



Rosa Alcione da Silva Pinto

**O Comportamento do Consumidor das
Classes C na sua relação com Medicamentos
de Uso Contínuo**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^a. Marie Agnes Chauvel

Rio de Janeiro
Março de 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Rosa Alcione da Silva Pinto

**O Comportamento do Consumidor das
Classes C na sua relação com Medicamentos
de Uso Contínuo**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa
de Pós-graduação em Administração da PUC-Rio.
Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo
assinada.

Prof^a. Marie Agnes Chauvel

Orientadora

Departamento de Administração - PUC-Rio

Prof. Paulo César Motta

Departamento de Administração - PUC-Rio

Prof^a. Letícia Moreira Casotti

COPPEAD

Prof. Nizar Messari

Vice-Decano de Pós-Graduação do CCS

Rio de Janeiro, 28 de março de 2008

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Rosa Alcione da Silva Pinto

Ficha Catalográfica

Pinto, Rosa Alcione da Silva

O comportamento do consumidor das classes C na sua relação com medicamentos de uso contínuo / Rosa Alcione da Silva Pinto; orientadora: Marie Agnes Chauvel. – 2008.

101 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Administração)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Inclui bibliografia

1. Administração – Teses. 2. Base da pirâmide. 3. Classe social. 4. Envelhecimento da população. 5. Comportamento do consumidor. 6. Medicamento de uso contínuo. I. Chauvel, Marie Agnes. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Administração. III. Título.

CDD: 658

Agradecimentos

No transcurso deste trabalho um grande número de situações inesperadas se fez presente, algumas boas e outras que exigiam um constante exercício de paciência e renovação.

Minha família compartilhou comigo esse caminhar e minha orientadora Marie provou que além de uma profissional maravilhosa, é um ser humano integral: colaborativa, sempre discreta e com sorrisos e palavras de encorajamento.

A todos eles devo a força que me sustentou a vontade.

Mesmo agradecendo efusivamente a colaboração das entrevistadas, ao final de cada encontro, não teria como retribuir as horas de almoço que não foram tiradas, os intervalos de café reduzidos para que as entrevistas pudessem acontecer, além de alguns atrasos para pegar o ônibus que as levariam de volta as suas casas, ao final do dia. Reconheço nelas a imensa vontade de ser útil e de participar. Ri com elas, aprendi com elas e rezo por essas mulheres corajosas.

Resumo

Pinto, Rosa Alcione da Silva; Chauvel, Marie Agnes. **O Comportamento do Consumidor das Classes C na sua relação com Medicamentos de Uso Contínuo**. Rio de Janeiro, 2008. 101p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A dinâmica de mercado mundial tem sido impactada por dois fenômenos sociais que desafiam a comunidade acadêmica e o cenário corporativo: a ascensão das populações na base da pirâmide social e o envelhecimento das nações. Uma expressiva massa de novos consumidores ascende ao mercado de consumo a cada ano, surgindo de diversas geografias. Igualmente, a estrutura demográfica das nações reflete um ganho na qualidade de vida, principalmente devido ao desenvolvimento de novas drogas, na forma de medicamentos de uso contínuo. Essa nova ordem mercadológica requer novos modelos capazes de apresentar soluções inovadoras. E o segmento farmacêutico precisa estar preparado para enfrentar essa demanda crescente. Conhecer esse consumidor, suas necessidades, limitações financeiras torna-se imprescindível. Dada a escassez de estudos sobre esse tema, a presente dissertação tem um caráter exploratório. Seu objetivo é avançar no conhecimento sobre os consumidores de medicamentos de uso contínuo, classificados como classe C (pelo Critério de Classificação Econômica Brasil), dando foco no processo de decisão de compra em um cenário de dificuldade financeira. O método de pesquisa selecionado foi o de entrevistas individuais em profundidade. A pesquisa foi aplicada entre moradores da área do Grande Rio de Janeiro. Os resultados apontaram para um comportamento traduzido em disciplina no planejamento do orçamento e contribuição no sustento da família. Os consumidores demonstraram um alto nível de comprometimento com seus tratamentos e forte envolvimento com os remédios, devido ao fato de reconhecerem sua importância para o bem-estar e a sobrevivência.

Palavras-chave

Base da pirâmide; classe social; envelhecimento da população; comportamento do consumidor; medicamento de uso contínuo.

Abstract

Pinto; Rosa Alcione da Silva; Chauvel, Marie Agnes (Advisor). **O Comportamento do Consumidor das Classes C na sua relação com Medicamentos de Uso Contínuo**. Rio de Janeiro, 2008. 101p. MSc. Dissertation - Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The worldwide market dynamics has been impacted by two social phenomena which challenge both the academic community and the corporate environment: the emerging populations at the base of the pyramid and the ageing population of nations. An important mass of new consumers reaches the consumption market every year, coming from different geographies. At the same time, the demographic structures of nations reflect a general gain in the quality of life, mainly due to the development of new drugs, in the form of chronic diseases medicines. These new market standards require new models in order to deliver innovative solutions. And the pharmaceutical segment needs to be prepared to face this increasing demand. Get acquainted of these consumers' needs, financial limitation and desires, is mandatory. Taking into consideration that studies on these subjects are scarce the present dissertation intends to be an exploratory study on this subject. Its objective is go further on the knowledge about chronic diseases medications consumers, classified as socio-economic class C (as per the Critério de Classificação Econômica Brasil), focusing on their purchase decision process in a financial constraint scenario. The selected research method was the in depth personal interviews. The research was conducted among Great Rio de Janeiro inhabitants. Results were leading to a behavior of budget planning discipline and interviewees' important contribution to their families' maintenance. Consumers showed a high commitment level to their treatments and strong involvement with their medicines since they recognized the importance of medicines to their welfare and even survival.

Keywords

Base of the pyramid; aging population; consumer behavior; chronic diseases medicines.

Sumário

1. O Problema	12
1.1. Introdução	12
1.2. Contextualização	14
1.3. Formulação do Problema	18
1.4. Objetivos	18
1.4.1. Objetivo Principal	18
1.4.2. Objetivos Secundários	18
1.5. Relevância do Estudo	19
1.6. Delimitação do Estudo	20
2. Revisão da Literatura	22
2.1. O Potencial da Base da Pirâmide	23
2.2. Classificação Sócio-Econômica	30
2.3. O Envelhecimento das Populações	32
2.3.1. Envelhecimento da População Mundial	33
2.3.2. Envelhecimento da População Brasileira	35
2.3.3. O Envelhecimento da População e o Impacto na Saúde	37
2.4. O Mercado Farmacêutico	38
2.4.1. Características do Mercado Brasileiro de Medicamentos	40
2.4.2. Medicamentos Genéricos	41
2.4.2.1. Mercado Mundial de Genéricos	42
2.4.2.2. Mercado Brasileiro de Genéricos	41
2.5. Comportamento do Consumidor	44
2.5.1. Comportamento do Consumidor de Baixa Renda	46
2.5.1.1. A Gestão do Orçamento	47
2.5.1.2. Os Critérios de Decisão de Compra: Proposta de Valor	49
2.6. Comportamento de Compra de Medicamentos	52
2.6.1. Participação da Categoria Medicamentos nos Gastos das Famílias Urbanas	53
2.6.2. Aspectos Gerais do Perfil do Consumidor de Medicamentos	54
3. Metodologia de Pesquisa	57
3.1. Tipo de Pesquisa	57
3.2. Planejamento da Pesquisa	58
3.3. Trabalho de Campo com o Público-Alvo	62
3.4. Análise dos Dados	64
3.4.1. Perfil das Entrevistadas	64
3.4.2. Método de Análise	64
3.5. Limitação do Método	65
4. Análise dos Resultados	67
4.1. Categorias Encontradas	67
4.1.1. Funcionalidade e Bem-Estar	68
4.1.2. Planejamento do Orçamento	70

4.1.3. Responsabilidade e Família	72
4.1.4. Papel do Médico e Rotina dos Remédios	73
4.1.5. Valor da Marca	74
4.1.6. Outros Consumos	75
5. Conclusão	80
5.1. Resumo dos Resultados	80
5.2. O que os Gestores de Marketing Deveriam Considerar	84
5.3. Recomendações para Estudos Futuros	87
6. Bibliografia	89
7. Anexos	95
7.1. Roteiro da Entrevista	95
7.2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	97

Lista de tabelas

Tabela 1 – Ranking do Produto Interno Bruto das 10 Principais Economias Mundiais	28
Tabela 2 – Origem do Capital da Indústria Farmacêutica no Brasil	38
Tabela 3 – Mercado Farmacêutico Brasil. Vendas Nominais -1997 a 2007	39
Tabela 4 – Escolaridade do Chefe de Família	55
Tabela 5 – Composição das Classes Sociais em Percentual	55
Tabela 6 – Relação dos Médicos Especialistas Entrevistados por Telefone	61
Tabela 7 – Perfil das Entrevistadas	62
Tabela 8 – Resumo das Categorias Construídas a Partir da Análise das Entrevistadas	77

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Consumo <i>versus</i> População	16
Gráfico 2 – Pirâmide Etárias; os 3 Blocos em 2005	33
Gráfico 3 – Percentual de Participação de Indivíduos de 65 Anos e Mais por Continente	35
Gráfico 4 – Histórico de 15 Anos para Expectativa e Vida no Brasil	36
Gráfico 5 – Mercado Farmacêutico Brasil. Vendas Nominais – 1997 a 2007	39
Gráfico 6 – Mercado de Genéricos na Europa – Participação Percentual com Valor e Volume por País	42
Gráfico 7 – Fluxo de Planejamento para Determinação do Público-Alvo	59

Bem-vindo ao mundo do carnê, do consórcio, do SPC.

Bem-vindo ao mundo do metrô, do buzão, da lotação, da CBTU, do seminovo zerado. Bem-vindo ao mundo do vale-refeição, do PF e da marmita.

Bem-vindo ao mundo do supletivo, da escola de cabeleireiro e do curso de computação. Bem-vindo ao mundo do celular pré-pago, da megasena.

Bem-vindo ao mundo do trabalho informal, da pensão do INSS, do despertador pras 5, da mobilidade social.

Bem-vindo ao mundo do Ratinho, Raul Gil, Bruno & Marrone, Banda Calypso, Calcinha Preta, MC Leozinho e da Rádio Tupi. Bem-vindo ao mundo do supermercado com a família, da cervejinha gelada, da macarronada com frango, do financiamento da Caixa. Bem-vindo ao mundo surpreendente da economia da base da pirâmide.

Site, www.datapopular.com.br

1

O problema

1.1. Introdução

A inclusão social de mais de 4 bilhões de pessoas da população mundial, que vive em situação de pobreza, pode ser a força motriz para um novo ciclo de prosperidade econômica global. Ainda é muito pouco o que se conhece sobre esse enorme contingente, tanto sobre seus hábitos e atitudes, como sobre seus sentimentos, havendo uma tendência a “fazer suposições de como eles se sentem” (PRAHALAD, 2005).

Algumas empresas já despertaram para essas oportunidades de mercado e estão buscando uma aproximação com os consumidores da base da pirâmide. Elas têm sido capazes de perceber que os recursos limitados e ganhos incertos da base da pirâmide (PRAHALAD, 2005) se traduzem em uma nova equação de valor, diferente daquela que prevalece para as classes mais abastadas.

À medida que *valor* é a relação entre benefícios e custos, tanto tangíveis quanto emocionais (KOTLER, 2001), e que o objetivo nessa troca é o de obter *satisfação* (benefícios maiores que custos), faz-se necessário conhecer o comportamento desses consumidores, seus anseios e motivações, entendendo o que lhe traz satisfação.

Essa equação de valor assume posição fundamental na elaboração das estratégias de crescimento das empresas pelo fato de “prioridades de gastos” alterarem a relação entre benefícios e custos na balança entre as diversas categorias de produtos e serviços ofertados. Como exemplo, para um trabalhador “biscateiro”, a posse de um celular é uma prioridade pois significa conectar-se com as demandas de trabalho que lhe garantam a sobrevivência (ALVES, 2006). Assim, aqueles gestores que melhor captarem as necessidades e desejos da base da pirâmide tornarão suas empresas mais competitivas e lucrativas (PRAHALAD 2005).

Independentemente do nível de restrição financeira, a humanidade como um todo tem obtido ganhos consideráveis qualidade de vida, que se refletem na maior longevidade [http 1]. Credita-se tal conquista ao desenvolvimento de medicamentos e ao saneamento básico (FELICIANO ET AL, 2004).

No Brasil, país reconhecidamente carente na assistência à saúde, a população de baixa renda, que como qualquer outro grupo de indivíduos se vê diante das doenças crônicas naturais da idade, precisa enfrentar o dilema de como vai viver essa velhice. Nesse cenário, o tratamento com os medicamentos adequados pode significar a escolha entre a vida e a morte, a funcionalidade e o imobilismo.

A indústria farmacêutica, sufocada por legislação restritiva, investimentos crescentes em pesquisa de ponta e falência dos sistemas governamentais de seguridade social, estes últimos historicamente representando compradores fiéis e seguros de grande parte da produção de remédios [http 2], precisa aprender sobre esse consumidor ávido por inclusão mas limitado por recursos.

Uma estratégia vencedora na abordagem a esses novos consumidores dependerá de conhecer os significados mais profundos que motivam suas escolhas. Avaliar o quanto matar a fome de curto prazo compromete a decisão de estar vivo em uma semana ou um mês pode significar também o sucesso ou o fracasso das empresas farmacêuticas. Daí a importância de se conhecer cada vez mais sobre aqueles que podem decidir o futuro das organizações e que representam o maior potencial de crescimento de todos os mercados.

Dada a escassez de estudos sobre esse tema, a presente dissertação tem um caráter exploratório. Seu objetivo é avançar no conhecimento sobre os consumidores de medicamentos de uso contínuo, classificados como classe C (pelo Critério de Classificação Econômica Brasil), dando foco no processo de decisão de compra em um cenário de dificuldade financeira. O método de pesquisa selecionado foi o de entrevistas individuais em profundidade. A pesquisa foi aplicada entre moradores da área do Grande Rio de Janeiro.

Os resultados apontam para um comportamento positivo traduzido em: participação do consumidor, pro-atividade e inserção de consumo. Os consumidores demonstram um alto nível de comprometimento com seus

tratamentos e forte envolvimento com os remédios, devido ao fato de reconhecerem sua importância para o bem-estar e a sobrevivência.

1.2. Contextualização

A Comunidade Acadêmica e o Mundo Corporativo só recentemente, têm se preocupado em pesquisar dois dos mais importantes eventos que revolucionarão a vida no planeta Terra: o envelhecimento da população mundial e a emergência das populações na base da pirâmide social. Essas realidades, de um lado, representam grandes potenciais de expansão de mercados para as empresas e, de outro, uma profunda mudança nas dinâmicas desses mercados, em comparação com aquelas que são hoje conhecidas (PRAHALAD, 2005; Exame 22/02/2007) .

Esse “novo consumidor” e suas necessidades impactam nas estratégias empresariais e nas suas ações de marketing e têm provocado alterações de rumo nos planos governamentais em nível mundial (Revista Exame, 14/12/2006). Tornam-se ainda mais importantes, à medida que se entrecruzam, apontando para uma complexidade inédita e exigindo de profissionais de todas as especialidades um desafio à inovação, pois os modelos tradicionais corporativos, acadêmicos e sociais foram concebidos a partir de outros públicos-alvo: as sociedades mais prósperas, representadas pelos países desenvolvidos e industrializados (MATTOSO 2005) e as camadas mais jovens da população (SOLOMON, 2002).

Prahalad (2005) conclui que os pobres devem se tornar consumidores ativos, informados e participativos e que a redução da pobreza pode resultar na criação conjunta de um mercado centrado nas necessidades dos pobres e um novo modelo de negócios, desmistificando a incapacidade dos pobres e sua dependência de ações filantrópicas ou paternalistas. Para Prahalad (2005), tomou-se a consciência de uma “corrida contra o tempo” já que as experiências corporativas são limitadas nesse campo e materiais de referência acadêmica são ainda raros para validar as decisões que movimentam imensos recursos financeiros, múltiplas geografias, diferenças culturais e barreiras políticas.

Para Cecília Mattoso (2005) o consumo acontece, cada vez mais, como inclusão social, onde as pessoas se sentem aceitas por estarem, por exemplo, na

moda, elas não se sentem excluídas da sociedade. Mattoso (2006, pág 28), conclui que “temos de ouvir e pesquisar muito mais estes consumidores para que saiam do papel de “bom selvagem”, usando a crítica da antropologia, e passem a ser tratados como consumidores exigentes , que buscam preço baixo, mas também prezam pela qualidade e pelo valor das marcas”.

Ao admitir a inserção de, pelo menos, 4,5 bilhões de seres humanos dos chamados países emergentes no mercado de consumo, está-se implicitamente assumindo a responsabilidade de conhecer esse consumidor. Atender a esse “mercado latente” de bens e serviços é criar a responsabilidade de ajudá-lo a melhorar sua qualidade de vida e de propiciar a sua inclusão social pelo consumo (PRAHALAD, 2005).

“A BP, como mercado, oferece uma nova oportunidade de crescimento para o setor privado e um fórum para inovações. Soluções velhas e desgastadas não podem criar mercados na BP”.
(Prahalad 2005)

Em paralelo, essas camadas da população estão vivendo por mais tempo, graças aos recursos das vacinas, controle de doenças endêmicas e epidêmicas e a urbanização como, por exemplo, o tratamento de água e esgoto (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat; IBGE Expectativa de Vida Brasil). [http 1].

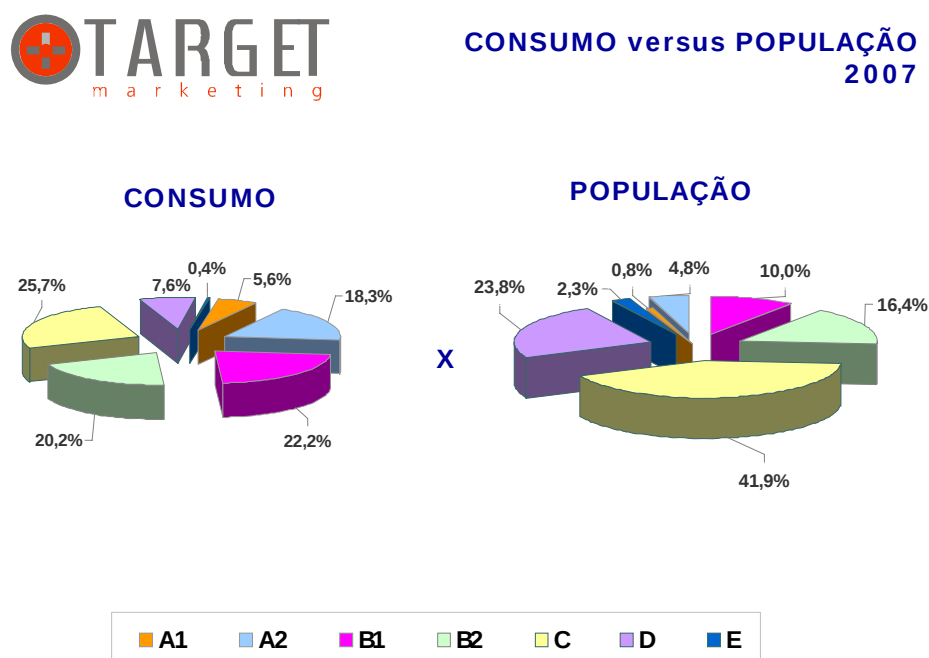
O fato é que, com o aumento da longevidade, tem-se um aumento natural da prevalência de doenças crônicas e da demanda por medicamentos de uso contínuo que garantam um grau adequado de preservação da capacidade funcional. A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, permitindo cada vez mais a independência e a autonomia do idoso (FELICIANO ET AL, 2004). Assim, o acesso a bens que se reflete em qualidade de vida e, mais especificamente, o uso de remédios, reduz o ônus para o restante da sociedade e para os governos (RAMOS, 2003), conforme o têm provado diversos estudos que serão abordados no desenvolvimento desta dissertação.

Governos e organizações internacionais encaram essa realidade como questão de saúde pública [http 1]. Empresas, principalmente as do segmento farmacêutico, assim como seus parceiros [http 2], vislumbram oportunidades de negócios. Ao se

cumprirem as previsões, esse será um fenômeno de rápida afluência de uma massa de novos consumidores, em proporção inédita na história das corporações. É a diferença entre ser ou não competitivo e ter capacidade de gerar riquezas (PRAHALAD, 2005).

Em 2007, o Brasil atingiu uma população de 190 milhões de habitantes (Valor, 15 de maio de 2007) e desse total, a base da pirâmide, é representada por 68% da população urbana, correspondendo a 34% do consumo das famílias urbanas no país [http 3], conforme o gráfico número 1:

Gráfico 1 - Consumo *versus* População



Fonte: Target Marketing. Brasil em Foco 2007.

Esse mesmo estudo prevê que em 2007, na cesta de categorias de consumo por classe social, a média de gastos da população com medicamentos será de 2,2%, enquanto na classe C, especificamente, esse percentual crescerá para 2,6% e nas classes D e E alcançará 3,0%, evidenciando uma maior penalização relativa do custo da saúde à medida que os indivíduos descem na escala social.

Pelo fato de a base da pirâmide, constituída das classes sociais C, D e E, no Brasil haver atingido quase 70% da população (Target Marketing. Brasil em Foco, 2007) [http 3], não há como as empresas ignorarem esse enorme contingente. Acrescente-se a isso que as perspectivas de crescimento para o país são de ser, no futuro, um importante *player* na economia mundial, como parte integrante do maior grupo de emergentes, dentro do conceito BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), acrônimo criado pelo grupo Goldman Sachs [http 4]. Além de vastos recursos naturais, esses países compartilham uma estrutura social composta de imensa massa de habitantes na base da pirâmide [http 5].

Se a sociedade deve se preparar para uma importante mudança estrutural, então, qual o futuro das estratégias de marketing para o setor industrial farmacêutico, se os componentes do comportamento do consumidor da base da pirâmide, nesse processo de envelhecimento, não se tornarem mais claros?

