

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

CARLOS PAPPINI JUNIOR

LIDERANÇA E INDICADORES DE DESEMPENHO DE EQUIPE DE ACESSO
E VENDAS INSTITUCIONAIS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

SÃO PAULO
2012

CARLOS PAPPINI JUNIOR

LIDERANÇA E INDICADORES DE DESEMPENHO DA EQUIPE DE ACESSO
E VENDAS INSTITUCIONAIS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL.

Dissertação apresentada à banca examinadora da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção do
Título de Mestre em Administração.
Linha de Pesquisa: Gestão Integrada das Organizações.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIAS E CONTÁBEIS.
SÃO PAULO
2012

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim
(Pontifícia Universidade Católica)

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, PARA FINS DE ESTUDOS ACADÊMICOS E CIENTÍFICOS, DESDE QUE CITADA A FONTE EM CONFORMIDADE COM A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT).

Publicação catalogada na
Biblioteca Nadir Gouvêa Kfouri
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PAPPINI, Carlos Junior.

Liderança e indicadores de desempenho da equipe de acesso e vendas institucionais da indústria farmacêutica no Brasil.

Carlos Pappini Junior; orientadora Maria Cristina Sanches Amorim. São Paulo, 2011, 110 páginas.

Dissertação. Programa de Mestrado em Administração, Faculdade de Economia, Administração, Atuárias e Contábeis. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO.

Dedico esse trabalho aos meus pais
Carlos Pappini (*in memoriam*) e Maura Pappini,
que através da simplicidade me mostraram os verdadeiros valores
da vida.

Agradecimentos

A minha esposa Sonia pelo incentivo e compreensão quanto aos momentos dedicados ao projeto e ao meu amado filho Felipe, que com sua inteligência e perspicácia, me incentiva a ser melhor a cada dia.

Ao meu núcleo familiar, que foi, é e sempre será minha base para conquistas como esta, em especial meus irmãos Toninho, Regina e Mara.

Aos grandes amigos que sempre me encorajaram nesta jornada. A todos os professores que tive ao longo da minha vida e os quais me inspiraram a busca pelo saber.

A orientadora desta dissertação, a Profa. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim pela sabedoria e lucidez em todos os momentos, transformando o que parecia impossível no viável e o complexo no simples. Uma lembrança especial ao Prof. Dr. Leonardo Trevisan por todo o aprendizado, não só acadêmico, mas de vida, ao longo deste processo do Mestrado. Duas referências em minha vida acadêmica!

A todos os colegas da indústria farmacêutica e da área da saúde que me ajudaram com a pesquisa e que sempre incentivaram o andamento do projeto.

Aos amigos que adquiri ao longo do Mestrado. Que possamos consolidar cada vez mais nosso dialogo acadêmico.

Agradeço à:
PUC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

e aos Professores Doutores;

Antônio Vico Mañas
Ladislau Dowbor
Luciano Antônio Prates Junqueira
Onésimo de Oliveira Cardoso
Arnaldo José F. M. Nogueira
Francisco A. Serralvo

Muito obrigado.

Liderança e indicadores de desempenho da equipe de acesso e vendas institucionais da indústria farmacêutica no Brasil.

Resumo

Esta dissertação objetiva analisar o papel da liderança e a implementação de indicadores de desempenho às equipes de acesso da indústria farmacêutica que atendem o segmento de pagadores institucionais de medicamentos, sejam eles o governo, planos de saúde ou grandes empresas. A dinâmica desta nova estrutura de negócios configura-se no modelo B2B, *Business to Business*, ou seja, no estabelecimento de relações comerciais corporativas em oposição ao modelo tradicional médico-paciente-farmácia, denominado no escopo deste estudo, como B2C, *Business to Consumer*. A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevista pessoal, com questionário pré-elaborado com uma parte de perguntas dissertativas e outra de múltiplas-escolha. A amostra contou com seis líderes de equipe de seis diferentes indústrias farmacêuticas, todas multinacionais e com alta representatividade no volume de negócios do segmento, o que confere uma base relevante à pesquisa. Nos resultados, destacou-se a ausência de indicadores consistentes capazes de medir de forma eficiente o desempenho das equipes. Ao mesmo tempo, percebe-se uma dicotomia no papel da liderança frente a esta nova dinâmica de negócio e de equipe, uma vez que os líderes pesquisados reforçaram em linhas gerais a necessidade de delegar e atuar de forma mais estratégica por ter a frente uma equipe com perfil mais experiente, mas simultaneamente, foi apresentado um incomodo com a ausência de mecanismos de controle mais sólidos como os indicadores de desempenho. Na ausência de tais indicadores torna-se imperativo maior qualificação e maturidade dos líderes e liderados.

Palavras-chave: Farmacêuticas, Indicadores, Vendas, B2B, Negócios Institucionais e Acesso.

Leadership and Key Performance Indicators for market access team and institutional sales of the pharmaceutical industry in Brazil

This study aims to analyze the role of leadership and implementation of performance indicators to teams of access of the pharmaceutical industry that meet the segment of institutional payers of medicines, be they the government, HMO's or large companies. The dynamics of this new structure of business is configured in the model B2B, Business to Business, i.e. on the establishment of trade relations corporate as opposed to the traditional model doctor-patient-pharmacy, called in the scope of this study, such as B2C, Business to Consumer. The field research was carried out by means of personal interview, through of a questionnaire pre-prepared with a part of questions interrogations and other multiple-choice. The sample consisted of six leaders of the team of six different pharmaceutical industries, all multinationals and with high representatives of the turnover of the segment, which provides a relevant basic research. In the results, it was highlighted the lack of indicators consistent in order to measure in an efficient manner the performance of the teams. At the same time, we perceive a dichotomy in the role of leadership in this new dynamic of business and of the team, since the leaders surveyed have strengthened in general lines the need to delegate and to act in a more strategic to have a team with a profile more experienced, but at the same time, it was presented a discomfort with the absence of mechanisms to control more solid as their own performance indicators. In the absence of indicators it becomes imperative higher qualification and maturity of the leaders and the team.

Abstract

Key words: Pharmaceutical, Indicators, Sales, B2B, Institutional Business and Market Access.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

B2B – *Business to Business*

B2C – *Business to Consumer*

BSC – *Balanced Score Card*

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

PUC – Pontifícia Universidade Católica

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma do Ministério da Saúde do Brasil

Figura 2: Estrutura operacional do SUS – Sistema Único de Saúde do Brasil

Figura 3: Ciclo de pesquisa e comercialização de produtos farmacêuticos

Figura 4: Gastos com medicamentos por perfil de classe social

Figura 5: Diferença entre equipes e grupos de trabalho

Figura 6: Ciclo de evolução para equipes de alta *performance*

Figura 7: Atividade comercial da força de vendas da indústria farmacêutica

Figura 8: As 4 perspectivas do *balanced scorecard*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Comparativo dos principais sistemas de saúde do mundo

Tabela 2: Proporção dos gastos em saúde em relação ao PIB dos países selecionados

Tabela 3: Características de vendas entre a dinâmica B2C e B2B no modelo de comercialização para o mercado farmacêutico

Tabela 4: Característica e perfil do propagandista e do executivo de acesso

Tabela 5: Fatores determinantes e implicações dos métodos de autonomia e direção de equipes

Tabela 6: Medidas de desempenho de SPRIGGS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da população brasileira por região e cobertura do sistema de saúde

Gráfico 2: Análise comparativa do orçamento público e privada da saúde no Brasil

Gráfico 3: Evolução do número de usuários com planos de saúde no Brasil

Gráfico 4: Segmentação das Operadoras de Saúde

Gráfico 5: Evolução dos gastos públicos federais com medicamentos

Gráfico 6: Evolução das vendas, em reais, do mercado farmacêutico no Brasil

Gráfico 7: Evolução das vendas, em unidades, do mercado farmacêutico no Brasil

Gráfico 8: Total do mercado farmacêutico brasileiro versus os gastos do governo com medicamentos

Gráfico 9: Distribuição dos gastos públicos com medicamentos entre as três esferas do governo

Gráfico 10: Evolução do mercado de Genéricos no Brasil

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1: O SISTEMA DE SAÚDE E AS FONTES PAGADORAS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.....	17
CAPÍTULO 2: A MIGRAÇÃO DO MODELO DE NEGÓCIOS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL – DO B2C PARA O B2B.....	30
CAPÍTULO 3: LIDERANÇA E O PERFIL DO LÍDER COMERCIAL	64
CAPÍTULO 4 - INDICADORES DE DESEMPENHO NA ÁREA COMERCIAL DAS INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS.....	78
CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA.....	87
CAPÍTULO 6 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
BIBLIOGRAFIA	104
ANEXOS.....	108

INTRODUÇÃO

A estrutura de negócios da indústria farmacêutica no Brasil vem sofrendo diversas mudanças estruturais nos últimos dez anos, entre 2000 e 2010.

Com a entrada dos produtos genéricos no início dos anos 2000 e o crescimento da participação desses no mercado, o modelo tradicional de comercialização de medicamentos estruturado na dinâmica B2C — em que tínhamos o médico como o principal influenciador e decisor do produto a ser consumido pelo paciente — vêm sendo alterado pela ação na farmácia. O farmacêutico e até o balconista interferem na escolha do produto, pois a legislação possibilita a substituição da marca de referência pelo produto genérico (que apresenta a mesma bioequivalência e biodisponibilidade), diferenciando-o com a vantagem de ser mais econômico para o paciente. Até então, o modelo de negócios continua sendo o B2C, pois o paciente mantém-se como o pagador do medicamento, mas a geração e definição da demanda sofrem mudanças profundas na estrutura do modelo padrão.

A segunda fase de mudança na indústria farmacêutica no país e que, neste trabalho será abordada como fator-chave para a nova estruturação dos negócios sustentada na dinâmica de B2B, é a influência cada vez maior, nos processos de aquisições de medicamentos no mercado, de um pagador que aqui chamamos de institucional — governo, plano de saúde ou grandes empresas. O pagador institucional ganha força a partir da metade da última década e consolida-se como a principal tendência do setor. Esse ambiente competitivo transfere de forma substancial as forças de decisão e influência do médico e do paciente à instituição pagadora que, por ser a principal financiadora do medicamento, vê-se no direito de escolher os produtos, a substância e a marca ou genérico a ser adquirido.

O poder de barganha destas instituições aumenta com o ganho de escala, pressionando as indústrias a reduzir seus preços e conseqüentemente suas margens. Em linhas gerais, o negócio farmacêutico no Brasil, a

semelhança de outros países onde a estrutura já está consolidada, começa a migrar de um modelo de B2C *Business to Consumer*, em que o principal interlocutor da indústria era o médico, para um modelo de B2B *Business to Business*, em que a efetivação dos negócios começa a ser realizada em uma negociação corporativa.

Nesse novo contexto, a estrutura e o perfil das equipes de vendas necessitam de revisões. Os indicadores de desempenho, como uma das atividades de suporte estratégico à gestão das equipes de vendas, sempre exerceram um papel-chave, mas eles precisam agora ser redimensionados para responder às exigências deste momento.

Conforme apresentado no resumo, o objetivo dessa dissertação é analisar o papel da liderança e a implementação de indicadores de desempenho às equipes de acesso da indústria farmacêutica que atendem o segmento de pagadores institucionais de medicamentos, sejam eles o governo, planos de saúde ou grandes empresas.

A metodologia aplicada para desenvolvimento deste projeto de mestrado é constituída em sua fase inicial da revisão das teorias sobre liderança e indicadores de desempenho e completando a tríade central da revisão bibliográfica, um levantamento dos dados do setor da saúde. À pesquisa de campo realizaram-se entrevistas por meio de um questionário estruturado e aplicado a seis profissionais seniores de seis diferentes indústrias farmacêuticas e que exercem a liderança direta sobre a equipe de acesso responsável pelos negócios com os pagadores institucionais.

As seis indústrias farmacêuticas representadas pelos entrevistados são todas multinacionais, mas com perfil de atuação distinta no que tange ao portfólio de produtos, tamanho e origem. As empresas têm alta representatividade quando analisamos a participação no mercado e mais ainda, nas patologias correspondentes aos seus produtos, patologias estas que possuem alto impacto no orçamento dos pagadores institucionais.

CAPÍTULO 1 – O SISTEMA DE SAÚDE E AS FONTES PAGADORAS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

O segmento da saúde no Brasil possui particularidades que o caracterizam como um modelo singular frente aos demais sistemas de saúde do mundo. Essa singularidade, quando segmentamos o sistema em público e privado, está ligada às características e dimensões do sistema e ao perfil de financiamento da saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparativo dos principais sistemas de saúde do mundo

País	Tipos de sistemas de saúde	Fontes de financiamento do sistema	Tipo de seguro privado voluntário	% da População coberta	
				Público / seguro obrigatório	Seguro saúde privado voluntário
Alemanha	Seguro social	Seguro social (predominante) e Seguro privado (optativo)	Primário substitutivo e suplementar	90%	10%
Austrália	Sistema nacional de saúde	Impostos – <i>Medicare</i> australiano	44,9% duplicado e 40,3% complementar	100%	10%
Brasil	Sistema nacional de saúde	Imposto no Sistema Público; Seguro Saúde Privado através das empresas e pessoas físicas e Gastos Diretos de Pacientes.	Duplicado	100%	24%
Canadá	Seguro social	Seguro social	Suplementar	100%	65%
Espanha	Sistema nacional de saúde	Sistema nacional de saúde	Impostos	100%	13%
Estados Unidos	Sistema nacional de saúde	Sistema de saúde privado	Sistema de saúde privado; impostos para o <i>Medicare</i> e <i>Medicaid</i> e programa estadual de saúde infantil	24,70%	71,90%
França	Seguro social	Seguro social	Seguro social	100%	0%
Inglaterra	Sistema nacional de saúde	Sistema nacional de saúde	Impostos	100%	10%

Fonte: ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar – Relatório executivo sobre experiência de financiamento da saúde para idosos; Fev. 2011 – RJ – Classificação da OECD.

Ao analisarmos o ambiente de saúde europeu, percebemos que a participação do Estado prevalece no financiamento e na execução da quase totalidade das atividades.

Quando dirigimos nossa análise ao mercado estado-unidense, encontramos, de forma oposta ao europeu, uma presença marcante da iniciativa privada, sendo praticamente toda a parcela da população economicamente ativa e seus respectivos dependentes cobertos por planos de saúde privados subsidiados pelas empresas em que trabalham.

A despeito da recente tentativa para ampliar a cobertura do sistema público do governo do presidente Obama, a participação do Estado estado-unidense na saúde concentra-se nos programas para os idosos e para os mais carentes, chamados de *medicaid* e *medicare* respectivamente.

Essa definição predominante, entre um sistema público ou privado, que encontramos historicamente nos diferentes países é o que difere o ambiente da saúde em nosso país. No Brasil, temos uma participação ativa e forte do Estado na gestão e financiamento da saúde, incluindo sua atuação sustentada na própria lei máxima do país, a Constituição, em que se estabelece um modelo de cobertura universal, conforme o artigo 196, porém, com uma cobertura abaixo de 50% do total dos recursos que deveriam ser destinados.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
(BRASIL, 1988)

A Constituição de 1988 foi o marco principal na criação do SUS — Sistema Único de Saúde, um modelo que, em sua essência, busca atender os preceitos da universalização e, principalmente, prover acesso igualitário e gratuito a todos os cidadãos brasileiros. Partindo dessa premissa, a integralidade da população brasileira é elegível e possui acesso amplo e irrestrito a toda e qualquer ação que promova a saúde e reduza o risco de doenças. Na prática, apesar de toda a evolução e esforços governamentais, o sistema público ainda não consegue atender as diversas demandas da sociedade, tanto em relação ao acesso quanto ao nível de qualidade esperado.

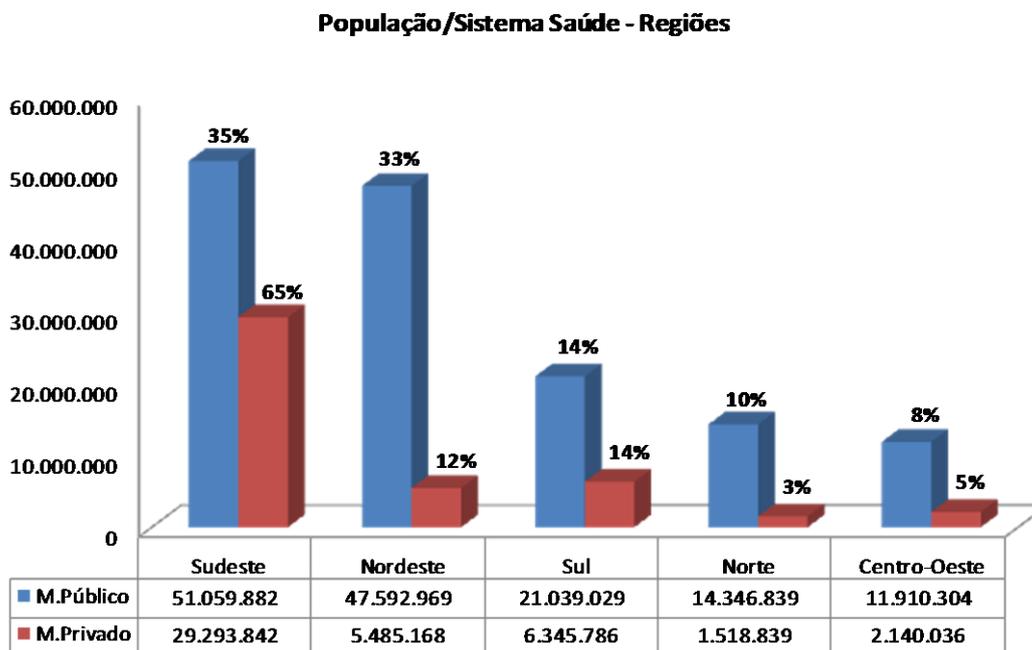
Dessa forma, uma parcela dos brasileiros que possui maior poder aquisitivo ou que está vinculado a uma empresa busca ampliar sua cobertura médica por intermédio da contratação de planos de saúde privados, as chamadas operadoras de saúde.

Segundo a ANS (2011), aproximadamente 24% da população brasileira tem alguma cobertura suplementar de saúde. Se considerarmos apenas esse volume que gira em torno de 44 milhões de indivíduos, podemos posicionar o sistema de saúde privado brasileiro como um dos principais do mundo. Como esse mercado possui uma demanda elástica atrelada ao crescimento econômico e à geração de emprego, não é difícil projetar que esse modelo ganhará cada vez mais espaço na pauta de discussão da saúde no Brasil, uma vez que o país entrou na agenda do crescimento econômico e apresenta-se como um dos principais atores no cenário mundial.

Vale destacar que uma característica importante do sistema brasileiro, é a consolidação do sistema público como universal (SUS — Sistema Único de Saúde), ou seja, mesmo as parcelas da população cobertas por um plano privado também têm cobertura garantida pelo sistema público. Dessa forma, um contingente considerável da população acaba tendo uma dupla cobertura. Assim, em uma análise preliminar, podemos dizer que os recursos, já escassos, acabam sendo — considerando-se o investimento *per capita* — alocados de forma irregular entre a população, ou seja, aqueles que têm uma condição financeira melhor ou que estão empregados recebem um investimento total, do setor público e do privado, maior que o cidadão que é apenas SUS dependente.

No gráfico 1, encontramos o total da população brasileira dividida por região e segmentada entre aqueles que possuem apenas o SUS e a parcela da população que possui planos de saúde privados.

Gráfico 1 – Distribuição da população brasileira por região e cobertura do sistema de saúde



Fonte: ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar – Março, 2011.

Ao analisarmos o gráfico 1, é interessante observar que existe uma relação direta entre a concentração da renda do país com a maior incidência de população com planos de saúde, ou seja, aproximadamente 60% das pessoas que têm uma cobertura suplementar estão concentradas nas regiões sul e sudeste do Brasil, uma equação próxima à encontrada na distribuição do PIB — produto interno bruto brasileiro.

Em relação aos investimentos despendidos pelos setores, os dados abaixo demonstram que, a partir de 2007, o sistema privado superou os gastos públicos na área da saúde, considerando apenas o orçamento do Ministério da Saúde como o principal gestor público, sem expandir os gastos dos estados e municípios (Gráfico 2).

Essa situação demonstra a disparidade no valor *per capita* investido em

cada segmento (gráfico 2); ou seja, em 2010, enquanto o governo tinha um orçamento de 68 bilhões para atender a demanda de 190 milhões de pessoas elegíveis, a iniciativa privada concentrou mais de 70 bilhões para atender 44 milhões de usuário (ANS, 2011).

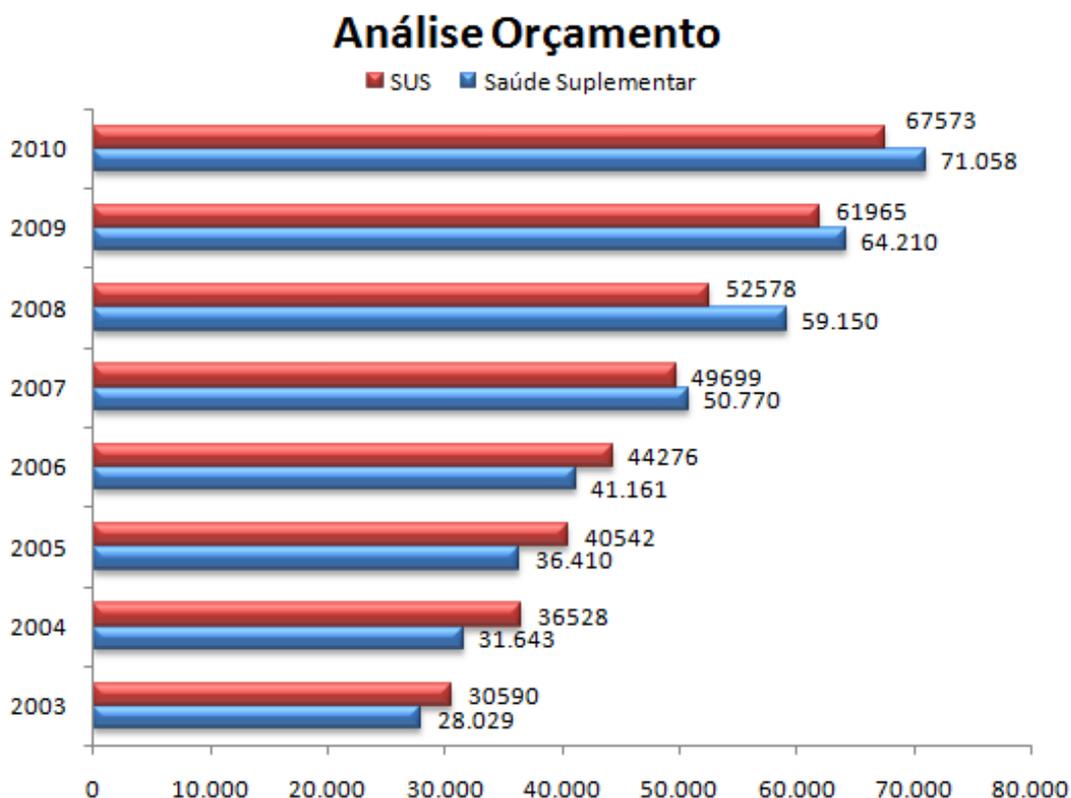


Gráfico 2 – Evolução comparativa do orçamento público e privado da saúde no Brasil

Fonte: ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar – Relatório executivo sobre experiência de financiamento da saúde para idosos; Fev. 2011 – RJ – Classificação da OECD.

Vale ressaltar que o SUS — Sistema Único de Saúde, apesar de um orçamento menor que a iniciativa privada em sua totalidade, é o gestor que assume praticamente 100% dos procedimentos clínicos e terapêuticos das doenças de alta complexidade no país, mesmo para aqueles cidadãos que têm planos de saúde, o que faz com que a relação de investimentos entre o setor público e privado fique ainda mais prejudicada frente às demandas que afligem o setor. O Brasil tem um gasto com saúde relevante quando analisamos o percentual do PIB investido, em torno de 8%; ou seja, muito próximo dos

países considerados economias de primeiro mundo (Tabela 2). O fato é que o montante *per capita* do gasto em saúde no Brasil ainda é muito baixo; ou seja, existe nitidamente uma demanda por investimentos maiores na área da saúde.

