologias para a compreensão do comportamento do consumidor. 2012. 319 f. v. 1. Tese (Professor titular) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2012.

SOUSA, C. V.; LARA, J. E.; MESQUITA, J. M. C. Mercado Farmacêutico: Imperfeições e Assimetria de Informação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO

NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINSITRAÇÃO, 34., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

SOUSA, C. V.; MESQUITA, J. M. C.; LARA, J. E. Análise da decisão de compra de medicamentos frente à existência de produtos substitutos: um estudo no município de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3311-3320, nov. 2013.

SPENCE, M. Job market signaling. **The Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 87, n. 3, p. 355-374, ago. 1973.

STIGLITZ, J. E. The contributions of the economics of information to twentieth century economics. **The Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 115, n. 4, p. 1441-1478, nov. 2000.

STIGLITZ, J. E. Infarmation and the change in the paradigm in economics. **American Economic Review**, Pittsburgh, v. 92, n. 3, p. 460-501, jun. 2002.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Rio de Janeiro: ARTMED, 2008. 288 p.

THACKERAY, R.; BROWN, K. M. Social Marketing's Unique Contributions to Health Promotion Practice. **Health Promotion Practice**, v. 6, n. 4, p. 365-368, out. 2005.

VAZ, G. N. **Marketing institucional**: um mercado de ideias. São Paulo: Pioneira, 1995. 360 p.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013. 494 p.

WYMER, W. W. Rethinking the boundaries of social marketing: activism or advertising? **Journal of Business Research**, v. 63, n. 2, p. 99-103, fev. 2010.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com médicos.....	89
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com pacientes.....	90
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com balconistas.....	91

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com médicos

Nome:

Idade:

Especialidade:

Tempo de profissão:

1. Como você se atualiza sobre os medicamentos que estão disponíveis no mercado?
2. Você recebe visitas de representantes? Esses auxiliam na atualização sobre os medicamentos? Como?
3. Você prescreve genéricos ou similares?
4. Você identifica diferenças no resultado do tratamento entre os genéricos e similares e os medicamentos de marca?
5. Acontece, às vezes, de um medicamento prescrito por você ser substituído na farmácia, pelo balconista? O paciente o informa sobre isso ou simplesmente troca o medicamento?
6. Quando um tratamento não respondeu conforme esperado, acontece de o paciente informar que trocou o medicamento no momento da compra? Exemplo: o paciente comprou um mais barato, um genérico ou um similar, segundo a indicação balconista.
7. Qual a sua percepção acerca da substituição de medicamentos de referência por genéricos ou similares?
8. Na sua visão médica, essa troca é benéfica ao paciente? Quais seriam as vantagens e desvantagens da troca de medicamento?
9. Como você orienta seus pacientes para garantir que eles sigam a prescrição?
10. Você identifica algum problema relacionado à troca não autorizada na farmácia? Qual seria?
11. Você acha que o profissional que atende na farmácia está habilitado para proceder a troca de medicamentos?
12. Você tem pacientes que fazem uso de medicamentos que são retirados na secretaria de saúde? Nesses casos, já teve problema em alguma ocasião, em função do medicamento fornecido ser de laboratório ou marca diferenciada em cada mês? Caso positivo, poderia comentar?
13. Em resumo, você poderia comentar alguns pontos positivos e/ou negativos da política de medicamentos no Brasil?

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com pacientes

Nome:

Idade:

Escolaridade:

1. Você faz uso controlado de medicamento?
2. No momento da prescrição do medicamento, você consegue identificar alguma preocupação do médico em atender às suas necessidades? Como você avalia e descreve esse momento?
3. Você sabe identificar um medicamento genérico? Como?
4. Você sabe identificar um medicamento original? Como?
5. Você sabe o que é um medicamento similar?
6. Você tem algum conhecimento sobre medicamentos?
7. Na farmácia, quando vai comprar um medicamento, o farmacêutico às vezes oferece um outro, que é mais barato?
8. O que geralmente você faz quando isso acontece? Aceita? Acha bom?
9. Você já ligou ou voltou ao médico para perguntar se poderia trocar o medicamento prescrito?
10. Você confia na opinião do farmacêutico?
11. Você já procurou identificar se quem o atendia era um farmacêutico ou um balconista?
12. Você já recebeu algum medicamento do governo? Caso positivo, já teve algum problema quando muda a marca ou o laboratório que fabrica o medicamento distribuído? Você presta atenção nisso?
13. Você se recorda de alguma vez ter aceitado comprar um medicamento mais barato e o resultado não ter sido muito bom? Pode relatar?

## APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com balconistas

Nome:

Idade:

Escolaridade:

1. Você faz venda de medicamentos? Em caso de positivo, existe algum tipo de treinamento oferecido pela farmácia? Como ele é feito?
2. Existe algum programa de participação nas vendas de medicamentos oferecidos pela farmácia? Como funciona?
3. A venda de medicamento prescrito é realizada sempre de acordo com a receita médica? Como ocorre esta venda? Se faz troca, o que o motiva?
4. Qual a sua percepção sobre os medicamentos genéricos e similares? Eles fazem o mesmo efeito que o original?
5. Você oferece a troca de medicamentos por genéricos e similares no momento da compra? Como funciona essa troca no momento da compra?
6. O paciente geralmente a aceita?
7. O paciente pede a troca de medicamentos?
8. O paciente pede opinião sobre a troca? Ele confia no que você diz?
9. Você percebe algum problema na troca de medicamentos?
10. Já houve casos em que o médico reclamou da troca? Se sim, relate.
11. Se você tivesse que classificar o quanto entende sobre medicamentos, como classificaria?