

Melby Karina Zuniga Huertas, André Torres Urdan
ATITUDE DO CONSUMIDOR SOBRE MEDICAMENTOS: COGNITIVA OU AFETIVA?
Revista de Administração FACES Journal, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 11-26,
Universidade FUMEC
Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194016879002>



Revista de Administração FACES Journal,
ISSN (Versão impressa): 1517-8900
faces@fumec.br
Universidade FUMEC
Brasil

Como citar este artigo

Fascículo completo

Mais informações do artigo

Site da revista

www.redalyc.org

Projeto acadêmico não lucrativo, desenvolvido pela iniciativa Acesso Aberto

ATITUDE DO CONSUMIDOR SOBRE MEDICAMENTOS: COGNITIVA OU AFETIVA?

CONSUMER'S ATTITUDE ON MEDICATIONS: COGNITIVE OR AFFECTIVE?

Melby Karina Zuniga Huertas
Fundação Educacional Inaciana

André Torres Urdan
Eaesp/FGV

RESUMO

Conhecer os componentes da atitude do consumidor sobre o produto ajuda pesquisadores e gerentes a resolver diversos problemas de marketing. Modelos de planejamento de propaganda recomendam emparelhar os apelos (racionais ou emocionais) à atitude sobre o produto (predominantemente cognitiva ou predominantemente afetiva). No entanto, a prática de propaganda discorda, às vezes, de tal recomendação. Esse pode ser o caso da propaganda de medicamentos mirando o consumidor que pouco utiliza apelos racionais, pois a atitude sobre medicamentos é aparentemente mais cognitiva. Mas, empiricamente, nada se sabe sobre essa atitude do consumidor brasileiro. O objetivo desta pesquisa foi avaliar os componentes da atitude do consumidor sobre medicamentos. No levantamento empreendido, confirmou-se a predominância do componente cognitivo. Mas, surpreendentemente, a atitude foi cognitivo-afetiva em pessoas com problemas de saúde. Tais resultados têm implicações na gestão da propaganda de medicamentos.

ABSTRACT

The knowledge about the components of consumer's attitude toward medicines helps researchers and managers to solve several marketing problems. Some advertising models recommend matching appeals (rational or emotional) to product consumer's attitude (predominantly cognitive or predominantly affective). However advertising practice seems to disagree to such recommendation. This could be the case of the advertising of medicines targeted to the consumer. It uses few rational appeals, while attitude toward medicines is apparently cognitive. But empirically nothing is known about that attitude of the Brazilian consumer. In this context, the main objective of this research was to evaluate the components of consumer's attitude toward medicines. A survey was undertaken that confirmed the cognitive component predominance. But, surprisingly, attitude was cognitive-affective for people with health problems. Results have implications on to the management of advertising of medicines.

PALAVRAS-CHAVE

Atitude; Comportamento; Consumidor; Propaganda; Medicamentos.

KEYWORDS

Attitude; Behavior; Consumer; Advertising; Medicines.

INTRODUÇÃO

Para persuadir, uma questão fundamental para o anunciante é se os apelos (racionais ou emocionais) da propaganda devem coincidir ou não com os componentes da atitude dos consumidores sobre o produto anunciado (DUBÉ *et al*, 1996). Pesquisas têm mostrado que a relativa dominância dos componentes cognitivo ou afetivo da atitude acerca de produtos ou marcas modera a efetividade de várias estratégias de propaganda e promoção (DUBÉ *et al*, 2003). No Brasil, quanto a medicamentos, pouco se sabe sobre a atitude do consumidor, o que reclama pesquisa empírica.

REFERENCIAL TEÓRICO

Atitude do consumidor

Originalmente, a palavra “atitude” foi utilizada para designar a postura ou inclinação do corpo de modo a sugerir um estado mental ou possível ação (BAGOZZI *et al*, 2002). Esse uso teve origem no espanhol e no francês a partir das palavras italiana *attitudine* e latina *aptitudo*. Na língua inglesa, atitude significa forma de pensar ou se comportar perante um objeto, pessoa ou situação (CROWTHER, 1995). A maioria das pessoas tende a utilizar a palavra “atitude” para designar um estado da mente relacionado a um determinado comportamento, representando sentimento ou opinião (BAGOZZI *et al*, 2002).

Em contraste com o uso comum do termo “atitude”, seu significado tem evoluído tecnicamen-

te na psicologia social e nos seus campos de aplicação. Nos últimos trinta anos, o termo tem sido definido de várias maneiras. L. L. Thrustone, um dos criadores da medição da atitude moderna, considera que ela é a quantidade de afeição e sentimento a favor ou contra um estímulo (MOWEN; MINOR, 2003). Aqui prima a idéia de que a atitude se refere unicamente a afeto e que seria diferente de crença e conhecimento. No entanto, a maioria das definições concebe atitude como avaliações gerais do indivíduo sobre objetos. Na sua definição clássica em psicologia, atitude corresponde a predisposições a responder sobre um objeto ou uma classe de objetos de forma consistentemente favorável ou desfavorável (ALLPORT, 1935, citado por SHETH *et al*, 2001). Aqui se identificam três características básicas das atitudes: i) são aprendidas, formando-se com base em alguma experiência com um objeto ou uma informação sobre ele; ii) são relativamente duradouras, ficando retidas até que haja uma razão forte para mudá-las; iii) influenciam o comportamento, pois causam uma resposta consistente, precedendo e produzindo o comportamento. Por exemplo, se um consumidor tem uma atitude favorável a um novo conceito de produto, provavelmente o comprará quando ele estiver disponível.

Em outras definições, atitude é uma associação na memória entre um objeto de atitude e uma avaliação (FAZIO, 1989). Numa perspectiva mais técnica, é uma tendência psicológica expressa por meio da avaliação de uma entidade particular, com certo grau de favorabilidade ou desfavorabilidade

(EAGLY; CHAIKEN, 1993). A "avaliação" se refere a todas as classes de respostas avaliativas, sejam cognitivas, afetivas ou comportamentais. A avaliação é também chamada de julgamento, tipicamente apresentada como bom/ruim, favorável/desfavorável, etc. (BAGOZZI *et al*, 2002). Assim, uma definição abrangente considera atitude como a avaliação sumária (julgamento) de objetos (por exemplo, a própria pessoa, outras pessoas, produtos, resultados) ao longo de uma dimensão que vai de positivo a negativo (PETTY *et al*, 1997). Mas como é a estrutura dessas avaliações? Há duas perspectivas: unidimensional e multidimensional.

A perspectiva unidimensional da atitude

Definida como a avaliação sumária (julgamento) de objetos ao longo de uma dimensão que vai de positivo a negativo (PETTY *et al*, 1997), a atitude seria uma resposta avaliativa singular ou unidimensional (BAGOZZI *et al*, 2002). Para compreender melhor isso, é preciso considerar as duas formas mais freqüentemente usadas em psicologia para medir a atitude: escalas de Likert e de diferencial semântico. Sob a ótica unidimensional da atitude, cada item utilizado nas escalas mediria a mesma atitude. Nesse caso, o grupo de itens utilizado é considerado unidimensional porque as correlações entre eles podem ser atribuídas a um único fator comum (NETEMEYER, 2003).

