

Silvério de Sousa Mendes

COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR NA COMPRA E REPETIÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Tese de Dissertação de Mestrado em Marketing, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Setembro de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

SILVÉRIO ANTÓNIO DA CUNHA BRANCO DE PAIS BORGES DE SOUSA MENDES

***COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR NA COMPRA E
REPETIÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS NÃO
SUJEITOS A RECEITA MÉDICA.***

TESE DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado EM MARKETING, APRESENTADA À
FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

ORIENTADOR: PROF. DOUTOR ARNALDO FERNANDES MATOS COELHO

Coimbra, Setembro 2014

AGRADECIMENTOS

“Procure ser uma pessoa de valor, em vez de procurar ser uma pessoa de sucesso.

O sucesso é consequência.”

Albert Einstein

Esta dissertação foi possível graças à enorme persistência, empenho e dedicação que dedico aos objectivos que pretendo, sempre, alcançar.

Esta dissertação resulta, também, do esforço de um conjunto de pessoas, que pelos mais diversos motivos se viram envolvidos, directa ou indirectamente, no projecto, às quais quero dedicar, também, algumas palavras.

Um agradecimento especial ao meu orientador Senhor Professor Doutor Arnaldo Fernandes de Matos Coelho, pela orientação competente, amizade, incentivo, compreensão, partilha de conhecimento, disponibilidade e acompanhamento ao longo destes meses de trabalho. Só com as suas observações críticas e conselhos, foi possível desenvolver o espírito de investigador e o desejo de querer adquirir mais conhecimentos.

Não posso deixar de agradecer o profissionalismo e simpatia dos funcionários do Secretariado MBA, nomeadamente da Senhora Dra. Isabel Roque.

Agradeço, ainda, a todos os que contribuíram para este estudo respondendo e enviando instrumento de recolha de dados aos seus contactos, permitindo alcançar um número elevado de respostas.

Uma especial menção à minha mulher Maria Teresa, minhas Filhas Carlota Maria e Matilde Sofia, que nos últimos anos, cada uma à sua maneira, compreenderam o meu compromisso e aceitaram, de forma tolerante, a condicionada atenção que lhes dediquei, incentivando-me, de forma permanente, a realizar este sonho, agora tornado realidade.

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação à minha Família, em especial aos meus Pais Sónia Luiza e
Silvério Augusto pelos valores e princípios que me transmitiram, bem como às minhas
Filhas Carlota Maria, Matilde Sofia e mulher Maria Teresa por todo o carinho que nos
dedicamos, mutuamente, todos os dias.*

RESUMO

No contexto da presente dissertação, definiu-se como objectivo primordial, entender os determinantes da atitude, percepção e comportamento do consumidor, face à aquisição de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

A este objectivo, encontra-se subjacente um duplo interesse: saber quais as variáveis que influenciam a intenção de compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, por um lado, e de que forma a intenção de compra se reflecte no comportamento do consumidor, em relação à compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, ou não, por outro.

Com base em anteriores estudos de autores foi desenvolvido um modelo que permitiu explicar, tanto a atitude como o comportamento do consumidor, face à compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

Os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica são umas das principais componentes da Automedicação que é uma prática em crescimento no ramo da Saúde.

Desta forma, esta dissertação traz importantes conclusões para as empresas da Indústria Farmacêutica, nomeadamente, ao nível do comportamento de compra dos consumidores e das características diferenciadas nas suas preferências, contribuindo, assim, para uma definição mais eficaz da estratégia de marketing a seguirem.

A investigação empírica foi posta em prática através de disponibilização / preenchimento de inquérito online.

Os dados foram analisados através de análise estatística univariada e multivariada, suportada no programa de tratamento estatístico SPSS, de modo a obter os resultados que serviram de base à discussão e conclusão do trabalho.

A presente investigação, sob o desígnio de uma pesquisa aplicada, procura gerar conhecimentos de aplicação prática, nomeadamente, sobre o sector farmacêutico, e a compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

Enquanto abordagem metodológica, adoptou-se uma metodologia quantitativa, no sentido em que se procurou a quantificação das características relacionadas com o comportamento e atitude dos consumidores face à compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica. Trata-se de uma estratégia metodológica que procura quantificar os resultados vinculados tanto da recolha de dados como da sua análise.

Este estudo determina a relação entre as variáveis de controlo, definidas como variáveis dependentes e as variáveis modelo, entendidas como as variáveis independentes, que recorrem a métricas e escalas na avaliação das percepções e atitudes dos consumidores face à compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

A recolha de dados e a sua análise conduziu à conclusão de que a Atitude do Consumidor tem uma relação positiva a nível das variáveis satisfação e lealdade, resultados em conformidade com os estudos realizados por Herrera e Blanco (2011) e Inman (2002) e Lodorfos *et al.* (2006).

Constatamos que o consumidor português atribui maior ênfase nos resultados/eficácia dos MNSRM; subsequentemente, os consumidores portugueses atribuem um grau elevado de satisfação sobre a qualidade e a confiabilidade nos MNSRM.

Os consumidores portugueses valorizam a lealdade que depositam nos MNSRM permitindo, assim, explicar o segundo determinante da atitude de compra destes medicamentos, porque são os mais comprados quando necessários para o tratamento de patologias ligeiras ou lesões menos graves, ou mesmo, para os cuidados pessoais. Estes medicamentos são de primeira linha, quer em poupança de tempo quer em evitar idas a consultas médicas.

A lealdade, perante a explicação da atitude, reflecte-se em experiências anteriormente vividas. Assim, perante experiências passadas positivas, os consumidores portugueses tendem a atribuir um grau elevado de lealdade, colocando os MNSRM como primeiras opções de escolha.

As variáveis atitude e confiança afectam positivamente a intenção de comportamento. Por sua vez, as variáveis sacrifício monetário, risco percebido e normas sociais, influenciam negativamente a intenção de comportamento do consumidor.

Como foi possível constatar a partir da revisão da literatura, a teoria do comportamento planeado, que serve de base ao modelo de investigação proposto, sustenta que a atitude influencia a intenção de comportamento. Neste sentido, os resultados evidenciados pela presente investigação confirmam os pressupostos subjacentes ao comportamento planeado do consumidor.

Palavras-chave: Atitude e Comportamento do Consumidor, Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, OTCs, Automedicação, Autocuidado, Teoria do Comportamento Planeado.



ABSTRACT

In the context of this dissertation, it was defined as a primary objective, to understand the determinants of attitudes, perceptions and consumer behavior, given the purchase of Over-the-counter (OTC) medicines.

To this aim, is behind a double interest: knowing which variables influence the intention to purchase OTC, on the one hand, and how the purchase intent is reflected in consumer behavior in relation to the purchase of OTC, on the other.

Based on previous studies, a model was developed that allowed the authors explain both the attitude and consumer behavior, given the purchase of OTC.

The OTC are a major component of that self-medication is a growing practice in the field of healthcare.

Thus, this work provides important findings for companies in the Pharmaceutical Industry, in particular, to the buying behavior of consumers and differentiated features in their preferences, thereby contributing to more effective formulation of marketing strategy level to follow.

Empirical research was carried out through the provision / filling online survey.

Data were analyzed using univariate and multivariate statistical analysis, based on the statistical analysis program SPSS, in order to obtain results that were the basis for discussion and completion of the work.

This research, in the design of an applied research, seeks to generate knowledge for practical application, namely, on the pharmaceutical sector, and the purchase of OTC.

While methodological approach, adopted a quantitative methodology, in the sense that sought quantification of characteristics related to the behavior and attitude of consumers towards the purchase of OTC. It is a methodology that seeks to quantify the results bound both the data collection and its analysis.

This study determines the relationship between the variables of control, defined as dependent variables and the variables model, understood as the independent variables, which use metrics and scales in assessing the perceptions and attitudes of consumers towards the purchase of OTC .

The collection of data and its analysis led to the finding of a positive relationship at the level of the variables satisfaction and loyalty, results in accordance with studies by Herrera and Blanco (2011) and Inman (2002) and Lodorfos et al. (2006).

We note that the Portuguese consumer attaches greater emphasis on results / effectiveness of OTC; subsequently, Portuguese consumers place a high degree of satisfaction with the quality and reliability in OTC.

Portuguese consumers value the loyalty that place in OTC allowing thus explain the second determinant of attitude of buying these drugs, because they are the most purchased when needed for the treatment of mild pathologies or less serious injury, or even for personal care . These drugs are the first line in either saving time or avoiding trips to medical appointments.

Loyalty, before the explanation of attitude, reflected in earlier experiences. Thus, given past positive experiences, Portuguese consumers tend to assign a high degree of loyalty, putting OTC as first-choice options.

The variables attitude and confidence positively affect behavior intention. In turn, the variable monetary sacrifice, perceived risk and social norms, negatively influencing consumer behavior intention.

As can be seen from the literature review, the theory of planned behavior, which underlies the proposed research model, maintains that attitude influences behavior intention. In this sense, the results shown by this investigation confirm the underlying assumptions of consumers planned behavior.

Keywords: Attitude and Consumer Behavior, Non-prescription medicines, OTCs, Self Medication, Self Care, Theory of Planned Behaviour.

Índice

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	1
1.1 ESTATUTO DO MEDICAMENTO	1
1.2 INSTITUIÇÕES REGULADORAS	2
1.3 CLASSIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO	3
1.4 LIBERALIZAÇÃO DO MERCADO DOS MNSRM	5
1.5 AUTOMEDICAÇÃO E AUTOCUIDADO	6
1.6 A CRESCENTE IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO E DA AUTOMEDICAÇÃO	8
1.7 PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	10
1.8 INFORMAÇÃO AO CONSUMIDOR DE MNSRM.....	11
1.9 O CONCEITO “EXPERT-PATIENT”	13
1.10 COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR.....	14
1.11 ESTRUTURA DA INVESTIGAÇÃO.....	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 DETERMINANTES DA ATITUDE FACE AOS MNSRM	18
2.1.1 <i>Satisfação</i>	18
2.1.2 <i>Marca</i>	19
2.1.3 <i>Preço</i>	20
2.1.4 <i>Lealdade</i>	21
2.2 DETERMINANTES DA INTENÇÃO DE COMPRA DE MNSRM	22
2.2.1 <i>Atitude</i>	22
2.2.2 <i>Confiança</i>	23
2.2.3 <i>Sacrifício</i>	23
2.2.4 <i>Qualidades extrínsecas</i>	24
2.2.5 <i>Risco percebido</i>	25
2.2.6 <i>Normas sociais</i>	25

2.2.7	<i>Intenção</i>	26
3.	QUADRO CONCEPTUAL E METODOLÓGICO	29
3.1	INTRODUÇÃO	29
3.2	QUADRO CONCEPTUAL	29
3.2.1	<i>Paradigma de investigação</i>	30
3.2.2	<i>Modelo conceptual de investigação proposto</i>	37
3.2.3	<i>Derivação das hipóteses</i>	39
3.2.3.1	Satisfação	40
3.2.3.2	Marca	40
3.2.3.3	Preço	41
3.2.3.4	Lealdade	41
3.2.3.5	Atitude	42
3.2.3.6	Confiança	42
3.2.3.7	Sacrifício	43
3.2.3.8	Qualidades Extrínsecas	43
3.2.3.9	Risco Percebido	44
3.2.3.10	Normas Sociais	44
3.2.3.11	Intenção de comportamento	45
3.2.4	<i>Operacionalização das variáveis em estudo</i>	45
3.3	QUADRO METODOLÓGICO	48
3.3.1	<i>Definição da amostra</i>	48
3.3.2	<i>Método de recolha de dados</i>	49
3.3.3	<i>Processo de elaboração do método de recolha de dados</i>	50
3.3.3.1	Determinação do formato e terminologia das questões	50
3.3.3.2	Disposição do questionário estruturado	52
3.3.3.3	Avaliação e pré-teste	54
3.3.3.4	Implementação do questionário e recolha de dados	55
3.4	MEDIDAS COM VISTA A MELHORAR A CAPACIDADE DE RESPOSTA	56

3.5	PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	57
3.5.1	<i>Caracterização da amostra</i>	57
3.5.1.1	Quanto ao sexo e idade	58
3.5.1.2	Quanto a habilitações literárias	59
3.5.1.3	Ocupação profissional.....	60
3.5.1.4	Rendimento familiar	61
3.5.2	<i>Análise das variáveis de controlo</i>	62
3.5.2.1	Familiaridade com MNSRM	62
3.5.2.2	Frequência de aquisição de MNSRM	63
3.5.2.3	Características do consumo/aquisição de MNSRM.....	64
3.6	METODOLOGIA DE ANÁLISE DAS VARIÁVEIS	70
3.7	CONSTITUIÇÃO FINAL DAS VARIÁVEIS	73
3.8	CONCLUSÃO	76
4.	RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO	77
4.1	INTRODUÇÃO.....	77
4.2	ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	77
4.3	IMPACTO DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS NO ESTUDO	79
4.3.1	<i>Sexo</i>	80
4.3.2	<i>Idade</i>	82
4.3.3	<i>Habilitações literárias</i>	84
4.3.4	<i>Rendimento familiar</i>	86
4.4	ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA	88
4.5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS SUBMODELOS	90
4.5.1	<i>Submodelo de determinantes da atitude do consumidor face a MNSRM</i>	91
4.5.2	<i>Submodelo de determinantes da intenção de comportamento</i>	94
4.6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	99
5.	CONCLUSÕES.....	103

5.1	IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO.....	103
5.2	LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÕES FUTURAS	105
5.3	CONCLUSÃO	106
	BIBLIOGRAFIA.....	109
	WEBGRAFIA.....	117
	ANEXOS	119

Índice de Figuras

Figura 1 - Theory of Planned Behaviour	17
Figura 2 - Fases de desenvolvimento da Lealdade	21
Figura 3 – Modelo de Investigação testado por Lodorfos et. al (2006).....	38
Figura 4 - Modelo conceptual de investigação proposto e relações estabelecidas entre variáveis	39
Figura 5- Submodelo de determinantes da atitude do consumidor face a MNSRM	91
Figura 6 - Submodelo de determinantes da atitude do consumidor face a MNSRM	92
Figura 7 - Submodelo de determinantes da intenção de comportamento	94

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos inquiridos por sexo	58
Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos por idades	59
Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos por Graus de Instrução	60
Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos por Ocupação Profissional	61
Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos por Rendimento Familiar Mensal	62
Tabela 6 - Distribuição de familiaridade perante MNSRM.....	63
Tabela 7 - Distribuição da frequência de consumo/aquisição de MNSRM.....	64
Tabela 8 - Distribuição da frequência de repetição	65
Tabela 9 - Distribuição da frequência de factores	66
Tabela 10 - Distribuição da frequência de recomendação	67
Tabela 11 - Nº de ocorrências de recomendação	67
Tabela 12 - Influências sobre a compra de MNSRM	68
Tabela 13 - Distribuição da frequência de local de compra	69
Tabela 14 - Distribuição da frequência sobre terceiros	70
Tabela 15 - Distribuição das frequências sobre quem informa	70
Tabela 16 - Adjectivação dos valores de KMO segundo Kaiser	72
Tabela 17 - Resultados da análise factorial e análise de consistência interna	75
Tabela 18 - Distribuição dos valores médios e desvio padrão das variáveis do modelo.....	78
Tabela 19 - Test t-Student para a variável sexo.....	81
Tabela 20 - Test t-Student para a variável idade	83
Tabela 21 - Test t-Student para a variável grau de instrução.....	85
Tabela 22 - Test t-Student para a variável rendimento familiar	87

Tabela 23 - Resultado do submodelo determinante da atitude do consumidor face ao consumo e/ou aquisição de MNSRM	92
Tabela 24 - Resultado do submodelo da Intenção de Comportamento	95
Tabela 25 - Tabela resumo das hipóteses corroboradas e não corroboradas	99

Índice de anexos

Anexo I: Tendências do Mercado de MNSRM	121
Anexo II: Métrica para a elaboração do questionário de investigação	125
Anexo III: Questionário de investigação científica	141

Lista de siglas

ANF- Associação Nacional de Farmácias

APIFARMA - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

CRPQF - Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos

DECO- Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor

DGAF - Direcção Geral de Assuntos Farmacêuticos

EMA - European Medicines Agency

EUA - Estados Unidos da América

FDA- U.S. Food and Drug Administration

ICH - International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use / Conferência Internacional de Harmonização dos Medicamentos de Uso Humano

INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OTC - Over The Counter

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Science

TPB - Theory of Planned Behaviour / Teoria do Comportamento Planeado

UE - União Europeia

VICH - Veterinary International Conference on Harmonization / Conferência Internacional de Harmonização dos Medicamentos Veterinários

WHO - World Health Organization

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1.1 Estatuto do Medicamento

Segundo o Estatuto do Medicamento, a definição de Medicamento é apresentada como “qualquer substância ou associação de substâncias que possui propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que pode ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Infarmed, 2006).

Segundo o Estatuto do Medicamento, MSRM são aqueles que preencham qualquer uma das seguintes condições:

- “Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica”;
- “Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam”;
- “Contenham substâncias ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar”;
- “Destinem-se a ser administrados por via parentérica” (Infarmed, 2006).

Os medicamentos que não preencham nenhum dos requisitos anteriores são considerados os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM).

1.2 Instituições Reguladoras

A European Medicines Agency (EMA) é a Agência responsável pela avaliação científica dos pedidos de autorização de introdução no mercado de medicamentos apresentados a nível da União Europeia (procedimento centralizado).

Todos os medicamentos derivados de biotecnologia ou obtidos por outros processos tecnológicos avançados, sejam eles para uso humano ou para uso veterinário, estão, obrigatoriamente, sujeitos ao procedimento centralizado. O mesmo se aplica aos medicamentos de uso humano para tratamento das infecções pelo VIH/SIDA, da diabetes ou das doenças neurodegenerativas, bem como aos medicamentos órfãos destinados ao tratamento de doenças raras.

A segurança dos medicamentos é monitorizada de forma constante pela Agência através de uma rede de farmacovigilância.

No caso de as notificações de reacções adversas apontarem para uma alteração do equilíbrio risco-benefício do medicamento, a EMA toma as medidas adequadas.

A EMA desempenha, igualmente, um papel na promoção da inovação e da investigação na indústria farmacêutica.

A EMA contribui, ainda, para as actividades internacionais da UE através do seu trabalho com a Farmacopeia Europeia, a Organização Mundial da Saúde e as conferências trilaterais (UE, Japão e EUA), ICH (Conferência Internacional de Harmonização dos Medicamentos de Uso Humano) e VICH (Conferência Internacional de Harmonização dos Medicamentos Veterinários), entre outras organizações e iniciativas internacionais. Finalmente, a Agência desempenha, ainda, um papel de arbitragem no âmbito de procedimentos de consulta referentes a medicamentos aprovados pelos Estados membros ou em avaliação nos Estados membros (Infarmed, 2010).

Com a adesão de Portugal à União Europeia (UE) tornou-se necessária a adaptação ao direito interno de directivas comunitárias e, muito logicamente, a modernização das instituições da tutela foi uma questão que se colocou.

Desse modo, muito naturalmente, em 1993, foi promulgada uma nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde e com esta foi criado em 1993 o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento — Infarmed — que tinha por objectivo tutelar tudo o que dizia respeito à farmácia e ao medicamento, desde a investigação até à sua comercialização (Pita, 2010).

Em 2006 o Infarmed transformou-se em Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, mantendo a sigla Infarmed. Trata-se de um Instituto Público que trabalha sob tutela do Ministério da Saúde.

Ao Infarmed compete, também, contribuir para uma adequada política do medicamento em Portugal, autorizar a entrada de novos medicamentos em Portugal, suspender medicamentos, abrir concurso para atribuição de novas farmácias, encerrar farmácias e laboratórios farmacêuticos, regulamentar, avaliar, autorizar, fiscalizar, controlar a distribuição, comercialização, utilização de medicamentos e de dispositivos médicos e cosméticos, etc.

1.3 Classificação de Medicamentos quanto à dispensa ao Público

“Quanto à dispensa ao público, os medicamentos dividem-se em: Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM).

Esta classificação permite saber quais os medicamentos que exigem prescrição e utilização sob supervisão médica e aqueles que estão disponíveis sem necessidade de receita médica. A estes costuma chamar-se, usualmente, de “medicamentos de não prescrição”, “over the counter” (OTC’s), medicamentos de escolha livre, medicamentos de Automedicação ou medicamentos de venda livre (Apifarma, 2013).

Existem muitos MNSRM diferentes, alguns classificados como MNSRM, há muito tempo, e para os quais existe um conhecimento alargado do seu perfil de segurança e

eficácia. Existem outros MNSRM mais recentes, cuja dispensa ao público se iniciou como sujeita a receita médica e, posteriormente, foi alterada para não sujeita a receita médica.

Esta alteração da classificação dos medicamentos quanto à dispensa ao público é conhecida como “switching” e, geralmente, refere-se à conversão de MSRM em MNSRM, e tem como objectivo principal aumentar o acesso aos medicamentos eficazes e seguros que os doentes podem utilizar sem necessidade de recorrer ao médico (Casanova, 2011).

Ao longo do tempo, alguns medicamentos sofreram a alteração de classificação de MSRM para MNSRM. Todos eles possuíam perfil de segurança e eficácia e eram/são, normalmente, utilizados em casos de dores ligeiras a moderadas, tosse, problemas ligeiros de pele e de azia, nomeadamente:

- Paracetamol / acetaminofeno – alterado na década de 1950;
- Descongestionantes nasais e anti-histamínicos – alterados na década de 1970;
- Ibuprofeno e medicamentos para o tratamento do pé de atleta – alterados na década de 1980;
- Terapêutica de substituição de nicotina – alterada nos anos 1990.

Tanto os medicamentos sujeitos a receita médica como os não sujeitos a receita médica obedecem aos mesmos critérios rigorosos de qualidade, segurança e eficácia. Uma das principais diferenças entre eles tem a ver com a possibilidade de os MNSRM poderem ser publicitados junto do grande público.

Segundo um estudo realizado relativo à adesão dos utentes aos MNSRM em Farmácia Comunitária, 78,3% das pessoas consumiam regularmente estes produtos, e apenas 21,7% não consumia este tipo de medicamentos (Fernandes *et al.*, 2009).

1.4 Liberalização do Mercado dos MNSRM

As condições de distribuição ao público de medicamentos para uso humano, na Comunidade Europeia variam, significativamente, de Estado membro para Estado membro, verificando-se, designadamente, que medicamentos de venda livre em determinados Estados apenas podem ser obtidos mediante receita médica noutros Estados membros.

O estabelecimento progressivo do mercado interno, resultante do Acto Único Europeu, tem por corolário a livre circulação de mercadorias, pessoas, serviços e capitais, pelo que não se compadece com regimes jurídicos substancialmente distintos no que concerne às regras de distribuição de medicamentos.

“A Directiva n.º 92/26/CEE do Conselho, de 31 de Março, determinou a harmonização dos princípios básicos aplicáveis à classificação dos medicamentos de uso humano, para efeitos da sua circulação e distribuição uniformes no espaço intracomunitário.

Nesta conformidade, o Decreto-Lei n.º 209/94, de 6 de Agosto, transpõe a Directiva n.º 92/26/CEE para a ordem jurídica interna relativa ao regime jurídico da classificação de medicamentos de uso humano, quanto à dispensa ao público” (Europeia, 2006).

Em Portugal, os MNSRM podem ser comercializados fora das farmácias, desde 16 de Agosto de 2005, em locais devidamente autorizados pelo Infarmed e que cumpram os requisitos legais e regulamentares.

O enquadramento legislativo em vigor desde 2005 permitiu a outras superfícies a comercialização de medicamentos, levando à liberalização do mercado de MNSRM, dando lugar a um novo ambiente competitivo entre farmácias (Aguiar, 2009).

O licenciamento das entidades autorizadas a vender MNSRM, obriga a que os responsáveis técnicos tenham de assegurar que a dispensa é efectuada por pessoal qualificado (farmacêuticos ou técnicos de farmácia, ou pessoal sob a sua supervisão) em

consonância com as regras e os procedimentos em vigor de forma a garantir a qualidade e segurança da sua utilização.

O aumento da utilização deste tipo de medicamentos é derivado da facilidade de compra bem como do sentimento que desperta no indivíduo em termos de controlo sobre a decisão de escolha (Akçura *et al.*, 2004).

Como já referimos em ponto anterior, ao longo do tempo, alguns medicamentos sofreram a alteração de classificação de MSRM para MNSRM.

De acordo com a tendência descrita para o mercado dos MNSRM, existem novos MNSRM, cuja dispensa ao público foi iniciada como MSRM – é a denominada “nova geração de MNSRM”.

Apresentamos a tendência de Mercado dos MNSRM no Anexo I.

1.5 Automedicação e Autocuidado

A Automedicação é um fenómeno em crescimento nas sociedades europeias (WHO, 1998) e actualmente estima-se que 30% da totalidade dos medicamentos consumidos seja relativo à Automedicação.

Um dos seus principais componentes são os medicamentos não sujeitos a receita médica, também conhecidos como MNSRM (Sansgiry e Cady, 1997).

Autocuidado é o que os indivíduos fazem por si mesmos para manter a sua saúde (WHO, 1998), prevenir e até mesmo lidar com a doença.

Autocuidado é um conceito amplo que abrange várias áreas, nomeadamente:

- Higiene (geral e pessoal);
- Alimentação (tipo e qualidade de alimentos ingeridos);
- Estilo de vida (actividades desportivas, de lazer, etc);

- Factores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc);
- Factores socio-económicos (nível de renda, crenças culturais, etc);
- Auto-medicação.

“A Automedicação é a utilização de MNSRM de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde” (Infarmed, 2010).

Os MNSRM são sempre disponibilizados com informações onde se descreve, nomeadamente:

- Como tomar, ou usar, os medicamentos;
- Efeitos e possíveis efeitos colaterais;
- Como os efeitos do medicamento devem ser monitorizados;
- Possíveis interações medicamentosas;
- Precauções e advertências;
- Tempo de uso;
- Em que situações se deve procurar aconselhamento de um profissional de saúde.

O Infarmed refere que no decurso da Automedicação o indivíduo deverá consultar o seu médico, ou aconselhar-se com o seu farmacêutico, nos seguintes casos:

- Se os sintomas persistirem (ex: febre com mais de 3 dias);
- Se os sintomas se agravarem ou em caso de recaída;
- Se existir dor aguda;
- Se após a utilização de medicamentos, estes não se demonstrarem eficazes;

- Se surgirem efeitos ou reacções adversas;
- Sempre que suspeite de uma situação grave;
- Se sofrer de outras patologias;
- Se estiver a utilizar outros medicamentos.

A Automedicação pode traduzir-se em benefícios quer para o indivíduo, quer para a sociedade.

a) Para o indivíduo:

Resolução de problemas menores de saúde de forma mais rápida, e com menor dispêndio de recursos financeiros, uma vez que evita o tempo de espera da consulta médica e os respectivos encargos.

b) Para a sociedade:

Permite aliviar a pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), libertando recursos que podem ser aplicados em situações de carência e contribuir para o aumento da consciência cívica dos indivíduos que estão dispostos a participar na gestão da sua própria saúde.

1.6 A crescente importância do Autocuidado e da Automedicação

A Automedicação / Autocuidado é sem dúvida um dos principais recursos de qualquer sistema de saúde. Todavia, sempre que necessário, o indivíduo deve ser encaminhado para um Médico.

A crescente importância do Autocuidado e da Automedicação é devida a um conjunto de factores que importa conhecermos em detalhe (Ignácio *et al.*, 2002), pelo que destacamos:

a) Factores Socioeconómicos

Melhor e maior acesso à informação que se reflecte num aumento do interesse individual sobre saúde o que conduz, inevitavelmente, a uma participação mais activa nas decisões da sua própria saúde.

b) Estilo de vida

O indivíduo ao estar mais esclarecido fica consciente do impacto, positivo e negativo, da adopção de estilos de vida saudável, em certos factores de risco.

c) Acessibilidade

O indivíduo opta por adquirir MNSRM por forma a não ter que aguardar muito tempo por uma consulta médica.

d) Factores demográficos e epidemiológicos

A evolução demográfica está a conduzir-nos para uma população mais idosa implicando, inevitavelmente, mudanças nas políticas de saúde. Brevemente seremos mais idosos do que jovens pelo que se torna imperativo sensibilizar / capacitar os indivíduos para o Autocuidado / Automedicação.

e) Reformas do setor de saúde

Um pouco por todo o mundo está a ser promovido o Autocuidado / Automedicação como forma de reduzir a carga de cuidados de saúde nas contas públicas.

f) Disponibilidade de novos produtos

Cada vez mais os laboratorios farmacêuticos apostam em desenvolver produtos eficazes e que se classifiquem, quanto à dispensa, como MNSRM.