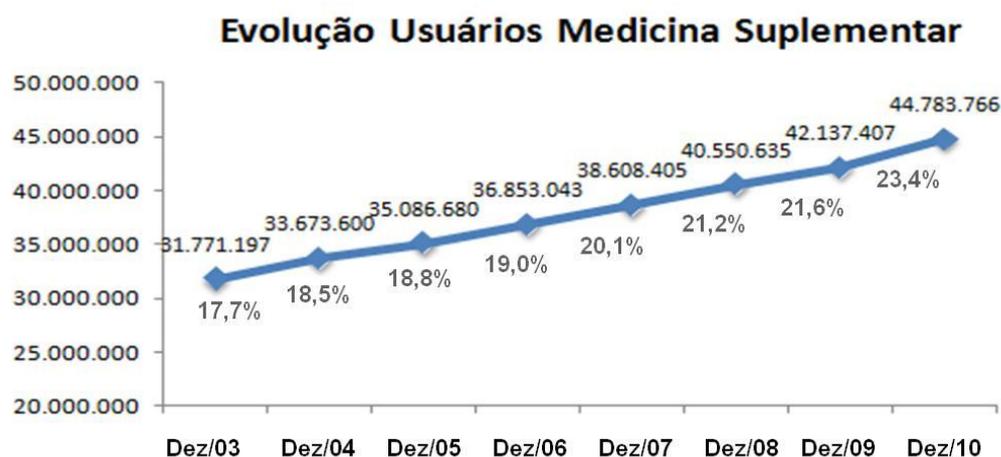
Tabela 2 - Proporção dos gastos em saúde em relação ao PIB dos países selecionados

País	Proporção de gastos em relação ao total de gastos em saúde			Gastos per capita em saúde (PPP \$)	Receita bruta per capita (PPP \$)
	Gastos públicos	Gastos seguro saúde	Desembolso direto		
Alemanha	77%	9%	13%	3.588	35.950
Austrália	68%	8%	18%	3.357	37.250
Brasil	42%	23%	34%	837	10.080
Canadá	70%	13%	15%	3.900	38.710
Espanha	72%	6%	21%	2.671	30.830
Estados Unidos	46%	35%	12%	7.285	46.790
França	79%	13%	7%	3.709	33.280
Inglaterra	82%	1%	11%	2.992	36.240

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2007 e 2008.

Essa condição de modelo misto e da própria incapacidade do ambiente público para atender a totalidade da demanda médica da população faz com que o volume de usuários de planos de saúde cresça a cada ano, conforme demonstrado no gráfico três, atingindo, nos dias atuais, um patamar de 24% da população, índice esse que apresenta uma tendência de alta.

Gráfico 3 – Evolução dos usuários com planos de saúde no Brasil



Fonte ANS Jan. 2011

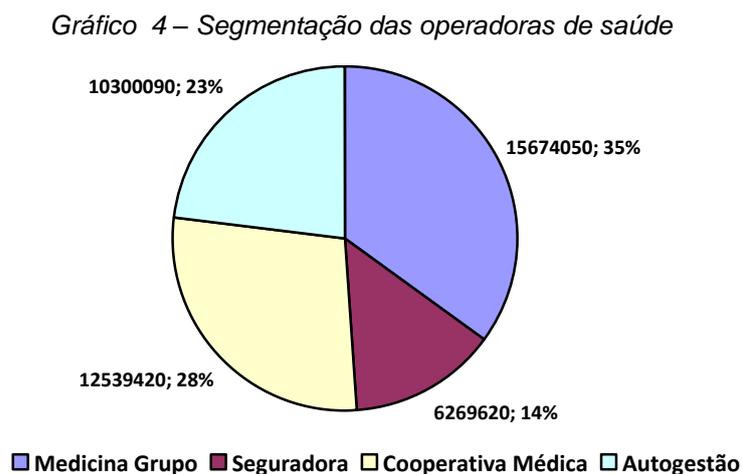
Fonte: ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar – março, 2011

1.1. A estrutura do ambiente privado da saúde no Brasil

O setor privado é regulamentado e controlado pela ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e criada em 2000.

A ANS atua na manutenção e regulação da legislação do setor, tendo como base a lei 9656/98 que criou diversas regras para a atuação das operadoras de saúde, atuação essa que, antes da referida legislação, operava sem nenhum controle ou padrão de atendimento, como, por exemplo, a cobertura de patologias e as regras para o aumento das mensalidades. Com a lei 9656/98 e as respectivas normas que a sucederam, todas implementadas e regidas pela ANS, o ambiente da saúde suplementar tornou-se mais competitivo, e o consumidor ganhou maior proteção em seus contratos e, principalmente, na cobertura dos procedimentos clínicos e cirúrgicos.

O segmento privado é subdividido em quatro modelos de operadoras de saúde, classificados pela sua composição jurídica e fiscal, mas principalmente pela sua forma de gerir os negócios.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar – Caderno de informação da saúde suplementar – Março/2011

Cada um desses segmentos tem características e particularidades que os tornam muito diferentes em sua estrutura. As empresas classificadas como

medicinas de grupo são aquelas que têm como orientação inicial a verticalização dos serviços prestados. Esse grupo têm como origem os antigos ambulatórios clínicos das montadoras de automóveis da região do ABC paulista, e sua expansão ocorreu como reflexo do crescimento da saúde privada no país. Atualmente, esse segmento está em fase de consolidação, e os processos de fusões e aquisições entre empresas do setor têm sido uma constante, mudando, assim, a composição do número de empresas e, principalmente, deixando de ter uma atuação regional para uma participação nacional.

As cooperativas médicas, denominadas de sistema UNIMED, iniciativa típica brasileira e modelo único de sistema de gestão da saúde no mundo, são formadas por grupos de médicos na cidade onde praticam a medicina, constituindo o que é chamado de singulares. Cada singular, a despeito de representar a marca única UNIMED e de ter de seguir o regimento do cooperativismo que o rege em âmbito nacional, tem autonomia de atuação e responsabilidade individual pelos seus atos.

No lado oposto ao do setor de medicina de grupo e cooperativa médica, encontramos as seguradoras que, por terem origem e braço de constituição vinculado ao ambiente financeiro, são empresas que atuam com uma visão atuarial mais presente na gestão. Possuem uma atuação nacional e dividem-se hoje em quatro ou cinco grandes empresas ligadas a grupos financeiros.

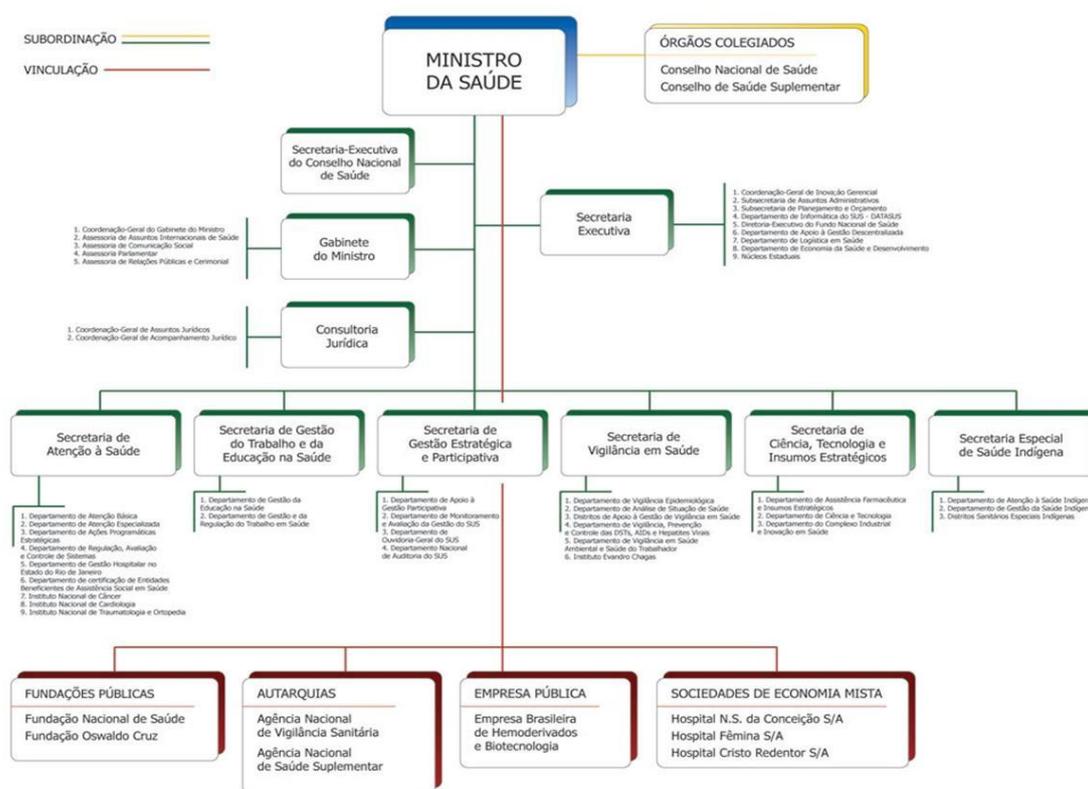
Por último, encontramos as empresas de autogestão, ou seja, aquelas companhias que decidiram desenvolver seus próprios modelos de gestão da saúde dos seus colaboradores e respectivos dependentes. Essa gestão pode estar a cargo de uma administradora ou ainda de uma fundação criada para tal fim. Esse modelo ganhou muita força no final da década de 70 com o fortalecimento das estatais e autarquias. Representa uma parcela significativa do segmento privado da saúde e, por sua origem em um âmbito mais social, difere em sua atuação e perfil de cobertura dos procedimentos clínicos e terapêuticos dos outros modelos de operadoras de saúde.

1.2. A estrutura do ambiente público da saúde no Brasil

O Ministério da Saúde possui uma estrutura organizacional ampla, envolvendo várias frentes de trabalho — compostas por secretarias especializadas em cada assunto estratégico da saúde, autarquias e órgãos colegiados.

No organograma abaixo (Figura 1) é possível verificarmos a complexidade da estrutura organizacional do Ministério da Saúde;

Figura 1 – Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Site do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br, Março / 2011

Cada secretaria desenvolve um papel específico e importante na saúde pública e busca de forma integrada atender as demandas do setor via a centralização das decisões macroestratégicas do Ministério da Saúde (ambiente Federal), para depois migrar a operacionalização pelos estados e municípios, compondo assim o SUS — Sistema Único da Saúde.

A estrutura operacional do SUS, conforme demonstrado na figura 2, estabelece que a execução das atividades da área da saúde envolve as três esferas governamentais, ou seja, a União, os estados e os municípios em uma relação chamada de tripartite, em que o orçamento é único, mas distribuído entre as esferas de governo. A divisão em termos de autonomia e operacionalização está diretamente ligada ao nível de complexidade da atividade. Quanto maior a complexidade, mais concentrados na União os gastos e os procedimentos. Quanto menor a complexidade, mais centralizado

Figura 2 –Estrutura Operacional do SUS -
Sistema Único de Saúde no Brasil



nos municípios os recursos e as decisões. Pensar, portanto, em saúde pública é um grande exercício de integração, pois em um país com dimensões continentais, como no caso do Brasil, é necessário atuar de forma centralizada para assegurar a manutenção de uma política única de saúde, com controles epidemiológicos e sanitários adequados, mas, ao mesmo tempo,

conseguir atender de forma pontual as diversas demandas de cada município com suas peculiaridades e distintas esferas de resolubilidade dos problemas na saúde.

1.3. O impacto do gestor público e privado da saúde nos negócios da indústria farmacêutica

Como veremos em maiores detalhes no capítulo sobre a trajetória da indústria farmacêutica, o modelo predominante de atuação no país desse setor está alicerçado na forma de convencimento e persuasão da classe médica para a prescrição de uma determinada marca de medicamento indicada para uma patologia específica. Essa ação é denominada como ato de geração de demanda. Por outro lado, a aquisição do medicamento, ou seja, o ônus do

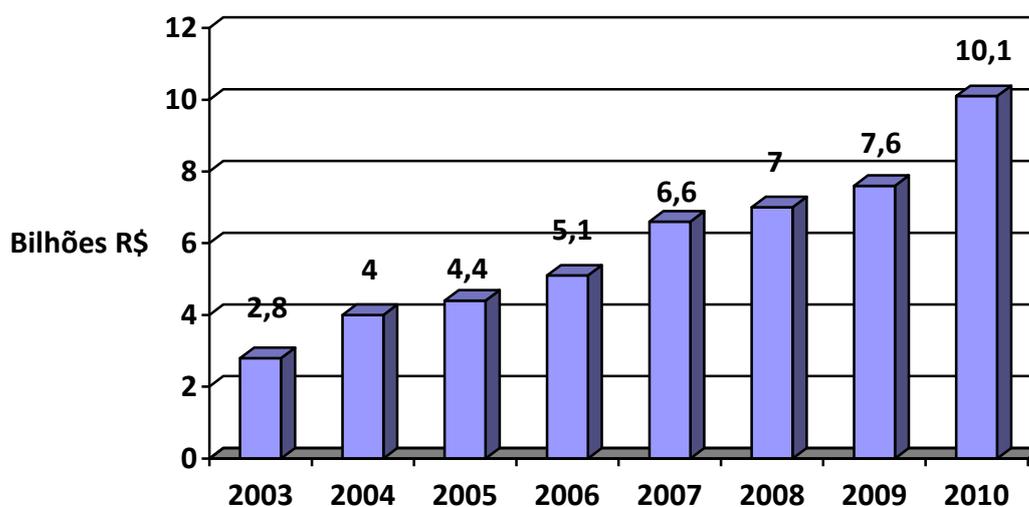
gasto fica por conta do próprio paciente que o adquire em uma das farmácias privadas que compõem a cadeia farmacêutica no país. Essa ação de venda via distribuidores ou diretas no varejo farmacêutico são denominadas de ato de venda no modelo farmacêutico, consolidando assim as duas etapas do processo — a geração da demanda e a efetivação da venda.

Chanlat (2000), em sua famosa e enriquecedora obra *Ciências sociais e o management*, explicita o quanto a influência do conceito de gerenciamento, técnicas de produtividade e ganhos de escala influenciam as áreas sociais. Nesse contexto, podemos incluir a medicina que, apesar de ser uma ciência biológica em sua essência, não deixa de ser social em sua aplicabilidade, recebendo grande interferência e pressão em sua prática do chamado *management*.

A partir do momento em que a saúde no país ganha cada vez mais a intervenção de um gestor, público ou privado, que funciona como um regulador econômico, a dinâmica tradicional de comercialização de medicamentos aplicada pela indústria farmacêutica começa a ser modificada. Isto porque os medicamentos compõem uma parcela importante do arsenal clínico para o tratamento de enfermidades e, portanto, torna-se crítico a utilização do mesmo para melhor efetividade das ações médicas. Dessa forma, o gestor, público ou privado, começa a interferir na relação de demanda e venda da indústria e, com isso, muda o modelo de negócio até então vigente no país por praticamente seis décadas.

O gráfico 5 demonstra a evolução dos gastos com medicamentos pelo governo federal – Ministério da Saúde. Os números mostram um crescimento importante entre o período de 2003 a 2010, momento no qual o governo atingiu um patamar de R\$ 10 bilhões de compras da indústria farmacêutica. Com este patamar de valores é de se esperar que o governo exerça um papel relevante junto ao segmento farmacêutico.

Gráfico 5 – Evolução dos Gastos Públicos Federais com Medicamentos



Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Como exemplo nítido de como a venda de medicamentos pode ser influenciada por decisões dos gestores de saúde é o impacto de medidas de redução dos valores pagos por consultas e procedimentos médicos. A partir do momento que certos procedimentos médicos são desestimulados por questões econômicas ou glosas ainda praticadas, o consumo de determinado medicamento pode ser influenciado pela ausência de diagnóstico ou ainda pelo diagnóstico errôneo. Outro exemplo que demonstra a intervenção do gestor da saúde na dinâmica tradicional da indústria farmacêutica é a implementação de protocolos de tratamento que limitam as substâncias que podem ser prescritas para determinadas patologias, restringindo muitas vezes a prescrição médica a um grupo de medicamentos em detrimento de outras opções terapêuticas.

Com a intervenção do gestor, o enfoque de custo global em saúde passa a ser muito mais evidenciado do que o modelo médico-paciente. Não basta a relação clínica entre o profissional da medicina e o paciente, mas o custo desse procedimento tem de ser levado em consideração. Com essa visão, o medicamento acaba exercendo o papel de um componente estratégico na gestão do custo da saúde, uma vez que as utilizações de certos tratamentos medicamentosos, principalmente em pacientes com patologias crônicas, acabam gerando um custo menor ao sistema que a atuação médica feita por

intermédio de procedimentos cirúrgicos ou de maior complexidade e, consequentemente, mais onerosos ao gestor.

Assim, torna-se cada vez mais crítico para os profissionais da indústria farmacêutica conhecer em detalhes as características e os modelos do sistema de saúde do país, pois, como visto nos parágrafos acima, eles influenciam diretamente a dinâmica desse segmento.

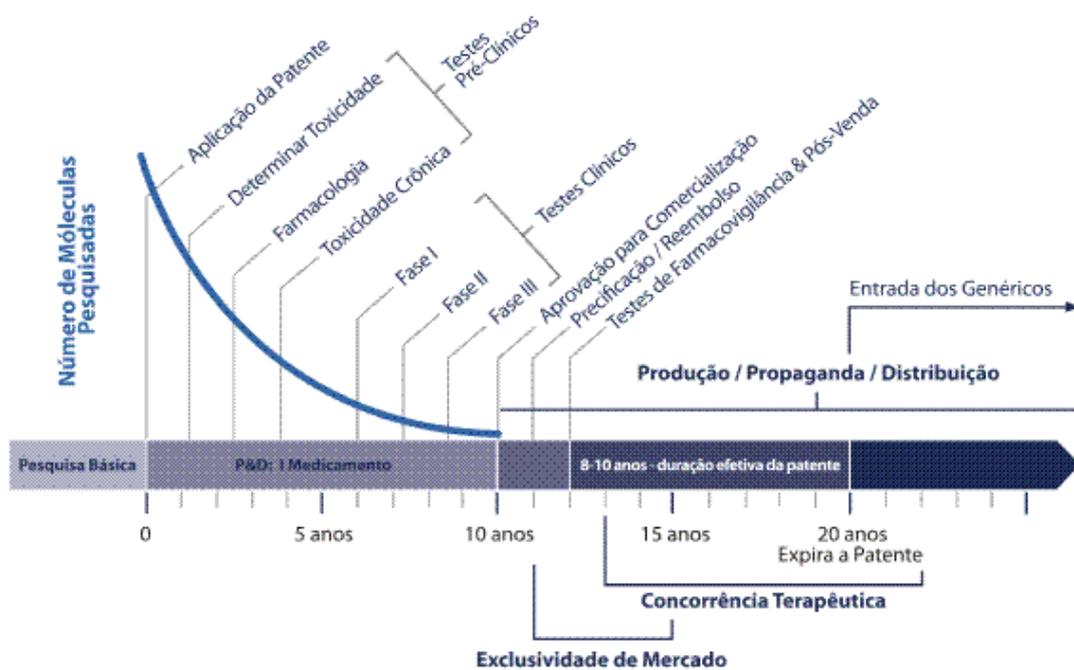
Nos capítulos seguintes, essa interação estratégica entre indústria farmacêutica e gestor da saúde será evidenciada e reforçada como prioritária à continuidade dos negócios do setor. Para isto, entender a dinâmica, estrutura e características dos gestores públicos e privados conforme apresentado neste capítulo, consolida-se como um fator crítico para o entendimento da nova estrutura de negócios da indústria farmacêutica.

CAPÍTULO 2 – A MIGRAÇÃO DO MODELO DE NEGÓCIOS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL – DO B2C PARA O B2B

A indústria farmacêutica tem como principal função a pesquisa, o desenvolvimento e a comercialização de medicamentos.

A Interfarma (2008), associação das indústrias farmacêuticas de pesquisa no Brasil, estabelece em 20 anos o ciclo de vida de um produto farmacêutico, considerando desde o processo inicial da pesquisa básica até a entrada do substituto genérico.

Figura 3 – Ciclo de Pesquisa e Comercialização de Produtos Farmacêuticos



Fonte –INTERFARMA, *Dados sobre Inovação e Pesquisa Clínica*, Agosto, 2011.

Frenkel (2002) destaca que a indústria farmacêutica pode ser classificada segundo quatro estágios tecnológicos:

1. Pesquisa e desenvolvimento
2. Produção de fármacos
3. Produção de especialidades farmacêuticas
4. Comercialização e *marketing* das especialidades farmacêuticas

No Brasil, atuação da indústria farmacêutica está concentrada nos estágios três e quatro, boa parte em virtude da presença maciça das companhias multinacionais que procuram concentrar as fases de pesquisa e desenvolvimento em seus países de origem. As empresas nacionais, por sua vez, buscam ampliar sua atuação, e algumas iniciativas de produção de fármacos começam a ser expandidas, mas ainda de forma tímida quando analisamos o cenário mundial. A busca da viabilização da produção de medicamentos passa pela necessidade de ganho de escala para tornarem-se empresas competitivas, e, para isso, a indústria farmacêutica brasileira necessita ampliar sua internacionalização que ainda, se não nula, é muito tímida e concentrada em países vizinhos na América do Sul.

Essa concentração das fases 1 e 2 em empresas multinacionais ocorreu após a metade do Século XX, especificamente pós-segunda guerra mundial, quando a produção de fármacos ganha escala industrial, movida principalmente pelo desenvolvimento dos antibióticos, em especial de penicilina. No Brasil, durante a última fase do regime militar, ou seja, no final da década de 1970 e início da década de 1980, a política industrial brasileira deu uma sobrevida à produção local de fármacos graças à ausência de uma política de patentes que permitia a produção e comercialização de substâncias ainda protegidas mundialmente, incentivando com isso a criação de uma nova indústria nacional. Essa medida, associada ao controle de preços e instabilidade da economia gerada pelos altos índices inflacionários, culminou inclusive com a saída de algumas multinacionais do mercado brasileiro.

Com a adesão do acordo de TRIPS pelo Brasil em 1995, a base para estabelecer a regulamentação da Propriedade Industrial Brasileira estava com o caminho trilhado e de fato veio a ocorrer em maio de 1996, com a promulgação da lei 9.279 de maio de 1996. Apesar desta proteção, o Brasil nunca chegou a atrair a produção local e o conseqüente desenvolvimento de um parque de farmoquímica. O mercado farmacêutico brasileiro acabou consolidando-se na estratégia de *marketing* e comercialização das

especialidades farmacêuticas, e não na pesquisa, desenvolvimento e produção.

Em 1999, sanciona-se no Brasil a lei 9.787, conhecida como a lei dos genéricos, que determina que os medicamentos após a perda de patentes poderão ser produzidos e comercializados pelo nome da substância ativa, podendo substituí-los com a mesma segurança e mantendo a mesma eficácia, desde que comprovados por testes de biodisponibilidade e bioequivalência. (BRASIL, 1999)

Apesar de não termos as atividades de pesquisa e desenvolvimento consolidadas no país, temos visto uma iniciativa crescente de pesquisa clínica local. Em sua maioria, as pesquisas clínicas são patrocinadas pelas matrizes das empresas farmacêuticas multinacionais em operação no país. Esse crescimento está diretamente ligado ao tamanho e potencial do mercado brasileiro que insere o país na rota de pesquisas para comprovação da eficácia em produtos de fase 1,2 ou 3.

Dados da Interfarma demonstram que o investimento em pesquisa clínica no mundo está em torno de US\$ 40 bilhões, enquanto no Brasil, são investidos pouco mais de US\$ 139 milhões.