No marketing, as atitudes são avaliações de idéias, marcas, produtos, anúncios, etc. As pessoas avaliam esses objetos em termos de qualidade e desejabilidade, utilizando-se escalas de Likert e de diferencial semântico. Assim, mensuram-se as atitudes pedindo-se aos consumidores suas opiniões sobre um objeto. Tais avaliações informam como a pessoa se posiciona genericamente em face de um objeto, mas não o porquê ou o que está por trás dessa atitude específica (SHETH *et al*, 1988). Nessa visão simples, a atitude é um conceito unidimensional que representa a avaliação geral de um produto, marca ou propaganda, provenientes de avaliações de atributos e caracte-

rísticas específicas do objeto de atitude (BAGOZZI; BURNKRANT, 1980).

Os modelos multiatributos representam a visão unidimensional da atitude. Neles, crenças ou crenças sobre um produto ou marca se combinam para produzir uma atitude global (SHETH *et al*, 2001). Assim, a atitude estaria baseada em crenças sobre o objeto, ponderadas pela avaliação dessas crenças. Existem três modelos desse tipo: i) o de Rosenberg; ii) o de Fishbein; iii) o estendido de Fishbein. Os modelos multiatributos consideram unicamente avaliações funcionais diretamente ligadas aos benefícios do objeto. Isto é, fornecem uma base cognitiva a respeito de como a atitude pode ser construída (BLACKWELL *et al*, 2005).

Contudo, essas não são as únicas avaliações utilizadas para medir atitude. Algumas medidas de emoção também têm sido aplicadas (BAGOZZI *et al*, 2002). Afinal, as atitudes também podem ser formadas como resultado dos sentimentos do indivíduo sobre o objeto (BLACKWELL *et al*, 2005). Aí entra a perspectiva multidimensional da atitude.

A perspectiva multidimensional da atitude

A multidimensionalidade da atitude pode ocorrer em pelo menos duas formas (BAGOZZI *et al*, 2002): i) com base no tipo de avaliação; ii) com base na natureza da avaliação. A primeira forma de multidimensionalidade considera que a atitude sobre um objeto deve ser formada e armazenada na memória como um grupo de diferentes tipos de avaliação da pessoa, ou conseqüências para ela, sobre aspectos bem definidos ou atributos do objeto. Na memória, tais avaliações podem estar desorganizadas ou organizadas numa estrutura de subavaliações interconectadas horizontal ou hierarquicamente. Por exemplo, uma pesquisa acerca da atitude dos consumidores sobre propaganda de medicamentos encontrou quatro componentes ou dimensões diferentes (cada uma avaliada por um grupo de indicadores): i) informação; ii) qualidade; iii) credibilidade; iv) preço (MILLER; WALLER, 2004). Isto é, a propaganda

de medicamentos informaria, influenciaria a qualidade dos remédios, afetaria a credibilidade sobre o produto e produziria alterações nas percepções de preços, formando-se então a atitude sobre esse tipo de propaganda.

A segunda forma de multidimensionalidade da atitude (foco desta pesquisa) considera a natureza e o âmbito de seu conteúdo. Sob esse prisma, a atitude tem três componentes: cognitivo, afetivo e conativo (ENGEL *et al*, 2000). O primeiro significa que, quando o indivíduo tem uma atitude em relação a um objeto, tipicamente ela se baseia em algum conhecimento ou crença (cognições ou pensamentos) sobre ele. Crenças são expectativas quanto ao que alguma coisa é ou não, ou quanto ao que determinado objeto fará ou não. As crenças do consumidor provêm da aprendizagem cognitiva (MOWEN; MINOR, 2003). Representariam o conhecimento e as conclusões que um consumidor tem a respeito de objetos, seus atributos e os benefícios que proporcionam.

O segundo componente das atitudes é o afetivo, referente aos sentimentos da pessoa para com um objeto ou emoções que o objeto evoca na pessoa (por exemplo, sinto-me seguro quando tomo um medicamento receitado pelo médico). Tal componente da atitude é considerado por alguns autores como a própria atitude (MOWEN; MINOR, 2003).

O componente conativo representa a tendência comportamental ou predisposição para a ação em relação a um objeto (por exemplo, só usarei medicamentos receitados pelo médico para resolver qualquer problema de saúde). No comportamento do consumidor, o componente conativo exprime a intenção do consumidor de comprar um item específico. Similarmente, Mowen e Minor (2003) consideram as intenções de comportamento como as expectativas de o consumidor se comportar de determinada maneira em relação à aquisição, ao descarte e uso de produtos.

Dessa forma, o consumidor formaria a intenção de procurar por informação, contar para mais alguém sobre a sua experiência com um produto, comprá-lo ou descartá-lo de determinada maneira.

Considerar os componentes cognitivo e afetivo como os dois diferentes tipos de informação em que a atitude se baseia tem sido uma das formas mais populares de se considerar a estrutura da atitude (PETTY *et al*, 1997). Muitos dos esforços a explorar as bases cognitiva e afetiva da atitude são ancorados nos trabalhos de Bagozzi e Burnkrant, que compararam a validade convergente e preditora da estrutura unidimensional da atitude com a alternativa bidimensional cognitivo-afetiva e demonstraram o melhor desempenho da última (BAGOZZI; BURNKRANT, 1980; 1985).

Numa visão mais contemporânea de atitude, os componentes cognitivo (crenças) e o afetivo (sentimentos) são conceitualizados como determinantes das atitudes (ENGEL *et al*, 2000). Ou seja, a avaliação geral de uma pessoa sobre um objeto de atitude é vista como determinada pelas crenças e sentimentos da pessoa sobre o objeto. Já o componente conativo não é visto como um componente das atitudes. Pelo contrário, na visão moderna, as atitudes determinam o componente conativo. Isto é, as intenções comportamentais de uma pessoa dependeriam de suas atitudes. Conseqüentemente, as intenções dos consumidores de desempenhar algum comportamento devem aumentar conforme as atitudes se tornem mais favoráveis. Nessa linha, deve-se pensar a atitude e os processos cognitivos e emocionais relacionados como a fonte ou razões da ação do consumidor (BAGOZZI *et al*, 2002). Ou seja, a atitude determina as intenções do consumidor e seu comportamento (BLACKWELL *et al*, 2005).