Com o aumento da expectativa de vida, o trabalho com produtos para tratamento crônico nunca foi tão relevante (QUINTELLA ET AL, 2003), pois a adesão dos pacientes representa uma velhice mais digna e uma oportunidade para as empresas estreitarem os vínculos de fidelidade com os consumidores emergentes, a partir do conhecimento das motivações e limitações desses indivíduos (PENTEADO ET AL, 2002).

Dessa forma, parece importante pesquisar o comportamento de compra e consumo de medicamentos de uso contínuo entre pessoas que lidam diariamente com um cenário de restrições financeiras, de forma a servir de suporte às decisões estratégicas em nível executivo, na busca de modelos mais condizentes com a realidade brasileira.

Pretende-se igualmente, que este estudo possa contribuir com os profissionais dedicados às políticas de saúde pública, esclarecendo como os pacientes urbanos, que compram ou ganham medicamentos para tratamentos de longo prazo, se comportam perante esses tratamentos, principalmente no que se refere à aderência aos mesmos.

1.3. Formulação do problema

Este projeto de pesquisa, voltado à área do conhecimento do comportamento do consumidor, pretende responder a seguinte questão; “Como as consumidoras de classe C com idade igual ou superior a 45 anos, portadoras de doenças crônicas adquiridas, lidam com a compra e o consumo de medicamentos de uso contínuo?”.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo principal

O objetivo desta dissertação é estudar os processos de aquisição e consumo de medicamentos de uso contínuo entre consumidoras de 45 anos e mais, classificadas como classe C (Critério de Classificação Econômica Brasil) [http 6], de forma a poder contribuir para a correta elaboração das estratégias de marketing da indústria farmacêutica.

1.4.2. Objetivos intermediários

Para se alcançar o objetivo principal, foram definidos os seguintes objetivos intermediários:

- (i) Investigar na literatura os tópicos relacionados ao tema a fim de estruturar o estudo e dispor dos elementos necessários à condução de suas diferentes etapas: potencial da base da pirâmide; classificação sócio-econômica; envelhecimento da população mundial e da população brasileira; o impacto do envelhecimento na saúde dos indivíduos; o mercado farmacêutico, suas características no Brasil e o mercado de medicamentos genéricos; e o comportamento do consumidor.

(ii) Junto à população-alvo do estudo (consumidoras de 45 anos e mais, de classe C usuárias de medicamentos de uso contínuo, para doenças adquiridas):

- Entender o processo de planejamento de despesas e o estabelecimento de prioridades de consumo, em um cenário de restrições financeiras e entradas incertas, com foco no nível de prioridade dado à aquisição do medicamento;
- Compreender a relação paciente/consumidor com o(s) medicamento(s) utilizado(s) e os sentimentos prevalentes na impossibilidade de obtê-lo(s);
- Verificar as formas de acesso a tratamento médico: local de consulta, origem da prescrição, forma de aquisição do medicamento; investigar a percepção pelo consumidor do tratamento (importância atribuída ao mesmo, aderência, benefícios percebidos);
- Investigar o papel da *marca* do medicamento para o consumidor

1.5. Relevância do estudo

No processo de pesquisa deste trabalho, encontrara alguns estudos dedicados a investigar o comportamento dos consumidores de baixa renda nas categorias de produtos de consumo de massa, dentre eles, alimentos (CASARIN e MOTTA, 2006), eletroeletrônicos (ABRAHÃO, 2006), produtos de telecomunicação (ALVES, 2006) ou mesmo os que exploram os canais de distribuição (PARENTE, 2005). Sejam ou não gêneros de primeira necessidade, teoricamente, os segmentos citados poderiam ser classificados como produtos ou serviços *desejados*, cuja aquisição é da vontade do consumidor e para o qual ele tem a opção de escolha.

Medicamentos figuram em uma categoria distinta, a de *bens não-procurados, não-desejados*, mas essenciais ao equilíbrio e à vida.

Com o envelhecimento da população a subcategoria representada pelos remédios de uso contínuo, para doenças crônicas, apresenta um enorme potencial

de crescimento. Os estudos disponíveis voltados aos cidadãos na base da pirâmide, geralmente, tratam a relação entre pacientes e medicamentos como alvo das políticas de saúde pública e não como grupos de consumidores, exercendo sua decisão de compra.

Para a indústria farmacêutica entender o perfil desse contingente de consumidores que crescem em poder de compra e que também vivem mais, torna-se relevante na elaboração de suas estratégias de crescimento, inovação e sustentabilidade.

1.6. Delimitação do estudo

Esta pesquisa foi realizada com base em entrevistas, conduzidas apenas com senhoras da classe C, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil, utilizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), moradoras do Grande Rio e que sofriam de algum tipo de doença crônica adquirida. O uso de medicamentos de uso contínuo não se dava obrigatoriamente pela compra, podendo ser fornecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde) ou Postos de Saúde, não se podendo assim generalizar as atitudes verbalizadas pelas entrevistadas quanto ao processo de decisão de compra.

Este estudo não levou em conta os comportamentos de compra relativos a outras formas de medicamentos como, por exemplo, os medicamentos para problemas de saúde considerados agudos * (doenças caracterizadas por curso acelerado, terminando com convalescença ou morte) e os medicamentos de venda livre ** (sem necessidade da prescrição médica e passíveis de serem anunciados em veículos de propaganda e mídia de massa).

Embora o estudo tenha, no seu processo de construção da pesquisa, abordado balconistas de farmácias e médicos especialistas, a visão destes profissionais sobre o tema do estudo também não é objeto desta pesquisa. O trabalho objetivou, exclusivamente, o ponto de vista dos consumidores.

Finalmente é importante assinalar que, embora o estudo aborde uma questão relevante para assuntos de saúde pública, ele trata os usuários de medicamentos de uso contínuo enquanto consumidores. A pesquisa foca o processo de aquisição e

consumo destes produtos. Questões relativas à saúde individual ou pública, tais como acesso a atendimento médico, adesão ou falta de adesão a tratamentos, acesso aos medicamentos por meio de sistemas públicos ou privados de assistência à saúde não fazem parte do escopo deste trabalho.

*, ** Definições da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Serviço de Busca do Site. <http://www.anvisa.gov.br/busca/busca>

2

Revisão da literatura

A revisão da literatura se sustentou em três pilares de pesquisa. O primeiro partiu do trabalho de Prahalad (2005) e de estudos nacionais, voltados ao potencial de mercado e ao comportamento dos consumidores da base da pirâmide, como foi o caso de D'Andrea et al (2003), Mattoso (2005), Mattoso e Rocha (2005), Parente et al (2005), Abrahão e Chen (2006), Alves (2006), Barros (2006) e Casarin e Motta (2006).

O segundo pilar foi o levantamento das referências clássicas no conhecimento de comportamento do consumidor tais como Coleman (1983), Kotler (2001), Solomon (2002) Peter e Olson (2005) para citar alguns.

O terceiro pilar foram os trabalhos com abordagens sobre medicamentos, a presença e controle de doenças crônicas em grupos específicos de pacientes, além de pesquisas com idosos e sobre a tendência do envelhecimento da população. Nessas especialidades destacam-se nomes como Penteado et al (2002), Quintela et al (2003), Feliciano et al (2004), Cohen (2004), Cyrillo (2005) e Huertas et al (2006).

Dados de mercado foram coletados de sites e outras fontes secundárias como revistas e jornais.

O planejamento de pesquisa obedeceu basicamente às recomendações em Creswell (1998) e em Malhotra (2001).

Observou-se que embora vários estudos sobre o comportamento do consumidor da base da pirâmide já estejam disponíveis, deles não fazem parte referências ao segmento de medicamentos, constituindo-se assim em uma lacuna de pesquisa. Os estudos disponíveis são em sua grande parte da área de saúde pública e tratam o cidadão sob a ótica de *paciente*, revestindo-se de um caráter estatístico sem considerar de sentimentos, comportamentos e valores.

2.1.

O potencial da base da pirâmide

Para Prahalad (2005) o alto potencial das nações caracterizadas como emergentes se revela por um profundo comprometimento com a identificação das necessidades específicas de cada população e o respeito aos padrões de qualidade. Ele ressalta que, para populações de baixa renda, cujos recursos financeiros são muito limitados, pois que grande parte da população auferir seus rendimentos de atividades sem vínculo com o emprego formal (normalmente na forma de “biscates” diários), o atributo qualidade (funcionalidade e durabilidade) é essencial.

Prahalad (2005) também desmistifica o pressuposto de que os pobres não têm consciência de marca. Em suas pesquisas observou que, ao contrário, os pobres dão muito valor à marca. A marca faz parte do aspiracional, da vontade que todo ser humano tem de ter direito a uma vida melhor. Portanto, o desafio para as grandes empresas, é tornar os produtos desejados, acessíveis à base da pirâmide. Assim, os consumidores da base da pirâmide são transformados em reais consumidores e aumentam sua auto-estima, obtendo atenção do setor privado, antes, reservada às classes A e B. Tal estratégia, entretanto, somente será viável se houver um movimento geral para o “desenvolvimento de produtos” específicos, que não sejam modificações marginais de produtos desenvolvidos para mercados maduros como os EUA, Europa Ocidental ou Japão.

Para Prahalad (2005) as ações simultâneas da globalização e da tecnologia levaram as populações da base da pirâmide, a um novo patamar de necessidades. Ele coloca que, basicamente, todos os modelos conduziram as empresas a concentrar recursos em segmentos de consumidores e parceiros voltados ao topo da pirâmide social, independentemente da cultura e do país. Essa opção se calcava em uma série de fatores, tais como: necessidade de margens mais altas; o pressuposto dominante de que a base da pirâmide não representava poder de compra (e, portanto, tornava inviáveis os retornos dos investimentos) e o ainda não esgotado, e até mesmo ávido, consumo por impulso das classes mais abastadas.

Conquanto representando alto percentual de população classificada como *pobre* (menos de US\$ 2.00 ao dia para seu sustento) os chamados países em

desenvolvimento também seguiam esse modelo de exclusão. Empresas nacionais e multinacionais somente enxergavam o topo da pirâmide (classes A e B) e, quando muito, partiam para soluções híbridas de adaptação pela simplificação e barateamento que, geralmente, não se mostravam bem sucedidas por serem estranhas às reais necessidades da população de baixa renda (PRAHALAD, 2005).

A questão da adequação das estratégias das empresas às realidades econômica e cultural dos então chamados “países em desenvolvimento” levou Dawson (1985) a estudar os efeitos positivos e negativos das empreitadas. Para ele duas das principais razões pelas quais as empresas multinacionais têm sido muitas vezes malsucedidas em suas iniciativas nesses países são: (i) ausência de visão para fazer as adaptações necessárias em seus produtos / serviços; (ii) o choque entre a rigidez processual das empresas de grande porte com a flexibilidade necessária para operar nesses países. Tais incompatibilidades aumentam, consideravelmente, o risco de obtenção de retorno dos investimentos e provocam atritos com administrações locais, apesar do potencial de negócios que beneficiam ambas as partes.

Para Dawson (1985) a simples transposição de modelos já experimentados e aprovados em países desenvolvidos não garante o sucesso das empreitadas. Ao contrário, a maior probabilidade é de total inadequação. Para esse autor, tal situação é característica nas empresas grandes e estruturadas. Elas tornam-se míopes às realidades do ambiente. Ele defende que empresas de pequeno porte estariam muito mais aptas a desempenhar esse papel porém, esbarram na limitação de recursos.

“empresas menores podem capitalizar em cima de seus pontos fortes disponibilizando produtos e serviços em países menos desenvolvidos que ainda não estão sob o domínio de grandes empresas. Para ser bem sucedidas, entretanto, as empresas de pequeno porte devem estar familiarizadas com as estratégias de desenvolvimento determinadas pelos governos dos países anfitriões (host countries), e devem oferecer produtos e serviços que sejam compatíveis com as necessidades e metas do país ou região. O rápido crescimento das economias do terceiro mundo acena com significativo potencial de lucro. Retorno do Investimento, porém, não é o único motivo na consideração desses mercados; muitos empreendedores sentir-se-iam atraídos pelo desafio de desenvolver soluções criativas e práticas em situações enfrentadas em várias partes do mundo”.

(Dawson, 1985, pág 19).

Prahalad (2005, pág. 55) defende que “ao obrigar os gerentes e executivos de grandes empresas a repensar e reexaminar seus pressupostos sobre formato e funcionalidade, sobre canais e custos de distribuição, os mercados da base da pirâmide podem servir como catalizadores para novos lampejos de criatividade”.

Prahalad (2005) vai mesmo um pouco além, ao afirmar que a solução para problemas de custos crescentes nas economias desenvolvidas ocidentais, que afetam negativamente as margens de lucro, pode estar nos projetos inovadores oriundos das economias de baixa renda. Para ele “O fluxo de idéias, conhecimento e inovação tornar-se-á uma rua de mão dupla - indo dos países desenvolvidos àqueles em desenvolvimento, e vice-versa. Podem também aprender com os mercados da base da pirâmide” (PRAHALAD, 2005 pág 69).

A repercussão do trabalho de Prahalad (2005) parece ter sido eficaz para as corporações. Observa-se que várias empresas multinacionais de grande porte, líderes em seus segmentos, já se decidiram por desenvolver soluções que atendam as necessidades desse consumidor que há pouco tempo era “invisível”. No caso da Índia, a HLL, subsidiária da Unilever, buscou soluções inovadoras, tanto em desenho de produto como em canal de distribuição, programas educativos e parcerias com autoridades locais, agindo totalmente em linha com as necessidades dos consumidores locais (PRAHALAD, 2005 cap. 3 pags 50 a 69).

No Brasil, o potencial do mercado da base da pirâmide, com sua demanda reprimida, ficou claramente demonstrado após 1994. Em sua pesquisa sobre o mercado de baixa renda, Barros (2006) reporta-se ao ano de 1995, comentando uma edição da Revista Mercado Global (1995) no artigo “É hora de preencher os vazios de mercado”, de Vera Aldrighi, então Diretora de Pesquisa da Agência de Publicidade McCann Erickson, que abordava o advento do Plano Real como um marco. Barros (2006) coloca que Aldrighi (1995) sinalizava o enorme potencial de consumo reprimido, quando itens tais como frango e iogurte se transformaram em ícones do novo momento econômico, sem que empresas nacionais ou multinacionais demonstrassem interesse por esse novo mercado “invisível” que passava a aparecer como “consumidor”.

Anos mais tarde, Blecher e Teixeira (2003), em artigo para a revista Exame, exaltaram as conquistas mercadológicas de algumas empresas que haviam se decidido a investir nesses mercados emergentes, trazendo soluções práticas e

criativas, mergulhando nas necessidades do consumidor da base da pirâmide, exatamente conforme recomendado por Prahalad (2005). Para Blecher e Teixeira (2003), esse olhar original foi o que permitiu à rede americana McDonald's transformar-se na maior e mais popular rede de sorveteria do país, criando o que os autores denominam “o círculo da inovação”.

Talvez o caso mais contundente seja o da brasileira Casas Bahia que o próprio Prahalad (2005) cita em seu livro, pois o sucesso dessa rede no mercado de varejo se deveu aos segmentos de baixa renda a partir da implantação de uma inovadora política de crédito que ia além da facilitação financeira, entendendo as motivações e restrições desse grupo de consumidores.

No Brasil tem-se tido alguns indicadores de que os segmentos do topo da pirâmide, principalmente a classe média com a crise do desemprego e salários “achataados”, não são mais suficientes para sustentar os novos lançamentos, necessários para garantir a expansão das empresas (Época Negócios, 2005). Então, empresas como Nestlé ou Unilever começam a brigar por compradores das classes D e E (Jornal do Commercio 2005). Este também é o caso recente das empresas de cartões de crédito que estão expandindo sua penetração nas classes de menor renda, multiplicando o número de estabelecimentos credenciados, movendo-se para a periferia dos grandes centros e para o interior do país, e marcando presença até mesmo em feiras-livres pois, nas regiões centrais e de mais alta renda, praticamente não há mais espaço para crescer (Valor Econômico, 2006).

Nos exemplos que se seguem, noticiados pela mídia nos últimos 2 anos, nota-se como multinacionais, anteriormente dedicadas às classes A e B, acordaram para as novas oportunidades de negócios, conforme noticiado pela imprensa:

- *“Johnson&Johnson – A Johnson&Johnson, junto com a agência Pepper, inaugura hoje um quiosque que funcionará no Poupatempo do bairro paulistano de Santo Amaro. A empresa quer aproximar-se do consumidor de classe C, informou a “Meio&Mensagem” Valor 30/01/06).*
- *Como o gigante dos EUA atende o consumidor de baixa renda – Com preço e custo menores P&G aumenta clientela (Valor, 18/11/05). Descreve*

o esforço da empresa para liderar o mercado de fraldas descartáveis com produtos com a relação custo/preço muito inferior ao praticado em economias maduras e o trabalho incessante de equipes de pesquisadores que mergulham na intimidade do consumidor de baixa renda.

- *Wal-Mart cobiça os clientes de baixa renda (Valor online, 07/11/05).* O gigante americano ao comprar a rede Bompreço do Royal Ahold levou, “de quebra”, a rede Balaio – mercadinhos populares, de periferia, cujo alvo é as classes C,D e E - e que tem demonstrado fôlego para expansão. Essa aquisição obrigou a rede Wal-Mart a rever muitos de seus conceitos de comunicação com o público, trabalhando layout de lojas, que sejam adequados a uma população em que 45% dos chefes de família declararam não ter o primeiro grau completo.

- *Cresce a briga por baixa renda – Unilever e Nestlé quebram paradigmas em busca dos compradores das classes D e E (Jornal do Commercio, 31/10/05).* Nesse artigo fica demonstrado como as embalagens pequenas do desodorante Axe e do sabão em pó OMO, marcas líderes da Unilever, conseguiram chegar à preferência do consumidor de baixa renda, aliada a uma nova estratégia de distribuição, priorizando as “vendinhas” das comunidades de periferia e alterando a logística de distribuição, com a eliminação em muitos casos do intermediário (distribuidor ou atacadista). Já a Nestlé se reestruturou e criou um departamento para estudar exclusivamente consumidores das classes D e E. Uma das iniciativas de sucesso foi a criação de uma embalagem de Leite Moça, embrulhada para presente.

Até mesmo o “dinheiro de plástico”, os cartões de crédito e débito, antes tidos como símbolo de status das classes A e B, foram “à luta” e penetraram no universo das camadas populares ampliando sua ação em novas geografias (pequenas cidades do interior e zona rural) e rede de distribuição (feiras-livres, vendinhas e armazéns), conforme artigo do Jornal Valor em 14 de fevereiro de 2006.

Reforçando o potencial detectado por Prahalad (2005), o banco americano Goldman Sachs, [http 4], responsável pela criação da sigla BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), prevê que até 2050, essas economias emergentes ocuparão um importante lugar na economia mundial. Segundo ele, mais de um quarto do crescimento mundial dos últimos cinco anos vieram do BRIC. A previsão é de que os quatro países terão PIB (Produto Interno Bruto) conjunto no patamar de US\$ 52 trilhões em 2040, mesmo patamar do G7 (sete economias mais industrializadas), e de US\$ 90 trilhões em 2050.

Com base nas projeções do Goldman Sachs, J.R. Caetano (Portal Exame, 2006) conclui que uma das mais espetaculares conseqüências da escalada dos BRIC será a rápida afluência de uma massa de novos consumidores em proporção inédita na história dos negócios: “Em larga medida, a força dos BRIC provém da enorme fatia da população mundial concentrada nos quatro países. Neles vivem 2,7 bilhões de habitantes, o equivalente a 40% da humanidade. A grande maioria desse contingente, claro, é chineses e indianos. E são justamente a China e a Índia os países com as mais aceleradas taxas de crescimento econômico”. A tabela 1, que se segue, apresenta uma projeção do Produto Interno Bruto das 10 principais economias mundiais segundo o banco americano de investimento Goldman Sachs, a CIA (Central Intelligence Agency) e o FMI (Fundo Monetário Internacional).

Tabela 1 - Ranking do Produto Interno Bruto das 10 Principais Economias Mundiais

Ano Base 2005 - Projeções 2025 e 2050

Ascensão no ranking					
Nas próximas décadas, as economias dos Bric deverão superar a maioria das que hoje são líderes mundiais					
Produto interno bruto em 2005 (em trilhões de dólares)		Produto interno bruto em 2025 (em trilhões de dólares)		Produto interno bruto em 2050 (em trilhões de dólares)	
1o. Estados Unidos	12,8	1o. Estados Unidos	20	1o. CHINA	49
2o. Japão	5	2o. CHINA	11,7	2o. Estados Unidos	38
3o. Alemanha	2,6	3o. Japão	6,7	3o. ÍNDIA	27
4o. Reino Unido	2,3	4o. Alemanha	3,9	4o. Japão	8
5o. CHINA	2,3	5o. ÍNDIA	3,6	5o. BRASIL	8

6o. França	2,2	6o. Reino Unido	3,3	6o. México	7,8
7o. Itália	1,8	7o. França	3,2	7o. RÚSSIA	6,2
8o. Canadá	1	8o. RÚSSIA	2,9	8o. Alemanha	5,4
9o. Espanha	1	9o. Coreia	2,6	9o. Reino Unido	5,1
10o. Coreia	0,8	10o. Itália	2,5	10o. França	4,9
11o. BRASIL	0,8	11o. México	2,4	11o. Indonésia	3,9
12o. México	0,8	12o. BRASIL	2,3	12o. Nigéria	3,7
Fontes: Goldman Sachs, CIA, FMI					

"Muitas pessoas que hoje não ganham o suficiente para comprar um par de sapatos vão começar a consumir. Elas não poderão comprar carros Mercedes-Benz, mas começarão a adquirir bicicletas, TVs e aparelhos de som".

(Joydeep Mukherji, diretor do grupo de análise internacional da agência de classificação de riscos americana Standard and Poor's).

<http://www2.standardandpoors.com/portal/site/sp/en/ap/page.article>.

