

**LANÇAMENTO DE UM MEDICAMENTO PARA A
CESSAÇÃO TABÁGICA**

Pedro Silva Godinho

**Projecto de Mestrado
em Gestão**

Orientador:
Doutor Miguel Pinho Santos Silva, Director-executivo da PharmaPlanet

Novembro 2011

Agradecimento

Um especial agradecimento ao Dr. Miguel Pinho Santos Silva, pelo seu contributo inestimável, incentivo e apoio prestado como orientador desta tese de mestrado.

RESUMO

Aproximadamente 23% dos portugueses fuma diariamente. Do total de fumadores, só 10% estão motivados para deixar de fumar e procuram tratamento.

O mercado nacional da cessação tabágica é dominado pelos substitutos da nicotina e pela Vareniclina. Atualmente, este mercado vale apenas 3,2 M€ mas tem um grande potencial de expansão.

O Tabaquit[®] (Tabaniclina) é um medicamento desenvolvido especificamente para a cessação tabágica, que alivia os sintomas de abstinência e dependência associados à suspensão do consumo de tabaco e, simultaneamente, reduz os efeitos compensatórios e de reforço associados ao ato de fumar. O regime terapêutico sugerido é 1 comprimido, uma vez ao dia, durante 3 meses.

O seu lançamento oficial está previsto para Janeiro de 2013. A estratégia prevista para o Tabaquit[®] é assumir e manter a liderança do mercado da cessação tabágica (atualmente 40% abaixo do máximo alcançado no início de 2008). Para atingir esse objetivo, a Tabaniclina apresenta como principal característica diferenciadora um preço significativamente mais baixo (-32%) do que a média do mercado. Possui também o melhor perfil de eficácia e segurança. O objetivo é ser uma medicação eficaz e acessível a todos os fumadores, sobretudo numa altura em que estes têm uma disponibilidade financeira menor.

Estima-se que este novo medicamento atinja os 2 milhões de euros em vendas totais no final do ano de lançamento (4ºT 2013) e vendas totais de mais de 50 milhões de euros durante os primeiros 5 anos de comercialização (até ao 4ºT 2017).

Palavras-chave:

cessação tabágica; medicamento; Portugal; Tabaniclina

JEL Classification System:

I11 – Analysis of Health Care Markets; M10 – General (Business Administration)

ABSTRACT

Approximately 23% of Portuguese inhabitants are daily smokers. Nevertheless, only 10% of these smokers are motivated to quit smoking and seek treatment.

The national smoking cessation market is dominated by nicotine replacement therapies and Varenicline. Presently, this market is worth only 3.2 M€but it has a great expansion potential.

Tabaquit[®] (Tabanicline) is a drug specifically developed for smoking cessation, that reduces the abstinence symptoms and craving associated with tobacco consumption withdrawal and, simultaneously, reduces the rewarding and reinforcing effects associated with smoking. The recommended therapeutic regime is a daily pill, for 3 months.

Its official launch is expected in January 2013. The expected strategy for Tabaquit[®] is to achieve and maintain the leadership of the smoking cessation market (currently 40% below the peak achieved early in 2008). In order to fulfill this objective, Tabanicline presents as main differentiating characteristic its significantly lower price (-32%), comparatively with the market average. It has also the best efficacy and safety profile. It aims to be an effective drug, accessible to all smokers, especially in a time when they have a lower available income.

It is estimated that this new drug will have total sales of 2 M€by the end of the launch year (Q4 2013) and total sales up to 50 M€within the first 5 year of commercialization (up to Q4 2017).

Keywords:

smoking cessation; drug; Portugal; Tabanicline

JEL Classification System:

I11 – Analysis of Health Care Markets; M10 – General (Business Administration)

ÍNDICE

1 - SUMÁRIO EXECUTIVO	1
2 - ONDE ESTAMOS? (análise de mercado).....	3
2.1 - Situação socioeconómica de Portugal	3
2.2 - Sistema de saúde português	4
2.3 - Mercado farmacêutico em Portugal.....	6
2.4 - Condicionantes regulamentares do mercado farmacêutico	8
2.5 - Tabagismo em Portugal.....	8
2.6 - Consultas de cessação tabágica	10
2.7 - Legislação sobre o tabaco.....	11
2.8 - Patologias associadas ao Tabagismo	12
2.9 - Benefícios da Cessação Tabágica.....	12
2.10 - Cessação tabágica em Portugal.....	14
2.11 - A Empresa	16
2.12 - Portefólio de produtos	17
2.13 - Relatório e contas	18
2.14 - Papel do Tabaquit® na cessação tabágica	19
2.15 - Análise dos concorrentes	21
2.16 - Síntese da análise de mercado	25
3 - PARA ONDE QUEREMOS IR? (metas e objetivos).....	27
3.1 - Metas	27
3.2 - Objetivos.....	28
4 - O QUE FAZER PARA O ATINGIR? (estratégias e táticas).....	30
4.1 - SWOT do Tabaquit®	30
4.2 - Proposição de valor do produto	31
4.3 - Oportunidades-chave	32
4.4 - Segmentação do mercado (método comportamental).....	33
4.5 - Posicionamento.....	36
4.6 - Fatores críticos de sucesso.....	36
4.7 - Estratégia (competição pelos custos).....	37
4.8 - Táticas.....	39
4.9 - Táticas pré-lançamento.....	44
4.10 - Táticas para o lançamento	45
4.11 - Estimativas	46
5 - MÉTRICAS DE CONTROLO	48
6 - CONCLUSÃO	49
7 - BIBLIOGRAFIA	50
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ADICIONAIS	53

1 - SUMÁRIO EXECUTIVO

- Portugal atravessa uma profunda crise económica e social. O seu PIB *per capita* é cerca de 2/3 da média dos parceiros europeus (EU-27), o desemprego ascende a 13,5% e verifica-se uma quebra acentuada no consumo privado.
- Aproximadamente 23% dos portugueses fuma diariamente. Do total de fumadores, só 10% estão motivados para deixar de fumar e procuram tratamento.
- O mercado nacional da cessação tabágica é dominado largamente pelos substitutos da nicotina (pastilhas, microcomprimidos e pensos transdérmicos) e pela Vareniclina (líder de mercado). Atualmente, este mercado vale cerca de 3,2 milhões de Euros mas está subexplorado e tem um grande potencial de expansão.
- O Tabaquit[®] (Tabaniclina) é um medicamento desenvolvido especificamente para a cessação tabágica, que alivia os sintomas de abstinência e dependência associados à suspensão do consumo de tabaco e, simultaneamente, reduz os efeitos compensatórios e de reforço associados ao ato de fumar.
- Em Janeiro de 2012, o Tabaquit[®] será submetido à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), para aprovação da autorização de comercialização no mercado. O lançamento oficial deste medicamento está previsto para Janeiro de 2013.
- Apresentar-se-á sob a forma de um comprimido de toma única diária e estará indicado para ajudar fumadores motivados que queiram deixar de fumar. O regime terapêutico sugerido é 1 comprimido uma vez ao dia, durante 3 meses.
- A estratégia prevista para o Tabaquit[®] é assumir e manter a liderança do mercado da cessação tabágica (atualmente 40% abaixo do máximo alcançado no início de 2008), destronando os principais “*players*” do mercado.

- Para atingir esse objetivo, a Tabaniclina apresenta como principal característica diferenciadora um preço significativamente mais baixo (-32%) do que a média do mercado. Possui também o melhor perfil de eficácia e segurança. O objetivo é ser uma medicação eficaz e acessível a todos os fumadores, sobretudo numa altura em que estes têm uma disponibilidade financeira menor.
- Para que o Tabaquit[®] se implemente com sucesso no mercado, sugere-se que a sua estratégia assente em 3 pilares:
 - Crescimento e consolidação – promover e generalizar a utilização do Tabaquit[®], que deverá ser reconhecido pelos prescritores como a medicação preferencial (e de baixo custo) de todos os fumadores motivados para deixar de fumar;
 - Diversificação – aumentar o conhecimento acerca da doença (tabagismo), envolvendo ativamente os profissionais de saúde no seu tratamento e alcançar os fumadores que utilizaram previamente (sem sucesso) outras terapêuticas;
 - Expansão de mercado – expandir o mercado da cessação tabágica através da intervenção nas fases precoces do tabagismo (antes que surjam morbilidades) e alcançar os fumadores que ainda não estão motivados para deixar de fumar.
- Estima-se que este novo medicamento atinja os 2 milhões de euros em vendas totais no final do ano de lançamento (4ºT 2013) e vendas totais de mais de 50 milhões de euros durante os primeiros 5 anos de comercialização (até ao 4ºT 2017).
- A perda de exclusividade da Tabaniclina só ocorrerá em 2022, pelo que existirão várias possibilidades para otimizar o seu ciclo de vida e o seu retorno, nomeadamente, realizar estudos em subpopulações específicas (sub-representadas ou excluídas nos ensaios clínicos já realizados – por exemplo, os jovens), com comorbilidades particulares (doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crónica, patologia psiquiátrica) ou então estudos de “vida real” (estudos observacionais) na população portuguesa.

2 - ONDE ESTAMOS? (análise de mercado)

2.1 - Situação socioeconómica de Portugal

A República Portuguesa localiza-se no Sudoeste da Europa, mais propriamente na zona ocidental da Península Ibérica, e é a nação mais ocidental do continente europeu. O território português tem uma área total de 92 090 km², e é delimitado a norte e leste por Espanha e a sul e oeste pelo Oceano Atlântico, e compreende uma parte continental e duas regiões autónomas: os arquipélagos dos Açores e da Madeira, localizados no Atlântico Norte. A população residente em Portugal é de 10.555.853 indivíduos.^{1,2}

Portugal é hoje um país desenvolvido, e com um Índice de Desenvolvimento Humano muito elevado.³ Encontra-se entre os 25 países do mundo com melhor qualidade de vida, ocupando a 23^a posição e é o 17^o país mais pacífico do mundo.^{4,5} Portugal tornou-se uma economia diversificada e cada vez mais alicerçada no sector terciário, sobretudo desde a adesão à Comunidade Europeia (precursora da atual União Europeia) em 1986. Aderiu à moeda única em 1998, tendo a circulação do euro começado a 1 de Janeiro de 2002.

O produto interno bruto *per capita* é, aproximadamente, dois terços da média da União Europeia (EU-27). Os principais obstáculos apontados ao aumento da produtividade e ao crescimento são o sistema educativo com sérias lacunas e o mercado de trabalho pouco flexível.⁶

Recentemente o governo implementou diversas medidas de austeridade, incluindo um corte no salário dos funcionários públicos de 5%, o congelamento dos aumentos salariais e um aumento de 2% na taxa principal do imposto sobre valor acrescentado (ambos em vigor desde 1 de Janeiro de 2011).

No início do segundo trimestre de 2011 Portugal negociou um empréstimo de 78 mil milhões de euros com a Troika (Fundo Monetário Internacional, União Europeia e Banco Central Europeu), em troca de aplicar um pacote de medidas com vista a reduzir a despesa e o peso do Estado na economia.⁷

Na proposta de orçamento do Estado para 2012, estão descritas diversas medidas que reduzirão a disponibilidade financeira, nomeadamente o corte parcial ou total dos subsídios de férias e Natal dos funcionários públicos, bem como o agravamento do IVA sobre inúmeros produtos, nomeadamente os alimentares.

De acordo com o gabinete de estudos económicos e financeiros do Banco Português de Investimento, as previsões para o consumo privado em 2012 apontam para uma quebra de -4% (sobre a quebra prevista de -3,6% este ano), a que se associam uma subida da taxa de desemprego para 13,5% (comparativamente com a estimativa de 12,7% para o corrente ano) e uma taxa de inflação média de 2,3%.⁸

Estes dados constituem indicadores negativos na perspetiva do mercado da cessação tabágica, já que a disponibilidade financeira dos fumadores para adquirirem medicação para deixar de fumar será severamente afetada.

2.2 - Sistema de saúde português

O sistema de saúde português é caracterizado por três sistemas coexistentes: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os regimes de seguro social de saúde especiais para determinadas profissões (subsistemas de saúde) e os seguros de saúde privados. O SNS oferece uma cobertura universal e é tendencialmente gratuito para os utentes, garantindo a equidade no acesso à saúde.⁹ Além disso, cerca de 25% da população é coberta por subsistemas de saúde e 10% possui seguros privados.¹⁰

O SNS é constituído por várias entidades públicas e privadas que atuam na promoção da saúde, na prevenção de doenças e que prestam tratamentos e meios de diagnóstico aos doentes. O SNS abrange todos os prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde (MS). No entanto, o MS e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS. Em termos de financiamento, o SNS é financiado pelo Orçamento Geral do Estado.¹¹

Relativamente aos estabelecimentos de saúde em Portugal, o seu número tem-se mantido estável nos últimos anos, pelo que se apresentam de seguida os valores disponíveis mais recentes, de 2008, para consideração: centros de saúde – 377; farmácias – 2664; postos farmacêuticos – 241. A exceção tem sido o número de hospitais que, fruto de uma política de otimização de recursos, têm vindo a ser agregados em centros hospitalares (em 2004 eram 209 e em 2008 apenas 189).¹² As farmácias, devido ao seu número e ampla distribuição geográfica, revestem-se de especial importância, não só porque se localizam próximas de hospitais e centros de saúde, como também pelo facto de os farmacêuticos poderem efetuar o aconselhamento e acompanhamento de fumadores e ex-fumadores.