No marketing, os esforços por avaliar os componentes da atitude e a forma como influenciam as respostas dos consumidores têm sido bastan-

te proveitosos. São estudados para marcas (LECLERC *et al*, 1994; PARK *et al*, 1986), propaganda (BURKE; EDELL, 1989), promoção (CHANDON *et al*, 2000) e compra (BABIN *et al*, 1994). Também para diversas categorias de produto, como utensílios de cozinha, alimentos e hotéis de férias (BATRA; AHTOLA, 1991). A mensuração dos componentes cognitivo e afetivo da atitude pode oferecer a pesquisadores e gerentes novas abordagens para resolver problemas de marketing. Por exemplo, habilitá-los a testar campanhas de propaganda com mensagens racionais ou emocionais (PARK *et al*, 1986). Também essas mensurações revelariam diferenças ou posições entre marcas que podem não ser aparentes numa abordagem unidimensional na mensuração da atitude (DILLON *et al*, 2001). Todavia, estudos demonstram que produtos ou marcas mais hedônicos do que utilitários suportam mais facilmente uma estratégia de preço *premium* (DHAR; WERTENBROCH, 2000) e esforços de promoção de vendas (CHANDON *et al*, 2000). As bases cognitiva e afetiva da atitude são também denominadas utilitária e hedônica, respectivamente (DUBÉ *et al*, 2003).

Modelos de planejamento de propaganda como os de Foote, Cone & Belding (FCB) (VAUGHN, 1980; 1986), Rossiter-Percy (ROSSITER; PERCY, 1987; ROSSITER *et al*, 1991) e o emoção-razão-envolvimento (BUCK *et al*, 2004) recomendam emparelhar o apelo da propaganda aos componentes da atitude em relação ao produto. Assim, o mais adequado seriam apelos racionais (informação) na propaganda de produtos com base atitudinal mais cognitiva e apelos emocionais (sentimentos) para produtos com base mais afetiva.

A realidade da propaganda parece mostrar, em muitos casos, uma contradição entre o que sugerem os mencionados modelos e o que é praticado por anunciantes. Há, em geral, certa inclinação ao uso de apelos emocionais. Essa inclinação inclui produtos claramente informati-

vos, inovadores e diferenciados, como medicamentos, especificamente aqueles de prescrição (MAIN *et al*, 2004), quando o alvo é o consumidor. Para esses produtos, apelos racionais, com informações sobre benefícios funcionais, teoricamente seriam a opção mais adequada para persuadir o consumidor. A propaganda de medicamentos poderia focar um grupo específico de consumidores que perceba relevância no produto anunciado, utilizando apelos racionais (informação, argumentação). Na indústria farmacêutica mundial, nos últimos anos, passou-se de uma histórica concentração da promoção entre os médicos, hospitais e organizações de cuidado à saúde para o direcionamento ao consumidor. Essa transformação da estrutura do investimento no “P” de promoção chama a atenção de profissionais de marketing, acadêmicos e governo.

No Brasil, apelos emocionais na propaganda de medicamentos também são usuais. Uma análise de conteúdo de anúncios de medicamentos em revista constatou maior uso de apelos emocionais, entre os quais bem-estar, fantasia e vaidade (HUERTAS; URDAN, 2004). No entanto, nada se sabe sobre a atitude do consumidor brasileiro sobre medicamentos. Não foi encontrado estudo empírico sobre seus componentes, o que reforça a relevância de pesquisa empírica a esse respeito. Será que essa atitude é predominantemente afetiva e por isso anunciantes preferem apelos emocionais? O objetivo desta pesquisa foi avaliar os componentes da atitude do consumidor sobre medicamentos.

MÉTODO DE PESQUISA EMPÍRICA

Tendo em vista o objetivo traçado, o método consistiu num levantamento com indivíduos na cidade de São Paulo em março de 2005. A descrição do método abrange os processos de amostragem, mensuração e análise dos dados.

Amostragem

O processo de amostragem seguiu os passos sugeridos por Malhotra (2001). Os elementos da população-alvo foram adultos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, residentes na cidade de São Paulo. O arcabouço amostral era formado por dois locais na cidade de São Paulo: uma clínica de oncologia e o parque do Ibirapuera. Isso permitiu acessar pessoas com diferentes estados de saúde. No caso de medicamentos, o estado de saúde do indivíduo é uma das características que mais influenciariam a atitude sobre produtos e propaganda (PERRI; DICKSON, 1998). Como unidade amostral consideraram-se adultos de ambos os sexos maiores de 18 anos, recrutados com o requisito de terem tomado algum medicamento nos últimos três meses, estarem nos locais determinados e dispostos a participar da pesquisa. Ou seja, a técnica de amostragem foi a intencional por julgamento. O tamanho da amostra foi de 300 pessoas, definido em função da disponibilidade de recursos. Dois entrevistadores foram treinados para abordar participantes potenciais e assisti-los no preenchimento dos questionários.

Mensuração

O processo de mensuração utilizou a escala de diferencial semântico de Crites *et al* (1994), criada para medir os componentes cognitivo e afetivo da atitude do consumidor sobre objetos por meio de três sub-escalas: cognitiva, afetiva e geral. Os resultados dos autores demonstraram que suas escalas aplicam-se a múltiplos objetos de atitude e apresentam propriedades psicométricas estáveis. Mostraram níveis uniformemente altos de consistência interna entre os objetos de atitude por eles avaliados. Quanto à confiabilidade e validade, os autores obtiveram índices razoáveis.

Nesta pesquisa, os itens das sub-escalas formam contínuos bipolares ancorados por pares de palavras. Entre esses pólos há graus representados por números de 7 (positivo) a 1 (negativo). Os itens da escala foram traduzidos do inglês, procurando-se pares de palavras antônimas. Os indicadores da escala utilizada aparecem no Quadro 1.

Quadro 1 – Escala de diferencial semântico da atitude sobre produtos

Escala	Indicadores
Subescala do componente cognitivo	Estimulado / Desestimulado
	Relaxado / Irritado
	Encantado / Desencantado
	Felicidade / Tristeza
	Carinho / Raiva
	Diversão / Tédio
	Aceitação / Rejeição
	Tranquilo / Tenso
Subescala do componente afetivo	Útil / Inútil
	Confiável / Duvidoso
	Seguro / Perigoso
	Perfeito / Imperfeito
	Benéfico / Prejudicial
	Valioso / Sem valor
Subescala de atitude geral	Saudável / Não saudável
	Positivo / Negativo
	Agradável / Desagradável
	Bom / Ruim
	Desejável / Indesejável

Fonte: CRITES *et al*, 1994.

Estabelecidos os indicadores, formatou-se um questionário com cinco baterias. A primeira visou a deixar claro para o respondente o medicamento sobre o qual responderia as questões seguintes e, dessa forma, a avaliar atitudes bem estabelecidas sobre o objeto. Impor a avaliação de um determinado medicamento poderia gerar respostas vagas, dada a possível falta de experiência com ele. Solicitou-se ao respondente que pensasse num medicamento que estivesse tomando ou tivesse tomado recentemente (até três meses). Sobre ele, o respondente foi solicitado a indicar o tipo de medicamento (sem

tarja, com tarja vermelha ou com tarja preta na embalagem), se fora ou não receitado por médico e, opcionalmente, o nome do produto.