O reflexo prático do potencial da base da pirâmide é expresso pelo professor Juracy Parente, coordenador do curso de varejo de baixa renda da FGV – SP que conta que há um interesse cada vez maior neste assunto. “Matriculam-se neste curso desde proprietários de lojas varejistas direcionadas à baixa renda até executivos de grandes empresas. O tamanho e o crescimento do mercado de baixa renda explicam o interesse pelo curso”.

2.2. Classificação sócio-econômica

Ao longo da pesquisa para elaboração desta dissertação observou-se que falta unanimidade entre autores sobre a melhor forma de classificar o indivíduo dentro de uma classe social, a começar pela própria definição verbal. Indivíduos são referidos como baixa renda, pobres, base da pirâmide, classes C/ D/ E, camada popular ou classe trabalhadora em contraponto com alta renda, classe A, elite ou topo da pirâmide. O mesmo acontece na seleção de indicadores que delimitem com qual grupo o indivíduo se identifica. Diferenças existem até entre cidadãos de um mesmo país, dependendo das características regionais - demográficas, culturais ou climáticas – conforme exemplificado por Peter e Olson (2005) no

mapa que subdivide os Estados Unidos em oito regiões ou “nações” dentro de uma nação (pág 325).

No caso brasileiro, o Critério Brasil, adotado pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), pontua os indivíduos em classes sociais, a partir da posse de determinados bens e do grau de escolaridade do chefe da família. Por ser um critério baseado nas posses familiares, ele é uma forma indireta de estimar a renda das famílias e as classes sociais. Há muita controvérsia sobre esse critério (MATTOSO E BORGES, 2007; BARROS, 2006; MATTOSO, 2007). Acredita-se que “ele é extremamente ultrapassado e necessita ser remodelado, pois os bens que consumimos hoje são completamente diferentes daqueles do passado e estimar a renda também não é um bom indicador de classe”.

Entretanto, apesar das críticas, ainda não se identificou um “melhor critério” (MATTOSO, 2006).

Porém, ao se utilizar o Critério Brasil nas pesquisas acadêmicas, ele apresenta como vantagem a possível sinergia com a maior parte das pesquisas encomendadas por corporações às empresas de Pesquisa de Mercado [http 6], possibilitando uma possível aplicação nos Planos de Marketing. Assim, o CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil) ainda é o principal instrumento de segmentação da população segundo seu poder de compra, pois permite a comparação de estudos de diferentes fontes dentro de uma perspectiva histórica. Utilizado pelas empresas, serve de referência geral e torna-se mais confiável para comparações entre pesquisas feitas tanto no mesmo segmento de mercado, como entre segmentos distintos. Essa sinergia foi observada entre os diversos trabalhos (dissertações, teses, artigos) que foram consultados durante o processo de desenvolvimento desta dissertação.

Entretanto, os questionamentos e insatisfações dos pesquisadores não parecem se restringir ao cenário brasileiro. Entre autores de prestígio, esse dilema também se faz presente e não parece haver consenso sobre qual a melhor forma de se classificar indivíduos.

Solomon (2002) destaca que há 3 importantes componentes para se definir classe social: ocupação, renda e nível educacional. Para ele, o “prestígio

ocupacional” é um modo de avaliar o “valor” das pessoas. O autor considera que apesar do fato de muitas vezes existir uma relação estreita entre renda e classe social, esses dois fatores não são sinônimos. O autor exemplifica que a mobilidade entre gerações pode afetar a maneira de se analisar uma determinada sociedade, o que implicaria em que os próprios estudos sobre o assunto poderiam ficar defasados com o passar dos anos.

Um exemplo de mobilidade citado em Boone e Kurtz (2004) é a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, o que além de lhe conceder poder de compra, provoca alteração nos padrões de comportamento, em função de um novo nível de relacionamento ocupacional. Prosseguindo com a importância da atividade profissional na definição de classes sociais, Boone e Kurtz (2004) citam o exemplo de encanadores que, quando pagos pela tabela de sindicatos, poderiam ter salários mais altos do que os de professores de nível superior, mas dificilmente estariam compartilhando o mesmo comportamento de compra e, muito provavelmente, não fariam parte da mesma classe social.

Para Kotler (2000), a definição de classes sociais é a de “divisões relativamente homogêneas e duradouras de uma sociedade. Elas são hierarquicamente ordenadas e seus integrantes possuem valores, interesses e comportamento similares”. Dessa forma, poder-se-ia concluir que o fator renda não é suficiente para determinar a classe social, como também haveria baixa probabilidade de um encanador e um professor, mencionados por Boone e Kurtz (2004) partilharem gostos semelhantes, além da distância de linguagem, fator-chave na comunicação com o público-alvo.

Coleman (1983) ressalta o risco de se tomar a renda como parâmetro de classe social, sem que outros fatores tais como círculo social e nível cultural, para citar alguns, sejam igualmente avaliados. Assim, se no lar de um trabalhador americano, a esposa começar a trabalhar em uma fábrica, a renda do casal vai crescer, eles terão maior poder de compra, mas eles não ascenderão em classe social, porque a identidade social deles continuaria a idêntica - a de trabalhadores.

Coleman (1983) acrescenta um pouco mais de complexidade ao conceito de classe social ao identificar dentro de cada uma delas três subclasses: **(i)** a dos indivíduos ou famílias “na média”, que dispõem de recursos compatíveis com o que se espera de sua posição na comunidade e status social; **(ii)** a dos “super-

privilegiados”, que dispõe de recursos extra, para uma vida mais confortável e gastos abundantes, dentro das referências da classe social e (iii) a dos “sub-privilegiados”, que vivem com as finanças “apertadas” quando comparados aos seus pares na sociedade e que, quando necessário, despendem além de suas posses para manter a aparência, fazendo o que seria “adequado”. Devido às variações encontradas nos subgrupos, diferentes classes sociais poderiam se entrecruzar em termos de renda, sem que houvesse mobilidade dos indivíduos. Por exemplo, um “super-privilegiado” da classe trabalhadora poderia ter renda no mesmo patamar que um indivíduo da classe média.

Analisando as contribuições dos autores anteriormente mencionados, infere-se que todos convergem para a idéia de que a classe social é um critério mais realista do que a renda, para se analisar o comportamento de consumo de um grupo. Parece, também, que as estratégias empresariais seriam direcionalmente mais eficazes se houvesse um melhor entendimento da segmentação de consumidores por classes sociais, embora a complexidade de comportamentos não garanta identificações exatas por grupos.

2.3. O envelhecimento das populações

O crescimento da população mundial, aliado ao aumento da expectativa de vida, vem levando os governos e empresas, tanto de países desenvolvidos quanto aqueles denominados emergentes, a reverem, os primeiros suas políticas de saúde [http 7] e os segundos suas estratégias de expansão (PRAHALAD, 2005), objetivando em um e outro caso, o desenvolvimento sustentável. O envelhecimento ocorre por dois motivos: de um lado pelo declínio da taxa de natalidade e, de outro, pela conquista da longevidade, consequência da melhoria da qualidade de vida, principalmente pelo desenvolvimento das condições higiênicas e de saúde. No Brasil, também se obteve expressivos ganhos na expectativa de vida da população, que subiu de 33,4 anos em 1910 para 64,8 anos em 2000, tendo em 2005 chegado à média de 73 anos [http 8].

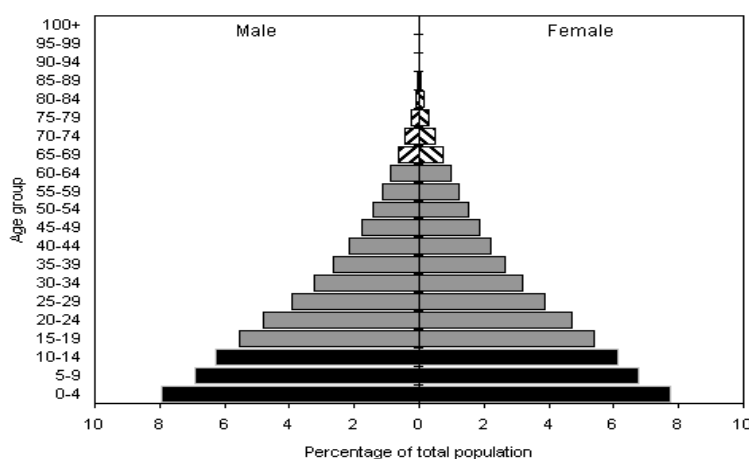
2.3.1. Envelhecimento da população mundial

A ONU (Organizações das Nações Unidas), no relatório sobre programas voltados ao envelhecimento da população [http 1], reconhece que as políticas demográficas que vigoraram até agora foram elaboradas tendo como base uma sociedade jovem e que agora é o momento de redesenhá-las, pensando em um mundo que envelhece, onde em breve, um quinto dos indivíduos no mundo terão 60 anos ou mais. Comunidades internacionais, nacionais, locais e empresas terão que criar e ajustar infra-estruturas, políticas, planos e recursos.

São três os blocos de países, que correspondem a três pirâmides etárias, identificadas pela ONU (Organização das Nações Unidas), onde se prevê que o bloco dos menos desenvolvidos (1), onde ainda há um predomínio das populações mais jovens, muito rapidamente vai alcançar patamares inéditos de envelhecimento, em velocidade superior à média mundial, e se aproximar dos países mais desenvolvidos (3), acontecendo o mesmo com o bloco dos países em situação intermediária (2).

Gráfico 2 - Pirâmides Etárias: os três blocos em 2005

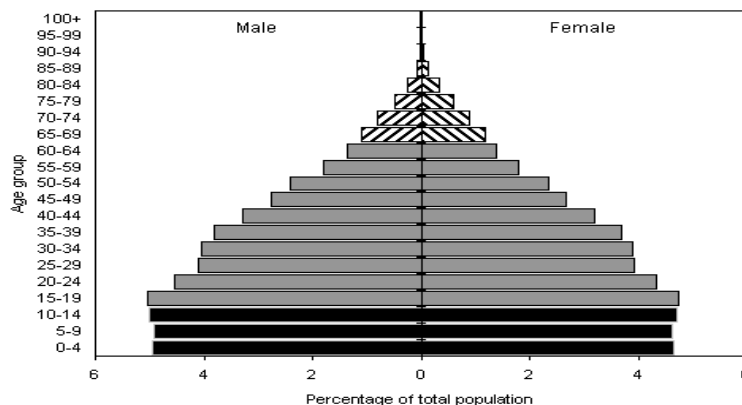
Population pyramids by development group, 2005 (Least Developed Countries)



(1)

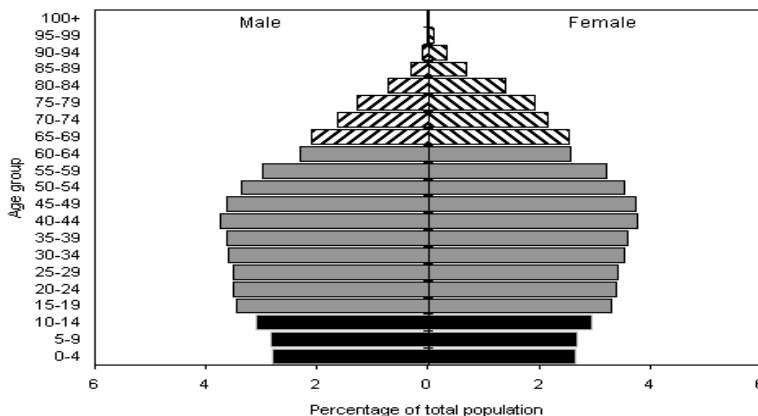
Population pyramids by development group, 2005 (Other Less Developed Countries)

(2)



Population pyramids by development group, 2005 (More Developed Countries)

(3)



Fonte: United Nations Programme on Ageing

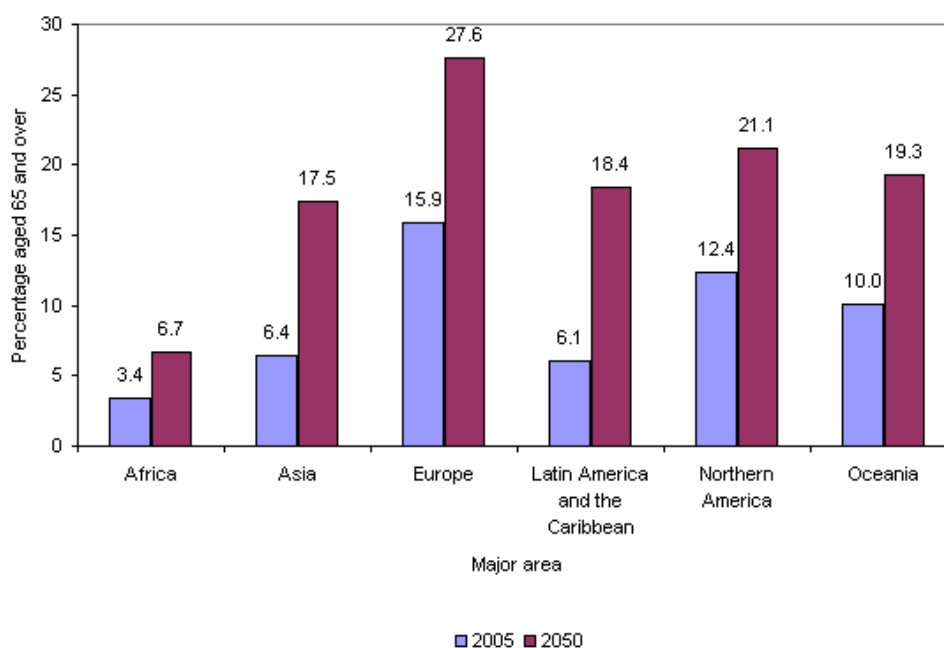
<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing_demo.html> em 18/01/2007

Pelas projeções da ONU (Organização das Nações Unidas) a população mundial atingiu 6,5 bilhões de indivíduos em fevereiro de 2005. Prevê-se que em 2012 sejam 7 bilhões de habitantes e em 2050, 9 bilhões de habitantes, a maior parte vivendo em países emergentes [http 1]. Os 50 países mais pobres triplicarão de tamanho, alcançando 1,7 bilhões de habitantes. Segundo o UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, as pessoas idosas são o grupo populacional que cresce mais rápido no mundo, sendo que os indivíduos que têm 60 anos ou mais constituem hoje 1 em cada 10 pessoas, proporção que deve subir para 1 em cada 5 pessoas até a metade deste século [http 9]. O gráfico número 3, que se segue,

mostra uma projeção do percentual da população com 65 anos e mais por continente.

Gráfico 3 – Percentual de Participação de indivíduos de 65 anos e mais por continente: comparação entre 2005 e 2050

Uma Revolução Demográfica



Fonte: United Nations Programme on Ageing. [http 10]

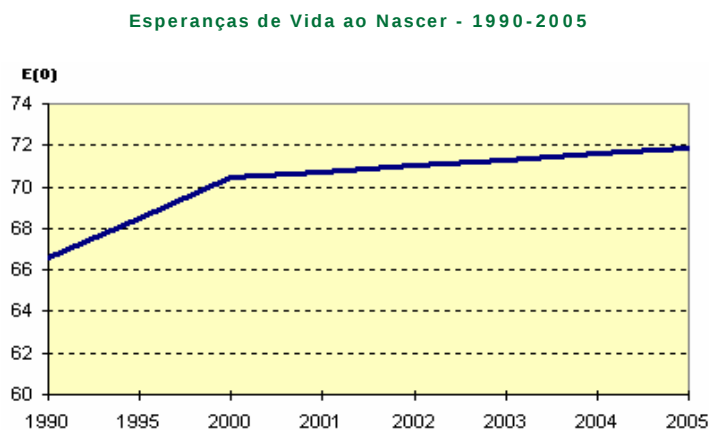
2.3.2. Envelhecimento da população brasileira

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde [http 11] o Brasil, com a expectativa de vida média de 73 anos (2005), ainda está longe do patamar do Japão, que em 2002 apresentava uma expectativa de média de vida de 81,9 anos. A posição brasileira no ranking mundial da ONU [http 12] é a 86ª, considerando as estimativas para 192 países no período 2000-2005 (World Population Prospect: The 2002 Revision; 2003). Para esse órgão internacional, a queda da taxa de mortalidade deveu-se principalmente ao advento dos antibióticos na segunda metade dos anos 40, assim como ao combate às enfermidades infecto-contagiosas, principalmente pela descoberta de vacinas.

Para o IBGE [http 13] os avanços da medicina e a melhoria nas condições gerais de vida da população contribuíram para elevar a expectativa de vida dos brasileiros, que aumentou 17 anos entre 1940 e 1980 (de 45,5 para 62,6 anos, respectivamente). Em 2000, esse indicador chegou aos 70,4 anos, e deverá atingir os 81,3 anos em 2050, praticamente o mesmo nível atual do Japão (81,6 anos), o primeiro colocado no ranking. Nesse mesmo documento o IBGE também aponta que o envelhecimento da população está se acentuando: em 2000, o grupo de 0 a 14 anos representava 30% da população brasileira, enquanto os maiores de 65 anos eram apenas 5%; em 2050, os dois grupos se igualarão em 18%, quando o Brasil atingir o patamar projetado de 259,8 milhões de habitantes. Também, tornam-se cada vez mais importantes as políticas de Saúde voltadas para a Terceira Idade: se em 2000 o Brasil tinha 1,8 milhão de pessoas com 80 anos ou mais, em 2050 esse contingente poderá ser de 13,7 milhões.

Como se pode observar no Gráfico 4, a seguir, em apenas 15 anos, de 1990 a 2005, a população brasileira acrescentou 5 anos a sua expectativa de vida.

Gráfico 4 - Histórico de 15 anos para Expectativa de Vida no Brasil



FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Vida mais longa é um dos resultados positivos mais evidentes do avanço tecnológico ocorrido no século 20. Trata-se de uma conquista da humanidade. Mas é preciso aprender a lidar com a nova situação pois esse crescente contingente de cidadãos necessita de produtos, serviços e políticas governamentais específicas pois os padrões ainda vigentes tiveram como

referência o forte crescimento populacional ocorrido no século XX, calcado em padrões jovens.

2.3.3.

O envelhecimento da população e o impacto na saúde

Em decorrência da conquista da maior longevidade, há um aumento natural de doenças crônico-degenerativas. Elas constituem um novo desafio para a população idosa, principalmente aquela que tem sensível perda de recursos econômicos (FELICIANO ET AL, 2004).

Os profissionais de saúde encaram o envelhecimento e suas conseqüências como um fato natural dos ciclos de vida biológicos, mas se preocupam com a forma como esse envelhecimento ocorre. Uma das preocupações é o risco de não haver a correta ingestão dos medicamentos apropriados que garantam qualidade de vida ao idoso (FELICIANO ET AL, 2004; RAMOS 2003; QUINTELLA ET AL 2004; PENTEADO ET AL 2002).

“Para a população idosa é natural que exista a presença de doenças crônicas, relacionadas ao desgaste do organismo. Portanto, a saúde para os idosos não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. Essa capacidade está diretamente relacionada com o controle das doenças pela correta utilização de medicamentos”.

(Dr. Alfredo Martins Sebastião, cardiologista, em entrevista à autora, em 06/11/06).

Penteado et al (2002) apontam que na velhice o aumento do risco de cardiopatias, diabetes, câncer e doenças infecciosas demandam a utilização da polifarmácia e observa que tal situação pode levar a uma suspensão ou redução da medicação adequada pela impossibilidade financeira, obrigando os idosos a conviverem com o desconforto e os agravos na saúde. Logo, a carência de medicação estaria diretamente ligada à má qualidade de vida do idoso. Assim é que Ramos (2003, pág. 02) considera que “um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas”. Nesse contexto, idosos carentes formariam o grupo de maior risco, não somente por dependência física e mental (funcionalidade) como para o índice de mortalidade (RAMOS, 2003).

2.4.

O mercado farmacêutico

O mercado farmacêutico mundial no ano de 2004 apresentou um faturamento de US\$ 317.9 bilhões (IMS Strategy Group, 2004), sendo o segmento de genéricos responsável por, aproximadamente, US\$ 21 bilhões. Projeções da consultoria PriceWaterhouseCoopers (Folha Online em 14/06/07) é de que esse mercado alcance US\$ 1,3 trilhão em 2020, principalmente devido a maior participação de países emergentes como Brasil, China, Índia, México e Rússia.