Se, por um lado, o número de estabelecimentos de saúde se tem mantido estável nos últimos anos, por outro, o número de profissionais de saúde tem aumentado lentamente. Teoricamente, existem cerca de 100.000 profissionais de saúde que podem ajudar os fumadores a libertarem-se da sua adição.¹³

Tabela 1: Número de profissionais de saúde:¹³

	Médicos	Enfermeiros	Farmacêuticos
2005	36.138	48.155	9.494
2006	36.924	50.955	10.091
2007	37.904	54.079	10.117
2008	38.932	56.709	10.729
2009	40.095	59.601	11.347

Infelizmente, em 2011, assistiu-se a um aumento do número de médicos que se reformaram prematuramente (devido a alterações da legislação). O mesmo se espera que aconteça em 2012. No entanto, este facto pode não ser totalmente negativo já que é mais provável que a abordagem à cessação tabágica seja feita por um médico mais jovem, uma vez que esta patologia tem sido alvo de mais atenção mediática na última década.

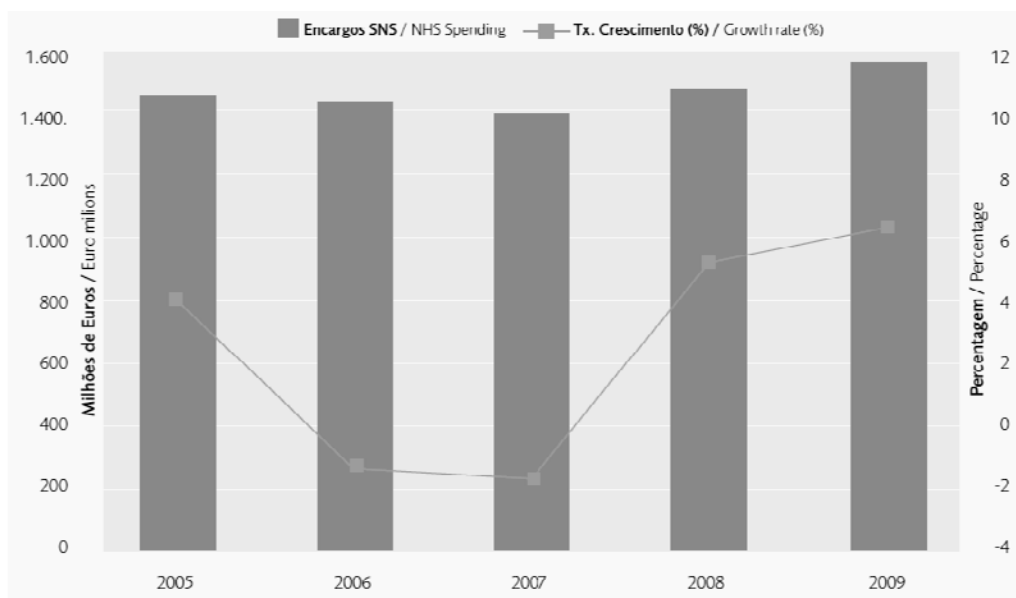
2.3 - Mercado farmacêutico em Portugal

A atividade da indústria farmacêutica em Portugal representa cerca de 11 mil empregos, dois mil milhões de euros de produção industrial, 500 milhões de Euros de exportação, o que representa 1,7% do total das exportações do País, e contribui com 2,8% para o PIB do País. Ao longo dos últimos cinco anos, a indústria farmacêutica contribuiu significativamente para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, com cerca de 800 milhões de euros, através da redução no preço dos medicamentos.¹⁴

Relativamente às despesas do SNS, em 2010, mesmo com as sucessivas revisões do valor das participações, o Estado gastou 5,7% do PIB – cerca de 10,3 mil milhões de Euros (1012€*per capita*) – com despesas em saúde (dos quais €3,9 mil milhões são despesas com pessoal). Este valor foi idêntico ao de 2009 e ligeiramente superior ao de 2008 (5,5% do PIB).¹⁵

Em 2009, o Estado gastou mais de 1,56 mil milhões de Euros com medicamentos (0,93% do PIB).¹² No futuro, esta despesa terá de ser mais reduzida.⁷

Gráfico 1: SNS - Encargos com medicamentos (e respetiva taxa de crescimento)¹²



Quanto ao mercado total dos medicamentos (em valor), na tabela seguinte podemos verificar que o mercado tem crescido, sobretudo em consequência do aumento da despesa a nível hospitalar (com crescimento contínuo). Os principais afetados pelos

sucessivos cortes no preço foram os medicamentos de uso ambulatorio, que atingiram o seu pico de mercado (em valor) em 2008 e que se encontram em queda desde então.

Tabela 2: Mercado total dos medicamentos (em valor): ¹⁶

	(PVP / Retail price)								
	2005	Tx cresc. GrowthRate %	2006	Tx cresc. GrowthRate %	2007	Tx cresc. GrowthRate %	2008	Tx cresc. GrowthRate %	2009
Mercado Total⁽¹⁾ Total Market	4.164.256	4,7	4.359.146	3,4	4.507.620	3,9	4.683.724	0,9	4.727.901
Mercado Ambulatorio⁽²⁾ Ambulatory Market	3.363.761	2,8	3.456.743	3,5	3.577.314	1,0	3.613.724	-0,9	3.582.901
MSRM Prescription medicines	3.111.573	3,3	3.213.842	3,9	3.338.225	1,4	3.384.687	1,0	3.349.670
MNSRM Non Prescription medicines	252.188	-3,7	242.901	-1,6	239.089	-4,2	229.037	1,8	233.231
Mercado Hospitalar⁽³⁾ Hospital Market	800.495	12,7	902.403	3,1	930.306	15,0	1.070.000	7,0	1.145.000

Contextualizando o mercado de ambulatorio, verificamos na tabela 3 que o mercado de medicamentos total entrou em declínio a partir de 2008, apresentando uma queda considerável de 6% em valor em 2010 (para 1,4% do PIB). ¹⁶ Os medicamentos de marca representam 82% das vendas em valor, comparativamente com os genéricos. Os medicamentos sujeitos a receita médica têm uma quota de 85% (vs 15% para os não sujeitos a receita médica). ¹⁶

Tabela 3: Caracterização do mercado total de medicamentos em ambulatorio: ¹⁶

		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mercado de Medicamentos Total	Vendas (PVA, Milhões Euros)	2.307,3	2.415,5	2.550,1	2.573,1	2.554,5	2.407,0
	Tx. Var. Homóloga (%)	6,0	4,7	5,6	0,9	-0,7	-5,8
Mercado de Medicamentos de Marca	Vendas (PVA, Milhões Euros)	1.998,4	2.050,8	2.105,9	2.111,7	2.118,7	1.963,3
	Tx. Var. Homóloga (%)	2,5	2,6	2,7	0,3	0,6	-7,3
Mercado de Medicamentos Genéricos	Vendas (PVA, Milhões Euros)	308,9	364,7	444,2	461,4	435,9	443,7
	Tx. Var. Homóloga (%)	32,2	18,0	21,8	3,8	-5,8	1,7
Mercado de Medicamentos Comparticipados	Vendas (PVA, Milhões Euros)	1.606,3	1.785,5	2.141,7	2.223,1	2.185,7	2.043,4
	Tx. Var. Homóloga (%)	8,0	11,2	20,0	3,8	-1,3	-6,5
Mercado de Medicamentos Não Comparticipados	Vendas (PVA, Milhões Euros)	701,0	630,0	408,4	350,0	368,9	363,5
	Tx. Var. Homóloga (%)	6,0	10,1	35,2	14,5	5,4	1,4

2.4 - Condicionantes regulamentares do mercado farmacêutico

Existem dois aspetos fundamentais a considerar neste âmbito. Por um lado, para que um medicamento seja colocado no mercado, é necessário que a autoridade nacional reguladora do medicamento (neste caso o INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde) conceda/reconheça uma autorização para o efeito, a Autorização de Introdução no Mercado (AIM).¹⁷ Por outro, temos a Avaliação Económica e Comparticipação, que visa fundamentar a decisão relativamente à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, através da sua avaliação nas vertentes farmacoterapêutica e económica. Esta etapa não é limitativa da introdução no mercado de um medicamento. No entanto, um parecer farmacoeconómico negativo ditará a não comparticipação do medicamento pelo Estado.¹⁸

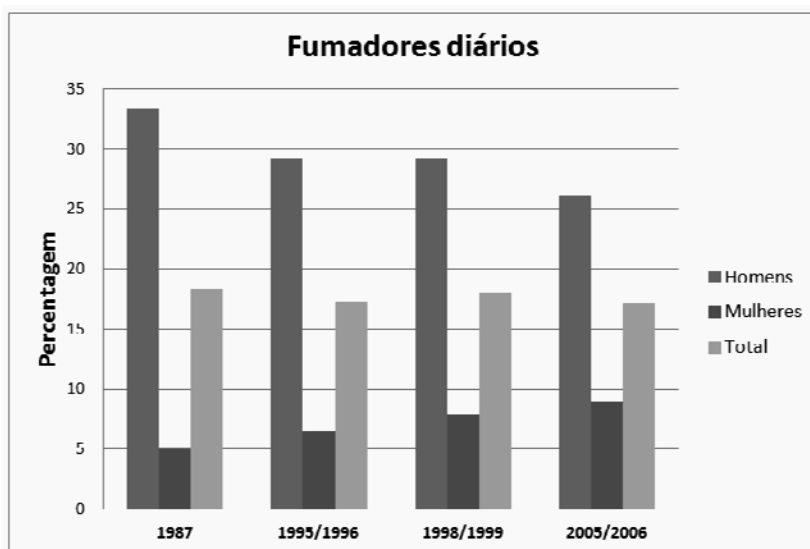
Em termos regulamentares, o mercado farmacêutico está sujeito a várias condicionantes/limitações legais, definidas, nomeadamente, pelo Decreto-Lei 176/2006, de 30 de Agosto e por outros normativos definidos pelo INFARMED.

2.5 - Tabagismo em Portugal

Os dados mais recentes de que dispomos (Inquérito Eurobarómetro de 2009 sobre Tabagismo), revelaram que 23% dos entrevistados portugueses (1.031 indivíduos com ≥ 15 anos) fumavam diariamente, enquanto outros 4% fumavam ocasionalmente.¹⁹ Comparativamente com o Eurobarómetro de 2006 sobre Tabagismo, verificou-se um decréscimo de 1% na percentagem de entrevistados que fumavam diariamente.²⁰ Aparentemente, a Lei do Tabaco (introduzida a 1 de Janeiro de 2008) não produziu os efeitos esperados.

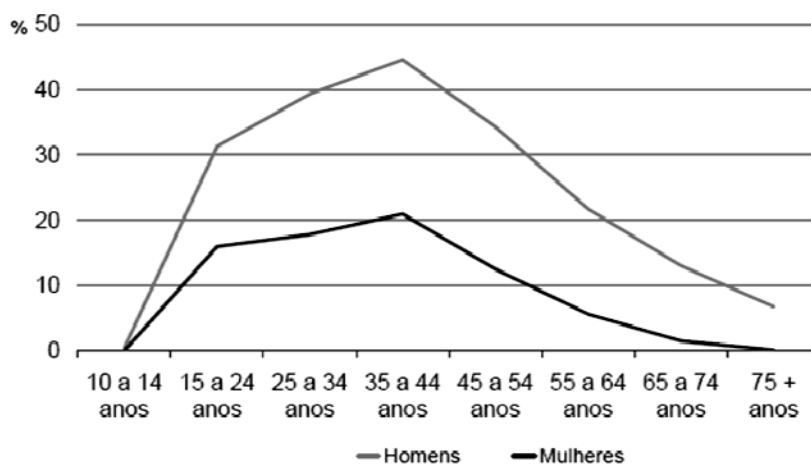
Infelizmente, estes dados não podem ser diretamente comparáveis com os Inquéritos Nacionais de Saúde devido a diferenças metodológicas. Estes inquéritos também apontam para um pequeno decréscimo da prevalência de fumadores. Esta diminuição deve-se à diminuição de fumadores no sexo masculino. Nas mulheres tem-se assistido a uma tendência inversa. Os dados seguintes indicam a prevalência do tabagismo em Portugal Continental, na população com idade ≥ 15 anos, com base nos 4 Inquéritos Nacionais de Saúde já realizados.^{21,22}

Gráfico 2: Percentagem de fumadores diários (com idade ≥ 15 anos) em Portugal: ^{21,22}



No gráfico seguinte podemos analisar em mais detalhe a distribuição do tabagismo por sexo e grupos etários, de acordo com os dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). ²²

Gráfico 3: População residente fumadora por sexo e grupo etário ²²



Analisando o número de fumadores na perspetiva da cessação tabágica, e de acordo com o *Programa-tipo de actuação em cessação tabágica* da DGS (2007), na prática, só cerca de 10% destes fumadores está preparado para deixar de fumar. ²³ Dito de outra forma, só aproximadamente 200.000 indivíduos (dependendo da fonte de informação utilizada) estão preparados para iniciar uma terapêutica farmacológica para a cessação tabágica.

Curiosamente, analisando as vendas totais IMS do mercado N7B²⁴ (cessação tabágica), estas atingiram em 2007 o valor mais alto de sempre de 5.503.098€(cerca de 273.000 unidades), o que numa estimativa grosseira poderia representar 90.000 tratamentos completos (considerando uma duração média de 3 meses de terapêutica). Com este cálculo pretende-se demonstrar que o mercado N7B está subexplorado.

2.6 - Consultas de cessação tabágica

Portugal tem cinco administrações regionais de saúde, na dependência das quais se encontram os hospitais e centros hospitalares, as Unidades Locais de Saúde, os agrupamentos de centros de saúde (ACES, responsáveis pelos cuidados de saúde primários) e outros institutos (nomeadamente o Instituto Português de Oncologia). Em comum, partilham a existência de consultas de cessação tabágica, em que os médicos podem ser auxiliados por enfermeiros e psicólogos.

Os médicos possuem *software* de apoio à consulta que permite registar os hábitos tabágicos dos seus doentes. A iniciativa de intervir na cessação tabágica dependerá provavelmente da formação do médico e da gestão do tempo disponível para consultas. Para apoiar a realização destas consultas, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) disponibiliza diversas informações *online*, nomeadamente através do Microsite do Tabaco.²⁵

Ao nível dos cuidados de saúde primários e secundários do SNS, existe uma taxa moderadora que é paga quando se usufrui das consultas de cessação tabágica. As primeiras consultas de cessação tabágica datam da década de 80. No entanto, após a entrada em vigor da Lei do Tabaco²⁶, o número de consultas aumentou, tendo-se ainda disseminado pelo país, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários.