Em conexão com o medicamento, o respondente passava a responder a segunda, terceira e quarta baterias de questões. A segunda bateria continha os indicadores da sub-escala do componente afetivo da atitude. Aqui o respondente foi solicitado a indicar a posição que melhor descrevia seus sentimentos em relação ao medicamento. As frases utilizadas foram: i) com relação ao

medicamento, eu me sinto... ; ii) com relação ao medicamento, eu sinto...

A terceira bateria de questões continha os indicadores da sub-escala do componente cognitivo da atitude. Aqui o respondente foi solicitado a indicar a posição que melhor descrevia atributos ou características do medicamento. Foi utilizada a frase: i) o medicamento é...

A quarta bateria de questões continha os indicadores da sub-escala da atitude geral. Aqui o respondente foi solicitado a indicar a posição que melhor descrevia sua avaliação geral sobre o medicamento. A frase utilizada foi: o medicamento é...

Finalmente, a quinta bateria de questões indagava sobre o perfil do respondente: i) estado de saúde, entre saudável, com doença aguda (passageira), com doença em processo de diagnóstico ou com doença crônica (permanente); ii) conhecimento sobre medicamentos, entre muito alto, alto, médio, baixo ou muito baixo; iii) interesse por medicamentos, entre muito alto, alto, médio, baixo ou muito baixo. Era de se esperar que diferenças nessas características do consumidor se ligassem a diferenças nos componentes cognitivo e afetivo de suas atitudes.

Análise

No processo de análise dos dados, compreender a natureza das variáveis utilizadas para medir um construto é o primeiro passo para se determinar a técnica mais apropriada. Nesta pesquisa as variáveis são mensuradas com escalas de Likert, com sete posições, a rigor apenas ordinais. Mas há quem endosse o tratamento desse tipo de escala como intervalar, tendo por argumento resultados supostamente próximos de uma tal posição *vis-à-vis* das indicações fornecidas por análises que a considerem como ordinal (MALHOTRA, 2001). Prenovost (1999) lembra a importância dessa questão, pois as escalas Likert são predominantes na pesquisa das ciências comportamental e social. A autora lamenta que variáveis ordinais sejam tão usadas em análises paramétricas. Tal prática seguiria perpetuando-se

pela falta de consciência das exigências para os dados nos procedimentos paramétricos e carência de exposição a técnicas estatísticas desenvolvidas para dados ordinais. Por isso, aqui os dados das escalas Likert são assumidos como de natureza apenas ordinal.

A estatística mais apropriada para descrever a tendência central de avaliações em escalas nominais ou ordinais é a mediana. Relativa à distribuição dos escores, não é afetada por mudanças nas avaliações acima ou abaixo dela, mantida a quantidade de avaliações. Com essas escalas, também hipóteses podem ser testadas com testes estatísticos não paramétricos baseados num modelo que especifica unicamente condições gerais não relacionadas a uma forma específica de distribuição da população da qual a amostra foi extraída.

Os testes não paramétricos não requerem grupos comparados do mesmo tamanho (SIEGEL; CASTELLAN, 1988). Assim como o teste paramétrico "t" compara as médias de duas amostras independentes, os testes não paramétricos comparam o centro das amostras (CLOGG; SHIHAD, 1994). A diferença é que os últimos não têm pressupostos sobre a distribuição dos dados. Os testes não paramétricos são livres da distribuição (SIEGEL; CASTELLAN, 1988). Nesta pesquisa, os testes não paramétricos, que permitiriam testar se diferenças entre grupos na amostra (por exemplo, diferença na atitude sobre medicamentos de indivíduos saudáveis e não saudáveis) podem ou não ser generalizadas para a população, não foram realizados. Isso porque, tratando-se de uma amostra não probabilística (amostragem intencional por julgamento), não é possível fazer generalizações.

Nas estatísticas não paramétricas, além dos testes há as medidas de associação, entre as quais adotou-se o coeficiente de correlação Spearman de classificação (r_s) que é uma medida de associação entre duas variáveis. Devem ser medidas pelo menos em escala ordinal, de modo que os objetos e indivíduos sob estudo possam ser classificados em duas séries organizadas. A hipótese nula

do teste é que as duas variáveis não são associadas, ou seja, são independentes. Já a hipótese alternativa pode ser de duas formas: há associação (teste de duas caldas) ou associação positiva (ou negativa) entre as variáveis (teste de uma calda). A eficiência do coeficiente Spearman chega a 91% quando comparado com o mais poderoso teste paramétrico de associação, o coeficiente Pearson (r) (SIEGEL; CASTELLAN, 1988). Usando-se r_s para testar a existência de associação na população para a qual os pressupostos requeridos pelo coeficiente Pearson foram cumpridos, a eficiência do r_s chega a 91% do r na rejeição da hipótese nula.

Com auxílio do pacote estatístico SPSS, analisaram-se os dados por meio de distribuições de freqüências, tabulações cruzadas e coeficientes de correlação de Spearman.

Resultados

Foram medidos três construtos: i) componente cognitivo da atitude sobre medicamentos; ii) componente afetivo da atitude sobre medicamentos; iii) atitude geral. Aplicaram-se 300 questionários. Aqueles com mais de 20% de respostas faltantes foram eliminados, representando 28% (85 dos 300) dos questionários, deixando 215 válidos. Dos eliminados, 44% (37) correspondiam ao grupo de respondentes contatados na clínica e 56% (48), aos contatados ao ar livre. Uma explicação para o alto índice de questionários incompletos é a possibilidade de os respondentes deixarem em branco questões que não se aplicavam ao seu caso ou não faziam sentido para ele. Com os 215 questionários válidos prosseguiu-se nas análises.

Resultados gerais

Os resultados gerais compreendem o perfil da amostra e a análise exploratória dos dados.

Quanto às características demográficas da amostra, encontrou-se predominância do sexo feminino entre os respondentes. A faixa etária está concentrada entre 21 e 30 anos (28%) e de 31 a 40 anos (25%). Segue o grupo de respondentes en-

tre 41 e 50 anos (19%) e, em proporções menores, as faixas até 20 anos (7%), de 51 a 60 (11%) e de mais de 61 anos (10%). O nível de escolaridade da maioria dos respondentes corresponde ao 2º grau completo e superior incompleto (53%), seguindo-se o superior completo (25%). Por fim, 74% dos respondentes possuem plano de saúde.

Sobre as características de saúde da amostra, a proporção de participantes saudáveis foi de 57% e, daqueles com algum problema de saúde agudo (temporário e, portanto, respondente considerado saudável), foi de 15%. Já a proporção de respondentes com doença em processo de diagnóstico ou doença crônica foi de 16% e 12%, respectivamente. Esperava-se maior quantidade de respondentes nessas duas últimas categorias, já que a metade da amostra foi contatada numa clínica de oncologia. Talvez a inexistência de uma categoria de pessoas "curadas de doença grave" tenha elevado a proporção de pessoas saudáveis. De fato, hoje o câncer é curável em grande parte dos casos.