De acordo com a FEBRAFARMA (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, 2006) estão presentes no Brasil 692 estabelecimentos produtores de medicamentos para uso humano. Pela Tabela 2, os laboratórios por origem de capital, se dividem em:

Tabela 2 – Origem do Capital da Indústria Farmacêutica no Brasil

Origem do Capital	Vendas 2005	
	% Volume	% Valor
Nacional	45.3	39.2
Estrangeiro	54.7	60.8
Total	100.0	100.0

Nesse contexto, todos competem tanto pelo receituário médico quanto pelo bolso do consumidor que se automedica. Essa competição é acirrada tendo em vista que o mercado brasileiro de medicamentos em 2006 cresceu modestos 2,13% em unidades, enquanto a média mundial foi de 17%. Apesar do crescimento populacional e da implantação da política de medicamentos genéricos em 1999, o volume de medicamentos vendidos no Brasil até agosto de 2007, reduziu-se em 10 pontos percentuais, se comparado com o ano de 1997, conforme demonstrado na Tabela 3, abaixo:

Tabela 3 - Mercado Farmacêutico Brasil. Vendas Nominais: 1997 a 2007

MERCADO FARMACÊUTICO - BRASIL

Vendas Nominais em R\$ 1000 e US\$ 1000 (sem impostos) e em 1000 Unidades

Período: 1997 a 2007*

Ano	Vendas Nominais em R\$ 1.000	Variação %	Índice Base: 1997=100	Vendas em US\$ 1.000	Variação %	Índice Base: 1997=100	Vendas em 1.000 Unidades	Variação %	Índice Base: 1997=100
1997	9.210.340	-	100	8.537.436	-	100	1.854.094	-	100
1998	10.064.780	9,28%	109,3	8.660.434	1,44%	101,4	1.814.337	-2,14%	97,9
1999	11.847.533	17,71%	128,6	6.537.763	-24,51%	76,6	1.778.800	-1,96%	95,9
2000	12.281.749	3,67%	133,3	6.705.678	2,57%	78,5	1.697.822	-4,55%	91,6
2001	13.427.727	9,33%	145,8	5.685.430	-15,21%	66,6	1.640.251	-3,39%	88,5
2002	14.944.281	11,29%	162,3	5.200.494	-8,53%	60,9	1.614.825	-1,55%	87,1
2003	16.977.703	13,61%	184,3	5.589.071	7,47%	65,5	1.497.766	-7,25%	80,8
2004	20.012.261	17,87%	217,3	6.818.063	21,99%	79,9	1.652.229	10,31%	89,1
2005	22.938.287	14,62%	249,0	9.513.831	39,54%	111,4	1.649.803	-0,15%	89,0
2006	24.794.327	8,09%	269,2	11.355.706	19,36%	133,0	1.685.011	2,13%	90,9
2007*	26.021.632	4,95%	282,5	12.616.888	11,11%	147,8	1.668.023	-1,01%	90,0

* 12 meses móveis até Agosto de 2007

Obs.: Dados sujeitos à retificação

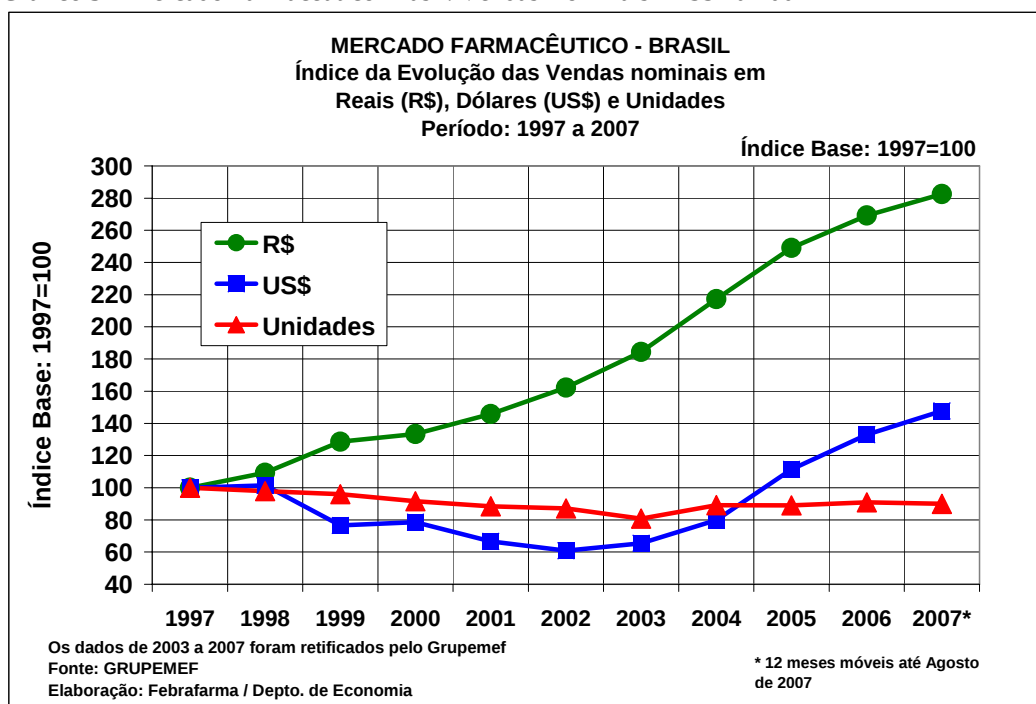
Os dados de 2003 a 2007 foram retificados pelo Grupemef.

Fonte: GRUPEMEF

Elaboração: Febrafarma / Depto. de Economia

A Tabela 3, ao ser representada no Gráfico 5, abaixo, tendo o ano de 1997 como o ano-base para avaliação de performance do Mercado Farmacêutico brasileiro (sendo 1997 o índice 100), permite observar o impacto negativo da queda de vendas em volume.

Gráfico 5 – Mercado Farmacêutico Brasil. Vendas Nominais – 1997 a 2007



Ainda assim, dados atualizados pela FEBRAFARMA (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica) para o ano de 2007 posicionam o Brasil como o nono país mais importante na venda de medicamentos, tendo correspondido até setembro de 2007 (12 meses móveis até junho 2006) a US\$ 9.3 bilhões em vendas. Devido a essa importante colocação no ranking mundial, parece lógico que tanto os laboratórios estrangeiros, quanto os nacionais, assim como o Governo (Política de Saúde Pública), se empenhem em conhecer e avaliar o potencial desse mercado na determinação de suas estratégias de ação. O potencial é enorme pelo fato de que o Brasil com quase 190 milhões de habitantes, representa hoje menos no ranking mundial do que a Espanha (8ª colocado), com 40 milhões de habitantes ou o Canadá (7º colocado) com 32 milhões de habitantes [http 14].

2.4.1.

Características do mercado brasileiro de medicamentos

O panorama de mercado brasileiro difere do de outros países, principalmente os Estados Unidos, Grã Bretanha, Alemanha, França e Itália, de onde se originam alguns dos principais laboratórios que atuam no Brasil. As duas maiores diferenças situam-se no fato de que:

- i) no Brasil medicamentos de prescrição, conhecidos como de tarja vermelha* ou preta** são vendidos livremente aos consumidores (com facilidade de acesso aos primeiros e eventualmente aos segundos), sem a contrapartida de apresentação de receita médica, embora não haja permissão por parte da autoridade sanitária (ANVISA). Ao consumidor comum basta que chegue a qualquer ponto de venda (farmácia ou drogaria) ou compre pelo telefone ou via internet, enquanto nos países acima mencionados, por exemplo, somente é possível adquirir tais medicamentos com prescrição médica. [http 15]

* **Tarja vermelha, vendidos sem retenção de receita.** Normalmente são vendidos mediante a apresentação da receita. Na tarja vermelha está impresso "venda sob prescrição médica". Estes medicamentos têm contra-indicações e podem provocar efeitos colaterais graves.

***Tarja vermelha, vendidos com retenção da receita.** São os medicamentos que necessitam retenção da receita, conhecidos como medicamentos controlados (psicotrópicos). Só podem ser vendidos com receituário especial de cor branca. Na tarja vermelha está impresso "venda sob prescrição médica – só pode vendido com retenção de receita".

****Tarja preta.** São os medicamentos que exercem ação sedativa ou que ativam o sistema nervoso central, portanto também fazem parte dos chamados psicotrópicos. Só podem ser vendidos com receituário especial de cor azul.

Na tarja vem impresso “venda sob prescrição médica – o abuso deste medicamento pode causar dependência”.

ii) em todos os países previamente citados existe o sistema de reembolso (pelo Seguro Social) de medicamentos prescritos pelos médicos, a partir de critérios para coberturas percentuais, não cabendo ao paciente o ônus total da aquisição de remédios. [http 11]

Pelo fato de as práticas de mercados brasileiros não se restringirem à venda de medicamentos através de receituário médico, deixando ao consumidor a decisão de livre compra no balcão, mesmo na presença da tarja vermelha, caberia ao consumidor a decisão de compra, regida pelos mesmos princípios que determinam o comportamento de compra em outras categorias de produtos, tal qual um produto comum de consumo. Dessa forma, torna-se imprescindível conhecer como se faz a decisão de compra de um medicamento pois é a partir desse conhecimento que os Departamentos de Marketing dos Laboratórios poderão desenhar suas estratégias visando conseguir participação importante naquele que se delinea como o maior nicho no mercado farmacêutico: a relação crescente entre envelhecimento da população e o consumo de medicamentos de uso contínuo. Essa questão também é vital para o Governo quando conduz suas campanhas de esclarecimento público.

2.4.2. Medicamentos genéricos

Medicamentos genéricos são aqueles que contêm o mesmo fármaco (princípio ativo), na mesma dose e forma farmacêutica, são administrados, apresentados e têm a mesma segurança que os medicamentos de referência (ou medicamentos de marca), após o vencimento das patentes desses últimos. A grande vantagem é que são comercializados com preços menores que os medicamentos de referência. A indústria de genéricos surgiu na década de 60 nos Estados Unidos e hoje em dia

está presente em quase todos os países do mundo como forma de acesso a medicamentos por uma camada maior da população.[http 16]

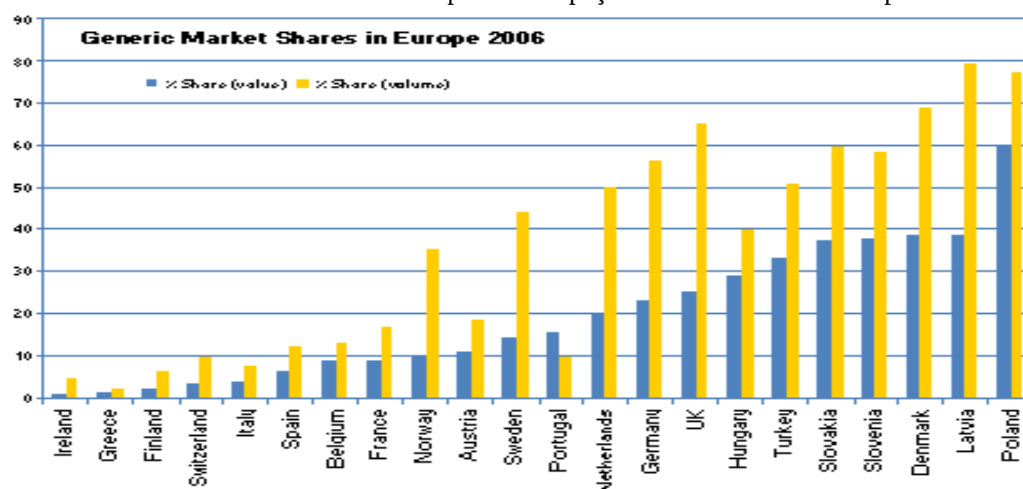
2.4.2.1.

Mercado mundial de genéricos

O mercado mundial de genéricos cresce em torno de 13% ao ano e movimentou em 2004 aproximadamente US\$ 55 bilhões. Desse total, os Estados Unidos têm especial destaque, com vendas de genéricos da ordem de US\$ 22 bilhões. Os genéricos correspondem a 56% das prescrições nos EUA e custam de 30% a 80% menos que os medicamentos de referência. No mercado americano, nesse mesmo ano, os genéricos representaram 8% do total do mercado em valor e 35% de todo o volume comercializado. [http 16]

Na Europa, existem grandes variações entre os países na utilização do medicamento genérico, que é de prescrição obrigatória pelos médicos que atendem aos programas de seguro saúde, principalmente porque na sua totalidade, ou em diferentes percentuais conforme o caso de cada indivíduo, há o sistema de reembolso. Para os medicamentos denominados OTC, de auto-medicação (sem necessidade de prescrição), a presença de genéricos é especialmente importante, por não ser passível de reembolso e, portanto, garantir um medicamento de custo mais acessível. Em países como Alemanha, Inglaterra ou Dinamarca, os genéricos representam mais de 50% do consumo total em volume (unidades), de acordo com o gráfico 6, abaixo:

Gráfico 6 - Mercado de Genéricos na Europa – Participação % em Valor e Volume por País



Fonte: EGA – European Generic Medicines Association. [http 17]

2.4.2.2.

Mercado brasileiro de genéricos

Os medicamentos genéricos foram inseridos no mercado brasileiro em 1999 pela Lei n. 9.787 de 10 de fevereiro de 1999 e responderam por quase 14% das vendas em unidades no conjunto do mercado farmacêutico até o final de 2005 (IMS Health, Jun/06) [http 18].

Essa “desoneração” do custo do medicamento embora bem sucedido por alguns parâmetros, não conseguiu seu objetivo de atingir o consumidor carente (COHEN, 2004). De acordo com a FEBRAFARMA (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica) em artigo publicado em 28/03/2004, quatro anos após a introdução dos medicamentos genéricos no Brasil, 50 milhões de pessoas pertencentes à população de baixa renda continuaram sem acesso a medicamentos, à medida que o volume de medicamentos vendidos caiu 16% entre 1999 e 2003 (FEBRAFARMA, 2004).

Para Cohen (2004) o crescimento dos genéricos aconteceu roubando espaço dos medicamentos de marca, sem ampliar o mercado. O que, a princípio, se poderia deduzir é que os genéricos favoreceram uma camada da população que tem poder de compra e abandonou o remédio de marca pela nova opção mais barata. Mas quem não tem dinheiro, não vai nem à farmácia, fica com a receita na mão, mesmo que o genérico seja 40% mais barato (Mortella, O Globo 29/03/04).

Atualmente, as quatro principais indústrias do setor são de capital nacional. Cerca de 80% das unidades de genéricos comercializadas no Brasil são produzidas no país. Por origem de capital, 74,6% das vendas do mercado de genéricos brasileiro são realizadas por empresas nacionais. O capital indiano é o segundo mais representativo, com 10,3 % de participação, seguido por empresas de origem alemã (4,7%), suíça (4,6%), norte-americana (3,8%) e canadense (2%). [http 19]

Essa dinâmica de mercado parece favorecer a queda do preço médio do medicamento no mercado brasileiro e assim é apontado por Edison Tamascia, Presidente da Febrafar (Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias). Em 17/11/2005 ele informou que o preço médio dos medicamentos no Brasil é um dos menores se comparados com outros países em

desenvolvimento: Brasil US\$ 4,43, México US\$ 7,86, Argentina US\$ 5,36, Peru US\$ 5,54 e Venezuela US\$ 5,08 . [http 20]

Para Souza et al (2004) a concorrência gerada pelos baixos preços dos medicamentos genéricos geralmente leva à redução dos preços dos medicamentos de marca, mas não garante que a população de baixa renda venha a consumir os primeiros, embora seja esse grupo de consumidores aquele que mais necessita desse tipo de medicamento. Os autores atribuem essa deficiência à falta de informação, à baixa escolaridade e ao reduzido acesso aos meios de informação. Mas para Cohen, conforme mencionado anteriormente, o foco do problema está na própria baixa renda, na total falta de recursos financeiros. Para ele os genéricos cresceram roubando espaço dos medicamentos de marca, uma situação de canibalização, que não fez crescer o acesso dos brasileiros aos medicamentos.

2.5. Comportamento do consumidor

Em uma reconstituição histórica sobre comportamento do consumidor, Chauvel (2000) relata que a teoria econômica foi precursora no estudo do tema ao lançar o pressuposto de que toda compra envolve uma escolha a partir da busca de maximização de sua utilidade e, dessa forma, fundamentando a teoria da utilidade marginal, cujo fundamento é a racionalidade. Tal racionalidade se apóia em um modelo econômico e não na realidade do comportamento do consumidor, muitas das vezes ilógica.

Chauvel (2000) observa que a escola do behaviorismo, introduzida pela psicologia (que se propunha estudar a dinâmica do indivíduo), foi quem deu origem ao termo “comportamento do consumidor”. Essa teoria limita-se a observar o indivíduo em um contexto estímulo-resposta e ignora outras motivações e outros processos internos. Chauvel (2000, pag 24) comenta que “A teoria behaviorista substitui o homem racional proposto pela teoria econômica por um ser moldado pelo ambiente”.

Em Boone e Kurtz (2004) encontramos uma abordagem oriunda da psicologia cognitivista ao definirem que Comportamento (B) é função (f) das interações de influências pessoais (I) – tais como cultura, amigos, colegas de

escola e de trabalho, e parentes - e fatores pessoais (P) – tais como atitudes, aprendizado e percepção.

$$B = f(I, P)$$

Já na visão de Peter e Olson (2005) o comportamento do consumidor “é um fenômeno complexo e um campo eclético” que em grande parte é objeto de estudo de acadêmicos que divergem bastante em seus objetivos e métodos. Essa complexidade se evidencia pela interação de conhecimentos de disciplinas como a sociologia, psicologia, antropologia e economia, para resolver questões sobre *como, o que, quando e por que* as pessoas compram, construindo o seu processo único de decisão.

A *abordagem interpretativa*, que busca desenvolver um profundo conhecimento do ato de consumo e seus significados, segundo Solomon (2002), tem sua origem nas teorias e métodos da antropologia cultural. Ela é bastante nova e vem ganhando espaço no estudo do comportamento do consumidor.

Ao interpretar o consumidor, Solomon (2002) diz que o ele muda de acordo com o seu momento de vida (juventude, maturidade, velhice) e da presença de influenciadores, estilo de vida, geografia etc., experimentando diversas dimensões. O autor descreve os consumidores como “Atores no Palco de Mercado” (pág 24), sob a teoria da perspectiva de papéis, em atos de uma peça. Como os indivíduos representam vários papéis diferentes, eles às vezes modificam suas decisões e consumo, dependendo da “peça” específica em que participam em um determinado momento. Entretanto, para Solomon (2002), os indivíduos tendem a ser bastante conservadores e previsíveis quando compartilham a mesma classe social. Ele acredita que os gostos tendem a ser parecidos para música, vestuário, decoração etc..., o que posiciona e identifica cada indivíduo em sua comunidade.

Barros (2006) contesta a forma como se analisa o comportamento do consumidor a partir de modelos que refletem valores culturais americanos, de onde se originam a maior parte dos estudos sobre comportamento do consumidor. O sentido de comunidade para um cidadão japonês é muito distinto daquele de um americano. Para o primeiro estar conforme com a coletividade é o objetivo pois

existe uma proeminência do grupo sobre o indivíduo. Para o segundo, as perspectivas de individualidade e auto-realização são as prioridades.

Por inferência, se a característica primordial do consumo é a *escolha* então, o processo de consumo entre sociedades tão diferentes, também não deveria seguir o mesmo padrão. Não somente por comparação entre as classes sociais, mas porque não haveria correspondentes culturais.

2.5.1.

Comportamento do consumidor de baixa renda

Segundo Barros (2006) o mercado de baixa renda no Brasil, ou “mercado emergente”, foi deixado em segundo plano pelas empresas, o que se reflete em uma indiferença em relação à investigação sobre o tema de como esse grupo social consome, caracterizando uma situação de “invisibilidade”.

Ao pesquisar o problema financeiro dos pobres, Mattoso (2005) fez algumas considerações sobre a necessidade de se estudar esses consumidores, diante dessa precariedade de material de consulta:

- o fato de os estudos empíricos privilegiarem a análise do comportamento do consumidor mais afliente;
- as considerações de ordem prática pelo fato de que os pobres constituem a maioria dos consumidores do mundo e do Brasil;
- a inadequação dos estudos existentes, mormente norte-americanos, voltados a uma realidade cultural e econômica, além de valores religiosos, totalmente distintos da brasileira;
- o risco da generalização de comportamento do consumidor, mesmo em pesquisas conduzidas no Brasil, devido à profunda desigualdade entre as classes sociais e pelo fato de que as empresas ainda se concentram nas camadas mais altas da população.
- a imprecisão de critérios

Desvendar o comportamento de compra do consumidor de baixa renda é imprescindível para o acesso a esse mercado, levando-se em conta que os profissionais de marketing e a academia precisam entender essa realidade e derrubar *mitos* (PARENTE ET AL, 2005). Os autores mencionam que as pesquisas conduzidas até o momento não confirmam, ao contrário contradizem, alguns dos *mitos* sobre o comportamento de consumo da base da pirâmide tais como: **(i)** a idéia de que os consumidores de baixa renda não têm poder de compra, **(ii)** que eles pagam preços mais baixos, **(iii)** que não têm fidelidade à marca ou a resistência a novos produtos.

Um comportamento relevante identificado por Parente et al (2005) e Assad e Arruda (2006) é o aspecto de lazer para os consumidores de baixa renda ao fazerem as compras diárias ou “picadas”, traduzido em um sentimento positivo de felicidade, de quebra de rotina. Por outro lado, a compra mensal seria a missão de prover o lar, e os sentimentos prevalentes seriam o de *poder* (positivo) ou *frustração* (negativo), diretamente ligados ao objetivo de ter ou não ter o dinheiro suficiente para as compras.

Para Prahalad (2005) a população de baixa renda, antes relegada ao segundo plano, tornou-se a principal alternativa à geração de riqueza pela ampliação de mercados e, sem esse conhecimento específico sobre as necessidades e anseios dos pobres, as empresas não têm condições de traçar estratégias vencedoras para atender adequadamente esse enorme contingente de consumidores e ganhar dinheiro com eles.

Prahalad (2005) propõe que se busque um profundo entendimento das necessidades e motivações de consumo quem está na base da pirâmide e de que forma quem vive em situação de constrangimento financeiro procede ao gerenciar seu orçamento e fazer escolhas, como todo consumidor.

2.5.1.1.

A gestão do orçamento

Se para as classes mais abastadas o hábito de frequência de compra é baixo porque o objetivo é fazer estoque de conveniência, já que a escolha normalmente recai em embalagens do tipo grande, para os pobres a alta frequência de compras é

função da disponibilidade diária do dinheiro (PRAHALAD, 2005). Essa situação de incerteza requer do consumidor uma grande habilidade de planejamento, conforme alguns autores demonstraram (PRAHALAD, 2005; MOTTA E CASARIN, 2006; PARENTE ET AL, 2005; D'ANDREA ET AL, 2003; ASSAD E ARRUDA, 2006).

Um exemplo contundente da necessidade de planejar para prover o melhor para a família é apresentado por Motta e Casarin (2006) que pesquisaram sobre a importância da “escolha certa” dos alimentos. As três dimensões encontradas – Suficiência (chegar até a próxima oportunidade de compra), Abundância (criar percepção de volume), Eficiência (evitar desperdício) - refletem um elaborado planejamento na escolha, compra e preparo dos alimentos, por parte do consumidor de baixa renda.

Mais uma vez, o expediente utilizado pelos consumidores de baixa renda de se revezarem entre as compras mensais (a mais pesada e relacionada aos rendimentos mensais) e as visitas diárias (pequenas compras e relacionadas à inconstância da renda) demonstra a necessidade de se buscar otimizar as limitações de seus baixos rendimentos para atender às necessidades da família, com a oportunidade de pesquisa de preços e o misto de lazer e terapia, uma forma agradável de preencher o tempo (PARENTE ET AL, 2005).