1.7 Papéis e Responsabilidades

Segundo os Princípios Gerais de Automedicação (Infarmed, 2010), há uma partilha de responsabilidades entre cada indivíduo envolvido na Automedicação, nomeadamente:

a) Autoridades de Saúde:

Estabelecem o quadro legal que permite o desenvolvimento da Automedicação, visando o acesso dos indivíduos a medicamentos de qualidade, eficazes e seguros.

É competência das Autoridades de Saúde classificar os medicamentos quanto ao seu estatuto de dispensa ao público (sujeitos ou não a receita médica), bem como zelar pela permanente auditoria a essa classificação.

b) Profissionais de Saúde:

Aos Farmacêuticos cabe o papel de aconselhar os utentes / indivíduos mediante as opções disponíveis, informar as condições de toma / utilização dos medicamentos, alertar para as circunstâncias em que devem consultar um Médico.

Aos Médicos cabe o papel de informar / alertar os pacientes dos riscos inerentes à Automedicação. Nas situações passíveis de diagnóstico médico prévio, os Médicos deverão recomendar, aos pacientes / indivíduos, determinados medicamentos que considerem seguros e eficazes.

Tanto os Médicos como os Farmacêuticos têm a responsabilidade de alertar os pacientes / utentes / indivíduos para a utilização correcta e adequada dos medicamentos. Desta forma, contribuirão para uma Automedicação responsável, eficaz e em segurança.

c) Responsáveis pelos locais de venda de MNSRM:

A esses compete supervisionar as actividades relacionadas com a venda, armazenamento e a conservação dos medicamentos, devendo garantir os sistemas de farmacovigilância e de recolha de medicamentos.

d) Indústria Farmacêutica:

Como entidade que desenvolve, fabrica e comercializa os medicamentos tem a missão de proporcionar informação sobre os medicamentos, garantir a qualidade, eficácia e segurança para as indicações aprovadas (conforme aprovado pelo Infarmed).

e) Indivíduo / Consumidor:

É direito do cidadão obter informação sobre o que é a Automedicação e como utilizar de forma segura os MNSRM. O consumidor / paciente / utente / indivíduo deve ler, atentamente, as informações que constam do rótulo e folheto informativo do medicamento e respeitar as informações que acompanham os medicamentos.

1.8 Informação ao Consumidor de MNSRM

Embora este tipo de medicamentos seja de venda livre poderá apresentar alguns riscos para a saúde, nomeadamente:

- Mascaram sintomas de patologia grave;
- Provocar interações medicamentosas;
- Surgimento de reações adversas;
- Abuso por parte dos consumidores deste tipo de medicamentos.

Existem determinados grupos de doentes que requerem cuidados especiais e para os quais a Automedicação pode estar desaconselhada - lactentes, crianças e idosos, mulheres grávidas e/ou a amamentar e doentes crónicos (hipertensos, insuficientes cardíacos, diabéticos).

Só um Consumidor informado e consciente será capaz de, em segurança e com responsabilidade, conduzir/gerir a sua própria saúde.

Os MNSRM possuem diferentes canais de informação nos quais podem ser divulgados, sendo que, todos com o intuito de fazerem o *empowerment* do indivíduo para que este pratique uma Automedicação responsável.

A informação e aconselhamento dos profissionais de saúde, complementada pela leitura de rótulos e do folheto informativo, são os meios mais indicados para transmitir informações específicas e relevantes sobre cada medicamento.

Neste Mercado dos MNSRM é permitido que a publicidade dê a conhecer que o medicamento está disponível no Mercado. Pretende-se que a publicidade passe essas informações de uma forma simples e apelativa devendo, no entanto, respeitar a lei da publicidade de medicamentos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que o Farmacêutico é um elemento crucial na promoção da saúde pública e no uso racional do medicamento derivado do facto de ter como responsabilidade, informar e aconselhar o utente / indivíduo sobre o medicamento e a sua utilização (Summers e Mackie, 2006).

Decorrente do enquadramento legislativo relativo aos MNSRM os Laboratórios Farmacêuticos têm necessidade de desenvolver actividades de Marketing no Sector da Saúde. Essas actividades necessitam de ser implementadas com base em valores éticos, com transparência e profissionalismo. Todas essas actividades de Marketing devem visar o *empowerment* do Cidadão.

Nesse mesmo sentido, recordamos uma entrevista que o Senhor Director-Geral da Saúde – Dr. Francisco George – deu ao Projecto SAUDADOS (PharMarketing, 2011) a respeito da importância do *empowerment* do cidadão: “cidadãos adquirem mais informações sobre a Saúde, geradoras de conhecimentos, para depois serem também motivadores de alterações dos comportamentos na perspectiva de mais e melhor Saúde. Por exemplo, o excesso de sal na alimentação está na origem da hipertensão arterial e a hipertensão arterial, por sua vez, aumenta os problemas cardiovasculares, que têm uma expressão epidémica devido a este descontrolo do consumo de sal em alimentos. Se cada cidadão tiver esta informação e aceitá-la como inquestionável, o facto de ter esses conhecimentos vai levá-lo a reduzir o consumo de sal na perspectiva de prevenir ou

controlar a hipertensão arterial e, por sua vez, isso terá reflexos na redução do risco em relação a doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares”.

1.9 O Conceito “Expert-patient”

Recuperamos o conceito “Expert Patient” que Monteiro (2010) aplicou, também, no estudo que desenvolveu relativo a “Parafarmácias nos hipermercados em Portugal. Novos territórios para novos consumos terapêuticos?”

Acerca desta temática, afigura-se pertinente um artigo que analisou as grandes tendências, no que respeita o olhar sociológico sobre o tema, materializadas nos artigos publicados no período 1997-2006, em duas das mais prestigiadas publicações da área da sociologia: “Social Science and Medicine” e “Sociology of Health and Illness”(Garbin, 2008).

Foram seleccionados 15 artigos, envolvendo 33 autores de 18 universidades diferentes, que discutem a fenomenologia associada ao “expert-patient” e possíveis repercussões sobre o modelo biomédico dominante. Existindo consenso sobre alguns conceitos basilares, nomeadamente, o papel da Internet na delegação de competências (“empowerment”) nos doentes/consumidores de saúde, e a necessidade de o profissional médico se manter actualizado e adoptar uma relação diferente com o doente, construindo pontes epistemológicas entre os saberes leigo e pericial (“é fundamental que os profissionais procurem trabalhar com o doente, ao invés de para o doente”(Garbin 2008), os conceitos teórico-conceptuais distanciam-se quanto às eventuais consequências desta enorme transformação que afecta, em particular, as sociedades ocidentais: O “expert-patient” promove a desprofissionalização do médico. O livre acesso à informação desafia o conhecimento médico, pondo em causa a confiança e submissão no modelo biomédico, podendo levar à procura de medicinas alternativas (Hardey 1999); O “expert-patient” altera a relação médico-doente. O grau aumentado de conhecimento pericial, por parte do cidadão comum, o qual assume, acima de tudo, uma função de complementaridade, levará a um reajustamento das relações de poder sem que seja posto em causa o domínio médico

(Nettleton 2005); O “expert-patient” reforça o modelo biomédico. A endogeneização do conhecimento pericial, por parte do cidadão comum, transforma-o, em veículo daquele saber, levando-o a aderir ao modelo biomédico (Fox 2004).

1.10 Comportamento do Consumidor

Schiffman e Kanuk (2000) definem o comportamento do consumidor como o comportamento que os consumidores adoptam para comprar, usar e avaliar produtos ou serviços que visam satisfazer as suas necessidades. Apesar de existir uma grande diversidade no comportamento e nos hábitos dos consumidores existem, também, algumas semelhanças. Assim, a segmentação de mercado auxilia a definição de uma estratégia de marketing.

Solomon (2002) expõe alguns factores de influência no consumo de produtos e serviços, tais como: grupo de amigos; redes de relacionamento; publicidade, internet, entre outros. Realça, também, que as decisões de compra são altamente influenciadas pelas opiniões e pelo comportamento de um grupo no qual o consumidor esteja inserido - os elos entre os membros de um grupo são reforçados pelos produtos em comum.

1.11 Estrutura da investigação

O presente estudo encontra-se organizado em 5 capítulos, nos quais foi compilada a informação relevante para a compreensão e desenvolvimento da temática em estudo.

No primeiro capítulo é apresentado o tema bem como todo o enquadramento teórico desta investigação.

Nesse mesmo capítulo define-se então o problema, o objeto do estudo e delineiam-se os objetivos abordando-se a relevância teórica e prática da investigação, apresentando-se, por fim, a estrutura geral do presente estudo.

No segundo capítulo é realizada uma revisão da literatura existente sobre a temática em estudo.

No terceiro capítulo é delineado o Quadro Conceptual e Metodológico desta investigação, assim como são desenvolvidos procedimentos estatísticos, nomeadamente a caracterização da amostra e a submissão das variáveis à análise fatorial, por forma a serem constituídas as variáveis finais que irão ser alvo da análise de regressão linear múltipla.

No quarto capítulo procedemos à análise descritiva das variáveis, bem como à sua confrontação com as variáveis sociodemográficas e de controlo, por forma a testar a possível influência destas naquelas, seguindo-se a submissão do modelo de investigação à análise de regressão linear múltipla.

Por fim neste capítulo é apresentada a discussão de resultados.

No quinto capítulo apresentamos as implicações para a gestão, as limitações e investigações futuras bem como as conclusões.



2. REVISÃO DA LITERATURA

Este ponto dá início à revisão da literatura que nos permitiu delinear o modelo de investigação e estabelecer as hipóteses de investigação.

Após uma extensa análise de literatura foi possível identificar algumas das variáveis implicadas no processo decisório de compra de MNSRM.

A Theory of Planned Behaviour (TPB) / Teoria do Comportamento Planeado é uma extensão da Teoria do Comportamento Racional utilizada para prever o comportamento de consumo (Ajzen, 1991). Esta Teoria veio colmatar uma das falhas mais apontadas, por académicos e investigadores, à Teoria do Comportamento Racional que se prendia com o facto de aquela não prever a possibilidade de certos comportamentos estarem fora do controlo do indivíduo.

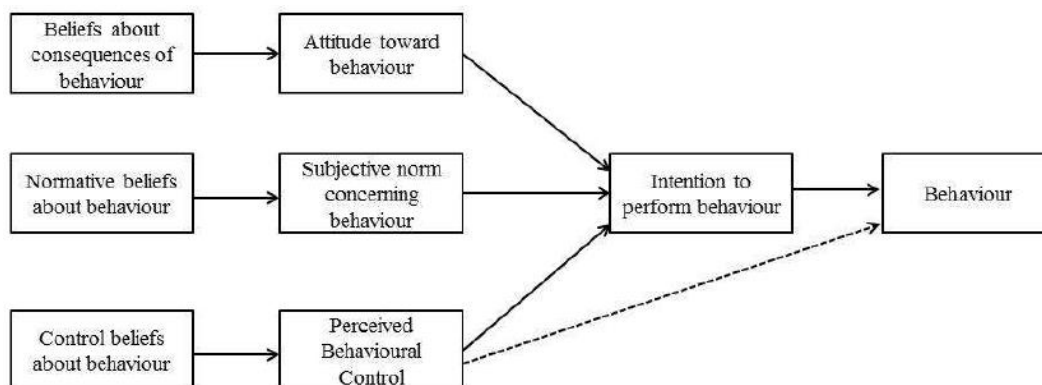


FIGURA 1 - Theory of Planned Behaviour

Fonte: Adaptado de Ajzen (1991)

Um dos temas centrais da TPB é considerar a intenção do indivíduo em realizar um determinado acto.

A intenção é considerada como a motivação necessária para levar em frente determinado comportamento: “quanto mais forte for a intenção para pôr em marcha

determinado comportamento, mais provável se torna que esse comportamento se manifeste” (Armitage e Conner, 2001).

A conceptualização da TPB implica a existência de uma relação causal entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos.

Geralmente, a TPB não especifica as crenças particulares usadas pelo modelo, pelo que essas devem ser determinadas pelo investigador.

Pressupõe-se que haverá variáveis que determinem a atitude e a intenção de compra de MNSRM.

2.1 Determinantes da atitude face aos MNSRM

2.1.1 Satisfação

O conceito de satisfação é um conceito complexo para o qual é difícil chegar a uma definição genérica (Babin e Griffin, 1998).

Identificam-se três componentes gerais do conceito de satisfação (Giese e Cote, 2002):

- a) satisfação do consumidor é uma resposta emocional e/ou cognitiva;
- b) resposta pertence a um foco particular (expectativas, produto, experiência de consumo, etc);
- c) resposta ocorre num determinado momento (após o consumo, após escolha, com base na experiência acumulada, etc).

A teoria da expectativa / desconfirmação (Oliver, 1977) é o modelo mais reconhecido de analisar o processo de geração de satisfação e indica que o nível de satisfação depende da relação entre a expectativa inicial e o resultado real.

Assim, surge a satisfação quando a expectativa é confirmada, enquanto que a insatisfação resulta da não confirmação da expectativa (Oliver, 1980). Por outras palavras, podemos dizer que a satisfação do indivíduo depende da diferença entre a qualidade percebida e a real.

Se a qualidade percebida é superior ou igual à qualidade esperada, o consumidor ficará satisfeito, todavia, se a qualidade percebida é inferior à qualidade esperada, o consumidor ficará insatisfeito.

Além disso, os indivíduos que estão satisfeitos com a compra de um produto comprarão o mesmo produto novamente (Reichheld, 1996) e irão recomendá-lo a outros (R. Oliver e Swan, 1989).

Segundo Kotler e Armstrong (1998) os indivíduos baseiam as suas escolhas na melhor oferta, ou seja, escolhem um determinado produto ou serviço acreditando que este lhes proporcionará uma mais-valia.

Neste contexto podemos afirmar que a variável Satisfação tem um efeito positivo na atitude.

2.1.2 Marca

A decisão de compra de MNSRM pelo indivíduo é, normalmente, feita com pouca informação acerca da sua preferência, porque esta pode não ter termos de comparação ou experiência com os produtos, o que pode levar a uma sobrevalorização da importância percebida da marca no momento da aquisição (Akçura *et al.*, 2004).

Segundo Babu (2008) a imagem que os *players* indivíduo/consumidor, farmacêutico e o médico têm acerca da Marca influencia, diretamente, a escolha de um MNSRM pelo consumidor.

Segundo Kotler e Keller (2006), muitas vezes o indivíduo / consumidor escolhe e usa marcas com personalidade coerente com a sua autoimagem real (como se vê), embora em alguns casos a personalidade possa corresponder à sua autoimagem ideal (como

gostaria de se ver) ou mesmo a sua autoimagem de acordo com os outros (como pensa que os outros a vêem).

Copeland (1923) foi o primeiro a materializar o conceito de fidelidade à marca e desde então outras materializações surgiram na literatura (Oliver, 1999), indicando a sua importância para o marketing.

Na verdade, a importância da fidelidade à marca foi reconhecida por teóricos do comportamento do consumidor por várias décadas (Rios *et. al.*, 2008).

Fidelidade à marca é o principal ativo de qualquer empresa pelo facto de o crescimento futuro decorrer da lealdade que os clientes têm para com as marcas (Gralpois, 1998).

Por outro lado Amaral (2008) refere que a Marca obteve o terceiro lugar entre os atributos considerados na análise de avaliação no momento da compra de MNSRM.

Neste contexto podemos afirmar que a variável Marca tem um efeito positivo na atitude.

2.1.3 Preço

A sensibilidade ao preço tem sido estudada em relação a diversos factores, tais como satisfação, fidelidade à marca e frequência de compra (Kalyanaram e Little, 1994).

Estudos confirmam que existe uma relação entre a experiência dos indivíduos após a compra e posterior sensibilidade ao preço (Hsieh e Chang, 2004).

Num estudo efetuado por Fernandes *et al.* (2009) em Portugal, 51,3% dos inquiridos consideraram o preço como factor decisivo na compra de medicamentos não sujeitos a prescrição, enquanto que os restantes 48,7% não consideraram.

Por outro lado Amaral (2008) classifica o preço como o atributo mais considerado no momento da compra de MNSRM.

Neste contexto podemos afirmar que o Preço tem um efeito positivo na atitude.

2.1.4 Lealdade

De acordo com Ruyter, Wetzels e Bloemer (1998), os primeiros estudos sobre a lealdade do indivíduo / consumidor tiveram foco na perspectiva comportamental, sendo que, mais recentemente, têm sido realizados sob o ponto de vista da atitude.

Segundo Jacoby e Kyner (1973) a lealdade é um resultado comportamental de preferências dos consumidores em relação a uma marca, em comparação com uma seleção de marcas semelhantes e determinado período de tempo, o que influencia o processo de avaliação de decisões.

Do ponto de vista comportamental East *et al.* (2012) definem a lealdade do cliente e sugerem um modelo para explicar o desenvolvimento de lealdade com quatro fases: cognitiva, afectiva, conativa e de acção.

Fase	Pilares / Pontos Fortes	Vulnerabilidades
Cognitiva ↓	Custos, benefícios, qualidade	Custos, benefícios e qualidade
Afetiva ↓	Satisfação, envolvimento, preferência, simpatia, consistência cognitiva	Descontentamento, persuasão, julgamento
Conativa ↓	Compromisso, consistência cognitiva	Persuasão, julgamento
Ação	Inércia Custos irrecuperáveis	Persuasão, julgamento

FIGURA 2 - Fases de desenvolvimento da Lealdade

Fonte: Adaptado de Oliver (1997)

Duffy (2003) considera a lealdade como um sentimento que um cliente tem sobre uma marca. Este autor entende que os benefícios de fidelização são: redução de custos, a migração do canal inferior e maior consciência dos ativos da marca.

Quem adquire uma vez um MNSRM, e é bem sucedido nessa experiência, fica motivado para repetir essa mesma experiência de aquisição.

Lodorfos *et al.* (2006) referem que o Consumidor costuma dar preferência à experiência anterior e ao valor da marca do produto, ao comprar um MNSRM.

No que concerne à Fidelidade à marca muitos investigadores sugerem que a informação ou experiência anterior estabelece motivação para a repetição de compra, ou de decisão de mudança de marca (Gralpois, 1998; Ratchford, 2001).

Neste contexto, podemos afirmar que a variável Lealdade tem um efeito positivo na atitude.

2.2 Determinantes da intenção de compra de MNSRM

2.2.1 Atitude

Kotler e Keller (2006) defendem que atitude “é uma avaliação predominantemente positiva ou negativa, um sentimento emocional ou tendência de acção perante um objeto ou ideia” .

A Teoria da Acção Racional desenvolvida por Ajzen e Fishbein (1980) refere que a atitude do individuo constitui um dos três fatores chave desta Teoria. No seu estudo Ajzen e Fishbein (1975), defendem que a atitude afecta o comportamento através da intenção de desempenhar esse comportamento.

Adicionalmente, Ajzen e Fishbein (1980) afirmam que parece ser do senso comum entre investigadores que as atitudes perante um objecto são determinadas pelas crenças perante esse mesmo objecto. Ou seja, o indivíduo formula crenças sobre um determinado objecto associando-o a várias características, qualidades e atributos. Assim, aprendemos a formular atitudes positivas em relação a objectos que consideramos ter características positivas e a não gostar de objectos que apresentam características negativas.

Assim podemos concluir que a atitude do consumidor afecta a intenção de comportamento.

2.2.2 Confiança

A confiança é um factor crítico para “influenciar” o consumidor a ultrapassar percepções negativas (McKnight et al., 2002).

Define-se confiança como a convicção de que nenhuma parte envolvida irá agir de maneira oportunista de forma a prejudicar a outra (Doyle, 2000).

Cientistas que estudam o comportamento do Consumidor costumam usar a confiança como o conceito circundante (Wiener e Mowen, 1986; Agustin e Singh, 2005).

Morgan e Hunt (1994) consideram que a confiança é composta por duas dimensões: honestidade (por exemplo, acreditar que o hospital vai manter a sua palavra e que tem capacidade para o fazer) e benevolência (por exemplo, acreditar que o hospital está interessado no bem-estar do doente).

Na verdade, quando se consome um MNSRM, a confiança do Consumidor é baseada na sua própria percepção de o medicamento ser, ou não, seguro para consumir.

Assim podemos concluir que a variável confiança afecta a intenção de comportamento.

2.2.3 Sacrifício

O preço é um importante indicador que afecta as percepções de qualidade e sacrifício (Bearden e Shimp, 1982).

Um preço mais elevado representa sacrifício monetário mais elevado conduzindo, inevitavelmente, a uma reduzida intenção de compra.

Opiniões baseadas simplesmente no preço influenciam o sentimento de risco percebido (Bearden e Shimp, 1982) que é um atributo que impulsiona o consumo, especialmente, de novos produtos.

Assim podemos concluir que a variável sacrifício afecta a intenção de comportamento.

2.2.4 Qualidades extrínsecas

Para Sansgiry e Paul (1997), os médicos, farmacêuticos, amigos, família, meios de comunicação social (publicidade) e rótulo da embalagem são fontes de informação que podem influenciar a compra.

Certas compras de produtos não são previamente planeadas e a decisão de compra poderá ser tomada já no ambiente de compra. O Consumidor pode ser “levado” a comprar determinado produto por causa do ambiente da própria loja (Solomon *et al.*, 1999).

A percepção depende não apenas de estímulos físicos, mas também da relação desses estímulos com o ambiente e das condições interiores da pessoa. As pessoas podem ter diferentes percepções do mesmo objeto devido a três processos: atenção selectiva, distorção selectiva e retenção selectiva (Kotler e Keller, 2006).

A diferenciação da marca está relacionada com as prováveis consequências da aquisição da marca, isto é, a probabilidade de reforço e punição que cada uma sinaliza como resultado de situações de consumo prévias. Estas situações podem ser diversas tais como promoção apelativa e factores externos como sejam o conforto da loja, disposição da montra, promoções (Abreu-Rodrigues e Ribeiro, 2005).

Neste contexto podemos afirmar que as Qualidades Extrínsecas afectam a intenção de comportamento.

2.2.5 Risco percebido

Segundo Mitchell (1999) o risco percebido é visto como um dos fatores mais poderosos para explicar o comportamento humano, uma vez que numa situação de consumo o indivíduo tende a minimizar o risco em detrimento de maximizar a satisfação.

Na mesma linha de pensamento Bauer *et al.* (2005) afirmam que o comportamento do indivíduo/consumidor é fortemente influenciado por percepções de risco, uma vez que, normalmente, o indivíduo/consumidor tem dúvidas em relação às consequências de uma acção ou comportamento.

De acordo com Bauer *et al.* (2005) esta situação torna-se especialmente verdade para a adopção de inovações, em que a falta de experiência com o novo produto ou serviço leva o consumidor a sentir-se numa situação de risco.

Neste contexto podemos afirmar que o Risco Percebido afecta a intenção de comportamento.

2.2.6 Normas sociais

As normas sociais são o resultado de dois fatores: crenças normativas do indivíduo (a sua percepção sobre qual o comportamento que as pessoas que são importantes para si consideram que ele deve ou não adoptar) e motivações para concordar, isto é, a sua vontade pessoal de adotar esse comportamento (Ajzen e Fishbein, 1980).

Definido de maneira geral, o Marketing é um processo administrativo e social, pelo qual indivíduos e organizações obtêm o que necessitam e desejam por meio da criação e troca de valor entre as partes. No contexto mais específico dos negócios, o Marketing envolve construir relacionamentos lucrativos e de valor com os clientes (Kotler e Armstrong, 2008).

A percepção depende não apenas de estímulos físicos, mas também da relação desses estímulos com o ambiente e das condições interiores da pessoa. As pessoas podem

ter diferentes percepções do mesmo objecto devido a três processos: atenção selectiva, distorção selectiva e retenção selectiva (Kotler e Keller, 2006).

O comportamento de compra do Consumidor é influenciado por fatores culturais, sociais, pessoais e psicológicos (Kotler e Keller, 2006).

Kotler e Keller, (2006) referem que o grupo primário de maior influência está nos membros da família.

A diferenciação da marca está relacionada com as prováveis consequências da aquisição da marca, isto é, a probabilidade de reforço e punição que cada uma sinaliza como resultado de situações de consumo prévias. Estas situações podem ser diversas, como uso habitual por recomendação de um amigo ou aconselhamento profissional (Abreu-Rodrigues e Ribeiro, 2005).

Fernandes *et al.* (2009) concluiu no seu estudo que o factor mais determinante na decisão de compra de MNSRM é que o aconselhamento seja feito pelo farmacêutico.

Neste contexto podemos afirmar que as normas sociais afectam a intenção de comportamento.

2.2.7 Intenção

Na óptica de Spears e Singh (2004), a intenção de comportamento pode ser definida como a propensão de o indivíduo se comportar. No que concerne, concretamente, à Intenção de Compra, Spears e Singh (2004) referem que essa intenção consiste em tendências pessoais de acção relativas à marca.

No final da década de 1980, Jamieson e Bass (1989) afirmam que, apesar dos dados relativos à intenção de compra, no domínio do marketing, serem frequentes, o conhecimento relativo à relação entre intenção de compra e compra era muito escasso. Os mesmos referem, ainda, que alguns estudos demonstram uma associação positiva entre intenção e compra. Contudo, a intenção continuava a ser, no que respeita ao comportamento de compra, menos preditiva do que o desejável.

Podemos, pois, concluir que as atitudes influenciam o comportamento através de intenções comportamentais, e que a atitude necessita, no seu limite, de um aspecto que indique uma intenção favorável – que, por sua vez, deverá ser muito inferior à necessária no limite do comportamento (Spears e Singh, 2004). Assim, as distinções entre atitudes e intenções não são, do ponto de vista de Spears e Singh (2004), apenas justificáveis, mas mesmo necessárias.



3. QUADRO CONCEPTUAL E METODOLÓGICO

3.1 Introdução

O capítulo é iniciado com a apresentação do quadro conceptual em que este estudo foi fundado. Deste modo, serão apresentadas as diversas etapas que compõem a componente empírica da investigação expondo, assim, o paradigma de investigação, o modelo conceptual de investigação, e subseqüentemente derivação das hipóteses, e por último, a operacionalização das variáveis.

Seguidamente ao quadro conceptual será apresentado o quadro metodológico. Aqui, serão expostas as medidas que respeitam a operacionalização do meio em que foi feita a recolha de dados. Assim, as etapas que concernem este quadro procuram relevar a definição da amostra, o tipo de instrumento de recolha de dados e a sua adequação à amostra.

Finalizada a recolha de dados, isto é, recolhidas as percepções e atitudes face à compra de MNSRM, sobre as variáveis em análise, procedeu-se ao seu tratamento estatístico recorrendo ao software SPSS versão 21.0. A utilização deste meio possibilitou a caracterização da amostra bem como o estabelecimento das variáveis finais, para a sua análise empírica.

3.2 Quadro conceptual

Nesta secção apresenta-se o paradigma de investigação. Trata-se de uma secção em que se demonstra a motivação e prossecução deste estudo, através de um conjunto estruturado de etapas. Cada uma destas etapas pressupõe uma tomada de posição que visa optar pelo melhor meio, isto é, método para chegar aos resultados finais. Desta forma, primeiramente, serão apresentados os objectivos de investigação bem como questões pertinentes que conduziram ao paradigma de investigação. Seguidamente, apresenta-se o modelo de investigação proposto e hipóteses que dele resultam. Esta etapa encontra-se

fundamentalmente associada com base na revisão da literatura assente no capítulo 2 e no item que se segue dedicado à operacionalização das variáveis em estudo.

3.2.1 Paradigma de investigação

A presente investigação, sob o desígnio de uma pesquisa aplicada, procura gerar conhecimentos de aplicação prática, nomeadamente, sobre o sector farmacêutico, compra de MNSRM e a resolução de alguns problemas anteriormente estabelecidos.

Enquanto abordagem metodológica, adoptou-se uma metodologia quantitativa, no sentido em que procura a quantificação das características relacionadas com o comportamento e atitude dos consumidores face à compra de MNSRM. Trata-se de uma estratégia metodológica que procura quantificar os resultados vinculados tanto da recolha de dados como da sua análise. É, assim, um método que visa garantir a precisão de uma análise aos dados, e seus resultados, de modo a evitar enviesamentos e distorções, incrementando, assim, a margem de segurança sobre a descrição detalhada dos resultados obtidos.

Sendo um estudo descritivo, os objectivos que a investigação contempla procuram determinar a relação entre as variáveis de controlo, definidas aqui como sendo as variáveis dependentes e as variáveis modelo, entendidas como as variáveis independentes, que recorrem a métricas e escalas na avaliação das percepções e atitudes dos consumidores face à compra de MNSRM.