Quanto à variável "conhecimento sobre medicamentos", as respostas estão concentradas no nível médio (64%), seguindo-se o conhecimento baixo (21%) e muito baixo (3%). Só 10% manifestaram ter alto conhecimento sobre medicamentos e 2%, conhecimento muito alto. No "interesse por medicamentos" preponderou o nível médio (45,5% dos respondentes). Depois vem o interesse baixo e muito baixo, com 31% e 9,5%, respectivamente. Poucos respondentes manifestaram interesse alto (11%) e muito alto (3%) por medicamentos.

A análise exploratória dos dados propicia um panorama geral e uma visão crítica de suas características. No exame gráfico contou-se com histogramas, diagramas de ramo-e-fohas e gráficos de caixas e *whiskers*. Todos foram analisados junto com estatísticas descritivas, visando ao entendimento da natureza de cada variável das sub-escalas e à caracterização da forma da distribuição respectiva. Pelas restrições de espaço, a exposição aqui se concentrará nas estatísticas descritivas.

As estatísticas descritivas das sub-escalas do componente cognitivo, do componente afetivo e de atitude geral confirmaram as particularidades detectadas no exame gráfico dos dados. No componente cognitivo, as medidas de tendência central (a mediana e a moda) mostraram concentração de dados nos níveis intermediário e positivo das escalas, que vão de 1 (negativo) a 7 (positivo). A dispersão das avaliações foi relativamente pequena, pois os intervalos interquartis variaram de 4 a 7 para todas as variáveis. A mediana mínima foi 5 e a máxima 7, nas sete variáveis, reforçando a tendência de avaliações positivas. Nos itens (útil / inútil), (confiável / duvidoso), (seguro / perigoso), (benéfico / prejudicial) e (saudável / não saudável), a moda foi a avaliação máxima da escala (7). Já para os itens (perfeito / imperfeito) e (valioso / sem valor), a moda foi a avaliação intermediária (4).

No componente afetivo, as medidas de tendência central mostraram concentração de dados no nível intermediário das escalas. A dispersão das avaliações foi relativamente pequena, pois os intervalos interquartis variaram de 4 a 6 para todas as variáveis. As medidas de tendência central concentraram-se no meio da escala. Isso reflete certa indiferença dos respondentes nas emoções e nos sentimentos em relação a medicamentos.

Na atitude geral, as medidas de tendência central das variáveis (positivo / negativo) e (bom / ruim) concentram-se no lado direito da distribuição. Isto é, as avaliações nessas variáveis foram predominantemente positivas. Já a variável (agradável / desagradável) mostrou concentração similar nas avaliações intermediárias e positivas, enquanto (bom / ruim) apresentou mais avaliações no meio da escala. A dispersão das avaliações foi relativamente pequena em todas elas, pois os intervalos interquartis variaram de 4 a 7 para todas as variáveis. Em (positivo / negativo) e (bom / ruim) a moda foi 7 e a mediana 6, indicando concentração de avaliações positivas. Os valores máximos e mínimos em todas as variáveis foram 7 e 1.

Na sub-escala do componente cognitivo houve quantidade mínima de dados faltantes, em torno de 1% do total de casos, em algumas variáveis (perfeito / imperfeito), (seguro / perigoso), (valioso / sem valor) e (saudável / não saudável). Já na sub-escala componente afetivo, a quantidade de dados faltantes foi bem maior. As variáveis com mais dados faltantes foram (encantado / desencantado) (6%), (felicidade / tristeza) (5%), (carinho / raiva) (7%) e (diversão / tédio) (8%). Nessas variáveis, os valores da média e da mediana são 4 ou bem próximos disso, enquanto a moda é sempre 4. A sub-escala de atitude geral (agradável / desagradável) apresentou um dado faltante e (bom / ruim) dois.

Talvez as variáveis com mais dados faltantes tenham sido pouco adequadas para a avaliação da atitude sobre medicamentos, pela indiferença de boa parte dos respondentes (avaliações concentradas no meio da escala). Outra possibilidade é que o componente afetivo da atitude (sub-escala com maior quantidade de dados faltantes) sobre medicamentos seja algo inexpressivo para esse tipo de produto. Ou seja, os medicamentos não gerariam emoções nem sentimentos (positivos ou negativos). Por fim, pode ser que respondentes que marcaram 4 e aqueles que não responderam tivessem o mesmo motivo: não sentir em grau algum a lista de emoções apresentadas em cada uma dessas variáveis. O exposto sugere certa inclinação cognitiva da atitude do consumidor.

Quatro das sete variáveis do componente cognitivo da atitude sobre medicamentos (útil / inútil), (confiável / duvidoso), (seguro / perigoso) e (benéfico / prejudicial) tiveram *outliers* e valores extremos, que correspondem basicamente a avaliações negativas. Isso reforça a já detectada concentração de avaliações positivas no componente cognitivo. Esses valores atípicos são casos em que o respondente avalia negativamente sua experiência com o medicamento. Tal evento é perfeitamente possível e, portanto, deve estar presente na amostra. Toda-

via, o interesse é verificar a relação dessas avaliações com a atitude geral sobre o medicamento.

Quanto às variáveis do componente afetivo da atitude sobre medicamentos, houve características bem diferentes daquelas do componente cognitivo. Como já notado na análise dos gráficos e nas estatísticas descritivas, as variáveis (encantado / desencantado), (carinho / raiva) e (diversão / tédio) se confirmam especiais. Suas avaliações foram 4 em quase todos os casos, tornando *outlier* qualquer avaliação diferente. Pelas várias indicações de inadequação dessas variáveis para medir o componente afetivo da atitude sobre medicamentos, optou-se por retirá-las das análises subseqüentes.

Finalmente, nas variáveis da atitude geral sobre medicamentos houve *outliers* em algumas delas. Por representarem eventos perfeitamente possíveis,

acompanhando as avaliações nas sub-escalas dos componentes cognitivo e afetivo, os *outliers* serão mantidos para as análises posteriores.

Correlações de Spearman

Para analisar os componentes da atitude do consumidor sobre medicamentos, observou-se a associação entre os construtos: i) componente cognitivo da atitude e atitude geral; ii) componente afetivo da atitude e atitude geral. Para cada construto, as freqüências em cada indicador da escala foram contadas, criando-se três novas variáveis correspondentes aos construtos. A contagem das freqüências do construto componente cognitivo consta da Tabela 1. O procedimento foi o mesmo para os construtos componente afetivo e atitude geral. A esses construtos aplicou-se a correlação de Spearman.