A farmacoterapia para apoiar a cessação tabágica não é atualmente comparticipada em Portugal, pelo que a medicação tem de ser adquirida pelo doente.

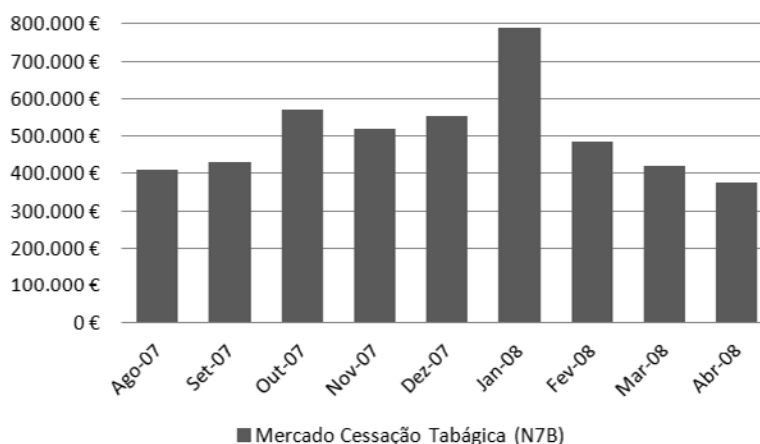
2.7 - Legislação sobre o tabaco

Portugal introduziu a 1 de Janeiro de 2008 uma proibição parcial de fumar (Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto), vulgarmente designada por Lei do Tabaco. A sanção de violações a essa proibição é imposta através de multas. De acordo com o definido por lei, é proibido fumar em: estabelecimentos de saúde, farmácias e laboratórios; locais de atendimento direto ao público; estabelecimentos de ensino e formação profissional; espaços culturais fechados (museus, bibliotecas, teatros, cinemas, salas de conferência); locais de trabalho; restaurantes e bares; parques de estacionamento cobertos; edifícios governamentais; transportes (públicos e alguns privados) rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais.²⁶

No entanto, é permitido fumar (salvo exceções legais) em áreas ao ar livre ou em locais devidamente sinalizados que disponham de ventilação forçada direta para o exterior. No caso de restaurantes e bares, se a área para o público for inferior a 100 m², o proprietário pode optar por permitir fumar (desde que tenha espaços separados para fumadores e não fumadores. Opcionalmente, pode definir o espaço como apenas para fumadores ou não fumadores. Outra exceção à Lei são os hospitais psiquiátricos e os casinos.²⁶

Após a publicação da Lei do Tabaco, assistiu-se a um crescimento do mercado da cessação tabágica, sendo esse crescimento bastante significativo em Janeiro de 2008, altura da entrada em vigor da Lei (o mercado praticamente duplicou o seu valor face a Agosto de 2007). No entanto, este movimento do mercado foi efémero e, no espaço de 3 meses, o valor do mercado caiu para menos de 400.000€²⁴

Gráfico 4: Mercado da cessação tabágica entre Agosto de 2007 e Abril de 2008²⁴



2.8 - Patologias associadas ao Tabagismo

Existe evidência científica sugestiva de causalidade entre o tabagismo e diversas doenças. O *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) descreve a existência de evidência suficiente para suportar a relação causal entre o tabagismo e perto de 30 doenças. Entre elas devem-se destacar: neoplasias de vários órgãos (pulmão, bexiga, rim, laringe, língua e esófago), doença coronária, doença cerebrovascular, aneurismas, aterosclerose, doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonia, úlcera péptica, asma e complicações da asma, infertilidade, aborto espontâneo, complicações na gravidez, cataratas, fratura da anca e baixa densidade óssea. Existem ainda muitas outras doenças em que existe evidência que se pode apenas considerar sugestiva desta relação.²⁷

O tabagismo é responsável por 93% dos casos de carcinoma da cavidade oral, 87% dos carcinomas do pulmão, 82% das bronquites, 82% dos carcinomas da laringe, 80% dos carcinomas esofágicos, 50% dos carcinomas da bexiga e rim, 21% das doenças coronárias, 18% das doenças cerebrovasculares e 14% das leucemias, entre outras.²⁸

2.9 - Benefícios da Cessação Tabágica

Com a cessação tabágica, a extensão da redução do risco depende da doença em causa:

- Para o cancro do pulmão, o risco diminui, em 10 anos, cerca de 30-50%, relativamente aos fumadores. Existe benefício em deixar de fumar em todas as idades, mas parar de fumar antes dos 30 anos de idade reduz em 90% o risco de carcinoma do pulmão ao longo da vida.^{28,29}
- O risco de cancro do esófago e de cancro da cavidade oral nos fumadores reduz-se para metade, 5 anos após a cessação tabágica.^{28,29}
- O risco de doença cardiovascular diminui mais rapidamente após deixar de fumar. Um ano após parar de fumar o risco aumentado dos fumadores diminui para metade, e em 15 anos o risco absoluto é idêntico ao das pessoas que nunca fumaram.^{28,29}
- Os fumadores morrem, em média, 10 anos mais novos que os não fumadores.³⁰

Avaliando ainda os custos de tratamento de algumas patologias provocadas pelo tabagismo, verificamos que a cessação tabágica é uma estratégia custo-efetiva.

Tabela 4: Custo total do tratamento atribuível ao Tabagismo (dados de Portugal) ³¹

	Custo do tratamento atribuível ao Tabagismo (internamento + ambulatório)		
	Sem Cessação	Com Cessação	Δ
Neoplasias	88.223.492 €	46.170.317 €	-47,70%
Doenças Cardiovasculares	158.088.924 €	55.897.896 €	-64,60%
Doenças Respiratórias	190.495.280 €	170.366.222 €	-10,60%
	436.807.696 €	272.434.435 €	-37,60%

Para além destes dados, Gouveia M *et al* (2007) ³¹ reportam que 11,7% das mortes em Portugal se podem atribuir ao consumo de tabaco.

Em conclusão, a cessação tabágica tem um enorme impacto na saúde das populações e é a intervenção em saúde mais custo-efectiva. ^{32,33}

2.10 - Cessação tabágica em Portugal

Apresenta-se de seguida uma análise SWOT   cessação tabágica em Portugal.

Pontos Fortes:

- Melhoria da saúde global dos fumadores;
- Redu es de mortalidade e morbidade;
- Benefícios econ micos para o doente;
- Benefícios econ micos para o Serviço Nacional de Saúde;
- Redu o do absentismo laboral e perda de produtividade associada;
- Possibilidade de abordagem rápida (3-5 minutos) durante uma consulta de rotina;
- Redu o da exposi o passiva ao fumo do tabaco e melhoria da qualidade do ar respirado;

Pontos Fracos:

- A percentagem de sucesso na cessação tabágica não é muito elevada;
- Efeitos secundários das terapêuticas;
- Sintomas de abstinência da nicotina;
- Com a cessação tabágica   expectável um aumento de peso;
- A medica o ainda   percecionada como cara;
- O consumo do tabaco está associado a prazer e relaxamento (reforço positivo do tabaco);
- Ausência de campanhas globais antitabaco (quer pela parte do Governo, quer pela parte das Sociedade Médicas e Associa es de Doentes);
- O imposto sobre o tabaco é uma importante fonte de receita para o Estado

Oportunidades:

- Pressão social para deixar de fumar (o fumador   segregado e agrupa-se   porta dos edifícios);
- Acesso relativamente fácil à rede de cuidados de saúde primários e às Farmácias;
- Possibilidade de interven o precoce, previamente ao desenvolvimento de patologias previsíveis;

- Possibilidade de envolver mais e diferentes profissionais de saúde na promoção da cessação tabágica (ex: Internistas, Cardiologistas, Endocrinologistas, Oncologistas, Psiquiatras)
- O acompanhamento do fumador ao longo do ciclo de vida permite atuar em diversos momentos;
- Desenvolver uma rede efetiva de referência entre diferentes profissionais de saúde e as consultas de cessação tabágica (quer para os cuidados de saúde primários, quer destes para os hospitais);
- O imposto sobre o tabaco poderia reverter em parte para pagar despesas com o tratamento de fumadores e campanhas antitabaco

Ameaças:

- Ausência de participação para as terapêuticas;
- Falta de tempo dos profissionais de saúde (têm métricas quantitativas e não qualitativas);
- O tabagismo não é encarado como doença mas antes como um estilo de vida;
- A cessação tabágica é sumariamente abordada durante a formação dos profissionais de saúde;
- Os profissionais de saúde deveriam dar o exemplo e abster-se de fumar (pelo menos nos locais de consulta ou na presença de doentes);
- O tabaco não é visto como caro; a sua compra é um “ritual” diário;
- Pressão social para continuar a fumar (sobretudo entre os jovens);
- A Lei do Tabaco ainda permite muitas exceções e é insuficientemente aplicada;
- Morosidade na marcação de consultas de Cessação Tabágica a nível hospitalar.

2.11 - A Empresa

A Bluepill AG (nome fictício) é uma empresa multinacional farmacêutica, de capitais estrangeiros, com sede na Suíça. Iniciou a sua atividade em Portugal em Setembro de 2001, após a aquisição de uma moderna unidade industrial de produção de medicamentos (juntamente com parte dos seus recursos humanos), localizada no Cacém. Em território nacional, é representada pela Bluepill Portugal.

A Bluepill AG (de agora em diante Bluepill) foca a sua atividade na investigação, desenvolvimento, fabrico e comercialização de medicamentos. Se, por um lado, a sua dinâmica Unidade de Investigação e Desenvolvimento lhe permite assegurar um bom portefólio de produtos, por outro, a sua experiência na produção de medicamentos permite-lhe cumprir com os mais elevados padrões de qualidade, característica incutida no ADN desta empresa desde os seus primórdios. Para o sucesso da empresa também tem contribuído a qualidade da equipa que a gere, cuja visão estratégica para o negócio lhe tem permitido estabelecer algumas parcerias muito interessantes com outras empresas farmacêuticas.

Atualmente trabalham na Bluepill Portugal 92 colaboradores, a trabalhar em conjunto para levar até aos profissionais de saúde os melhores medicamentos, suportados por uma evidência clínica robusta. Destes 92 colaboradores, 40 são delegados de informação médica (trabalham junto da medicina geral e familiar e farmácias), 9 são delegados hospitalares (trabalham junto dos especialistas hospitalares), 5 são colaboradores do departamento de marketing, 4 são colaboradores do departamento médico, 9 trabalham na unidade de investigação e desenvolvimento, 7 trabalham na unidade de ensaios clínicos e os restantes 18 em diversas funções de suporte (assuntos regulamentares, assuntos governamentais, negociação hospitalar, garantia de qualidade e *compliance*, farmacovigilância, reembolso e acesso ao mercado).

Em termos estratégicos, a Bluepill Portugal acredita que os seus medicamentos são uma significativa mais-valia, tanto para os prestadores de cuidados de saúde como para os doentes, não só pela sua eficácia e segurança mas também por conseguirem reduzir os custos relacionados com a saúde, nomeadamente hospitalizações não previstas (e custos

associados), mas também por melhorarem a saúde geral dos doentes e a sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

A Bluepill Portugal irá continuar a trabalhar junto das estruturas relevantes e cumprindo com os imperativos legais e de estabelecimento do preço dos medicamentos, de forma a maximizar o acesso dos doentes aos seus medicamentos e em simultâneo minimizar o impacto negativo dos cortes de preço dos medicamentos nas suas receitas. Em resposta à situação orçamental e crise económica em que Portugal está mergulhado, a empresa está a tomar algumas medidas que a fortaleçam e lhe permita estar melhor preparada para encarar o futuro: otimizar a organização/estrutura do seu negócio, apostar em oportunidades comerciais (parcerias com outras empresas do sector) e diversificar as fontes de receita, ao mesmo tempo que protege o seu portefólio da ameaça dos medicamentos genéricos (defesa da sua propriedade intelectual).

2.12 - Portefólio de produtos

O portefólio da Bluepill está concentrado em 3 áreas terapêuticas: hipercolesterolemia (colesterol elevado), hipertensão arterial (tensão elevada) e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Tabela 5: Portefólio de produtos da Bluepill

Área Terapêutica	Medicamento
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	Pulmoc® Ventaxx® (associação fixa)
Hipercolesterolemia	Colstop®
Hipertensão arterial	Minipress® Lowpress® (associação fixa)

Em Janeiro de 2012, a Bluepill Portugal irá submeter ao INFARMED um pedido de autorização de introdução no mercado de um novo medicamento para a cessação tabágica, o Tabaquit® (Tabaniclina). A empresa espera obter com a comercialização deste medicamento receitas adicionais que lhe permitam suportar os seus investimentos em I&D e compensar as quebras de receitas expectáveis com a perda de patente dos dois medicamentos para a hipertensão arterial em 2014 e 2015.

O Tabaquit[®] irá competir no mercado nacional da cessação tabágica, dominado pelas terapêuticas de substituição de nicotina (TSN) e pela Vareniclina. Existe uma grande variedade de substitutos de nicotina comercializados (pastilhas, microcomprimidos, pensos transdérmicos), que são medicamentos não sujeitos a receita médica, pelo que podem ser vendidos livremente ao nível das Farmácias e Parafarmácias. Contrariamente, tanto a Vareniclina como o Tabaquit[®] são medicamentos sujeitos a receita médica e, por isso, estão dependentes de uma prescrição médica.