Na trabalho de Assad e Arruda (2006) também houve uma clara distinção entre compras mensais planejadas (missão da provedora) e as visitas diárias, encaradas como um passeio e com conotação de lazer e terapia, além de ter um caráter instrumental na coleta de informações para a tomada de decisão na compra mensal.

D'Andrea et al.(2003) concluíram que , em sua grande parte, os consumidores de baixa renda tendem a comprar produtos de consumo em pequenas embalagens ou fracionados, por se refletirem em menor desembolso e estarem em linha com ingressos pequenos e freqüentes. Os autores também chamam a atenção para o sentimento de descontentamento dos consumidores de baixa renda com as estratégias atuais de marketing e comercialização levadas a cabo pelas empresas, cujas ofertas promocionais, disposição física e localização das lojas, não atendem a suas necessidades.

Para Prahalad (2005) as embalagens individuais ou fracionadas além de criarem “capacidade de compra” nesse público, cujos fluxos de renda são imprevisíveis, também propiciam a experimentação de marcas novas, reduzindo o risco da insatisfação, pois podem mudar de marca na próxima compra.

2.5.1.2.

Os critérios de decisão de compra: proposta de valor

Para Kotler (2000, pag 33) o conceito de *valor* é definido como “a razão entre o que o cliente *recebe* e o que ele *dá*. O cliente recebe *benefícios* e assume *custos*. Os benefícios incluem benefícios práticos e emocionais. Os custos incluem custos monetários, de tempo, de energia e psicológicos”. Importante notar que nessa relação ficam implícitos dois outros conceitos: *satisfação* e *troca*.

Kotler (2000) coloca que *satisfação* “consiste na sensação de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho (ou resultado) percebido em relação às expectativas do comprador”. Dessa forma, ao situar *satisfação* como *sensação*, Kotler (2000) foge ao pressuposto da teoria econômica clássica da *racionalidade do consumidor* pautada pela *utilidade* do bem ou serviço para o comprador (Araújo, 1995).

Para Kotler a *troca* é um processo de criação de *valor* que nem sempre é uma transação monetária clássica. Em concordância com Kotler (2000) a interpretação de Oliveira e Ikeda (2005) para o conceito de *valor* na abordagem de marketing é a de um confronto de percepções e escolhas, que não estão somente vinculados ao aspecto econômico, no momento da decisão de compra.

Como exemplos dos conceitos anteriormente mencionados, encontram-se alguns estudos brasileiros no campo da pesquisa do comportamento do consumidor de baixa renda aplicados ao varejo alimentar. O varejo é um campo de estudo fértil, por propiciar o acesso a diversas categorias de produtos e serviços de forma ampla (PARENTE ET AL, 2005; D’ANDREA ET AL, 2003; ASSAD E ARRUDA, 2006).

Parente et al (2005) estudaram o comportamento do consumidor de baixa renda no varejo alimentar em uma área pobre de periferia na cidade de São Paulo e confirmaram o que foi anunciado por Prahalad (2005): que o desafio para as

empresas que se voltam à base da pirâmide é a adequação da apresentação da proposta de valor. Esses autores concluíram serem o atendimento e o trabalho de *visual merchandising* tão ou mais importantes quanto os preços dos produtos. Parente et al (2005) concluíram que formatos de lojas que se posicionam como “baratos”, ou muito despojados, são intimamente rejeitados pelos consumidores pobres que se sentem magoados, desprezados e humilhados.

“Identificou-se neste estudo que os consumidores de baixa renda têm uma identidade própria, onde fica ressaltado o gosto pela fartura, a valorização do contato face a face, a baixa auto-estima e uma permanente busca pela dignidade. Seu comportamento de compra expressa uma racionalidade em que o preço é fundamental. No entanto, a variedade de produtos, o atendimento, o ambiente da loja e a confiança são decisivos na escolha de uma loja”.

(Parente et al 2005, pag15).

Assad e Arruda (2006) utilizaram-se da técnica projetiva com recortes de revistas para que consumidoras de baixa renda conseguissem expressar seus sentimentos sobre preferência de compra em supermercados e, posteriormente, verbalizassem sobre as imagens selecionadas. Em linha com o pesquisado por Parente et al (2005), a aparência do supermercado, a qualidade do atendimento e a disposição das mercadorias mostraram ser fatores essenciais para que as consumidoras não se sentissem discriminadas.

Barros (2006) cita o exemplo da rede de supermercados Pão de Açúcar que, em 1998, ao adquirir a rede de supermercados Barateiro, voltada para as classes populares, pôs em prática um estratégia de oferecer produtos de marcas não-líderes, a preços baixos, acreditando que seriam encarados como *vantagem* para a população carente, partindo da lógica de que a população mais pobre não tem condições de exercer o ato de consumir plenamente, avaliando e fazendo escolhas, simplesmente porque precisa sobreviver. Tal estratégia provou ser um grande fracasso pois o público-alvo teve grande rejeição a esse formato, onde os produtos eram encarados como de “segunda categoria”. O público também queria as marcas líderes, mais caras, embora não as fossem consumir na mesma quantidade e frequência que as classes mais altas.

Em D’Andrea et al (2003), a conclusão da pesquisa sobre criação de valor para consumidores emergentes favoreceu um outro formato de varejo que não o de supermercados. O pequeno varejo com uma seleção “correta” de produtos e

marcas e com a flexibilidade do pagamento *fiado* cria “a proximidade emocional e o sentimento de comunidade que resultam da relação pessoal com o dono da lojinha” e que determina a decisão por esse local de compra (mito n.º 5 pag 6). Mas os autores também concluem que os consumidores emergentes avaliam o “custo total de compra”, em que além do preço das mercadorias, levam em conta a forma de pagamento, os custos de transporte e até os custos emocionais como, por exemplo, o custo intangível da frieza de atendimento do comércio tradicional, do sentimento de rejeição e da vergonha.

O segmento de produtos eletroeletrônicos foi estudado por Neto e Chen (2006) que avaliaram o caso de uma empresa multinacional de eletroeletrônicos (identidade não revelada na pesquisa) ao implementar uma estratégia de expansão de seus negócios, no desenvolvimento de produtos para os consumidores da base da pirâmide. Os autores relatam que o projeto foi bem sucedido, aumentando o lucro e *market share* da empresa, porque esta teve a capacidade de entender as necessidades desses consumidores, muito além dos preços e condições de pagamento. Os diferenciais para sucesso puderam ser creditados à: **(i)** afirmação da qualidade dos produtos, pela assinatura da “marca-mãe”, reconhecida pelo mercado como de alta qualidade; **(ii)** *design* superior, como tangibilização do atributo qualidade (*versus* a simplicidade “barata”); **(iii)** garantia e assistência técnica. O “produto ampliado”, através da garantia e da assistência técnica de uma “marca-mãe” reconhecida, foi considerado o de maior diferencial dentre todos os concorrentes da categoria. O atributo “preço” apareceu em posição secundária.

Em categoria totalmente distinta, o trabalho de Alves (2006, pág 81) sobre telefonia celular para o público de baixa renda, também demonstrou que a percepção de *valor* ultrapassava a dimensão *preço*. Além da funcionalidade, o fato de que a possibilidade de se comunicar ajuda a aumentar o sentimento de integração desses usuários com sua comunidade, os recursos de aparelhos, tais como a possibilidade de se tirar fotos, e o *design* diferenciado (*flip* e dimensões reduzidas) eram importantes aspectos de decisão de compra, “podendo ser interpretado tanto como um símbolo intangível de “status” que um modelo oferece a quem compra, como pela preocupação com a qualidade do aparelho”.

Em conformidade com Prahalad (2005), os casos acima citados, demonstraram que o consumidor de baixa renda tem ciência do *valor* de uma marca e sonha, por uma melhor qualidade de vida, como todos os outros consumidores de classes mais altas.

2.6.

Comportamento de compra de medicamentos

As pesquisas sobre hábitos de uso de medicamentos normalmente são alvo de interesse de profissionais e instituições ligados à Saúde Pública, fugindo assim um pouco ao escopo deste trabalho, cujo foco é o comportamento do indivíduo como consumidor de medicamentos (e não como paciente). Na busca de fontes como referencial teórico não foram encontrados materiais de estudo que abordassem o comportamento de compra do consumidor, o ato da compra e as razões e motivações das mesmas, em relação à categoria de medicamentos, fossem consequência de prescrição médica ou de decisão de auto-medicação.

Um dos raros estudos que abordam o uso de medicamentos sob a ótica do consumo – e não da saúde pública - foi conduzido por Huertas e Urdan (2006, pág. 12). Os autores pesquisaram sobre as atitudes do consumidor em relação a medicamentos e concluíram que, na amostra estudada de 300 pessoas acima de 18 anos, existiam diferenças marcantes de atitudes entre os respondentes não saudáveis e saudáveis. Para os primeiros havia uma grande influência do componente afetivo, talvez por *“estarem fragilizadas emocionalmente, não vendo o remédio apenas como um produto funcional, mas como gerador de bem-estar, emoções e sentimentos”*. Já para os segundos, a atitude é formada principalmente pela capacidade do remédio resolver pequenos problemas (atitude cognitiva).

O fenômeno da crescente longevidade, que provoca a degeneração natural do organismo, leva à necessidade da utilização de medicamentos (RAMOS, 2003; FELICIANO ET AL, 2004) e, aparentemente, deveria ser do interesse tanto da indústria farmacêutica como da academia aprofundar esse conhecimento sobre o consumidor mais idoso. Mesmo porque, com a emergência da população da base da pirâmide (PRAHALAD, 2005), novas oportunidades poderiam ser exploradas trazendo possíveis benefícios para os fabricantes e para os consumidores.

O acesso às informações de mercado está, em grande parte, concentrado em estatísticas, dados numéricos, que não esclarecem as necessidades, percepções e sentimentos dos consumidores.

Do ponto de vista da classificação de produtos, por analogia, medicamentos poderiam ser considerados como *bens não-procurados*, já que não se enquadram nas outras classificações apontadas por Kotler (2005). Entretanto, embora possa ser um *bem não-procurado*, em questão de *envolvimento* o medicamento parece ser um produto de forte relacionamento com os consumidores, pois se propõe a minimizar situações de alto risco para a saúde ou sobrevivência. Assim, pela definição de Solomon (2002), de que “envolvimento é a relevância do objeto percebida por uma pessoa com base em suas necessidades, valores e interesses inerentes” o medicamento pode ser considerado como altamente relevante, principalmente em se tratando de uma situação extrema de constrangimento financeiro.

2.6.1.

Participação da categoria medicamentos nos gastos das famílias urbanas

As estatísticas oficiais parecem apontar para uma direção sombria quando se refere à importância da saúde para as famílias brasileiras. A Pesquisa sobre Orçamentos Familiares (POF) da Fundação Getúlio Vargas é um levantamento que tem por objetivo recolher informações sobre os gastos e rendimentos de uma população de famílias. A última pesquisa (2002-2003) englobou 14 mil famílias urbanas residentes em 12 municípios brasileiros, com rendimentos médios de um a trinta e três salários mínimos. Na sua composição são abordados sete grandes grupos de itens de consumo, aos quais são atribuídos “pesos” ou percentuais de gastos. Um desses grupos refere-se à “Saúde e Cuidados Pessoais”.

A pesquisa registrou uma queda no poder aquisitivo da população entre os 2 períodos de análise (1999/2000 *versus* 2002/2003), com reflexo em uma redução do peso do grupo de “Saúde e Cuidados Pessoais” no orçamento total das famílias de 12,01% para 10,36% . O subitem “Medicamentos” apresentou uma retração de 2,80% para 2,19%. Por comparação, o grupo “Alimentação” cresceu seu peso de 25,12% para 27,49% e o grupo “Vestuário” evoluiu de 5,08% para 5,40%, seja

pelo consumo de maior número de itens na categoria ou pela aquisição de itens mais caros.

Tal pesquisa parece sinalizar que os cuidados com a saúde, são avaliados pela população, como itens a serem “cortados” em situação de constrangimento financeiro, em favor de outras categorias de produtos. Comparando-se essas estatísticas com a performance da indústria farmacêutica (item 2.4 deste trabalho), que acusou uma retração no volume de medicamentos comercializados no período de 1999 a 2006 em torno de 16%, poder-se-ia concluir que a redução no percentual de medicamentos dentro das cestas das famílias não foi consequência de redução de preços, mas sim de um encolhimento do consumo.

2.6.2.

Aspectos gerais do perfil do consumidor de medicamentos

Em 2003, a Toledo & Associados, Instituto de Pesquisa de Mercado e Opinião Pública, realizou um estudo de mercado sobre o consumo de medicamentos no Brasil, a pedido da FEBRAFARMA (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica).

Esse estudo visava traçar o perfil dos hábitos de população brasileira com relação à compra de medicamentos nas farmácias e atingiu as 5 regiões do país. Utilizando-se de uma metodologia quantitativa não-probabilística (somente respondia à pesquisa quem tivesse adquirido algum item na farmácia), a amostra constou de 735 consumidores, entrevistados nos pontos-de-venda, em 19 das 27 capitais brasileiras. Aleatoriamente foram sorteados os locais de compra e 79% dos estabelecimentos pertenciam a redes e 21% eram independentes.

Quanto à amostra, as cotas por gênero foram equivalentes entre homens e mulheres, em linha com o Censo IBGE 2000. E o quesito “escolaridade” não acompanhou os mesmos critérios de alguma estatística oficial como, por exemplo, o PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio, IBGE) que leva em conta outras classificações. A tabela 4 apresenta a distribuição dos entrevistados segundo o grau de instrução do chefe de família.

Tabela 4 – Escolaridade do Chefe de Família

Escolaridade do Chefe de Famílias dos Entrevistados	%
Analfabeto/ 1a a 4 série incompletas	10
1a a 4a séries completas / 5a a 8a série incompletas	15
5a a 8a séries completas / 2o grau incompleto	13
2o grau completo / 3o grau incompleto	40
3o grau completo / Pós-grad / Mestrado / Doutorado	22
Total	100

Base amostra: 735

Fonte: Toledo & Associados 2003

Outra diferença também que deve ser levada em conta é a geografia da amostra: a Toledo & Associados concentrou seu trabalho somente em regiões urbanas e capitais, enquanto o PNAD também abrange as áreas rurais.

Quanto à classe sócio-econômica, a pesquisa da Toledo & Associados adotou o critério da ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado) atualmente denominada ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). E, por esse critério, a composição da amostra por classes sociais e por região pesquisada foi a seguinte, conforme demonstrado na tabela 5:

Tabela 5 – Composição das Classes Sociais em Percentual

Composição das Classes Sociais %	A	B	C	D	E
Norte	9	19	37	25	10
Nordeste	5	20	32	31	13
Centro-Oeste	8	30	41	17	4
Sudeste	7	43	38	10	2
Sul	9	31	28	23	8

Base amostra: 735

Fonte: Toledo e Associados 2003

Sumário dos Resultados:

Para 44% dos entrevistados foi reportada uma média de 1,3 doenças crônicas na família, sendo a hipertensão arterial, com 21% de incidência, e a diabetes, com 12% de incidência as mais citadas. A aquisição de medicamentos para 90% da amostra era paga com o próprio dinheiro e uma parcela de 5% mencionou adquirir os remédios através do SUS (Sistema Único de Saúde) e outros 5% mencionou adquirir os medicamentos pelo convênio, por meio de reembolso. Como a pesquisa transcorreu dentro do ambiente das farmácias,

durante o ato da compra, os percentuais acima parecem ser coerentes para essa situação, não podendo ser estendidos ao total da população.

Entre os entrevistados, 83% declararam comprar medicamentos em bases regulares 59% o compravam para si, 34% para consumo de terceiros e 7% para ambos. A média de compra de unidades de medicamentos foi de 1,9, sendo que 56% da amostra comprava um medicamento, porém, verificou-se a compra de até 7 medicamentos.

Apesar do relato dos entrevistados de que 55% das compras de um único medicamento fossem baseadas em receita médica, dentre os 12 medicamentos reportados como aqueles comprados na ocasião e, a atingirem percentual igual ou superior a 1% das menções, somente 2 deles eram de prescrição (tarja vermelha): Cataflam (antiinflamatório oral) e Ampicilina (antibiótico oral). As outras 10 marcas citadas referiam-se a medicamentos conhecidos como OTC (over the counter), de venda livre, sem necessidade de prescrição.

Entretanto, 54% dos entrevistados citaram a razão da compra como “regularmente para tratamento” o que induz à conclusão de que os entrevistados estavam se referindo a presença de doenças crônicas.

A pesquisa da Toledo&Associados embora traga alguma luz sobre a dinâmica de mercado, não esclarece as razões e motivações do comportamento dos entrevistados no ato da compra de medicamentos.

3

Metodologia de pesquisa

3.1.

Tipo de pesquisa

Tratando-se de um trabalho voltado à área de conhecimento do Comportamento do Consumidor, escolheu-se o método da Pesquisa Qualitativa, que por seu caráter exploratório permite conhecer os valores, emoções e motivações que se situam no nível subconsciente do público-alvo, assim como o problema e seus fatores subjacentes (MALHOTRA, 2001).

Em Creswell (1998, pág 15) tem-se que:

“Pesquisa qualitativa é um processo investigativo de entendimento baseado em metodologias tradicionais distintas, para investigação de problemas sociais ou humanos. O pesquisador constrói um cenário complexo e holístico, analisa palavras, relata opiniões detalhadas dos informantes e conduz o estudo em um ambiente natural”.

Esse autor valoriza a construção do conhecimento do pesquisador, à medida que já o define como um *processo*.

Da mesma forma, ao se referir a um *cenário complexo e holístico*, admite que o problema se desdobre em dimensões múltiplas, requerendo sensibilidade e flexibilidade para ajustes.

Creswell (1998) esclarece que a pesquisa qualitativa é a tradição investigativa que responde às perguntas do tipo *Como* e *O que*, demonstrando o interesse por detalhes e possibilitando o aprofundamento dos tópicos. Blecher (2003) comenta em seu artigo “O discreto charme da baixa renda”, que foi devido à percepção dos detalhes revelados na pesquisa exploratória, que empresas como a Multibrás e a Unilever puderam ter acesso às reais necessidades dos consumidores emergentes o que as levou ao lançamento de produtos de sucesso.

Quanto à técnica de pesquisa, aquela escolhida para acesso ao público-alvo foi a das entrevistas pessoais, individuais, em profundidade, seguindo um roteiro previamente desenhado (anexo 1). De acordo com Peter e Olson (2005) esta é uma abordagem interpretativa, herdada da antropologia cultural, que pretende entender o consumo e seus significados e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de sucesso.

Para Malhotra (2001), as entrevistas em profundidade têm várias aplicabilidades, e uma delas é a de ser utilizada para “compreensão detalhada de um comportamento complicado”. Mas, ao mesmo tempo em que permitem análises mais aprofundadas, há o risco da influência do entrevistador, além da dificuldade de análise e interpretação dos dados obtidos.

Dessa forma, visando facilitar a futura análise e interpretação das entrevistas, foi dada uma especial atenção ao Planejamento da Pesquisa.

3.2. Planejamento da pesquisa

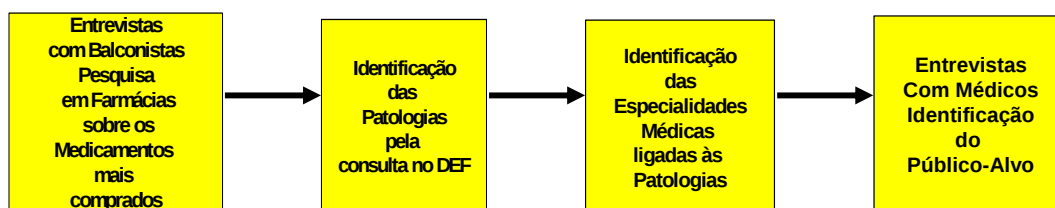
Devido à especificidade do objeto de pesquisa, a precisão de definição do público-alvo importaria diretamente na qualidade do material obtido durante o processo de entrevistas com os consumidores/pacientes. Para atender a essa exigência, em linha com o recomendado por Malhotra (2001), decidiu-se incluir 2 etapas preliminares de entrevistas com “especialistas no setor”, fases consideradas como essenciais ao trabalho. Foram definidos dois grupos de especialistas:

- (i) balconistas/atendentes de farmácias, por serem os profissionais que interagem com os consumidores no dia a dia e estão familiarizados com medicamentos, suas formas de apresentações e preços;
- (ii) médicos especialistas, por serem os profissionais que diagnosticam as doenças crônicas e são capazes de identificar os grupos etários onde ocorrem com maior frequência.

As entrevistas realizadas com esses profissionais serviram de subsídio para a definição do público-alvo da pesquisa, além de auxiliar na construção do roteiro de entrevista (etapa 3).

O gráfico 7 apresenta o fluxo de coleta de informações para determinação do público-alvo da pesquisa.

Gráfico 7 - Fluxo de Planejamento para Determinação do Público-Alvo



Os objetivos e procedimentos adotados durante as três etapas da pesquisa estão detalhados a seguir:

Descrição das Etapas do Fluxo:

Etapas 1 - Entrevistas com balconistas de farmácia

O objetivo era o de identificar os medicamentos mais vendidos para doenças crônicas e quem eram seus compradores típicos.

Esses profissionais foram abordados, no local de trabalho, em farmácias localizadas no município do Rio de Janeiro e em outros dois municípios vizinhos. Nessa pesquisa, ocorrida na primeira quinzena de outubro de 2006, foi consultado um balconista por farmácia, em um total de sete farmácias. Cinco farmácias, três de redes e duas independentes, situavam-se no RJ – Centro, Tijuca, Copacabana, Botafogo e Barra da Tijuca; e 2 farmácias em outros municípios – uma em Nova Iguaçu e outra em Duque de Caxias, a primeira de rede e a segunda independente.