A investigação científica é um processo empírico que visa produzir conhecimento. Este processo, assente num conjunto de etapas e fases, compõe toda uma estrutura formal e coerente, que confere robustez científica para uma determinada investigação. Estas etapas constituem as fases que fundamentam a relação entre o investigador e a investigação, nomeadamente, sobre decisões, acções ou atitudes empíricas, assumidas em cada um dos diferentes momentos da investigação. Assim, as etapas pelas quais se enveredou nesta pesquisa, sob influência da proposta das autoras Marconi e Lakatos (2007) e Churchill e Gilbert (1999), compreendem a:

- 1) Formulação de um problema;
 - 2) Escolha do modelo em estudo;
 - 3) Seleção do método de recolha de dados;
 - 4) Escolha da amostra;
 - 5) Recolha de informação;
 - 6) Análise e interpretação de dados;
- e por último, Elaboração do relatório de dados.

Nunca a nível nacional, e em muito poucos casos a nível internacional, foi estudado o Comportamento do Consumidor na compra de MNSRM - Factores que influenciam a compra e repetição de compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

Matias (2011) analisou o impacto das variáveis sociais, culturais e pessoais, de marketing e de serviços na compra de MNSRM em contexto de uma farmácia comunitária portuguesa.

Apresentamos a tendência de Mercado dos MNSRM no Anexo I.

Entendemos pertinente apresentar algumas notícias de imprensa que espelham o alcance do consumo e aquisição de MNSRM na sociedade portuguesa.

Conforme notícia publicada em Netfarma (2010) com o título “MNSRM: Vendidas 5,1 milhões de embalagens fora das farmácias em 2009” verificamos o importante papel das Parafarmácias na venda de MNSRM. “No ano passado venderam-se 5,1 milhões de embalagens de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das farmácias, o que representa 23,2 milhões de euros. Registou-se um aumento de 24,3% nas embalagens e 28,1% no valor face a 2008, apontam os dados do INFARMED que revelam que este segmento já representava, no final do ano, 11% do total da quota do mercado dos MNSRM. Os dados da Autoridade revelam, ainda, que os medicamentos mais vendidos são os analgésicos e antipiréticos, com um total de 1,2 milhões de embalagens,

no montante de 2,9 milhões de euros, ou seja, quase um quarto do total das vendas e 12,7% em valor. A seguir, surgem os modificadores da motilidade intestinal, com 620.592 embalagens no valor de 2,6 milhões de euros e uma quota de mercado de, respectivamente, 12,1% e 11,5%”, 18 de Março. Concluindo-se, pelos dados divulgados, o crescente aumento da importância dos MNSRM na Saúde.

Destacamos uma outra notícia divulgada na RCM Pharma (2013) com o título “MNSRM são excepção à regra na quebra de vendas no sector da distribuição” em que se espelha a importância dos MNSRM no sector económico. “... Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) foram a única categoria não alimentar que registou uma subida, de 1,2%, para 442 milhões de euros”, 27 de Maio.

Entendemos, também, fazer sentido destacar a notícia divulgada na RCM Pharma (2011) com o título “MNSRM: doentes compram mais barato mas vão pedir conselho às farmácias” e que reflecte o importante papel das Farmácias no que concerne ao aconselhamento. “As contas chegariam para arrumar o assunto, mas há mais argumentos a ter em conta. Depois da divulgação do estudo sobre os dez anos da política do medicamento em Portugal que concluía, entre outras coisas, que as parafarmácias vendem os medicamentos não sujeitos a receita médica em média 6% mais baratos – o Jornal i foi pedir orçamentos para equipar a farmácia doméstica. Num espaço de 500 metros, o mesmo cabaz pode dar origem a três contas diferentes - e entre a Farmácia mais cara desta pequena amostra e a Parafarmácia mais próxima a poupança chega aos 2,25 euros.

O jornal chegou à parafarmácia Health4U, na Avenida Defensores de Chaves, perto da hora de almoço. A gerente Mariana Pinto já teve três lojas de saúde mas agora mantém apenas esta, que há cinco anos viu crescer o volume de negócio com a abertura à venda de medicamentos não sujeitos a receita. Estão no centro de várias farmácias, “Lisboa está sobrelotada”, mas não se sente a roubar clientela – geralmente são os funcionários das redondezas que aparecem para uma compra rápida e quando trazem receitas para aviar reencaminha-os para a farmácia mais próxima. Os preços dos medicamentos de venda livre são os mais baratos, e embora o estudo do economista Pedro Pita Barros diga que as farmácias com uma parafarmácia entre as cinco principais concorrentes apresentam uma ligeira baixa nos preços, Mariana Pinto diz que nunca teve nenhum colega a pedir

expressamente para comparar preços. Mas ser uma pequena parafarmácia num campeonato onde entram cada vez mais grandes superfícies têm o seu senão: a única cliente que vemos entrar na loja sai sem comprar, depois de questionar o facto de uma pasta de dentes especial custar o dobro do hipermercado” ... “ Sobre os medicamentos de venda livre, a farmacêutica Beatriz Quaresma (que a ajuda a orçamentar o cabaz mais caro da amostra) diz que muitas vezes recebem utentes que vêm com os medicamentos comprados na parafarmácia para pedir aconselhamento. "Esquecem-se muitas vezes que estamos a prestar um serviço que sempre foi gratuito, mas que teria a compensação da compra."

O legado de confiança das farmácias é reconhecido por Luís Cunha, director técnico da Farmácia Cardeira. Mas se é verdade que a concorrência existe, também o é que os farmacêuticos estavam pouco habituados a ela. "Antes bastava abrir a porta para os clientes pingarem. A entrada de novos players fez-nos abrir os olhos", conta. Na base da clivagem entre os preços para o mesmo cabaz podem estar vários factores, do simples facto de a encomenda ser a um ou a outro armazenista, para uma caixa isolada ou para medicamentos para todo o ano, ou mesmo a habilidade em diluir as margens de lucro nos preços, para tornar o estabelecimento mais atractivo. "Os farmacêuticos não sabem lidar bem com a concorrência, não aprendem nada sobre gestão e economia nas faculdades", diz." ... “Com os preços mais perto dos da parafarmácia, Luís Cunha diz que segue de perto a concorrência e faz o chamado *pricing*.

Hoje neste sector, como noutros, são comuns os "preços bala" para aumentar o tráfego e levar a compras secundárias. As farmácias mudam também, mesmo que parte do negócio tradicional vá escapando. Só nos primeiros três meses do ano, as farmácias perderam 6,6% da venda de medicamentos livres, uma tendência de quebra que se mantém desde a liberalização há cinco anos”, 5 de Maio.

Por outro lado destacamos, também, uma outra notícia que espelha a importância e apresenta uma previsão de expansão do Mercado dos MNSRM publicada na RCM Pharma (2011b) em que se anunciava o regresso da IMS Portugal ao mercado da Consumer Health (CH), “o Presidente da IMS Portugal referiu que: Para as companhias, a aposta na CH “é, sem dúvida, um caminho alternativo” para enfrentar a crise. Há muitas companhias que funcionaram e dinamizaram o seu crescimento à base do mercado da

prescrição e que agora fizeram muitos switches, e, com isso, conseguiram prolongar ou aumentar as vendas dos produtos já estabelecidos no mercado.

Ainda, o Global General Manager da companhia afirmava que:

...”dentro da CH os OTC são o segmento que mais se destaca, pois “beneficiam de vários drivers de crescimento num tempo de contenção no mercado farmacêutico”:

- os mercados emergentes, que têm a massa crítica necessária para influenciar o crescimento deste mercado;
- as companhias de medicamentos éticos, que procuram o switch para promoverem brand identities; e
- o acesso aos OTC que o consumidor tem através dos novos canais, o que promove a auto-medicação.

Igualmente referiu alguns dados de mercado: “O mercado OTC está a registar um crescimento de 7% por ano, sendo que os mercados emergentes são responsáveis por quase 70% desse crescimento global. Mas, para que o crescimento continue, a inovação nos OTC é crítica”, 22 de Setembro.

Por último, destacamos, ainda, uma outra notícia relativa ao preço dos MNSRM mediante estudo feito pela DECO (Defesa do Consumidor) com o título “Estudo Deco: MNSRM 10% mais baratos nos hipermercados” publicada em Netfarma (2013) “Um estudo da associação de defesa do consumidor Deco indica que os hipermercados vendem os medicamentos sem receita médica cerca de 10% mais baratos do que as farmácias, uma tendência que se mantém desde 2005.

A associação analisou preços de 25 medicamentos de venda livre em farmácias, parafarmácias e hipermercados e concluiu que, na maioria dos casos, «compensa adquiri-los nos espaços de saúde dos hipermercados».

As conclusões, que hoje são divulgadas na revista “Teste Saúde”, mostram que, no conjunto dos 25 fármacos sem receita analisados, a fatura na farmácia seria de 156 euros, na parafarmácia 150 euros e no hipermercado ficaria por 141 euros.

A amostra estudada custa, em média, 10% menos nos hipermercados do que nas farmácias, segundo as respostas obtidas em julho deste ano de um total de 300 espaços. As diferenças de preços podem atingir os 116%, como no caso de umas gotas para as cólicas do bebé que chegam a custar mais do dobro do preço entre o ponto de venda mais barato e o mais caro.

Apesar de apresentarem preços mais elevados, as farmácias continuam a ter 84% das vendas dos medicamentos não sujeitos a receita médica, refere o artigo da “Teste Saúde”, a que a agência “Lusa” teve acesso.

A Deco analisou também 12 produtos de cuidados pessoais e detectou que as diferenças de preços entre os vários locais de venda não são tão significativas.

Ainda assim, no caso dos artigos pessoais, como champôs ou produtos dentários, são as parafarmácias a apresentar os preços mais baixos, uma média de 4% a menos do que nas farmácias.

A Deco vai disponibilizar, a partir de hoje, no seu site uma espécie de simulador para os consumidores que queiram consultar, na zona em que pretendem, onde são vendidos os medicamentos e produtos mais baratos incluídos neste estudo”, 27 de Novembro.

Segundo um estudo relativo à adesão dos utentes aos MNSRM em Farmácia Comunitária, 78,3% das pessoas consumiam regularmente estes produtos, e apenas 21,7% não consumia este tipo de medicamentos (Fernandes *et al.*, 2009).

A Automedicação é uma prática em crescimento no ramo da Saúde, e um dos seus principais componentes são os medicamentos não sujeitos a receita médica, também conhecidos como MNSRM (Sansgiry e Cady, 1997).

Existem no Mercado empresas de análise de dados que estudam a evolução do Mercado de MNSRM em termos de Produto e áreas terapêuticas todavia sem fazerem a análise do comportamento do consumidor.

Uma das preocupações dos profissionais de marketing é a busca constante de novas estratégias e táticas para comunicar e interagir com os consumidores. Por esse motivo, foi com grande motivação que demos, então, este enorme passo no sentido de conseguirmos elaborar a presente Tese de Dissertação facultando algumas guidelines a todos os stakeholders deste Mercado, nomeadamente a nível de:

- Avaliar e entender os determinantes da atitude, percepção e comportamento do Consumidor na compra de MNSRM;
- Avaliar as necessidades e expectativas do Consumidor relativamente ao Mercado dos MNSRM;
- Determinar as principais variáveis que influenciam e determinam o processo de compra, e repetição de compra, de MNSRM;
- Proporcionar aos profissionais de Marketing Farmacêutico / Gestores de Produto linhas orientadoras para a actividade diária que desenvolvem ao desenharem / implementarem estratégias de Marketing;
- Contribuir para a melhoria da performance de lucros e rentabilidade dos espaços de venda de MNSRM.

No contexto da presente investigação, definiu-se como objectivo primordial, entender os determinantes da atitude, percepção e comportamento do consumidor, face à aquisição de MNSRM. A este objectivo, encontra-se subjacente um duplo interesse: saber quais as variáveis que influenciam a intenção de compra face à compra de MNSRM, por um lado, e de que forma a intenção de compra se reflecte no comportamento do consumidor, em relação à compra ou não de MNSRM, por outro.

Dado o interesse manifesto pela temática, reforçado por alguma bibliografia de base, é proposto entender o processo de planeamento e desenvolvimento de uma estratégia de marketing no sector farmacêutico.

A determinação de objectivos, como já referido no enquadramento teórico, permitiu gerar questões a que o presente estudo procura dar resposta:

- O que se entende por MNSRM? E como os indivíduos se comportam perante a auto-medicação?
- Que variáveis influenciam a atitude do consumidor face à compra de MNSRM?
- De que forma as atitudes geradas em torno dos MNSRM afectam a intenção de compra do consumidor?
- Que outras variáveis, para além das atitudes geradas, podem afectar a intenção de compra do consumidor?
- Pode a intenção de compra reflectir-se na atitude do consumidor face aos MNSRM? De que forma?
- Em que sentido as condições socioeconómicas dos consumidores influenciam as suas atitudes e comportamentos, face à aquisição de MNSRM?

A revisão da literatura foi, assim, essencial nesta etapa. O seu aprofundamento permitiu absorver um conjunto de variáveis essenciais para a análise da influência da atitude do consumidor e, conseqüentemente, o comportamento deste, perante a compra de MNSRM.

Com base em estudos de autores referidos (Lodorfos *et al.*, 2006; Ajzen, 1991) foi desenvolvido um modelo que permitisse explicar tanto a atitude como o comportamento do consumidor, face à compra de MNSRM. Seguiu-se, assim, a formulação de um conjunto de hipóteses que procuram atribuir ênfase às relações estabelecidas entre as variáveis que constituem o modelo em análise.

3.2.2 Modelo conceptual de investigação proposto

O modelo de investigação que se pretende testar representa uma aplicação extensiva do modelo de investigação realizado por Lodorfos *et al.* (2006). Estes autores testaram a influência dos constructos: Experiência e repetição de compra, confiança,

sensibilidade ao preço e lealdade na variável repetição de compra do consumidor face a MNSRM no sector farmacêutico.

Por sua vez, a variável intenção de compra do consumidor face aos MNSRM, simultaneamente com os constructos marca, qualidades extrínsecas, satisfação, sacrifício, risco percebido, normas sociais e atitude, são apresentados como factores possíveis e explicativos da intenção de compra dos consumidores face aos MNSRM.

Por último, é analisada a influência da variável intenção de compra de MNSRM na variável dependente Atitude face aos MNSRM, sendo esta, analisada mediante dois segmentos de consumidores, adultos e jovens. Deste modo, apresenta-se, de seguida, o modelo de Lodorfos *et al.* (2006), abaixo.

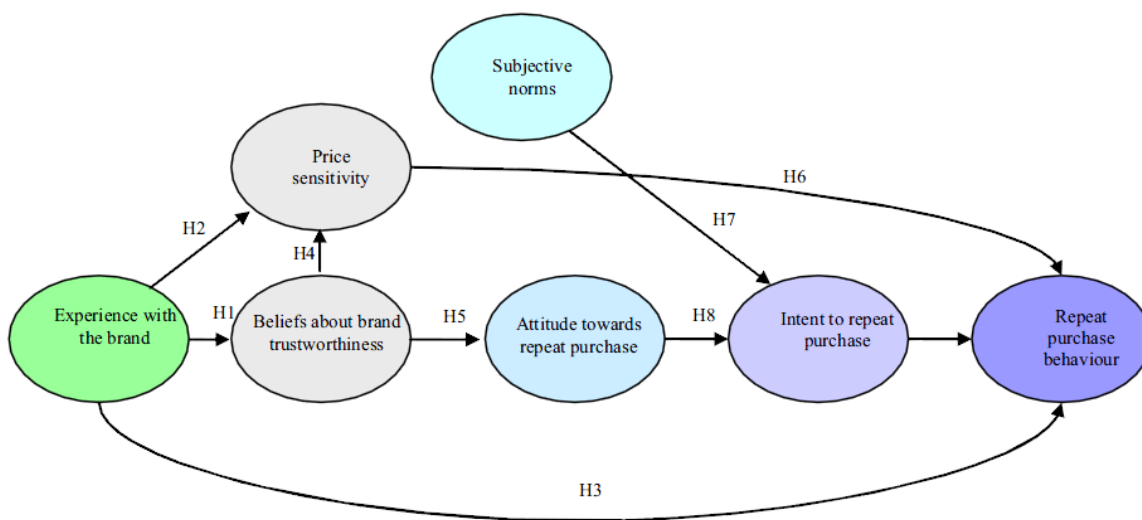


FIGURA 3 – Modelo de Investigação testado por Lodorfos et. al (2006)

De modo a enriquecer o modelo dos autores, e tendo referência de outros autores e estudos efectuados no campo - Agarwal (2001), Bordignon (2012), Herrera *et al.* (2011), Inman (2002), Jindal (2013) e Sichtmann (2007), optou-se por acrescentar a este modelo, outras variáveis como marca, qualidades extrínsecas, satisfação, sacrifício, risco percebido, normas sociais, uma vez que em estudos anteriores, estas variáveis demonstraram ser profícuas sobre a determinação de factores e Atitude em relação aos consumidores face a aquisição de produtos e/ou medicamentos no mercado.

Para o modelo de investigação proposto foram, assim, identificados enquanto determinantes da Atitude do consumidor face aos MNSRM, os constructos: Marca, Preço, Satisfação e Lealdade. Para a intenção de compra de MNSRM, foram identificados os constructos que, possivelmente, podem influenciar esta variável: Qualidades Extrínsecas, Sacrifício, Risco Percebido, Normas Sociais, Confiança e Atitude. Por último, foi identificada como variável dependente deste estudo, o comportamento que será influenciado pela Intenção de comportamento e pela Atitude face aos MNSRM.

Desta forma, apresenta-se o registo gráfico do modelo conceptual de investigação proposto.

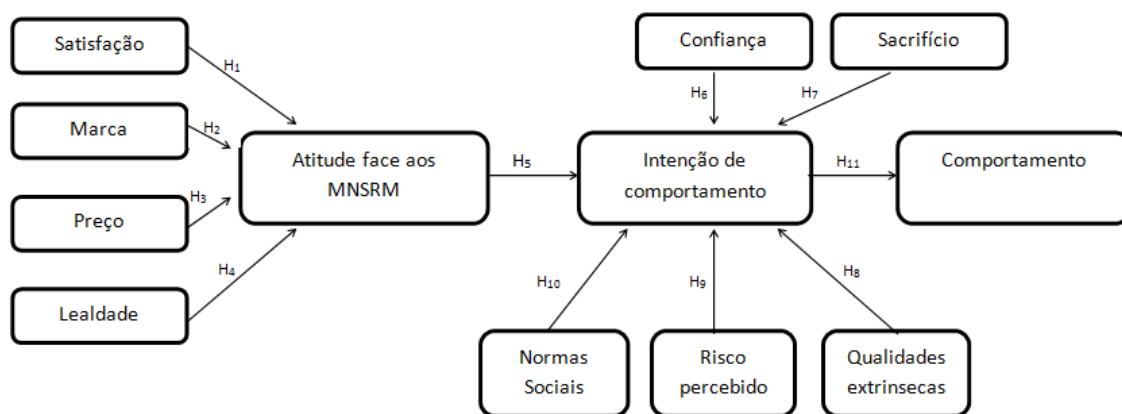


FIGURA 4 - Modelo conceptual de investigação proposto e relações estabelecidas entre variáveis

3.2.3 Derivação das hipóteses

Segundo as autoras Marconi e Lakatos (2007: 28) uma hipótese é “uma suposição que antecede a constatação dos factos e tem como característica uma formulação provisória”. Não existindo regras formais para a construção de hipóteses, estas devem ser fundamentadas por um enquadramento teórico, presidido pela revisão da literatura, para que a sua fundamentação não seja inócua. Por outro lado, as hipóteses devem, para a sua validação, ser passíveis de testar a sua validade. Para que os resultados tenham um carácter utilitário, as hipóteses devem ser, então, enunciadas, e consequentemente, validadas na análise e interpretação dos resultados.

A bibliografia de suporte para a revisão da literatura constituiu a base das hipóteses. Assim, torna-se importante revisitar certas considerações de modo a fornecer sustentação na delimitação das hipóteses de investigação, aqui enunciadas, e que visam corroborar a presente investigação.

Foram, assim, definidas 11 hipóteses de investigação, apresentadas de seguida:

3.2.3.1 Satisfação

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que os consumidores que estão satisfeitos com a compra de um produto vão comprar o mesmo produto novamente (Reichheld, 1996) e irão recomendá-lo a outros (Oliver e Swan, 1989).

Neste contexto formula-se a seguinte hipótese de investigação:

H1: Há uma relação positiva entre Satisfação e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.2 Marca

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que segundo Babu (2008) a imagem que os players indivíduo/consumidor, farmacêutico e o médico têm acerca da Marca, influencia diretamente a escolha de um MNSRM pelo consumidor.

Por outro lado, Amaral (2008) refere que a Marca obteve o terceiro maior valor entre os atributos considerados na análise de avaliação no momento da compra deste tipo de fármacos.

Neste contexto formula-se a seguinte hipótese de investigação:

H2: Há uma relação positiva entre Marca e atitude do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.3 Preço

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que num estudo efetuado por Fernandes *et al.* (2009) em Portugal, 51,3% dos inquiridos consideraram o preço como factor decisivo na compra de MNSRM, enquanto que os restantes 48,7% não consideraram.

Neste contexto formula-se a seguinte hipótese de investigação:

H3: Há uma relação positiva entre Preço e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.4 Lealdade

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que Duffy (2003) considera a lealdade como um sentimento que um cliente tem sobre uma marca. Este autor entende que os benefícios de fidelização são: redução de custos, a migração do canal inferior e maior consciência dos ativos da marca.

Por outro lado, verificámos que em 2006 foi referido por Lodorfos *et al.* (2006) que o Consumidor costuma dar preferência à experiência anterior e ao valor da marca do produto ao comprar um MNSRM.

Quem adquire uma vez um MNSRM, e é bem sucedido nessa experiência, fica motivado para repetir essa mesma experiência de aquisição.

Na presença desta informação derivou-se a seguinte hipótese de investigação:

H4: Há uma relação positiva entre Lealdade e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.5 Atitude

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que a Teoria da Accção Racional desenvolvida por Ajzen e Fishbein (1980) refere que a atitude do indivíduo constitui um dos três factores chave dessa Teoria. No seu estudo Ajzen e Fishbein (1975), defendem que a atitude afecta o comportamento através da intenção de desempenhar esse comportamento.

Ajzen e Fishbein (1980) afirmam que parece ser consensual entre investigadores que as atitudes perante um objeto são determinadas pelas crenças perante esse objecto. Ou seja, o indivíduo formula crenças sobre um determinado objecto associando-o a várias características, qualidades e atributos. Assim, aprendemos a formular atitudes positivas em relação a objectos que consideramos terem características positivas e a não gostar de objetos que apresentam características negativas.

Num estudo realizado por Fernandes *et al.* (2009) concluiu-se que apenas 8% da amostra afirmou não confiar na eficácia e segurança dos MNSRM.

Na verdade, quando se consome um MNSRM, a confiança do Consumidor é baseada na sua própria percepção de o medicamento ser, ou não, seguro para consumir.

Na presença desta informação derivou-se a seguinte hipótese de investigação:

H5: Há uma relação positiva entre a variável Atitude e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.6 Confiança

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que Morgan e Hunt (1994) consideram que a confiança é composta por duas dimensões: honestidade (por exemplo, acreditar que o hospital vai manter a sua palavra e que tem capacidade para o

fazer) e benevolência (por exemplo, acreditar que o hospital está interessado no bem-estar do doente).

Na verdade, quando se consome um MNSRM, a Confiança do Consumidor é baseada na sua própria percepção de o medicamento ser, ou não, seguro para consumir.

Na presença desta informação derivou-se a seguinte hipótese de investigação:

H6: Há uma relação positiva entre Confiança e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.7 Sacrifício

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que um preço mais elevado representa sacrifício monetário mais elevado conduzindo, inevitavelmente, a uma reduzida intenção de compra.

Opiniões formadas a partir do preço são a chave para a percepção do consumidor a nível de risco percebido (Bearden e Shimp, 1982), um atributo que é um dos principais impulsionadores do consumo, especialmente com novos produtos.

Neste contexto formula-se a seguinte hipótese de investigação:

H7: Há uma relação positiva entre Sacrifício e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.8 Qualidades Extrínsecas

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que segundo Sansgiry e Paul (1997), os médicos, farmacêuticos, amigos, família, meios de comunicação social (publicidade) e rótulo da embalagem são fontes de informação que podem influenciar a compra.

Na presença desta informação derivou-se a seguinte hipótese de investigação:

H8: Há uma relação positiva entre Qualidades Extrínsecas e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.9 Risco Percebido

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que segundo Mitchell (1999) o risco percebido é visto como um dos fatores mais poderosos para explicar o comportamento humano, uma vez que numa situação de consumo o indivíduo tende a minimizar o risco em detrimento de maximizar a satisfação.

Neste contexto formula-se a seguinte hipótese de investigação:

H9: Há uma relação positiva entre Risco Percebido e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.10 Normas Sociais

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que a percepção depende não apenas de estímulos físicos, mas também da relação desses estímulos com o ambiente e das condições interiores da pessoa. Os indivíduos podem ter diferentes percepções do mesmo objeto devido a três processos: atenção selectiva, distorção selectiva e retenção selectiva (Kotler e Keller, 2006).

Neste contexto formula-se a seguinte hipótese de investigação:

H10: Há uma relação positiva entre Normas Sociais e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.3.11 Intenção de comportamento

Conforme revisão da literatura realizada no capítulo 2 verificámos que a intenção é considerada como a motivação necessária para levar em frente determinado comportamento: “quanto mais forte for a intenção para pôr em marcha determinado comportamento, mais provável se torna que esse comportamento se manifeste” (Armitage e Conner, 2001).

Neste contexto formula-se a seguinte hipótese de investigação:

H11: Há uma relação positiva entre Intenção de comportamento e comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

3.2.4 Operacionalização das variáveis em estudo

Durante a etapa da revisão da literatura, esta foi elaborada, tendo em conta duas linhas de orientação. Por um lado, averiguar em que medida as atitudes e comportamentos, face aos MNSRM, têm vindo a ser estudados e investigados, por outro, procurando entender de que modo essas atitudes e comportamentos têm vindo a ser analisados pelos autores que integram a revisão da literatura.

Desta forma, foram recolhidas métricas já testadas e validadas pelos autores. No entanto, perante a adequação das métricas ao presente estudo, algumas foram adaptadas para o contexto de aquisição dos MNSRM.

Em muitos casos, as métricas utilizadas foram testadas por via do método de recolha de dados por questionário, e assim, adaptadas ao contexto da presente investigação. Por sua vez, a construção das afirmações, para testar as variáveis, foi realizada sem alterações marcantes, mormente, sobre a linguagem.

De modo a avaliar as percepções e atitudes face à compra de MNSRM foi tida em conta escala de Likert de cinco pontos. Esta escala foi utilizada perante as variáveis: Marca, Preço, Qualidades Extrínsecas, Satisfação, Sacrifício, Risco Percebido, Confiança, Lealdade, Atitude e Normas Sociais.

As Normas Sociais, para além da escala de Likert de cinco pontos contemplou, ainda, uma medição dicotómica em que os inquiridos responderiam afirmativamente ou negativamente, face às suas intenções de compra de MNSRM.

As métricas utilizadas para a recolha de dados encontram-se em anexo (Anexo II).

O quadro explicita cada uma das variáveis que contemplaram a investigação e análise deste estudo, fazendo referência aos autores que as validaram. Estas apresentam-se sob a forma de afirmações, não só porque foram testadas desta forma pelos autores consultados mas também porque segundo Hill e Hill (1998: 137) quando se trata de questionários para medir atitudes, as afirmações são mais apropriadas do que perguntas.

Apresentam-se aqui, em itálico e parêntesis, as designações atribuídas de modo a facultar a construção e consulta destas, na base de dados do software estatístico.

Sobre o constructo Marca (*marcaav*) recorreu-se à escala de Lodorfos *et al.* (2006) e Bordignon (2012) aplicada sobre a determinação do preço enquanto factor que influencia a atitude do consumidor face à compra de produtos e/ou medicamentos.

Para medir o constructo Preço (*preçoav*), esta teve como base as escalas utilizadas por Agarwal (2001), Solomon *et al.* (1999), Fernandes *et al.* (2009) e Lodorfos *et al.* (2006) para determinar o preço, sobre a atitude dos consumidores.

Para as Qualidades Extrínsecas (*qualex*) foram medidas por Agarwal (2001) para avaliar as intenções de compra de estudantes universitários na compra de bens medindo, assim, as qualidades percebidas e o sacrifício percebido, como factores determinantes na compra destes bens.

O impacto da variável Satisfação (*satisav*) é uma das mais recorrentes a qualquer estudo de marketing, sobretudo, para medir a repetição de compra, quando os níveis de satisfação forem positivos. Herrera e Blanco (2011), Inman (2002) e Kalyanaram e Little (1994), recorreram à variável Satisfação para medir o grau de familiaridade e as tomadas de decisão que são feitas pelos consumidores. Um dos meios possíveis para medir o grau de satisfação é ter em linha de análise, uma outra variável, a Experiência Passada (*expass*).