Considerando apenas as indústrias farmacêuticas de pesquisas concentradas no país, totalizando 26 companhias, a pesquisa da Interfarma (2009) nos informa que o setor contribui com importantes números à economia, destacando-se entre eles o total de 23.470 empregos diretos, um montante de R\$ 2,4 milhões de impostos recolhidos e um total de R\$ 1,1 milhão de exportação. Quanto ao perfil dos colaboradores, a pesquisa demonstrou ainda que 61,5% do total dos colaboradores têm curso superior, sendo quase 1% com formação médica e 5% com formação farmacêutica. Do total de empregos diretos, 34% dos funcionários — o que representa 8.000 deles — compõem a estrutura da força de vendas dessas indústrias.

A estrutura do mercado farmacêutico brasileiro é formada por empresas nacionais e multinacionais. Nos últimos anos, impulsionados pela política de genéricos e pelo vencimento de importantes patentes das empresas internacionais, as indústrias brasileiras ganharam força e participação de mercado, chegando, no final de 2010, a configurar um total de seis empresas no *ranking* local das dez maiores do mercado (IMS, Dez-2010).

Tabela 3 – Lista das 10 primeiras indústrias farmacêuticas no Brasil

Ranqueamento das 10 Primeiras Indústrias Farmacêuticas no Brasil

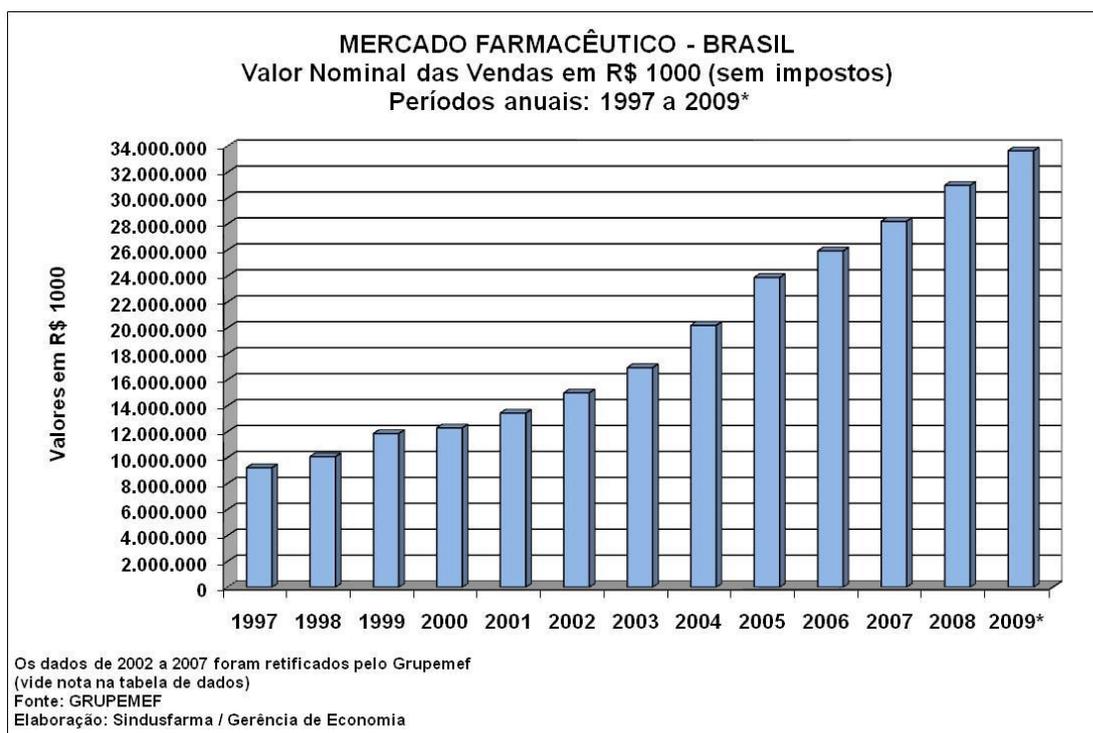
	2006	2007	2008	2009	2010	Origem
EMS PHARMA	1	1	1	1	1	Nacional
MEDLEY	4	4	3	4	2	Multinacional
SANOFI-AVENTIS	2	2	2	2	3	Multinacional
ACHE	3	3	4	3	4	Nacional
NEO QUIMICA	26	25	15	7	5	Nacional
EUROFARMA	7	6	6	5	6	Nacional
BAYER SCHERING	5	5	5	6	7	Multinacional
TEUTO BRASILEIRO	35	31	31	19	8	Nacional
BOEHRINGER ING	6	7	7	8	9	Multinacional
UNIAO QUIMICA F N	24	14	12	9	10	Nacional

Fonte: IMAS Flash 12/2010

Fonte –IMS Flash 12/2010

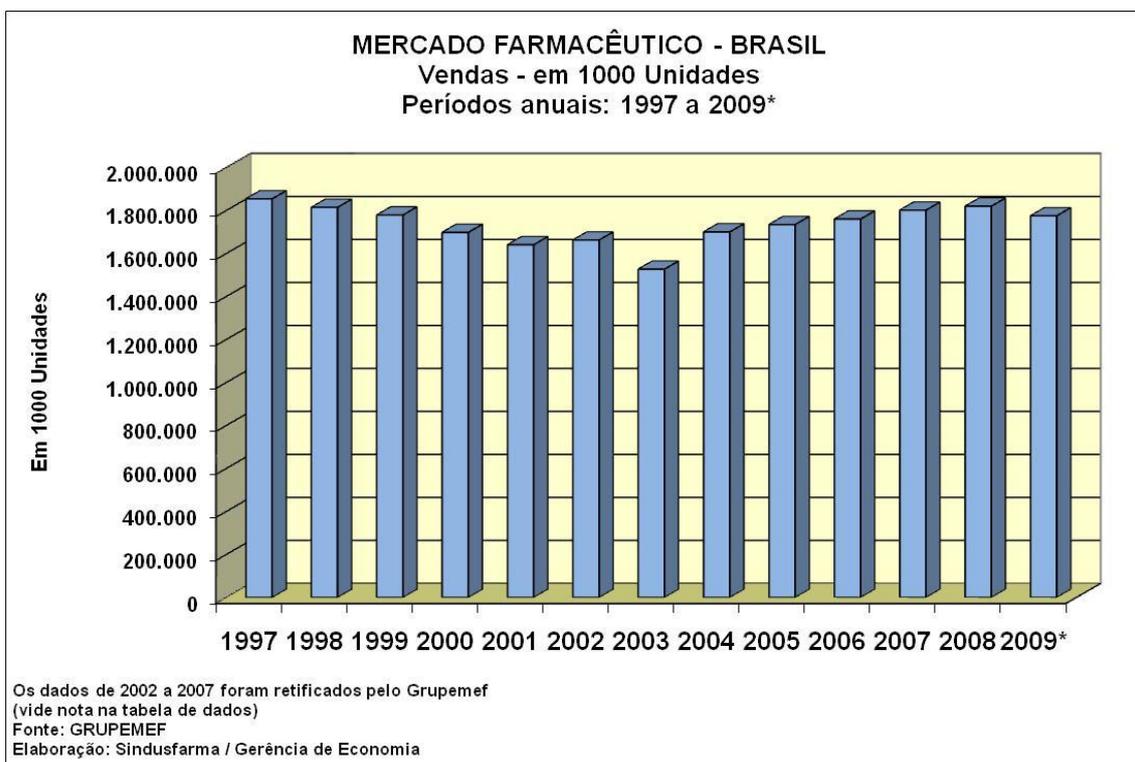
O mercado farmacêutico brasileiro encontra-se entre os dez principais mercados do mundo com vendas na ordem de 16,5 bilhões de dólares (gráfico 6)

Gráfico 6 – Volume de Vendas em Reais do Mercado Farmacêutico Brasileiro



Em unidades o mercado brasileiro comercializa anualmente quase 1,8 bilhões de unidades (Gráfico 7)

Gráfico 7 – Volume de Vendas em Unidades do Mercado Farmacêutico Brasileiro

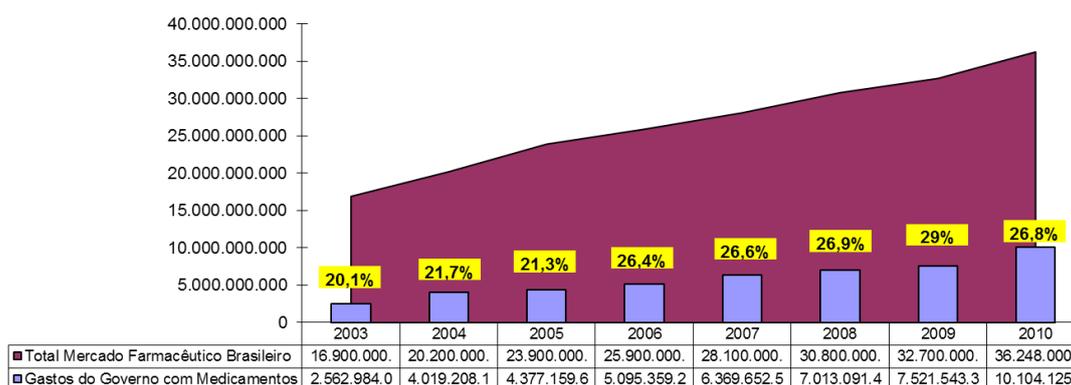


Ao analisarmos os dados de vendas demonstrados nos gráficos 6 e 7, especificamente entre os anos de 2005 a 2009, constatamos um crescimento de 41% em valores constantes na moeda real, mas, ao mesmo tempo, uma estagnação no número de unidades.

Esse dado é de extrema relevância, pois demonstra que não foi ampliado o acesso a medicamentos a um número maior da população, mesmo com o crescimento do consumo de produtos genéricos que apresentam um valor médio em reais menor que os produtos de marca e referência.

Outra questão de extrema relevância é que os números das auditorias oficiais do segmento farmacêutico não refletem a totalidade real da venda do setor, pois não capturam os dados dos medicamentos denominados de alto custo, normalmente vendidos ao governo e aos hospitais, os medicamentos hospitalares, cujas fontes de financiamento principal são as operadoras de saúde e os gestores públicos. Se considerarmos esses volumes, estima-se um acréscimo em torno de 5 a 6 bilhões de reais — o gasto do governo com drogas de alto custo, conforme a tabela a seguir.

Gráfico 8 – Total do mercado farmacêutico brasileiro versus os gastos do Governo com medicamentos



Fonte: Elaborado pelo autor através de dados do Ministério da Saúde, 2011 e IMS, 2010.

Perfil e tendências do portfólio de produtos da indústria farmacêutica

O portfólio da indústria farmacêutica pode ser segmentado pelo seu canal de comercialização. A principal classe de medicamentos são aqueles comercializados no varejo, tanto os produtos tarjados, ou seja, os que necessitam de receituário médico para a liberação, quanto os produtos sem tarja, conhecidos como MIP — Medicamentos Isentos de Prescrição, produtos que não necessitam de receituário.

Outra classificação de produtos são os utilizados no ambiente hospitalar. Trata-se de medicamentos em sua maioria injetáveis ou com apresentações específicas para pacientes hospitalizados.

Mais recentemente, há cerca de 10 anos, a indústria vem expandindo a pesquisa e a produção de produtos biológicos direcionados a patologias raras ou não convencionais. Esses medicamentos, por suas características e preço, acabam tendo como seu principal financiador um gestor institucional da área da saúde, quer público, principalmente a União e o Estado, quer privado, como os planos de saúde e grandes corporações.

Diferencia-se a estruturação do portfólio da indústria por característica, as empresas nacionais das multinacionais. Essa segmentação é realizada por um critério de posicionamento estratégico da oferta de produtos. As indústrias nacionais, até por deficiências ou ausência na área de pesquisa de moléculas, concentram seu portfólio em produtos de varejo e hospitalares, enquanto as multinacionais dedicam cada vez mais seus investimentos em produtos biológicos para tratamento de patologias mais complexas. Outro fator que reforça a migração das multinacionais para a pesquisa e comercialização desse tipo de produtos é que essa classe de medicamentos possui uma margem de segurança maior quanto a processos de cópias oriundos da ameaças de quebra de patentes ou outras formas de reprodução, já que a produção desses produtos requer uma planta de biotecnologia não disponível ou ainda embrionária nas empresas nacionais ou mesmo nos laboratórios governamentais.

A partir do momento que a indústria farmacêutica — principalmente a multinacional que investe em pesquisa e inovação e, portanto, possui um valor agregado maior de produtos — migra seu portfólio para produtos biológicos cujo foco é o tratamento de doenças raras e complexas, a necessidade de um pagador institucional torna-se crucial, já que, por tratar-se de drogas de alto custo, a população, como pessoa física, não tem condições de arcar com o valor do tratamento.

Com isso, circunscreve-se o desafio comercial da indústria no Brasil: criar um novo comprador, dessa vez corporativo, em detrimento da relação direta com o consumidor, configurando, assim, o movimento de negócios B2C para o B2B.

Essa nova dimensão de negócios requer habilidades e competências até então não contempladas nas equipes das indústrias farmacêuticas e também novos processos de venda e avaliação de desempenho que consigam de fato mensurar a produtividade nesse novo ambiente. Assim, torna-se premente a criação de indicadores de desempenho para as equipes de vendas que atuam nessa relação corporativa dos negócios B2B.

2.1. A integração da indústria farmacêutica com o gestor da saúde – a consolidação do comprador institucional de medicamentos

O tema sobre ampliação de acesso a medicamentos no Brasil vem ganhando cada vez mais espaço não apenas na agenda das entidades públicas como também na pauta da iniciativa privada.

Diversas ações implementadas nos últimos dez anos reforçam esse direcionamento. A política de inclusão de genéricos no mercado, o aumento do volume de compras de medicamentos por parte do governo para disponibilizar gratuitamente medicamentos à população, o lançamento de programas públicos, como a farmácia popular, e até alguns programas de subsídio de medicamentos por parte de grandes corporações privadas são exemplos de

que o tema de acesso a medicamentos é um dos principais da pauta estratégica da área da saúde.

Em recente estudo, a Interfarma (2011) destacou que a iniquidade, a distribuição inadequada de renda e o complexo e caro sistema tributário brasileiro dificultam a oferta de saúde de maior qualidade para os mais necessitados. Ainda nesse estudo, destacam-se algumas informações que enaltecem a necessidade da ampliação do acesso a medicamentos, como os dados da FIOCRUZ que nos revelam que os gastos com remédios chegam a representar 61% do orçamento das famílias de baixa renda; outro dado demonstra que 51,7% das pessoas que necessitam de tratamento medicamentoso possuem dificuldades econômicas para obter os medicamentos; e, por fim, cerca de 55% das pessoas que recebem um medicamento prescrito não têm condições de pagá-los na “boca do caixa”. (Interfarma, 2010).

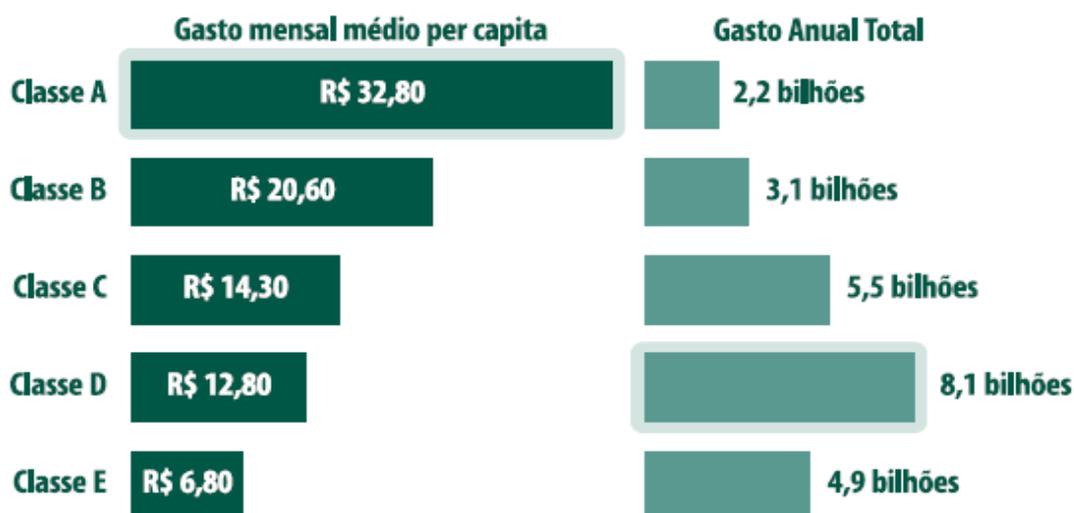
A excessiva concentração de renda no Brasil — como em todo o segmento econômico da sociedade, mas de forma mais perversa na área da saúde — é um dos principais responsáveis pela população não conseguir adquirir os medicamentos necessários para seu tratamento.

Na figura 4 , observamos que o gasto mensal *per capita* com medicamentos da classe A no Brasil representa aproximadamente um número 5 vezes maior que o gasto *per capita* da classe E.

Esse cenário de baixo acesso da população de menor poder aquisitivo ao consumo de medicamentos consolida a necessidade de estabelecer-se no país uma nova fonte financiadora de medicamentos.

Figura 4 – Gastos com medicamentos por perfil de classe social

Gastos com medicamentos de acordo com a classe social



Fonte: Interfarma 2009.

Fonte: Estudo Interfarma sobre Acesso a Medicamentos, 2009

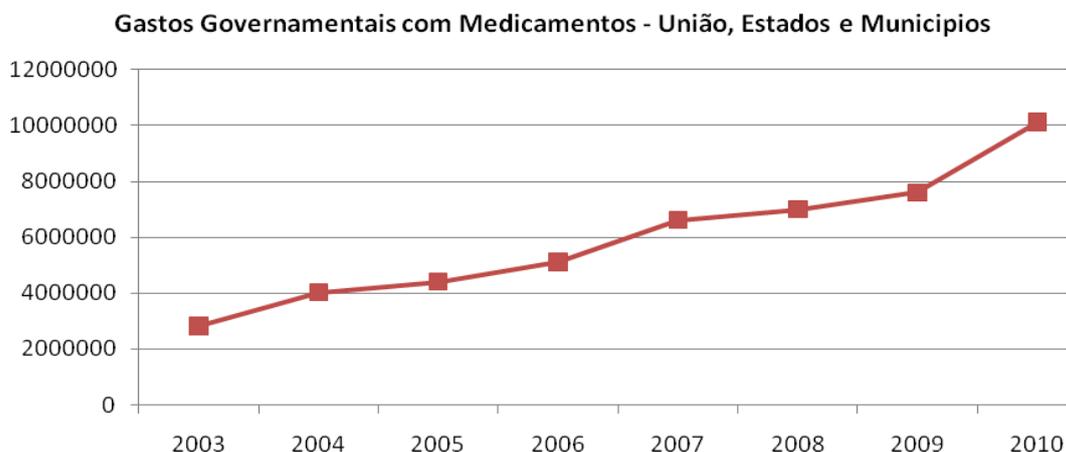
A consultoria Towers Perrin (2009) em sua Pesquisa de Benefícios-realizada no ano de 2009 com 262 grandes corporações de capital nacional, multinacional e também estatais - apontou que 61% dessas empresas já oferecem programas de benefícios de medicamentos para sua população de funcionários e dependentes, e 41% dessas empresas oferecem algum tipo de subsídio, e 2% delas fazem o reembolso total do valor gasto com remédios.

Ainda nessa pesquisa, observa-se que o *ticket* médio mensal do benefício farmácia foi de R\$ 31,35. Esse valor aproxima-se do perfil de consumo da classe A, conforme apontado no estudo da Interfarma, de R\$ 31,62, ou seja, quando temos um financiador institucional que subsidia as despesas de medicamentos, o valor de consumo de medicamentos da população se equipara ao da classe de maior poder aquisitivo da sociedade.

Na esfera pública, o governo também exerce um fator fundamental na geração de acesso a remédios. Em 2010, o investimento governamental em

medicamentos atingiu o patamar de R\$ 10 bilhões, apresentando um crescimento de 33% comparado a 2009.

Gráfico 9 – Distribuição dos Gastos Públicos com medicamentos entre as esferas de governo



Fonte: SCTIE com base nos dados do DAF, DECIIS e NIES/SVS, 2011

A presença maior do pagador institucional — governo, planos de saúde ou empresas — atende não apenas a mudança de portfólio da indústria farmacêutica que passa a incorporar cada vez mais produtos com o perfil de custo mais elevado para o tratamento de patologias órfãs e raras (chamados produtos biológicos), mas também sinaliza a política de ampliação de acesso a medicamentos no país.

2.2. O despertar da mudança do modelo comercial da indústria farmacêutica com a entrada dos produtos genéricos

A indústria farmacêutica no Brasil sempre teve como modelo de atividade comercial a interação com a classe médica na geração da demanda e com a cadeia farmacêutica, quer distribuidores quer varejistas, com o objetivo de assegurar a disponibilidade do produto para a aquisição por parte do paciente.

Dessa forma, as atividades comerciais das indústrias farmacêuticas tradicionalmente foram pautadas em uma estrutura de B2C — *Business to Consumer*. A partir da relação tradicional de geração de demanda no médico e

efetivação da venda na farmácia, venda essa dirigida e garantida pelo receituário do médico, cabia ao paciente a aquisição e o pagamento do medicamento, fechando assim o modelo de B2C da indústria.

Nesse cenário clássico, o tamanho e o poder econômico das indústrias de medicamentos sempre prevaleceram frente aos seus interlocutores do negócio farmacêutico.

O paciente final, no modelo tradicional, caracteriza-se como o usuário pagador do remédio. O médico, por sua vez, decide qual o medicamento o paciente utilizará por intermédio do receituário. À rede varejista, cabe o cumprimento e aviamento da receita médica.

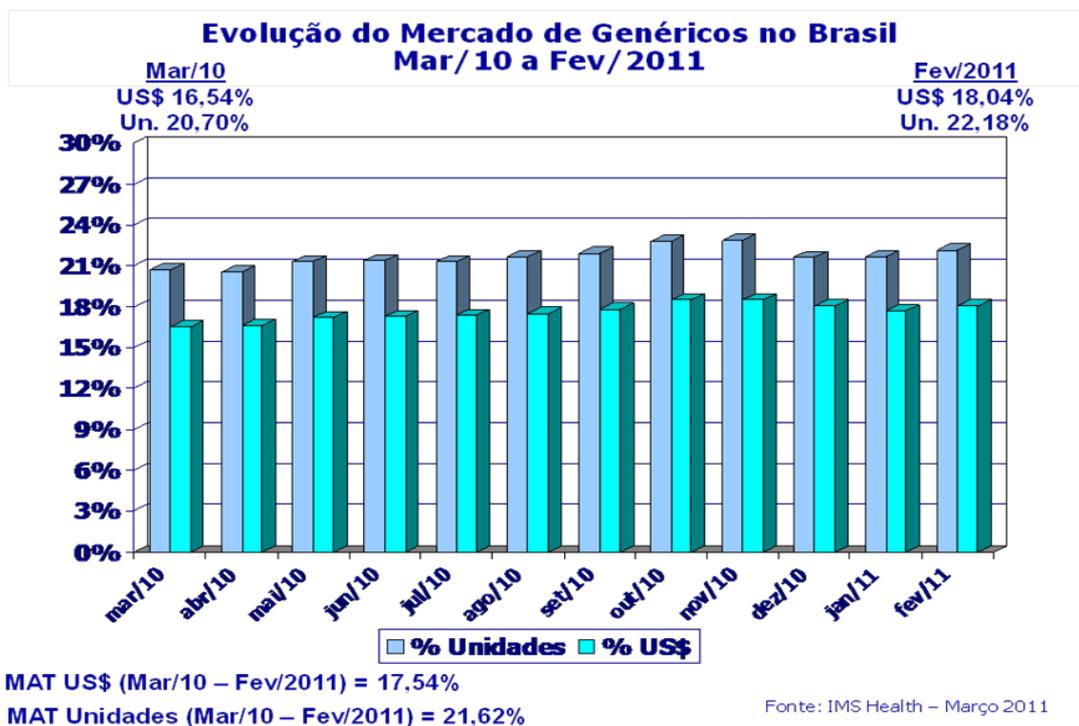
A dinâmica de negócios, com a entrada da classe dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro no início deste século, começa a mudar. Uma ampla campanha de comunicação apoiada pelo governo federal posicionou, em pouco tempo, os produtos genéricos como uma opção concreta do aspecto legal e econômico para o tratamento dos pacientes. A partir desse momento, com a regra de intercambiabilidade dessa classe de medicamentos, os produtos de referência, por conta da biodisponibilidade e bioequivalências exigidas, o receituário médico, mesmo que prescrito com o nome da marca do produto, pode ser trocado pelo farmacêutico com o consentimento do paciente por um produto genérico da mesma substância correspondente. Estabelece-se a partir daí uma nova dinâmica entre paciente/pagador, o usuário final, a classe médica prescritora e a rede varejista.