Em cada contato foram feitas duas perguntas:

- "Quais os 10 medicamentos de uso contínuo que o sr.(a) mais vende, com ou sem receita médica?"
- "Quem (sexo, idade) é a maior parte dos consumidores que vêm à farmácia para comprar esses medicamentos?"

As respostas foram anotadas diretamente em bloco de papel.

De posse das respostas, foi realizada uma tabulação simples tomando como base os medicamentos citados (marcas) ou seus princípios ativos. Os medicamentos foram pesquisados no DEF (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2005/2006) e agrupados por indicação de patologias, possibilitando identificar as especialidades médicas que tratavam tais problemas. Em relação à segunda pergunta (quem compra), a quase unanimidade dos entrevistados mencionou que os compradores eram mulheres maduras ou idosas.

Etapa 2 - Entrevista com médicos especialistas

Nessa etapa foram realizadas entrevistas por telefone, com médicos das especialidades identificadas na Etapa 1. O objetivo era conhecer as idades de maior incidência de patologias que demandassem tratamento de saúde com medicamentos de uso contínuo. Havia uma lista de sete especialidades, porém, somente cinco médicos responderam. Ficaram fora da pesquisa os especialistas em reumatologia e em geriatria.

Os cinco médicos contatados eram especialistas, de alguma forma ligados à instituições públicas, cuidado esse que objetivava minimizar o risco de vieses em relação ao entendimento das necessidades e do comportamento de pacientes de classes sócio-econômicas mais baixas. Também nesse caso, as perguntas foram duas:

- “Na sua especialidade quais as patologias de maior incidência que necessitem que o paciente se utilize de medicamentos de uso contínuo?”.
- “Quais as faixas etárias que apresentam maior incidência dessas patologias?”.

A pesquisa realizada junto aos médicos foi feita na primeira quinzena de novembro de 2006. As respostas foram anotadas em bloco de papel e agrupadas em uma tabela-resumo, aqui classificada como Tabela 6, conforme se segue:

Tabela 6 – Relação dos Médicos Especialistas Entrevistados por Telefone

Pesquisa com Médicos Especialistas por Telefone em Novembro de 2006

Nome	Especialidade	Patologias mais Frequentes	Idades de Maior Incidência
<i>Maria Isabel M. de Figueiredo</i>	Genecologia e Obstetrícia	Anticoncepção Reposição Hormonal Osteoporose	18 a 48 anos 45 a 55 anos 5a década de vida
<i>Ademar Fernandes</i>	Clínico Geral	Doenças do Apar. Circulatório Doenças Cardio-Vasculares	a partir da 4a década de vida
<i>Alfredo Martins Sebastião</i>	Cardiologista	Cardiopatia adquirida,) Lesões Ateroscleróticas Dislipidemia(colesterol e triglicérides) Hipertensão Arterial Crônica	a partir da 4a década de vida a partir da 3a década de vida
		Síndrome Metabólica (obesidade e diabetes)	a partir da 4a década de vida
<i>Rossana Corbo R.de Mello</i>	Endocrinologista	Disfunções Tireoideanas Diabetes tipo 2 (diabetes Mellitus) Obesidade	a partir da 3a década de vida a partir da 4a década de vida a partir da 2a década de vida
<i>Antonio Vieira de Mello</i>	Angiologista	Arteriopatias Periféricas Hipercoagulabilidades (trombofilias) Trombose Venosa	a partir da 5a década de vida todas as faixas etárias todas as faixas etárias. Foco 4a década de vida

Concluiu-se que, em linha com as informações contidas na Revisão da Literatura (QUINTELLA ET AL, 2003; FELICIANO ET AL, 2004; CYRILLO, 2005), as doenças crônicas que exigem a ingestão contínua de medicamentos controladores, em sua grande maioria, acometem os indivíduos a partir da 4ª década de vida.

Com base nas respostas obtidas com os balconistas e com os médicos, a decisão foi de se tomar como grupo-alvo mulheres classes C (critério ABEP) , de 45 anos e mais, que apresentassem patologias adquiridas, e precisassem tomar medicamentos de uso contínuo.

3.3. Trabalho de campo com o público-alvo

Aqui se trata da Fase 3 de pesquisa, correspondendo às Entrevistas com Consumidores/Pacientes.

Para a seleção dos entrevistados na Pesquisa de Campo adotou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, vigente em 2007. Foram selecionadas pessoas com pontuação entre 11 e 16 pontos, correspondente a soma de pontos pela Posse de Bens e pelo Grau de Instrução do Chefe da Família.

A Renda Familiar serviu apenas como balizador para análise qualitativa e comparações entre respondentes, tendo em conta que o Critério Brasil constante do site da ABEP, em vigor na data das entrevistas, refletia valores referentes à base salarial do ano 2000 e uma defasagem entre 25% e 33% em relação aos novos valores atualizados do novo critério, a vigorar a partir de fevereiro de 2008.

Durante o processo de seleção a entrevistadora pode constatar a disparidade de perfis entre as entrevistadas, tanto no que se refere à contagem de pontos pela posse de bens e grau de instrução do chefe de família, como em renda familiar declarada, confirmando o que foi apontado no capítulo 2, Revisão da Literatura, página 14 (MATTOSO E BORGES, 2007; BARROS, 2006; MATTOSO, 2007). Também em linha com a contribuição de Coleman (1983), página 16 deste trabalho, poder-se-ia concluir que não existe uma única Classe Sócio-Econômica C, mas várias sub-categorias de Classes C.

Além dos critérios da CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil), foram utilizados outros filtros de recrutamento de entrevistados. Considerou-se importante minimizar o risco de influências sociais e descartaram-se sujeitos que tivessem algum grau de parentesco com empregados, ex-empregados e parentes que trabalhassem em laboratórios farmacêuticos, no sistema de saúde ou na distribuição farmacêutica (farmácias, drogarias, distribuidoras etc...).

O Roteiro da Entrevista (Anexo 1) foi elaborado com base nas informações levantadas na revisão de literatura e nas etapas 1 e 2 da pesquisa. Ele buscou utilizar uma linguagem acessível ao entendimento de pessoas de nível educacional

simples, atentando para o fato de que as entrevistadas poderiam ter tido uma escolaridade limitada e que algumas poderiam ser analfabetas.

Foram conduzidas 17 entrevistas e selecionadas 15 para análise. As 2 entrevistas descartadas foram por motivo de **i)** clara insinceridade da entrevistada **ii)** excesso de ruído no local da entrevista, impedindo o perfeito entendimento do depoimento durante a transcrição.

Os principais pontos abordados no roteiro foram;

- Forma de acesso a tratamento médico: local de consulta, origem da prescrição e forma de aquisição do medicamento
- Prioridades de despesas e posição relativa do medicamento
- Motivações e sentimentos pelo uso e não uso do medicamento
- Situações de restrições e sentimentos associados
- Grau de aderência ao tratamento

Todas as entrevistas foram gravadas em fita e, posteriormente, integralmente transcritas para sua análise. As transcrições eram feitas no mesmo dia da ocorrência das entrevistas.

Seguindo as recomendações de Creswell (1998) em todas as situações houve a intervenção de um “facilitador” (*gatekeeper* pág 125), cujo objetivo era tornar o encontro de entrevista mais amigável, gerando confiança no indivíduo entrevistado. Assim é que no caso das faxineiras de condomínio o “facilitador” foi a supervisora da manutenção, para a inspetora de escola e para a aluna da escola pública o “facilitador” foi um professor, para a costureira foi o gerente da lavanderia etc.... todos previamente contatados pela pesquisadora.

A existência de facilitadores foi fundamental para que houvesse acesso às informantes e fossem criadas situações de confiança por parte das entrevistadas, tendo em conta que várias das perguntas e respectivas respostas poderiam gerar constrangimento, pela situação delicada de falarem sobre renda, desemprego, dificuldades financeiras ou sentimento de vergonha por “passar mal”, principalmente se fosse no local de trabalho.

3.4. Análise dos dados

3.4.1. Perfil das entrevistadas

Embora, tratando-se de pesquisa qualitativa, restrita as 15 entrevistas, sem significância estatística, notou-se uma prevalência de problemas de hipertensão e diabetes, em linha com o que se apontou na Revisão da Literatura, subitem 2.6.2. Dentre as entrevistadas, apenas uma delas era dona-de-casa, sem atividade remunerada. A Tabela 7 apresenta um panorama geral do perfil das 15 entrevistadas, todas mulheres com idade acima de 45 anos.

Tabela 7 – Perfil das Entrevistadas
Perfil das 15 Entrevistadas

Nome	Grau de Instrução*	Idade	Estado Civil	Local de Residência	Critério Brasil**	Renda Familiar R\$	Problema de Saúde***	Atividade
Sônia Maria	Ginas. Incomp	52	casada	Paciência	14	800	Hipertensão	Faxineira
Maria José	Ginas. Comp.	50	casada	Curicica	12	700	Disfunção Hormon.	Faxineira
Regina Célia	Primár. Comp.	57	Separada	Leblon	12	1000	Hipertensão	Faxineira
Ines	Ginas. Comp.	54	Casada	Taquara	16	1200	Hipertensão	Faxineira
Edna Thereza	Sup. Incomp.	67	Viúva	Grajaú	16	1200 (A)	Diabetes	Costureira
Maria Helena	Coleg. Comp.	62	Separada	Cidade de Deus	15	1800	Hipertensão	Emp. Doméstica
Maria da Conceição	Ginas. Incomp	64	Casada	Leblon	11	2000	Hipertensão	Servente
Rosângela	Coleg. Comp.	48	Viúva	Vila Kennedy	13	750	Hipertensão	Inspetora Esc. Pub.
Maria José Rosa	Coleg. Incomp	49	Casada	Posse	13	1200	Diabetes	Cuidadora de idosos
Jocélia	Primár. Comp.	49	Casada	Cordovil	13	470	Hipertensão	Ascensorista
Eunice	Ginas. Comp.	48	Separada	Santa Cruz	13	800	Diabetes	Faxineira
Elizabeth	Primár. Incomp	58	Casada	Caxias	11	700	Hipertensão	Manicure
Katia	Sup. Incomp.	51	Casada	Irajá	16	1500 (B)	Diabetes	Recepcionista
Monica	Ginas. Comp.	45	Casada	Caxias	15	1465 (C)	Diabetes	Serviços Gerais
Cecília	Ginas. Comp.	65	Casada	Pilares	16	1000	Diabetes	Dona de Casa

* Chefe de família

** Posse de Itens e Instrução em Pontos

*** Principal

(A) Média. Máximo atingido R\$ 2500,00, quando todos estão trabalhando

(B) Média. Máximo atingido R\$ 2000,00, quando todos estão trabalhando.

(C) Média. Máximo atingido R\$ 2925,00, quando todos estão trabalhando.

3.4.2. Método de análise

A cada entrevista concedida as informações eram transcritas, se não imediatamente após a entrevista, pelo menos no mesmo dia. O objetivo era poder construir um conhecimento sobre o tema proposto, paulatinamente, assim como averiguar quais perguntas poderiam ser melhor exploradas, além de permitir uma auto-avaliação da entrevistadora em sua tarefa.

Na condução da 13ª entrevista já havia condições de se conduzir uma análise, pelo critério da saturação. Entretanto, foram conduzidas mais 4 entrevistas

de forma a se poder trabalhar com uma faixa mais extensa de confiabilidade e prevendo-se alguma “mortalidade”, como realmente aconteceu.

À medida que as entrevistas eram transcritas foi possível construir *dimensões* ou *temas*, a partir de padrões de respostas que se repetiam.

Foram também selecionadas palavras ou expressões, constantemente utilizadas pelas entrevistadas, que melhor pudessem traduzir o pensamento das mesmas.

3.5. Limitações do método

Foram identificadas algumas limitações durante o processo de pesquisa e análise:

- No Planejamento da Pesquisa era originalmente prevista a condução das entrevistas em locais públicos, de forma a propiciar uma maior diversidade no perfil das entrevistadas. Porém, a grande maioria das mulheres abordadas na rua, por motivo de segurança ou pressa, declinou do convite para entrevista, obrigando a autora a refazer o método de abordagem e identificando a necessidade de recorrer a facilitadores, o que levou a uma certa tendência de entrevistar em edifícios residenciais, casas comerciais e escritórios nos bairros de Botafogo, Flamengo, Tijuca e Barra da Tijuca. Como a seleção de entrevistas deixou de ser aleatória, pode ser que tenha ocorrido algum viés nas respostas como decorrência da convivência das entrevistadas com ambientes de escritórios, clientes ou patrões de nível social mais elevado, pela emulação de atitudes.
- Algumas entrevistas poderiam ter sido mais exploradas mas esbarraram na disponibilidade de tempo disponível das entrevistadas pois que, exceto por uma informante, todas trabalhavam fora e concederam a entrevista em intervalo de almoço ou durante o expediente.
- Houve muita dificuldade por parte da autora em se decidir sobre ao enquadramento de algumas entrevistadas na classe social C, tendo em conta que, em algumas situações, a renda familiar declarada era superior

aquela já atualizada pelo novo critério ABEP, embora a Posse de Bens e Escolaridade do Chefe da Família apontassem para a classificação como classe C.

- O fato de algumas das respondentes receberem através dos Programas de Saúde, total ou parcialmente a medicação de que necessitam para seus tratamentos de saúde, sem que incorram em alguns custos, pode levar desvios de respostas. Talvez a pesquisa tivesse tomado outro rumo se um filtro adicional houvesse sido aplicado: a seleção somente de respondentes que efetivamente custeassem 100% de seus medicamentos.
- A pesquisa não considerou respondentes do sexo masculino, o que poderia impactar na construção de *dimensões* diferentes ou na ampliação do número de *dimensões*.
- A autora é egressa da indústria farmacêutica e, portanto, de alguma forma seu conhecimento do segmento pode ter influenciado a análise.
- O tipo físico da autora, a princípio, causava estranheza às entrevistadas, mesmo tomando-se o cuidado da vestimenta mais simples e de linguagem imitando aquele das entrevistadas. Esse fato dificultava um pouco a fluidez das respostas nos primeiros minutos da entrevista, sendo amenizado ou eliminado durante o processo.

4

Análise dos resultados

A análise do material das entrevistas foi conduzida em dois níveis de captação de informações:

- i) informações que correspondiam às respostas estimuladas pelo roteiro de pesquisa e sustentadas pelo planejamento do estudo.
- ii) informações que se originaram de conteúdos novos, surgidos espontaneamente durante o processo das entrevistas.

Dessa forma, foi possível identificar *categorias (similaridade de informações contidas nas respostas)* do comportamento do consumidor, algumas surpreendentes e outras dentro de padrões esperados, conforme comentários constantes do item 5 (Conclusões).

4.1.

Categorias encontradas

À medida que conteúdos se repetiam, de entrevista para entrevista, a pesquisadora buscava interpretar *padrões de informações*, de forma a agrupá-los para análise. Foi possível identificar uma mesma *lógica* ou *fio condutor de pensamento* entre os relatos, no tocante ao assunto alvo das questões propostas às entrevistadas.

Dessa forma, foram propostas 6 *categorias* de comportamento. O ponto de partida foi o resgate de alguns critérios-chave abordados no “roteiro de entrevista” como, por exemplo, a prioridade de gastos na família e o planejamento das despesas, hábitos de compra e adesão ao tratamento. Essas podem ser observadas nos subitens 4.1.2; 4.1.4; 4.1.5.

Outras categorias foram construídas a partir de *comportamentos / verbalizações recorrentes* durante o transcorrer das entrevistas, como foi o caso das categorias que correspondem, respectivamente, aos subitens 4.1.1; 4.1.3; 4.1.6.

A descrição das 6 *categorias* com suas principais características e exemplos de verbalização das informantes é apresentada a seguir.

4.1.1. Funcionalidade e bem-estar

Essa categoria traduz a demonstração do pensamento das entrevistadas ao reconhecerem que a ação do medicamento lhes proporciona “capacidade de trabalho” e “conforto”, questões essenciais ao bem-estar e à sobrevivência. Entrevistadas também escalonam seus problemas de saúde segundo o grau de incômodo “imediato”, normalmente, representados por dor, tonteiras e o risco do vexame de “passar mal” em local público ou de trabalho. Lançam mão de qualquer artifício para obter o remédio. Buscam atendimento nos Postos de Saúde (melhor) ou Hospitais Públicos (pior). Parecem conferir alto nível de importância à busca de alternativas caso os benefícios atuais do local que freqüentam, por alguma eventualidade, cessem.

“Porque se você não tiver remédio para tomar, fica doente e não tem condição de trabalhar”.

“Sem remédio nem pensar! Sinto tonteira e posso até cair na rua!”.

“Não, já deixei de comprar outra coisa para poder comprar o remédio”.

“Mas eu opto primeiro, sempre, pelas minhas necessidades”.

“Minha amiga tem osteoporose. Ela toma remédio para não quebrar os ossos. Mas se ela não tiver dinheiro não precisa comprar logo o remédio porque não dói, não passa mal”.

“Já deixei uns dias de tomar o remédio do colesterol porque o da pressão é mais importante para mim. Colesterol não dói, nem faz desmaiar”.

“Fui lá e fiz uma inscrição, lá tem um Plano de Diabetes e Hipertensão, eu me inscrevi e fica do lado de casa e de 6 em 6 meses eu tenho que ir lá”.

“Já pararam de mandar o remédio, daí eu tive que ir fazer fichinha em outro Posto”.

“Vou no Andaraí, hospital do Andaraí e lá no serviço de idosos, os médicos atendem e receitam. Às vezes dão amostras, quando não dão eu compro. Só compro genérico se o médico falar que pode”.

“Se não é num Posto vou noutro. Se não dá vou pra emergência”.

Esses depoimentos evidenciam o senso de prioridade associado ao medicamento. Os principais aspectos que podem ser retirados do discurso das entrevistadas são:

- Para as entrevistadas os medicamentos são prioridade porque proporcionam bem estar e a capacidade de poder trabalhar, obtendo os recursos para o sustento próprio e da família.
- Mesmo em relação aos problemas de saúde, aqueles que causam desconforto vêm primeiro na lista de prioridades de compra. São normalmente o mal estares causados pela hipertensão, pelo diabetes ou pelas cardiopatias.
- Assim, problemas de saúde que não causam desconforto imediato são tratados “quando se pode” como, por exemplo, as doenças da tireóide, a osteoporose e o colesterol.
- Claramente, os Postos de Saúde são o maior recurso de que dispõem para se tratarem, principalmente nos programas de controle do Diabetes e da Hipertensão.
- As entrevistadas demonstraram conhecimento dos serviços disponibilizados pelos Postos de Saúde e algumas delas recorrem a mais do que um Posto.

4.1.2. Planejamento do orçamento

Essa categoria traduz a demonstração do pensamento das entrevistadas ao reconhecerem a importância de serem responsáveis e controladas nos gastos, de alocarem os recursos de que dispõem. Existe uma preocupação em buscar a melhor oferta, o melhor preço e um senso de responsabilidade em quitar o compromisso com terceiros (ex: aluguel) e de não ficarem sem serviços básicos (ex: luz e gás). Há uma tendência a se mirarem na experiência negativa de vizinhos, conhecidos ou parentes que se achem incapazes de cumprir compromissos financeiros ou, até mesmo, de suprirem suas necessidades básicas e de evitarem que essas situações se repitam com elas.

“O aluguel, depois a luz, porque a luz vem separada do aluguel e são 2 coisas que eu me preocupo muito, moradia e a luz”.

“Já deixo reservado ali. Cinquenta reais tá lá guardadinho só para os meus remédios”.

“Para a comida e para os remédios eu dou um jeito, uma costurinha aqui, ajudo em festinha, coisinhas”.

“Plano de Saúde é tudo de bom! E lá no meu emprego ainda tenho Cesta Básica. Daí, planejando dá pra fazer tudo e comprar umas coisinhas”.

“Eu pego o ticket de alimentação e troco no supermercado por carne, frango, carré. Comida levo de casa”.

“É, eu faço pesquisa. Eu ando muito. Se for preciso eu ando o dia todo para ver onde é o lugar mais barato. Eu compro no lugar mais barato. Eu pesquiso muito, entendeu? Para tudo! E encontro o lugar mais barato. Às vezes a diferença é de 100%”.

“A Pacheco é uma que sempre vende genérico barato, então eu procuro comprar na Pacheco. O genérico lá é bem mais em conta”.

“As dívidas. O cartão, porque tendo o cartão em dia você pode comprar em qualquer lugar, né? Sem dinheiro, né? Primeiro o cartão. Porque daí a gente já

fez aquele planejamento quando recebe o salário. Aí você paga o cartão e já pode comprar”.

“Não! Normalmente, quem vai emprestar? Amigo não tem. Com filho eu que tenho que, às vezes, tirar daqui para dar para ele, né? Então, eu pego na C&A porque o meu limite é de duzentos reais de empréstimo, mas às vezes eu pego 50, às vezes eu pego 100 e daí eu pago 120, 130, por aí assim, nessa faixa. Se tiver no meio (do mês) pego mais, se tiver no princípio pego menos.”

“Quem não tem salário fixo tem que pagar à vista”.

Esses depoimentos sinalizam a consciência da necessidade de se planejar tanto as entradas como as saídas de recursos financeiros e, também, que a pesquisa por preços baixos parece ser um hábito entre as entrevistadas. Para as entrevistadas, dentro dos seus planejamentos, os compromissos financeiros são classificados em dois níveis: os primeiros a serem cumpridos são os que têm data “certa” para serem atendidos, como aluguel, luz, gás e telefone. Em segundo plano vêm aqueles que podem ser cumpridos no dia a dia, como alimentação, transporte ou medicamentos. Os principais aspectos extraídos dessas entrevistas são:

- As entrevistadas declaram fazer uma intensa pesquisa de preço, favorecendo as grandes redes de farmácias / drogarias, fora da comunidade. Algumas redes de farmácia são credenciadas como Farmácia Popular e essa é uma importante referência de preço baixo.
- As entrevistadas têm consciência de “faixa de preço” e por aí se pautam ao tomar uma decisão, principalmente se a diferença de preço compensar, por exemplo, custo de transporte para adquirir o medicamento em outro lugar.
- As entrevistadas que possuíam baixa escolaridade (primário completo ou incompleto) se colocavam como também sabendo buscar a “compra inteligente”
- Quem não tem conta em banco ou emprego formal tende a pagar as despesas à vista, em espécie.