Para esta variável, recorreu-se às métricas de Agarwal (2001) que utilizou no seu estudo, para aferir a qualidade, risco e sacrifício para a repetição de compra dos mesmos produtos.

Recorreu-se, ainda, à escala de Hseih e Chang (2004) que mediu a experiência dos consumidores, tendo como referência, aquisições passadas.

Para medir o grau de arrependimento de um consumidor na eventualidade de ter que abandonar a Automedicação por indicação de terceiros, incluiu-se na análise a variável Decisão de Deixar a Automedicação (*deixautomed*) utilizada por Inman (2009) que mediu a formulação de uma decisão feita por boas razões, que conseqüentemente, terá níveis de arrependimento baixos.

Sobre a variável Sacrifício Monetário (*sacrimone*) recorreu-se à métrica de Agarwal (2001) para medir o risco financeiro e a performance do risco, mediante as relações percebidas de qualidade inerente aos bens. Para medir o Risco Percebido (*riscoper*), a métrica, tal como na variável anterior, teve como base, o risco desempenhado, medido por Agarwal (2001) e ainda por Herrera e Blanco (2001) que recorreram à métrica para determinar o processo de intenção de compra de produtos alimentares.

Tal como no caso da variável Satisfação, a variável Confiança (*confav*), é uma variável comumente analisada nos estudos de marketing para determinar tanto a Atitude de compra como a Intenção de compra, do consumidor face a bens e produtos no mercado. A métrica para averiguar os graus de confiança, no presente estudo, tiveram como base, vários autores, como Sichtman (2007), Herrera e Blanco (2011), Lodorfos *et al.* (2006), Bordignon (2012) e Agustine e Singh (2005), sobretudo, para averiguar os antecedentes e conseqüências que os consumidores depositam perante a sua confiança reativamente a uma determinada marca.

Para medir o constructo Lealdade (*leal*), recorreu-se à métrica proposta por Lodorfos *et al.* (2006), Herrera e Blanco (2011) e Kalyanaram e Little (1994), com base na teoria do comportamento planeado, para determinar a atitude do consumidor face à compra de um produto. Segundo Lodorfos *et al.* (2006) a lealdade dos consumidores constitui a fundamentação e o sucesso em qualquer ramo empresarial, não obstante, a lealdade face aos MNSRM constituir uma abordagem ainda por explorar.

Por sua vez, para medir a Intenção de Compra (*intcomp*) foi utilizada a métrica de Xu (2006) e Taylor e Todd (1995). Podendo a variável anterior reflectir-se sobre a intenção de comportamento, variável esta designada por Sobre Automedicação (*automed*) cuja métrica foi testada por Lodorfos *et al.* (2006) e Fernandes *et al.* (2009), permite analisar a intenção de comportamento do consumidor face à sua intenção de Automedicação e sentir-se seguro perante este comportamento.

Por último, a métrica da variável Normas Sociais (*normsoc1* e *normsoc2*) testada por Lodorfos *et al.* (2009) e Sichtman (2009) foi aplicada no presente estudo, de modo a averiguar, em que medida o consumidor é levado a comprar MNSRM através de recomendações entre as suas relações sociais de proximidade, nomeadamente, amigos, colegas de trabalho e familiares.

3.3 Quadro metodológico

O quadro metodológico evidencia as etapas e procedimentos que foram tomados para a prossecução da presente investigação.

Nesta secção serão apresentadas e definidas as etapas necessárias, com vista a alcançar a análise dos resultados obtidos. Assim, será definida a amostra, para a qual, foi aplicado o instrumento de recolha de dados, traduzido na presente investigação, pelo inquérito por questionário. Este instrumento de recolha de dados, foi estruturado de modo a obter um conjunto de respostas de modo a possibilitar uma maior extracção de informação sobre a determinação dos consumidores face a MNSRM. Este método de recolha de dados demonstrou ser o mais adequado para a presente investigação e a sua adequação deve-se à amostra definida e aos objectivos apontados anteriormente.

3.3.1 Definição da amostra

A população que integra a amostra da presente investigação, foi constituída a partir de dois critérios inclusivos.

Por um lado, indivíduos com idades iguais ou superiores a 18 anos e, por outro lado, que tenham consumido/adquirido MNSRM, pelos menos, nos últimos 12 meses.

Contribuiu para a delimitação da amostra, os dois segmentos etários que podem auxiliar a compreensão sobre o modo como estes medicamentos são adquiridos em regime de mercado livre. São os jovens e adultos que, pelas suas condições socioeconómicas, demonstram ter hábitos e percepções distintos, sobretudo, no que se refere ao processo de Automedicação. Neste processo, segundo o INFARMED¹, que tem publicado estudos sobre os MNSRM, referente ao uso e conseqüente preocupação dos indivíduos de assumirem uma responsabilidade que deve ser partilhada em consonância com os perigos reais de uma má administração destes medicamentos.

3.3.2 Método de recolha de dados

O método de recolha de dados, encontra-se relacionado com a problemática da investigação. Os factores que mais contribuem na sua determinação, segundo as autoras Marconi e Lakatos (2007: 30), reveem-se na adequação em que as circunstâncias da investigação são feitas. Especificamente, a determinação do método de recolha de dados encontra-se relacionado com os objectivos de investigação, com os recursos financeiros e humanos para a sua implementação, hipóteses levantadas bem como o tipo de inquiridos que se pretende incluir na amostra.

Tomando em consideração o modelo de investigação, os objectivos já evidenciados, bem como os recursos financeiros e humanos assumidos nesta investigação, o método que mais se adequou para validar as hipóteses formuladas foi o inquérito por questionário. O inquérito encontra-se em anexo (Anexo III) e para garantir uma maior taxa de questionários respondidos, no menor tempo disponibilizado, recorreu-se à plataforma online *Google docs*.

¹ http://www.anf.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=358

O inquérito por questionário é um dos métodos de recolha de dados mais recorrentes e utilizado na investigação sobre a determinação do processo de compra dos consumidores. A vantagem da sua aplicação prende-se perante a possibilidade de uma recolha quantitativamente ampla, de dados, de números de respostas, capacitando o investigador a medir com alguma exactidão, os objectivos pretendidos. Trata-se, assim, de um método essencial na recolha de dados, nomeadamente, para o seu tratamento estatístico, permitindo a comparação e generalização numa análise aos resultados obtidos. Por sua vez, as respostas obtidas por este meio detêm maior precisão sobre atitudes e percepções, pelo inquirido, configurando-lhe um espaço amplo de liberdade de resposta, uma vez que lhe é conferido o anonimato.

3.3.3 Processo de elaboração do método de recolha de dados

O processo de elaboração de um inquérito por questionário contempla um conjunto de procedimentos que devem ser levados a cabo pelo investigador.

Para McDaniel e Gates (2001) as etapas constituintes compreendem a definição dos objectivos do inquérito, recursos e seus constrangimentos do estudo, a determinação do método de recolha de dados, a determinação do formato das questões, a decisão terminológica das questões, o estabelecimento da sequência e subsequente formatação, avaliação do inquérito, a sua validação, o seu pré-teste e consequentes alterações, a sua eventual reformulação, e por fim, a sua implementação no terreno.

3.3.3.1 Determinação do formato e terminologia das questões

O formato das questões, a sua selecção e o modo de formulação, constituíram a base de preocupação para a construção e posterior implementação do questionário. Na presente investigação recorreu-se, essencialmente, a questões fechadas e questões por escala. Sobre as questões abertas, em que os indivíduos são livres de responder, apenas constituiu como objecto de aplicação a questão referente à idade. Esta é a única questão

aberta que integra a primeira secção, sobre a caracterização socioeconómica dos inquiridos. Para além da especificidade para a qual remete esta questão, as restantes, e de modo a excluir opções que não se perfilam nas situações dos inquiridos, denominam-se por escalas nominais, uma vez que a sua utilização pressupõe como objectivo, a caracterização dos inquiridos.

Contrariamente, para questões de resposta fechada, que contemplaram parte substancial do inquérito, caracterizam-se pelas suas respostas serem previamente fornecidas pelo investigador. O inquirido terá, por esta via, de escolher a que mais se adequa à sua situação e a que melhor reflecte a sua resposta. Por sua vez, as questões de escala, são definidas de modo a captar tanto a intensidade como as percepções de resposta dadas pelos inquiridos.

A formulação das escalas pode ser feita por diversas disposições. Entre elas, escala verbal com ordenação, de classificação ordinal, diferencial semântico e por escalas de soma constante. A mais recorrida foi a escala verbal com ordenação.

As questões das segunda e terceira secções foram concebidas de modo a obter respostas, incorrendo no uso de escalas de Likert de cinco pontos, obtendo assim a posição e opinião dos inquiridos, sobre o assunto a que reporta a questão, com maior precisão e equidade.

Na segunda secção, para medir a frequência de consumo de MNSRM foi utilizada uma escala de três pontos, sendo a posição dos inquiridos medida através de indicação de consumo frequente, consumo ocasional ou consumo raro de MNSRM.

Com o intuito de compreender qual o grau de familiarização dos inquiridos face aos seus conhecimentos sobre MNSRM, desenvolveu-se uma questão fechada, recorrendo a uma escala de três pontos, a saber, se conhece, conhece pouco ou não conhece as implicações da Automedicação.

3.3.3.2 Disposição do questionário estruturado

Após a definição das métricas a serem utilizadas na presente investigação, bem como o meio mais adequado de as aplicar, procedeu-se à formatação e estruturação do inquérito. Este passo teve em linha de conta, uma coerência interna do inquérito. Esta coerência baseou-se no pressuposto da redução da extensão do inquérito, de modo a que não gerasse aborrecimento durante o seu preenchimento e, conseqüentemente, o seu desinteresse / abandono.

Desta forma, o inquérito em formato final, que se encontra em anexo (Anexo III), é constituído por quatro secções.

A primeira, folha de rosto do questionário, contém instruções essenciais para o preenchimento do inquérito, nomeadamente, os critérios inclusivos e de validação do mesmo. Esta primeira secção é acompanhada por uma introdução, de dimensão curta, que será determinante, segundo Hill e Hill (1998), sobre a decisão do inquirido em cooperar com a presente investigação.

Para melhor facilitar o preenchimento do inquérito, as instruções que contemplam a primeira secção, devem-se a questões práticas de preenchimento. Assim, foi apresentada e advertida a escala, semelhante e aplicada na maioria das questões. Por outro lado, foi dada a garantia de anonimato sobre as respostas, aquando do seu tratamento analítico. Por último, foi considerada, também, a importância de os inquiridos responderem de acordo com as suas posições individuais e sobre as situações que melhor se adequam aos seus casos. Foi, ainda, advertido que a ausência de resposta invalidaria o inquérito. No entanto, para colmatar e evitar situações de invalidez, optou-se por colocação de filtro de preenchimento obrigatório, contido na plataforma online.

Secção I: Caracterização socioeconómica do/a inquirido/a.

Nesta secção, pretende-se fazer o levantamento das características da amostra, evidenciando o resultado das variáveis socioeconómicas. Estas variáveis permitem caracterizar os indivíduos que contemplam a amostra da presente investigação. As variáveis reproduzidas são: sexo, estado civil, idade, habilitações literárias, situação

profissional e rendimento mensal do agregado familiar. Sendo variáveis nominais, a opção por uma das respostas pressupõe a exclusão das restantes.

Secção II – Variáveis de controlo: Conhecimento, frequência e factores de consumo MNSRM.

Esta secção contempla as variáveis de controlo que permitem averiguar, e testar, a experiência e familiaridade dos inquiridos face ao consumo e/ou aquisição de MNSRM. A experiência e familiaridade dos inquiridos foi mensurada através das questões sobre o conhecimento da designação e suas implicações, a frequência de consumo de MNSRM, sobre a repetição de aquisição de MNSRM, factores que levaram a adquirir MNSRM, potenciais envolvidos sobre a recomendação ao consumo de MNSRM, influências que tenham exercido um papel determinante para a aquisição de MNSRM, quais as principais ocorrências encontradas para justificar a aquisição de MNSRM, identificando assim quais são as doenças ligeiras mais apontadas para a Automedicação, identificar o local de compra destes medicamentos, e por último, se os inquiridos informam terceiros, nomeadamente, profissionais de saúde ou as suas relações de proximidade, acerca do consumo de MNSRM.

Secção III – Determinantes da atitude e da intenção de comportamento): Atitudes, percepções e comportamentos face ao consumo e aquisição de MNSRM.

Esta secção pretende, a partir de diversas escalas, medir a percepção, comportamento e atitude dos inquiridos, face à compra, recomendação e confiabilidade dos MNSRM.

Pretende-se, por esta via, avaliar a percepção dos consumidores sobre a Automedicação, por um lado, e determinar os factores de escolha, e tomadas de decisão, sobre o processo de compra de MNSRM, por outro. Pretendendo-se, também, avaliar a experiência passada no processo de repetição de compra, averiguar qual a importância da marca, em termos de compra, lealdade e confiança perante o consumo de MNSRM.

Determinar a confiabilidade da Automedicação pelos consumidores. E, de igual forma, avaliar a sensibilidade face ao preço.

3.3.3.3 Avaliação e pré-teste

É normal entre os investigadores a necessidade e o consenso relativo à utilidade do pré-teste. Esta etapa, feita após a elaboração do questionário a uma amostra de dez inquiridos, demonstrou ser profícua na prevenção de aspectos relacionados com questões que pudessem suscitar ambiguidades nas suas respostas (Foddy 1996). O pré-teste, tendo como alvo, possíveis alterações no questionário, constituiu uma etapa em que as impressões dos inquiridos resultam de uma forma indirecta de informação sobre o seu entendimento face às perguntas que eram colocadas no questionário. Esta fonte de informação surgiu com o objectivo de otimizar o meio de recolha de dados, melhorando assim o questionário.

Desta forma, um dos meios recorridos para testar as perguntas do questionário, foi através de uma técnica em que se pedia ao inquirido que anotasse as suas observações, resultantes de questões que eram para si, incompreensíveis ou que suscitassem dificuldades de resposta. No sentido de melhorar, tanto a estrutura do questionário como as questões nele contempladas, aplicou-se o pré-teste aleatoriamente a dez indivíduos, com os quais, se mantém contacto regular no quotidiano. Foram assim familiares, amigos e colegas de trabalho que contemplaram a amostra do pré-teste.

Da avaliação do pré-teste, resultou a necessidade de clarificar algumas questões, nomeadamente da secção III, em que se pretendia averiguar as percepções e atitudes face à compra de MNSRM. Procedeu-se, então, à reformulação em alguns casos, e noutros, à eliminação total da questão. Para esta última, a sua eliminação deveu-se essencialmente à incompreensibilidade dos inquiridos face às opções de resposta. Especificamente, pedia-se aos inquiridos que indicassem, perante as ocorrências ou situações em que compravam MNSRM, a sua classificação farmacêutica.

Para além de testar a compreensibilidade das questões entre todos/as os/as inquiridos esta etapa foi, igualmente, profícua na percepção do tempo gasto para o preenchimento do questionário. Assim, o segundo objectivo foi averiguar se o questionário apresentaria uma dimensão adequada para a sua conclusão dentro de dez minutos - tempo estipulado como aceitável para o seu preenchimento.

3.3.3.4 Implementação do questionário e recolha de dados

O meio em que o questionário foi operacionalizado, tendo em linha de consideração as limitações financeiras, humanas e temporais, foi através da plataforma *online Google Docs*. A recolha de dados feita a partir da internet, pode representar um conjunto de vantagens que, segundo o autor Alan Bryman (2003: 632), podem não esgotar as possibilidades de recolha de dados, mas representam ênfases recorrentes da literatura emergente sobre dados quantitativos. Assim, optou-se por este meio de operacionalização por ser o mais económico, no que respeita a tempo e investimento monetário, permite o alcance a um maior número de indivíduos a inquirir e, essencialmente, devido à facilidade de recolha e armazenamento dos dados (*ibid*). Contudo, a adopção por este meio, pode apresentar algumas lacunas, nomeadamente, sendo a mais evidente a ausência do investigador/entrevistador na administração dos questionários. Esta lacuna impossibilita a prestação de apoios necessários ao inquirido perante questões incompreendidas, o que, subsequentemente, pode originar o enviesamento de respostas e questionários incompletos (Bryman 2008: 632; Marconi e Lakatos 2007). Esta desvantagem pode, assim, levar à impossibilidade de medição de determinadas variáveis.

Sendo um meio utilizado para investigações de diversa natureza, mormente, na aplicação de inquéritos por questionários, nesta plataforma foram possíveis várias tarefas. Entre elas, a edição do questionário final, a recolha sistemática, com carimbo datado da realização do questionário; e o seu armazenamento, dos dados resultantes das respostas do inquiridos.

Tendo atingido um número aceitável de questionários respondidos, a sua exportação foi feita para uma folha de cálculo do *Excel*, alterando o nome das variáveis de modo a que o *software* SPSS pudesse fazer o seu reconhecimento sem formatações que pudessem colocar em causa, o nome das variáveis.

A recolha de dados foi operacionalizada, tendo em conta o melhor meio de alcançar a amostra já referida anteriormente, e sendo a primeira escolha o *email*. A escolha deste meio baseou-se no facto de se tratar de uma ferramenta de utilidade quotidiana e de uso comum, tanto nas faixas etárias dos mais jovens como na faixa etária dos adultos. Foi, assim, enviado um email a uma lista extensa de contactos aleatórios onde era solicitado que o mesmo fosse reencaminhado, para os contactos de cada inquirido. Pretendia-se questionar o maior número de indivíduos que adquirissem MNSRM, sobre um espectro amplo em termos de idade, graus de instrução, situação profissional e rendimento mensal do agregado familiar.

O inquérito foi lançado nas ferramentas de distribuição entre os meses de Julho e Agosto, durante um período vigente de duas semanas resultando numa amostra de 351 inquéritos válidos.

3.4 Medidas com vista a melhorar a capacidade de resposta

Para colmatar e evitar situações de invalidez, optou-se por implementar o filtro de preenchimento obrigatório, contido na plataforma online.

Por outro lado, para diminuir a probabilidade de o inquirido desistir, diminuindo, assim, a probabilidade de se obterem questionários incompletos, implementámos, também, uma barra indicativa da progressão de preenchimento do questionário (por percentagem de respostas concluídas) derivado do facto de entendermos ser importante para o inquirido ter ideia da percentagem de preenchimento do inquérito até aquele momento.

Com as medidas adoptadas consideramos ter colmatado algumas das lacunas que o método de inquérito por questionário apresenta num contexto de ausência do entrevistador, quando disponibilizado numa plataforma online.

3.5 Procedimentos estatísticos

Após a recolha de dados e exportados estes para uma folha de cálculo do *Excel*, procedeu-se à sua análise estatística a partir da utilização do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. Nesta etapa, seguem-se a caracterização da amostra, tendo em linha de conta as questões contempladas na primeira secção do questionário, que designámos como caracterização sociodemográfica dos inquiridos. Segue-se, de igual modo, a análise das respostas obtidas a partir das variáveis de controlo. Como surge o conhecimento em relação à designação de MNSRM e suas implicações na auto-medicação, a frequência de consumo/aquisição de MNSRM, o processo de repetição, factores de consumo, identificação de quem recomendou a auto-medicação, as influências do consumo e quem são os terceiros a quem o inquirido informa sobre a sua auto-medicação.

3.5.1 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra será feita a partir das variáveis socioeconómicas. A sua análise será feita em termos de frequência absoluta e frequência relativa. Para o primeiro caso, a frequência mede o número de casos em que cada elemento, ou atributo da variável, se repete. Por sua vez, a frequência relativa apresenta os valores percentuais em que a frequência absoluta se manifesta, isto é, evidencia o número de casos em que cada elemento ou atributo da variável se repete face ao total das observações sendo, assim, apresentada em termos percentuais.

3.5.1.1 Quanto ao sexo e idade

Da análise dos dados sobre o sexo dos inquiridos, podemos averiguar que, a amostra se encontra equilibrada, mas com uma distância percentual de 5%, entre inquiridos do sexo feminino e inquiridos do sexo masculino. No entanto, a amostra apresenta uma participação de cerca de 52% de respondentes do sexo masculino e cerca de 47% de respondentes do sexo feminino.

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sexo	Feminino	167	47,6
	Masculino	184	52,4
	Total	351	100,0

Tabela 1 - Distribuição dos inquiridos por sexo

Relativamente às idades, compiladas na tabela nº 2, podemos constatar que a população maioritária desta amostra compreende as faixas etárias com idades compreendidas entre os 31 e os 55 anos e, ainda, idades superiores a 61 anos. Em termos percentuais, cerca de 70,4% da amostra.

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idade	18 - 20	5	1,4
	21 - 25	30	8,5
	26 - 30	28	8,0
	31 - 35	41	11,7
	36 - 40	43	12,3
	41 - 45	49	14,0
	46 - 50	38	10,8
	51 - 55	32	9,1
	56 - 60	27	7,7
	> 61	44	12,5
	Total	337	96,0
Ausente	Sistema	14	4,0
Total		351	100,0

TABELA 2 - Distribuição dos inquiridos por idades

3.5.1.2 Quanto a habilitações literárias

Dado que cerca de 70% da população compreende as faixas etárias com idades compreendidas entre os 36 e 61 anos ou mais, os seus graus de instrução, isto é, os níveis de escolaridade e habilitações literárias da amostra, apresentam valores elevados, para graus elevados. Uma vez que a amostra integra cerca de 81% de inquiridos com níveis de escolaridade superior, é possível afirmar que estamos perante uma amostra altamente qualificada, em termos de conhecimentos. Contra os níveis de escolaridade superiores encontram-se cerca de 19% de inquiridos com níveis de escolaridade até ao 12º ano.

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Grau de Instrução	Bacharelato	25	7,1
	12º Ano (antigo 7º ano do liceu)	51	14,5
	1º Ciclo do Ensino Básico (antigo ensino primário)	1	0,3
	2º Ciclo do Ensino Básico (antigo ciclo preparatório)	1	0,3
	3º Ciclo (9.º ano, antigo curso geral ou 5º ano)	15	4,3
	Doutoramento	16	4,6
	Licenciatura	164	46,7
	Mestrado	78	22,2
	Total	351	100,0

Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos por Graus de Instrução

3.5.1.3 Ocupação profissional

Os resultados da tabela nº 4 indicam que cerca de 73,2% da população da amostra se encontra em situação de empregabilidade. Assim, 56% dos indivíduos encontram-se a trabalhar por conta de outrem e 11,7% são profissionais liberais. É de referir que a taxa de desemprego abrange cerca de 9% da população inquirida e situações de aposentação representam 11,4%. É de referir, ainda, que o questionário contempla a opção “outra situação”, representando para este universo cerca de 5,4%. Nesta categoria, encontram-se os indivíduos que mencionaram situações em que trabalham por conta de outrem e por conta própria, e que, sendo estudantes, se encontram em situação de emprego.

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Ocupação Profissional	Conta de Outrem	197	56,1
	Profissional Liberal	41	11,7
	Estudante	21	6,0
	Desempregado	33	9,4
	Reformado	40	11,4
	Outra Situação	19	5,4
	Total	351	100,0

TABELA 4 - Distribuição dos inquiridos por Ocupação Profissional

3.5.1.4 Rendimento familiar

No que respeita ao rendimento familiar mensal, a amostra pode ser dividida em inquiridos de classe baixa, os que têm rendimentos mensais até 500€, que representam cerca de 2,8% da população da amostra, em classe média, cujos rendimentos mensais variam entre 501€ a 1500€, representando cerca de 30,8% da população em análise, e em classe média alta, que contemplam rendimentos mensais entre 1501€ e 2500€ ou mais, representando a maioria da população, com cerca de 61,2% da população. Perante estes dados, é possível afirmar que a população que contempla a amostra constitui uma maioria que integra a classe média alta. A existência destas três classes sociais, grupos de consumidores de MNSRM, pertencente a grupos diferenciados com poder de compra, permitiram entender, em análise posterior, que existem diferenças significativas na atitude de cada inquirido em relação ao consumo/aquisição de MNSRM.

Rendimento Mensal	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
< 500€	10	2,8
501€ a 750€	21	6,0
751€ a 1.000€	36	10,3
1.001€ a 1.500€	51	14,5
1.501€ a 2.500€	98	27,9
> 2.501€	117	33,3
N/R	18	5,1
Total	351	100,0

TABELA 5 - Distribuição dos inquiridos por Rendimento Familiar Mensal

3.5.2 Análise das variáveis de controlo

Tal como sucedeu com as variáveis sociodemográficas, a análise das variáveis de controlo será efectuada tendo em conta a sua frequência absoluta e a sua frequência relativa. A análise contemplada nesta secção permitirá entender quais os graus de familiaridade, frequência e demais situações de partilha de informação sobre Automedicação dos inquiridos. Trata-se, assim, de uma análise que procura averiguar e testar a experiência e familiaridade dos indivíduos face ao consumo e/ou compra de MNSRM.

3.5.2.1 Familiaridade com MNSRM

Os valores de frequência absoluta e relativa são bastante expressivos em relação a esta variável de controlo. A maioria dos inquiridos, cerca de 68,4%, manifestam conhecimentos

sobre os MNSRM e quais as suas implicações durante o processo de Automedicação. Contrariamente, apenas 2,8% da amostra não conhece a designação MNSRM e quais as suas implicações durante o processo de Automedicação. Este dado indica que estamos perante uma amostra bastante familiarizada com os usos e implicações de MNSRM, provando por esta via, a adequabilidade da amostra aos propósitos da presente investigação.

Familiaridade MNSRM	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Conheço bem	240	68,4
Conheço pouco	101	28,8
Desconheço	10	2,8
Total	351	100,0

TABELA 6 - Distribuição de familiaridade perante MNSRM

3.5.2.2 Frequência de aquisição de MNSRM

A tabela abaixo, sobre a frequência de consumo/aquisição de MNSRM, indica que cerca de 86,9% dos inquiridos consome frequentemente (22,5%) e ocasionalmente (64,4%). Apenas 13,1% dos inquiridos responderam raramente. Desta análise, reforça-se a adequabilidade da amostra ao estudo que se pretende aqui desenvolver, no sentido em que, os inquiridos se encontram familiarizados com o consumo e aquisição de MNSRM, podendo, assim, responder o inquérito com base nas suas experiências pessoais.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Frequentemente (quase todos os meses)	79	22,5
Ocasionalmente (apenas alguns meses)	226	64,4
Raramente (apenas consumi uma vez)	46	13,1
Total	351	100,0

TABELA 7 - Distribuição da frequência de consumo/aquisição de MNSRM

3.5.2.3 Características do consumo/aquisição de MNSRM

Sendo esta amostra, a mais adequada para realização do presente estudo, na medida em que, 68,4% dos inquiridos revelam ter conhecimentos sobre as implicações sobre o consumo de MNSRM e 86,9% adquirem estes medicamentos regularmente, tornou-se necessário integrar, neste campo sobre as variáveis de controlo, outras variáveis que modelam características gerais sobre o modo como os indivíduos consomem e/ou adquirem MNSRM.

A primeira variável expõe as razões, pelas quais, os inquiridos repetem a compra de MNSRM. A tabela nº 8 indica que cerca de 41% repetem a compra de MNSRM porque estão satisfeitos perante os resultados obtidos; 33,6% dos indivíduos apontam que, a repetição da compra de MNSRM deveu-se, sobretudo, a evitar a deslocação a uma consulta médica; cerca de 21,6% dos inquiridos informaram outras situações, e apenas 3,7% dos inquiridos apontam a sua acessibilidade económica como sendo motivo de repetição de compra. Para outras situações, como resposta de campo aberto, os motivos mais frequentes apontam a repetição de MNSRM perante a resolução de patologias ligeiras e específicas, identificáveis facilmente e para os quais, os MNSRM são a primeira linha de recorrência, ou como sendo os MNSRM, medicamentos necessários e habituais no quotidiano; ou, por

último, dado o facto de os medicamentos que antes eram prescritos, terem passado a ser disponibilizados ao abrigo da qualificação enquanto MNSRM.