Tabela 1 – Contagem de freqüências dos indicadores do construto componente cognitivo

Níveis da escala	Freqüências nos indicadores da subescala do componente cognitivo da atitude							Construto componente cognitivo
	r18: Útil / Inútil	r20: Confiável / Duvidoso	r21: Perfeito / Imperfeito	r22: Seguro / Perigoso	r23: Benéfico / Prejudicial	r24: Valioso / Sem valor	r25: Saudável / Não saudável	
1	2	1	1	1	1	3	8	17
2	0	2	2	4	5	3	7	23
3	1	4	20	7	10	9	26	77
4	4	23	81	28	15	70	48	269
5	21	37	53	41	34	46	33	265
6	36	49	37	46	46	42	37	293
7	151	99	19	87	104	38	53	551

Fonte: os Autores

A correlação de Spearman foi mais forte entre o componente cognitivo da atitude e a atitude geral (0,964) do que entre o componente afetivo da atitude e a atitude geral (0,679), sendo significativa (N.S. 0,01) unicamente a primeira. Isso indica uma

atitude do consumidor predominantemente cognitiva, mais relacionada às características funcionais do produto do que aos benefícios emocionais.

Adicionalmente, verificou-se se havia diferenças nos componentes da atitude do consumidor

sobre medicamentos OTC e de prescrição. Para tanto, agruparam-se os casos de medicamentos de tarjas vermelha e preta. Desse modo restaram duas categorias: i) medicamentos OTC; ii) medicamentos de prescrição. Analisou-se, para cada tipo de medicamento, a associação entre os construtos: i) componente cognitivo da atitude e atitude geral; ii) componente afetivo da atitude e atitude geral. Aplicou-se novamente a correlação de Spearman. Para ambos os tipos de medicamento, a associação foi mais forte entre o componente cognitivo da atitude e a atitude geral (0,964 nos OTC e 0,955 nos de prescrição) do que entre o componente afetivo da atitude e a atitude geral (0,714 nos OTC e 0,595 nos de prescrição), sendo significantes unicamente as correlações do componente cognitivo (N.S. 0,01). Isso reforça uma atitude do consumidor predominantemente cognitiva sobre ambos os tipos de medicamento.

Para verificar se há diferença nos componentes da atitude do consumidor sobre medicamentos entre pessoas saudáveis e não saudáveis, os respondentes foram separados em dois grupos: i) respondentes saudáveis, agrupando-se participantes saudáveis ou com algum problema passageiro de saúde (doença aguda); ii) respondentes não saudáveis, agrupando-se participantes com doença sendo diagnosticada e doença crônica. Daí analisou-se, para cada tipo de respondente, a associação entre os construtos: i) componente cognitivo da atitude e atitude geral; ii) componente afetivo da atitude e atitude geral. Aplicou-se a correlação de Spearman.

Para os respondentes saudáveis, a associação foi mais forte entre o componente cognitivo da atitude e a atitude geral (1,000) do que entre o componente afetivo da atitude e a atitude geral (0,643), sendo significativa unicamente a primeira (N.S. 0,01). Isso indica que a atitude desse tipo de consumidor é predominantemente cognitiva. Já para respondentes não saudáveis, as correlações entre o componente cognitivo da atitude e a atitude geral (0,955) e entre o componente afeti-

vo da atitude e a atitude geral (0,865) são próximas e ambas significantes (N.S. 0,01 e 0,05, respectivamente). Isso indica que pessoas com problemas de saúde geram mais emoções com relação a medicamentos do que as saudáveis.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES

Diante do objetivo de se avaliar os componentes da atitude do consumidor sobre medicamentos, encontrou-se predominância do componente cognitivo. A atitude está formada principalmente por julgamentos sobre os atributos funcionais do produto. Os benefícios funcionais influenciam mais a atitude do que os benefícios emocionais. Então, na tipologia de produtos de Vaughn (1980), medicamentos estariam entre os informativos, caracterizados como importantes para os consumidores e que satisfazem necessidades utilitárias. Na escolha de produtos informativos prevalecem raciocínio e considerações econômicas, portanto uma estratégia de propaganda informativa (com apelos racionais) seria mais adequada, abordando motivações que evitam ou reduzem problemas e fornecendo informação acerca do produto ou marca (PERCY, 1991). De fato, a indústria farmacêutica reconhece a importância da informação e não somente da persuasão na propaganda de medicamentos ao consumidor (INGRAM, 1999), embora nem sempre a ofereça (MENON *et al*, 2004). O consumidor no mercado farmacêutico evoluiu nos últimos anos. Ele tem maior controle sobre sua saúde e está mais informado sobre terapias médicas que afetam seu bem-estar (SMITH *et al*, 2002). Isso se refletiu nos resultados desta pesquisa sobre os componentes da atitude sobre medicamentos.

Todavia, como vimos, alguns modelos de planejamento de propaganda recomendam emparelhar o apelo da propaganda aos componentes da atitude em relação ao produto. Logo, tendo sido constatado empiricamente que a atitude so-

bre medicamentos é predominantemente cognitiva, a propaganda deveria utilizar apelos racionais. Porém, uma análise de conteúdo da propaganda de medicamentos (ao consumidor) em revista revelou preferência pelo uso de apelos emocionais (HUERTAS; URDAN, 2004). Então, talvez se esteja subestimando a sofisticação do consumidor. O anunciante que não oferece informações à audiência, considerando que os consumidores são incapazes de compreendê-las ou de utilizá-las corretamente, pode não estar sendo realista. Nos dias de hoje, em que o acesso à informação não é problema, o consumidor está constantemente exposto a informações médicas em jornais, revistas, televisão, Internet, etc., ávido por conhecimento que afete direta ou indiretamente seu bem-estar e seu estado de saúde (INGRAM, 1999).

Por outro lado, Mazis *et al* (1992) já alertavam para a necessidade de se considerar as particularidades das distintas categorias de produtos ao se tratar de atitude. Por isso, as atitudes frente às subcategorias medicamentos OTC e de prescrição foram aqui analisadas. Os resultados indicaram predominância da atitude cognitiva para ambos os tipos de remédio.

A estrutura da atitude de respondentes saudáveis mostrou-se predominantemente cognitiva. O consumidor quase não experimenta emoções em relação ao medicamento, estando interessado apenas em resolver um problema passageiro (como uma cólica ou os sintomas de uma gripe). Sendo os benefícios emocionais bem menos importantes na formação da atitude sobre o produto do que os benefícios funcionais, a propaganda com um formato simples de solução de problema seria uma boa alternativa (ROSSITER *et al*, 1991). Mais especificamente, a recomendação é incluir um único benefício ou um grupo deles. Esse pode ser o caso de medicamentos OTC como analgésicos e antigripais. Tais produtos parecem ser mais anunciados em televisão e utilizariam principalmente apelos racionais, mas não há estudo científico que corrobore essa conjectura.

Já na atitude do respondente não saudável, o componente afetivo ganha importância, ficando próximo do componente cognitivo. Pessoas doentes podem estar fragilizadas emocionalmente, não vendo o remédio apenas como um produto funcional, mas como gerador de bem-estar, emoções e sentimentos. Essa é uma descoberta importante, porque medicamentos em geral são tidos como produtos informativos (MAIN *et al*, 2004). Mas os resultados aqui encontrados – atitude do consumidor sobre o medicamento predominantemente cognitiva para respondentes saudáveis e cognitivo-afetiva para respondentes não saudáveis – confirmam que o estado de saúde do consumidor influencia os componentes de sua atitude. Corroborou-se que essa é uma das características que mais influenciaria a atitude sobre produtos e propaganda no caso de medicamentos (PERRI; DICKSON, 1998).