As farmácias e drogarias, com os produtos genéricos, ganham um peso maior no fluxo de comercialização dos medicamentos, pois começam a exercer influência direta sobre o receituário, transferindo parte do poder do consultório médico para o balcão da farmácia e também proporcionando aos pacientes mais opções quanto à escolha com o que ele se medicará.

A participação dos produtos genéricos no mercado vem crescendo gradativamente ao longo desses primeiros dez anos. Em junho de 2011, essa

classe de medicamentos representou 22% em unidades e um pouco mais de 18% em valores dos negócios do mercado de medicamentos, conforme dados da IMS, auditoria especializada no segmento farmacêutico.

Gráfico 10: Evolução do Mercado de Genéricos no Brasil



Fonte: IMS Health – Relatório Auditoria de Mercado, Março 2011

Com a evolução do vencimento de patentes importantes nos próximos anos, existe uma forte tendência de alta desse percentual de participação dos genéricos no mercado. Alguns especialistas indicam que essa classe de produtos deverá atingir perto de 40% de participação nos próximos cinco anos.

2.3. O cenário do mercado farmacêutico com um pagador institucional

Se com os produtos genéricos já ocorreu um desequilíbrio importante na indústria farmacêutica quanto à relação de geração de demanda e efetivação de venda, podemos projetar um cenário mais desafiador ainda para a indústria com o surgimento de um pagador institucional de medicamentos, quer público quer privado.

A dinâmica de vendas dos produtos farmacêuticos com o pagador institucional ficará ainda mais modificada em relação à estrutura tradicional. Se os produtos genéricos migram parte do poder do receituário médico para o farmacêutico no ponto de venda com o consentimento e escolha do paciente, a posição do pagador institucional interfere não apenas nos produtos que poderão ou não ser prescritos, como também na aquisição direta dos medicamentos, já que o paciente final não exercerá mais o papel de pagador, ao menos integral, do valor final.

Essa mudança inclui na cadeia de vendas dos produtos farmacêuticos um novo jogador, até então ausente do cenário. O pagador institucional força a indústria a adotar uma postura de negócios B2B — *Business to Business*, em que a interlocução entre dois atores com pesos econômicos e interesses equivalentes equilibra as forças no processo de negociação de compra e venda de medicamentos.

No jogo dos negócios corporativos, o ciclo das vendas é ampliado, e a dimensão dos interlocutores revista, pois agora passam a ser considerados não apenas aspectos clínicos até então quase que únicos no modelo de discussão com a classe médica, mas também aspectos econômicos e orçamentários, gerando uma nova ferramenta de argumentação e comprovação de efetividade da compra denominada farmacoeconomia.

Nessa conceituação, é possível avançar no estabelecimento de um comparativo entre o ambiente até então conhecido e praticado pela indústria farmacêutica, via a denominada cadeia tradicional de médico-farmácia-paciente pagador, definido nos limites desse estudo como relação B2C *Business to Consumer* e o modelo de negócio em que adotamos a instituição pública (governos) e privada (planos de saúde) como determinadores não só de quais drogas demandarão, mas como pagar e, ainda mais importante, quem serão os principais pagadores dessas drogas.

Tabela 3 : Características de Vendas entre a dinâmica B2C e B2B no modelo de comercialização para o mercado farmacêutico

Características	Dinâmica B2C – atual	Dinâmica B2B – novo modelo
Ciclo de vendas	Curto prazo	Médio e longo prazo
Acesso aos clientes	Frequência e sequência da visita	Sob demanda e pela necessidade de efetivação do negócio
Foco do trabalho	Foco no produto	Foco no cliente
Interação com o <i>marketing</i> da empresa	Tática	Estratégica
Habilidades e conhecimentos do profissional	Capacidade de persuasão, fácil construção de relacionamentos e conhecimentos do produto	Habilidades de negociação, visão estratégica de médio e longo prazo, conhecimentos de farmacoeconomia e gestão de projetos.
Postura comportamental do profissional de vendas	Fragmentada pelo produto ou área de negócio	Corporativa

Fonte: modelo próprio criado pelo autor desta dissertação

No comparativo apresentado no quadro acima entre a atuação baseada na dinâmica B2C *versus* a dinâmica B2B encontram-se cinco fatores críticos que estão descritos abaixo:

- 1) Ciclo de vendas: no modelo atual (B2C), as vendas são concretizadas em um fluxo de curto prazo, ou seja, a necessidade de volume de vendas é atendida mensalmente por intermédio dos distribuidores e do canal varejista. A venda realizada não será necessariamente consumida no mesmo período. A relação de demanda *versus* estoque não é linear, e, não raro, o ambiente atacadista-varejista acaba acumulando estoques para gerar resultados para a indústria farmacêutica. Já no modelo B2B, as vendas são consolidadas a médio e longo prazo, uma vez que, na maioria das vezes, o processo do mapeamento do cliente, prospecção, negociação e fechamento leva um tempo maior que o padrão, levando-se em conta os volumes negociados e a formalidade das relações corporativas. A quantidade de produtos demandados está

diretamente ligada à demanda do mesmo, não havendo, portanto, uma relação de estocagem dos produtos.

- 2) Acesso aos clientes: no modelo tradicional, utiliza-se uma dinâmica clássica de frequência e sequência das visitas ao cadastro dos clientes médicos. Na sua quase totalidade, as visitas não são agendadas e duram em média de cinco a dez minutos. O número de visitas, bem como o painel de clientes estabelecidos pela capacidade média de tempo em realizá-las a cada dia, são os principais indicadores. Quando migramos para o modelo B2B, o contato com os clientes ocorre conforme a demanda de uma das partes ou de ambas e também pela necessidade existente para a conclusão do negócio. As visitas devem ser previamente agendadas e chegam a durar mais de uma ou duas horas. Diversos são os interlocutores, devendo ser classificados em decisores e influenciadores em uma mesma conta — cliente. Por tratar-se de profissionais com uma agenda executiva, a obtenção do primeiro acesso possui um grau de dificuldade maior e, não raro, chega a ser dificultado ou até restrito.

- 3) Foco do trabalho: o trabalho da indústria no formato tradicional de B2C é organizado e desenvolvido com foco no produto. Tradicionalmente, a indústria farmacêutica concentra-se na construção de marcas fortes dos produtos, a principal dinâmica para impulsionar as vendas. A necessidade do cliente nem sempre é levada em conta, pois o foco está no produto e nas características e nos benefícios clínicos. Quando avançamos para o modelo corporativo — institucional, denominado B2B, o foco deve estar no cliente, ou seja, a equipe comercial necessita abordar o cliente com uma sondagem direcionada para diagnosticar a real necessidade do mesmo e adaptar não só os produtos a essa realidade, mas gerar valor agregado por meio de serviços que diferenciam a indústria farmacêutica, como empresa-corporação, dos demais competidores. Passa-se a ter uma venda muito mais centrada no modelo consultivo do que no formato de transação (Ingram, 2008).

- 4) Interação com o *marketing* da empresa: a interação entre a força de vendas e a equipe de *marketing* das indústrias farmacêuticas sempre foi um desafio para os líderes dessas organizações. O foco dessa interação no modelo tradicional está estruturado basicamente na execução do plano tático pela força de vendas, conforme definido pela área de *marketing*, responsável pelo planejamento e decisões estratégicas. Já na dinâmica B2B, a área de vendas é um participante ativo no processo de planejamento e definição das estratégias, uma vez que o foco está nas necessidades dos clientes, e não mais nos produtos. Assim, deve-se buscar o melhor entendimento dessas necessidades com quem realmente está em contato com o cliente. A execução concentra-se na venda de soluções e na geração de confiança de longo prazo que permitirão construir relações sustentáveis para as empresas.
- 5) Habilidades e conhecimentos do profissional: no modelo padrão de B2C, o profissional de vendas da indústria farmacêutica tem como seu principal arsenal a capacidade de persuasão que o ajuda na construção de relacionamentos sustentados pelo carisma e troca de favores. O conhecimento está centrado no produto com que ele trabalha, expandindo ao máximo sua influência, considerando-se os concorrentes e o tamanho do mercado correspondente. Ao migrarmos para o modelo B2B, há a necessidade premente de obtenção de habilidades de negociação e de visão estratégica mais ampla para construir relações de médio e longo prazo, além de sólidos conhecimentos de farmacoeconomia e gestão de projetos, já que cada negociação será uma nova história e requererá modelos, abordagens e ferramentas distintos.
- 6) Postura comportamental do profissional de vendas: no modelo de B2C, o profissional de vendas da indústria adota uma postura fragmentada e fundamentada no produto e uma abordagem processual e quase padronizada no contato com o cliente. No modelo B2B, a postura altera-se para um perfil mais corporativo; ou seja, deve-se adotar uma visão

estratégica quanto às características e demandas do cliente — buscando entendê-las e associá-las à capacidade da indústria para atendê-las — e uma postura consultiva e orientada ao negócio, e não uma atitude simplesmente orientada aos produtos da empresa que representa.

Dessa forma, o cenário futuro da indústria farmacêutica no Brasil aponta para uma nova estrutura de negócios e, por conseguinte, da equipe de vendas a ser adotada. Haverá uma maior demanda de profissionais voltados para uma venda mais consultiva e orientados para o negócio a fim de compor os quadros comerciais do segmento de medicamentos. Novas forma e modelos de fazer o negócio exigirão uma presença estratégica da força de vendas, mas, ao mesmo tempo, surgirão desafios consolidados até o momento, como a questão dos indicadores de desempenho para mensurar aspectos subjetivos característicos dessa atuação.

2.4. O conceito de equipes de vendas e a estrutura comercial das indústrias farmacêuticas

O conceito mais simples de equipes que pode ser adotado é o da união de duas ou mais pessoas que trabalham em prol de um objetivo comum.

A formação das equipes nasce da agregação de um conjunto de indivíduos com habilidades, conhecimentos e necessidades distintas que se transformam em uma unidade de trabalho integrada. Assim, os objetivos e a energia individuais se misturam, dando suporte à construção das metas dessa equipe (Thamhain, 1993 *apud* Rabechini; Monteiro, 2003, p. 7).

Alguns autores, como Robbins (2005, p 213), separam ainda o conceito de grupos do de equipes. Define-se grupo de trabalho como aqueles que interagem basicamente para compartilhar informações e tomar decisões para ajudar cada membro em seu desempenho particular na sua área de responsabilidade. Como equipe, considera-se a obtenção de uma sinergia entre os participantes em busca de um objetivo coletivo, alicerçado pelas

conquistas individuais, mas, acima de tudo, pautados principalmente em uma visão da meta coletiva. Para a evolução do conceito de grupo para equipe, esse grupo deverá trabalhar em sinergia mais ampla por meio de esforço coordenado; ou seja, o objetivo é o desempenho coletivo; a responsabilidade, mútua; e as habilidades, complementares.

Ainda utilizando a obra de Robbins (2005, p.186), os grupos de trabalho podem ser classificados em dois subgrupos, sendo o primeiro o de comando e tarefa, um grupo estabelecido formalmente; e o segundo o de interesse e amizade alicerçados nos grupos informais. O autor enumera cinco estágios evolutivos do desenvolvimento dos grupos de trabalho, sendo eles:

- 1) A primeira fase, a primária de formação, em que as pessoas são escolhidas para a composição do grupo e a equipe estruturada em seus papéis e responsabilidades;
- 2) A fase da tormenta que representa os conflitos naturais em um grupo em formação e que levará esse mesmo grupo de pessoas a sair fortalecido após conflitos inerentes ao processo.
- 3) A terceira fase, chamada de normalização, em que o grupo demonstra maior coesão, e os resultados começam a surgir conforme as expectativas da companhia.
- 4) O quarto estágio tem o enfoque no desempenho, momento no qual o grupo atinge não apenas os resultados esperados como também, de forma sistemática, consegue superar as metas na maior parte do tempo.
- 5) O quinto e último estágio, denominado de interrupção, em que ocorre a saída de alguns membros ou ainda a própria equipe acaba, fruto de metas atingidas e desafios já conquistados, além de distintos estágios profissionais dos membros do grupo que, por sua vez, migram para novas atividades e desafios.

O modelo desenvolvido e elaborado por Katzenbach e Smith (2001, *apud* Bejarano; Pilatti, 2008, p.19) e demonstrado na figura 5 demonstram como as diferenças ficam evidenciadas nas características e comportamentos do perfil da liderança; no nível de responsabilidade; nas formas de alocação e mensuração dos resultados e desempenho; na dinâmica do trabalho; na estrutura da comunicação entre as pessoas; e no foco das reuniões.

Figura 5: Diferenças entre Equipes e Grupos de Trabalho



Fonte: Resumida e adaptada de Katzenbach e Smith (2001, *apud* Bejarano; Pilatti, 2008, p.19)

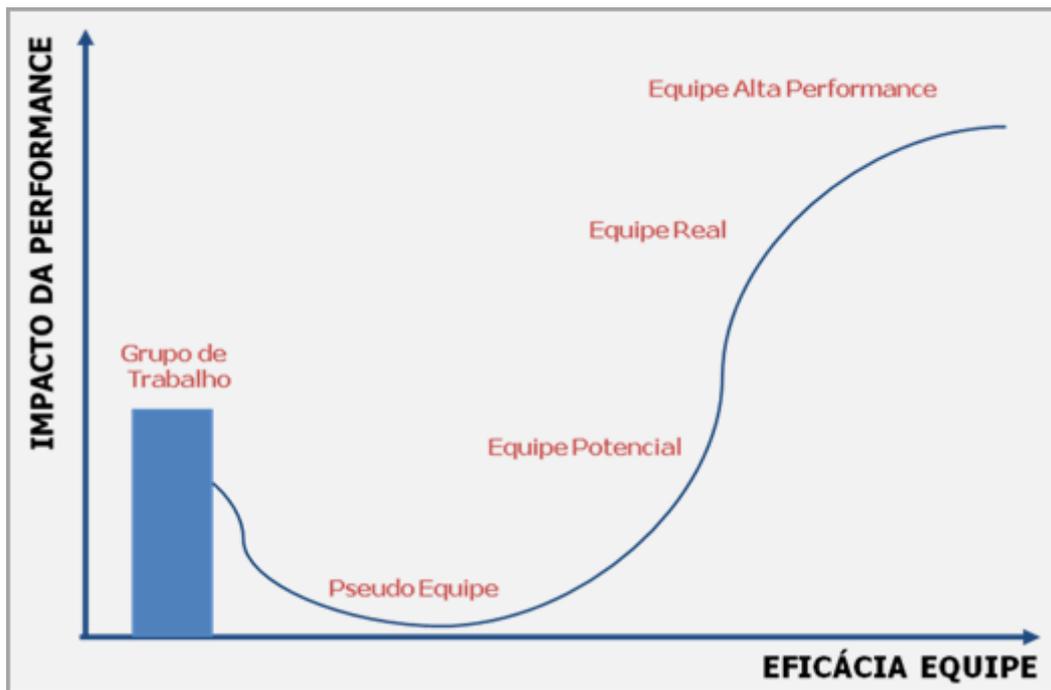
Ainda de acordo com Katzenbach e Smith (2001), a evolução dos grupos de trabalho para equipes se dá pela influência do nível de maturidade de seus membros, pela demanda de interdependência no tipo de trabalho realizado e pelo nível de desempenho esperado e conquistado. Segundo o modelo proposto pelos autores, deve-se buscar a expansão para o conceito de alto desempenho, ou seja, não basta simplesmente tornar-se uma equipe, mas é preciso obter os melhores resultados com a melhor relação de eficácia possível.

Os autores, conforme demonstrado na figura 2 e baseado nesses três pilares, resumem os cinco estágios da evolução dos grupos de trabalho para equipes de alto desempenho.

- Grupos de trabalho: o foco é o desempenho individual de cada membro do grupo e a interação se dá apenas para o compartilhamento de informações.
- Pseudoequipe: é um grupo que não tem foco no objetivo coletivo e nenhum compromisso com o desempenho individual, o que acaba levando a sérias rupturas na estrutura.
- Equipe potencial: começa o entendimento, apesar de não formalizado, da necessidade de estabelecer um objetivo incremental e coletivo e trabalhar de acordo com esse objetivo.
- Equipe real: o conhecimento e as habilidades dos componentes do grupo começam a se complementar em prol de um objetivo único e da responsabilidade coletiva.
- Equipe de alto desempenho: Satisfaz as necessidades de uma equipe real, mas com desempenho continuamente superior ao esperado.

A demanda pela formação de equipes de trabalho evolui e cresce ao longo do tempo com a necessidade das organizações obterem cada vez mais agilidade em suas operações visando à obtenção do máximo de produtividade.

Figura 6: Ciclo de Evolução para Equipes de Alta Performance



Fonte: Resumida e adaptada de Katzenback e Smith (2011)

O início do século XXI reforça ainda mais esse conceito, mas estabelece também que o desenvolvimento da equipe seja realizado com maior grau de flexibilidade a fim de permitir à empresa e suas estruturas se adaptar e responder de forma eficaz às incertezas dos mercados. Na visão mecanicista do taylorismo, apontada como o marco da teoria clássica da administração, a estrutura do trabalho estava voltada para a centralização do comando e da decisão na figura do chefe, em uma execução baseada em processos em que pouco ou nada é discutido com o grupo responsável por realizar a atividade. Na divisão de tarefas, Taylor (2009, p.73) estabelece um conjunto de mecanismos, entre eles, e principalmente, a forma de remuneração por produção individual (o famoso estudo *A piece rate system* [Um sistema de incidência por unidade] de Taylor), que privilegia o indivíduo em detrimento do pensamento de equipe:

A ambição pessoal sempre foi, e continuará a ser, um incentivo consideravelmente mais poderoso que o desejo do bem-estar geral. Alguns malandros que vadiam, mas dividem igualmente os lucros do trabalho com outros, são capazes de arrastar os melhores trabalhadores a um baixo esforço igual ao seu

Com essa visão, não é de se espantar que o trabalho nas organizações tenha evoluído alicerçado em uma visão individualista, ou, na melhor das hipóteses, por intermédio da configuração de grupos, e não de equipes.

Contudo, as palavras de ordem dos primórdios da teoria administrativa até os dias de hoje são competitividade e sobrevivência. No entanto, o enfoque taylorista, alicerçado pelo instrumentalismo reinante no início do século XX, tratava a mudança apenas como incremental ou passo a passo, o que sabemos ser inviáveis ou insuficientes para dar conta do atual momento de complexidade em que as mudanças caracterizam cada vez mais o caráter de descontinuidade (Bauer, 2008, p.169).

O conhecimento deve estar presente na proposta de valor das empresas para o mercado, e esse conhecimento só é obtido por meio da combinação de talentos e do trabalho em equipe.

Morin (2005, p.111) afirma que conhecer é produzir uma tradução das realidades do mundo exterior, tornando-nos produtores do objeto que conhecemos; o que nos dá certa objetividade do sujeito, mas que não anula o caráter subjetivo do mesmo, ou seja, reforçam-se as incertezas e a necessidade de saber lidar com ela, por mais voltados ao mundo exterior que possamos estar.

As empresas vivem as mudanças do mundo exterior e sobrevivem a elas. Manter-se simplesmente voltados aos seus processos internos não ajudará as organizações a entender e atender as necessidades dos seus consumidores, assim como a simples definição de tarefas para seus colaboradores e o estabelecimento de controles sobre a execução das mesmas já não é suficiente para dar conta de tais demandas. Na busca e alternativa para esses momentos de incertezas e instabilidades, consolidam-se a criação de um ambiente de interação e a construção de uma equipe de trabalho, sobrepondo-se à atividade individual.

Ao transferirmos esse conceito de flexibilidade em relação à adaptação e competitividade em um mundo cada vez mais incerto para o atual momento de transição dos negócios da indústria farmacêutica, temos como prever, com a consolidação do pagador institucional de medicamentos, o quanto esse cenário desafia e desafiará a indústria nos próximos anos no Brasil. Da mesma forma, as equipes comerciais da indústria e suas respectivas lideranças terão de encontrar formas de atuar e desenvolver-se nesse novo contexto.

Quando tratamos do tema de vendas nas organizações, existe uma tendência grande da adoção do empirismo na elaboração e organização dos conceitos e estruturas de vendas nas empresas.

Não obstante, a prática apoiada apenas pelo senso comum proporciona conceitos deturpados que se enraízam nas estruturas corporativas, entre eles, uma visão estreita e falha que posiciona a área de vendas como uma unidade unicamente operacional, estabelecendo-a muitas vezes como secundária nos processos e nas estratégias da empresa.

Esse equívoco e inconsistência foram reforçados ao longo dos anos pela predominância dos estudos de *marketing* como a única fonte teórica ligada ao tema de mercadologia ou, propriamente, o ato de mercantilizar produtos e serviços. Essa constatação é verificada na própria definição do composição promocional de *marketing*, em que se inclui a atividade de vendas como simplesmente mais um dos seus componentes ou, ainda, denominada como mais uma ferramenta de *marketing* ao lado de atividades como propaganda, *marketing* direto, promoção de vendas e relações públicas (Kotler, 1996, p.513).

Ao tratarmos a atividade de vendas simplesmente como uma ferramenta operacional de *marketing*, limita-se consideravelmente a potencialidade dessa função e toda a perspectiva de diferenciação que a mesma pode exercer na proposta de valor das empresas.

A proposta não é fazer uma reinvenção da visão do *marketing*, mas, sim, de buscar adequar o peso correto à atividade de vendas, migrando-a de um conceito totalmente operacional para uma função mais estratégica e colaborativa.

Essa migração de conceitos e alinhamento de pesos vem ocorrendo paulatinamente nas empresas, refletidos pelas novas estruturas de organogramas. Não é raro encontrarmos organizações em que o executivo de vendas começa a ganhar alcance de diretoria ou a compartilhar decisões estratégicas com o corpo diretivo das empresas. O fator do deslocamento de parte do orçamento — que até então eram direcionados em sua quase totalidade para ações de publicidade e propaganda — para a área de vendas é outro sinalizador dessa mudança paulatina.

Esse deslocamento de orçamento na área farmacêutica acentua-se com o novo cenário de B2B. O composto promocional passa de atividades propagadoras da marca dos produtos para ações com enfoque na marca corporativa e nas soluções para os clientes. A área de vendas ganha autonomia para implantar projetos que atendam as demandas específicas de cada cliente, não existindo mais uma padronização de atividades a todos os clientes de uma carteira.

Essas mudanças acontecem porque as empresas necessitam cada vez mais interagir de forma consistente com seu público e, para isso, necessitam dar autonomia a suas áreas de contato direto com o cliente. Em face do acirramento da concorrência em todos os mercados e da comoditização da oferta de produtos e serviços, a importância da área de vendas cresce cada vez mais (PROFESSORES FGV EAESP, 2006, p.49).

Outro fator de deslocamento do peso estratégico para a força de vendas é o tamanho dos gastos e investimentos que ela representa para a maioria das empresas (ZOLTNER, 2004, p17). Esse investimento influencia radicalmente a composição dos custos das organizações; e, também por esse motivo, a busca pela eficácia deve ser uma constante na área de vendas, extrapolando

assim sua função para atividades estratégicas, atividades essas exclusivas, até então, dos departamentos de *marketing*.