2.13 - Relatório e contas

Relativamente ao desempenho da Bluepill Portugal em 2011 (para a Bluepill, o ano contabilístico começa em Dezembro e termina em Novembro do ano seguinte), as receitas aumentaram 1,71% em 2011 para 12.583.000€, comparativamente com os 12.366.000€ obtidos em 2010. Este aumento das receitas ficou a dever-se à boa prestação dos medicamentos Pulmoc[®] e Ventaxx[®], que cresceram, respectivamente, 6,03% e 6,66%, sobretudo devido a uma maior atenção dos médicos para o diagnóstico da doença pulmonar obstrutiva crónica. De forma negativa, é de salientar uma performance abaixo do previsto do Minipress[®] (-5,32%), impactado negativamente pela atividade dos medicamentos genéricos na área da hipertensão arterial. Este facto já era de certa forma esperado, uma vez que, devido à situação económica portuguesa, os doentes sugerem aos médicos que prescrevam genéricos de forma a poupar na sua conta da farmácia.

Tabela 6: Receitas da Bluepill Portugal

Medicamento	Indicação terapêutica	Milhares de Euros			Variação (%)	
		2011	2010	2009	2011/2010	2010/2009
Pulmoc[®]	DPOC	3.185	3.004	2.912	6,03	3,16
Ventaxx[®]	DPOC	2.947	2.763	2.695	6,66	2,52
Colstop[®]	Hipercolesterolemia	2.894	2.911	2.898	(0,59)	0,45
Minipress[®]	Hipertensão arterial	1.634	1.721	1.754	(5,32)	(1,88)
Lowpress[®]	Hipertensão arterial	1.923	1.967	2.089	(2,24)	(5,84)
Total		€12.583	€12.366	€12.348		

Relativamente à demonstração contabilística da Bluepill Portugal, verificamos que as principais rúbricas são: 1) os custos com produção e distribuição dos medicamentos, que têm vindo a ser reduzidos nos últimos anos; 2) os custos com marketing e funções de suporte e 3) as despesas com recursos humanos. Estas duas últimas rúbricas sofreram um aumento ligeiro em 2010 e 2011.

Para 2012, não se irão verificar aumentos salariais na empresa e os custos com marketing e funções de suporte serão iguais aos de 2011. Considerando estas permissas, a empresa decidiu atribuir 220.000€ para as atividades de pré-lançamento do Tabacquit® (do total de 2.614.000€ disponíveis para marketing dos seus medicamentos).

Tabela 7: Demonstração contabilística

(Em milhares de Euros)	2011	2010	2009	11/10	10/09
Receitas	€12.583	€2.366	€2.348	217	18
Custo de produção e distribuição	2.224	2.401	2.479	(177)	(76)
Marketing e funções de suporte	2.614	2.540	2.421	74	119
Despesas com recursos humanos	3.920	3.439	3.702	481	(263)
Despesas com I&D	467	388	419	79	(31)
Amortização de bens intangíveis	733	733	733	0	0
Custos de reestruturação	325	245	271	80	(26)
Outros custos fixos	301	520	389	(219)	131
Impostos	500	525	484	(25)	41
Lucro	1.499	1.575	1.451	(76)	124
% das receitas	11,9	12,7	11,8		

2.14 - Papel do Tabacquit® na cessação tabágica

As terapêuticas farmacológicas de 1.^a linha na cessação tabágica atualmente aprovadas incluem a Vareniclina, os substitutos de nicotina e o Bupropiom. Por oposição aos substitutos de nicotina (que libertam apenas nicotina) e ao Bupropiom (antidepressivo), a Vareniclina e a Tabaniclina pertencem a uma nova classe de fármacos, desenvolvidos para atuar ao nível dos recetores da nicotina, provocando um alívio dos sintomas de

abstinência e dependência (associados à suspensão do tabaco) e simultaneamente reduz os efeitos compensatórios e de reforço associados ao ato de fumar.

A eficácia da Tabaniclina *versus* as restantes opções terapêuticas encontra-se sistematizada na tabela 8.

Tabela 8: Eficácia relativa da Tabaniclina, a 1 ano

	Placebo	TSN	Bupropiom	Vareniclina
Tabaniclina	A Tabaniclina aumenta a probabilidade de abstinência tabágica em 3,1 vezes	A Tabaniclina aumenta a probabilidade de abstinência tabágica em 2,0 vezes	A Tabaniclina aumenta a probabilidade de abstinência tabágica em 1,9 vezes	A Tabaniclina aumenta a probabilidade de abstinência tabágica em 1,5 vezes

A Tabaniclina é uma terapêutica para adultos e apresenta-se sob a forma de comprimidos para administração oral. A dose recomendada é 1 mg 1x/dia durante os primeiros 2 meses, seguindo-se uma dose de 0,5 mg 1x/dia durante o terceiro mês de tratamento. A duração prevista do tratamento é de 12 semanas. O fumador deve estabelecer uma data para deixar de fumar (dia D) e iniciar o tratamento com a Tabaniclina nesse mesmo dia.

Este fármaco é muito pouco metabolizado (menos de 6% é excretado na forma de metabolito). Por este motivo, não é necessário proceder ao ajuste de dose em doentes fumadores com insuficiência hepática ou renal. Não existem diferenças clinicamente significativas na sua farmacocinética devidas à idade, raça, sexo, saúde global do fumador, ou utilização concomitante de medicamentos, como demonstrado em estudos específicos de farmacocinética. Estudos *in vitro* demonstraram que é pouco provável que a Tabaniclina altere o metabolismo hepático de outros fármacos.

Relativamente à segurança, em geral, quando ocorreram reações adversas, estas tiveram início na primeira semana de terapêutica, sendo a sua gravidade geralmente ligeira a moderada. Os acontecimentos adversos notificados mais frequentemente foram náuseas (15%), insónias (7%) e cefaleias (5%). A taxa de interrupção do tratamento devido a acontecimentos adversos foi de 10,5% para a Tabaniclina vs. 9,7% para o placebo.

2.15 - Análise dos concorrentes

O primeiro medicamento para a cessação tabágica a surgir no mercado foram os substitutos de nicotina, em 1999. O Bupropiom iniciou a sua comercialização um ano depois e, por último, surgiu a Vareniclina em 2006.

Avaliando globalmente as terapêuticas disponíveis, verificamos que os tratamentos têm uma duração média de 12 semanas e, geralmente, são por via oral. As principais diferenças verificam-se ao nível das reações adversas, contra-indicações e eficácia.

Tabela 9: Principais diferenças farmacológicas entre os fármacos antitabágicos

Fármaco	Forma farmacêutica	Posologia	Reações adversas	Contra-indicações	Eficácia (final 3/6 meses)
Tabaniclina	Comprimidos	1 mg, 1x/dia (mês 1 e 2) 0,5 mg, 1x/dia (mês 3) Duração: 12 sem	Náuseas, insónias, cefaleias, dispepsia	Hipersensibilidade, grávidas, adolescentes	52%/44%
Vareniclina	Comprimidos	D 1-3: 0,5mg, 1x/dia D 4-7: 0,5mg, 2x/dia D 8-90: 1mg, 2x/dia Duração: 12 sem	Náuseas, cefaleias, insónias, sonhos anómalos	Hipersensibilidade, grávidas, adolescentes	44%/33%
Terapêutica de substituição de nicotina	Comprimidos/ pastilhas	8-12 unidades por dia (em média) Duração: 8-12 semanas (com redução gradual do número de unidade)	Úlceras orais, soluços, odinofagia, náuseas, dispepsia, cefaleias	Manutenção dos hábitos tabágicos, EAM < 4 semanas, angina instável, arritmia grave, AVC, patologia orofaríngea	?%/26%
	Pensos transdérmicos	1 unidade por dia Duração: 8-12 semanas	Irritação cutânea, prurido, cefaleias, insónias, náuseas, dispepsia	Manutenção dos hábitos tabágicos, EAM < 4 semanas, angina instável, arritmia grave, AVC prévio, doença dermatológica	?%/24%
Bupropiom	Comprimidos	D 1-7: 150mg, 1x/dia D 7-90: 150mg, 2x/dia Duração: 12 semanas	Insónia, cefaleias, náuseas, tonturas, convulsões	Hipersensibilidade, epilepsia ou convulsões, anorexia, bulimia, iMAOs, pat. bipolar, gravidez	30%/24%

Legenda: sem – semana; D – dia; pat – patologia

Após análise cuidada da tabela 9, constata-se que o fármaco com o melhor perfil de eficácia e segurança é a Tabaniclina.

A próxima tabela resume as principais diferenças entre os fármacos, no que diz respeito ao seu desempenho no mercado da cessação tabágica.

Tabela 10: Dados de mercado (IMS Health) ²⁴

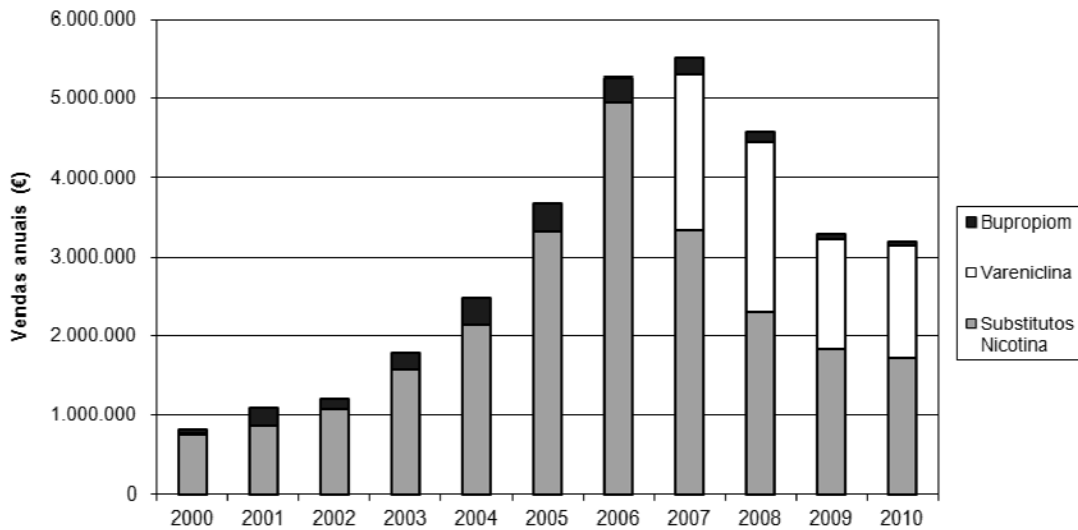
Fármaco	Forma farmacêutica	Custo médio do tratamento (3 meses)	Volume vendas em valor (2010)	Volume vendas em unidades (2010)	Quota de mercado média em unidades (2010)	Quota de mercado média em valor (2010)
Tabaniclina	Comprimidos	159,95€	0 €	0	0%	0%
Vareniclina	Comprimidos	295,47€	1.417.896 €	38.931	24,76%	44,58%
Terapêutica de substituição de nicotina	Comprimidos/pastilhas	267,66€	1.714.390 €	117.302	74,65%	53,92%
	Pensos transdérmicos	244,98€				
Bupropiom	Comprimidos	223,56€	47.604 €	929	0,59%	1,51%

Analisando a tabela 10, verificamos que a Vareniclina vende, sensivelmente, um terço do volume em unidades das terapêuticas de substituição de nicotina (TSN). No entanto, no que respeita ao volume de vendas em valor, a Vareniclina aproxima-se da quota de mercado das TSN (45% vs 54%, respectivamente). O bupropiom apresenta vendas residuais.

Os dados preliminares de vendas e quota de mercado de 2011, dados pela IMS Health, mostram que o mercado estabilizou, mantendo sensivelmente os mesmos valores que em 2010.²⁴

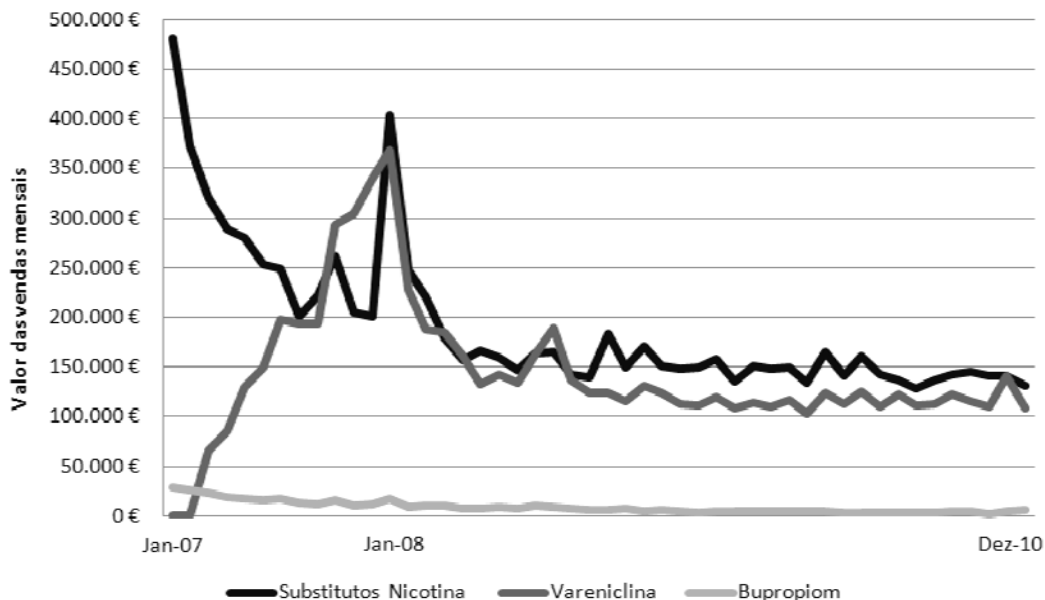
O gráfico seguinte reproduz a evolução anual das vendas (em valor), entre 2000 e 2010, no mercado N7B (mercado da cessação tabágica – IMS Health).

Gráfico 5: Evolução anual das vendas (em euros) ²⁴



Da análise do gráfico, verificamos que o mercado da cessação tabágica manteve uma tendência de crescimento até 2007, duplicando de valor entre 2000 e 2003 e novamente entre 2003 e 2005, sendo que o crescimento entre 2006 e 2007 foi pouco expressivo. Curiosamente, a partir de 2008 (data da entrada em vigor da Lei do Tabaco) o mercado sofreu uma queda superior a 40%.