Pessoas com problemas de saúde mais sérios, em que o lado emocional seria afetado, são influenciadas tanto pelos benefícios funcionais quanto pelos emocionais. O medicamento representaria mais do que a solução de um problema. Sentimentos como alegria de ter a possibilidade de cura ou a aceitação da necessidade do remédio influenciariam a atitude do consumidor sobre medicamentos. Nessa direção, Huertas e Urdan (2004) constataram maior uso de apelos emocionais na propaganda de medicamentos de prescrição (provavelmente mais utilizados por pessoas não saudáveis) do que na dos medicamentos OTC. São indícios de que os laboratórios farmacêuticos podem estar seguindo a recomendação de emparelhar os apelos à atitude nos medicamentos de prescrição. A indústria farmacêutica considera que medicamentos de prescrição atendem necessidades como reconhecimento, exibicionismo e estimulação (SMITH *et al*, 2002). Logo, a atitude sobre esses medicamentos seria predominantemente afetiva.

Em síntese, a atitude do consumidor saudável é formada principalmente pela capacidade de

o remédio resolver pequenos problemas (atitude cognitiva). Já a atitude do consumidor não saudável é formada pelos atributos funcionais e emocionais que o produto proporciona (atitude cognitivo-afetiva). Esses resultados devem ser considerados na elaboração de mensagens de propaganda orientadas para educar a população e não simplesmente para aumentar vendas.

Algumas limitações desta pesquisa devem ser consideradas. A primeira está relacionada ao procedimento de amostragem seguido. Não tendo havido uma amostragem probabilística da população, os resultados não podem ser generalizados. Pesquisas futuras devem considerar esse requisito, o que exigirá mais recursos do que os disponíveis para este trabalho. Outra limitação consistiu na acurácia das mensurações realizadas. Não foram examinadas as propriedades psicométricas das escalas utilizadas. Variedade de fatores pode causar erros de mensuração, o que leva o escore observado a ser diferente do verdadeiro escore da característica mensurada (CHURCHILL, 1991). Logo, verificar a validade, fidedignidade e dimensionalidade das escalas é fundamental em pesquisas posteriores, assim como testar os instrumentos com outros tipos de medicamento. Melhor ainda seria construir e validar uma escala específica para atitude sobre medicamentos.

Também pode ter incidido um viés de desejabilidade social (ERFFMEYER *et al*, 1999) nos respondentes. Tal viés resulta de respostas não ba-

seadas naquilo que a pessoa realmente acredita e sente, mas no que percebe como socialmente apropriado. No tocante às atitudes dos respondentes sobre medicamentos, é possível que o componente cognitivo tenha pesado mais na atitude geral pela incidência desse tipo de viés.

Nesta pesquisa a atitude sobre medicamentos foi estudada numa perspectiva bidimensional. Mas é possível que seus componentes cognitivo e afetivo agrupem outros tipos de informação, num modelo hierárquico de atitude. Um modelo desse tipo, sugerido por Dubé *et al* (2003), considera que os componentes da atitude abrangem informações imediatas e deliberativas. Tal modelo, proposto para alimentos, pode ser o passo seguinte no estudo da atitude sobre medicamentos. ➔

Recebido em: abr. 2006 · Aprovado em: ago. 2006

Melby Karina Zuniga Huertas

Professor do Centro Universitário da Fundação Educacional Inaciana – FEI.
Rua Cristiano Viana, 450/151
CEP: 05411-000
São Paulo, SP
Telefones: 11 3064 8948 – 11 9428 5038
E-mail: mhuertas@fei.edu.br

André Torres Urdan

Professor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – Eaes/FGV.
Rua Cristiano Viana, 450/151
CEP: 05411-000
São Paulo, SP
Telefones: 11 3064 8948 – 11 9432 2318
E-mail: aturdan@fgvsp.br

REFERÊNCIAS

AJZEN, I.; DRIVER, B. L. Contingent value measurement: on the nature and meaning of willingness to pay. **Journal of Consumer Psychology**. [S.l.], v. 1, n. 4, p. 297-316, 1992.

ALLPORT, Gordon W. Attitudes. In: MURCHINSON, C. A. A handbook of

social psychology. Worcester, MA: Clark University Press, 1935 *apud* SHETH, Jagdish N. *et al*. **Comportamento do cliente: indo além do comportamento do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2001.

BABIN, Barry J.; DARDEN, William R. **Work and/or fun: measuring hedonic**

and utilitarian shopping value. **Journal of Consumer Research**, v. 20, n. 4, p. 644-656, Chicago, March 1994.

BAGOZZI, R. P. *et al*. **The social psychology of consumer behaviour**. Buckingham: Open University Press, 2002.