Repetição de Compra	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Eram acessíveis economicamente	13	3,7
Fiquei satisfeito com os resultados	144	41,0
Evitar idas a consultas médicas	118	33,6
Outra Situação	76	21,6
Total	351	100,0

TABELA 8 - Distribuição da frequência de repetição

Por sua vez, os factores que apontam para a compra de MNSRM, e segundo os dados recolhidos, conclui-se que, o primeiro factor decisivo para a compra se deve a evitar a ida a uma consulta médica, com cerca de 41,6%; o segundo factor é a poupança de tempo, com 33,3%; seguida de outras situações com 19,1%; e por último, apenas 6% dos inquiridos apontam como factor de compra a poupança monetária. Tal como na variável anterior, a resposta “outra situação” manteve-se como resposta aberta. Os principais factores aqui apontados, como outras situações, devem-se sobretudo, a uma necessidade isolada; de serem medicamentos de venda livre e apropriados às condições; e por último, conveniência, experiência e eficácia que é depositada nestes medicamentos, perante terapêuticas ligeiras.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Poupança monetária	21	6,0
Poupança de tempo	117	33,3
Evitar espera para consulta médica	146	41,6
Outra Situação	67	19,1
Total	351	100,0

TABELA 9 - Distribuição da frequência de factores

Ambas as variáveis demonstram assim a importância que é atribuída aos MNSRM no contexto de resolução de patologias ligeiras, no quotidiano. Tanto uma como outra evidenciam a relação entre tempo dispendido/resultado obtido, como decisor explicativo para a compra de MNSRM, uma vez que os indivíduos que repetem a compra de MNSRM se encontram satisfeitos com os resultados obtidos (41%) e para evitar consultas médicas (33,6%) e, ainda, apontam como factores para a compra de MNSRM a poupança de tempo (33,3%) e evitar a espera por uma consulta médica (41,6%).

Outro dado, recolhido a partir da análise dos dados, demonstra que cerca de 66,4% dos inquiridos compraram MNSRM por iniciativa própria, enquanto que os restantes, cerca de 33,6%, responderam que a compra de MNSRM lhes foi recomendada.

Alguém recomendou	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Não, foi por iniciativa própria	233	66,4
Sim	118	33,6
Total	351	100,0

TABELA 10 - Distribuição da frequência de recomendação

Dos 33,6% dos indivíduos que afirmaram a recomendação da compra de MNSRM por outrem, cerca de 68 inquiridos responderam que a recomendação foi feita por um farmacêutico; 61 inquiridos responderam que foi o médico; e cerca de 39 inquiridos afirmaram ter sido por recomendação de familiares. Menos significativos, foram os amigos e colegas de trabalho, respectivamente, 23 e 8 inquiridos.

Quem recomendou	Nº de ocorrências
Farmacêutico	68
Médico	61
Familiares	39
Amigos	23
Colegas de Trabalho	8

TABELA 11 - Nº de ocorrências de recomendação

Ambas as tabelas nº 11 e 12 revelam que, cerca de 66,4% da amostra compra MNSRM por iniciativa própria; e que são os farmacêuticos e médicos, seguidos por familiares, quem mais são apontados na recomendação da compra destes fármacos. Contudo, no que respeita à influência na compra de MNSRM no quadro geral da amostra, visível na tabela nº12, novamente, se encontram o farmacêutico, o médico e os familiares, os que mais influência exercem para a compra; com valores igualmente significativos, encontram-se os folhetos informativos, anúncios publicitários e a televisão, respectivamente, com 37, 29 e 19 número de ocorrências; com valores menos significativos, são os colegas de trabalho, o merchandising de laboratório farmacêutico e os meios de comunicação, os menos apontados.

Influência	Nº de ocorrências
Farmacêutico	164
Médico	104
Familiares	97
Amigos	51
Outro ²	50
Folhetos Informativos	37
Anúncios Publicitários	29
Televisão	19
Colegas de Trabalho	18
Merchandising de Laboratório Médico	13
Jornais, Revistas e Internet	13

TABELA 12 - Influências sobre a compra de MNSRM

Outro dado extraído a partir dos inquéritos, revela a preferência pelo local de compra dos MNSRM. Analisando a tabela nº 13, esta preferência manifesta-se, maioritariamente, pelas farmácias, local onde cerca de 82,3% dos inquiridos afirmam ser na farmácia, onde se deslocam para comprar os seus MNSRM; seguido pelas parafarmácias, com cerca de 14,8%; e com menor valor percentual, encontram-se os outros locais, com 2,3%, como as ervanárias, lojas de produtos naturais e biológicos.

² São apontados: a própria formação profissional dos inquiridos; o tempo dispendido; a insuficiência do próprio Sistema Nacional de Saúde; por vontade própria em adquirir mais conhecimento sobre o medicamento; o não pagamento da consulta médica; e por último, por necessidade circunstâncias do momento.

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
	Farmácia	289	82,3
	Parafarmácia	52	14,8
	Outro local	8	2,3
	Total	349	99,4
N/R	0	2	0,6
	Total	351	100,0

TABELA 13 - Distribuição da frequência de local de compra

Um último dado, especificamente voltado para o consumo de MNSRM, revela se os inquiridos informam terceiros sobre o seu consumo. Como apontam os dados da tabela nº 14, a maioria dos inquiridos, cerca de 63,5%, não informa terceiros; enquanto que 36,5% o faz. Por sua vez, os que informam terceiros, fazem-no a familiares. Isto é, cerca de 23,1% dos inquiridos informam os familiares sobre o seu consumo de MNSRM; cerca de 6,3% e 6,0 % dos inquiridos informam, respectivamente, os seus amigos e o médico; apenas cerca de 0,9% dos inquiridos informa colegas de trabalho; enquanto que, apenas um inquirido informa todos os terceiros sobre o seu consumo, de acordo com os dados apresentados na tabela nº 15. A análise de ambas as tabelas é, assim, fundamental para entender, no quadro da literatura sobre as normas sociais e o “Word Of Mouth”, o meio em que os indivíduos justificam o consumo de MNSRM através das suas relações e interações sociais, nomeadamente, familiares e amigos, que mais adiante se dará conta.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	128	36,5
Não	223	63,5
Total	351	100,0

TABELA 14 - Distribuição da frequência sobre terceiros

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Familiares	81	23,1
Amigos	22	6,3
Colegas de Trabalho	3	0,9
Médico	21	6,0
Outro	1	0,2
Total	128	36,5

TABELA 15 - Distribuição das frequências sobre quem informa

3.6 Metodologia de análise das variáveis

Após a caracterização da amostra, bem como após a análise descritiva das variáveis de controlo, procedeu-se à análise das variáveis do modelo, que contemplam a terceira secção do questionário.

A primeira etapa desta análise consistiu na operacionalização das variáveis, garantindo, assim, a consistência dos dados e da unidimensionalidade das medidas utilizadas.

A unidimensionalidade pressupõe uma avaliação de todos os itens para medir uma variável. Esta medição consiste em averiguar se são, ou não, representativos da mesma, isto é, se os itens se encontram a medir o mesmo conceito, garantindo por esta via, a

confiabilidade dos itens. Para este efeito, procedeu-se a duas análises: uma factorial, outra de consistência interna.

A análise factorial, segundo os autores Pestana e Gageiro (2008: 490), representa “um conjunto de técnicas estatísticas que procuram explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para descrevê-los”. É uma análise que procura relevar o peso dos factores, bem como as variâncias, de modo a que, tanto as covariâncias, como as correlações, se aproximem mais dos valores observados.

Para a presente investigação, recorreu-se ao método de estimação dos componentes principais. É um método que transforma um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, para um outro conjunto menor de variáveis não correlacionadas, designando, assim, os componentes principais. A vantagem do método reside na sua capacidade em reduzir a complexidade da interpretação dos dados, evidenciando os *loadings* ou pesos na determinação dos componentes principais que expliquem a máxima variância dos dados (*ibid*).

De modo a obter uma melhor interpretação dos factores gerados a partir dos componentes principais, recorreu-se ao método de rotação *varimax*, cuja finalidade é o de maximizar a variação dos *loadings* ou pesos contidos em cada componente principal, incrementando os pesos mais elevados e diminuindo os pesos mais baixos de cada variável. Ocultando os valores intermédios, o método de *varimax* permite que os factores sejam mais facilmente interpretados (*ibid*).

De modo a prosseguir com uma análise factorial, torna-se necessário que exista correlação entre as variáveis. Caso essa correlação seja diminuta, a probabilidade de partilharem factores em comum é reduzida. Para averiguar a qualidade das correlações, foram aplicados dois procedimentos estatísticos: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett.

O primeiro procedimento estatístico consiste numa medida de adequação da amostra. Compara as correlações simples com as correlações parciais, averiguadas ao longo das variáveis. Tratando-se de um indicador, este varia entre 0 e 1. Deste modo, um resultado de KMO que se situe próximo de 1, indica um coeficiente de correlação parcial

pequeno; por sua vez, um resultado de KMO que se situe próximo de zero, indica que a análise factorial pode não ser viável (Pestana e Gageiro, 2008).

Os valores de KMO devem assim ser interpretados da seguinte forma:

KMO	Análise Factorial
1 – 0,9	Muito boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Média
0,6 – 0,7	Razoável
0,5 – 0,6	Má
<0,5	Inaceitável

TABELA 16 - Adjectivação dos valores de KMO segundo Kaiser

Por sua vez, o teste de esfericidade de Bartlett é uma medida que avalia a hipótese da matriz de correlação ser a matriz identidade e o seu determinante ser igual a 1. Isto implicaria que as variáveis não fossem correlacionadas entre si. Contudo, para valores inferiores de 0.05, o seu resultado é aceitável, sendo mesmo desejável que o resultado estivesse mais próximo do zero.

De modo a explicar a percentagem dos dados pelos factores, foi calculada a variância total explicada, em função das componentes obtidas. Para melhor interpretar os componentes obtidos, a partir da variância, considera-se satisfatória uma solução que explique 60% da variância total (Hair *et al*, 2005).

Por fim, sendo uma etapa crucial da análise dos dados, procedeu-se à verificação da consistência interna das variáveis. Esta etapa, procurou verificar a fiabilidade das escalas utilizadas para medir cada uma das variáveis, optando-se assim, pelo teste de Alfa de Cronbach (α). Os valores resultantes deste indicador são considerados “excelentes” a partir de 0,9; “bons” a partir de 0,8; “razoáveis” a partir de 0,7 e “fracos” para valores inferiores a 0,7 (Pestana e Gageiro, 2008).

3.7 Constituição final das variáveis

Foram submetidas todas as variáveis à análise factorial e à análise de consistência interna. Este passo, permitiu averiguar a adequabilidade da amostra à análise factorial. Os resultados de ambas as medidas, são apresentados na tabela seguinte:

Variável	Itens	Nº Itens	KMO	Teste de Bartlett	α	% Variância explicada
Marca (<i>marcav</i>)	M1, M2, M3	3	0,682	,000	0,867	79,443
Preço (<i>preçoav</i>)	P1, P2, P3, P4, P5*, P6*, P7*, P8*, P9*	9	0,701	,000	0,730	59,741
Qualidades Extrínsecas (<i>qualex</i>)	Q1, Q2, Q3, Q4	4	0,520	,000	0,407	46,698
Satisfação (<i>satisav</i>)	S1, S2, S3, S4	4	0,703	,000	0,894	76,030
Experiência Passada (<i>expas</i>)	EP1, EP2, EP3	3	0,752	,000	0,940	89,266
Deixar automedicação (<i>decim</i>)	DA1, DA2	2	0,500	,000	0,606	72,321
Sacrifício Monetário (<i>sacrim</i>)	SM1, SM ⁷	2	0,500	,000	0,969	96,998
Risco Percebido (<i>risp</i>)	RP1, RP2	2	0,500	,000	0,901	91,025
Confiança (<i>conf</i>)	C1, C2 ... C12	12	0,845	,000	0,842	76,430
Lealdade (<i>leal</i>)	L1, L2, L3, L4 ... L7	7	0,799	,000	0,801	66,130
Atitude (<i>automed</i>)	A1, A2, A3, A4*	4	0,612	,000	0,712	63,738
Normas Sociais (<i>normsoc</i>)	NS1, NS2, NS3*	3	0,500	,000	0,736	79,105
Intenção de Compra (<i>icomp</i>)	IC1, IC2, IC3	3	0,690	,000	0,853	77,393

TABELA 17 - Resultados da análise factorial e análise de consistência interna

*P5-P9 Eliminado por apresentar baixos valores explicativos

*A4 Eliminado por apresentar baixos valores explicativos

*NS3 Eliminado por apresentar baixos valores explicativos

Da análise dos dados contemplados na tabela anterior, resulta:

- No que respeita ao grau de ajuste dos dados à análise factorial, e segundo os resultados obtidos para KMO, verifica-se para a variável confiança um valor considerado bom (0,8-0,9); para as variáveis Preço, Satisfação, Experiência Passada, Lealdade, os valores obtidos são considerados médios (0,7-0,8); para as variáveis Marca, Atitude e Intenção de Compra, apresentam valores considerados razoáveis (0,6-0,7). As variáveis Qualidades Extrínsecas, Deixar Automedicação, Sacrifício Monetário, Risco Percebido e Normas Sociais, apresentam valores abaixo de razoáveis.

- Sobre o Teste de Esfericidade de Bartlett, este apresenta um nível Sig.= 0,000, evidenciando a existência de correlação entre as variáveis.

- No que respeita à consistência interna, as variáveis Experiência Passada, Sacrifício Monetário e Risco Percebido, apresentam valores de excelência ($\alpha > 0,9$); as variáveis Marca, Satisfação, Confiança, Lealdade e Intenção de Compra, apresentam uma boa consistência interna ($\alpha > 0,8$). Para as variáveis Preço, Atitude e Normas Sociais, apresentam valores considerados razoáveis ($\alpha > 0,7$). Para as variáveis Qualidades Extrínsecas e Deixar Automedicação, apresentam uma fraca consistência interna ($\alpha < 0,7$).

- Para os instrumentos de medida aplicados, os valores relativos à variância explicada situam-se entre 46,70% e 96,99%.

Tomando em consideração os resultados obtidos a partir da tabela, é possível afirmar que todos os pressupostos da análise factorial foram verificados e os testes realizados mostram a adequação das métricas utilizadas em cada variável modelo, exceptuando as variáveis Qualidades Extrínsecas e Decisão em deixar Automedicação, que apresentam valores abaixo do razoável. Por apresentarem os valores mencionados na tabela e por demonstrarem pouca confiabilidade e consistência interna, os mesmos foram excluídos da análise factorial.

3.8 Conclusão

A elaboração deste capítulo procurou evidenciar a importância que é incutida sobre uma correcta selecção do método na operacionalização do instrumento de recolha de dados. Esta operacionalização teve em vista alcançar a amostra inicialmente estabelecida, procurando recolher dados que capturassem o que, efectivamente, se pretendia medir.

A análise às respostas sobre as variáveis sociodemográficas e de controlo permitiu averiguar que a amostra se adequa para a presente investigação, no sentido em que, se está perante uma amostra que é heterogénea, perfeitamente familiarizada com o consumo e/ou compra de MNSRM.

Por último, a submissão das variáveis à análise fatorial permitiu averiguar a adequabilidade das métricas utilizadas para a medição das variáveis em estudo. Esta submissão permitirá passar ao procedimento seguinte, o da regressão linear múltipla, que será explorada no próximo ponto.

4. RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO

4.1 Introdução

Este ponto começa por uma análise descritiva das variáveis em estudo: Marca, Preço, Satisfação, Experiência Passada, Sacrifício Monetário, Risco Percebido, Confiança, Lealdade, Atitude, Normas Sociais e Intenção de Compra, de modo a que seja conhecida a percepção dos inquiridos face às variáveis em análise.

De seguida, é feita uma análise sobre o impacto das variáveis socioeconómicas sexo, idade, grau de instrução e rendimento familiar, sobre as percepções dos inquiridos face às variáveis em estudo. Esta análise foi feita a partir do teste paramétrico t-Student para duas amostras independentes. Nesta secção, apenas serão apresentados os valores do teste face às variáveis sociodemográficas, dado que as variáveis de controlo, familiaridade, frequência e conhecimento sobre MNSRM não manifestaram influências significativas em relação às variáveis em estudo.

Após esta etapa, procedeu-se à avaliação da viabilidade do modelo de investigação proposto, a partir da Análise de Regressão Linear. Desta forma, o modelo foi dividido em dois submodelos, uma vez que o procedimento estatístico de regressão linear múltipla não permite a estimação de regressões concomitantes. A partir dos submodelos pretende-se dar representação das relações de interdependência entre os determinantes da atitude face a MNSRM e da intenção de compra.

No ponto 4.6 procede-se à discussão dos resultados obtidos, corroborando ou não, as hipóteses de investigação delineadas anteriormente.

4.2 Análise descritiva das variáveis em estudo

A tabela seguinte apresenta uma visão geral sobre as respostas dos inquiridos ao conjunto das variáveis em estudo. Utilizaram-se para este efeito, quatro indicadores: a

observação dos mínimos e máximos, a média e o desvio padrão, sobre as variáveis em estudo.

Na apresentação dos resultados, estes serão colocados entre parênteses os valores médios de resposta junto das respectivas variáveis.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Marca	1,00	5,00	3,17	1,23
Preço	1,00	5,00	2,27	1,27
Satisfação	1,00	5,00	3,81	0,73
Experiência Passada	1,00	5,00	3,82	0,74
Sacrifício Monetário	1,00	5,00	1,90	0,83
Risco Percebido	1,00	5,00	3,77	0,74
Confiança	1,00	5,00	3,31	0,85
Lealdade	1,00	5,00	3,15	0,93
Atitude	1,00	5,00	2,77	0,98
Normas Sociais	1,00	5,00	2,74	1,02
Intenção de Compra	1,00	5,00	3,40	1,03

TABELA 18 - Distribuição dos valores médios e desvio padrão das variáveis do modelo

Os valores das variáveis em estudo resultam do cálculo da média dos vários itens que compõem cada variável. É possível observar os valores mínimos e máximos entre 1 e 5. Isto resulta da escala que foi utilizada, neste caso, optou-se pela escala de Likert de cinco pontos para medir cada item das variáveis em estudo. Segundo os dados extraídos do SPSS é possível afirmar que os extremos foram sempre alcançados para todas as variáveis.

Como já referido, anteriormente, foi utilizada uma escala de Likert de cinco pontos para medir as percepções dos inquiridos em relação às variáveis em estudo. Na escala, o

ponto 3 (nem concordo, nem discordo) dividia a parte discordante (1-2) e a parte concordante (4-5) da escala. Analisando a tabela anterior, é verificável a localização de três variáveis sobre a parte concordante: Satisfação ($M= 3,81$) o que indica que o consumidor concorda que os padrões de qualidade e a confiabilidade dos MNSRM sejam elevados; Experiência Passada ($M=3,82$) o que indica que os consumidores concordam que a qualidade expectável, perceptível e percebida sejam positivos, face ao consumo e aquisição de MNSRM. Por último, o Risco Percebido ($M= 3,77$) também apresenta um valor muito próximo à parte concordante, indicando que os consumidores concordam que se sentem confiantes na eficácia dos MNSRM.

Por outro lado, os consumidores não concordam nem discordam que a marca determina a escolha de compra de um MNSRM ($M= 3,17$), que qualquer MNSRM seja fidedigno (Confiança $M= 3,31$). Também não concordam nem discordam sobre as opções de escolha de um MNSRM e que seja a sua primeira opção na compra de um medicamento (Lealdade $M= 3,15$). Por último, os consumidores afirmam que não concordam nem discordam em recorrer sempre a MNSRM para o tratamento de patologias ligeiras ou futuras prevenções (Intenção de Compra $M= 3,40$).

A análise dos dados permite, ainda, concluir que os consumidores não concordam que a compra de MNSRM esteja dependente de uma outra compra (Sacrifício $M= 1,90$); discordam que o preço determine a qualidade do medicamento, enquanto factor determinante na sua compra (Preço $M= 2,27$). Por fim, os consumidores discordam, ainda que parcialmente, que os MNSRM sejam totalmente seguros sem que a sua administração seja acompanhada (Atitude $M= 2,77$) e discordam que os familiares, amigos e colegas de trabalho não sejam importantes para a recomendação de MNSRM (Normas Sociais $M=2,74$).

4.3 Impacto das variáveis socioeconómicas no estudo

Nesta secção será apresentado o impacto das variáveis sociodemográficas nas variáveis em estudo: Marca, Preço, Satisfação, Experiência Passada, Sacrifício Monetário,

Risco Percebido, Confiança, Lealdade, Atitude, Normas Sociais e Intenção de Compra, medido a partir da aplicação do teste paramétrico t-Student e asseguradas as condições de normalidade e homogeneidade necessários para a sua prossecução.

O teste t-Student é um teste paramétrico que procura evidenciar a existência de diferenças entre duas médias de amostras independentes e se são significativas, ou não. A hipótese nula do teste t-Student designa que o valor médio observado em ambas as amostras seja igual, para níveis de significância de (p) inferiores a 0,05.

Para que a submissão das variáveis socioeconómicas ao teste t-Student cumprisse os requisitos da normalidade e homogeneidade, foi necessário a sua divisão em duas amostras independentes. Para este processo, foi utilizado a funcionalidade cut point, para diferenciar o sexo feminino do sexo masculino, para o caso da variável Sexo; para a variável idade, foi diferenciado os consumidores com idades compreendidas entre os 18 anos e os 40 anos de idade, dos consumidores com idades iguais ou superiores a 41 anos de idade; para a variável Habilitações Literárias, foi adoptado o procedimento semelhante, de modo a diferenciar os consumidores com um grau de instrução do ensino básico ou secundário, dos consumidores com formação superior; por último, sobre a variável Rendimento Familiar, dividiu-se a amostra por consumidores com rendimentos iguais ou inferiores a 1500 euros dos consumidores com rendimentos iguais ou superiores a 1501 euros, diferenciando-os da classe média e baixa da classe alta.

4.3.1 Sexo

A partir da seguinte análise, procura-se inteirar a diferença de percepções entre os inquiridos do sexo feminino e do sexo masculino, face às variáveis em estudo. Deste modo, a variável independente é o sexo e como variáveis dependentes, as restantes variáveis em estudo.

	Feminino (n=167)		Masculino (n=184)			
Variável	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	t-Student	Sig.
Marca	3,11	1,23	3,03	1,24	0,614	0,573
Preço	2,22	0,97	2,28	0,96	-0,593	0,648
Satisfação	3,83	0,75	3,68	0,88	1,748	0,215
Experiência Passada	3,81	0,74	3,80	0,74	0,051	0,873
Sacrifício Monetário	1,93	0,76	1,88	0,87	0,545	0,019
Risco Percebido	3,89	0,73	3,77	0,75	1,514	0,443
Confiança	2,51	0,99	2,49	1,05	0,188	0,255
Lealdade	2,31	0,92	2,34	1,01	-0,300	0,073
Atitude	3,15	0,74	3,08	0,89	0,617	0,787
Normas Sociais	2,62	0,99	2,67	1,08	-0,460	0,379
Intenção de Compra	3,69	0,94	3,60	1,04	0,864	0,190

TABELA 19 - Test t-Student para a variável sexo

O teste t-Student permitiu averiguar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre consumidores do sexo feminino e consumidores do sexo masculino em todas as variáveis, com excepção da variável Sacrifício Monetário ($p= 0,019$) e Lealdade ($p= 0,073$) que apresentam níveis de significância muito próximos de 0,005. Neste sentido, é possível afirmar que as diferenças de percepção entre mulheres e homens são muito ténues, isto é, ambos discordam que a compra de um MNSRM possa afectar a compra de um outro bem, e discordam parcialmente que a compra de MNSRM seja a sua primeira opção de compra, face a outros medicamentos.

Como visto, o teste t-Student permitiu ver que não existem diferenças estatisticamente significativas. Sobre as médias é possível concluir que as percepções entre

os consumidores dos diferentes sexos são idênticas. Contudo, as mulheres destacam-se perante as variáveis Marca ($p=3,11$), Satisfação ($p= 3,83$), Risco Percebido ($p= 3,89$) e Intenção de Compra ($p= 3,69$) superando as médias de respostas dos consumidores de sexo masculino. As mulheres nem concordam nem discordam que a marca determina as suas opções de compra de MNSRM; concordam que os padrões de qualidade sejam elevados, bem como a sua satisfação perante a eficácia destes medicamentos; as mulheres sentem-se mais confiantes em como os MNSRM desempenharão com eficácia a sua função face a situações de doenças ligeiras e de patologias ligeiras; por último, as mulheres concordam, mais do que os homens, que recorrerão sempre aos MNSRM para o tratamento de doenças menos graves ou lesões ligeiras, optando sempre pelo autocuidado sempre que tiverem oportunidade.

As únicas variáveis em que os homens se destacam, em termos de médias de resposta, face às mulheres, são: Preço ($p=2,28$), Lealdade ($p= 2,34$) e Normas Sociais ($p= 2,67$). O que indica que, por um lado, discordam que o preço determina a qualidade dos MNSRM, bem como discordam que a variação do preço esteja relacionada com a qualidade do medicamento, discordando, também, que o preço seja um factor determinante para a compra de um MNSRM; por outro, os homens discordam que, os MNSRM sejam as primeiras opções de compra; e por último, discordam que de que a aquisição de MNSRM tenha sido recomendada por familiares, amigos ou colegas de trabalho.

4.3.2 Idade

A variável idade foi dividida em dois grupos de inquiridos: (1) Jovens, com idades compreendidas entre os 18 anos de idade e os 40 anos de idade e (2) Adultos, com idades iguais ou superiores a 41anos de idade.

Variável	Jovens 18-40 anos (n=156)		Adultos >41 (n=181)		t- Student	Sig.
	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)		
Marca	3,05	1,17	3,07	1,29	-0,110	0,149
Preço	2,26	0,91	2,23	1,01	0,291	0,122
Satisfação	3,82	0,76	3,68	0,82	1,628	0,166
Experiência Passada	3,90	0,61	3,72	0,83	2,154	0,000
Sacrifício Monetário	1,92	0,82	1,91	0,83	0,056	0,185
Risco Percebido	3,85	0,66	3,79	0,82	0,760	0,077
Confiança	2,63	0,99	2,43	1,02	1,830	0,838
Lealdade	2,36	0,90	2,33	1,02	-0,260	0,157
Atitude	3,21	0,97	3,03	1,09	1,571	0,204
Normas Sociais	2,51	0,97	2,80	1,07	-2,531	0,156
Intenção de Compra	3,75	0,88	3,56	1,06	1,793	0,009

TABELA 20 - Test t-Student para a variável idade

O teste t-Student permitiu averiguar a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre consumidores jovens e adultos nas seguintes variáveis: Marca ($p= 0,149$), Preço ($p= 0,122$), Satisfação ($p= 0,166$), Sacrifício Monetário ($p= 0,185$), Confiança ($p= 0,838$), Lealdade ($p= 0,157$), Atitude ($p= 0,204$) e Normas Sociais ($p= 0,156$). Neste sentido, ambos nem concordam nem discordam de que a marca é determinante para a compra do MNSRM; discordam de que o preço determine a qualidade do medicamento; concordam que a qualidade, eficácia e a confiabilidade de MNSRM seja elevada; discordam de que a compra de um MNSRM esteja dependente da compra de outro bem; discordam, em parte, de que qualquer MNSRM seja fidedigno ou seguro sem aconselhamento ; discordam, em parte, de que a compra de um MNSRM seja sempre a sua primeira opção de escolha; não concordam nem discordam de que a automedicação não

necessite de prescrição médica ou de aconselhamento profissional; e por fim, discordam em parte, da recomendação de um MNSRM por familiares, amigos ou colegas de trabalho.

As variáveis que mais se destacam, no que respeita à média das respostas entre os inquiridos, no grupo dos jovens, são: Satisfação ($p= 3,82$), Experiência Passada ($p= 3,90$), Intenção de Compra ($p= 3,75$) e Risco Percebido ($p= 3,85$). Isto indica que, os jovens concordam que os MNSRM sejam de qualidade e confiáveis; concordam que a qualidade espectral, perceptível e percebida, de um MNSRM seja positiva; concordam que recorrerão sempre a MNSRM para o tratamento de patologias ligeiras, e ainda, que estão confiantes no que respeita à eficácia dos MNSRM.

Por sua vez, para o grupo dos adultos, as variáveis que mais se destacam, são: Satisfação ($p= 3,68$) e Risco Percebido ($p= 3,79$). O que indica que, os adultos concordam que os MNSRM sejam de qualidade e confiáveis, e que desempenharão o seu papel, eficazmente, no tratamento de patologias ligeiras.

4.3.3 Habilitações literárias

De modo a perceber no que diferem as percepções dos indivíduos que detêm um grau de instrução menos qualificado dos indivíduos que detêm um grau de instrução superior, assumiu-se como variável dependente habilitações Literárias e como variáveis dependentes, as restantes variáveis em análise.