Gráfico 6: Evolução das vendas mensais (em euros) no mercado N7B ²⁴



Da análise do gráfico, verificamos uma rápida adoção da Vareniclina, que rouba quota de mercado às terapêuticas de substituição da nicotina (sem que isso se reflita num crescimento do mercado nos primeiros 3 trimestres do ano). Entre Dezembro de 2007 e

Janeiro de 2008 verifica-se um pico de vendas no mercado N7B (que coincide com a entrada em vigor da Lei do Tabaco) mas esse excelente desempenho é efêmero e, após Janeiro, o mercado entra em abrupto declínio até Dezembro de 2008, permanecendo praticamente estagnando desde essa data até ao final de 2010.

Curiosamente, não é visível nenhum efeito das diversas iniciativas e campanhas de marketing efetuados pela Vareniclina, dado que desde Janeiro de 2008 o valor das vendas acompanha de perto o das terapêuticas de substituição da nicotina.

2.16 - Síntese da análise de mercado

Aproximadamente 23% dos portugueses com idade ≥ 15 anos fuma diariamente. A prevalência tem vindo a diminuir nos homens, em contraciclo com o que se verifica nas mulheres. De acordo com informação nacional, do total de fumadores, estima-se que só 10% (cerca de 200.000) estão motivados para deixar de fumar e procuram tratamento.

O mercado nacional da cessação tabágica é dominado largamente pelos substitutos da nicotina (pastilhas, microcomprimidos e pensos transdérmicos) e pela Vareniclina (líder de mercado). Em 2010, este mercado valia cerca de 3,2 milhões de euros/ano (~157.000 unidades; 1 unidade corresponde, aproximadamente, a 1 mês de tratamento). O mercado está claramente subexplorado, pois, de acordo com os dados disponíveis, teoricamente deveriam existir cerca de 200.000 portugueses a adquirir tratamento antitabágico. A prejudicar o desempenho do mercado está o custo elevado de tratamento com estas terapêuticas (não comparticipadas): entre 224 e 298€

A situação de crise socioeconómica em Portugal é debilitante. O PIB *per capita* é cerca de 2/3 da média europeia, o desemprego ronda os 13,5% e verifica-se uma quebra acentuada no consumo privado (em 2011), situação que deverá agravar-se em 2012.^{6,8} Estas condicionantes vão afetar a disponibilidade financeira para adquirir medicação antitabágica.

Relativamente ao SNS, em 2010 o Estado gastou 5,7% do PIB (cerca de 10,3 mil milhões de Euros) com despesas em saúde.¹⁵ Esta rubrica terá de ser reduzida, de acordo com o memorando de entendimento com a Troika.⁷ O mercado de medicamentos total entrou em declínio a partir de 2008, apresentando uma queda considerável de 6% em valor em 2010.¹⁶ Este ano, o mercado segue essa tendência.

Considerando os recursos de saúde, verifica-se que o número de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde em Portugal tem-se mantido relativamente estável nos últimos anos, situação idêntica à verificada nas consultas de cessação tabágica.

A Lei do Tabaco parece ter tido um impacto muito limitado, uma vez que não se observou um declínio significativo em termos de prevalência do tabagismo: apenas 1%.

No entanto, contribuiu para alterar a percepção de que o tabaco era socialmente aceite e hoje em dia há uma grande pressão social para deixar de fumar, com a consequente segregação e estigmatização dos fumadores.

Em Portugal, 11,7% das mortes podem ser atribuídas ao consumo de tabaco. Adicionalmente, associam-se ao tabagismo inúmeras patologias, que se traduzem em mortalidade precoce, morbidade e perda de produtividade, com pesados custos sociais e económicos. Por esse motivo, a cessação tabágica deve ser ativamente promovida.

A Bluepill Portugal é uma empresa farmacêutica que comercializa medicamentos em áreas terapêuticas com ligação ao tabagismo (potenciais sinergias) e que planeia lançar um novo medicamento antitabágico em 2013. A empresa apresentou receitas de 12,6 milhões de Euros em 2011. Do total de 2.614.000€ disponíveis para marketing dos seus medicamentos em 2012, a empresa decidiu atribuir 220.000€ para as atividades de pré-lançamento do Tabaquit[®].

O Tabaquit[®] é um medicamento desenvolvido especificamente para a cessação tabágica, que alivia os sintomas de abstinência e dependência associados à suspensão do consumo de tabaco e, simultaneamente, reduz os efeitos compensatórios e de reforço associados ao ato de fumar. Este medicamento apresenta um perfil de eficácia e segurança que se compara favoravelmente com os restantes concorrentes mas a sua principal característica diferenciadora é o preço: 32% inferior à média do mercado.

3 - PARA ONDE QUEREMOS IR? (metas e objetivos)

3.1 - Metas

- Posicionar o Tabaquit[®] como terapêutica n.º1 na cessação tabágica
- Tornar o Tabaquit[®] o medicamento mais prescrito nas consultas de cessação tabágica
- Tornar o Tabaquit[®] o medicamento preferido dos fumadores que querem deixar de fumar
- Atingir vendas anuais do Tabaquit[®] superiores a 10 milhões de euros
- Aumentar o número de médicos que prescreve regularmente medicamentos para a cessação tabágica
- Aumentar o número de profissionais de saúde envolvidos no aconselhamento para a cessação tabágica
- Aumentar o número de fumadores motivados para deixar de fumar
- Aumentar o número de fumadores que procura um profissional de saúde para deixar de fumar
- Reduzir a prevalência do tabagismo em Portugal
- Otimizar a rede de consultas de cessação tabágica em Portugal
- Envolver outras especialidades médicas na cessação tabágica (que não apenas pneumologia e medicina geral e familiar)
- Reduzir a mortalidade e morbilidades associadas ao tabagismo
- Aumentar a consciência social contra o tabagismo
- Expandir o mercado da cessação tabágica em Portugal

3.2 - Objetivos

A Bluepill Portugal espera obter com a comercialização do Tabaquit® vendas de 2,47 milhões de Euros em 2013 e um total de 50 milhões nos primeiros 5 anos de comercialização. A empresa acredita também que a Tabaniclina reúne todas as condições para ser o melhor medicamento de sempre no seu portefólio e que, por competir com um preço significativamente mais baixo do que a concorrência, irá não só chegar aos fumadores motivados como também levará fumadores que até agora desconfiavam do sucesso das terapêuticas antitabágicas a tentar deixar de fumar.

A tabela seguinte resume os principais objetivos para a marca Tabaquit®, durante os primeiros 5 anos de comercialização.

Tabela 11: Objetivos para os primeiros 5 anos de comercialização

	2013	2014	2015	2016	2017
Vendas (em milhares de Euros)	2.470	5.475	9.700	14.900	18.250
Quota de mercado (em milhares de Euros)	44%	63%	75%	82%	85%
Fumadores (tratados)	15.442	34.229	60.644	93.154	114.098

Outros objetivos:

- Obter o reconhecimento, por parte do INFARMED, da Autorização de Introdução no Mercado do Tabaquit® até Julho de 2013
- Obter uma participação de, pelo menos, 80% dos convidados na reunião de lançamento do Tabaquit® (médicos presentes vs convidados)
- Obter uma participação de, pelo menos, 80% dos convidados em cada reunião regional para especialistas de medicina geral e familiar (em 2013)
- Obter uma participação de, pelo menos, 80% dos convidados em cada reunião regional para farmacêuticos, enfermeiros e psicólogos
- Ter 1 simpósio nos congressos da SPP, SPC e CNMF, em 2013
- Ter, pelo menos, 500 médicos especialistas a solicitar amostras do Tabaquit®
- Ter, pelo menos, 300 médicos de família a solicitar amostras do Tabaquit®
- Vender 1 milhão de euros até 31 de Agosto de 2013

- Vender 2 milhões de euros até 31 de Dezembro de 2013
- Atingir um *brand awareness* de, pelo menos, 80% no final do primeiro ano de comercialização, junto dos pneumologistas
- Atingir um *brand awareness* de, pelo menos, 50% no final do primeiro ano de comercialização, junto dos médicos de MGF
- Atingir um *brand awareness* de, pelo menos, 85% no final do primeiro ano de comercialização, junto dos farmacêuticos
- Atingir um *brand awareness* de, pelo menos, 50% no final do primeiro ano de comercialização, junto dos enfermeiros e psicólogos que dão apoio às consultas de cessação tabágica
- Atingir, pelo menos, 1 prescrição de Tabaquit[®] em 70% dos pneumologistas até ao final do primeiro ano de comercialização
- Ter, pelo menos, 60% dos pneumologistas a prescrever regularmente (>30 prescrições/mês) no final do primeiro ano de comercialização
- Ter, pelo menos, 50% dos prescritores envolvidos nas consultas de cessação tabágica a prescrever Tabaquit[®] como primeiro tratamento, no final do primeiro ano de comercialização
- Atingir um nível de visitação por parte da força de vendas de, no mínimo, 1 visita por mês, aos principais prescritores a nível nacional, durante o ano de lançamento do Tabaquit[®]
- Atingir um nível de recordação da visitação (*detailing recall*) de 50% no final do 1ºT 2013
- Atingir um nível de recordação da visitação (*detailing recall*) de 70% no final do 4ºT 2013
- Atingir uma quota de mercado (N7B) em valor de 40% até ao final do 4ºT 2013
- Atingir uma quota de mercado (N7B) em valor de 60% até ao final do 4ºT 2014
- Atingir a primeira posição em prescrições no mercado N7B até ao final do 4ºT 2013

4 - O QUE FAZER PARA O ATINGIR? (estratégias e táticas)

4.1 - SWOT do Tabaquit®

Pontos Fortes

- O mais barato
- O mais eficaz
- Perfil de segurança favorável
- Bem tolerado
- Não está associado a acontecimentos adversos psiquiátricos graves
- Mecanismo de ação duplo que facilita a cessação tabágica
- Posologia cómoda: 1 comprimido, 1x/dia
- Não necessita de ajuste de dose em doentes com insuficiência hepática ou renal

Pontos Fracos

- Alguns acontecimentos adversos (como náuseas e insónias) podem limitar a adesão à terapêutica
- Não está participado
- Falta de dados na prática clínica real (do dia a dia), sem os vieses dos ensaios clínicos
- Nem todas as subpopulações de doentes foram convenientemente estudadas (por exemplo: doentes diabéticos, doentes oncológicos, jovens)

Oportunidades

- Aproveitar a Lei do Tabaco para responder à necessidade de deixar de fumar
- **O “estigma” social de segregação dos fumadores está a aumentar – (Op1)**
- Conseguir ser o 1.º medicamento para a cessação tabágica participado
- Parceria com Seguradoras (demonstrando que poupam dinheiro se os segurados deixarem de fumar)
- **Aproveitar o trabalho de abertura e desenvolvimento de mercado já efetuado para lançar estratégias de diferenciação favoráveis ao Tabaquit® (porque o mercado da cessação tabágica está subexplorado) – (Op2)**
- Inclusão do Tabaquit® nas Normas de Orientação Terapêutica dos ACES
- **Aproveitar a situação económica desfavorável para promover a cessação tabágica (o ex-fumador poupa o dinheiro outrora gasto em tabaco e ganha em saúde) – (Op3)**

Ameaças

- A Vareniclina é o medicamento líder do mercado
- Nenhum medicamento para a cessação tabágica está participado
- O tabagismo (dependência de nicotina) não é percecionado por muitos profissionais de saúde como uma doença mas sim como um estilo de vida; logo, não intervêm neste domínio
- Os fumadores não fazem contas ao dinheiro que gastam por mês em tabaco (é uma rotina diária)
- Se a Tabaniclina for participada, pode ser alvo de limitação de prescrição ao nível dos ACES numa tentativa de conter os gastos (à semelhança do que se passa com outros medicamentos)
- Menor disponibilidade financeira para adquirir medicamentos (por causa da crise económica)

4.2 - Proposição de valor do produto

“No mercado da cessação tabágica, **onde** os fumadores motivados não querem desperdiçar oportunidades, o **Tabaquit[®]** é o único medicamento que permite que mais de 50% dos fumadores deixe de fumar com sucesso, **porque** combina eficácia e segurança, suportadas por inúmeros ensaios clínicos, com um preço muito competitivo, **para que** não custe deixar de fumar.”