- BAGOZZI, R. P.; BURNKRANT, R. E. Attitude organization and the attitude-behavior relation: a replay to Dillon and Kumar. **Journal of Personality and Social Psychology**. [S.l.], v. 49, n. 1, p. 47-57, 1985.
- BAGOZZI, R. P.; BURNKRANT, R. E. Single components versus multicomponent models of attitude: some cautions and contingencies for their use. In: OLSON, J. (Org.). **Advances in Consumer Research**, v. VII. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 1980.
- BATRA, Rajeev; AHTOLA, Olli T. Measuring the hedonic and utilitarian sources of consumer attitudes. **Marketing Letters**. [S.l.], v. 2, n. 2, p. 159-170, April 1991.
- BLACKWELL Roger D. *et al.* **Comportamento do consumidor**. 9 ed. São Paulo: Pionera Thomson Learning, 2005.
- BRECKLER, S. J.; WIGGINS, E. C. Affect versus evaluation in the structure of attitudes. **Journal of Experimental Social Psychology**. [S.l.], v. 25, n. 3, p. 253-271, 1989.
- BUCK, Ross *et al.* Emotion and reason in persuasion: applying the ARI model and the CASC scale. **Journal of Business Research**. [S.l.], v. 57, n. 6, p. 647-656, June 2004.
- BURKE, Marian Chapman; EDELL, Julie A. The impact of feelings on ad-based affect and cognitions. **Journal of Marketing Research**, v. 26, n. 1, p. 69-83, Austin, Feb. 1989.
- CHANDON, Pierre *et al.* A benefit congruency framework of sales promotion effectiveness. **Journal of Marketing**, v. 64, n. 4, p. 65-81, New York, October 2000.
- CHURCHILL Jr., Gilbert A. **Marketing research: methodological foundations**. 5th ed. Fort Worth: The Dryden Press, 1991.
- CLOGG, Clifford C.; SHIHADDEH, Edward S. **Statistical models for ordinal variables: advances quantitative techniques in the social sciences**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
- CRITES, Stephen L. *et al.* Measuring the affective and cognitive properties of attitudes: conceptual and methodological issues. **Personality and Social Psychology Bulletin**. [S.l.], v. 20, n. 6, December 1994.
- CROWTHER, Jonathan *et al.* (Org.). **Oxford advanced learner's dictionary**. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- DHAR, Ravi; WERTENBROCH, Klaus. Consumer choice between hedonic and utilitarian goods. **Journal of Marketing Research**, v. 37, n. 1, p. 60-71, Austin, Feb. 2000.
- DILLON, William R. *et al.* Understanding what's in a brand rating: a model for assessing brand and attribute effects and their relationship to brand equity. **Journal of Marketing Research**, v. 38, n. 4, p. 415-429, Austin, Nov. 2001.
- DUBÉ, Laurette *et al.* Should advertising appeals match the basis of consumer attitudes? **Journal of Advertising Research**, v. 36, n. 6, p. 82-90, Cambridge, Nov./Dec. 1996.
- DUBÉ, Laurette *et al.* Should consumer attitudes be reduce to their affective and cognitive bases? Validation of a hierarchical model. **Journal of Research in Marketing**. [S.l.], v. 20, n. 3, p. 259-272, Sep. 2003.
- EAGLY, A. H. *et al.* Cognitive and affective bases of attitudes toward social groups and social policies. **Journal of Experimental Social Psychology**. [S.l.], v. 30, n. 2, p. 113-137, 1994.
- EAGLY, A. H.; CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes**. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich, 1993.
- ENGEL, James F. *et al.* **Comportamento do consumidor**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.
- ERFFMEYER, Robert C. *et al.* An empirical investigation of Japanese consumer ethics. **Journal of Business Ethics**. [S.l.], v. 18, n. 1, p. 35-50, Jan. 1999.
- FAZIO, R. H. *et al.* The role of attitude accessibility in the attitude-to-behavior process. **Journal of Consumer Research**, v. 16, n. 3, p. 280-88, Chicago, Dec. 1989.
- GRIMM, Laurence G.; YARNOLD, Paul R. **Reading and understanding more multivariate statistics**. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
- HADDOCK, G. *et al.* Assessing the structure of prejudicial attitudes: the case of attitudes towards homosexuals. **Journal of Personality and Social Psychology**. [S.l.], v. 65, p. 1105-118, 1993.
- HAIR Jr., Joseph F. *et al.* **Multivariate data analysis**. 5th ed. New York: Macmillan, 1998.
- HAMILTON, Davis B. Institutional economics and consumption. **Journal of Economic Issues**. [S.l.], v. 21, n. 4, p. 1531-1553, Dec. 1987.
- HUERTAS, Melby K.; URDAN; André. Propaganda de medicamento no Brasil: informação ou emoção? In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - Enanpad, 28, 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Anpad, 2004.
- INGRAM, Robert A. The pharmaceutical industry. **Vital Speeches of the Day**. [S.l.], v. 65, n. 7, p. 213-219, Jan. 1999.
- LECLERC, F. *et al.* Foreign branding and its effects on product perception and attitudes. **Journal of Marketing Research**, v. 31, n. 2, p. 263-270, Austin, 1994.
- MAIN, Kelley J. *et al.* Pharmaceutical advertising in the USA: information or influence? **International Journal of Advertising**. [S.l.], v. 23, n. 1, p. 119-142, 2004.
- MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MAZIS, Michael B. *et al.* Perceived age and attractiveness of models in cigarette advertisements. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 1, p. 22-37, New York, Jan. 1992.

MENON Ajit M. *et al.* A model assessing the effectiveness of direct-to-consumer advertising: integration of concepts and measures form marketing and healthcare. **International Journal of Advertising**. [S.l.], v. 23, p. 91-118, 2004.

MILLER, Kenneth E.; WALLER, David S. Attitudes towards DTC advertising in Australia: an exploratory study. **International Journal of Advertising**. [S.l.], v. 23, p. 389-405, 2004.

MOWEN, John C.; MINOR, Michael S. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

NETEMEYER, Richard G. *et al.* **Scaling procedures: issues and applications**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.

PARK, C. Whan *et al.* Strategic brand concept-image management. **Journal of Marketing**, v. 50, n. 4, p. 135-145, New York, Oct. 1986.

PERCY, Larry. Understanding the mediating effect on motivation and emotion in advertising measurement. In: **Transcript proceedings of the 8th annual advertising research foundation copy research workshop**. New York: Advertising Research Foundation, 1991.

PERRI, M.; DICKSON, M. W. Consumer reaction to a direct-to-consumer prescription drug advertising campaign. **Journal of Health Care Marketing**. [S.l.], v. 8, n. 2, p. 66-99, 1988.

PETTY Richard E. *et al.* Attitudes and attitude change. **Annual Review of Psychology**. [S.l.], n. 48, n. 1, p. 609, 1997.

PEYROT, M. *et al.* Direct-to-consumer ads can influence behavior. **Marketing Health Services**. [S.l.], v. 18, p. 26-32, 1998.

PRENOVOST, L. Katherine. Books reviews: statistical models for ordinal variables. **Structural Equation Modeling**. [S.l.], v. 6, n. 2, p. 212-215, 1999.

ROSSITER, John R. *et al.* A better advertising planning grid. **Journal of Advertising Research**, v. 31, n. 5, p. 11-21, Cambridge, 1991.

ROSSITER, John R.; PERCY, Larry. **Advertising and promotion management**. New York: McGraw-Hill, 1987.

SHETH, Jagdish N. *et al.* **Comportamento do cliente: indo além do comportamento do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2001.

SHETH, Jagdish N. *et al.* **Marketing theory: evolution and evaluation**. New York: John Wiley and Sons, Inc., 1988.

SHIELDS, T. Drug-ad fight looms in congress: lobbyists on offensive to protect \$2 bill category. **Ad Week**, v. 27, p. 2, New York, Jan. 2003.

SIEGEL, Sidney; CASTELLAN, N. John Jr. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences**. 2nd ed. Boston: McGraw Hill, 1988.

SMITH, Mickey C. *et al.* **Pharmaceutical marketing: principles, environment, and practice**. New York: The Haworth Press, 2002.

SPANGENBERG, Eric R. *et al.* Measuring the hedonic and utilitarian dimensions of attitude: a generally applicable scale. **Advances in Consumer Research**. [S.l.], v. 24, n.1, p. 235-241, 1997.

VANGHN, Richard. How advertising works: a planning model revisited. **Journal of Advertising Research**, v. 26, n. 1, p. 56-66, Cambridge, 1986.

VANGHN, Richard. How advertising works: a planning model. **Journal of Advertising Research**, v. 20, n. 5, p. 27-33, Cambridge, 1980.

VOSS, Kevin E. *et al.* Measuring the hedonic and utilitarian dimensions of consumer attitude. **Journal of Marketing Research**, v. 40, n. 3, p. 310-320, Austin, Aug. 2003.