

Uma restrição ao número de visitas dos DIM terá impacto no comportamento de prescrição dos médicos? O caso português



António Valente

PhD, MBA

Cegedim Health Data Spain, Head

antonio_valente@yahoo.com

Entre 2004 e 2016, enquanto colaborador da Dendrite, depois Cegedim, e finalmente IMS Health, vários clientes perguntavam “como é que eu sei se o que estou a investir em DIM, congressos, e outros instrumentos promocionais, está a ter impacto no comportamento de prescrição dos médicos?”. Trabalhei com os meus colegas em vários destes projectos, mas ficou sempre o “bichinho” de desenvolver esta temática de um ponto de vista mais científico, e após um período de reflexão, candidatei-me ao PhD em Gestão de Empresas na Universidade Europeia, que iniciei no final de 2016 e concluí com a minha defesa em maio de 2020. Analisei as evidências sobre a eficácia dos instrumentos promocionais na nossa indústria, incluindo no mercado Português, e estudei o efeito da limitação ao número de visitas dos DIM no comportamento de prescrição dos médicos e ao nível organizacional do SNS.

Vamos começar por um pouco de teoria, para melhor enquadramento. A literatura do marketing das ciências da vida – da qual fazem parte as indústrias farmacêutica, biotecnológica, e de dispositivos médicos – indica que o comportamento de prescrição

dos médicos depende de uma série de factores, que poderemos dividir em dois grandes grupos. Um primeiro grupo de factores *non-marketing related* inclui a ordem de entrada no mercado (medicamentos inovadores levam vantagem sobre os que surgem em segundo e terceiro lugares), preferência pessoal do médico, experiência com o produto, regulação (guidelines, formulários, comparticipação, prescrição por DCI, limites aos gastos, entre outros) e também a influência dos próprios pacientes. Um segundo grupo de factores *marketing related* inclui características do produto (eficácia, inovação, posologia, ...), preço, distribuição (disponibilidade), e claro, a promoção, onde se incluem diversos instrumentos promocionais, em especial o *detailing* (visitas dos DIM), que abordaremos agora em maior detalhe.

A grande investigação em *detailing* tem sido maioritariamente feita por autores que utilizaram bases de dados constituídas por séries temporais de dados de vendas e investimentos dos laboratórios em instrumentos promocionais em vários canais de comunicação (tradicionais e digitais). A maior parte destes artigos utilizam dados dos EUA, mas também existe literatura que utiliza dados

Europeus, ainda que em menor número. Muito resumidamente, podemos dizer que em termos teóricos o instrumento promocional que provoca uma maior alteração no comportamento de prescrição dos médicos (medida através das vendas de medicamentos) é o *detailing*. Mas com que magnitude? A tabela em baixo apresenta as elasticidades médias apuradas por quatro investigadores (Kremer, Bijmolt, Leeflang, Wieringa) que realizaram uma meta-análise a dezenas de artigos sobre *detailing* e outros instrumentos promocionais. Como interpretar estas elasticidades? Olhemos por exemplo para o valor da elasticidade média: por cada 1% de aumento no esforço promocional em *detailing*, as vendas

Área terapêutica	Elasticidade (detailing)
Inflamação	0,549
Coração e doenças vasculares	0,392
Hipersensibilidade	0,244
Dermatologia (patologias da pele)	1,069
Neurologia	0,317
Outras	0,331
Média	0,326

Tabela 1



dos produtos sobem em média 0,326%. Utilizando alguns pressupostos, podemos construir cenários alternativos de investimentos em *detailing* e estudar o impacto provável nas vendas dos produtos.

Na Europa, regra geral, os estudos realizados apontam para uma elasticidade de menor magnitude, que se explica principalmente pela existência de um mercado bastante mais regulado do ponto de vista promocional, quando comparado com o mercado Americano. Perguntarão agora: e em Portugal? A investigação desenvolvida no âmbito do meu doutoramento permitiu analisar 18 produtos (medicamentos) em quatro mercados, aos quais foram atribuídos nomes muito simples, de modo a manter no anonimato os produtos em cada um: mercado *Blood* (três produtos), mercado *Pancreas* (cinco produtos), mercado *Heart* (cinco produtos), e mercado *Liver* (cinco produtos). Foram aplicados mais de 10 modelos teóricos, sendo os resultados de um deles (porventura o mais comparável com os resultados apresentados na tabela 1) agora apresentados na tabela 2.