O vendedor é a empresa para muitos dos clientes e ele exerce papel crucial na identificação das necessidades desses clientes (Kotler, 1996, p.588).

A venda pessoal age como um elo entre a empresa e os clientes. Esse profissional, portanto, deveria ser cada vez mais preparado para efetivamente representar toda a organização.

Em sua obra, Cobra (1994, p. 23) reforça que para cada tipo de negócio é preciso desenvolver uma equipe adequada, levando em conta o perfil do cliente bem como as características do produto ou serviço a ser ofertado. Carnegie e Crom (2008, p.17) ressaltam que é necessário reconhecer que cada situação de vendas é única, e alguns vendedores passarão várias vezes por cada etapa do processo de vendas e negociação estabelecida como padrão para determinado produto ou serviço, enquanto outros poderão passar pelas mesmas etapas, só que poucas vezes, no mesmo período. O importante é entender como as etapas de cada processo se aplicam em situações únicas e depois, atuar de acordo com esse cenário.

Com esse novo contexto de exigências elevadas, a demanda por profissionais e equipes comerciais com um perfil mais estratégico é premente. É necessário que as empresas entendam que a estruturação e o desenvolvimento das equipes de vendas diferem, em sua essência, da construção das demais equipes. Ao mesmo tempo, os profissionais da área precisam conscientizar-se sobre seu papel estratégico e assumir as responsabilidades e os desafios que essa nova dimensão da função impõe a sua carreira.

Por ter essa característica de imprevisibilidade e uma dinâmica menos instrumentalista e processual que as demais áreas das organizações, um dos principais desafios na construção das equipes de vendas está na definição da organização, no tamanho dessas equipes, nas formas de remuneração e na

definição das metas e sistemas de desempenho. Quando transferimos esses desafios para o novo cenário de B2B da indústria farmacêutica, essa definição torna-se mais crítica para as empresas e suas equipes comerciais.

De acordo com Ingram [et. al.], (2008, p.91), as estruturas de vendas podem ser organizadas de acordo com os seguintes critérios: posição geográfica de seus clientes; tipo de produtos; mercados específicos; atividade funcional, muito encontrada em vendas que requerem uma qualificação técnica destacada; e, por último, conta-chave.

Quanto à quantidade de vendedores por equipe, deve-se levar em conta a quantidade de clientes existentes no mercado, classificando-os de acordo com o potencial, a disponibilidade financeira e o interesse estratégico da empresa em atendê-los e estabelecendo um tempo médio e período de retorno para cada visita a clientes. Com esses dados, é possível estruturar um número mínimo lógico de vendedores para atender a demanda do mercado, obviamente obedecendo às questões geográficas para minimização de custos de deslocamentos e ganho de tempo (PROFESSORES FGV EAESP, 2006, p.49).

O modelo de remuneração das equipes de vendas também variará conforme o tipo de produto e de serviço comercializado e, principalmente, o ciclo de negociação, ou seja, em quanto tempo, em média, concretiza-se uma negociação desde seu processo de prospecção até o fechamento e recebimento do valor pela venda realizada. Em geral, os planos de remuneração apresentam grande variabilidade entre setores econômicos e até mesmo no próprio setor em que a empresa opera.

Os componentes para a tomada de decisão da remuneração do vendedor, segundo Kotler (1996, p.593), são compostos por salário fixo, salário variável, despesas de vendas e salários indiretos. O salário fixo permite satisfazer a demanda de estabilidade financeira. O salário variável premia o desempenho e proporciona uma renda extra. A cobertura das despesas de vendas pelas empresas faz com que os vendedores executem suas atividades

sem preocupações maiores com custos ou outros impedimentos. Finalmente, os salários indiretos — como seguro de vida, de saúde entre outros — geram uma sensação de segurança.

A forma de remuneração do vendedor, muito mais que em outras atividades, exerce papel fundamental na motivação desse tipo de profissional e estabelece a capacidade do mesmo aceitar novos e grandes desafios — características essenciais do segmento comercial.

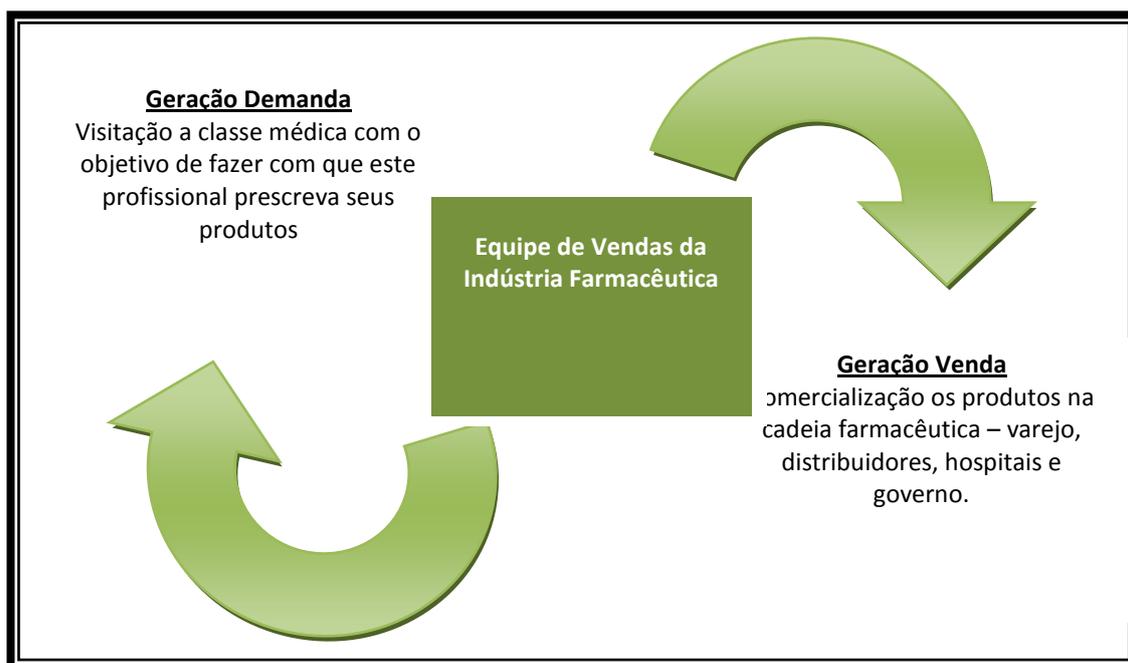
A forma como se estabelece os objetivos e, mais ainda, a mensuração do desempenho são aspectos cruciais para o sucesso ou fracasso dos times de vendas. Não é incomum verificarmos empresas que estabelecem metas irreais, tanto para baixo quanto para cima, para suas equipes de vendas, gerando desmotivação pelo constante não cumprimento dos objetivos ou acomodação pela facilidade na obtenção das metas. Como diz Zoltners (2004, p.308), o cumprimento das metas leva a recompensas extrínsecas (tangíveis) ou intrínsecas (intangíveis), sendo o oposto também verdadeiro nesse caso. Dessa forma, o correto e equilibrado estabelecimento de objetivos e metas torna-se fundamental para o bom andamento de uma equipe de vendas.

Por sua vez, as metas ajudam a administração e a liderança a avaliar o desempenho tanto individual quanto coletivo das estruturas de vendas, servindo de parâmetros para a definição de indicadores que devem contemplar não só os dados quantitativos de cobertura dos objetivos, mas também os dados qualitativos de como se atingiu tais metas.

Estruturas comerciais da indústria farmacêutica — do propagandista vendedor ao executivo de acesso.

As equipes de vendas da indústria farmacêutica possuem peculiaridades próprias do mercado que a caracterizam como uma estrutura mista, entre uma atividade promocional e uma atividade propriamente de vendas. Para avançarmos no entendimento dessas peculiaridades, é necessário atentarmos a dinâmica comercial do segmento, ilustrada na Figura 7 abaixo.

Figura 7 – Atividade comercial da força de vendas da indústria farmacêutica



Fonte: modelo próprio criado pelo autor desta dissertação

O enfoque adotado nesse estudo para definição do perfil de atuação da estrutura de vendas da indústria farmacêutica será o mercado de produtos categorizados como tarjados, em especial aqueles comercializados para uma instituição governamental ou planos de saúde, ou seja, os produtos que necessitam de uma receita prescrita pelo médico para ser dispensados aos pacientes e que devem, pelo seu alto custo, ser financiados por um pagador institucional.

Dessa forma, a estrutura comercial da indústria farmacêutica concentra-se tanto na atividade de promoção dos produtos para a classe médica, tradicionalmente chamada de “estrutura de demanda”, quanto na comercialização desses produtos para abastecimento das farmácias, denominado de “estrutura de vendas”. A composição das estruturas varia de

indústria a indústria, seja por tamanho, nomenclaturas e quantidade de níveis hierárquicos, mas, na essência e conceito, a maioria das empresas adota a divisão da equipe em duas, uma para atender as necessidades de geração de demanda e outra para atender as necessidades de geração de vendas. Os membros das equipes destinados a atender a geração de demanda são normalmente chamados de “propagandistas” e os participantes da geração de venda são os “executivos de contas-chaves”, que podem ter posições distintas na hierarquia da empresa, como consultores, coordenadores e até gerentes. Esses profissionais na estrutura da relação de negócios B2B são chamados de gerentes, coordenadores ou consultores de acesso, dependendo do peso hierárquico que a indústria dará a eles.

A estrutura de propagandistas (geração da demanda) tende a ter uma composição hierárquica ampliada, muito em função do volume de vendedores envolvidos. Tradicionalmente, as equipes são compostas por uma gerência nacional, uma gerência intermediária, chamada de regional, e uma gerência imediata, denominada distrital.

Os executivos de acesso podem ter uma gerência exclusiva ou não, sendo essa gerência de um nível sênior, ou ainda, podem reportar diretamente a uma diretoria.

Como perfil de atuação de cada grupo de profissionais, podemos listar as funções conforme a tabela 4.

Tabela 4: Característica e perfil do propagandista e do executivo de acesso

	Propagandista	Executivos de acesso
A quem se reporta	A uma gerência de terceiro nível na estrutura da força de vendas. Tradicionalmente são gerentes distritais.	A uma gerência sênior ou, em alguns casos, direto à diretoria.
Tipo do cliente	Médico	Governo, planos de saúde e grandes corporações.
Qual a principal atividade fim	Conquista de receituários para os produtos promovidos	Ampliar acesso dos pacientes aos produtos, padronizar e obter os reembolsos com as fontes pagadoras.
Principal forma de mensuração do desempenho	Volume de receitas por médico no território e número de visitas realizadas.	Vendas efetivadas no cliente e nível de acesso aos produtos obtidos.
Conceito de atuação	Territórios de Vendas	Conta-chave

Fonte: Modelo elaborado pelo próprio autor desta dissertação

Essas funções e características podem variar ainda pelo perfil de produtos promovidos.

A estrutura de remuneração da equipe de vendas normalmente é composta por um salário fixo e uma parcela de salário variável. A proporcionalidade fica em torno de 60% a 70% fixo e 40% a 30% variável, respectivamente.

Uma mudança importante está direcionada às empresas que possuem produtos de biotecnologia. Esses produtos são caracterizados pelo seu diferencial tecnológico, foco no tratamento de doenças raras e alto custo. Dessa forma, a estrutura de comercialização difere dos produtos comercializados no varejo, o que leva, na maioria dos casos, as empresas a estabelecer uma estrutura à parte para geração dos negócios. Essas estruturas únicas tendem a ser de tamanho menor que as equipes de varejo e compostas por profissionais mais experientes do segmento.

O número de médicos especialistas a ser visitados também é menor que os tradicionalmente encontrados no segmento de varejo. Enquanto os propagandistas convencionais realizam de 12 a 15 contatos por dia, as equipes especializadas em mercado de nicho e alto custo realizam em torno de 5 a 10 visitas diárias. Essa mudança ocorre pela característica da mensagem mercadológica a ser passada à classe médica. Como normalmente o foco são as patologias e produtos mais complexos, a demanda por um conhecimento técnico — quer da doença quer do produto — é muito maior nesse tipo de contato entre o propagandista representante e a classe médica.

No conceito de múltiplos *stakeholders* não é raro que esses profissionais de vendas sejam também responsáveis por estabelecer relações com associações de pacientes e ONGs — Organizações Não Governamentais que atuam na referida patologia de interesse.

A negociação de vendas desses medicamentos normalmente é centralizada nos órgãos governamentais ou ainda nas operadoras de saúde, pois esse tipo de produto comercializado possui um preço final médio bem mais elevado que os demais, e o grau de complexidade da patologia requerem um cuidado maior por parte do gestor da saúde, seja ele público seja ele privado. Essa situação começa a estabelecer uma nova relação entre a indústria farmacêutica e o gestor da saúde, nesse caso uma organização jurídica, e não mais o médico gerador de demanda ou a cadeia farmacêutica intermediária do processo de aquisição do medicamento pelo paciente.

Essa nova relação corporativa-institucional passa a ser atendida por intermédio de uma equipe especializada e exclusiva, chamada de acesso, que tem sob sua responsabilidade não apenas uma linha de produtos, mas o portfólio inteiro de produtos da companhia.

Configura-se assim uma dinâmica diferenciada. Deixa-se o conceito e modelo de B2C — *Business to Consumer* — em que o médico é o prescritor e decisor do medicamento a ser utilizado; e o paciente, o pagador final e usuário

— para uma relação de B2B — em que quem paga influenciará o que será prescrito apesar de o usuário final não ser ele, mas sim o paciente.

Nitidamente, a relação B2B estabelece uma demanda nova na formação e configuração da proposta de valor da indústria. Saem de cena os famosos apoios e patrocínios médicos para uma discussão mais corporativa, em que a negociação é institucional, com os gestores públicos e privados da saúde.

As equipes responsáveis por essa interação comercial estruturada no modelo B2B são chamadas de equipes de acesso. Normalmente, são compostas por profissionais oriundos das equipes tradicionais de vendas ou de demanda da indústria que possuíram um índice de resultado elevado e uma maturidade alta para o cargo.

Essa equipe terá como missão principal a abordagem ao pagador institucional com o objetivo de gerar maior acesso de pacientes aos produtos da companhia, e, para isso, fazendo com que os produtos sejam padronizados e reembolsados por esse pagador institucional da forma mais simples e rápida que o processo permitir.

Essa nova dinâmica interfere não apenas na forma de fazer os negócios, mas também como mensurar o resultado efetivo dessa atuação. Outra fonte de preocupação é como colher dados de resultados nessa dinâmica, uma vez que, ao contrário do segmento varejista, esse mercado ainda carece de programas formais de auditoria. A estrutura hierárquica desse tipo de equipe tende a ser mais enxuta, em virtude do tamanho total da mesma, compondo-se muitas vezes de apenas um nível hierárquico de separação entre a liderança principal de acesso e o executivo de negócios. Essas lideranças normalmente são gerentes seniores ou até ocupam posições de diretoria.

Em geral, os profissionais da área comercial das indústrias farmacêuticas, considerando-se desde os representantes, têm nível superior completo ou em conclusão, e, não raro, encontramos pós-graduados. Os salários e benefícios são atrativos, se considerarmos a média de remuneração

dos profissionais de vendas do mercado em geral. Benefícios e/ou ferramentas de trabalho, como automóveis, computadores, auxílio à educação, entre outros, acabam tornando-se diferenciais para a requisição de uma mão de obra qualificada. Por outro lado, essas práticas acabam gerando um patamar elevado de investimento por parte das indústrias e, ainda, a alta competitividade entre os profissionais do segmento.

Em razão do investimento elevado, a representatividade que a força de vendas possui sobre a parcela dos gastos com folha de pagamento e também com verbas promocionais é expressiva no orçamento das empresas. Não raro, encontrarmos companhias, principalmente aquelas sem fábricas instaladas no país, em que o volume de representantes de vendas representa de 30% a 50% de todo o número de colaboradores da empresa.

A obtenção de sinergia entre as atividades de geração de demanda e a geração de vendas constitui um dos principais desafios para o líder da área de vendas das indústrias. Essa sinergia está relacionada não só com a concretização das metas estabelecidas, mas também, e principalmente, com a operação das estruturas das equipes.

Dessa forma, a mensuração da eficácia nessas novas estruturas de vendas, chamadas de equipes de acesso, torna-se imperativo para o sucesso das empresas do setor. Essa busca tem sido uma constante nas indústrias farmacêuticas, e ainda não se obteve muito resultado efetivo, como poderemos comprovar na pesquisa de campo realizada.

Outro desafio recorrente desta nova estrutura e perfil de profissionais é o papel da liderança destas equipes. Discorreremos sobre o conceito de liderança no próximo capítulo para avançarmos no papel que este profissional deverá exercer junto a sua equipe nesta nova fase de negócios da indústria farmacêutica.

CAPÍTULO 3 - LIDERANÇA E O PERFIL DO LÍDER COMERCIAL

3.1. Conceito de liderança

Na teoria sobre liderança encontramos diversas formas de conceituação e contextualização desse tema. No senso comum reinante nas organizações e também trabalhado exaustivamente nos periódicos das áreas de negócios, encontram-se definições de líderes como seres providos de um dom especial, acima do bem e do mal, posicionados — pelas organizações e por seus seguidores — praticamente como indivíduos unânimes e inquestionáveis.

Não é de estranhar que buscar uma definição acadêmica sobre liderança mais próxima de um consenso representa um caminho quase inesgotável. Liderança é um conceito escorregadio e ilusório que deixa perplexo até mesmo os cientistas sociais (BERGAMINI, 1994, p.24).

Oliveira (2006, p.1) reforça essa visão de forma mais contundente quando diz que falar de liderança é algo, ao mesmo tempo, fácil e difícil. Fácil porque há uma infinidade de teorias disponíveis, e difícil porque nenhuma delas responde diretamente à questão.

Ao tratar o assunto liderança, é possível examinar o tema na psicologia organizacional e suas correntes behavioristas ou fenomenológicas; ou ainda, de forma menos presente, mas com evidências cada vez mais concretas, trazer a questão para o âmbito político e sua relação direta com o exercício e manutenção do poder.

No início do século XX, Fayol (apud HELOANI, 2007 p.61), em sua célebre obra *Administração industrial e geral*, definiu que o papel dos gerentes administradores é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Podemos perceber que o conceito de liderança nasce com uma visão estreita do real papel do líder, principalmente frente às necessidades dirigidas às relações entre as pessoas.

O conceito de líder da forma como é tratado na psicologia organizacional passou a ser visualizado somente na teoria das relações humanas, pois, até então, a teoria clássica enfatizava apenas a autoridade formal, ou seja, considerava-se, nos aspectos relacionados com as atividades do cargo, apenas a chefia dos níveis hierárquicos superiores sobre os níveis inferiores (CHIAVENATO, 2003, p.121).

Ao revisar a literatura sobre liderança podemos segmentá-la inicialmente em três tipos de abordagem, a baseada nos traços, a comportamental e a contingencial.

O conceito de liderança na teoria dos traços define os líderes como um indivíduo que possui um conjunto especial de características da personalidade, considerando-os como pessoas diferenciadas em sua essência.

Clegg S.R. [et al.] (2009, p. 259) demonstra que diferentes traços foram elencados pelos pesquisadores com destaque para três grupos: traços físicos, habilidades e características da personalidade. Nessa linha de raciocínio, o líder não pode ser construído, mas, por tratar-se de um ser humano privilegiado, nasce talhado para a função de liderança.

Essa teoria acabou sendo questionada de forma intensa, pois praticamente todos os estudos feitos a respeito das características pessoais do líder levaram a um resultado impossível de ser considerado em termos práticos (BERGAMINI, 1994, p.32).

Os traços pessoais, em nenhum momento, foram correlacionados com outros aspectos como eficácia do processo de liderança ou ainda outras condições circunstanciais que poderiam estar interferindo no processo. Dessa forma, esses traços estabelecidos como modelo de sucesso para um líder, foram elencados sem se estudar a viabilidade da coexistência de todos em um único indivíduo, o que, de antemão, o transforma no tal super-herói, tão

cultivado pelo senso comum. Não se trata aqui de desprezarmos totalmente essa teoria.

Devemos entender sua contribuição e analisar sua respectiva aplicabilidade em cenários favoráveis, entre eles, na conceituação do perfil e melhor entendimento dos líderes específicos para áreas comerciais.

A abordagem do traço pessoal acabou chamando a atenção para quais eram os tipos de pessoas que se tornavam líderes e também, nesse universo, quais que eram mais ou menos eficazes, extrapolando assim características inatas a um bom líder. Surge, assim, a abordagem comportamental cuja busca é aprimorar os estudos sobre a teoria dos traços.

De acordo com Stonner e Freeman (1999, p.346), em vez de tentar descobrir como os líderes eram eficazes, os pesquisadores passaram a concentrar-se no que os líderes eficazes faziam, ou seja, o enfoque está em seu comportamento, e não em seus traços pessoais.

A partir daí, estrutura-se a teoria do estilo de liderança que se sobrepõe ao conceito do líder nato e estabelece a possibilidade do comportamento do líder poder ser modificado e, portanto, passível de treinamento (CLEGG; [et al.], 2009, p.260).

Os estilos de liderança são subdivididos em dois enfoques, os estilos voltados para pessoas e os voltados para tarefa. Por sua vez, esses enfoques são associados aos comportamentos eficazes ou ineficazes.

Em Stoner e Freeman (1999, p. 346), os estilos de liderança podem ser definidos como os vários padrões de comportamento preferidos pelos líderes durante o processo de dirigir e influenciar os trabalhadores.

O modelo tarefa — pessoas acabam nos revelando que a liderança é um processo social complexo que abrange diversos comportamentos e que depende tanto do líder quanto do liderado (MAXIMIANO, 2008, p. 290).

Essa interdependência, associada às variações do ambiente e das atividades, abre caminho para a abordagem contingencial que, por meio de um apanhado das definições de liderança, consolida-se como conceito da escola fenomenológica que considera a liderança como o processo de influenciar as atividades de um indivíduo ou de um grupo para a obtenção de um objetivo em uma dada situação (HERSEY e BLANCHARD, 1982, p.104).

Não basta mais o líder ter traços pessoais adequados ou um estilo voltado mais para pessoas ou tarefas. A partir da escola contingencial, o estilo, para ser eficaz, deve se ajustar à situação. O líder deve saber influenciar os indivíduos para execução correta de cada tarefa, utilizando-se para isso o conhecimento dos fatores situacionais, ou seja, deve saber identificar e atuar com as variáveis que modelarão a efetividade da liderança.

Em essência, a escola fenomenológica quer transmitir que a liderança envolve a obtenção de resultados com as pessoas e por intermédio delas. Um líder, por conseguinte, precisa ocupar-se com tarefas e relações humanas, e não apenas ter características especiais como as trabalhadas na abordagem do traço ou do estilo. O problema, desse modo, passa a ser como identificar a situação e, mais ainda, qual o estilo ideal para cada situação (MAXIMIANO, 2008, p.292).

O modelo proposto por Fred Fiedler se tornou muito conhecido e largamente utilizado pela proposta que possibilitava avaliar o quanto a situação está a favor ou não para o líder executar suas funções. Três foram as características elencadas (MAXIMIANO, 2008, p.292-293)

- 1) O *status* das relações entre líder e o liderado
- 2) O grau de estruturação da tarefa;
- 3) O poder da posição do líder na estrutura hierárquica da empresa

Hersey e Blanchard (1982), complementando o conceito de Fiedler, ao atrelar o tipo de liderança a ser adotado de acordo com o nível de maturidade dos liderados, consolidaram a teoria do enfoque situacional. Esse modelo ganha adeptos nas organizações pelo mundo afora pela sua característica de tangibilidade e inicia, pela primeira vez, a discussão sobre a posição do líder visualizando as necessidades dos liderados, e não mais como um ser especial que se resolve por si mesmo.