O Tabaquit[®] é um novo fármaco não nicotínico que consegue, simultaneamente, aliviar os sintomas de abstinência e dependência nicotínicas e reduzir a satisfação e recompensa associados ao ato de fumar. Estas características permitem responder às necessidades dos potenciais clientes (os *players* da cessação tabágica):

Médicos/Hospitais/Outros profissionais de saúde

- Objetivos clínicos
 - Reduzem o número de doentes fumadores
 - Reduzem o risco dos fumadores desenvolverem doenças relacionadas com o tabagismo
 - Melhoram a saúde global dos doentes
- Objetivos pessoais
 - Tratamento eficaz e seguro (logo é menos provável que os doentes marquem uma consulta não programada)
 - Dão resposta às necessidades dos fumadores

Fumadores/Associações de doentes

- Têm o melhor apoio farmacológico disponível para os apoiar no processo de cessação tabágica
- Têm à sua disposição um fármaco seguro e eficaz
- Melhoram a sua saúde global (clínica e financeira)

Estado/Ministério da Saúde/Seguradoras

- Dispõem de um fármaco custo-efectivo, com elevada eficácia e seguro
- Reduzem os custos com o tratamento de doenças relacionadas com o tabagismo
- Reduzem a mortalidade e morbilidade associadas ao tabagismo
- Reduzem o absentismo relacionado com o tabagismo

4.3 - Oportunidades-chave

- Mercado-alvo de, aproximadamente, 200.000 pessoas (**Op2**)
 - ✓ Aproximadamente 23% dos Portugueses com idade ≥ 15 anos fuma, embora só 1/10 destes está motivado para deixar de fumar e procura tratamento

- Pressão social intensa contra o tabagismo (**Op1**)
 - ✓ Proibição de fumar em inúmeros estabelecimentos (saúde, ensino e formação profissional, etc), locais de atendimento direto ao público, espaços culturais fechados, locais de trabalho, transportes, restaurantes e bares (estes dois últimos com exceções)
 - ✓ As zonas para fumadores são cada vez mais limitadas (p.e., à porta dos edifícios, em “aquários” em centros comerciais e aeroportos, etc), o que contribui para a segregação destes indivíduos

- Cessação tabágica é a intervenção em saúde mais custo-efetiva, gerando poupanças (econ micas e sociais) a curto, médio e longo prazo, para o Estado, empresas e, obviamente, o (ex-)fumador (**Op3**)
 - ✓ O tabagismo tem um enorme impacto sobre as populações, quer na sua saúde (por mortalidade precoce ou morbidades), quer reduzindo a produtividade dos fumadores
 - ✓ Menor disponibilidade financeira dos fumadores para comprar medicação antitabágica, pelo que o custo da medicação será bastante ponderado na altura de escolher um tratamento

4.4 - Segmentação do mercado (método comportamental)

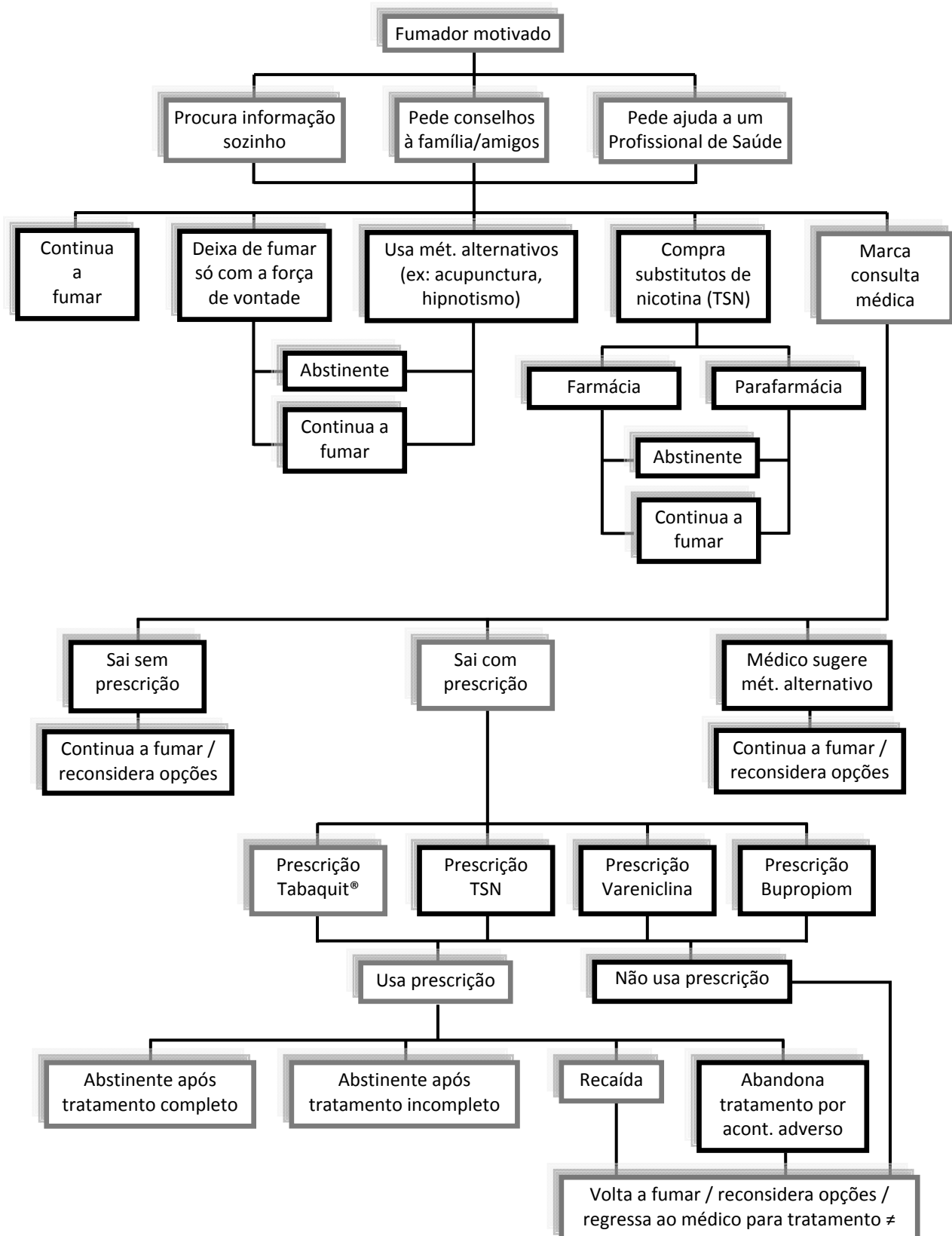
Como já foi atrás referido, aproximadamente 23% dos portugueses com idade ≥ 15 anos fumam diariamente. Idealmente, esta seria a população-alvo para uma intervenção em cessação tabágica. No entanto, apesar dos benefícios óbvios, nem todos os fumadores querem ou estão confiantes e motivados para deixar de fumar. Alterar esta atitude implicaria recursos de que a Bluepill Portugal não dispõe e nada garantiria que conseguisse converter todos os fumadores em indivíduos que quisessem deixar de fumar. Assim, ao concentrar-se nos 10% do total de fumadores que, de facto, já estão motivados para deixar de fumar e procuram tratamento, a empresa garante uma utilização mais custo-eficaz dos seus recursos limitados. Além disso, pelo desempenho do mercado N7B verificamos que só parte dos fumadores motivados procura realmente tratamento, pelo que este mercado deverá ser explorado na sua totalidade antes de se pensar em chegar aos fumadores não motivados.

Em termos estratégicos, portanto, o Tabaquit[®] vai ter como principal segmento-alvo os fumadores motivados (cerca de 200.000). Este segmento apresenta um nível elevado de preparação e confiança para deixar de fumar, pelo que o investimento *per capita* para converter um fumador em ex-fumador é menor. Desta forma a empresa poderá maximizar a utilização dos seus recursos para chegar a uma população-alvo maior.

Adicionalmente, temos um segundo segmento-alvo que são os profissionais de saúde que estão envolvidos nas consultas de cessação tabágica (médicos, enfermeiros, psicólogos e farmacêuticos). A sua identificação está facilitada, uma vez que a Direção Geral de Saúde publica no seu *website* uma listagem com todas as consultas de cessação tabágica ativas no país. A segmentação pode, posteriormente, ser melhorada com base no *feedback* dos delegados de informação médica, que as poderão classificar relativamente ao seu interesse (n.º de consultas por mês e principal medicação utilizada).

O esquema seguinte representa o percurso comportamental do fumador motivado na perspetiva da cessação tabágica. As caixas cinzentas indicam os momentos-chave onde é possível atuar positivamente em favor do Tabaquit[®], no sentido de aumentar o número de fumadores motivados que recebe uma prescrição deste medicamento e que o adquire.

Esquema 1: percurso comportamental do fumador motivado na perspetiva da cessação tabágica.



Resumidamente, os momentos-chave são:

1. garantir que o fumador motivado, ao procurar aconselhamento sobre como deixar de fumar (na Internet, junto de amigos/família ou de um profissional de saúde) tem acesso a informações sobre o Tabaquit[®] e o local das consultas de cessação tabágica;
2. assegurar que esse fumador é encaminhado rapidamente para um médico que esteja envolvido nas consultas de cessação tabágica e que utilize o Tabaquit[®] como terapêutica antitabágica de primeira escolha;
3. garantir que, quando recebe a prescrição, o fumador efetivamente a usa e se dirige a uma farmácia para adquirir a medicação, recebendo neste local aconselhamento adicional de suporte ao processo de abstinência;
4. assegurar que ele regressa ao médico e/ou à farmácia para adquirir o tratamento completo (3 meses);

Outras duas situações a ter em conta são a ocorrência de recaídas e o insucesso quando o fumador recorre a outras terapêuticas. Se, no primeiro caso, o importante é garantir que o fumador volta a utilizar o Tabaquit[®] (ele não deve associar a recaída a falta de eficácia do medicamento), no segundo caso é uma oportunidade de demonstrar que o Tabaquit[®] pode ter sucesso onde as outras terapêuticas falharam.

Na sequência da identificação dos momentos-chave, podem ser elaboradas estratégias e táticas que ajudem a empresa na prossecução dos seus objetivos.

4.5 - Posicionamento

Num estudo de opinião realizado junto de fumadores e ex-fumadores, uma das principais críticas apontadas às terapêuticas para a cessação tabágica foi o seu preço elevado: em média, um tratamento completo custa entre 224 e 295€ Com base nesse pressuposto, foi efetuado um estudo de elasticidade procura-preço e verificou-se que o preço máximo que os fumadores portugueses estavam dispostos a pagar pela cessação tabágica era, em média, 60€ por mês. Assim, a Bluepill Portugal optou por apostar numa estratégia de baixo preço, comparativamente com as restantes terapêuticas disponíveis no mercado. O custo sugerido para aquisição do tratamento completo é 159,95€ os primeiros dois meses custarão 59,98€/mês e o último mês de tratamento custará 49,99€ Este posicionamento está, aliás, refletido na própria mensagem promocional da Tabaniclina: “*TABAQUIT[®], para que não custe deixar de fumar*”.

4.6 - Fatores críticos de sucesso

1. Obter a Autorização de Introdução no Mercado para o Tabaquit[®]
2. Demonstrar o benefício farmacoeconómico do Tabaquit[®] de forma a obter a sua participação
3. Estabelecer o Tabaquit[®] como o tratamento de escolha na cessação tabágica junto dos prescritores
4. Aumentar a consciencialização de fumadores e Profissionais de Saúde para a cessação tabágica
5. Apoiar os Profissionais de Saúde no sentido de optimizarem as consultas de cessação tabágica
6. Aumentar o número de fumadores motivados para deixar de fumar
7. Apoiar o fumador durante todo o processo de cessação tabágica com Tabaquit[®]
8. Maximizar o ciclo de vida do Tabaquit[®]

4.7 - Estratégia (competição pelos custos)

Para maximizar o retorno do Tabaquit[®] ao longo do seu ciclo de vida, é crítico estabelecer a Tabaniclina como a melhor opção terapêutica disponível no mercado. Os profissionais de saúde devem ter sempre presente 2 fatores, os fatores diferenciadores sobre os quais o Tabaquit[®] irá construir a sua identidade de marca:

- Em primeiro lugar, o baixo custo da Tabaniclina;
- Em segundo lugar, o fato de mais doentes conseguirem deixar de fumar e manter-se completamente abstinentes com a Tabaniclina, resultados esses associados a um perfil de segurança favorável.

O sucesso do Tabaquit[®] também dependerá de uma segmentação criteriosa e eficaz, tanto dos Profissionais de saúde (os que estão envolvidos nas consultas de cessação tabágica), como dos fumadores-alvo (fumadores motivados). É fundamental conhecer e corresponder às suas expectativas e necessidades. Só assim será possível obter um lançamento de sucesso e a consolidação da posição do produto no mercado, obtendo os retornos desejados.

O ciclo de vida deste produto deverá ser suportado pelas seguintes estratégias:

Crescimento e consolidação – Estratégia E1

Promover e generalizar a utilização do Tabaquit[®] como “a” medicação para a cessação tabágica a utilizar por todos os fumadores motivados para deixar de fumar. Exemplos:

- Demonstrar os benefícios clínicos e económicos da cessação tabágica com Tabaquit[®];
- Promover a cessação tabágica, no sentido de aumentar a consciência social contra o tabagismo e evitar o desenvolvimento de doenças relacionadas com esta patologia;
- Colocar o Tabaquit[®] como primeira opção terapêutica, através de sessões clínicas (CMEs), reuniões médicas e parcerias com as sociedades médicas;
- Introduzir o Tabaquit[®] nos formulários hospitalares;
- Introduzir o Tabaquit[®] nas Normas de Orientação Clínica dos ACES;
- Envolver as associações de doentes em atividades relacionadas com o combate ao tabagismo e a promoção da cessação tabágica.

Diversificação – Estratégia E2

Alcançar os fumadores que utilizaram previamente (sem sucesso) outras terapêuticas para a cessação tabágica e apoiá-los numa nova tentativa. Motivar os profissionais de saúde a auxiliar todos os fumadores a deixar de fumar. Exemplos:

- Alterar a percepção de muitos profissionais de saúde que ainda consideram o tabagismo como um estilo de vida e não como uma doença que deve ser tratada;
- Demonstrar aos fumadores não motivados/preparados para deixar de fumar os benefícios que terão se deixarem de fumar;
- Diferenciar a Tabaniclina das restantes terapêuticas para a cessação tabágica (atuais e futuras): não necessita de titulação, 1 comprimido 1x/dia, maior eficácia e tolerabilidade;
- Desenvolver o envolvimento de profissionais de saúde que tradicionalmente não realizam consultas de cessação tabágica (cardiologistas, internistas, endocrinologistas);
- Promover a abordagem à cessação tabágica em todas as consultas médicas.

Expansão de mercado – Estratégia E3

Expandir o mercado da cessação tabágica através da intervenção nas fases precoces do tabagismo. Alcançar os fumadores que ainda não estão motivados para deixar de fumar e promover a alteração do seu “*mindset*”. Exemplos:

- Apoiar campanhas de saúde pública que promovam a cessação tabágica;
- Desenvolver materiais de apoio à consulta de cessação tabágica, disponíveis a todos os profissionais de saúde;
- Desenvolver *website* para público em geral (fumadores) que demonstre as mais-valias da cessação tabágica e esclareça as questões dos fumadores;
- Desenvolver redes de referência entre cuidados de saúde primários e secundários (no âmbito da cessação tabágica);
- Aumentar a percentagem de fumadores que num dado momento estão motivados para deixar de fumar (atualmente são apenas cerca de 10%);
- Desenvolver um estudo clínico em fumadores adolescentes, que suporte a utilização da Tabaniclina nesta população (a maioria dos fumadores começa a fumar na adolescência, mantendo esse hábito na vida adulta).