- Quem tem emprego formal e pode quitar as despesas com o pagamento mensal / quinzenal tende a pagar as despesas com cartão, cuja posse significa crédito e, portanto, um sentimento de inclusão social.
- Despesas da casa (coletivo) tendem a ser pagas com o salário fixo. Prioridades: cartão de crédito, carnês ou empréstimo em financeira, aluguel, luz, gás.
- Despesas com alimentos, apesar de prioritárias para a sobrevivência, são necessidades diárias, que podem ser pagas com os “bicos”, quando a renda não for suficiente para cobrir todas as despesas. Esse racional também é utilizado para os medicamentos.
- Todas as entrevistadas possuíam algum tipo de Cartão de Crédito, embora nem todas o utilizem habitualmente, tanto por receio de descontrole como pelo conhecimento dos altos juros cobrados. Entretanto, a posse do cartão sinalizava segurança para as situações emergenciais.

4.1.3. Responsabilidade e família

Essa categoria traduz a demonstração do pensamento das entrevistadas no que tange as suas responsabilidades e ao seu papel de provedoras do sustento próprio e da família.

“Eu sou uma pessoa muito independente, eu não peço nem pros meus filhos. É mais fácil os meus filhos pedir para mim, do que eu pedir para eles. Até hoje eu ajudo”.

“Me preocupa muito porque se eu parar, aí já viu, pára tudo, né? Eu tenho medo de ficar doente, ter que parar, não poder trabalhar. Quem vai ”tocar a casa?”.

“Meu medo maior é que eu sou cabeça da casa, se eu tenho um AVC, ficar completamente inutilizada para trabalho, o que vai ser da minha vida? Dos meus filhos?”.

“Sustento filha e dois netos”.

“Meu filho se separou, está desempregado, voltou pra casa. Eu banco tudo”.

Os depoimentos acima apontam para um sentimento de responsabilidade e dever para com a família e da necessidade de combater esse receio diante da possibilidade de incapacidade temporária ou permanente de prover tanto o sustento geral da casa como o próprio.

- As entrevistadas sabem que têm papel relevante no núcleo familiar. Interpretação do “papel na família”: “Minha família precisa de mim”; “Os jovens precisam de minha ajuda”.

4.1.4. Papel do médico e rotina dos remédios

Essa categoria traduz a demonstração do pensamento das entrevistadas na importância que conferem à recomendação médica e à compra do medicamento. Conhecem as marcas dos medicamentos, seus princípios ativos e concentrações de formulação.

“O meu médico falou, não come mas compra remédio. Palavra do meu cardiologista”.

“Faço igualzinho como o médico manda!”.

“Não, porque é uma coisa que o médico falou: “Você precisa tomar”. E seu sei, eu sinto que eu preciso do remédio, né?”

“Eu compro o Drenol e a Atevina. Meu marido compra Pressotec. Tudo separado. Cada um cuida do seu”.

“Eu levo a receita na farmácia e compro o meu medicamento que é o Pronolol de 40, Hidrocotiasida de 25 mg ou de 50 mg .Exatamente como meu médico receita. Já to com ele há 8 anos”.

“Hoje mesmo eu já tomei. O Pronolol de manhã e à 1 hora tomei o Hidrocotiasida. Isso é todo santo dia”.

“Tomo, de manhã e à noite. Tomo 2 de manhã e 1 à noite”.

A pesquisadora observou, por parte das entrevistadas, uma preocupação em demonstrar conhecimento das marcas dos medicamentos e suas concentrações,

evidenciando também uma familiaridade com a indicação de cada medicamento (“esse é para o diabetes”).

- As entrevistadas mostraram grande familiaridade com o ingrediente ativo dos seus medicamentos, assim como concentrações do sal e marcas, fazendo inclusive comparações entre tratamentos atuais e tratamentos anteriores.
- O papel do médico parece ser de importância fundamental para a aderência ao tratamento. Sua recomendação é encarada com seriedade, geradora de confiança e algumas respondentes expressam carinho nesse relacionamento, principalmente se for de longa data.
- Quase todas as entrevistadas compram, elas mesmas, seus medicamentos.
- As entrevistadas demonstraram seguir rigidamente os tratamentos prescritos e obedecerem horários.

4.1.5. Valor da marca

Essa categoria traduz a demonstração do pensamento das entrevistadas quanto aos benefícios de se tratarem de forma adequada, com o medicamento correto. Prezam o aval de qualidade conferido pela marca do medicamento de referência e desconfiam da eficácia dos medicamentos genéricos.

“Não comprei o genérico não, comprei, esse eu comprei... É, o medicamento da marca”.

“Tem genérico, mas eu fui tomar e fui pra consulta, estava com a pressão alta aí o médico pediu pra ver qual remédio ele deu e eu falei que comprei o genérico porque era mais barato. Daí ele disse: “Deixa eu ver qual remédio a sr.a está tomando”. Tô tomando o remédio que o sr. passou. “Deixa eu ver dona Sonia.”. Daí eu mostrei para ele. “Essa farinha a sr.a não toma mais. Tem que comprar é o outro, não o genérico.” Aí eu tô tomando. Pago mais caro. Uma caixa é 38 e o outro era 14”.

“Deve funcionar, mesmo que não seja tão bom como os outros normais”.

“Não, genérico não me faz efeito. Eu tomo e não serve para nada”.

“Antes era Capoten. Agora tem genérico Captopril. Prefiro o outro, mas esse também é bom”.

Nos depoimentos acima se evidencia a importância das marcas dos medicamentos, mesmo que ao adquiri-los haja um maior custo financeiro. As entrevistadas não parecem confiantes em tomar medicamentos genéricos e em alguns depoimentos se justificam pela própria reação negativa dos médicos que as tratam.

4.1.6. **Outros consumos**

Essa categoria traduz a demonstração do pensamento das entrevistadas em como conseguiram se elevar no contexto social. Elas declaram com orgulho as conquistas na posse de bens de consumo, principalmente itens de conforto da casa (eletroeletrônicos), roupas e sapatos. Elas têm lares equipados através da facilidade dos crediários. Também reconhecem a importância da educação para romper o ciclo de pobreza.

“Me sacrifiquei mas tenho de tudo em minha casa”.

“Sou vaidosa, quando o dinheiro sobra compro umas blusinhas e umas sandalinhas pra mim”.

“Eu já estou melhor do que os meus pais, já consegui mais”.

“Sou remediada”.

“Meus filhos estudaram e já têm as coisinhas deles direitinho”.

“Meus filhos se formaram. Minha filha tá fazendo Psicologia”.

“Nem sei dizer, porque graças a Deus, tá dando certo, tá dando para comprar. Eu nunca passei aperto assim a esse ponto não”.

“Dar um jeito, né? Comprar pelo menos no cartão. Compro roupa, sapato, coisas pra casa”.

“Sei que pago muitos juros e daí? Tenho crédito na C&A e pego dinheiro lá”.

“Eu já comprei minhas coisinhas, já paguei, já tive né? Já comprei tudo meu a prazo, né? Porque ninguém tem dinheiro, né?”.

O que se observa nos depoimentos acima é um sentimento de que conquistaram, até esse momento da vida, mais do que possuíam a alguns anos.

- Expressões como “sou trabalhadora / sou pobre / sou sacrificada” contrastam com outras expressões como “tenho minhas coisinhas / tenho tudo direitinho / tenho conforto”, nos mesmos discursos.
- Apenas 1 entrevistada em 15 “desceu na escala social” por viuvez precoce. Todas as outras participantes da pesquisa “ascenderam” socialmente, ao menos na comparação pela posse de bens (capacidade do poder de compra) e na educação dos filhos.
- Dentre as entrevistadas nenhuma se colocou como apenas vivendo pela “sobrevivência” . Ao menos nesse grupo de classe C (Critério de Classificação Econômica Brasil) parece que elas já se vêem como tendo conquistado os itens essenciais de conforto.

Os depoimentos acima exemplificados refletem o comportamento de consumidores que estão cientes das consequências de seus atos, além de caminharem bem dentro do contexto em que vivem.

Nessa pesquisa, a combinação das seis categorias anteriormente citadas, parece contribuir para a criação de um novo ângulo de análise no comportamento da consumidora de classe sócio-econômica C (CCEB), de 45 anos e mais, usuária de medicamentos de uso contínuo, sinalizando a posição de destaque de medicamentos na cesta de produtos e evidenciando uma postura consciente e positiva diante do contexto social que cerca esses consumidores.

Uma visão geral das *categorias* pode ser encontrada na Tabela 8, conforme se segue:

Tabela 8 – Resumo das Categorias Construídas a Partir da Análise das Entrevistas

Resumo das Categorias

Subitem	Categoria	Características
4.1.1	Funcionalidade e Bem-Estar	- Medicamento é a prioridade > bem estar> poder trabalhar
4.1.2	Planejamento do Orçamento	- Disciplina para atender às demandas mensais - Intensa procura por preço - Diferenciação entre despesas para o “coletivo” e o “pessoal”
4.1.3	Responsabilidade e Família	- Papel de Provedora na família - Preocupação com a “não funcionalidade” ou “ausência”
4.1.4	Papel do Médico e Rotina dos Remédios	- Importância da recomendação médica - Conhecimento do princípio ativo e concentrações - Disciplina e aderência ao tratamento
4.1.5	Valor da Marca	- Medicamento eficaz: desconfiança da eficácia do genérico - Valor superior da marca
4.1.6	Outros Consumos	- Orgulho pela conquista de bens > lares equipados - Utilização de produtos de crédito - Sentimento de ascensão social - Importância da educação para os filhos

Os resultados da pesquisa de campo reiteraram alguns aspectos conceituais identificados na Revisão da Literatura (item 2), apesar de parte dos estudos tratarem de segmentos de produtos de consumo ou serviços, com características bem distintas dos medicamentos de uso contínuo, objeto deste trabalho.

Em linha com o estudo de Prahalad (2005), o grupo de 15 entrevistadas nesta pesquisa, compartilhava da situação de ganhos incertos e da necessidade de um minucioso planejamento entre as entradas de recursos e gastos familiares, estabelecendo-se um processo de contínua avaliação de prioridades. Também, se observou que as entrevistadas demonstravam um comportamento de grande cuidado com seus compromissos financeiros e avaliavam o impacto negativo de endividamentos. Sua visão não se limitava ao curto prazo, mesmo quando em situação de aperto financeiro, o que viria a confirmar o já observado por Mattoso (2005). A utilização de produtos de crédito também era encarada como um sinalizador de status e distinção e um fator de inclusão no mundo do consumo conforme observado em Mattoso e Rocha (2005), principalmente na conquista de bens para equipar os lares.

Assim como no trabalho de Casarin e Motta (2006), a pesquisa por preço era intensa. Porém, não se confirmou preferência por comprar em estabelecimentos comerciais em torno da comunidade onde viviam as entrevistadas, nem em estabelecimentos de pequeno porte, conforme observado no trabalho de D'Andrea et al (2003).

O papel de provedora responsável e criteriosa coincidiu com o estudo de Parente et al (2005) quando se verificou um sentimento positivo de competência entre as donas de casa, por conseguirem “dar conta” da responsabilidade que lhes cabe em abastecer o lar, sem estourar o orçamento previsto, manejando os recursos como “boas administradoras”.

No âmbito da saúde, a busca pela funcionalidade e o bem-estar obtidos pelo uso do medicamento de uso contínuo, refletidos em aderência ao tratamento prescrito pelo médico, confirmou o estudo de Feliciano et al. Igualmente foi observado que, em linha com a pesquisa de Feliciano et al, dentre as doenças crônicas reportadas pelas entrevistadas, havia uma prevalência de hipertensão e diabetes, ambas causadoras de mal estar, caso não sejam controladas pelo uso diário de medicamentos .

Em considerando o uso e a avaliação de medicamentos genéricos não houve consenso com as conclusões do estudo de Souza et al (2004). Em seu trabalho, os autores colocam que a embora a população de baixa renda seja a que mais necessita de medicamento genérico, ela não dispõe de informação suficiente para, individualmente, discernir sobre a qualidade e os benefícios dessa alternativa, devido a quatro fatores básicos: **(i)** baixa escolaridade afetando o cognitivo, **(ii)** reduzido acesso aos meios de comunicação (principalmente mídia impressa), **(iii)** confusão entre os conceitos de medicamento genérico e medicamento similar (sem testes de bioequivalência e biodisponibilidade para comprovar eficácia) e **(iv)** a desconfiança natural da população no que diz respeito à eficácia desses medicamentos.

Mesmo considerando as possíveis diferenças nas características da população em relação à área geográfica (cidade de Londrina, Paraná) e uma defasagem de tempo de 3 anos, este trabalho não chegou às mesmas conclusões sobre medicamentos genéricos que a pesquisa de Souza et al (2004). Esta pesquisa identificou que a não preferência por medicamento genérico se dava pelo fato de

que os profissionais médicos com os quais as 15 entrevistadas se consultavam, não pareciam confiar na eficácia desses medicamentos sendo eles próprios os que induziam, recomendavam ou receitavam às pacientes os medicamentos de marca. Entretanto, curiosamente, as pacientes não colocavam em dúvida a eficácia dos medicamentos distribuídos pelos postos, que não são identificados nem como genéricos, nem como de marca.

Conforme descrito no item 4.1.4 (Papel do Médico e Rotina dos Remédios), as entrevistadas demonstraram conhecimento sobre o princípio ativo de seus medicamentos, assim como sobre a concentração dos sais, o que demonstra alguma familiaridade com a categoria. Este estudo exploratório também observou que o papel do médico é importante fator de influência no julgamento das pacientes sobre a qualidade dos medicamentos e do valor atribuído à marca de referência.

5 Conclusão

5.1. Resumo dos resultados

A proposta do presente estudo foi a de investigar a importância do medicamento de uso contínuo na hierarquia de compra da consumidora com idade igual ou superior a 45 anos, pertencente à classe C (CCEB), portadora de doença crônica adquirida, de forma a contribuir para a elaboração das estratégias de marketing da indústria farmacêutica.

A busca desse entendimento desdobrou-se em cinco objetivos intermediários, sendo o primeiro deles relacionado à pesquisa da literatura disponível e os outros quatro relacionados à pesquisa de campo, junto à população-alvo de consumidoras de idade igual ou superior a 45 anos, de classe C (CCEB), usuários de medicamentos de uso contínuo e que sofrem de doenças crônicas adquiridas.

- 1) A revisão da literatura abrangeu pesquisas em livros, dissertações, artigos acadêmicos, publicações da mídia e consulta a sites, todos relacionados aos temas que deram suporte a essa dissertação.
- 2) O segundo objetivo intermediário buscou entender o processo de planejamento de despesas e o estabelecimento de prioridades de consumo, em um cenário de restrições financeiras e entradas incertas;
- 3) O terceiro intermediário procurou compreender a relação paciente/consumidor com o(s) medicamento(s) utilizado(s) e os sentimentos prevalentes na impossibilidade de obtê-lo(s);
- 4) O quarto objetivo intermediário procurou verificar as formas de acesso a tratamento médico, tais como local de consulta, origem da prescrição, forma de aquisição do medicamento; investigar a percepção pelo consumidor do tratamento (importância atribuída ao mesmo, aderência, benefícios percebidos) ;

5) O quinto objetivo intermediário buscou investigar o papel da *marca* do medicamento para o consumidor

As informações para sustentação do segundo ao quinto objetivos intermediários foram obtidas por meio de um trabalho de campo no qual foram analisadas 15 entrevistas, com mulheres com idade igual ou superior a 45 anos, que sofressem de algum tipo de doença crônica adquirida, moradoras na área do Grande Rio, pontuadas como classe C pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) utilizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

Os relatos obtidos neste estudo apontam para o fato de que o medicamento de uso contínuo, para o público-alvo deste trabalho, é um item que ocupa posição de destaque na hierarquia de compra do consumidor, que não mede esforços para obtê-lo tendo em conta sua necessidade para o bem-estar, a funcionalidade e a sobrevivência.

O que se aprendeu com esta pesquisa foi que as entrevistadas possuem métodos próprios e bastante semelhantes de gerir o orçamento doméstico, que requer um planejamento minucioso, de forma que ao disporem de um recurso financeiro para a compra do medicamento, que é de uso individual, essa compra não desfalque a cesta de compras das necessidades da família, o coletivo, e nem as deixe vulneráveis.

As entrevistadas recorrem a vários artifícios para cobrir as despesas do mês, mas o de maior frequência é a possibilidade de exercerem “bicos”, principalmente quando existe algum fato inesperado que desequilibre o orçamento. Mais raramente recorrem a empréstimos em financeiras ou se endividam em cartão de crédito.

Despesas da casa tais como aluguel, luz e gás, parecem ocupar uma posição mais importante do que alimentação nesse planejamento. Talvez porque como o consumo de alimentos se dá de forma paulatina, em caso de falta de recurso financeiro eles também podem ser adquiridos fazendo-se “bicos”, conforme mencionado por algumas entrevistadas.

O que nesta pesquisa se mostrou claro foi a existência de um “sistema regulador” entre as necessidades da família e as necessidades pessoais, que se

dividiam entre o ingresso “garantido” para a sobrevivência da família e o ingresso eventual para as necessidades pessoais, incluindo medicamentos.

Aliás, o planejamento detalhado parece ser uma característica dos consumidores da base da pirâmide em todos os trabalhos consultados como referencial teórico e que também foi observado na elaboração desta pesquisa. Mattoso (2005, pág. 175) se refere a esse comportamento como a crença de poder controlar seu próprio destino.

Em resposta ao terceiro objetivo intermediário, este estudo identificou uma estreita relação emocional entre as pacientes e seus medicamentos conforme já antecipado por Huertas e Urdan (2006, pág. 12) e mencionado no item 2.6 Comportamento de Compra de Medicamentos (pag 41 deste trabalho).

As respondentes da pesquisa demonstraram em sua maioria, sentimentos de quase carinho, possivelmente devido a grande dependência dos medicamentos para o bem-estar, e em nível mais profundo, para a própria sobrevivência. As entrevistadas, como têm problemas de saúde, pareciam sentir-ser fragilizadas emocionalmente quando diante da perspectiva de impossibilidade de seguirem o tratamento prescrito. Nesses casos, os medicamentos não seriam apenas produtos/bens funcionais, mas uma fonte de bem estar, traduzindo emoções e sentimentos positivos.

Utilizando esta linha de raciocínio é possível entender porque os medicamentos pareciam ser considerados como produtos de alto envolvimento. Em Solomon (2002, pág 101) encontra-se a definição de envolvimento como “a relevância do objeto percebida por uma pessoa com base em suas necessidades, valores e interesses inerentes”. Para Peter e Olson (2005) o envolvimento é um estado de motivação que alimenta e conduz os processos cognitivo e afetivo e o comportamento dos consumidores à medida que eles tomam decisões. Assim, consumidores que acreditam que os atributos de produtos estão fortemente ligados as suas metas e valores, sentir-se-ão mais envolvidos com os produtos. No caso do objeto desta pesquisa a motivação é o bem estar e a meta é “estar vivo”.

Nesta pesquisa, quando confrontadas com a possibilidade de não conseguir comprar o medicamento, verificou-se uma reação verbal de grande frustração e

medo, que na linguagem restrita das entrevistadas se traduzia normalmente como “me sinto péssima”.

O quarto objetivo intermediário caracterizou-se por um amplo escopo de situações relativas aos meios de acesso ao tratamento. Nele, a grande parte das entrevistadas respondeu que obtém tratamento médico através dos Postos de Saúde onde são inscritas. Eles são normalmente localizados no mesmo bairro ou comunidade onde residem as pacientes. Algumas entrevistadas possuem Planos de Saúde. Aparentemente o atendimento nos Postos é satisfatório quanto à qualidade dos médicos e a doação de medicamentos para aquelas que são inscritas nos programas de atendimento. Porém, como a procura é grande há longas filas e nem todos as especialidades médicas e exames estão disponíveis.

Quando há necessidade de comprarem os medicamentos, ou porque não foram fornecidos a tempo ou porque tratam de problemas de saúde não atendidos nos postos, a preferência do local de compra são as grandes redes, com seus encartes e ofertas especiais, sendo algumas delas filiadas ao Programa da Farmácia Popular. A procura por preço é intensa, mas em situações emergenciais ou por motivo de conveniência, as entrevistadas poderiam se decidir por “comprar em qualquer lugar”.

As receitas de medicamentos oriundas de Postos de Saúde ou outras instituições públicas, oferecem a vantagem de habilitarem as suas portadoras a adquirir medicamentos no Programa da Farmácia Popular. Quem tem Plano de Saúde, através do empregador, não goza desse benefício, embora tenha a comodidade de marcação de consultas, exames variados e planos de internação. Nesses casos, os medicamentos são pagos integralmente pelas entrevistadas. A rede de farmácias Pacheco foi bastante citada nesta pesquisa, como sendo a “mais em conta” e estar “em todos os cantos” (distribuição ampla).

A autora observou que para o grupo pesquisado, a aquisição do medicamento é uma etapa importante no processo de tratamento. Ela se destaca como um fato relevante, que é a pré-existência de uma receita médica, individual, adequada a cada paciente, composta de marcas ou nomes genéricos, posologias e recomendações complementares. As receitas são seguidas com fidelidade, tanto quando os medicamentos são adquiridos com recursos próprios, como quando são fornecidos por algum órgão governamental.

Finalmente, no quinto objetivo intermediário os resultados sugerem que a marca de referência é valorizada pelas consumidoras mesmo que, circunstancialmente, elas não possam consumi-la. Marcas de Referência parecem constituir um importante diferencial no quesito *confiança* na eficácia do tratamento e sua possibilidade de aquisição transparece como um reforço à auto-estima.

5.2.

O que os gestores de marketing deveriam considerar

Durante o processo das entrevistas quatro situações se evidenciaram para a entrevistadora como sendo relevantes no processo de decisão das estratégias de marketing e, portanto, potencialmente importantes para os Gestores de Marketing.