A escola fenomenológica e suas variações acabam gerando uma discussão dicotômica entre a autoridade formal e a figura do líder nato, trazendo à tona novamente a teoria dos traços, conforme estruturada pela escola behaviorista, mas, dessa vez, não como um dom especial recebido pelo premiado, mas, sim, como a necessidade de desenvolver “líderes customizados” à equipe e ao tipo de negócio.

A imagem de líderes customizados traz à luz não uma nova escola ou abordagem, mas uma nova forma de enxergar a liderança a partir do final da década de 1980. Retoma-se um pouco da visão caricata do líder, tanto trabalhada quanto combatida na teoria dos traços, mas agora transvestida por uma “orientação para a equipe” ou, ainda, como o “líder servidor”.

Essa nova modalidade de líder é observada na obra de Kouzes e Posner (2008), cujo principal objetivo é estabelecer um modelo de liderança baseado no relacionamento entre aqueles que aspiram liderar e aqueles que escolhem seguir o líder, caracterizado pelo respeito mútuo e pela confiança. A obra trabalha ainda o conceito da liderança que transcende cargos, ou seja, não leva em consideração as posições hierárquicas, pois a liderança é passível de ser desenvolvida por quaisquer membros da organização.

Ainda em Kouzes e Posner (2008), eles avançam seus estudos e conceitos em oposição a teoria dos traços, pois essa teoria restringe a função de liderança a poucos, uma vez que apregoa que o líder possui qualidades inerentes ao seu caráter e personalidade. O modelo de Kouzes e Posner (2008) entende que a liderança está atrelada muito mais à atitude e à postura

positiva do líder, sendo exercida em todos os lugares e por todas as pessoas que assim se disporem a praticá-las: “A energia e a motivação para liderar podem surgir das formas mais inesperadas, e há líderes em qualquer cidade e em qualquer país, em qualquer cargo ou qualquer função”. Kouzes e Posner (2008)

Essa nova visão da liderança traz um tom romântico e democrático à posição do líder, extrapolando a utilização dos recursos da motivação extrínseca para, de fato, agir de forma a manipular o grupo em prol de um objetivo.

Uma visão complementar dessa nova abordagem de liderança é encontrada no artigo de Bryman A. (CLEGG, S.R, et al., 2009, p.263) que define o conceito da nova liderança como uma representação de líderes como gestores de significados, e não nos termos de um processo de influência.

Essa nova liderança, graças à linha tênue que a delimita, avança para o senso comum, o que na prática traz um conforto ao mundo corporativo e satisfaz sua demanda por novos gurus, mas, em contrapartida, frustra o trabalho acadêmico e torna ainda mais premente a necessidade da retomada de novos estudos do tema liderança.

Abstraído-se da necessidade de gerar classificações e perfis ideais de liderança e considerando que, em essência, o líder, para ser seguido, deve ter acima de tudo autoridade, quer para propor mudanças, quer para estabelecer objetivos, quer para mover a equipe para uma direção comum, passamos para o terceiro ponto a ser analisado — o poder como forma de liderança.

Stoner e Freeman, em sua análise da correlação de poder com liderança, afirmam que podemos classificar o poder como a capacidade de mudar as atitudes ou o comportamento de indivíduos ou grupos (STONER, J.A.F e FREEMAN, R.E.; 1999, p.254).

Para avançarmos no entendimento do conceito de poder como forma de liderança, adotaremos o critério de poder em uma visão clássica da autoridade

formal nas organizações. Maquiavel, em sua famosa obra *O príncipe*, reforça a percepção do poder como recurso fundamental para a implementação de um projeto (AMORIM e MARTINS, 2007).

Em análise e adaptação da obra de Maquiavel ao mundo corporativo, Griffin (1994, p.33) diz que o líder deverá maximizar a quantidade de poder na organização, tomando o poder de seus adversários ou competidores em benefício próprio e do projeto.

Maquiavel (2001, p. 39) reforça em seu texto original da obra *O príncipe* que

é verdadeiramente muito natural o desejo de dominar, e os homens que o conseguem serão sempre louvados e não censurados. Mas quando querem fazê-lo sem o poder, e o tentam de qualquer maneira, estão errados e merecem desaprovação.

Fica evidente, portanto, a necessidade de detenção do poder para poder liderar e conduzir o projeto e a organização. Apropriando-se ainda da obra de Maquiavel, podemos contrapor o conceito da liderança que transcende cargos, tão propagado na nova fase dos estudos de liderança e sustentado pelo senso comum, pois, para o autor florentino da transição do século XV para o XVI, o vínculo da liderança com o poder se dá com a separação clara entre líderes e liderados, ou seja, a posição hierárquica é fundamental para legitimar o comando, sem possibilitar transferências temporárias de poder total.

Na relação líder e liderado, o poder exerce uma função de dependência do seguidor para com seu líder, função essa que aumenta à medida que o líder controlar cada vez mais algo desejado pelos seus seguidores.

Para que essa relação seja efetivada na positividade do poder, visto como recurso para execução de um projeto, o líder terá sempre como desafio gerar um ambiente propício e disponibilizar recursos suficientes para que seus liderados mantenham um nível adequado de execução das ações esperadas para atingir os objetivos de médio e longo prazo.

Normalmente, espera-se de alguém que ocupa um cargo de liderança que ele consiga transformar o potencial das pessoas em realidade palpável de trabalho, pois o ato de liderar implica identificação, desenvolvimento e utilização do potencial inerente às organizações e às pessoas que elas abrigam (BERGAMINI, 1994, p.106). Chegamos assim ao que podemos chamar da positividade do poder, ou seja, o líder utiliza-se de seu poder para possibilitar a execução do trabalho da melhor forma possível, propiciando ainda o melhor bem-estar aos seus liderados.

Em contrapartida, ainda utilizando como referência a obra de Maquiavel, identifica-se o oposto à positividade do poder, ou seja, o exercício da tirania que, a médio e longo prazo, tende a gerar uma cultura de oposição ao poder que poderá desestabilizar a estrutura organizacional e seu foco na conquista dos resultados.

Sem a pretensão de chegar a uma definição final e conclusiva para o tema de liderança, mas atuando dentro da contextualização até aqui realizada, é possível avançar na conceituação de liderança como o ato de exercício do poder, ou seja, existe uma correlação direta do ato de liderar com o domínio do poder como a forma mais produtiva possível e talvez mais legítima de exercê-la.

Quando associamos liderança com poder, o que talvez deva sempre estar em mente é que devemos “liderar com”, em detrimento ao “liderar sobre”. Essa definição nos ajuda a pontuar a atuação dos líderes quanto ao manuseio dos indicadores de desempenho, principalmente nas áreas comerciais.

Apropriar-se de indicadores como a única forma de mensurar a efetividade de uma ação ou produtividade de uma equipe pode tornar rasa a atuação da liderança com a equipe.

Ao transportarmos esses conceitos para o papel do líder de uma área de acesso da indústria farmacêutica, em que temos um grande grau de

subjetividade, demonstra o tamanho do desafio que esses profissionais têm para liderar suas equipes nessa nova fase do mercado.

Para isso, revisar o papel do líder comercial da indústria farmacêutica nesse novo cenário é uma das tarefas consideradas críticas. Esse trabalho visa agregar também uma visão desse modelo de liderança frente a esse novo perfil de equipe denominada de acesso.

3.2. O perfil do líder comercial

O ambiente de vendas trabalha com alguns cenários diferenciados em relação às demais áreas da organização. O contato constante com os clientes proporciona uma visão de mercado ampla e traz uma sensação de urgência maior do que em outros departamentos em geral. Essa situação aparenta ser mais inerente à área comercial que em quaisquer outros departamentos, provavelmente em função de os vendedores assumirem posições de fronteira entre a empresa e o mercado e, muitas vezes, executarem seu trabalho de forma isolada e longe de suas sedes, como é normal em território de viajantes.

Essa situação aumenta a probabilidade de alguns problemas referentes à função, como conflitos de interesse com os negócios dos clientes e da própria empresa, aumento da probabilidade de assédio sexual, moral e também da dependência química. Esses conflitos passíveis de existir em qualquer ambiente corporativo tendem a ser mais intensos em uma equipe de vendas e, para o líder comercial, ter as habilidades para solucionar esses problemas é um teste relativamente frequente (INGRAM, et al., 2008, p.217).

O trabalho isolado e a pressão constante para o cumprimento de metas de curto prazo, normalmente mensais, faz com que o vendedor desenvolva um perfil de autodisciplina e automotivação.

Charlez Manz (BERGAMINI; 1994 p.192) propõe os principais conceitos de autoliderança, para a qual cada pessoa possui um sistema interno autorregulador. Esse conceito está diretamente ligado à questão da motivação

intrínseca e vem ao encontro do perfil de atividade do vendedor que tem uma das principais formas de mensuração de seus resultados — a meta de vendas quantitativamente alocada e de fácil acompanhamento à distância pelo próprio profissional. Essa característica gera uma integração maior do “querer” com o “dever”, estabelecendo mais sentido à função do profissional de vendas no campo de trabalho.

Conforme citado anteriormente neste capítulo, a teoria dos traços nos trouxe uma visão um tanto curta e estereotipada do líder, mas, ao mesmo tempo, quando imaginamos as demandas básicas para um bom profissional de vendas e, conseqüentemente, para um líder dessa área, podemos retomar alguns conceitos e traços de personalidade para defini-los como desejáveis e até fundamentais para o exercício da função de liderança em vendas. Assim, em relação às teorias, não devemos ter um olhar segmentado, mas, sim, de complementariedade.

McClelland, seguindo a teoria dos traços, propôs que alguns líderes (nesse caso generalizado) bem-sucedidos têm alta motivação para o poder, baixa necessidade de afiliação e alta inibição da atividade (BERGAMINI, 1994, p. 32). Esse padrão de liderança, ainda de acordo com Bergamini (1994), revelaria alguém preocupado em fazer aquilo que é bom para os outros, e, no caso de vendas, podemos extrapolar o conceito para atender a demanda dos clientes além, a da própria empresa.

Quando imaginamos um líder de vendas, recorrendo ainda à questão dos traços de personalidade, não podemos deixar de pensar em características fundamentais, tais como os traços sociais, observados nas habilidades interpessoais, e traços relacionados com a tarefa, como a persistência e iniciativa.

Assim, além de analisarmos o papel do líder à luz das teorias existentes, precisamos ponderar e considerar o papel do líder de equipes de vendas que, como visto nas linhas acima, têm desafios pertinentes à atuação do profissional de vendas que muitas vezes extrapola uma relação simplesmente de

desempenho comercial, envolvendo também questões pessoais e comportamentais sérias as quais podem impactar todo o negócio da empresa.

3.3. O líder e o seu papel de controle por intermédio de indicadores

O papel de controle sempre foi uma das funções-chave do líder. Fayol, em sua obra “Princípios da administração industrial”, já elencava o controle como uma atividade essencial da gerência (HELOANI; 2007 p.61).

Um dos principais mecanismos de controle em áreas comerciais são as quotas de vendas. As quotas de vendas são submetidas à realização das metas gerais de empresa (COBRA, 1994, p.405)

A definição quantitativa de quotas é um dos meios mais práticos e eficientes para mensurar a eficácia e produtividade de uma equipe de vendas, meio esse até muito mais preciso que outras ferramentas ou caminhos para tentar quantificar o trabalho em outras áreas da companhia.

A questão importante a ser destacada é quais controles devem ser implantados e de que forma isso deve ocorrer a fim de possibilitar atingir a quota estipulada. A meta deve ser estabelecida como mais um parâmetro para avaliar o desempenho, pois a tarefa de vendas é normalmente permeada por outras atividades-meios (COBRA, 1994, p.412).

As metas têm ainda um papel importante nos fatores motivacionais dos vendedores. Uma forma de buscar ampliar os fatores intrínsecos via metas de vendas é estabelecer o conceito de *bottom up* na construção dos objetivos de cada território. Este é um caminho longo, mas que permite estruturar uma forma de controle que produza uma motivação interna maior e que faça sentido na busca da mesma pelo vendedor.

Segundo Ingram, et al., (2008, p.259) é difícil avaliar o sucesso de uma organização de vendas porque devem ser levados em consideração muitos

fatores. Assim, o desempenho de cada vendedor individualmente contribui para a eficácia da organização de vendas, mas não a determina completamente. Os controles segundo esse conceito, devem, portanto, partir do global da área para o território individual do vendedor.

Com o avanço da tecnologia da informação no ambiente organizacional, acompanhamos uma automatização da força de vendas quanto a suas estruturas de cadastro de clientes, lançamento de visitas realizadas, histórico de produtos vendidos e cumprimento das metas. Essa automatização permite um controle cada vez maior e mais preciso do trabalho do vendedor por parte do líder da equipe.

Alguns mercados são auditados por empresas externas especializadas, o que permite acompanhar e controlar a penetração dos produtos e serviços da empresa em determinado mercado / território-alvo.

Os controles, portanto, devem partir da informação interna — dados da companhia obtidos pelas vendas realizadas ou pelas informações alimentadas pelo vendedor no sistema de informações — para a externa — dados de auditoria fornecidos por empresas especializadas ou ainda pela utilização de *benchmarking*.

Algumas formas de controle tradicionais nas estruturas de vendas das empresas são:

- Metas de vendas mensais, trimestrais, semestrais e até anuais de acordo com a dinâmica e perfil do negócio;
- Número de visitas realizadas por período
- Taxa de conversão de vendas por visita realizada
- Taxa de penetração de mercado dos produtos ou serviços por cliente ou território do vendedor
- Média de preços praticados ou descontos concedidos *versus* política comercial estabelecida pela companhia
- Manutenção da base de dados de clientes atualizada

- Nível de conhecimento dos produtos e serviços da empresa por parte do vendedor
- Utilização dos recursos físicos, mercadológicos e financeiros dentro das metas e políticas programadas.

Esses controles poderão variar de empresa para empresa, mas podem ser considerados como os mais frequentemente encontrados.

Além do tipo de controle implantado, é importante estabelecer o nível de autonomia e a direção a ser impostos na estrutura, as quais culminarão também com implicações a cerca disso. A tabela 5 ilustra bem os fatores determinantes e as implicações dos métodos de autonomia e de direção em relação ao controle implantado.

Tabela 5: Fatores determinantes e implicações dos métodos de autonomia e direção

	Fatores determinantes	Implicações
Autonomia (maior)	<ul style="list-style-type: none"> • A cultura estimula a autonomia. • A administração conhece pouco do processo de vendas • Os vendedores são especialistas em sua área de atuação • O processo de vendas é complexo e varia muito de acordo com o cliente • As organizações clientes são complexas e/ou a venda em equipe é importante • É possível medir os resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Os sistemas de administração do desempenho são informais • Os vendedores ou equipe de vendas têm grande demanda por informações • O gerente faz o papel de facilitador • O gerente garante a disponibilidade de recursos adequados para o vendedor
Direção (menor autonomia)	<ul style="list-style-type: none"> • A cultura estimula o controle • A administração conhece os motores do sucesso nas vendas • O processo de vendas é uniforme entre os vários clientes • A organização de vendas é grande • Não é possível medir os resultados com precisão • É importante difundir as melhores práticas entre os vendedores 	<ul style="list-style-type: none"> • Os sistemas de administração do desempenho são formais • O gerente de vendas tem grande demanda por informações • A função de avaliação cabe ao gerente • O gerente é especialista e supervisor

A definição do maior ou menor nível de autonomia para a equipe é uma decisão importante para o líder gestor e reflete tanto a cultura da corporação quanto o perfil de liderança.

A intensidade e a forma de controle estão diretamente ligadas também à manutenção ou à visibilidade que quer se dar ao poder. Não é possível dissociar a questão do controle com a questão do poder.

Assim, ao analisarmos a atividade da liderança comercial na atividade de controle por intermédio de indicadores pré-estabelecidos de desempenho, temos que levar em consideração não apenas dados objetivos, mas também a forma com que esse líder exerce as relações de poder junto a equipe . Ao transferirmos esse cenário para as equipes de acesso, nas quais há ainda um grande grau de subjetividade nas atividades dos profissionais de vendas dessa área, torna-se um desafio para o líder a forma como deve atuar com seus liderados sem indicadores claros e consistentes em um ambiente de mudança e instabilidade;

Soma-se a isso o fato de que as equipes de acesso são compostas por profissionais mais maduros e experientes, existindo, desse modo, um caldo de cultura que desafia esse líder a ter também um nível de maturidade diferenciada em relação às lideranças das equipes tradicionais de vendas e a exercer o poder por meio do exemplo e do diálogo.

Para avançarmos na conceituação dos temas centrais desse trabalho – papel do gestor da saúde nos negócios da indústria farmacêutica, a construção de equipes de acesso e o papel da liderança dentro do perfil destas novas equipes e ambiente de trabalho – cabe agora fazermos uma revisão do tema dos indicadores de desempenho.

CAPÍTULO 4 - INDICADORES DE DESEMPENHO NA ÁREA COMERCIAL DAS INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS

A mudança da era industrial para a era do conhecimento traz alterações profundas na economia e também nos modelos de gestão adotados pelas companhias.

O incremento da concorrência baseada não apenas no aumento da competição interna, mas também na atuação sem fronteiras das empresas em vários países, geram cada vez mais a necessidade de estabelecer-se parâmetros de desempenho que permitam avaliar o quanto as empresas, as equipes e os colaboradores estão conseguindo evoluir e atingir os objetivos propostos nesse cenário de alta competitividade, gerando assim um indicador de desempenho padrão, incluindo, por exemplo, todas as operações de uma multinacional ao redor do mundo.

A medição do desempenho deve ser estabelecida como um processo contínuo de negociação, acompanhamento e renegociação de metas individuais, da equipe e da empresa como um todo (Lopes, 2009, p.3).

Em Kaydos (1991, cap.3), os objetivos de uma avaliação de desempenho são apresentados com a finalidade de:

- comunicar estratégias
- identificar problemas e oportunidades
- obter melhor entendimento do processo
- definir responsabilidades
- aprimorar o planejamento
- estabelecer as ações necessárias
- mudar comportamentos
- dar visibilidade ao trabalho realizado
- envolver as pessoas
- servir como referência ao sistema de remuneração

Por outro lado, a medição do desempenho gera a necessidade de estruturar indicadores que reflitam o esforço e o resultado atingido. Esses indicadores, chamados de indicadores de desempenho, por sua vez, são frutos de sistemas de informações que disponibilizam os dados corretos no momento certo e que possibilitam a construção desses referenciais.

Podemos, assim, estabelecer um fluxo em que o indicador é a base para mensuração e gestão do desempenho; e o sistema de informação é a matéria prima para construção desses indicadores.

Dessa forma, o estabelecimento de um sistema de informação torna-se crucial para uma boa gestão de desempenho e, automaticamente, também para a tomada de decisões na empresa. Uma informação errada poderá levar a uma decisão precipitada.

Hacker & Brotherton (1998) enfatizam que um sistema de indicadores deve gerar a possibilidade de os administradores das organizações determinarem se as atividades projetadas estão alinhadas aos resultados esperados.

O indicador surge da necessidade de traduzir a informação em uma linguagem única, acessível e comum a todos os membros de uma equipe e empresa. O indicador deve ser representante de algo que se toma necessário à rotina de gerenciamento da empresa.

Martins (1999, p.74) identificou na literatura diversos modelos de sistema de medições de desempenho, que surgiram a partir da década de 1990 do século passado. Entre eles, destacam-se:

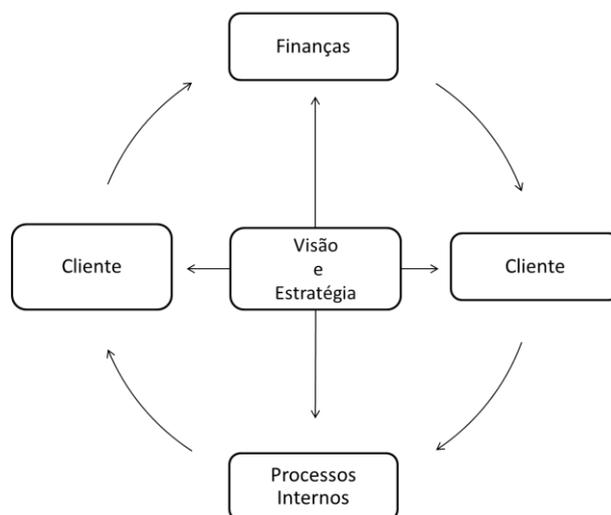
- SMART – Performance pyramid
- Sistema de medição de desempenho para competição baseada em tempo
- Balanced Scorecard
- Modelo e medição de valor adicionado
- Estrutura de indicadores de gestão

- Desempenho de *quantum*
- Modelos de desempenho para manufatura classe mundial
- Sete critérios de desempenho
- Sistema de medição de desempenho integrado e dinâmico

Dentre todos esses modelos citados, o que mais ganhou repercussão foi o modelo de Norton e Kaplan (1997), o *Balanced Scorecard* ou simplesmente BSC.

O BSC visa responder a quatro perguntas que envolvem perspectivas diferentes em uma organização. A primeira é como os consumidores enxergam a empresa (perspectiva do consumidor), a segunda é como a empresa deve extrapolar suas competências (perspectivas dos processos internos), a terceira como as empresas devem melhorar e gerar mais valor na relação (perspectivas de aprendizagem e crescimento), e a quarta e última é como se dá o retorno aos acionistas (perspectiva financeira).

Figura 8: As quatro perspectivas do *Balanced Scorecard*



Fonte: Adaptado de KAPLAN & NORTON (1997, p.10)

Considerando a perspectiva financeira, os objetivos financeiros representam o foco central do modelo, ou seja, todos os demais objetivos

devem desembocar nas metas estabelecidas nessa perspectiva, gerando, assim, uma relação de causa e efeito.

Na perspectiva do cliente, definem-se as medidas de desempenho para cada cliente e/ou segmentos de consumidores das respectivas áreas de negócios.

Na perspectiva dos processos internos, estabelecem-se objetivos que levem a empresa a fazer mais e melhor suas atividades gerando assim impacto na obtenção de maior lucratividade pela redução dos custos e agilidade nas diversas atividades, sejam elas voltadas à produção, ao atendimento ao cliente entre outras.

E, por fim, a perspectiva de aprendizado e crescimento em que se considera que toda e qualquer atividade realizada deve gerar um aprendizado à empresa e seus colaboradores que levem a uma melhoria contínua da operação e crescimento profissional. Entenda-se aqui a capacitação dos recursos humanos, tecnologia e procedimentos.

Enquanto estávamos na era industrial, os indicadores financeiros eram suficientes para o gerenciamento empresarial (FERNANDES, 2004, p.5). Com o avanço da economia do conhecimento, torna-se um fator crítico de sucesso a mensuração não só do resultado financeiro, mas da forma como este está sendo construído. Talvez esta tenha sido a principal virtude do modelo BSC, ou seja, colocar foco não apenas nos indicadores financeiros, mas também, e principalmente, naqueles que possuem uma relação de causa e efeito sobre eles.

O grande diferencial do modelo BSC é que ele, de uma forma prática e relativamente simples, conseguiu congrega medidas estratégicas de desempenho de forma a atrelá-las umas as outras, quer financeiras quer não financeiras, sempre norteadas pela visão de negócios da empresa. O próprio termo *balanced* — equilibrado, transmite o conceito de integração e sinergia entre os diversos objetivos da companhia.

Em um ambiente em que as organizações são cada vez mais responsabilizadas por outras atividades que não o ramo de negócios, como o meio ambiente, as demandas regulatórias e de governança corporativa e a responsabilidade social, um indicador apenas financeiro poderá esconder problemas futuros que a empresa possa vir a ter em função de práticas no presente. O antigo lema de que os fins justificam os meios pode custar um valor caro às empresas.

A construção e definição dos indicadores devem estar fielmente atreladas aos seus processos para que não ocorram distorções nas informações obtidas. As dimensões entre informação, processo e indicador devem ser as mesmas por conta e risco de desencadearmos indicadores errados e, conseqüentemente, decisões equivocadas.