4.8 - Táticas

Após a apresentação das estratégias gerais que irão suportar a comercialização do Tabaquit[®], sugerem-se agora algumas táticas que contribuirão para esse fim (a numeração é apenas ilustrativa e não representa nenhum critério de prioridade), algumas das quais foram já previamente definidas como metas a atingir:

1. Aumentar a consciencialização de fumadores e profissionais de saúde para a cessação tabágica

Estratégia E1,E3; Oportunidade Op1,Op2,Op3

- a. Ajudar a promover a aplicação da Lei do Tabaco;
- b. Desenvolver campanhas de saúde pública (em parceria com SPT, COPPT, outras sociedades médicas e associações de doentes) com o foco nos benefícios económicos da cessação tabágica e prevenção de doenças relacionadas com o tabagismo (redução de comorbilidades e custos de tratamento associados);
- c. Desenvolver campanhas informativas/educacionais centradas em todos os profissionais de saúde envolvidos nas consultas de cessação tabágica (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas);
- d. Promover um fórum de discussão entre os principais intervenientes no mercado da cessação tabágica (médicos, ACES, hospitais, Ministério da Saúde), para avaliar os seus pontos fortes e fracos e delinear estratégias para reduzir o número de fumadores.

2. Levar os fumadores motivados às consultas de cessação tabágica

Estratégia E1,E3; Oportunidade Op2,Op3

- a. Desenvolver campanhas informativas (TV, rádio, *mupis*, *website*, redes sociais) focadas em “Como deixar de fumar?”, “Porquê deixar de fumar? Benefícios clínicos e económicos” e “Quanto custa deixar de fumar?”;
- b. Desenvolver campanhas nos Centros de Saúde/USFs e Farmácias para avaliar o grau de confiança e motivação dos fumadores para deixarem de fumar e determinar o nível de dependência da nicotina;

- c. Na sequência destas 2 campanhas, estabelecer a referenciação dos fumadores para uma consulta de cessação tabágica (ao nível dos Cuidados Primários ou Secundários).
3. Estabelecer, junto dos profissionais de saúde, o Tabaquit[®] como o tratamento preferencial na cessação tabágica (melhor perfil de custo-eficácia)

Estratégia E1,E2; Oportunidade Op2

- a. Apresentar/divulgar os resultados favoráveis de eficácia e segurança do Tabaquit[®] vs placebo, Vareniclina e Terapêutica de Substituição Nicotínica;
- b. Trabalhar em parceria com as principais sociedades médicas respiratórias nacionais (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Sociedade Portuguesa de Tabacologia, Confederação Portuguesa para Prevenção do Tabagismo) e outras associações médicas para inclusão da Tabaniclina como terapêutica de 1.ª linha na cessação tabágica;
- c. Divulgar a evidência científica da Tabaniclina junto das principais especialidades médicas envolvidas na cessação tabágica (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral);
- d. Realizar diversas reuniões científicas junto dos profissionais de saúde, detalhando os resultados clínicos da Tabaniclina, de forma a ganhar rapidamente a aceitação do produto e a confiança na prescrição;
- e. Desenvolver um conjunto de líderes de opinião que advoguem a utilização da Tabaniclina;
- f. Apoiar a realização de congressos/simpósios sobre cessação tabágica;
- g. Apoiar a participação de KOLs e outros líderes de opinião em congressos nacionais e internacionais onde a temática da cessação tabágica seja discutida.

4. Apoiar os profissionais de saúde no sentido de melhorar/otimizar as consultas de cessação tabágica

Estratégia E2,E3; Oportunidade Op2

- a. Divulgar junto destes profissionais as orientações da Direcção-Geral da Saúde (DGS) sobre organização e gestão das consultas de cessação tabágica;
- b. Identificar centros de excelência em cessação tabágica e promover a divulgação das suas boas práticas junto de consultas menos;
- c. Promover a atualização da listagem da DGS com os locais onde existem consultas de cessação tabágica ativas;
- d. Desenvolver um *website* educacional sobre tabagismo e cessação tabágica acessível a todos os profissionais de saúde, com materiais para descarregar e usar na consulta e também com *webinars* para a sua formação contínua.

5. Apoiar o fumador durante o processo de cessação tabágica

Estratégia E2,E3; Oportunidade Op1,Op3

- a. Identificar quais são os obstáculos para que um fumador inicie um processo de cessação tabágica e desenvolver ações no sentido de eliminar/minimizar estas barreiras;
- b. Desenvolver um serviço de apoio motivacional/comportamental (mensagens e-mail/SMS) para apoiar o fumador durante todo o processo de cessação tabágica;
- c. Criar um *website* com informações úteis sobre tabagismo e cessação tabágica disponível para o público em geral;
- d. Estabelecer parcerias com associações de doentes (ex: Pulmonale e Respira).

6. Demonstrar o benefício farmacoeconómico do Tabaquit[®] de forma a obter a sua comparticipação (medicamento com menor preço e o mais eficaz)

Estratégia E1; Oportunidade Op3

- a. Desenvolver um estudo farmacoeconómico adaptado à realidade portuguesa, demonstrando os benefícios a curto, médio e longo prazo, que sirva de suporte à obtenção de comparticipação pelo Ministério da Saúde;

- b. Após a conclusão do estudo, definir um *Advisory Board* com 3-4 peritos na área da cessação tabágica para que os mesmos possam elaborar um parecer que suporte favoravelmente a comparticipação do Tabaquit®;
- c. Desenvolver estratégias alternativas de financiamento/comparticipação caso não seja possível obter a comparticipação pelo Ministério da Saúde (por exemplo, junto de Seguradoras ou grandes empresas que estejam interessadas em promover a saúde dos seus colaboradores).

7. Maximizar o ciclo de vida do Tabaquit®

Estratégia E1,E2,E3; Oportunidade Op2
--

- a. Desenvolver estudos clínicos com a Tabaniclina em subpopulações de fumadores (por exemplo, com doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, perturbações psiquiátricas, doentes oncológicos, entre outros);
- b. Desenvolver estudos clínicos com a Tabaniclina em adolescentes (uma vantagem competitiva sobre os outros fármacos), o que permitiria atuar logo nas fases precoces do tabagismo;
- c. Apoiar os estudos da iniciativa do investigador que possam contribuir para descobrir/desenvolver novas indicações terapêuticas, avaliar a eficácia e segurança da Tabaniclina em subpopulações especiais, identificar dados epidemiológicos, entre outros;
- d. Desenvolver estudos clínicos observacionais, com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança da Tabaniclina num contexto de prática clínica real;
- e. Desenvolver estudos clínicos no sentido de avaliar se a Tabaniclina poderá ter indicação para o tratamento de outras patologias (por exemplo, outras dependências), o que lhe conferiria uma extensão de proteção de patente;
- f. Desenvolver novas formulações (apresentações farmacêuticas) para a Tabaniclina (6 meses adicionais de proteção de patente);
- g. Avaliar a possibilidade de desenvolver uma associação fixa de Tabaniclina + fármaco antináuseas (principal acontecimento adverso relatado com a utilização de Tabaquit®) de forma a minimizar os abandonos por não tolerância;

- h. Avaliar o interesse de estabelecer uma parceria com outro laboratório farmacêutico (nomeadamente uma multinacional), no sentido de estabelecer uma co-promoção.

Um aspeto a considerar no ciclo de vida de um medicamento é a perda de exclusividade. A perda de exclusividade é o momento em que expira a patente que garante a exclusividade na comercialização de um medicamento, pelo que está associada à entrada de versões genéricas do medicamento no mercado.

A perda de exclusividade da Tabaniclina está prevista para o primeiro trimestre de 2023, assumindo que este medicamento não vai ter nenhuma indicação terapêutica adicional, nem que a legislação que protege as patentes industriais sofre alteração. Assim, considerando que todos os novos genéricos a entrar em comercialização no mercado nacional deverão ter um preço, no mínimo, 50% inferior ao preço de venda do medicamento de referência (original), com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica, apresentam-se de seguida algumas possíveis estratégias a explorar:

- a) Se o Tabaquit[®] não atingir uma notoriedade expressiva, reduzir o PVP em 50%, após a sua quota de mercado ter baixado para menos de 70% do mercado total da Tabaniclina;
- b) Caso o Tabaquit[®] atinja uma notoriedade elevada, reduzir o PVP em 30%, após a sua quota de mercado ter baixado para menos de 70% do mercado total da Tabaniclina;
- c) Caso o Tabaquit[®] atinja uma notoriedade elevada, manter o seu PVP e criar uma marca própria (Bluepill) de genérico, com PVP 50% inferior, após a quota de mercado do Tabaquit[®] ter baixado para menos de 70% do mercado total da Tabaniclina.
- d) Negociar a gestão da marca Tabaquit[®] por uma empresa subcontratada (licenciamento da exploração do medicamento).

4.9 - Táticas pré-lançamento

No sentido de apoiar o pré-lançamento do Tabaquit[®], sugerem-se, de seguida, algumas táticas.

Tabela 11: Táticas pré-lançamento

Táticas	1ºT 2012	2ºT 2012	3ºT 2012	4ºT 2012
Regulamentares	<ul style="list-style-type: none"> • Submeter pedido de AIM ao INFARMED • Desenvolver parecer farmacoeconómico 		<ul style="list-style-type: none"> • Submeter pedido de reembolso (com parecer farmacoeconómico anexo) 	
Promocionais	• Pré-marketing	• Pré-marketing	• Pré-marketing	• Pré-marketing
Médicas	• Selecção e desenvolvimento de KOLs		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Advisory Board</i> • Desenvolver <i>kit slides</i> p/ reuniões 	• Treino de palestrantes
Congressos		<ul style="list-style-type: none"> • Sociedade Portuguesa de Cardiologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Congresso Nacional Medicina Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Relações públicas		<ul style="list-style-type: none"> • Comunicações/publicidade diversas na imprensa especializada (para profissionais de saúde) 		
Market Research		<ul style="list-style-type: none"> • Mercado nacional da Cessação Tabágica 		
Budget	145.000€	30.000€	25.000€	20.000€

4.10 - Táticas para o lançamento

Sugerem-se, na tabela seguinte, algumas táticas para apoiar o lançamento do Tabaquit[®] (1ºT 2013 – 4ºT 2013).

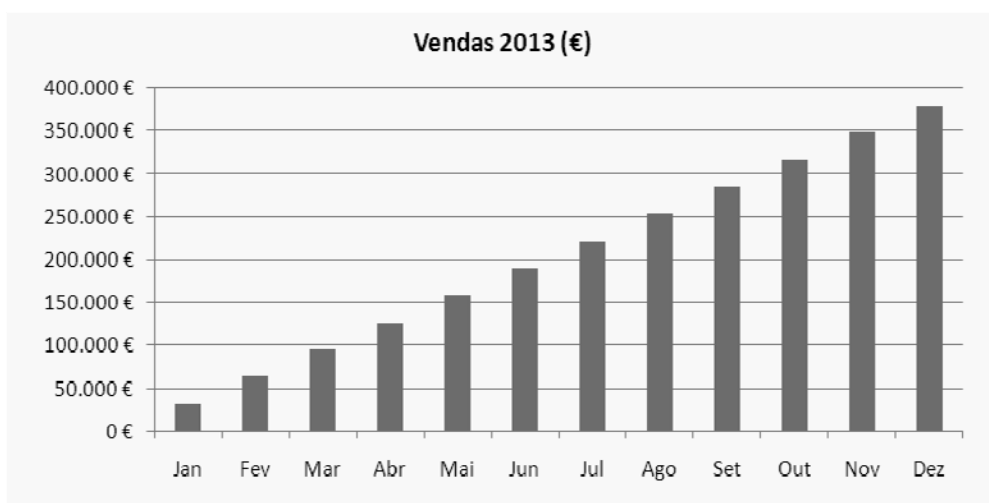
Tabela 12: Táticas para o lançamento

Táticas	Budget	Detalhes da tática
Reunião nacional de lançamento do Tabaquit[®]	130.000€	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião de apresentação formal do produto, para líderes de opinião: Pneumologistas, Cardiologistas, Endocrinologistas e especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF)
Reuniões educacionais para médicos	110.000€	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões locais, a realizar nos principais serviços de Pneumologia, Cardiologia, Endocrinologia e Medicina Interna • 6 Reuniões regionais para especialistas de MGF
Reuniões educacionais para outros profissionais de saúde	40.000€	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Reuniões regionais para farmacêuticos, psicólogos e enfermeiros
Congressos	70.000€	<ul style="list-style-type: none"> • Simpósio e stand nos congressos da SPP, SPC e CNMF • Oferta de inscrições para congressos da SPP, SPC e CNMF
Programa de amostras	135.000€	<ul style="list-style-type: none"> • 4 amostras por médico especialista (target: 700 prescritores) e 3 amostras para MGF (target: 600 prescritores)
Outras iniciativas de desenvolvimento do mercado	5.000€	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido de introdução do Tabaquit[®] nos Formulários Hospitalares • Pedido de introdução do Tabaquit[®] nas Normas de Orientação Clínica (NOC) dos ACES
Relações Públicas e Publicidade	30.000€	<ul style="list-style-type: none"> • Participação corporativa nos principais eventos relacionados com o tabagismo: Dia Mundial sem Tabaco, Dia Mundial da DPOC e Mês do Pulmão • Publicidade na imprensa especializada
Materiais promocionais	65.000€	<ul style="list-style-type: none"> • Reprints dos estudos de fase III da Tabaniclina; Visual Aid; Visual aid resumido; Folhetos (dípticos/tríptico); Name reminders; Separatas dos congressos