Variável	Ensino Básico e Secundário (n=68)		Ensino Superior (n=283)		t- Student	Sig.
	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)		
Marca	3,01	1,27	3,08	1,24	-0,419	0,785
Preço	2,35	1,03	2,23	0,95	0,948	0,309
Satisfação	3,85	0,79	3,72	0,78	1,207	0,815
Experiência Passada	3,81	0,83	3,81	0,76	0,032	0,163
Sacrifício Monetário	2,06	0,94	1,87	0,78	1,751	0,171
Risco Percebido	2,94	0,88	3,84	0,71	-0,725	0,003
Confiança	2,57	1,16	2,49	0,98	0,625	0,016
Lealdade	2,66	1,04	2,30	0,94	1,219	0,288
Atitude	2,90	1,10	3,17	1,00	-1,936	0,356
Normas Sociais	2,76	1,18	2,62	1,00	1,018	0,028
Intenção de Compra	3,46	1,20	3,69	0,92	-1,778	0,001

TABELA 21 - Test t-Student para a variável grau de instrução

O teste t-Student permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: Marca ($p= 0,785$), Preço ($p= 0,309$), Satisfação ($p= 0,815$), Lealdade ($p= 0,288$) e Atitude ($p= 0,356$) entre indivíduos que têm como grau de instrução o ensino básico e secundário dos indivíduos que têm um grau de ensino superior. Desta forma, os indivíduos não concordam nem discordam perante a variável Marca; discordam em parte, nas variáveis Preço e Lealdade; e concordam perante a variável Satisfação.

Analisando a média das respostas para os indivíduos que pertencem ao grupo com grau de instrução básico ou secundário, é possível constatar que as variáveis com maior destaque face ao segundo grupo, são: Sacrifício Monetário ($p= 2,06$) e Lealdade ($p= 2,66$). Os indivíduos discordam que a compra de MNSRM esteja dependente da compra de outro bem, enquanto que os indivíduos do grupo com grau de instrução superior discordam

totalmente ($p= 1,87$); os indivíduos com menor grau de instrução discordam, com alguma aproximação à posição neutra, que a compra de MNSRM seja a sua primeira opção de escolha, enquanto os indivíduos com grau de instrução superior têm maior ênfase sobre a discordância.

Por sua vez, o grupo com grau de instrução superior tem maior destaque sobre as variáveis Risco Percebido ($p= 3,84$), Experiência passada ($p= 3,81$) e Intenção de Compra ($p= 3,69$), indicando que, os indivíduos concordam que os MNSRM são confiáveis, no que respeita à sua eficácia e que tencionam recorrer sempre à automedicação para prevenções de futuras patologias ligeiras, enquanto que, os indivíduos com grau de instrução inferior demonstram alguma discordância, com exceção para a Intenção de Compra, que nem concordam nem discordam. Os indivíduos com grau de instrução superior evidenciam uma posição neutra no que respeita à Atitude ($p= 3,17$) enquanto que os indivíduos com grau de instrução inferior demonstram uma posição de discordância ($p=2,90$).

4.3.4 Rendimento familiar

A análise seguinte auxiliará a compreensão acerca da influência que a variável sociodemográfica rendimento familiar exerce sobre as restantes variáveis em estudo. Desta forma, foi tomada em consideração, a variável independente, o rendimento familiar, e como variável dependente, as restantes variáveis em estudo. À semelhança das análises anteriores foi dividida a amostra: uma, como sendo a classe média e baixa (<1500 eur), outra, classe alta (>1501 eur).

Variável	Classe Média e Baixa <1500€ (n=118)		Classe Alta >1501€ (n=215)		t- Student	Sig.
	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)		
Marca	2,79	1,31	3,22	1,17	-3,093	0,600
Preço	2,17	1,01	2,29	0,95	-1,109	0,579
Satisfação	3,70	0,84	3,75	0,75	-0,504	0,042
Experiência Passada	3,78	0,78	3,81	0,73	-0,401	0,074
Sacrifício Monetário	2,07	0,93	2,46	0,74	2,868	0,126
Risco Percebido	3,80	0,72	3,81	0,76	-0,201	0,399
Confiança	2,58	1,05	2,46	1,01	1,055	0,389
Lealdade	2,22	1,04	2,34	0,93	-1,112	0,215
Atitude	3,01	1,05	3,15	1,03	-1,181	0,880
Normas Sociais	2,59	1,14	2,67	0,97	-0,678	0,075
Intenção de Compra	3,69	0,96	3,63	1,00	0,549	0,468

TABELA 22 - Test t-Student para a variável rendimento familiar

A partir da análise da tabela anterior é possível constatar a não existência de diferenças estatisticamente significativas nas percepções em relação às variáveis em estudo entre os indivíduos da classe média baixa e indivíduos da classe alta, perante as seguintes variáveis: Marca ($p= 0,600$), Preço ($p= 0,579$), Sacrifício Monetário ($p= 0,126$), Risco Percebido ($p= 0,399$), Confiança ($p= 0,389$), Lealdade ($p= 0,215$), Atitude ($p= 0,880$) e Intenção de Compra ($p= 0,468$).

As variáveis, onde a diferença de médias de respostas entre ambos os grupos, são mais marcantes são: Satisfação, Experiência Passada e Normas Sociais. Estas médias de respostas indicam que, tantos os indivíduos da classe média e baixa e da classe alta concordam que os MNSRM são confiáveis e que os seus níveis de satisfação são elevados; ambos os grupos demonstram ser favoráveis face à qualidade expectável, perceptível e

percebida em relação aos MNSRM; são confiantes no que respeita à eficácia dos resultados dos MNSRM; e por último, concordam em recorrer à automedicação no tratamento de doenças ligeiras e lesões menos graves.

De um modo geral, os resultados obtidos a partir do teste t-Student, aplicado à variável socioeconómica rendimento familiar, permitiram compreender que, o rendimento não influencia as percepções face às variáveis em estudo. Empiricamente, a ausência da relação entre rendimento e percepções explica-se no sentido em que as variáveis em estudo são do foro psicológico e comportamental.

4.4 Análise de regressão linear múltipla

O termo regressão linear aplica-se a um conjunto de procedimentos estatísticos que procuram analisar correlações entre variáveis, inferindo sobre o valor de uma variável dependente face a um conjunto de variáveis independentes (Maroco, 2003)

A regressão linear permite ainda prever o comportamento de uma determinada variável endógena, isto é, dependente, a partir de uma ou mais variáveis exógenas, ou seja, independentes. Desta forma, o comportamento evidenciado pela regressão linear múltipla informa-nos sobre a margem de erro contida na previsão desse comportamento.

A expressão que designa o modelo de regressão linear múltipla é a seguinte:

$$Y_j = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \dots + \beta_p X_{pj} + \varepsilon_j$$

O primeiro pressuposto subjacente à regressão linear múltipla é o de estimar os coeficientes do modelo. Este pressuposto é alcançado a partir do método dos mínimos quadrados que consiste no ajustamento da recta aos dados observados, de tal modo que é minimizado o somatório do quadrado das distâncias entre os valores observados de Y e os valores ajustados pela recta. Isto é, a estimativa dos coeficientes de regressão são obtidos para que sejam minimizados os erros ou resíduos do modelo de regressão linear. Este pressuposto obedece a que, em teoria, a média dos erros seja idêntica a zero.

Identificados os coeficientes do modelo parte-se para a avaliação da influência das variáveis independentes sobre a variável dependente da amostra. Para tal, torna-se necessário averiguar e avaliar a qualidade do ajustamento efectuado pelo método dos mínimos quadrados. Os coeficientes são, assim, sujeitos a dois testes: por um lado, pelo Coeficiente de Determinação (R^2), por outro, pelo Coeficiente de Correlação de Pearson (R). O primeiro avalia a proporção da variação da variável em torno da sua média explicada pelo modelo de regressão. Segundo Maroco (2003) o coeficiente de determinação mede a quantidade de variância da variável dependente explicada pelas variáveis independentes. A sua variação oscila entre 0 e 1 e quanto mais próximo o coeficiente for de 1, maior a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra; e quanto mais próximo for de 0, menor será a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Desta forma, quanto mais próximo o valor de coeficiente de determinação for de 1, considerar-se-à um bom ajuste. O segundo mede o grau de associação linear entre duas ou mais variáveis. Segundo os autores Pestana e Gageiro (2008: 181) o R de Pearson deve apresentar valores entre -1 e 1. Perante a ocorrência de um coeficiente de correlação de Pearson ser igual a 1, a correlação seria perfeita e positiva entre as variáveis, indicando que, quando uma aumenta, a outra aumenta na mesma proporção; quando o coeficiente de Pearson for igual a -1, significa a existência de uma regressão linear negativa perfeita entre ambas. Perante a ocorrência de valores nulos, estes indicam a inexistência de qualquer regressão linear entre as variáveis.

Dado que o coeficiente de determinação é influenciado tanto pela dimensão da amostra como pela dispersão entre os dados, recorreu-se ao modelo de R^2 Adjusted. Este procedimento analítico é utilizado em modelos de investigação com mais do que uma variável independente, como é o da presente investigação.

No que respeita à significância da regressão, esta foi testada a partir do teste F da ANOVA. O teste procura testar a hipótese nula (H_0) de cujos pressupostos indicam que, a regressão é significativa apenas quando a proporção da variância explicada é elevada. Esta situação ocorre perante valores F elevados. Perante valores de F elevados, a hipótese nula deve ser rejeitada. A sua não rejeição indica que o conjunto de variáveis explicativas contribuem pouco na explicação da variância da variável dependente. Esta rejeição assume

valores de significância de 0,05, rejeitando, assim, a hipótese da regressão não ser significativa (Maroco, 2003).

O pretendido de uma análise de regressão linear pressupõe a opção por um melhor modelo que seja capacitante na previsão de dados. Ou seja, um modelo que seleccione as variáveis em estudo, aquelas que melhor explicam a variável dependente. O método subjacente a este procedimento foi o de Stepwise. Este método permite seleccionar as variáveis, adicionando ou reitrando-as, de acordo com o seu grau de importância que assumem perante a explicação da variável dependente.

A decisão feita anteriormente é levada em conta com os valores dos coeficientes das variáveis a partir das hipóteses, associando a este processo, um nível de significância de 0,05. Desta forma, infere-se sobre a hipótese do valor de cada coeficiente ser igual a zero (hipótese nula H_0). Perante esta ocorrência, a variável associada a um coeficiente em questão, será excluída do modelo, dado que não contribui na explicação da variável dependente. Contrariamente, a hipótese nula é rejeitada, inferindo que a variável detém um contributo significativo para a explicação da variável dependente. Logo, permanece no modelo.

No contexto da presente investigação, o valor p-value considerado para o nível de significância é de 0,05, uma vez que é possível a utilização de outros níveis de significância como 0,01 e 0,010. Os testes de inferência estatística descritos seguem uma distribuição normal uma vez que a amostra na presente investigação é superior a 30 (Maroco 2003: 59).

4.5 Apresentação dos resultados dos submodelos

Serão apresentados os resultados da análise de cada um dos submodelos da presente investigação. O objectivo concerne na sua validade e serão redefinidos consoante a verificação das variáveis na integração ao modelo proposto. Perante variáveis que não exerçam influência significativa, estas serão excluídas.

Serão apresentadas, ainda a corroboração ou não das hipóteses delineadas no modelo conceptual, testando por esta via, a sua adequação à realidade dos consumidores de MNSRM.

4.5.1 Submodelo de determinantes da atitude do consumidor face a MNSRM

Neste submodelo a variável atitude do consumidor representa a variável dependente, sendo explicada pelas variáveis independentes: Satisfação, Lealdade, Marca do Medicamento e Preço. Com este submodelo pretende-se avaliar em que medida as variáveis independentes influenciam a atitude do consumidor face à compra de MNSRM.

O modelo de regressão linear múltipla para esta relação representa-se a partir da seguinte fórmula:

$$\textit{Atitude} = \beta_0 + \beta_1 \textit{satisav} + \beta_2 \textit{marcav} + \beta_3 \textit{leal} + \beta_4 \textit{preço} + \epsilon$$

Podendo ser graficamente representada da seguinte forma:

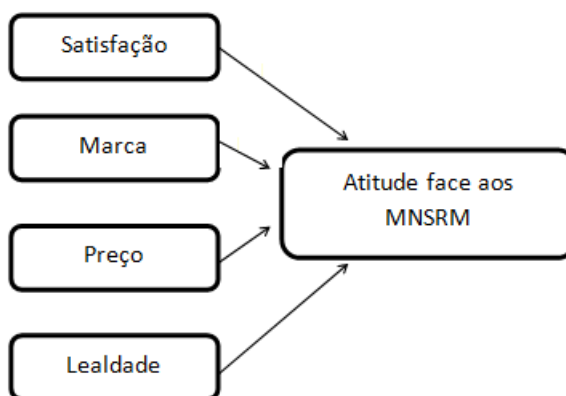


FIGURA 5- Submodelo de determinantes da atitude do consumidor face a MNSRM

O método stepwise levou à exclusão das variáveis marca e preço, permitindo concluir que as variáveis que explicam a variação da atitude do consumidor são as

variáveis satisfação e lealdade. A dedução deste submodelo pelo método stepwise deu origem à tabela seguinte:

R ²	R ² Adjusted	F	Sig.	B	Beta Standardized	T	Sig.	
0,275	0,264	26,142	0,000	(Const.)	0,164	0,541	0,589	
				Satis.	0,721	0,145	2,419	0,562
				Leal.	0,646	0,574	9,672	0,060

TABELA 23 - Resultado do submodelo determinante da atitude do consumidor face ao consumo e/ou aquisição de MNSRM

Com os dados que constam na tabela foi possível representar a regressão linear múltipla do submodelo a ser testado:

$$\text{Atitude} = 0,164 + 0,721\text{satis} + 0,646\text{leal} + 0,068\text{marca} + 0,157\text{preço} + \varepsilon$$

Sendo que o coeficiente de determinação R² obtido foi de 0,275 e R² Adjusted foi de 0,264, resulta que este submodelo permite explicar 26,4% da variância da atitude do consumidor face à compra de MNSRM, sendo que as variáveis em estudo se reflectem na explicação da atitude do consumidor ser a satisfação e a lealdade.

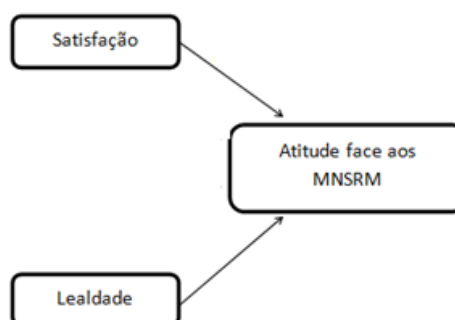


FIGURA 6 - Submodelo de determinantes da atitude do consumidor face a MNSRM

A significância da regressão foi testada através do teste F da ANOVA. É possível verificar que o nível de significância associado ao teste F foi inferior a 0,05 ($=0,000$) e F tem um valor de 26,146. Da aplicação do teste t resultou que apenas duas variáveis se apresentaram como sendo estatisticamente significativas ao nível do contributo explicativo para a atitude dos consumidores, sendo excluídas as variáveis Marca e Preço.

Relativamente às hipóteses associadas a este submodelo, os dados que constam da tabela permitem afirmar que:

H1: Há uma relação positiva entre Satisfação e Atitude do consumidor face a MNSRM

Os padrões de qualidade e os resultados/eficácia dos MNSRM tem um efeito positivo na atitude dos consumidores face à compra de MNSRM. Relativamente ao coeficiente obtido, é possível afirmar que, cada ponto adicional sobre a variável satisfação representa um aumento de 0,721 ($p=0,562$) na variável atitude face a MNSRM, com Beta Standardized de 0,145 positivo.

Tendo em conta os resultados apresentados podemos afirmar que a hipótese H1 é corroborada.

H4: Há uma relação positiva entre Lealdade e Atitude do consumidor face a MNSRM

A variável lealdade é a segunda variável com impacto positivo na atitude do consumidor face à compra de MNSRM. Neste caso, tendo em consideração o valor, é possível afirmar que o aumento de um ponto na variável lealdade vai resultar no aumento de 0,646 na variável atitude do consumidor em relação à compra de MNSRM, sendo o beta Standardized de 0,574.

Perante estes resultados, a hipótese H4 é corroborada.

H2: Há uma relação positiva entre Marca e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM.

H3: Há uma relação positiva entre Preço e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM.

Como se referiu anteriormente, as variáveis marca e preço foram excluídas do modelo, indicando que não possuíam relevância estatística para a explicação da variância da variável atitude de comportamento.

Neste sentido, é possível afirmar que as hipóteses H2 e H3 não são corroboradas.

4.5.2 Submodelo de determinantes da intenção de comportamento

No submodelo intenção de comportamento, foram identificadas as variáveis atitude, confiança, sacrifício monetário, risco percebido e normas sociais como capazes de influenciar a variável dependente intenção de comportamento. Desta forma, procura-se entender em que medida, as variáveis independentes influenciam a intenção de comportamento de adquirir MNSRM.

Também, para este submodelo, foi estabelecido o modelo de regressão linear múltipla:

$$Inten\c{c}\tilde{a}o = \beta_0 + \beta_1 \textit{atitude} + \beta_2 \textit{confav} + \beta_3 \textit{sacrim} + \beta_4 \textit{riscp} + \beta_4 \textit{normsoc} + \epsilon$$

Esquematizado:

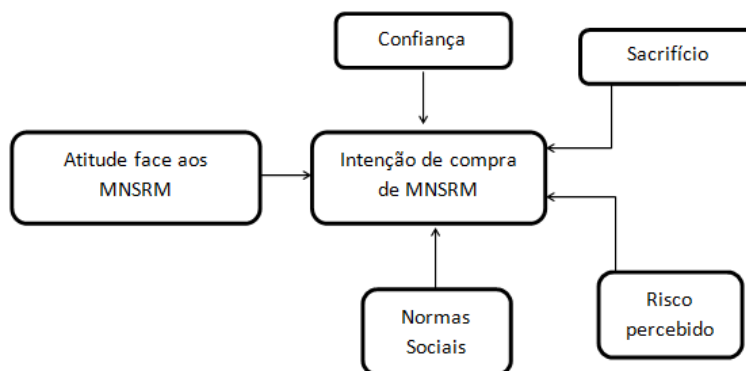


FIGURA 7 - Submodelo de determinantes da intenção de comportamento

R ²	R ² Adjusted	F	Sig.	B	Beta Standardized	T	Sig.	
0,356	0,339	20,969	0,000	(Const.)	0,164	0,541	0,589	
				Atitude	0,438	0,456	8,621	0,053
				Conf.	0,425	0,326	5,879	0,162
				Sacri.	-0,047	-0,039	-0,872	0,384
				Risco	-0,049	-0,037	-0,657	0,512
				N. Soc	-0,076	-0,078	-1,353	1,079

TABELA 24 - Resultado do submodelo da Intenção de Comportamento

Os valores transcritos na tabela permitem representar a equação da regressão linear múltipla do submodelo da seguinte forma:

$$\text{Intenção} = 0,438 \text{ atitude} + 0,425 \text{ conf} - 0,047 \text{ sacrim} - 0,049 \text{ riscp} - 0,076 \text{ normsoc} + \epsilon$$

Da análise do quadro acima é possível averiguar que o submodelo encontrado explica 35,6% da variância da Intenção de Comportamento, visto que R² tem o valor de 0,356 e R² Adjusted de 0,339, sendo este valor significativo (F = 20,969; p<0,001). Rejeita-se assim a hipótese nula, concluindo que o modelo é adequado aos dados.

Relativamente às hipóteses associadas a este modelo, os dados representados na tabela permitem concluir o seguinte:

H5: Há uma relação positiva entre atitude e intenção de comportamento face a compra de MNSRM

Os dados obtidos comprovam que a variável atitude é a variável que mais influencia a variável intenção do consumidor, sendo esta influência positiva.

A análise dos coeficientes, que constam na tabela, permitem afirmar que o aumento de um ponto na variável atitude significa um aumento de 0,438 ($p < 0,001$) na variável intenção de comportamento face à compra de MNSRM. O valor de Beta Standardized encontrado é de 0,456.

Desta forma, é possível concluir que a hipótese H5 se corrobora.

H6: Há uma relação positiva entre confiança e intenção de comportamento dos consumidores face à compra de MNSRM

Perante os dados da tabela, é possível concluir que a variável confiança é a segunda variável que influencia positivamente na variância da variável intenção de comportamento. Sendo que B e Beta Standardized (0,326) permitem afirmar que o aumento de um ponto na escala da variável confiança representa um aumento da intenção de comportamento do consumidor em comprar MNSRM de 0,425 ($p < 0,001$).

Desta forma, é possível concluir que a hipótese H6 é corroborada.

H7: Há uma relação positiva entre a variável Sacrifício monetário e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM

A análise dos dados da tabela anterior permitiu concluir que a variável sacrifício monetário exerce uma influência diminuta na explicação da variável intenção de comportamento, sendo esta influência, negativa.

É possível, assim, deduzir que cada ponto acrescentado à variável sacrifício monetário significa um decréscimo na intenção de comportamento em relação à compra de MNSRM de 0,047 ($p = 0,0384$) com um Beta Standardized de -0,039.

Neste contexto, a hipótese H7 é não corroborada.

H8: Há uma relação positiva entre Qualidades Extrínsecas e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM

H8 não foi testada no contexto da análise factorial por apresentar um grau de ajuste abaixo do razoável ($p=0,520$) e por apresentar, ainda, um nível de consistência fraco ($p=407$).

H9: Há uma relação positiva entre a variável Risco percebido e intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM

A análise dos dados da tabela anterior permite concluir que a variável risco percebido é a segunda variável que exerce uma influência diminuta na explicação da variável intenção de comportamento sendo, esta influência, negativa.

É possível, assim, deduzir que cada ponto acrescentado à variável risco percebido significa um decréscimo na intenção de comportamento em relação à compra de MNSRM de 0,049 ($p= 0,512$) com um Beta Standardized de -0,037.

Neste contexto, a hipótese H9 é não corroborada.

H10: Há uma relação positiva entre a variável Normas sociais e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM

A análise dos dados da tabela anterior permite concluir que a variável normas sociais é a terceira variável que menos exerce influência na explicação da variável intenção de comportamento, sendo esta influência, negativa.

É possível assim deduzir que cada ponto acrescentado à variável normas sociais significa um decréscimo na intenção de comportamento em relação à compra de MNSRM de 0,076 ($p= 1,079$) com um Beta Standardized de -0,078.

Neste contexto, a hipótese H10 é não corroborada.

H11: Há uma relação positiva entre Intenção de comportamento e comportamento do consumidor face à compra de MNSRM.

Existe uma relação positiva entre Intenção de Comportamento e Comportamento do Consumidor face à compra de MNSRM, uma vez que os dados obtidos a partir do submodelo, testado a partir da análise factorial pelo método stepwise, comprovam que a variável Intenção de Comportamento explica positivamente o comportamento do consumidor na compra de MNSRM, sendo os constructos explicativos desta relação positiva as variáveis Atitude e Confiança.

Neste contexto, a H11 é corroborada.

4.6 Discussão dos resultados

Hipótese		Resultado
H1	Há uma relação positiva entre Satisfação e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM	Corroborada
H2	Há uma relação positiva entre Marca e atitude do consumidor face à compra de MNSRM	Não Corroborada
H3	Há uma relação positiva entre Preço e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM	Não Corroborada
H4	Há uma relação positiva entre Lealdade e Atitude do consumidor face à compra de MNSRM	Corroborada
H5	Há uma relação positiva entre a variável Atitude e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM	Corroborada
H6	Há uma relação positiva entre Confiança e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM. corroborada	Corroborada
H7	Há uma relação positiva entre Sacrifício e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM. Não corroborada	Não Corroborada
H9	Há uma relação positiva entre Risco Percebido e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM	Não Corroborada
H10	Há uma relação positiva entre Normas Sociais e Intenção de comportamento do consumidor face à compra de MNSRM	Não Corroborada
H11	Há uma relação positiva entre Intenção de comportamento e comportamento do consumidor face à compra de MNSRM	Corroborada

TABELA 25 - Tabela resumo das hipóteses corroboradas e não corroboradas

A submissão das variáveis do submodelo atitude do consumidor à análise de regressão linear múltipla permitiu corroborar as hipóteses H1 e H4. Corroborar-se a existência de uma relação positiva entre a variável satisfação e a variável lealdade, resultados em conformidade com os estudos realizados por Herrera e Blanco (2011) e Inman (2002) e Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006).

Entretanto, averiguou-se que a variável com maior poder explicativo na variável atitude é a variável satisfação. Neste sentido, é possível constatar que o consumidor português atribui maior ênfase nos resultados/eficácia dos MNSRM; subsequentemente, os

consumidores portugueses atribuem um grau elevado de satisfação sobre a qualidade e a confiabilidade nos MNSRM.

Por outro lado, os consumidores portugueses valorizam a lealdade que depositam nos MNSRM permitindo, assim, explicar o segundo determinante da atitude de compra destes medicamentos, porque são os mais comprados quando necessários para o tratamento de patologias ligeiras ou lesões menos graves, ou mesmo, para os cuidados pessoais. Estes medicamentos são de primeira linha, quer em poupança de tempo quer em evitar idas a consultas médicas.

A lealdade, perante a explicação da atitude, reflecte-se em experiências anteriormente vividas. Assim, perante experiências passadas positivas, os consumidores tendem a atribuir um grau elevado de lealdade, colocando os MNSRM como primeiras opções de escolha.

As variáveis preço e marca, a partir do método stepwise, foram excluídas da análise, indicando que não são variáveis explicativas e determinantes na atitude de compra de MNSRM. Por outro lado, esta exclusão denota a falta de significância estatística destas variáveis na explicação da variância da variável atitude do consumidor. Estes resultados contrariam os estudos desenvolvidos por Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006) em que a variável marca influencia as atitudes do consumidor; e os estudos de Agarwal (2001), onde o preço exerce influência sobre as atitudes do consumidor.

Alguns estudos indicam tipologias distintas e classificativas em torno do consumidor, tendo em linha de consideração, segmentos de mercados diferenciados. São, assim, considerados os consumidores informados, aqueles de orientação conscienciosa voltada para a qualidade percebida e para o preço; os consumidores sociáveis, de orientação para o serviço, farmácia e socialização; os consumidores status, cuja prioridade está voltada para a compra de medicamentos de marca; os consumidores cautelosos, voltados para a qualidade percebida e para os tratamentos tradicionais; por último, os consumidores influenciáveis, voltados para as suas influências na publicidade e promoções, sendo a comunicação social um dos meios com mais poder exercido sobre as decisões de compra (Matias, 2011).

Diferentes factores exercem influências diversificadas para justificar as tomadas de decisão na atitude dos consumidores. São, assim, segmentos de mercado diversificados que baseiam as suas decisões e atitudes com base ou não, na marca e preço.

Uma vez que esta amostra é heterogénea e escolhida de forma aleatória, constata-se a heterogeneidade de consumidores que consideram o preço e marca como sendo pouco significativos e determinantes na compra de MNSRM. É possível estar perante um segmento de mercado, cujos consumidores sejam cautelosos, e que valorizem a qualidade percebida, a partir de experiências passadas, em detrimento da marca ou do preço. A partir dos resultados que aqui se apresentam, as hipóteses H3 e H4 não são corroboradas.

Como resultado deste submodelo, determinantes da intenção do comportamento, submetido à análise de regressão linear múltipla, conclui-se que as variáveis atitude e confiança afectam positivamente a intenção de comportamento. Desta forma, estes resultados levam a que se corroborem as hipóteses H5, H6. Por sua vez, as variáveis sacrifício monetário, risco percebido e normas sociais, influenciam negativamente a intenção de comportamento do consumidor. Desta forma, estes resultados levam a que as hipóteses H7, H9 e H10 não sejam corroboradas.

Como foi possível constatar a partir da revisão da literatura, a teoria do comportamento planeado, que serve de base ao modelo de investigação proposto, sustenta que a atitude influencia a intenção de comportamento. Neste sentido, os resultados evidenciados pela presente investigação confirmam os pressupostos subjacentes ao comportamento planeado do consumidor, uma vez que a hipótese H5 é corroborada.

Os resultados permitem afirmar que a atitude dos consumidores face aos MNSRM é positiva. Esta afirmação confirma-se pela concentração da média das respostas para a variável intenção de comportamento na afirmação concordante (ponto 2.3 – tabelas sobre o impacto das variáveis sociodemográficas no estudo). O consumidor concorda que tem a intenção de recorrer a MNSRM e à automedicação, sempre que tiver oportunidade para tratar de patologias ligeiras ou lesões menos graves. Por outro lado, os consumidores concordam que os MNSRM são de confiança e fidedignos; concordam que a qualidade seja confiável, tomando em linha de consideração as suas experiências passadas. A

corroboração da hipótese H6 vem confirmar os pressupostos subjacentes de Sichtman (2007), de Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006), Bordignon (2012) e Augustine e Singh (2005) de que a confiança resulta da experiência passada. Ou seja, a experiência com um determinado medicamento afecta o processo de repetição de compra. A corroboração desta hipótese constitui um reforço aos resultados evidenciados no submodelo anterior, sobretudo no que respeita à variável lealdade. A confiança é, assim, um conceito circundante que serve de mediador para a relação entre atitude e intenção de comportamento.