A amplitude do indicador deve absorver a capacidade do gestor de mensurar a efetividade e a eficácia não apenas do resultado, mas do processo que levou até a obtenção do mesmo. É a amplitude do indicador que proporcionará maior consistência nas análises e no planejamento.

A atuação sistêmica e global da empresa é o foco do gestor atual em detrimento da orientação apenas das atividades funcionais e particulares de cada departamento (FISCHMANN e ZILBER, 2000).

Os indicadores de desempenho devem ser um elemento de ligação da estratégia da empresa com a execução tática da mesma (MCGEE e PRUSAK, 1995 p.183).

Takashima, *apud* Camargo (2000), reforça que “os indicadores devem estar associados a áreas de negócios cujos desempenhos causam maior impacto no resultado das empresas”.

Nessa linha de raciocínio, a área de vendas das organizações são pontos focais para mensuração do desempenho, já que sua eficiência e eficácia refletem diretamente no resultado final da companhia.

Os indicadores precisam externar credibilidade e, para tanto, devem ser gerados de forma criteriosa, assegurando a disponibilidade dos dados e dos resultados mais relevantes no menor tempo possível e ao menor custo (CAMARGO, 2000).

Fernandes (2004) destaca que, além de confiáveis, os indicadores precisam atender a vários critérios como simplicidade e clareza, seletividade e importância, abrangência, rastreabilidade e acessibilidade, comparabilidade, estabilidade e rapidez de disponibilidade e baixo custo de obtenção.

Segundo Rummier & Brache (1994, *apud* CORREA e HOURNEAU, 2008, p.51), sem os indicadores de desempenho, os gestores podem encontrar dificuldades para comunicar as expectativas do desempenho esperado aos colaboradores e, com isso, haverá impacto na capacidade de dar *feedback*, exercer o *coaching*, identificar o desempenho a ser recompensado e ter um processo decisório sustentado em informações fidedignas.

Atkinson et al. (2000, *apud* POPADIUK et al., 2006, p.156), afirmam que os indicadores podem ser classificados segundo a finalidade que fornecem:

- medição para visibilidade — visa identificar pontos fortes ou de melhorias. É feito comparando-se dados médios do setor ou dados semelhantes dos concorrentes.
- medição para controle — objetiva controlar o desempenho em relação a um padrão estabelecido.
- medição para melhoria — compara a implementação de uma melhoria em relação a uma meta estabelecida, proporcionando oportunidade de melhoras no processo e assegurando o sucesso de uma implementação de estratégias.

De acordo com Bandeira (2007), na implementação dos indicadores de desempenho, deve-se considerar os princípios abaixo:

- relevância: constar informações atreladas aos objetivos da organização em relação a cada função;
- oportunidade: a informação deve estar disponível em tempo oportuno para a tomada de decisão;
- validade: comprovar o que se comprometeu em medir;
- unicidade: ser único, evitando duplicidade de avaliação em uma mesma operação;
- acurácia: estar efetivamente ligada com os resultados da empresa;
- desdobramentos: evidenciar o nível de detalhamento ou generalização do indicador;
- amplitude: refere-se ao estar completo e ser exaustivo; deve dar conta do que medirá sem tornar-se o fim, em vez de o meio;
- histórico: expor cronologicamente a informação que proporciona análise comparativa;
- comparabilidade: confronto entre os valores reais e o previsto, o que permite análise da evolução ao longo do período;
- tendência: identificar o que poderá vir por detrás daquela informação dada pelo indicador;
- previsibilidade: consolidar de forma antecipada as informações com base na tendência e histórico;
- sensibilidade: conseguir identificar e corrigir variações e oscilações nos indicadores;
- frequência: manter um intervalo constante de tempo;
- proximidade: refletir o mais próximo possível a realidade, a operação;
- manuseio: ser fácil de manusear por todos os participantes, líderes e colaboradores.

Ao nos depararmos com uma relação tão extensa de indicadores, o questionamento que fica é o quanto é possível gerenciar uma equipe com uma vastidão de critérios. Neste momento, a máxima de que menos é mais deve prevalecer.

O indicador deve também ser transparente para todos da equipe e empresa. Desde a base de cálculo utilizada, a origem dos dados e o que se espera deles, todas são decisões fundamentais para o comprometimento das partes envolvidas.

Outra característica destacada por vários autores é a importância de estabelecer-se um número reduzido de indicadores. À medida que se amplia os indicadores em um volume que gere mais confusão ou em razão da necessidade de estabelecer-se medidas complexas para se obter o indicador, este torna-se mais prejudicial que benéfico ao gestor e à empresa.

A indústria farmacêutica é conhecida como uma indústria formal em suas práticas e *modus operandi*, chegando a ter, até por conta de sua atuação global, uma gestão padronizada desde seus processos de pesquisa e produção até o seu modelo operacional de comercialização dos medicamentos e medidas de desempenho. Com essa uniformidade de atuação, foi possível, historicamente, estabelecer indicadores universais que possibilitassem até a comparação de mercados e subsidiárias de uma mesma empresa espalhadas ao redor do mundo.

Como indicadores clássicos, voltados à atuação na dinâmica do B2C, atualmente utilizados com as equipes de vendas pela indústria farmacêutica, podemos destacar:

- indicadores que comprovem o volume de receituários, inclusive por médicos prescritores;
- indicadores de vendas atingidas *versus* meta estipulada;
- número de visitas realizadas ao painel de médicos clientes;
- índice de demanda no território, oriundos dos dados das farmácias e distribuidores.

Ao migrarmos para a área de acesso, ou seja, as equipes de vendas das indústrias farmacêuticas responsáveis pela interlocução e negociação com os clientes institucionais, governo ou planos de saúde, a complexidade de

estabelecer os indicadores aumentam, muito em função da subjetividade do trabalho desenvolvido. Considerando então que esta é uma nova função dentro de uma dinâmica de negócios em construção, o desafio das quanto a mensuração da produtividade de suas equipes de acesso, concentram-se em obter respostas para os dilemas abaixo destacados:

- como é possível mensurar o nível de acesso a um cliente?
- a venda propriamente dita, é em muitas vezes, realizada de forma indireta, o que dificulta a mensuração efetiva do trabalho da área de acesso sobre o que foi realmente vendido pela companhia?
- quais as regras a ser adotadas para gerar indicadores que, ao mesmo tempo, deem conta de medir o desempenho e não mascarem um trabalho realizado de médio e longo prazo?

Essas perguntas são pertinentes ao tema e ao atual momento dessa área da indústria farmacêutica. Estes, de fato, foram pontos abordados nas pesquisas que veremos adiante e que vieram reforçar a necessidade de um modelo de indicadores para a área.

Esse estudo não tem como meta estabelecer um modelo rígido e definitivo de indicadores para medir a eficiência ou resultados desse perfil de equipe da área de acesso. Nos limites dessa dissertação, avançaremos na identificação dos principais problemas e nas propostas que estão sendo adotadas, fazendo inclusive uma análise crítica das mesmas à luz da atuação das lideranças dessas equipes.

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA

Ao avançar na descrição metodológica desse trabalho, ressalto meu entendimento sobre o método científico como a forma de abordar a realidade a fim de extrair informações e dados relevantes a respeito do objeto estudado.

É importante destacar que a capacidade do pesquisador de colocar em prática um dispositivo para elucidação do real é, em seu sentido pleno, um método de trabalho (QUIVY e CAMPENHOUDT. 2008, p.17.). Feyerabend (1989) destaca que o progresso da ciência está associado mais à violação das regras que a sua observância.

A cientificidade tem de ser pensada como uma ideia reguladora, e não como sinônimo de modelos e normas a ser seguidos (MINAYO. 2008, p.11.).

Quaisquer que sejam as distinções que se possam fazer para caracterizar as várias formas de pesquisa é preciso afirmar que todos têm em comum a procedência de um trabalho autônomo, criativo e rigoroso (SEVERINO, 2007, p.214.).

Nessa linha de raciocínio, e considerando-se que o sujeito faz parte integrante do objeto nas ciências sociais, é que este trabalho foi conduzido ao longo de toda fase exploratória, da pesquisa de campo e da análise e tratamento do material coletado.

Foram realizadas seis entrevistas com profissionais seniores de seis diferentes indústrias farmacêuticas e que exercem a liderança direta sobre a equipe de acesso responsável pelos negócios com os pagadores institucionais.

As seis indústrias farmacêuticas representadas pelos entrevistados, são todas multinacionais, mas com perfil de atuação distinta no que tange ao portfólio de produtos, tamanho e origem da empresa. As empresas têm alta representatividade no mercado quando analisamos a participação em valores, correspondente — considerando-as todas elas juntas — a quase 18% de

participação de mercado, o que é relevante quando temos o líder neste setor com algo em torno de 8% de participação acumulada (IMS, 2011). Além disto, se analisarmos alguns tratamentos específicos para patologias complexas como esclerose múltipla, temos um volume acima de 50% de representatividade destas vendas, o que por si só fortalece a qualidade da amostra trabalhada.

As empresas aqui escolhidas e representadas pelos entrevistados, foram segmentadas e codificadas como A, B, C, D, E e F. Os entrevistados por sua vez foram codificados como E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

Desta forma, as respostas estão vinculadas a identificação do entrevistado e da sua empresa correspondente, compondo o quadro final com a respectiva codificação: E1 A, E2 B, E3 C, E4 D, E5 E e E6 F.

Os entrevistados, em sua totalidade, foram previamente selecionados, consultados sobre a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa que posteriormente foi realizada após a anuência formal de todos.

Das seis entrevistas, quatro foram gravadas e duas foram tomadas notas no momento das respostas. As entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro previamente elaborado e estruturadas de forma semiaberta, combinando perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado teve a oportunidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender formalmente à pergunta formulada, permitindo explorar maiores detalhes de cada entrevistado sobre o tema. Como observador participante, o pesquisador registrou anotações sobre os principais pontos das narrativas e suas observações durante e logo após as entrevistas..

CAPÍTULO 6 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi dividida em três etapas, sendo a primeira direcionada para categorização e conhecimento do perfil do entrevistado com foco na função de liderança que o mesmo está exercendo na empresa escolhida, a segunda etapa analisa o perfil das equipes de acesso que o entrevistado lidera e na terceira e última fase apresenta o resultado das entrevistas

As indústrias que indiretamente fazem parte desta pesquisa, representadas pelos entrevistados, possuem perfis distintos e alta participação no mercado farmacêutico como um todo ou em uma classe de medicamentos indicada para uma patologia em especial, como no caso do tratamento da esclerose múltipla e de diversos tipos de câncer. O quadro a seguir demonstra o perfil de cada indústria envolvida

Empresa	Principal Foco dos Produtos por Segmento	Principal Patologia	Parcela dos negócios via Pagador Institucional	Perfil do principal Pagador Institucional
A	Biológicos e de Alta Complexidade	Vários	70%	Público e Privado
B	Varejo e Hospitalar	Vários	30%	Privado
C	Biológico e de Alta Complexidade	Esclerose Múltipla	100%	Público
D	Varejo e Biológico de Alta Complexidade	Esclerose Múltipla e Oncologia	40%	Público e Privado
E	Alto Custo e Hospitalar	Oncologia	60%	Público e Privado
F	Biológico e Alta Complexidade	Oncologia	90%	Público e Privado

Importante observar a participação do pagador institucional na parcela dos negócios das empresas pesquisadas, demonstrando que existe uma

tendência de crescimento e uma relevância deste tipo de negócio – cliente nas empresas consideradas nesta pesquisa.

Outro fator de relevância é o vínculo do perfil da patologia tratada versus o tipo de pagador. Ao trabalhar com produtos de alta complexidade, invariavelmente a indústria farmacêutica tem no setor público uma presença maior em seus negócios. Em produtos oncológicos, este cenário se divide entre público e privado – governo e operadoras de saúde- muito em função da própria legislação vigente que não obriga a cobertura de certas classes medicamentosas ou perfil de administração dos medicamentos pelas operadoras de saúde, como no caso dos produtos oncológicos em apresentação oral.

Estas informações confirmam que ao estudar o perfil do portfolio de cada indústria podemos diagnosticar a importância do pagador institucional na comercialização dos produtos desta empresa, configurando-se assim o modelo de B2B discutido neste trabalho. Projetando que o *pipeline* destas indústrias está voltado para produtos biológicos, podemos por extrapolação, caminhar para uma afirmação sobre a importância estratégica e cada vez maior deste novo modelo de negócios nos próximos anos para o setor farmacêutico no Brasil.

Na análise da pesquisa temos na primeira etapa o perfil dos seis entrevistados, onde se observa que para esta função de liderança de equipes de acesso e vendas institucionais, estes profissionais são considerados experientes, pois têm mais de dez anos de vivência no setor farmacêutico e uma trajetória grande de liderança de equipes, superior a cinco anos, o que configura este tipo de liderança como sênior na estrutura da empresa e do próprio mercado. Este fato é reforçado com a posição hierárquica em que esta função está dentro da estrutura das empresas pesquisadas. No geral, este executivo reporta-se direto ao Gerente Geral da empresa, tendo a posição de diretoria, ou no mínimo uma posição de gerência sênior.

Outro fator diagnosticado é o tempo de trabalho que a liderança pesquisada possui na empresa atual. Na quase totalidade, os pesquisados têm entre 1 a 5 anos na empresa. Este fato se justifica uma vez que a própria função de “acesso e vendas institucionais” é nova no setor farmacêutico brasileiro. Por este motivo, a maioria das indústrias acabou indo buscar estes talentos fora do seu quadro de funcionários o que justifica o tempo relativamente pequeno das pessoas nestas organizações.

PERFIL DO ENTREVISTADO				
	Quanto tempo de experiência você possui no segmento farmacêutico?	Quanto tempo de experiência você possui na liderança de equipes de vendas?	Há quanto tempo você trabalha na sua atual empresa?	Considerando a sua posição atual, quantos níveis hierárquicos existem entre você e a gerência geral – presidência da empresa?
E1 A	> 10 anos	de 1 a 5 anos	de 1 a 5 anos	Reporta ao GG
E2 B	> 10 anos	> 5 anos	> 10 anos	1 Nível
E3 C	> 10 anos	> 5 anos	de 1 a 5 anos	É o Gerente Geral
E4 D	> 10 anos	> 5 anos	de 1 a 5 anos	Reporta ao GG
E5 E	> 10 anos	> 5 anos	de 1 a 5 anos	Reporta ao GG
E6 F	até 5 anos	1 a 5 anos	1 a 5 anos	1 Nível

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelo autor

PERFIL DA EQUIPE			
	Quantidade de funcionários que reportam diretamente a você na área de acesso	Nível hierárquico dos profissionais comerciais da área de acesso	Tempo médio de experiência na indústria farmacêutica deste profissional da área de acesso e vendas institucionais.
E1 A	10 funcionários	Gerente	de 5 a 10 anos
E2 B	4 funcionários	Coordenador	de 5 a 10 anos
E3 C	1 funcionário	Gerente Sr	> 10 anos
E4 D	7 funcionários	Gerente	de 5 a 10 anos
E5 E	2 Funcionários	Gerente	de 5 a 10 anos
E6 F	4 funcionários	Gerente	de 5 a 10 anos

A etapa seguinte da pesquisa teve como objetivo conhecer o perfil da equipe de acesso e vendas institucionais. O número de funcionários envolvidos nesta atividade varia bastante entre cada empresa, sendo a máxima com 10 funcionários e a mínima com uma posição apenas. A média

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelo autor

encontrada foi em torno de quatro funcionários alocados nesta função. Este número é proporcional à representatividade do pagador institucional nos negócios da indústria, o que demonstra uma coerência no esforço disponibilizado versus o recurso dispendido. Exceção feita à empresa C que possui apenas uma posição e o pagador institucional representa 100% dos negócios. Esta situação pode ser explicada considerando que se trata de uma empresa de nicho e com foco em uma patologia única, o que reduz o próprio tamanho da empresa como um todo e, portanto, o peso de uma posição apenas para o assunto de acesso é proporcional à própria estrutura da companhia.

Em linhas gerais estes profissionais da área de acesso têm ocupado como demonstra quase a totalidade da amostra, uma posição gerencial nas empresas, normalmente de primeira gerência. A experiência prévia no setor é um pré-requisito, em média de cinco anos, que acaba consolidando a necessidade de ter uma pessoa mais experiente executando esta função, o que automaticamente demandará um perfil diferenciado de liderança que discutiremos a seguir.

A terceira etapa da pesquisa identificou o papel do líder e os atuais indicadores existentes para esta área de acesso e vendas institucionais. Durante esta fase foram realizadas três perguntas abertas. Cada pergunta e o respectivo comentário mais importante de cada entrevistado, foi organizado em forma de quadro e demonstrado a seguir, o que nos permite uma análise mais aprofundada dos temas e da percepção do líder.

1. Explique como estão estruturados os indicadores de desempenho da sua equipe de acesso. Eles dão conta em medir efetivamente a produtividade da equipe / profissional?

Entrevistado	Pontos de Destaque sobre a Questão
E1	<p>A equipe de acesso e vendas institucionais da empresa possui como indicador, um objetivo de vendas em valores definido especificamente para o canal governo e alinhado com o faturamento previsto da empresa como um todo e atrelado as diferentes unidades de negócios.</p> <p>Outro indicador é a construção, execução e manutenção do plano de conta chave, apontando e respeitando as características e necessidades de cada cliente.</p> <p>Além destes dois indicadores foram citados duas observações interessantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Há necessidade de melhoria nos indicadores para suportar a real demanda de desempenho desta equipe. 2- Os gerentes de acesso ao mercado privado não possuem indicadores de vendas consistentes comparados com a equipe de acesso ao governo.
E2	<p>Ainda não existem indicadores estruturados para medir o desempenho efetivo da equipe. A remuneração está definida em uma parcela fixa e outra variável, mas neste momento, por não haver indicadores, a equipe está sendo remunerada na totalidade do valor.</p> <p>Em destaque, temos a frase citada pelo entrevistado que reforça a necessidade de avançar com indicadores ou com um racional claro para manter a remuneração da equipe - “existe uma pressão da própria direção, solicitando uma definição de indicadores à área, mas ainda não conseguimos chegar ao modelo”.</p>
E3	<p>Como o negócio na quase totalidade desta indústria está concentrado em uma única negociação anual com o governo, foram estabelecidos três indicadores aos profissionais da área de acesso e vendas institucionais, sendo dois quantitativos e um qualitativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Nível de rentabilidade do produto obtido na negociação de venda com o governo. 2- Tempo de fechamento do contrato comparado com os concorrentes, com a própria previsão de data ideal para faturamento do produto pela empresa e com o tempo entre a convocação do governo e o fechamento do contrato efetivo comparado com o mesmo processo do ano anterior. 3- Capacidade de construção de relacionamento com as áreas chave do governo. Reconhecem que este é dado subjetivo, sem critério de mensuração.
E4	<p>Os indicadores utilizados nesta empresa estão vinculados apenas a uma atividade operacional que é o preenchimento e manutenção do cadastro</p>

	de cada cliente estruturado no conceito de Conta Chave, onde cada cliente é tratado de forma individual em suas necessidades. Outro critério é a identificação dos principais decisores e influenciadores do mercado e por cliente. Mesmo com estes indicadores, o entrevistado entende que a companhia está distante de ter <i>KPI</i> 's mais precisos para esta atividade e que esta é uma área a ser evoluída.
E5	O principal indicador de mensuração do desempenho é a quantidade de operadoras de saúde ou secretarias estaduais de saúde que estão reembolsando o produto da empresa. Comentou que está em fase de construção da equipe e também dos próprios indicadores.
E6	O foco da equipe de acesso e vendas institucionais desta empresa são as operadoras de saúde. O entrevistado considera que a empresa necessita evoluir com os indicadores, mas também entende que já possui um modelo de validação do desempenho que lhe permite mensurar com certa efetividade o que espera da equipe. Utiliza para isto, dois critérios: <ul style="list-style-type: none"> 1- Evolução do número de empresas e de vidas (usuários) cobertas pelas operadoras de saúde que reembolsam o medicamento da indústria farmacêutica. 2- Estabelece quotas de vendas efetivas atreladas a quota dos respectivos territórios onde o gerente de acesso trabalha. "espelhado" com o território da força de vendas convencional, o que gera uma sinergia de atuação e objetivos.

Ao analisar os diversos tópicos apresentados pelos entrevistados e listados no quadro acima, considero que não existem ainda indicadores de desempenho consistentes às equipes de acesso que possam se consolidados como padrão para este tipo de atividade no mercado, como é comumente encontrado nas atividades de vendas convencionais da indústria farmacêutica.

Os indicadores citados pelos entrevistados podem ser segmentados em tangíveis ou intangíveis. Entre todas as citações de indicadores, apenas dois deles foram comentados por mais de uma empresa, o que demonstra a ausência de um modelo claro e linear para o segmento.

2. Considerando o seu papel como líder dentro deste novo cenário da indústria farmacêutica e com este novo perfil de equipe, você entende ser diferente

sua atuação atual comparada a outras experiências de liderança de equipes que você já obteve?

Entrevistado	Pontos de Destaque sobre a Questão
E1	O entrevistado entende que ele lida com uma equipe diferente quanto ao perfil das equipes até então gerenciadas por ele. Acredita que deva oferecer autonomia e buscar dar o direcionamento estratégico à correta execução do trabalho, sem se preocupar muito com o foco no controle da atividade.
E2	Entende que há necessidade de delegar bastante o trabalho, mas manter certa proximidade para gerar a motivação necessária em virtude do negocio apresentar resultados a médio e longo prazo, o que às vezes pode desanimar a equipe por não ver nada concreto.
E3	Acredita que haja muita diferença entre liderar uma equipe tradicional e uma de acesso, até porque neste momento ele possui simultaneamente a experiência com os dois perfis. Com a equipe de acesso ele busca lidar de forma mais estratégica e corporativa, tentando alavancar a imagem da empresa e fazendo com que este profissional da área entenda a dinâmica da companhia e aguente a pressão que marketing e vendas fazem frente à necessidade do resultado imediato.
E4	Considera a equipe de acesso mais sênior quando comparado com a equipe tradicional de vendas. Por isto, busca adotar um perfil de liderança diferenciado, direcionada para proporcionar <i>coaching</i> e dar a direção estratégica.
E5	Busca adotar uma abordagem mais estratégica com a equipe de acesso do que a postura mais operacional que é direcionada à equipe de vendas tradicionais.
E6	Compartilhou que este tipo de equipe requer mais maturidade pela senioridade que ela apresenta. O tipo de gestão e controle deve ser mais amplo, pois na prática do dia-a-dia, o líder acaba delegando bastante. Considera os profissionais mais maduros do que os gerentes de vendas das linhas convencionais.

A totalidade dos entrevistados citou que a liderança adotada à equipe de acesso e vendas institucionais é bem diferente das experiências até então acumuladas com equipes tradicionais de vendas voltadas ao modelo B2C.

O principal desafio sinalizado está em atuar com uma equipe sênior quanto à experiência na indústria farmacêutica e as expectativas de realização de negócios, o que o faz gerenciar esta equipe proporcionando uma direção estratégica para um trabalho e atividade muitas vezes desconhecida e sem referências no mercado. A maturidade da equipe que é requerida pelo líder foi um dos temas mais apresentados pelos pesquisados que entendem que devem ao mesmo tempo trabalhar com um nível elevado de autonomia para o seu liderado, mas conseguindo transmitir a importância estratégica do trabalho e do impacto no resultado.

O assunto dos indicadores aparece de forma subliminar na citação do controle. É entendido que para esta equipe não há necessidade de estabelecer controles rígidos de atividade, mas ao mesmo tempo, se comenta a necessidade de indicadores que consigam suportar as etapas a serem executadas para atingimento do resultado.

3. Como você analisa as competências atuais dos membros da sua equipe de acesso? Elas estão adequadas com a necessidade do mercado ou há áreas de desenvolvimento?