- A primeira situação (i) foi antecipada por Mattoso e Borges (2007); Barros (2006) e Mattoso (2007) e refere-se à ausência de consenso ou qualidade (sofável) dos critérios de classificação sócio-econômica. Essa dificuldade de se traçar um perfil da classe social C, a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), foi registrada pela pesquisadora no item Limitação do Método.

Durante o desenvolvimento deste trabalho, a mídia divulgou os Novos Critérios ABEP para o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), entrando em vigor a partir de fevereiro de 2008. Além da atualização das faixas de renda e da revisão das variáveis que compõem o sistema de pontuação pela posse de bens de consumo, a estimativa de participação da classe C na população brasileira, cresceu em 7 pontos percentuais, saltando de 36% para 43%, reforçando sua posição como classe sócio-econômica de maior representatividade, com quase 50% do país. Repetindo o que já se encontrava anteriormente para as classes A e B, que se subdividiam em A1 / A2 e B1 / B2, a classe C foi subdividida em C1 e C2, de forma a permitir uma análise mais acurada de seus comportamentos de compra.(Valor Econômico, 04/12/2007).

De forma a obter informações mais confiáveis e precisas, os Gestores de Marketing das indústrias de produtos e serviços ligados à Saúde deveriam

procurar buscar critérios próprios que pudessem ajudar-lhes a compreender os hábitos dos seus públicos-alvo, independentemente dos perfis clássicos pelos critérios de posse de bens e renda. Na pesquisa conduzida pela autora, as entrevistadas demonstraram, por exemplo, que a forma como auferem seus rendimentos é decisiva na forma como adquirem os seus medicamentos e que os mesmos são, ao menos para esse grupo, uma compra pessoal, que não faz parte do “orçamento da família”.

- A segunda situação (ii) refere-se ao conceito de idade. Apesar das entrevistadas se encontrarem na faixa etária entre 45 e 67 anos, e todas apresentando algum problema de saúde adquirido, o que é considerado normal nessa fase de vida pelos médicos que fizeram parte do estágio de Planejamento de Pesquisa, nenhuma delas se auto-classificou como “idosa”, “madura” ou qualquer outra expressão que denotasse 3ª idade. Durante o processo de entrevista, pareciam vaidosas, vigorosas, combativas e ativas.

Embora o estudo de Jayanti et al (2007) não seja conclusivo sobre esse ponto, pois que também os autores aconselham aprofundamento de pesquisa sobre o tema, há uma recomendação de que se estude e atualize as escalas de idade para os grupos considerados como consumidores maduros ou idosos. Esses autores constataram que a perspectiva de uma vida mais longa, os ganhos em qualidade de vida, levam os cidadãos a estenderem cada fase da vida, “empurrando” para frente a fase de idoso. Aliás, eles chamam atenção para a existência não de uma, mas de várias sub-segmentações dentro da chamada maturidade, acusando comportamentos diferentes entre grupos de 55 a 65 anos, de 66 a 75 anos ou acima de 75 anos.

Dessa forma, parece conveniente que os Gestores de Marketing sejam capazes de entender os comportamentos específicos de cada sub-grupo buscando a linguagem de comunicação adequada, no envio de suas mensagens aos públicos-alvo.

Imagens de pacientes idosos e carentes ou linguagem de teor populista, não parecem ser os elementos com os quais esse grupo pesquisado de classe C se

identifica. Caso o estímulo seja a emulação dos hábitos das classes mais altas, talvez uma linguagem mais integrada de elementos aspiracionais apresente melhor identificação com esse público-alvo, mesmo em se tratando de medicamento de uso contínuo.

- A terceira situação (iii) foi a conclusão de que independente do grau de instrução, as respondentes foram capazes de citar com precisão as marcas e/ou ingredientes ativos e posologias de seus tratamentos, tendo constituído uma surpresa para a autora. Essa constatação embora válida somente para esse grupo, alteraria a linguagem de comunicação com o mercado, talvez até mesmo favorecendo as campanhas de esclarecimento público sobre medicamentos genéricos, que até o momento não parecem ter sido eficazes em convencer esse público-alvo representado pela quase totalidade das entrevistadas.
- Em quarto lugar (iv) surgiu a importância das marcas de referência, independente de ainda estarem protegidas ou não por patentes, já que o consumidor comum desconhece esses detalhes, pois que não interferem diretamente em sua vida. No caso das empresas detentoras dessas marcas, a única sustentação possível de um diferencial é através da comunidade médica, já que outras alternativas são passíveis de sanções legais. Uma pesquisa bem estruturada talvez se constituísse em uma novidade para os médicos, ao demonstrar que a confiança no medicamento é mais importante do que o preço, podendo estar contradizendo a crença geral de que o custo do tratamento é o principal fator para que os pacientes os abandonem, tanto em situações crônicas como agudas. Se para o paciente o que importa é o *valor*, e dele faz parte a confiança na eficácia do medicamento possivelmente a presença da marca de referência o motive a aderência, pela crença da eficácia e resultado final positivo. Esse argumento pode sinalizar algumas das razões que tornam os pacientes aderentes aos tratamentos.

Parece haver uma grande oportunidade para os laboratórios farmacêuticos se buscarem atender à população emergente, com seus medicamentos de marcas de referência, principalmente em tratamentos de doenças crônicas que implicam em fidelidade do paciente para o controle da doença e até a sua sobrevivência. Essa

possibilidade se tornaria especialmente importante quando perdem suas patentes e passam a sofrer a consequência da concorrência dos genéricos. Talvez por motivos mais políticos do que financeiros, os gestores não optem pelo *trade off* entre queda de vendas e redução de preços.

Embora não possa ser generalizado pelas inferências das declarações de uma pesquisa exploratória de escopo restrito, o medicamento de marca que apresentasse uma faixa de preço próxima dos medicamentos genéricos, mesmo que direcionalmente superiores, ‘barrariam’ essa concorrência.

As quatro situações acima descritas vêm ao encontro das recomendações de acadêmicos e analistas de mercado que enfatizam a importância de se conhecer, em profundidade, o comportamento do consumidor-alvo, favorecendo a elaboração de estratégias de marketing eficazes. Se para Prahalad (2005) e Blecher (2003), a base da pirâmide (e nela principalmente a classe C) é o novo paradigma de crescimento das empresas então, os Gestores de Marketing deveriam estar cada vez mais atentos ao comportamento no cotidiano desses indivíduos. Deveriam poder ampliar os seus conhecimentos, no intuito de facilitar a interpretação de necessidades, anseios e sentimentos para melhorarem a qualidade de suas decisões.

Porém, como recomenda Malhotra (2002) é importante que se conheça e se compreenda as capacidades e limitações das pesquisas porque elas fornecem informações relevantes para as decisões gerenciais, mas não podem oferecer soluções, pois estas exigem o julgamento gerencial.

5.3. Recomendação para estudos futuros

Para um maior aprofundamento no conhecimento do comportamento do consumidor de baixa renda em sua relação com medicamentos de uso contínuo, recomenda-se que o escopo de pesquisa seja estendido a:

- 1) pesquisa qualitativa com usuários de medicamentos das classes D e E visando conhecer as semelhanças e diferenças entre os comportamentos das classes sócio-econômicas de baixa renda;

2) pesquisa qualitativa com representantes do sexo masculino, para observar quais os padrões que delineiam o comportamento masculino;

3) pesquisa quantitativa, que pudesse delimitar *clusters* de renda total e renda per capita em lares multigeracionais e como esses limites afetam a decisão de compra, a partir do planejamento do orçamento e o estabelecimento de prioridades.

Uma pesquisa abrangente deveria avaliar consumidores em outras regiões do país e considerar também problemas de saúde na sua forma aguda.

6

Bibliografia

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2a edição, 2004.

ABRAHÃO, S.; CHEN S. **O Consumidor de Baixa Renda como uma Opção de Expansão dos Negócios: O Caso de uma Multinacional de Eletroeletrônicos**. 3º Congresso Internacional de Comunicação e Marketing. FGV, 23 e 24 de agosto de 2006.

ALVES, C. E. A. **Um estudo sobre o uso da telefonia celular nas classes de baixa renda**. Dissertação de Mestrado. IAG PUC-Rio, abril de 2006.

ARAÚJO, C. R. V. **História do Pensamento Econômico – Uma abordagem introdutória**. Editora Atlas, São Paulo, 1995.

ASSAD, M. M. N.; ARRUDA, M. C. C. **Consumidor de Baixa Renda: o Modelo de Dinâmica do Processo de Compra**. EnANPAD 2006.

AUSTIN, J. **Managing in Developing Countries**. New York: The Free Press, 1990

BARRETO, F.; BOCHI, R.; ABRAMOVICZ, P. **Mercados Pouco Explorados: Descobrindo a Classe C**. The Boston Consulting Group, Inc., 2002.

BARROS, C. A. **“Invisibilidade” do Mercado de Baixa Renda nas Pesquisas de Marketing: as Camadas Populares Consomem ou Sobrevivem?** ANPAD, EMA, maio de 2006.

BARROS, J. A. C. Estratégias Mercadológicas da Indústria Farmacêutica e o Consumo de Medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 1983.

BLECHER, N.; TEIXEIRA JR., S. O discreto charme da baixa renda. **Exame**, São Paulo; Ed. Abril, nº. 20, 2003.

BOECHAT, Y. “A chave dourada está com o pobre”. **Valor Econômico**, 27/10/05

BOONE, L. E.; KURTZ, D. L. **Contemporary Marketing**. Thomson, United States, 11th edition, 2004.

CAETANO, J. R. **800 Milhões de Novos Consumidores**, Portal Exame, 27 de julho de 2006.

CANÇADO, P.; NEVES, M. L. “Classe Média no Sufoco”. **Época Negócios**, 12/12/2005.

CASARIN, T.; MOTTA, P. C. **How Low-Income Consumers Increase the Amount of Food to Share with More**. 6th Global Conference on Business & Economics, Harvard University, Boston, US, October, 2006.

CHAUVEL, M. A. **Consumidores Insatisfeitos: Uma oportunidade para as empresas**. Mauad, Rio de Janeiro, 2000.

COHEN, F. D. **O advento dos genéricos e seu impacto nas estratégias competitivas da indústria farmacêutica brasileira**. Dissertação de Mestrado, IAG-PUC-Rio, Março 2004.

COLEMAN, R. P. The Continuing Significance of Social Class to Marketing. **Journal of Consumer Research**. v. 10, p. 265-280, December 1983.

CRESWELL, J. W. **Qualitative Inquiry and Research Design – Choosing Among Five Traditions**. California: Sage Publications Inc., United States, 1998.

CYRILLO, D. C. **Consumo de Medicamentos na População Fisicamente Ativa com mais de 60 Anos**. São Paulo: USP, PRONUT (Programa de Interunidades Humana e Aplicada), 2005.

D’AMBROSIO, D. “Brasil inova em produtos básicos”. **Valor Econômico**, 18/11/05.

D’ANDREA, G.; STENGEL, E. A.; GOEBEL-KRSTELJ, A. **Crear valor para los consumidores emergentes**. Harvard Business Review America Latina. Noviembre 2003.

DAWSON, L. M. Marketing to Less Developed Countries. Article **.Journal of Small Business Mangement**, October 1985.

DICIONÁRIO DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS 2005/2006. **JBM – JORNAL BRASILEIRO DE MEDICINA**. Editora de Publicações Científicas Ltda. Rio de Janeiro.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.. **O Perfil do Idoso de Baixa Renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: Um Estudo Epidemiológico**. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, nov-dez 2004.

GRANT, J. “Com preços e custo menores P&G aumenta clientela”. **Valor Econômico**, 18 de Novembro 2005.

HERZOG, A. L. A difícil arte da simplicidade. **Revista Exame**, 14 de Dezembro 2006.

HUERTAS, MELBY K. Z.; URDAN, A. T. **A Atitude do Consumidor sobre Medicamentos: Cognitiva ou Afetiva?**(ANPAD- EMA 2006)

JAYANTI, K. R.; MCMANAMON, M. K.; WHIPPLE. The Effect of Aging on brand attitude measurement. **Journal of Consumer Marketing**. v. 21, n. 4, 2004.

KOTLER, P. **Administração de Marketing**. São Paulo: Prentice Hall. Terceira Edição, 2001.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing – Uma Orientação Aplicada**. Porto Alegre: Bookman. Terceira edição, 2001.

MARCONDES, C. “Cresce a briga por baixa renda”. **Jornal do Comércio**: 31 de Outubro 2005.

MATTOSO, C. **Me Empréstimo o Seu Nome: Um estudo sobre os consumidores pobres e seus problemas financeiros**. Rio de Janeiro, Ed. Mauad X, 2005.

_____; Existiria um comportamento específico do consumidor pobre ou uma pobreza de estudos nesta área?. Revista da ESPM, março/abril 2006.

_____; BORGES, S. O Potencial das classes C e D. Entrevista à revista **Target, ESPM Junior**. Maio- Agosto 2007.

_____; ROCHA, A. **Significados Associados às Estratégias para Solução de Problemas Financeiros dos Consumidores Pobres**. 29º. Encontro Nacional da ANPAD. Anais – CD-ROM, p. 15, 2005.

MEIO & MENSAGEM. **Classes C, D e E “Puxam” Crescimento de Alimentos**. 12 de Setembro de 2005. Fonte: Target Group Index-ano 6.

NASCIMENTO, I.; VIANA, G. Laboratórios faturam R\$21,5 bilhões. **Gazeta Mercantil**, 18 de Dezembro de 2006.

NEIVA, P. Estamos tomando remédio demais?. **Veja**, 31 de Janeiro de 2005.

NETTO, A. D. Brasil 2025. **Valor**, 15 de Maio de 2007.

PARENTE, J. G.; BARKI, E. E.; KATO, H. T. **Consumidor de Baixa Renda: Desvendado as motivações no varejo de alimentos**. EnANPAD, 2005.

PENTEADO, P. T. P.da S. et al. **O Uso de Medicamentos por Idosos**. Curitiba: Visão Acadêmica, jan- jun 2002.

PETER, J. P.; OLSON, J. C. **Consumer Behavior & Marketing Strategy**. New York: McGraw Hill, United States, Seventh Edition, 2005.

PRAHALAD, C. K. **A Riqueza na Base da Pirâmide – Como erradicar a pobreza com o lucro**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

_____; HAMEL, G. **Competindo pelo Futuro**. Rio de Janeiro, 2005.

RAMOS, L. R. **Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: Projeto Epidoso**, São Paulo. Caderno Saúde Pública. v. 19, n. 3. Rio de Janeiro, junho 2003.

SILVA JÚNIOR, A. "Cartões já estão até nas feiras livres". **Valor Econômico**, 14 de Fevereiro de 2006.

SOLOMON, M. R. **O Comportamento do Consumidor – Comprando, Possuindo e Sendo**. Porto Alegre: Bookman, Quinta Edição, 2002.

SOUZA, M. J. B. et. al. **Medicamentos Genéricos: Um Estudo Longitudinal da Percepção e Decisão de Compra da População com Base no Marketing Aplicado às Políticas Públicas**. EnANPAD 2004.

SITES

[http 1] <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/index.html>. United Nations Programme on Ageing. Consulta em 04 de julho de 2006.

[http 2] <http://www.febrafarma.com.br>. Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica Publicações/Estudos Febrafarma. Consulta em 13 de outubro de 2006.

[http 3] <http://www.targetbr.com>. Target Marketing. Trade Marketing & Shoppers Insights, Consulta em 06 de janeiro 2007 .

[http 4] <http://www2.goldmansachs.com/insight/research/reports/report6.html>

[http 5] <http://www.hsm.com.br>. O Futuro pertence ao BRIC. [HSM On-line](#) / [Revista HSM Management](#) / [Edições HSM Management](#) / [Ano 8 Número 44](#) /maio/junho 2004

[http 6] <http://www.abep.org> . Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Consulta em 05 de junho de 2006.

[http 7] <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/meanings.html> . Consulta em 18/01/2007.

[http 8] <http://www.ibge.gov.br> . Censo 2000. Consulta em 28 de novembro de 2006.

[http 9] <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing.html>. Consulta em 28 de novembro de 2006.

[http 10] http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing_demo5.html. Consulta em 29 e novembro de 2006.

[http 11] www.who.int . Várias consultas em Dezembro de 2006.

[http 12] www.un.org . Várias consultas em Dezembro de 2006.

[http 13] <http://www.ibge.gov.br>. “Comunicação Social, 30 de agosto de 2004”. Consulta em 08 de Novembro de 2006.

[http14] <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2310CiroMortellaFebrfarmadebatedor.pdf>.

Consulta em 04 de setembro de 2007

[http 15] <http://www.rxlist.com/script/main/hp.asp>. Consulta em 11 de agosto de 2007.

[http 16] <http://www.progenericos.org.br/mercado.htm>. Consulta em 12 de agosto de 2007.

[http 17] <http://www.egagenerics.com/fac-indstats.htm>. Consulta em 12 de agosto de 2007.

[http18]

<http://www.imshealth.com/ims/portal/pages/homeFlash/latinAmerica/0,2765,6266,00.html>.

Consulta em 12 de agosto de 2007.

[http 19] <http://www.progenericos.org.br/institu.htm>. Consulta em 12 de agosto de 2007.

[http 20] <http://www.interfarma.org.br>. Federação Brasileira das Redes Associativistas de Farmácias. Consulta em 13 de outubro de 2006.

7

Anexos

7.1.

Roteiro de entrevista

Consumidor de Medicamento de Uso Contínuo

Bom dia/ Boa tarde / noite !

Estou participando de uma pesquisa para minha Universidade, a PUC/Rio, e o objetivo é conhecer melhor as pessoas que tomam remédios, que precisem deles para controlar seus problemas de saúde. A senhora poderia me responder algumas perguntas?

FILTRO

- A senhora está tomando ou precisa tomar (tem receita médica), no momento, algum remédio, desses que a pessoa precisa tomar sempre para controlar algum problema de saúde?
- A senhora poderia me dizer a sua idade?
- A senhora ou alguém na sua família trabalha em alguma clínica ou hospital, ambulatório ou laboratório?
- Na sua casa, a senhora possui quais os produtos dessa lista (Critério Brasil).
- Quem é o chefe da família? Qual o grau de instrução dele (a)? Idem acima.

Checar rapidamente a pontuação e prosseguir ou encerrar.

ROTEIRO

Como é difícil eu escrever tudo e também posso não me lembrar de tudo que a sr.a disser, a sr.a se incomoda se eu gravar nossa conversa? No momento que a sr.a quiser, podemos desligar o gravador. É só a sr.a me dizer. Podemos começar?

- A sr.a poderia me contar qual é (quais são) o(s) problema(s) de saúde pelo(s) qual (quais) a sr.a tem que tomar remédios?

- Que remédio(s) a sr.a toma/tem que tomar para esse(s) problema(s)? Quem receita o(s) remédio(s)? Onde foi (posto de saúde, hospital, outro)? O médico indicou uma opção de remédio ou várias? (verificar se cita medicamento genérico).

- Quando a sr.a compra o remédio, compra exatamente o que o médico indicou? Sim? Não? Por quê? Se não, quem indicou o remédio que a sr.a compra?

- Normalmente, é a sr.a mesma quem compra o remédio? Se não, quem compra?

- Onde a sr.a costuma comprar o remédio? Sempre no mesmo lugar? Depende? Do que? A sr.a faz pesquisa de preço para comprar? Se sim, como faz (onde e como pesquisa)?

- Pensando no dinheiro de que a sr.a dispõe para gastar no mês, o que a sr.a compra primeiro? Por quê? Quais são as despesas as quais a sr.a dá prioridade?

- O que faz quando falta dinheiro?

- Já aconteceu de a sr.a pedir dinheiro emprestado para comprar o remédio? Como foi? Quem emprestou o dinheiro? A sr.a depois devolveu o dinheiro? Sim? Não? Como?

- Já aconteceu de a sr.a não comprar o remédio e ficar sem tomar? Se sim, quando foi? Poderia me contar como foi? Por que aconteceu? Como a sr.a se sentiu? A sr.a sabe quais podem ser os efeitos se a sr.a não tomar o remédio? Quais são? Ficou preocupada? Como lidou com a preocupação? Sentiu algum efeito por não estar tomando o remédio?

- A sr.a alguma vez já teve vontade de não comprar o remédio e usar o dinheiro para uma outra coisa? Qual? Poderia me contar como foi?

- Tem alguma coisa que eu não tenha perguntado e que a sr.a ache importante comentar sobre esse assunto?

7.2.

Critério de classificação econômica Brasil (CCEB)



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens			
	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	2	3	4	5
Rádio	1	2	3	4
Banheiro	2	3	4	4
Automóvel	2	4	5	5
Empregada Mensalista	2	4	4	4
Aspirador de Pó	1	1	1	1
Máquina de Lavar	1	1	1	1
Vídeo Cassete e/ou DVD	2	2	2	2
Geladeira	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto

Primário completo / Ginásial incompleto

Ginásial completo / Colegial incompleto

Colegial completo / Superior incompleto

Superior completo

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1		1
A2		5
B1		9
B2		14
C		36
D		31
E		4

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org – abep@abep.org
 Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 – IBOPE

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.

Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer – 0pt
 Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer - 2pts
 Possui geladeira de duas portas e não possui freezer - 3pts
 Possui geladeira de duas portas e freezer – 3pts
 Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável) – 1pt

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org – abep@abep.org
 Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 - IBOPE

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções freqüentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...*” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa

qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

Classe	Total Brasil	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR		DF
A1		1	1	4	5	8	27	42	14	1
A2		4	4	6	11	29	38	10	1	5
B1		5	8	13	38	32	4	1	4	9
B2		7	14	39	31	3	1	6	10	16
C		21	38	26	2	1	5	10	16	36
D		45	28	5	1	5	7	17	38	28
E		17	5	3	9	9	12	34	28	4

RENDIA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Renda Média Familiar (R\$)
A1	7.793
A2	4.648
B1	2.804
B2	1.669
C	927
D	424
E	207

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org – abep@abep.org
 Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 - IBOPE

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)