A primeira evidência indica que as elasticidades médias são, como havia assinado, inferiores às registadas nos EUA. Em

Mercado	Elasticidade Detailing	Elasticidade Detailing stock
Blood	0,118	0,275
Pancreas	0,165	0,342
Heart	0,005	0,123
Liver	0,131	0,106
Média	0,103	0,204

Tabela 2

segundo lugar, diferentes mercados revelam diferentes elasticidades. Nesta tabela, muito simplificada (e que “ignora” mais de 80% das variáveis utilizadas), encontramos também o *detailing stock*, que poderemos chamar de esforço acumulado de *detailing*. Se um porta-aviões em velocidade de cruzeiro desligar os motores, a força do “embo” permitirá continuar a navegar durante talvez dezenas de milhas, o mesmo se passando com o capital acumulado de *detailing*, que continuará a surtir o seu efeito pelo menos durante alguns meses. No caso do mercado *Pancreas*, a elasticidade do *detailing stock* é notável: 0,342, ou seja, por cada 1% de aumento no investimento nesta variável, as vendas dos produtos aumentarão, em média, 0,342%.

Agora que já abordámos um pouco de

teoria e prática do impacto do *detailing* em Portugal, apresento um conceito novo, mas relacionado: o dos tectos máximos ao número de visitas permitidas aos DIM, ou, como surge na literatura científica, os *detailing ceilings*. A teoria do marketing das ciências da vida sugere que estes *ceilings* poderão ter impacto no comportamento de prescrição dos médicos, dado que a um menor número de visitas permitidas aos DIM, corresponderá um menor número de prescrições dos produtos promovidos. A teoria sugere ainda que a elasticidade do *detailing* baixará para os produtos líderes e aumentará para os não líderes.

Como sabemos, em Agosto de 2013, entrou em vigor o Despacho n.º 8213-B/2013, que estabeleceu as regras de acesso dos DIM aos serviços e estabelecimentos do SNS. Antes deste Despacho já havia regulamentação aplicada por algumas unidades de saúde, mas sem expressão nacional.

A entrada em vigor do Despacho provocou alguma alteração nas elasticidades do *detailing*, em algum dos 18 produtos analisados? Resposta pura e dura: de um ponto de vista estatístico, não. Nenhum dos coeficientes das elasticidades se alterou de forma estatisticamente significativa,

Vendas

entre o período antes (Janeiro de 2012 a Julho de 2013) e o período depois (Agosto de 2013 a Dezembro de 2015). Esta evidência foi obtida como resultado da utilização de testes estatísticos à “quebra” das séries temporais, através de uma base de dados de 48 meses.

Com o objectivo de tentar compreender as razões subjacentes a esta ausência de alteração significativa nas elasticidades, o próximo passo consistiu na realização de 20 entrevistas em profundidade a DIM, médicos, Directores Gerais de laboratórios, Directores Hospitalares e de Centros de Saúde, responsáveis da tutela, representantes da APIFARMA, Consultores, entre outros *stakeholders*. A grande maioria destes – todos os DIM e grande parte dos restantes entrevistados – sugeriu que não houve quebra no número de visitas a médicos e instituições do SNS. As justificações foram várias: algumas unidades de saúde não haviam ainda implementado o Despacho; as que implementaram, controlaram o acesso com maior cuidado apenas durante o primeiro ano, mas depois aliviaram o mesmo; há “portas do cavalo” que os DIM conhecem e que permitiram continuar a visitar os médicos nos centros de saúde e nos hospitais; nas

unidades onde o controlo é mais apertado, os DIM visitam os médicos no parque de estacionamento (à chegada ou à saída do profissional de saúde), no bar/restaurante, na clínica/consultório/hospital privado ao fim da tarde; e outras abordagens utilizadas pelos DIM, que no final conseguiram manter a mesma proximidade com os profissionais, no somatório entre visitas formais e contactos mais rápidos. Poderemos agora perguntar: e se aceitarmos não sermos tão exigentes do ponto de vista quantitativo, e com alguma bondade aceitarmos algumas conclusões desprovidas de significância estatística, mas seguramente interessantes? Porventura a maior dessas conclusões prende-se com o facto da maioria dos produtos não líderes terem aumentado as suas elasticidades do *detailing*, tal como sugeria a teoria.