Entrevistado	Pontos de Destaque sobre a Questão
E1	<p>A principal necessidade é fortalecer o conceito de gestão de conta chave, ou seja, gerenciar de fato a necessidade individual de cada cliente, usando inclusive e para isto todos os recursos da companhia, transformando cada oportunidade do cliente em um projeto interno que utilize uma força multidisciplinar.</p> <p>O entrevistado comentou que já implantou uma primeira fase deste tipo de modelo com a equipe, mas acredita que ainda exista um espaço grande para evolução.</p>
E2	<p>Entende que se trata de profissionais mais maduros e com ampla experiência na indústria farmacêutica quanto às atividades tradicionais de vendas e demanda. Apesar disto crê também que ainda é necessário avançar no desenvolvimento de conhecimentos técnicos como farmacoeconomia, habilidades de negociação com este tipo de cliente mais institucional entre outros. Precisam também conhecer mais a fundo o</p>

	segmento de saúde privada, os planos de saúde.
E3	Para este entrevistado o profissional de acesso e vendas institucionais deve ser um especialista quanto aos aspectos regulatórios e legais que envolvam a venda na área da saúde, passando pelo tema de reembolso. Requer também um conhecimento de economia em saúde, entender de estratégias de definição de preços, os aspectos técnicos para o registro de um produto e os marcos regulatórios para inclusão ou não no rol de procedimentos do mercado público e privado. Citou ainda que o Brasil está em processo de construção deste profissional no mercado até porque tudo ainda é muito recente.
E4	A equipe deve evoluir para conhecer mais o mercado, tanto público quanto privado no que se referem à legislação, contatos, clientes e formas diferentes de cada um atuar. Quanto a questão técnica, conhecimentos sobre farmacoeconomia, dos próprios produtos e também de negociação fazem parte do que eles querem evoluir com a equipe. Acredita estar no caminho, mas sabe que a equipe precisa melhorar e aperfeiçoar-se.
E5	Este tipo de profissional deve ter uma postura consultiva com foco no cliente. Necessita desenvolver habilidades de farmacoeconomia, mas sem necessidade de ser um <i>expert</i> . Deve saber fazer uma leitura deste tipo de estudo e conseguir conversar com o cliente para explicar o que a empresa quer demonstrar com esta ferramenta.
E6	Comentou que a equipe é muito heterogênea até porque está em formação. Possuem demandas técnicas latentes como farmacoeconomia, conhecimentos sobre desenvolvimento de projetos, como funciona o sistema de saúde e outras áreas mais especializadas.

As equipes e profissionais da área de acesso e vendas institucionais estão em formação. Dois dos seis entrevistados comentaram que suas equipes já estão em uma fase mais avançada quanto às competências esperadas, mas mesmo assim em construção. É consenso que se trata de profissionais com um nível maior de experiência e maturidade dentro da indústria farmacêutica quando comparado com as equipes tradicionais, mas que requerem ainda o desenvolvimento de algumas habilidades para conseguir atuar com maior eficiência o seu trabalho. Os pontos mais citados como demandas para este desenvolvimento foram:

- Conceitos de farmacoeconomia;
- Aspectos legais e regulatórios sobre a incorporação dos produtos no governo;
- Melhor entendimento sobre o sistema da saúde;
- Conhecimento do processo e modelo de gestão de conta chave
- Aplicação do modelo de gestão de projetos
- Adoção de uma postura mais consultiva frente ao cliente
- Habilidades de negociação

4. Qual sua visão sobre o novo cenário de negócios da indústria farmacêutica no Brasil com a intensificação da figura do pagador institucional de medicamentos, independentemente de quem seja ele — governo, grandes empresas ou planos de saúde.

Entrevistado	Pontos de Destaque sobre a Questão
E1	Alertou que a indústria está migrando rapidamente para um modelo de <i>one-to-one</i> com visita a médicos apenas, para um modelo B2B de múltiplos stakeholders e com várias influencias que vão interferir no acesso do paciente ao tratamento. Os pagadores estão tendo um papel cada vez mais importante sobre o que será utilizado, além de outros stakeholders como associações de pacientes por exemplo. Esta então é uma mudança radical na forma da indústria trabalhar e a tendência é que a eles desenvolvam equipes multidisciplinares.
E2	Citou que para quem está há mais tempo no mercado, provavelmente já vem escutando esta história de pagador institucional ha quase dez anos. O entrevistado observa que o movimento agora está mais forte e tende sim a estabelecer-se como um cliente importante. Na visão dele o governo sempre pagou medicamentos, mas agora está mais consistente em suas estratégias. Os planos de saúde ainda são uma incógnita. Eles não pagam os medicamentos orais, por exemplo, o que emperra o entendimento e aumento do volume de compras. Para os medicamentos hospitalares o entrevistado disse que sabe da importância do plano de saúde, mas negocia direto com os hospitais. Ele acha que a tendência é real e que irá ser benéfica para a indústria farmacêutica, tanto nacional quanto

	multinacional, apesar de a indústria nacional ir melhor junto ao governo.
E3	Comentou que o papel do marketing tradicional da indústria esta mudando. O entrevistado cita que na sua empresa colocam-se mais investimentos na área médica do que promocional. Ele entende que, quando a força da decisão migra para o pagador, é necessário estabelecer melhores relacionamentos com este cliente e para isto, irão requerer da companhia maiores competências que estejam baseadas na ciência, nos aspectos clínicos, etc., ou seja, a empresa terá que fazer muito mais estudos e reuniões técnicas do que simplesmente relacionamento. Em resumo, é necessário fortalecer a relação com os pagadores em um nível B2B e diferenciar a relação sustentada na ciência e discussão clínica, gerando uma relação ganha-ganha entre pagadores – pacientes – médicos.
E4	O entrevistado destacou que a indústria está mudando muito e irá mudar ainda mais. A influência do governo como pagador principalmente em no caso desta empresa que possui medicamentos de alto custo como oncológicos e de esclerose múltipla, é uma realidade imediata. Hoje praticamente 99% das vendas destes produtos são feitas para o pagador institucional. Tem ainda os planos de saúde que começam a bancar mais medicamentos e deve aumentar esta parcela de contribuição a médio e longo prazo. Foi citado que não há volta e as indústrias e pessoas que nela trabalham precisam cada vez mais entender esta situação e atuar de forma a aproveitar as oportunidades
E5	Para o entrevistado não há dúvida que a maneira de fazer negócio na indústria farmacêutica mudou. “O Mercado mudou”. Seja qual for a fonte pagadora, publico ou privado, não há mais recursos para compras sem critérios, eles (os recursos) estão cada vez mais escassos. O medicamento não será mais vendido ou comprado pelo seu custo apenas, mas pela eficácia e tem que caber no orçamento. Esta complexidade da forma de vender é que mudou o modelo.
E6	O entrevistado cita que este cenário de pagador institucional para eles já é realidade. Pelo perfil do portfolio e direcionamento estratégico da empresa, o pagador institucional, seja ele governo ou plano de saúde já representa o maior volume de negócios da empresa. Desta forma a dinâmica da equipe de acesso consolida-se como fundamental ao sucesso dos negócios e por isto, o peso dado a eles é muito grande. Uma vez escutei de um diretor da empresa a 5 anos atrás, que a tendência era inclusive de sumir o papel do representante em função desta nova forma de fazer negócios.

Todos os pesquisados foram unânimes em confirmar a consolidação desta nova tendência de negócios da indústria farmacêutica em relação à entrada do pagador institucional na aquisição dos medicamentos.

As respostas apresentaram ainda uma profundidade maior quanto à mudança que este novo cenário traz à estrutura de negócios do setor como um todo. Impactos na forma de trabalhar os conceitos e posicionamento mercadológico dos produtos, interação das áreas de apoio com o cliente institucional e um suporte mais clínico-científico do que simplesmente comerciais foram temas e citações presentes como imperativas para esta nova etapa.

Outro ponto que merece destaque é a citação sobre a indústria agregar cada vez mais serviços a sua proposta de valor. Este pode ser uma quebra importante de paradigma, uma vez que a indústria farmacêutica é reconhecidamente voltada para produtos e não para serviços. Esta mudança irá requerer um novo perfil não só de profissionais no setor, mas de toda a estrutura da indústria e dos seus processos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tradicionalmente a indústria farmacêutica é reconhecida pela sua capacidade e velocidade de inovação. Este processo está diretamente ligado ao desenvolvimento de fármacos e moléculas que possibilitam o lançamento de novos produtos no mercado, transformando, assim, este segmento em um dos mais inovadores e rentáveis do setor da saúde. A inovação está vinculada a novos produtos. O ambiente de negócios é regulamentado e sempre teve como característica uma dinâmica própria de geração de demanda e efetivação de venda que apresentava até então, pouca instabilidade em seu modelo.

Nos últimos dez anos (2000/2010), a indústria farmacêutica brasileira vem passando por grandes mudanças na estrutura de fazer negócios, contrariando a tradição do setor. Estas mudanças iniciaram com o lançamento dos medicamentos genéricos no início do século XXI e começam a ser consolidadas com o fortalecimento do pagador institucional de medicamentos.

Trata-se então de uma inovação não mais do aspecto de produto, mas sim do negócio. A migração do ambiente tradicional alicerçado no tripé médico-paciente-farmácia, que neste estudo convencionamos chamar de modelo B2C – *Business to Consumer* - torna-se mais complexo com a entrada da figura do pagador institucional de medicamentos, seja ele público ou privado. Este novo modelo de negócios é denominado neste estudo como B2B – *Business to Business*. Considerando então o modelo B2B e em especial a gestão das equipes comerciais, torna-se imperativo identificar o real papel da liderança e os indicadores de desempenho das equipes de acesso e vendas institucionais responsáveis em interagir neste novo cenário.

As lideranças de vendas da indústria farmacêutica no modelo tradicional do B2C possuem historicamente uma visão voltada a processos rígidos e a controles bem definidos sobre as atividades de suas equipes. Os indicadores são sólidos e mundialmente padronizados (permitindo a comparação entre as diversas subsidiárias das empresas multinacionais presentes no país).

Na análise da liderança e dos indicadores das equipes de acesso e vendas institucionais, a pesquisa de campo demonstrou que o líder deste perfil de equipe, a despeito do pouco tempo de atuação e constituição desta nova dinâmica, busca um modelo ideal para sua atuação e também para mensurar a efetividade e produtividade de sua equipe. Ao mesmo tempo em que a liderança busca atuar de forma mais alinhada com o nível de senioridade da equipe - aqui uma direção e influência clara da teoria de liderança situacional – delegando mais as atividades e compromissos com o resultado, ele, o líder, ressent-se de uma “plataforma” que lhe propicie maior controle sobre as atividades dos liderados.

Esta dicotomia entre aumento da delegação e demanda por maior controle, reflete a ausência de indicadores claros e consistentes no modelo B2B. Vale destacar que na totalidade da amostra, o líder do modelo B2B é um ex-líder das equipes tradicionais que atuavam na estrutura B2C. Desta forma, é natural que este líder apresente um viés do passado e busque ferramentas e mecanismos conhecidos para exercer seu papel e função junto à equipe. Ao não encontrar, gera-se uma insegurança e incerteza atípicas ao setor e ao perfil do profissional.

A clareza e consistência dos indicadores de desempenho estão diretamente relacionadas ao grau de complexidade da tarefa. Processos simples são mais fáceis de medir e por conseqüência, estabelecer indicadores. Quanto maior a complexidade da atividade e do processo, maior a dificuldade em estabelecer métricas que mensurem produtividade e resultado.

O modelo B2B na indústria farmacêutica é uma inovação em consolidação, e conseqüentemente o processo de desenvolvimento e efetivação dos negócios ainda não está claro ou descrito – é uma tarefa complexa. Desta forma, pensar em indicadores consistentes sem ter a clareza do processo é um risco e ao mesmo tempo, uma busca desorientada de medir a qualquer custo. Mais do que isto, o que é premente analisar é se nesta nova forma de negócio, com múltiplos interlocutores e variáveis, é possível a descrição de processos claros e uniformes para cada cliente e mais ainda, para

o mesmo cliente em momentos e negociações distintas. A complexidade e subjetividade do processo de acesso e venda é o principal desafio para estabelecer indicadores rígidos e precisos.

Na ausência de indicadores claros e precisos é necessária maior qualificação e maturidade da equipe para saber lidar com as intempéries do processo de conquista e venda ao cliente, tendo como foco o resultado final, mas ponderando, com base na experiência, e revendo o caminho a ser trilhado para atingir este objetivo maior. Requer-se também, uma liderança mais qualificada, que consiga delegar e não sempre mensurar a efetividade das ações, motivar e orientar no momento correto. Para isto, é fundamental por parte do líder o conhecimento em profundidade do mercado, da dinâmica do negócio e dos clientes.

A exigência (do que? Para quem?) passa então pela construção de times e lideranças maduras e experientes, com capacidade de aprendizagem rápida e assimilação de novos desafios e modelos até então desconhecidos. A comunicação fluida entre todos os membros da equipe para troca de experiência é uma premissa importante, assim como a capacidade de assumir riscos e responsabilidades pelo sucesso ou fracasso das negociações. Nesse patamar, a ausência de indicadores, principalmente intermediários ao resultado final da venda, tende a tornar-se irrelevante.

Em síntese, as entrevistas revelaram a ausência de indicadores consistentes para medir o desempenho das equipes. Sem os controles convencionais baseados em indicadores de desempenho, o papel da liderança é delegar, escolher profissionais mais experientes, zelar mais pela estratégia do negócio do que pelo controle dos processos e garantir fluidez da comunicação entre o grupo. O líder por sua vez, deve ser mais experiente e orientador do que controlador.

BIBLIOGRAFIA

AMORIM, M.C.S. e MARTINS, R.H.P. **Poder e liderança, as contribuições de Maquiavel, Gramsci, Hayek e Foucault.** XXXI ENANPAD, 2007.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL SAÚDE SUPLEMENTAR **Relatório executivo sobre experiência de financiamento da saúde para idosos.** Rio de Janeiro: ANS, fev.2011.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL SAÚDE SUPLEMENTAR **Relatório executivo sobre experiência de financiamento da saúde para idosos.** Rio de Janeiro: Classificação da OECD, fev.2011.

_____ **Caderno de informação de saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, mar. 2008.

BANDEIRA, A.A. **Indicadores de Desempenho – Instrumentos à Produtividade Organizacional.** Rio de Janeiro: Qualitmark, 2007.

_____ **Avaliação de desempenho: uma abordagem estratégica em busca da pro atividade.** São Paulo: Qualitymark, 2007 a.

BAUER, R. **Gestão da mudança.** São Paulo: Atlas, 2008.

BEJARANO, V. C. **Elementos externos essenciais à implementação de equipes: estudo de caso.** São Paulo: Revista Administração da USP, v43, n.1, p. 17-29 jan. – mar. 2008.

BERGAMINI, C W. **Liderança administração do sentido.** São Paulo: Atlas, 1994.

BRASIL. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: 1999. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9787_99.htm>. Acesso em: 25 set. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da república federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 25 set. 2011.

CAMARGO, I. I. **Uso de Indicadores da qualidade para o gerenciamento estratégico das empresa no ramo comercial.** Florianópolis: Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 109p., 2000.

CARNEGIE, D.; CROM, J.O. e CROM M. **Alta Performance em Vendas.** Rio de Janeiro: Best Seller, 2008.

CHANLAT, J.F. **Ciências Sociais e Management.** São Paulo: Atlas, 2000.

CHIAVENATO, I. **Introdução Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CLEGG S.R. ; et al. **Handbook de estudos organizacionais. Ação e análise organizacional**. São Paulo, Atlas, 2009.

COBRA, M. **Administração de vendas**. São Paulo: Atlas, 1994.

CORRÊA, H.L. e HOURNEAUX, F.J. **Sistemas de avaliação de desempenho organizacional: estudo de casos no setor químico no Brasil**. Salvador-BA: 30º. Encontro ANPAD, set/dez 2008.

FERNANDES, D.R. Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. **Revista FAE**. Curitiba: v.7, n.1, p.1-18, jan/jun.2004.

FEYERABEND, P. **Contra o método**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

FISCHMANN, A.A. e ZILBER, M.A. Utilização de indicadores de desempenho como instrumento de suporte à gestão estratégica. **Revista Administração Mackenzie**. São Paulo:, p.9-25, 2000.

FRENKEL, J. **Estudo competitivo de cadeias integradas no Brasil: impacto das zonas de livre comércio**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, 2002.

GRIFFIN, G. R. **Maquiavel na administração**. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

HACKER, M.E. e BROTHERSON, P.A. **Designing and installing effective performance measurement systems**. IIE Solution, Vol. 30 no. 8, pp 18-23, Aug. 1998.

HELOANI, R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado**. São Paulo: Atlas, 2007.

HERSEY, P. ; BLANCHARD, K. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. São Paulo: Editora EPU, 1982.

IMS. Relatório **Flash Report**. São Paulo: Dezembro, 2010

_____**Relatório Auditoria de Mercado**. São Paulo: Março, 2011

INGRAM, T. B.; LAFORGE, R. W.; AVILA, R. A.; SCHWEPKER, C. H. J; WILLIAMS, M. R. **Gerenciamento de vendas: análise e tomada de decisão**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

INTERFARMA. **Relatório do estudo sobre acesso ao mercado**. São Paulo: jun.2008.

_____ **Dados do setor farmacêutico - Acesso.** Disponível em <http://www.interfarma.org.br/site2/index.php/informacoes-do-setor/indicadores>. Acesso em 20 de Agosto de 2011.

_____ **Dados do setor farmacêutico – Inovação e Pesquisa Clínica.** Disponível em <http://www.interfarma.org.br/site2/index.php/informacoes-do-setor/indicadores>. Acesso em 20 de Agosto de 2011.

KAPLAN, R.S. e NORTON, D.P. **A Estratégia em Ação – Balanced Scorecard.** São Paulo: Campus, 1997.

KATZENBACH, J.R. e SMITH, D.K. **Equipes de alta performance – The discipline of teams.** São Paulo: Elsevier, 2001.

KAYDOS, W. **Measuring, Managing and Maximizing Performance.** Portland: Productivity Press, 1991.

KOTLER, P. **Administração de Marketing.** São Paulo: Atlas, 1996.

KOUZES, J. POSNER, B. P. **O novo desafio da liderança.** Rio de Janeiro: Campus, 2008.

LOPES, N. V. **Gestão Estratégica de Desempenho.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2009.

McGEE, J. e PUSAK, L. **Gerenciamento Estratégico da Informação.** Rio de Janeiro: Campus, 1995.

MACHIAVELL, N. B. D. **O Príncipe.** São Paulo: Centauro, 2001.

MARTINS, R.A. **Sistema de medição de desempenho: um modelo para estruturação do uso.** São Paulo: Tese Doutorado – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 1999.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração.** São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, M.C.S. e GOMES, S.F.D.R. **Pesquisa Social.** Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organograma.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=331>>. Acesso em: 20 de ago. 2011.

_____ **Dados da Secretaria Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos com base nos dados do DAF, DECIIS e NIVES/SV.** Apresentação Dr. Carlos Gadelha Evento Interfarma São Paulo: Mar. 2011.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Salina, 2005.

OLIVEIRA, J. F. e Et At. **Profissão líder — desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2006.

PERRIN T. **Pesquisa Anual de Benefícios**. São Paulo: 2009.

POPADIUK, S. **Arquitetura da informação e mensuração do desempenho: um estudo na indústria de artefatos e utensílios de plásticos no estado de São Paulo**. São Paulo: Revista Gestão e Produção da Universidade Presbiteriana Mackenzie, jan.- abr. 2006.

PROFESSORES do Departamento de Mercadologia da FGV-EAESP e convidados. **Marketing Estratégia e Valor**. São Paulo: Saraiva, 2006.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Portugal: Gradiva, 2008.

RABECHINI, R. J. ; CARVALHO, M. M. Perfil das competências em equipes de projetos. **Artigo ERA**, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 2, n 1, jan.- jun. 2003.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. São Paulo, Atlas, 2009.

ZOLTNERS, A. A.; SINHA, P.; ZOLTNERS, G. A. **Manual completo para acelerar o desempenho da força de vendas**. São Paulo, Cultrix, 2004.

ANEXO 1 – CONVITE ÀS LIDERANÇAS DAS INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS PARA PARTICIPAÇÃO NA ENTREVISTA



Pontifícia Universidade

São Paulo, Junho de 2011.

Prezada xxxxxxxxxxxx

Estou concluindo o projeto de Mestrado em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo com o tema “*A integração dos negócios da Indústria Farmacêutica com o pagador institucional e o estabelecimento de indicadores de desempenho para equipes de acesso e vendas institucionais*”.

Nesta fase final, necessito realizar a pesquisa de campo que comprovará ou não a hipótese estabelecida no projeto. Para isso, gostaria de contar com sua estimada colaboração na participação da pesquisa, uma vez que identificamos você como um dos principais participantes e influenciadores desse segmento.

Será realizada uma pesquisa exploratória — explicativa, organizada de forma não diretiva e semiestruturada, combinando perguntas abertas e fechadas. A pesquisa terá duração máxima de 30 minutos e não será identificado o nome do entrevistado nem o nome da empresa, mantendo assim o sigilo às partes. Esta pesquisa deverá ser realizada de forma pessoal, sendo aplicada por mim mesmo e podendo ser realizada no seu próprio local de trabalho no melhor dia e horário para você.

Agradeço desde já sua disponibilidade de agenda e participação nesse processo que, tenho certeza, enriquecerá o conhecimento sobre a atuação da indústria farmacêutica no segmento de vendas institucionais alicerçado nos pilares da pesquisa científica acadêmica.

Atenciosamente,

Carlos Pappini Jr

Pesquisador do Mestrado em Administração

ANEXO 2 – ROTEIRO UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.1. Cargo atual na empresa?

1.2. Quanto tempo de experiência você possui no segmento farmacêutico?

- a) Até cinco anos
- b) De seis a dez anos
- c) Mais de dez anos

1..2. Quanto tempo de experiência você possui na liderança de equipes de vendas?

- a) Até um ano
- b) De um a cinco anos
- c) Mais de cinco anos

1.3. Há quanto tempo você trabalha na sua atual empresa?

- a) Até 1 ano
- b) De 1 a 5 anos
- c) De 5 a 10 anos
- d) Mais de 10 anos

1.4. Considerando sua posição atual, quantos níveis hierárquicos existem entre você e a gerência geral — presidência da empresa?

- a) Sou o gerente geral da empresa.
- b) Nenhum reporte direto ao presidente
- c) Um nível hierárquico apenas, reporte direto a um diretor
- d) Dois níveis hierárquicos a mais
- e) Três ou mais níveis hierárquicos

1.5. Qual a nomenclatura utilizada para sua equipe que atua em negócios com pagadores institucionais de medicamentos?

2 QUESTÕES ESTRUTURADAS

2.1. Quantidade de funcionários que reportam diretamente a você;

- a) Até 5 funcionários
- b) De 6 a 10 funcionários
- c) De 11 a 15 funcionários
- d) Acima de 16 funcionários

2.2. Qual o nível hierárquico dos profissionais comerciais da sua área;

- a) Gerente
- b) Coordenador
- c) Representante

2.3. Qual o tempo médio de experiência na indústria farmacêutica desse profissional de vendas da sua equipe?

- a) Até 5 anos
- b) De 5 a 10 anos
- c) Acima de 10 anos

3 QUESTÕES ABERTAS

3.1. Como estão estruturados os indicadores de desempenho da sua equipe de negócios com pagadores institucionais de medicamentos e se, em sua opinião, eles estão dando conta de medir efetivamente a produtividade da equipe?

3.2. Considerando o seu papel como líder dentro deste novo cenário da indústria farmacêutica e com este novo perfil de equipe, você entende ser diferente sua atuação atual comparada a outras experiências de liderança de equipes que você já obteve?

3.3. Como você analisa as competências atuais dos membros da sua equipe de acesso? Elas estão adequadas com a necessidade do mercado ou há áreas de desenvolvimento?

3.4. Qual sua visão sobre o novo cenário de negócios da indústria farmacêutica no Brasil com a intensificação da figura do pagador institucional de medicamentos, independentemente de quem seja ele — governo, grandes empresas ou planos de saúde.