As variáveis sacrifício monetário, risco percebido e normas sociais, influenciam negativamente a intenção de comportamento. Contudo, conforme as médias das respostas (tabela sobre o impacto das variáveis sociodemográficas nas variáveis em estudo), no que respeita às variáveis sacrifício monetário e normas sociais, estas concentram-se na afirmação discordo. Isto indica que podemos afirmar que a amostra, sendo n=215 pertencente à classe alta, discorda que a compra de um medicamento implica a abdicação pela compra de outro bem; e que valorizam mais recomendações oriundas de profissionais da saúde, do que das suas relações sociais do quotidiano. Por sua vez, o risco percebido, que sendo a terceira variável que influencia negativamente a intenção de comportamento, pode indicar, por um lado, que poderá ter uma intenção mais favorável caso as premissas que foram apresentadas fossem garantidas. Por outro, pode evidenciar que os consumidores de MNSRM se deparam com grande familiaridade a estes fármacos, não atribuindo risco para a sua saúde. Contudo, através da análise da amostra, os inquiridos, não obstante a concordância que é atribuída à variável, reconhecem a importância do acompanhamento de um profissional de saúde durante o processo de automedicação.

5. CONCLUSÕES

5.1 Implicações para a gestão

Perante o contexto dos tempos modernos, caracterizado pelo acesso instantâneo e espontâneo a toda a informação e conhecimento, o consumidor é aquele que tem uma posição central no que respeita a decisões referentes às suas opções de compra.

O consumidor é indiferente a acções de comunicação indiferenciadas. Actualmente o consumidor apenas presta atenção às acções de comunicação consideradas, por si, como relevantes.

A comunicação é um meio que visa alcançar a lealdade, satisfação e confiança dos consumidores. Os determinantes de atitude e intenção de compra não devem ser esquecidos. É necessário que estes determinantes sejam estudados e analisados através de instrumentos e procedimentos estatísticos que procurem concluir em que medida os processos de comunicação devem, ou não, aliar os interesses empresariais às necessidades dos seus (potenciais) consumidores.

Destacamos as taxas de crescimento, que se verificam, no mercado dos MNSRM. Este mercado, cuja importância é inegável, apresenta-se como um sector fundamental na dinâmica com os seus consumidores, na medida em que os medicamentos constituem bens de primeira linha.

Em termos práticos, da gestão dos resultados analisados e evidenciados neste estudo procuramos auxiliar os profissionais de Marketing Farmacêutico / Gestores de Produto dando-lhes linhas orientadoras para a actividade diária que desenvolvem ao desenharem / implementarem / gerirem estratégias de Marketing visando, dessa forma, contribuir para a melhoria da performance de lucros e rentabilidade.

Hoje já não basta que o Delegado de Informação Médica seja conhecido do Farmacêutico e que o Farmacêutico seja conhecido/reconhecido pelo Consumidor.

No actual contexto é necessário chamar a atenção, cativar, seduzir, informar e estabelecer uma relação duradoura com o Consumidor. O Consumidor de hoje já não é o mesmo de há uma década atrás e como tal, o paradigma da comunicação também mudou.

Actualmente, o Consumidor é mais exigente, mais informado e mais autónomo, não se limitando a comprar o que lhe é recomendado. Hoje, o Consumidor, antes da tomada de decisão, procura e pesquisa activamente sobre o produto que pretende adquirir.

A Indústria farmacêutica tem que adequar e utilizar os meios disponíveis para melhorar a comunicação e informação aos clientes alvo.

Tendo em linha de conta as variáveis socioeconómicas de sexo, idade, habilitações literárias e poder de compra (rendimento familiar), é possível constatar, a partir do feedback dos consumidores, a evidência de algumas “exigências”.

As variáveis com maior impacto na explicação dos determinantes de atitude e intenção de compra de MNSRM foram a satisfação e a experiência passada. Analisando a satisfação a partir do impacto das variáveis socioeconómicas, os consumidores de ambos sexos, os consumidores jovens e adultos, com menor ou maior grau de habilitação e pertencendo a classe média, baixa ou alta, apontam como determinantes de atitude e intenção de compra de MNSRM a atribuição de um grau elevado de qualidade, eficácia e satisfação com estes medicamentos. Subsequentemente, e em função da satisfação, os consumidores depositam a sua confiança e lealdade, outros determinantes, na compra de MNSRM. Reconhecendo a classificação destes medicamentos quanto à dispensa, e tendo em consideração a importância que é atribuída aos medicamentos no contexto do quotidiano, sendo estes bens de primeira linha, as variáveis que menos explicam os determinantes de atitude e de compra são o preço e o sacrifício monetário.

Os determinantes da atitude e intenção de compra são, assim, fundados a partir de experiências passadas positivas que tenham ocorrido com os consumidores. Estas experiências criam, assim, expectativa, confiança, satisfação e lealdade atribuídas a um determinado medicamento, em detrimento do seu preço e do seu sacrifício monetário, por serem bens, como já referido, de primeira linha, para colmatar as necessidades individuais

dos consumidores, nomeadamente, para o tratamento de patologias ligeiras e lesões menos graves.

5.2 Limitações e investigações futuras

Inerente a qualquer investigação, estão associadas limitações provocadas por diversos fatores.

As principais limitações deste estudo foram a falta de tempo aliada à falta de recursos financeiros e equipa humana para a recolha de dados, limitações que levaram à escolha do meio online para operacionalizar a recolha de dados.

Como vimos no Capítulo 3, em 3.3.1 - Método de Recolha de Dados, a recolha de dados no meio online apresenta algumas limitações da qual se destaca a impossibilidade de auxílio do informante em questões mal compreendidas, podendo originar o enviesamento das respostas (Marconi e Lakatos, 2003).

A presente amostra integra cerca de 81% de inquiridos com níveis de escolaridade superior pelo que podemos afirmar que estamos perante uma amostra altamente qualificada, em termos de conhecimentos, sendo que a amostra é constituída por cerca de 19% de inquiridos com níveis de escolaridade até ao 12º ano.

A percepção destas limitações, permite a implementação de melhorias e desenvolvimento de novas investigações, de modo a obter um conhecimento mais aprofundado acerca do tema.

Considera-se, assim, que para estudos futuros seria interessante recolher dados através de inquéritos em papel, em diversas farmácias / parafarmácias, para que, dessa forma, seja possível, também, recolher dados de indivíduos com níveis de escolaridade mais reduzidos.

Por outro lado, de futuro, poderá ser, também, realizada uma análise paralela sobre as percepções de profissionais de marketing, nomeadamente da indústria

farmacêutica, e profissionais da saúde (médicos e farmacêuticos). Dessa forma será realizada uma análise transversal, apontando outras diferenças de percepção que seriam interessantes analisar.

Temos a esperança e a ambição de que este estudo constitua um estímulo para a elaboração de futuros estudos.

5.3 Conclusão

A recolha de dados e a sua análise conduziram à conclusão de existência de uma relação positiva entre a variável satisfação e a variável lealdade, resultados em conformidade com os estudos realizados por Herrera e Blanco (2011) e Inman (2002) e Lodorfos et. al (2006).

A variável com maior poder explicativo na variável atitude é a variável satisfação. Constatamos que o consumidor português atribui maior ênfase nos resultados/eficácia dos MNSRM; subsequentemente, os consumidores portugueses atribuem um grau elevado de satisfação sobre a qualidade e a confiabilidade nos MNSRM.

Os consumidores portugueses valorizam a lealdade que depositam nos MNSRM permitindo, assim, explicar o segundo determinante da atitude de compra destes medicamentos, porque são os mais comprados quando necessários para o tratamento de patologias ligeiras ou lesões menos graves, ou mesmo, para os cuidados pessoais. Estes medicamentos são de primeira linha, quer em poupança de tempo quer em evitar idas a consultas médicas.

A lealdade, perante a explicação da atitude, reflecte-se em experiências anteriormente vividas. Assim, perante experiências passadas positivas, os consumidores portugueses tendem a atribuir um grau elevado de lealdade, colocando os MNSRM como primeiras opções de escolha.

As variáveis preço e marca foram excluídas da análise, indicando que não são variáveis explicativas e determinantes na atitude de compra de MNSRM. Por outro lado,

esta exclusão denota a falta de significância estatística destas variáveis na explicação da variância da variável atitude do consumidor. Estes resultados contrariam os estudos desenvolvidos por Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006) em que a variável marca influencia as atitudes do consumidor; e os estudos de Agarwal (2001), onde o preço exerce influência sobre as atitudes do consumidor.

Uma vez que esta amostra é heterogénea e escolhida de forma aleatória, constata-se a heterogeneidade de consumidores que consideram o preço e marca como sendo pouco significativos e determinantes na compra de MNSRM. É possível estar perante um segmento de mercado, cujos consumidores sejam cautelosos, e que valorizem a qualidade percebida, a partir de experiências passadas, em detrimento da marca ou do preço.

As variáveis atitude e confiança afectam positivamente a intenção de comportamento. Por sua vez, as variáveis sacrifício monetário, risco percebido e normas sociais, influenciam negativamente a intenção de comportamento do consumidor.

Como foi possível constatar a partir da revisão da literatura, a teoria do comportamento planeado, que serve de base ao modelo de investigação proposto, sustenta que a atitude influencia a intenção de comportamento. Neste sentido, os resultados evidenciados pela presente investigação confirmam os pressupostos subjacentes ao comportamento planeado do consumidor.

Os resultados permitem afirmar que a atitude dos consumidores face aos MNSRM é positiva. Esta afirmação confirma-se pela concentração da média das respostas para a variável intenção de comportamento na afirmação concordante.

O consumidor concorda que tem a intenção de recorrer a MNSRM e à automedicação, sempre que tiver oportunidade para tratar de patologias ligeiras ou lesões menos graves. Por outro lado, os consumidores concordam que os MNSRM são de confiança e fidedignos; concordam que a qualidade seja confiável, tomando em linha de consideração as suas experiências passadas.

As variáveis sacrifício monetário, risco percebido e normas sociais, influenciam negativamente a intenção de comportamento.



Através da análise da amostra, os inquiridos, não obstante a concordância que é atribuída à variável, reconhecem a importância do acompanhamento de um profissional de saúde durante o processo de automedicação.

Bibliografia

Abreu-Rodrigues, J., & Ribeiro, M. R. (2005). *Análise do Comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação* (p. 205). Artmed.

Agarwal, Sanjeev (2001). Perceived value: Mediating of perceived risk. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 9 (Fall), 1-14.

Aguiar, A. H. de. (2009). *A Gestão da Farmácia - Ultrapassar os Novos Desafios*. (Hollyfar, Ed.). Lisboa.

Agustin, C., & Singh, J. (2005). Curvilinear effects of consumer loyalty determinants in relational exchanges. *Journal of Marketing Research*, 42, 96–108.

Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Akçura, M., Gönül, F., & Petrova, E. (2004). Consumer Learning and Brand Valuation: An Application on Over-the-Counter Drugs. *Marketing Science* Vol.23 (pp. 156-169).

Amaral, S. M. (2008). *Fatores que influenciam na tomada de decisão dos consumidores na compra de medicamentos isentos de prescrição*. Trabalho de conclusão de curso de especialização - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Armitage, Christopher e Conner, Mark (2001). *Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta analytic review*, *The British of Social Psychology*, 40, 471 – 499.

Babin, B. J., & Griffin, M. (1998). The nature of satisfaction: an updated examination and analysis. *Journal of Business Research*, 41, 127–136.

Babu, M. M. (2008). Factors contributing to the purchase of Over The Counter (OTC) drugs in Bangladesh: An Empirical study. *Internet Journal of Third World Medicine*, 6(2), 7.

Bauer, H. H.; Barnes, S. J.; Reichardt, T.; Neumann, M. M. (2005). Driving consumer acceptance of mobile marketing: A theoretical framework and empirical study, *Journal of electronic commerce research*, Vol. 6, No.3, pp. 181-192.

Bearden, W. O., & Shimp, T. A. (1982). The Use of Extrinsic Cues to Facilitate Product Adoption. *Journal of Marketing Research*, 229–239.

Bordignon, Lisandro (2012). “Marketing farmacêutico: Factores de maior influência para a compra de medicamentos livres de prescrição médica por estudantes universitários na cidade de Porto Alegre/RS”, *Revista Munda da Gestão*, 2(2), 62 – 72.

Bryman, Alan (2008). *Social Research Methods*. Nova Iorque: *Oxford University Press*.

Casanova, M.A.R (2011). *Medicamentos Não Sujeitos a Receita Medica - Requisitos regulamentares e análise da evolução do mercado*. Colegio da Especialidade de Assuntos Regulamentares da Ordem Dos Farmaceuticos.

Churchill, J.; Gilbert, A. (1999). *Marketing research: Methodological Foundation*. Orlando: *The Dryden Press*, 8th ed.

Copeland, M. T. (1923). *Relation of consumer’s buying habits to marketing methods* (pp. 282–289). *Harvard Business Review*.

Doyle, P. (2000). *Value-Based Marketing: Marketing Strategies for Corporate Growth and Shareholder Value*. England: John Wiley & Sons, Ltd.

Duffy, D. L. (2003). Internal and external factors which affect customer loyalty. *Journal of Consumer Marketing*, 20(5), 480–485.

East, F., Jumaev, M., & Hanaysha, J. R. M. (2012). Impact of Relationship Marketing On Customer Loyalty In The Banking Sector. *Far East Journal of Psychology and Business*, 6(Hirschman 1970), 36–55.

Europeia, C. (2006). Decreto-Lei n . o 176 / 2006 , de 30 de Agosto), 6–9.

Fernandes, Ana et al (2009). Medicamentos não sujeitos a receita médica – Razões mais frequentes de seu uso, *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias de Saúde*, 1(7), 47-55.

Filho, António Ignácio de Loyola et al (2002). Prevalência e factores associados à automedicação: Resultados do projecto Bambuí, *Revista Saúde Pública*, 36(1), 55-62.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

Foddy, William (1996). *Como perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

Giese, J. L., & Cote, J. A. (2002). *Defining Consumer Satisfaction*. *Academy of Marketing Science Review* 2000(1).

Gralpois, B. (1998). *Fighting the Illusion of Brand Loyalty*. *Direct Marketing*, 61, 62-65.

Garbin, H.B.R.; Pereira Neto, A.F.; Guilam, M.C.R. (2008). *A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica*, *Interface -Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (26), 579-88.

Hair, J. F.; Tatham, R. L.; Anderson, R. E.; Black, W. C. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. 5ªed. Porto Alegre: Bookman.

Hardey, M. (1999). "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise," *Sociology of Health & Illness*, 21 (6), 820-35.

Herrera, Carmina Fandos e Blanco, Carlos Flavián (2011). Consequences of consumer trust in PDO food products: The role of familiarity, *Journal of Products and Brand Management*, 20/4, 282 – 296.

Hill, M. M.; Hill, A. (1998). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo.

Hsieh, A. T., & Chang, W. T. (2004). The Effect of Consumer Participation on Price Sensitivity. *Journal of Consumer Affairs*, 38(2), 282–296.

Ignácio, A., Filho, D. L., Uchoa, E., Guerra, H. L., Firmo, J. O. A., & Lima-costa, M. F. (2002). *Prevalence and factors associated with self- medication : the Bambuí health survey*, 36(1), 55–62.

Infarmed (2006). Decreto-Lei no176/2006.

Inman, Jeffrey (2002). Regret in repeat purchase vs switching decisions: The attenuating role of decision justifiability, *Journal of Consumer Research*, 29, 116 – 128.

Jacoby, J., Kyner, D.B. (1973). Brand Loyalty vs. Repeat Purchasing Behavior, *Journal of Marketing Research*, Vol. 1, pp. 1-9.

Jamieson, Linda F.; Bass, Frank M. (1989). Adjusting Stated Intentions Measures To Predict Trial Purchase of New Products: A Comparison of Models and Methods, *Journal of Marketing Research*, Vol. 26, p. 336-345

Jindal, Arpita e Kothiyal, Preeti (2013). Historical and present trends of OTC medications, *International Journal of Universal Pharmacy and Bio Science*, 2(6), 88 – 96.

Kalyanaram, G., & Little, J. D. C. (1994). An empirical analysis of latitude of price acceptance in consumer packaged goods. *Journal of Consumer Research*, 21, 408–418.

Kotler, P., & Armstrong, G. (1998). *Princípios de Marketing*, 7th ed., Prentice-Hall Brasil.

Kotler, P.; Keller, K. L. (2006). *Marketing management*, 12th ed., New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Kotler, P., & Armstrong, G. (2008). *Princípios de Marketing* (12a ed.). Prentice Hall.

Lodorfos, George; Mulvana, Kate e Temperley, John (2006). Consumer behaviour: Experience, price, trust and subjective norms in the OTC pharmaceutical market, *Innovative Marketing*, 3(2), 41 – 66.

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2007). *Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 6ª Ed.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

Matias, J. T. M. (2011). *Factores que Influenciam a Compra de MNSRM: Identificação de uma Taxonomia de Consumidores*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Portugal

McDaniel, C.; Gates, R. (2001). *Marketing Research Essentials*. Ohio: South-Western College Publishing, 3th ed.

McKnight, H.; Kacmar, C.; Choudhury, V. (2002). *Developing and validating trust measures for e-commerce: An integrative typology*. *Information Systems Research*, v. 13, n. 3, p. 334-59.

Mitchell, V.-W. (1999). Consumer perceived risk: conceptualisations and models. *European Journal of Marketing*, 33, 163–195.

Monteiro, P. J. E. (2010). *Parafarmácias nos hipermercados em Portugal*. Dissertação de Mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.

Morgan, R. M. e Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20-38.

Nettleton, S. et al. (2005). The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health and their consequences for media convergence, *Sociology of Health & Illness*, 27 (7), 972-92.

Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction a Behavioural perspective on the Consumer*, McGraw-Hill.

Oliver, R. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460–469.

Oliver, R.L. (1999). Whence customer loyalty, *Journal of Marketing*, Vol. 63, pp. 33-44.

Oliver, R., & Swan, J. E. (1989). Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach. *Journal of Marketing*, 53, 21–35.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

- Pita, J. R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. CIEDA, CIEJD, 38–55.
- Ratchford, B. T. (2001). The economics of consumer knowledge. *Journal of Consumer Research*, 27, 397.
- Reichheld, F. (1996). *The Loyalty Effect*. Boston: Harvard Press Business School Press, Boston, MA.
- Rios, W., January, U., & States, U. (2008). *Effect perceived value on trust and brand loyalty : personality as moderation variables*.
- Ruyter, K. de, Wetzels, M., & Bloemer, J. (1998). On the relationship between perceived service quality, service loyalty and switching costs. *International Journal of Service Industry Management*, 9(5), 436–453.
- Sansgiry, S. S. e Paul, S. C. (1997). *An investigative model evaluating how consumers process pictorial information on nonprescription medication labels*, *Health Marketing Quarterly*, Vol. 14 (4), pp.71-90.
- Schiffman, L. G.; Kanuk, L. L.(2000). *Comportamento do Consumidor: 6ª edição*. São Paulo: LTC.
- Sekhon, Harjit et al (2013). Modelling trust in service relationships: A transnational perspective, *Journal of Services Marketing*, 27/1, 76-86.
- Sichtmann, Christina (2007). An analysis of antecedents and consequences of trust in a corporate brand, *European Journal of Marketing*, 9/10 (4), 999 – 1015.
- Solomon, M., Bamossy, G., & Askegaard, S. (1999). *Consumer Behaviour: A European Perspective*. Prentice Hal.
- Solomon, Michael R. (2002). *O Comportamento do Consumidor: 5ª edição*. Porto Alegre: Bookman.

Spears, Nancy; Singh, Surendra N. (2004). Measuring Attitude Toward The Brand And Purchase Intentions, *Journal of Current Issues and Research in Advertising*, Vol. 26, nº2, p.53-66.

Taylor, S.; Tood, P. A. (1995). *Understanding information technology usage: A test of competing models*, *Information systems research*, Vol. 6, No. 2, pp. 144-176.

World Health Organization, (1998). *Self-Medication in Europe*. Regional Office for Europe.

World Health Organization (1998). *The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication Contents*. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, 2-5.

Xu, D. J. (2006). The Influence of Personalization in Affecting Consumer Attitudes Toward Mobile Advertising in China, *Journal of Computer Information Systems*, winter 2006-2007, pp. 9-19.



Webgrafia

Apifarma (2012). *A indústria farmacêutica em números*. Acedido a Dezembro 15, 2013 em <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/Indústria%20Farmacêutica%20em%20Números%202012%20%201ª%20Edição.pdf>

Apifarma (2013). *Site Apifarma*. Acedido a Dezembro 20, 2013, em <http://www.apifarma.pt/areas/automedicacao/Paginas/mnsrm.aspx>

Infarmed (2010). *Saiba Mais Sobre... EMA*. Acedido Maio 15, 2014, em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/S_AIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO/26_EMA.pdf

Infarmed (2010). *Automedicação. Saiba Mais sobre Automedicação*. Acedido Dezembro 26, 2013, em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/S_AIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO/29_Automedica%E7%E3o.pdf

Infarmed (2013). *Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) janeiro a setembro 2013*. Acedido Dezembro 20, 2013, em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/2013/MNSRM_201309.pdf

Netfarma (2010). *MNSRM: Vendidas 5,1 milhões de embalagens fora das farmácias em 2009*. Acedido Agosto 15, 2014, em http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=3350&Itemid=2

Netfarma (2013). *Estudo Deco: MNSRM 10% mais baratos nos hipermercados*. Acedido Agosto 14, 2014 em http://industria.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=6701&Itemid=49

Pharmarketing, J. (2011). Saudados - Informação e Conhecimento em Saúde. Acedido Maio 20, 2013, em <http://www.saudados.pt/web/>

RCMPharma (2011). IMS de regresso ao mercado da Consumer Health. Acedido Agosto 10, 2014, em <http://www.rcmpharma.com/actualidade/industria-farmaceutica/22-09-11/ims-de-regresso-ao-mercado-da-consumer-health>

RCMPharma (2013). MNSRM são excepção à regra na quebra de vendas no sector da distribuição. Acedido Agosto 10, 2014, em <http://www.rcmpharma.com/actualidade/medicamentos/27-05-13/mnsrm-sao-excepcao-regra-na-quebra-de-vendas-no-sector-da-distribu>

Wiedenmayer, K., Summers, R.S., Mackie, C.A., Gous, A.G.S., Everard, M. & Tromp, T.F.J. (2006). Developing pharmacy practice – A focus on patient care. Geneva: World Health Organization. Acedido Dezembro, 27, 2013 em http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_PSM_PAR_2006.5_eng.pdf

Wiener, J., & Mowen, J. (1986). Source Credibility: on the Independent Effects of Trust and Expertise. Acedido Dezembro 17, 2013, em <http://www.acrwebsite.org/search/view-conference-proceedings.aspx?Id=6509>



Anexos



Anexo I

Tendências do Mercado de MNSRM

Mercado da automedicação - MNSRM em valor

Unidades: Milhões de euros ; %

	2007	2008	2009	2010	2011
MNSRM	181,0	188,9	210,1	201,9	205,8
Tx cresc.%	n/d	4,4%	11,2%	-3,9%	2,0%

Fonte: Infarmed (Inclui as vendas em Farmácias e Parafarmácias).
n/d - não disponível

Fonte: Adaptado de Apifarma (2012)

Mercado da automedicação - MNSRM em unidades

Unidades: Milhões de euros ; %

	2007	2008	2009	2010	2011
MNSRM	37,7	38,3	40,4	39,2	39,3
Tx cresc.%	n/d	1,7%	5,6%	-3,0%	0,2%

Fonte: Infarmed (Inclui as vendas em Farmácias e Parafarmácias).
n/d - não disponível

Fonte: Adaptado de Apifarma (2012)

MNSRM - Quota de mercado em relação ao mercado ambulatório (em valor), na UE

Países Countries	Unidades			
	2008	2009	2010	2011
Portugal ⁽¹⁾	5,6%	6,3%	6,2%	6,9%

Fonte: Adaptado de Apifarma (2012)

MNSRM - Mercado Europeu (em valor)

Países	Unidades: Milhões de euros (PVP)					Tx. cresc. 09-11 (%)
	2008	2009	2010	2011		
Portugal ⁽¹⁾	188,9	210,1	201,9	205,8	-2,0%	

Fonte: Adaptado de Apifarma (2012)

MNSRM - Preço médio (PVP)

	Unidades: Euros ; %				
	2007	2008	2009	2010	2011
MNSRM	4,80	4,93	5,20	5,15	5,24
Tx cresc.%	n/a	2,7%	5,5%	-1,0%	1,7%

Fonte: Dados - Infarmed; Análise: Apifarma

Fonte: Adaptado de Apifarma (2012)

MNSRM - Principais grupos terapêuticos - 2011

Unidades: Milhares de euros, %

Grupos terapêuticos *	Vendas (valor PVP)	Quota mercado (em valor)	Tx. cresc. 10-11
Analgésicos e antipiréticos	3.919	12,8%	6,7%
Modificadores da motilidade Intestinal	3.758	12,3%	12,3%
Adjuvantes da cicatrização	3.179	10,4%	16,5%
De aplicação tópica	2.820	9,2%	5,9%
Expectorantes e descongestionantes	2.362	7,7%	7,7%
Derivados do ácido propiónico	2.100	6,9%	9,0%
Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico	1.488	4,9%	38,4%
Antifúngicos	974	3,2%	3,9%
Inibidores enzimáticos	715	2,3%	-36,2%
Outras CFT's	9.189	30,1%	2,7%
Total	30.503	100%	6,5%

Fonte: Infarmed
Nota: * Classificação Fármaco-Terapêutica (CFT) de Nível 3

Fonte: Adaptado de Apifarma (2012)

Enquadramento de MNSRM no Mercado Total de Medicamentos

(Período entre Janeiro a Setembro de 2013)

	Embalagens	Valor PVP (Euro)	Representatividade (%)	
			Volume	Valor
Mercado Total de Ambulatório	188.486.368	1.903.110.201	-	-
MNSRM	30.958.881	169.626.513	16%	9%
Farmácias	25.647.815	143.292.581	83%	84%
Fora das Farmácias	5.311.066	26.333.931	17%	16%

Fonte: Adaptado de Infarmed (2013)





Anexo II

Métrica para a elaboração do questionário de investigação

Secção I – Condição Socioeconómica dos inquiridos		
Variável	Escala	Autores
Sexo (Sex)	MASCULINO/FEMININO	
Idade (Id)	(ABERTO)	
Estado civil (EstCiv)	SOLTEIRO/A DIVORCIADO/A CASADO/A OU EM UNIÃO DE FACTO VIÚVO/A N/R	



<p>Qual o grau de instrução mais elevado que completou?</p> <p>(GrauIns)</p>	<p>NÃO COMPLETOU QUALQUER NÍVEL DE ESCOLARIDADE</p> <p>1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO (ANTIGO ENSINO PRIMÁRIO)</p> <p>2.º CICLO DO ENSINO BÁSICO (ANTIGO CICLO PREPARATÓRIO)</p> <p>3.º CICLO (9.º ANO, ANTIGO CURSO GERAL OU 5.ºANO)</p> <p>12.º ANO (ANTIGO 7º ANO DO LICEU)</p> <p>BACHARELATO</p> <p>LICENCIATURA</p> <p>MESTRADO</p> <p>DOUTORAMENTO</p> <p>N/R</p>	
<p>Qual é a sua situação profissional?</p> <p>(SitProf)</p>	<p>CONTA DE OUTREM</p> <p>PROFISSIONAL LIBERAL</p> <p>ESTUDANTE</p> <p>DESEMPREGADO</p> <p>REFORMADO</p> <p>OUTRA SITUAÇÃO (ABERTO)</p>	
<p>Indique por favor o rendimento mensal do seu agregado familiar:</p>	<p>< 500 EUR</p> <p>501 EUR -750 EUR</p> <p>751 EUR – 1.000 EUR</p> <p>1.001 EUR – 1.500 EUR</p> <p>1.501 EUR – 2.500 EUR</p>	



(Rendi)	> 2.501 EUR N/R	
Secção II – Conhecimento, frequência e factores de consumo MNSRM		
Conhece a designação “MNSRM” (Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica) e quais as implicações para a sua saúde? (ConhMNSRM)	Conheço bem Conheço pouco Desconheço N/R	Herrera e Blanco (2011)
Diga, por favor, com que frequência consome MNSRM: (considerando os últimos 12 meses) (FreqCons)	Frequentemente (foi quase todos os meses) Ocasionalmente (apenas alguns meses) Raramente (apenas consumi uma vez)	Kalyanaram e Little (1994)
Porque repetiu a aquisição de MNSRM (Indique apenas um) (RepAqui)	Eram acessíveis economicamente Fiquei satisfeito com os resultados Evitar idas a consultas médicas Outra (aberto)	
Diga, por favor, qual foi o principal factor que o levou a consumir MNSRM? (Assinale apenas aquele que mais lhe convier) (FactCons)	Poupança monetária Poupança de tempo Evitar espera para consulta médica Outra (aberto)	Fernandes et al (2009)