Houve oportunidade de avaliar também o nível de realização de outros objectivos do Despacho, alguns explícitos (plasmados no preâmbulo do mesmo), e outros tácitos (inferidos através da interpretação do Despacho e dos contributos dos entrevistados). A tabela 3 sumariza alguns desses objectivos.

Se por um lado o Despacho não terá provocado um efeito significativo no

comportamento de prescrição dos médicos e consequentes vendas de medicamentos, por outro terá tido algum efeito ao nível da organização e previsibilidade do funcionamento diário nas actividades assistenciais do SNS. A grande alteração estrutural verificada na indústria na década que terminou em 2015 deveu-se mais à confluência de um conjunto de efeitos exógenos do que a este Despacho. A “tempestade perfeita” teve epicentro em vários factores, incluindo a crise económica e financeira, a intervenção da *Troika*, os limites máximos de despesas com medicamentos, a prescrição electrónica, a prescrição obrigatória por DCI, os softwares de prescrição muito limitativos, as limitações às “linhas”, as mudanças na dinâmica do mercado e no ecossistema administrativo do SNS, entre outros), resultando num novo paradigma de mercado.

Quando questionados sobre formas de melhorar o Despacho, os respondentes apresentaram várias sugestões. A maioria sugeriu que poderá ser estabelecido um limite menos restritivo no número de visitas por ano, a cada instituição do SNS (indicaram que um número mais equilibrado seria de oito a 10 visitas por ano). Além disso, teriam envolvido os interessados no processo de tomada de decisão, para obter opiniões, reacções e contribuições, e teriam estabelecido um número diferente de visitas por ano, de acordo com o tipo de empresa, a sua dimensão, o âmbito (investigação versus genéricos, mais recentes versus mais antigos) e o número de produtos promovidos. Outras sugestões incluem alguma flexibilidade nos casos em que os DIM não possam visitar os médicos devido a variáveis não ligadas ao seu trabalho.

Um comentário final, dividido em duas partes: em primeiro lugar, naturalmente todas estas evidências foram obtidas num cenário completamente diferente do actual, pré-Covid-19 (o *detailing* foi fortemente substituído durante alguns períodos por *e-detailing*); em segundo, foi deveras ambicioso tentar resumir quase 700 páginas de tese em duas ou três páginas neste artigo, no qual tentei alcançar o difícil equilíbrio de não ser nem demasiado leviano cientificamente, nem demasiado maçador com termos técnicos, por isso... espero que o esforço tenha produzido resultados e que tenha sido uma boa leitura. ●

Objectivos da Tutela	Objectivo	Nível de realização	Nível de evidência	Fundamentação empírica
Explícitos	"Objectivo 1 Salvaguardar a actividade relacionada com os cuidados HCP (tarefas assistenciais)"	Parcialmente alcançado	Elevado	O Despacho provavelmente contribuiu para a redução da perturbação nas instituições do SNS, provocada pela presença dos DIMs, mas não foi provavelmente o principal factor (prescrição por DCI, crise económica e financeira, ...)
	"Objectivo 2 Disciplinar e dignificar o acesso a profissionais e instituições do SNS"	Parcialmente alcançado	Elevado	Os processos de implementação e controlo do Despacho não parecem ser generalizados em todo o território de Portugal (diferentes regiões, configuração do SNS, e tempo)
Tácitos	"Objectivo 3 Reduzir a prescrição e consumo de medicamentos"	Marginalmente alcançado	Moderado	Podem ter havido algum atraso no início da prescrição de medicamentos mais recentes e mais caros
	"Objectivo 4 Reduzir a pressão comercial pelas companhias farmacêuticas"	Parcialmente alcançado	Elevado	O Despacho por si só presumivelmente contribuiu para este objectivo, mas não foi provavelmente a causa principal (prescrição por DCI, crise económica, ...)
	"Objectivo 5 Acalmar a opinião pública"	Parcialmente alcançado	Reduzido	A relação aparente entre a entrada em vigor do Despacho e uma eventual redução do número de queixas dos pacientes não pôde ser feita. No entanto, um maior controlo do acesso dos DIMs é susceptível de ter atenuado a ocorrência de conflitos com os pacientes
	"Objectivo 6 Estimular a prescrição de genéricos"	Provalmente não alcançado	Reduzido	A alteração do comportamento da prescrição médica em relação aos genéricos (aumento da penetração) está provavelmente mais ligada à prescrição obrigatória por DCI, à crise económica e às características do software de prescrição

Tabela 3

O autor opta por escrever de acordo com a antiga ortografia