<p>Alguém lhe tenha recomendado a automedicação? (RecMNSRM)</p>	<p>Sim Não, foi por iniciativa própria (filtro)</p>	
<p>Caso alguém tenha recomendado a automedicação, especifique por favor, quem: (pode indicar vários) (QuemRec)</p>	<p>Farmacêutico Médico Familiars Amigos Colegas de trabalho Outro (aberto)</p>	<p>Jindal (2013) Abreu-Rodrigues e Ribeiro (2005)</p>
<p>O que mais o/a influenciou a consumir MNSRM? (Pode assinalar vários) (Rede de relações)</p>	<p>Anúncios publicitários Revistas Jornais Internet Televisão Merchandising de laboratório farmacêutico Folhetos informativos Farmacêutico Médico Familiars Amigos Colegas de trabalho</p>	<p>Jindal (2013)</p>



(InflueMNSRM)	Outro (aberto)	
<p>Diga, por favor, assinalando a ocorrência ou as ocorrências para as quais, adquiriu MNSRM: (Nos últimos 12 meses)</p> <p>Cruzamento de informação entre Infarmed, ordem dos enfermeiros e Portal da Saúde.</p>	<p>Alívio das enxaquecas Dores leves a moderadas Febre reumática Artrite reumatóide Dores musculares Melhoria da função intestinal Hiper – acidez gástrica Azia, indigestão ácida Náuseas Dermatite irritante Alergias dermatites Reações a mordidas de insectos Herpes labial Problemas na bexiga Incontinência urinária Infecções de uretra Hormonas sexuais</p>	<p>Lunde (1990) Fernandes et al (2009)</p>



	<p>Anticonceptivos</p> <p>Asma</p> <p>Alívio e prevenção de sintomas do broncoespasmo</p> <p>Patologias de bronquite</p> <p>Doenças pulmonares</p> <p>Hipertrofia ventricular esquerda</p> <p>Anti-depressão</p> <p>Entorses, distensões e inflamações</p> <p>Condições inflamatórias dolorosas ginecológicas</p> <p>Dores menstruais</p> <p>Infecção nasal, garganta ou ouvido</p> <p>Dores de costas</p> <p>Dores de dentes</p> <p>Traumatologia desportiva</p> <p>Otites</p> <p>Tosse convulsa</p> <p>Aftas</p> <p>Tratamento dermatite seborreia como caspa e oleosidade no couro cabeludo</p> <p>Tratamento da obesidade e médio prazo e</p>	
--	---	--



<p>(OcorMNSRM)</p>	<p>longo prazo Emagrecimento Inflamações agudas de micose oral com gengivas Deglutição dolorosa, faringite Rouquidão Cessaçãotabágica (alívio de sintomas de dependência sobre o tabaco) Alívio de náuseas oriundas de enjoos (automóvel, comboio, avião, barco) Vómitos/tonturas Perturbações do sono Fadigas Irritações oculares ocorridas por poeiras, fumos Olho seco Febre Queimaduras de 1º grau Micoses Outro (aberto)</p>	
--------------------	---	--



Por norma, onde costuma comprar MNSRM? (assinale apenas um) (OndAdqir)	Farmácia Parafarmácia Outro (aberto)	Aguiar (2009)
Ao consumir MNSRM informa terceiros? (InfoTerc)	Sim Não (filtro)	
Quem informa? (Indique apenas um) (QuemInfo)	Familiares Amigos Colegas de trabalho Médico Outro (Aberto)	



Secção III - Atitudes, percepções e comportamentos face ao consumo e aquisição de MNSRM		
Variável / Autores	Percepções	Escalas
Sobre a Marca Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006) Bordignon (2012) (MarcaAv.)	A marca determina a minha escolha de compra A marca não determina a minha escolha de compra Valorizo a marca porque associo-a a qualidade	1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Nem discordo, nem concordo 4 Concordo 5 Concordo totalmente



<p>Sobre o Preço</p> <p>Agarwal (2001)</p> <p>Solomon, Bamossy e Askegaard (1999)</p> <p>Fernandes et al (2009)</p> <p>Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006)</p> <p>(PreçoAv)</p>	<p>O preço determina a qualidade do medicamento</p> <p>Quanto mais elevado o preço, melhor a qualidade</p> <p>Quanto menor o preço, menor a qualidade</p> <p>O preço é um factor determinante para a compra de MNSRM</p> <p>Não me importo em pagar mais por um MNSRM</p> <p>Procuro saber se há medicamentos mais económicos</p> <p>Apenas posso comprar medicamentos mais económicos</p> <p>Não importa o preço de um MNSRM para o qual tenha tido uma experiência positiva</p> <p>Em geral, os preços de MNSRM são acessíveis</p>	<p>1 Discordo Totalmente</p> <p>2 Discordo</p> <p>3 Nem discordo, nem concordo</p> <p>4 Concordo</p> <p>5 Concordo totalmente</p>
<p>Qualidades Extrínsecas</p> <p>Agarwal (2001)</p> <p>(QualExt)</p>	<p>A recomendação do vendedor é</p> <p>As características do medicamento são</p> <p>A embalagem é</p> <p>O país de origem é</p>	<p>1 Nada importante</p> <p>2 Pouco importante</p> <p>3 Neutro</p> <p>4 Importante</p> <p>5 Muito importante</p>



<p>Sobre a Satisfação</p> <p>Herrera e Blanco (2011)</p> <p>Inman (2002)</p> <p>Kalyanaram e Little (1994)</p> <p>(AvSatis)</p>	<p>Em geral, a probabilidade de um MNSRM ser confiável é</p> <p>Em geral, os padrões de qualidade dos MNSRM são</p> <p>A minha satisfação perante aquisição de MNSRM é</p> <p>A minha satisfação perante os resultados/eficácia de MNSRM é</p>	<p>1 Nada elevado</p> <p>2 Pouco elevado</p> <p>3 Neutro</p> <p>4 Elevado</p> <p>5 Muito elevado</p>
<p>Experiência Passada</p> <p>Agarwal (2001)</p> <p>(Qualidade, risco e sacrifício)</p> <p>Hseih e Chang (2004)</p> <p>(Experiência dos consumidores e sensibilidades ao preço)</p> <p>(ExpPassa)</p>	<p>Qualidade espectável (o que eu estava à espera)</p> <p>Qualidade perceptível (o resultado)</p> <p>Experiência percebida (como analisoo resultados/eficácia)</p>	<p>1 Muito Negativo</p> <p>2 Negativo</p> <p>3 Nem negativo, nem positivo</p> <p>4 Positivo</p> <p>5 Muito positivo</p>
<p>Decisão de deixar automedicação</p> <p>Inman (2009)</p>	<p>Se deixar a automedicação, ficarei</p> <p>Se tomar essa decisão com base em boas razões, ficarei</p>	<p>1 Totalmente arrependido</p> <p>2 Arrependido</p> <p>3 Neutro</p> <p>4 Convicto</p>



(DeixAutomed)		5 Nada arrependido
Sacrifício Monetário Agarwal (2001) (SacriMone)	Se optar por adquirir MNSRM, não poderei comprar outros bens Se optar por comprar outros bens, não poderei adquirir MNSRM	1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Nem discordo, nem concordo 4 Concordo 5 Concordo totalmente
Risco percebido Herrera e Blanco (2011) Agarwal (2001) (Risco desempenhado) (RiscoPer)	Sinto-me confiante que o MNSRM que adquiri será eficaz O MNSRM que adquiri suprirá satisfatoriamente os meus problemas de saúde	1 Nada confiante 2 Pouco confiante 3 Neutro 4 Confiante 5 Muito confiante
Sobre a Confiança Sichtman (2007)	Qualquer MNSRM é confiável Qualquer MNSRM é fidedigno Tenho confiança em MNSRM porque estou familiarizado com os seus efeitos	1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Nem discordo, nem



<p>Herrera e Blanco (2011)</p> <p>Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006)</p> <p>Bordignon (2012)</p> <p>Agustine e Singh (2005)</p> <p>(ConfAv)</p>	<p>A qualidade dos MNSRM é confiável</p> <p>A minha experiência e conhecimento leva-me a ter confiança nos MNSRM</p> <p>No futuro, voltarei a comprar MNSRM</p> <p>Falarei positivamente sobre MNSRM a todos os meus conhecidos</p> <p>Recomendarei MNSRM aos meus conhecidos, perante experiências prévias positivas</p> <p>Confiar na marca não é importante quando se compra um MNSRM</p> <p>A confiança que depositei em MNSRM deve-se a experiências passadas que foram satisfatórias</p> <p>Não confio MNSRM porque tive uma experiência passada negativa</p> <p>Sinto-me satisfeito com os MNSRM</p>	<p>concordo</p> <p>4 Concordo</p> <p>5 Concordo totalmente</p>
<p>Grau confiança entidades e pessoas</p> <p>Abreu-Rodrigues e Ribeiro (2005)</p> <p>(GCEP)</p>	<p>Indique o seu grau de confiança perante as seguintes entidades ou pessoas, no que diz respeito sobre a transmissão de informações sobre MNSRM:</p> <p>Anúncios publicitários</p> <p>Revistas</p> <p>Jornais</p> <p>Internet</p> <p>Televisão</p> <p>Merchandising de laboratório farmacêutico</p> <p>Folhetos informativos</p>	<p>1 Desconfio</p> <p>2 Confio pouco</p> <p>3 Neutro</p> <p>4 Confio</p> <p>5 Confio muito</p>



	<p>Farmacêutico</p> <p>Médico</p> <p>Familiares</p> <p>Amigos</p> <p>Colegas de Trabalho</p>	
<p>Sobre a Lealdade/Fidelidade</p> <p>Herrera e Blanco (2011)</p> <p>Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006)</p> <p>Kalyanaram e Little (1994)</p> <p>(Leal)</p>	<p>Prefiro os MNSRM aos medicamentos por prescrição médica</p> <p>Quando preciso de um medicamento, na minha primeira opção escolho os MNSRM</p> <p>Se não encontro os MNSRM que costumo comprar num determinado lugar, dirijo-me a outro lugar para os tentar encontrar</p> <p>A qualidade dos MNSRM é confiável</p> <p>Optar pelos MNSRM será sempre a minha primeira escolha</p> <p>Tenciono comprar os mesmos MNSRM</p> <p>Sou leal aos MNSRM para os quais tenha tido uma experiência positiva</p>	<p>1 Discordo Totalmente</p> <p>2 Discordo</p> <p>3 Nem discordo, nem concordo</p> <p>4 Concordo</p> <p>5 Concordo totalmente</p>
<p>Intenção de compra</p> <p>Xu (2006)</p> <p>Taylor e Todd (1995)</p>	<p>Tenciono recorrer à automedicação/MNSRM sempre para o auto-tratamento de doenças ligeiras e lesões menos graves</p> <p>Espero recorrer à automedicação para adquirir MNSRM para o tratamento de doenças ligeiras e prevenções de futuras patologias ligeiras</p> <p>Penso recorrer a MNSRM para o meu autocuidado adquirindo-os sempre</p>	<p>1 Discordo Totalmente</p> <p>2 Discordo</p> <p>3 Nem discordo, nem concordo</p> <p>4 Concordo</p>



(IComp)	que tiver oportunidade	5 Concordo totalmente
Atitude	Sinto-me seguro/a ao automedicar-me	1 Discordo Totalmente
Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006)	Os MNSRM são seguros o suficiente, por isso, não necessitam de prescrição médica	2 Discordo
Fernandes et al (2009)	Os MNSRM são seguros o suficiente e não precisam de aconselhamento de profissionais da saúde	3 Nem discordo, nem concordo
(AutoMed)	Os MNSRM são seguros mas é importante haver aconselhamento, de profissionais da saúde, quando administrados	4 Concordo
		5 Concordo totalmente
Normas Subjectivas	Apenas compro MNSRM que tenham sido recomendados pelo meu médico	Sim/Não
Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006)	Tenho a tendência para comprar apenas os MNSRM que sejam da confiança do meu médico	
Sichtman (2009)	Tenho a tendência para comprar apenas os MNSRM que sejam recomendados pelo meu médico	
(NormSub1)		
Lodorfos, Mulvana e Temperley (2006)	Não adquiero MNSRM que tenham sido recomendados por amigos, colegas de trabalho ou familiares	1 Discordo Totalmente
Sichtman (2009)	Adquiero MNSRM que tenham sido recomendados por amigos, colegas de trabalho ou familiares	2 Discordo
(NormSub2)	Se o meus amigos ou familiares não comprarem um determinado MNSRM, eu também não o comprarei	3 Nem discordo, nem concordo
		4 Concordo



		5 Concordo totalmente
--	--	-----------------------

Anexo III

Questionário de investigação científica

Comportamento do Consumidor: Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

No âmbito do desenvolvimento da Tese de Mestrado em Marketing - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra - subordinada ao tema: "Comportamento do Consumidor: Compra e repetição de compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)" solicito a sua importante colaboração, através do preenchimento deste questionário totalmente confidencial e que tem como propósito único a Investigação académica e científica.

Este estudo tem como objectivo identificar e avaliar os factores que influenciam a compra e a repetição de compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM).

Toda a informação que prestar é confidencial e anónima, e nunca, em qualquer circunstância, poderá ser identificada com a pessoa que fornece os dados.

Todas as questões devem ser respondidas para que o questionário possa ser validado na sua íntegra.

Secção I – Caracterização sociodemográfica do/a inquirido/a.

Começo por lhe solicitar que responda a algumas perguntas sobre si.

1 - **Género:** Masculino ₁ Feminino ₂

2 - **Idade:** _____ N/R ₋₁

3 - **Estado Civil:**

Solteiro/a ₁

Divorciado/a ₂

Casado/a ou em união de facto ₃

Viúvo/a ₄

N/R ₋₁

4 - **Qual o grau de instrução mais elevado que completou? (Indique o grau completo)**

Nível de instrução completo	
Não completou qualquer nível de escolaridade	<input type="checkbox"/> ₁
1º Ciclo do Ensino Básico (antigo ensino primário)	<input type="checkbox"/> ₂
2º Ciclo do Ensino Básico (antigo ciclo preparatório)	<input type="checkbox"/> ₃
3º Ciclo (9.º ano, antigo curso geral ou 5º ano)	<input type="checkbox"/> ₄
12º Ano (antigo 7º ano do liceu)	<input type="checkbox"/> ₅
Bacharelato	<input type="checkbox"/> ₆
Licenciatura	<input type="checkbox"/> ₇
Mestrado	<input type="checkbox"/> ₈
Doutoramento	<input type="checkbox"/> ₉
N/R	<input type="checkbox"/> ₋₁

5 – Qual a sua situação profissional?

Conta de outrem	<input type="checkbox"/> ₁
Profissional liberal	<input type="checkbox"/> ₂
Estudante	<input type="checkbox"/> ₃
Desempregado	<input type="checkbox"/> ₄
Reformado	<input type="checkbox"/> ₅
Outra: _____	<input type="checkbox"/> ₆

6 – Indique por favor o rendimento mensal do seu agregado familiar:

< 500€	<input type="checkbox"/> ₁
501€ a 750€	<input type="checkbox"/> ₂
751€ a 1.000€	<input type="checkbox"/> ₃
1.001€ a 1.500€	<input type="checkbox"/> ₄
1.501€ a 2.500€	<input type="checkbox"/> ₅
> 2.501€	<input type="checkbox"/> ₆
N/R	<input type="checkbox"/> _{.1}

Secção II: Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

1 – Conhece a designação “MNSRM” (Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica) e quais as implicações para a sua saúde?

Conheço bem	<input type="checkbox"/> ₁
Conheço pouco	<input type="checkbox"/> ₂
Desconheço	<input type="checkbox"/> ₃

2 – Diga, por favor, com que frequência adquire MNSRM:

(considerando os últimos 12 meses)

Frequentemente (foi quase todos os meses)	<input type="checkbox"/> ₁
Ocasionalmente (apenas alguns meses)	<input type="checkbox"/> ₂
Raramente (apenas consumi uma vez) (filtro vai para a questão 4)	<input type="checkbox"/> ₃

3 – Porque repetiu a aquisição de MNSRM: (indique apenas um)

Eram acessíveis economicamente	<input type="checkbox"/> ₁
Fiquei satisfeito com os resultados	<input type="checkbox"/> ₂
Evitar idas a consultas médicas	<input type="checkbox"/> ₃
Outra, qual? _____	<input type="checkbox"/> ₄

4 – Diga, por favor, qual foi o principal factor que o levou a consumir MNSRM?

(Assinale apenas um)

Poupança monetária	<input type="checkbox"/> ₁
Poupança de tempo	<input type="checkbox"/> ₂
Evitar espera para consulta médica	<input type="checkbox"/> ₃
Outra, qual? _____	<input type="checkbox"/> ₄

5 – Alguém lhe recomendou a aquisição de MNSRM?

Sim	<input type="checkbox"/> ₁
Não, foi por iniciativa própria (filtro vai para a questão 7)	<input type="checkbox"/> ₃

6 – Caso alguém lhe tenha recomendado a aquisição de MNSRM, especifique por favor quem: (pode indicar vários)

Farmacêutico	<input type="checkbox"/> ₁
Médico	<input type="checkbox"/> ₂
Familiares	<input type="checkbox"/> ₃
Amigos	<input type="checkbox"/> ₄
Colegas de trabalho	<input type="checkbox"/> ₅
Outro, Qual? _____	<input type="checkbox"/> ₆

7 – O que mais o/a influenciou a adquirir MNSRM? (Indique apenas três)

Anúncios publicitários	<input type="checkbox"/> ₁
Revistas	<input type="checkbox"/> ₂
Jornais	<input type="checkbox"/> ₃
Internet	<input type="checkbox"/> ₄
Televisão	<input type="checkbox"/> ₅
Merchandising de laboratório farmacêutico	<input type="checkbox"/> ₆
Folhetos informativos	<input type="checkbox"/> ₇
Farmacêutico	<input type="checkbox"/> ₈
Médico	<input type="checkbox"/> ₉
Familiares	<input type="checkbox"/> ₁₀
Amigos	<input type="checkbox"/> ₁₁
Colegas de trabalho	<input type="checkbox"/> ₁₂
Outro, Qual? _____	<input type="checkbox"/> ₁₃

8 – Diga, por favor, assinalando a ocorrência ou as ocorrências para as quais, adquiriu MNSRM: (considerando os últimos 12 meses)

- ₁ Alívio das enxaquecas
- ₂ Dores leves a moderadas
- ₃ Febre reumática
- ₄ Artrite reumatóide
- ₅ Dores musculares
- ₆ Melhoria da função intestinal
- ₇ Hiper – acidez gástrica

- ₈ Azia, indigestão ácida
- ₉ Náuseas
- ₁₀ Dermatite irritante
- ₁₁ Alergias dermatites
- ₁₂ Reacções a mordidas de insectos
- ₁₃ Herpes labial
- ₁₄ Problemas na bexiga
- ₁₅ Incontinência urinária
- ₁₆ Infecções de uretra
- ₁₇ Hormonas sexuais
- ₁₈ Anticonceptivos
- ₁₉ Asma
- ₂₀ Alívio e prevenção de sintomas do broncoespasmo
- ₂₁ Patologias de bronquite
- ₂₂ doenças pulmonares
- ₂₃ Hipertrofia ventricular esquerda
- ₂₄ Anti-depressão
- ₂₅ Entorses, distensões e inflamações
- ₂₆ Condições inflamatórias dolorosas ginecológicas
- ₂₇ Dores menstruais
- ₂₈ Infecção nasal, garganta ou ouvido

- ₂₉ Dores de costas
- ₃₀ Dores de dentes
- ₃₁ Traumatologia desportiva
- ₃₂ Otites
- ₃₃ Tosse convulsa
- ₃₄ Aftas
- ₃₅ Tratamento dermatite seborreia como caspa e oleosidade no couro cabeludo
- ₃₆ Tratamento da obesidade e médio prazo e longo prazo
- ₃₇ Emagrecimento
- ₃₈ Inflamações agudas de micose oral com gengivas
- ₃₉ Deglutição dolorosa, faringite
- ₄₀ Rouquidão
- ₄₁ Cessação tabágica (alívio de sintomas de dependência sobre o tabaco)
- ₄₂ Alívio de náuseas oriundas de enjoos (automóvel, comboio, avião, barco)
- ₄₃ Vómitos/tonturas
- ₄₄ Perturbações do sono
- ₄₅ Fadigas
- ₄₆ Irritações oculares ocorridas por poeiras, fumos
- ₄₇ Olho seco
- ₄₈ Febre
- ₄₉ Queimaduras de 1º grau

₅₀ Micoses

₅₁ Outro, Qual? _____

9 – Por norma, onde costuma adquirir MNSRM?

Farmácia	<input type="checkbox"/> ₁
Parafarmácia	<input type="checkbox"/> ₂
Outro, Qual? _____	<input type="checkbox"/> ₃

10 – Ao consumir MNSRM informa terceiros?

Sim	<input type="checkbox"/> ₁
Não (filtro vai para a Secção III)	<input type="checkbox"/> ₂

10.1 – Quem informa? (selecione apenas um)

Familiares	<input type="checkbox"/> ₁
Amigos	<input type="checkbox"/> ₂
Colegas de trabalho	<input type="checkbox"/> ₃
Médico	<input type="checkbox"/> ₄
Outro, quem? _____	<input type="checkbox"/> ₅

Secção III – Atitudes, percepções e comportamentos face ao consumo e aquisição de MNSRM

Solicito agora que avalie um conjunto de proposições, assinalando na escala, a posição com que mais se identifica.

As escalas detêm diferentes atributos, por favor, tenha atenção a cada atributo das escalas.

1 – Sobre a marca

	Discordo totalmente					Concordo totalmente				
A marca determina a minha escolha de compra	1	2	3	4	5					
A marca não determina a minha escolha de compra	1	2	3	4	5					
Valorizo a marca porque associo-a a qualidade	1	2	3	4	5					

2 – Sobre o preço dos MNSRM

	Discordo totalmente					Concordo totalmente				
O preço determina a qualidade do medicamento	1	2	3	4	5					
Quanto mais elevado o preço, melhor a qualidade	1	2	3	4	5					
Quanto menor o preço, menor a qualidade	1	2	3	4	5					
O preço é um factor determinante	1	2	3	4	5					

para a compra de MNSRM					
Não me importo em pagar mais por um MNSRM	1	2	3	4	5
Procuro saber se há medicamentos mais económicos	1	2	3	4	5
Apenas posso comprar medicamentos mais económicos	1	2	3	4	5
Não importa o preço de um MNSRM para o qual tenha tido uma experiência positiva	1	2	3	4	5
Em geral, os preços de MNSRM são acessíveis	1	2	3	4	5

3 – Se compro um MNSRM:

	Nada importante		Muito importante		
A recomendação do vendedor é	1	2	3	4	5
As características do medicamento são	1	2	3	4	5
A embalagem é	1	2	3	4	5
O país de origem é	1	2	3	4	5

4 – Sobre a satisfação:

	Nada elevado					Muito elevado				
Em geral , a probabilidade de um MNSRM ser confiável é	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Em geral , os padrões de qualidade dos MNSRM são	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A minha satisfação perante aquisição de MNSRM é	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A minha satisfação perante os resultados/eficácia de MNSRM é	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Por favor, avalie numa escala de 1-5 as seguintes afirmações, com base em experiências passadas sobre o consumo de MNSRM:

	Muito negativo					Muito positivo				
Qualidade expectável (o que eu estava à espera)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Qualidade perceptível (resultado)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Experiência percebida (como analiso o resultado/eficácia)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

	Totalmente arrependido/a				Nada arrependido/a
Se deixar a automedicação, ficarei:	1	2	3	4	5
Se tomar essa decisão com base em boas razões, ficarei:	1	2	3	4	5

5 – Sobre o valor percebido:

	Discordo totalmente				Concordo totalmente
Se optar por adquirir MNSRM, não poderei comprar outros bens	1	2	3	4	5
Se optar por comprar outros bens, não poderei adquirir MNSRM	1	2	3	4	5

6 – Sobre o risco percebido:

	Nada confiante				Muito confiante
Sinto-me confiante que o MNSRM que adquiri será eficaz	1	2	3	4	5
O MNSRM que adquiri suprirá satisfatoriamente os meus problemas de saúde	1	2	3	4	5

7 – Sobre a Confiança:

	Discordo totalmente					Concordo totalmente				
Qualquer MNSRM é confiável	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Qualquer MNSRM é fidedigno	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tenho confiança em MNSRM porque estou familiarizado com os seus efeitos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A qualidade dos MNSRM é confiável	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A minha experiência e conhecimento leva-me a ter confiança nos MNSRM	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
No futuro, voltarei a comprar MNSRM	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Falarei positivamente sobre MNSRM a todos os meus conhecidos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Recomendarei MNSRM aos meus conhecidos, perante experiências prévias positivas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Confiar na marca não é importante quando se compra um MNSRM	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

A confiança que depositei em MNSRM deve-se a experiências passadas que foram satisfatórias	1	2	3	4	5
Não confio em MNSRM porque tive uma experiência passada negativa	1	2	3	4	5
Sinto-me satisfeito/a com os MNSRM	1	2	3	4	5

Indique o seu grau de confiança perante as seguintes entidades ou pessoas, no que diz respeito sobre a transmissão de informações sobre MNSRM:

	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">Não confio</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Confio muito</td> </tr> </table>					Não confio				Confio muito
Não confio				Confio muito						
Anúncios publicitários	1	2	3	4	5					
Revistas	1	2	3	4	5					
Jornais	1	2	3	4	5					
Internet	1	2	3	4	5					
Televisão	1	2	3	4	5					
Merchandising de Laboratório Farmacêutico	1	2	3	4	5					

Folhetos informativos	1	2	3	4	5
Farmacêutico	1	2	3	4	5
Médico	1	2	3	4	5
Familiars	1	2	3	4	5
Amigos	1	2	3	4	5
Colegas de trabalho	1	2	3	4	5

8 – Sobre a Lealdade / Fidelidade:

	Discordo totalmente					Concordo totalmente				
Prefiro os MNSRM aos medicamentos por prescrição médica	1	2	3	4	5					
Quando preciso de um medicamento, na minha primeira opção escolho os MNSRM	1	2	3	4	5					
Se não encontro os MNSRM que costumo comprar num determinado lugar, dirijo-me a outro lugar para os tentar encontrar	1	2	3	4	5					
A qualidade dos MNSRM é confiável	1	2	3	4	5					
Optar pelos MNSRM será sempre a	1	2	3	4	5					

minha primeira escolha					
Tenciono comprar os mesmos MNSRM	1	2	3	4	5
Sou leal aos MNSRM para os quais tenha tido uma experiência prévia positiva	1	2	3	4	5

9 – Sobre a Intenção de compra:

	Discordo totalmente				Concordo totalmente
Tenciono recorrer à automedicação/MNSRM sempre para o auto-tratamento de doenças ligeiras e lesões menos graves	1	2	3	4	5
Espero recorrer à automedicação para adquirir MNSRM para o tratamento de doenças ligeiras e prevenções de futuras patologias ligeiras	1	2	3	4	5
Penso recorrer a MNSRM para o meu autocuidado adquirindo-os sempre que tiver oportunidade	1	2	3	4	5

10 – MNSRM e a Automedicação:

	Discordo totalmente					Concordo totalmente				
Sinto-me seguro/a ao automedicar-me	1	2	3	4	5					
Os MNSRM são seguros o suficiente, por isso, não necessitam de prescrição médica	1	2	3	4	5					
Os MNSRM são seguros o suficiente e não precisam de aconselhamento de profissionais da saúde	1	2	3	4	5					
Os MNSRM são seguros mas é importante haver aconselhamento, de profissionais da saúde, quando administrados	1	2	3	4	5					

11 – Sobre Normas Sociais:

	Sim	Não
Apenas compro MNSRM que tenham sido recomendados pelo meu médico	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Tenho a tendência para comprar apenas os MNSRM que sejam da confiança do meu médico	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Tenho a tendência para comprar apenas os MNSRM que sejam recomendados pelo meu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

médico		
--------	--	--

	Discordo totalmente					Concordo totalmente				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Não adquiero MNSRM que tenham sido recomendados por amigos, colegas de trabalho ou familiares										
Adquiero MNSRM que tenham sido recomendados por amigos, colegas de trabalho ou por familiares										
Se os meus amigos ou familiares não comprarem um determinado MNSRM, eu também não o comprarei										

O questionário termina aqui. Muito obrigado pela sua colaboração.