4.11 - Estimativas

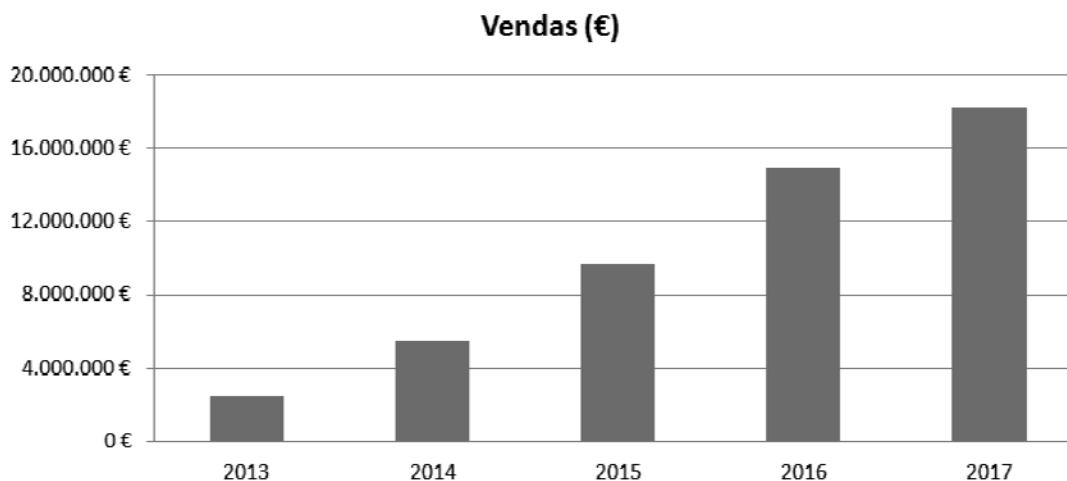
A estimativa seguinte (vendas durante o primeiro ano de comercialização) é extrapolada a partir da evolução das vendas da Vareniclina durante o seu primeiro ano no mercado (último fármaco a ser comercializado para a cessação tabágica), e ajustada pelo aumento do rendimento das famílias portuguesas e pela inflação nacional durante os anos 2007 a 2010. Esta estimativa será revista e ajustada trimestralmente.

Gráfico 7: Estimativa de vendas (1ºT 2013 – 4ºT 2013)



A Bluepill partilhou com a sua congénere nacional a estimativa de vendas para Portugal, para os primeiros 5 anos de comercialização do Tabaquit[®]. É esperado que a Bluepill Portugal encete todos os esforços para cumprir e apresentar os resultados que lhe são pedidos. Esta estimativa será revista e ajustada anualmente, se necessário.

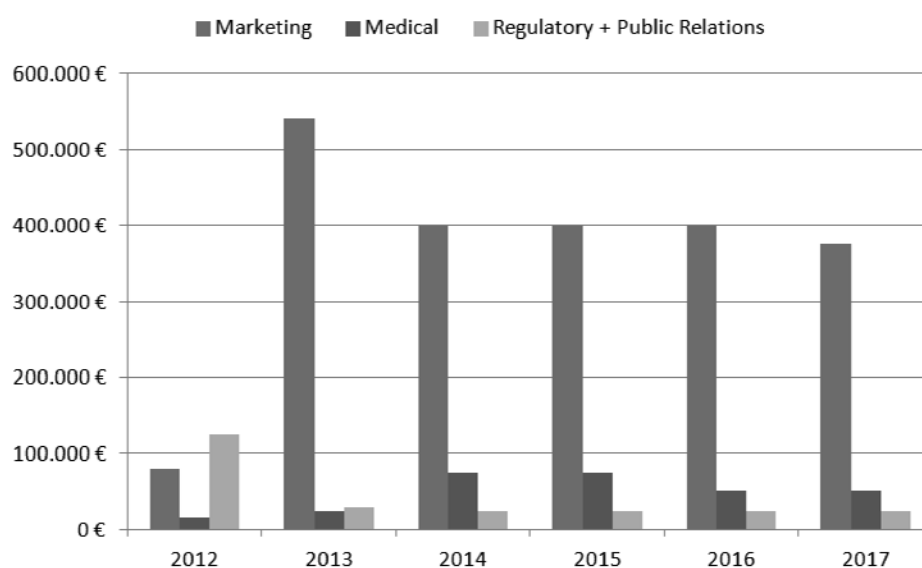
Gráfico 8: Estimativa de vendas (1ºT 2013 – 4ºT 2017)



De acordo com a estimativa do gráfico 8, é solicitado à Bluepill Portugal que, em pouco mais de 15 meses, as vendas de Tabaquit[®] igualem o valor atual do mercado da cessação tabágica. Esta estimativa é ambiciosa mas a empresa-mãe está confiante nas características do seu novo medicamento e que a congénere local tudo irá fazer para entregar estes resultados.

O gráfico seguinte representa a estimativa de investimento da Bluepill Portugal durante o pré-lançamento e os primeiros 5 anos de comercialização do Tabaquit[®].

Gráfico 9: Estimativa de investimento (1^oT 2012 – 4^oT 2016)



Esta estimativa baseia-se no investimento em atividades de marketing, médicas, regulatórias e de relações públicas previstas para o pré-lançamento e para os primeiros 5 anos de comercialização do Tabaquit[®], sendo expectável que após o ano de lançamento (2013), o investimento seja progressivamente reduzido até 2017. Sendo os valores apresentados apenas uma estimativa, serão alvos de revisão caso o desempenho do medicamento assim o justifique.

5 - MÉTRICAS DE CONTROLO

No sentido de monitorizar o lançamento do Tabaquit[®] e a sua aceitação por parte dos profissionais de saúde, sugerem-se algumas métricas de avaliação de desempenho:

- N.º de médicos presentes na reunião de lançamento vs n.º de médicos convidados;
- N.º de médicos presentes nas reuniões regionais vs n.º de médicos convidados;
- N.º de presenças nos simpósios Tabaquit[®] dos principais congressos nacionais;
- N.º de hospitais em que a Tabaniclina foi introduzida no Formulário Hospitalar;
- N.º de ACES em que a Tabaniclina foi introduzida nas NOC;
- N.º de prescrições totais por brick (IMS);
- Percentagem de novas prescrições por especialidade;
- Percentagem de médicos (por especialidade) que prescreve Tabaquit[®]
- N.º de prescrições de repetição por especialidade;
- Percentagem de médicos (por especialidade) que usa o Tabaquit[®] como 1.ª opção
- Evolução mensal das vendas (IMS) vs estimativa inicial;
- Percentagem de fumadores que completa os 3 meses de tratamento
- N.º médio de embalagens de Tabaquit[®] adquiridas por fumador (objectivo: 3 caixas)
- Percentagem de médicos “early adopters”;
- N.º de líderes de opinião que suportam favoravelmente a utilização de Tabaniclina;
- N.º de líderes de opinião que foram palestrantes em reuniões Bluepill;
- N.º artigos publicados na imprensa especializada sobre a Tabaniclina;
- N.º de horas investidas em reuniões científicas com profissionais de saúde (PdS);
- Classificação média da avaliação da formação Tabaquit[®] à força de vendas;
- N.º de pedidos de informação médica sobre Tabaniclina efetuados por PdS;
- N.º de solicitações para marcação de sessão clínica (hospitais ou USFs)
- N.º de oportunidades de desenvolvimento de negócio identificadas;
- N.º de parcerias estabelecidas com associações de doentes;
- N.º de Sociedades Médicas a dar o seu apoio à Tabaniclina;
- Quota mensal de mercado do Tabaquit[®];
- *Share of voice* do Tabaquit[®] junto da especialidade / medicina geral e familiar;
- Nível de recordação da visita, junto da especialidade / medicina geral e familiar;
- Notoriedade espontânea da marca (junto da especialidade e da MGF).

6 - CONCLUSÃO

Este documento contextualizou o mercado nacional da cessação tabágica e identificou barreiras que deverão ser ultrapassadas, ou pelo menos, mitigadas, aquando da comercialização do novo medicamento antitabágico, o Tabaquit[®]. As principais barreiras identificadas foram o custo elevado da medicação atual para a cessação tabágica, a reduzida disponibilidade financeira dos Portugueses e uma má aplicação da Lei do Tabaco. No entanto, foram identificadas algumas oportunidades a explorar: 1) a prevalência do tabagismo é de 23% mas só uma fração dos fumadores motivados para deixar de fumar procura tratamento; 2) existe uma forte pressão social para deixar de fumar (estigma e segregação dos fumadores); e 3) os ganhos em saúde e económicos obtidos com a cessação tabágica.

Relativamente ao Tabaquit[®], constatou-se que as suas características (o melhor perfil de eficácia e segurança, demonstrado pelos resultados de ensaios clínicos) permitirão diferenciá-lo favoravelmente dos restantes concorrentes. No entanto, o verdadeiro fator de discriminação positiva é o seu posicionamento, com um preço 32% inferior à média do mercado, pelo que se espera que o Tabaquit[®] obtenha a comparticipação pelo SNS.

Em termos estratégicos, e fazendo uso dos pontos fortes do Tabaquit[®] (sobretudo o baixo preço), sugeriram-se 3 estratégias, com vista a maximizar o seu ciclo de vida:

- Crescimento e consolidação – promover e generalizar a utilização do Tabaquit[®] como “a” medicação para a cessação tabágica, a um custo acessível, a utilizar por todos os fumadores motivados para deixar de fumar;
- Diversificação – alcançar os fumadores que utilizaram previamente (sem sucesso) outras terapêuticas para a cessação tabágica e motivar os profissionais de saúde a auxiliar indiscriminadamente todos os fumadores a deixar de fumar;
- Expansão de mercado – expandir o mercado da cessação tabágica através da intervenção nas fases precoces do tabagismo e alcançar os fumadores que ainda não estão motivados para deixar de fumar.

Estima-se que este novo medicamento atinja os 2 milhões de euros em vendas logo no final do ano de lançamento (4ºT 2013) e vendas totais de mais de 50 milhões de euros durante os primeiros 5 anos de comercialização (1ºT 2013 a 4ºT 2017).

7 - BIBLIOGRAFIA

1. Index Mundi. Dados de Portugal. Informação disponível em: <http://www.indexmundi.com/portugal/>. Página acedida a 9 de Agosto de 2011.
2. PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo - Estatísticas, gráficos e indicadores sobre Portugal e a Europa. Dados do Census 2011. Informação disponível em: <http://www.pordata.pt/site/>. Página acedida a 11 de Agosto de 2011.
3. Central Intelligence Agency – The World Factbook. Appendix B – International Organizations and Groups: developed countries (DCs). Informação disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/appendix/appendix-b.html#D>. Página acedida a 9 de Agosto de 2011.
4. 2011 Quality of Life Index – Nation Ranking. Informação disponível em: <http://nationranking.wordpress.com/2011/03/06/2011-qli/>. Página acedida a 9 de Agosto de 2011.
5. Vision of Humanity. Global Peace Index. GPI Index 2011. Informação disponível em: <http://www.visionofhumanity.org/gpi-data/#/2011/scor/PT>. Página acedida a 6 de Agosto de 2011.
6. Central Intelligence Agency – The World Factbook. Dados de Portugal. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/po.html>. Página acedida a 11 de Agosto de 2011.
7. Governo de Portugal. Portal do Governo de Portugal. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC19/Documentos/PCM/MoU_PT_20110517.pdf. Página acedida a 10 de Agosto de 2011.
8. Banco Português de Investimento. Departamento de Estudos Económicos e Financeiros. Relatório “Mercados Financeiros” de 13 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://www.bpiinvestimentos.pt/Research/MercadosFinanceiros.asp>. Página acedida a 6 de Novembro de 2011.
9. Portal da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. A Saúde em Portugal – Serviço Nacional de Saúde. Informação disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/default.htm>. Página acedida a 11 de Agosto de 2011
10. Tanner, Michael D. (2008), “The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World”. Cato Policy Analysis no. 613. Informação disponível em: http://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=9272. Página acedida a 11 de Agosto de 2011
11. Portal da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. A Saúde em Portugal – Política da Saúde (Lei de Bases da Saúde). Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>. Página acedida a 9 de Agosto de 2011
12. Apifarma – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica. Relatório “A Indústria Farmacêutica em Números 2010”. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/estudos/IFPt/Paginas/default.aspx>. Página acedida a 10 de Agosto de 2011.
13. PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo - Estatísticas, gráficos e indicadores sobre Portugal e a Europa. Dados de Saúde. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+saude+medicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros++farmaceuticos-144>. Página acedida a 10 de Agosto de 2011.

14. RCM Pharma. Edição online de 8-7-2011. Disponível em:
<http://www.rcmpharma.com/actualidade/industria-farmaceutica/08-07-11/if-contribui-para-sustentabilidade-do-sns-e-com-28-para->. Página acedida a 10 de Agosto de 2011.
15. PORTDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo - Estatísticas, gráficos e indicadores sobre Portugal e a Europa. Dados de Saúde. Disponível em
[http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Servico+Nacional+de+Saude+\(SNS\)-39](http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Servico+Nacional+de+Saude+(SNS)-39). Acedido a 6 de Novembro de 2011.
16. Apifarma – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica. Relatório “Características do Mercado”. Disponível em:
<http://www.apifarma.pt/estudos/IndicadoresMF/Paginas/default.aspx>. Página acedida a 10 de Agosto de 2011.
17. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Medicamentos Uso Humano. Informação disponível em
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/PROCEDIMENTOS_DE_AIM. Páginas acedidas a 11 de Agosto de 2011.
18. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Medicamentos Uso Humano. Informação disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO. Página acedida a 11 de Agosto de 2011.
19. Comissão Europeia, Inquérito Eurobarómetro 2009. Disponível em:
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf. Página acedida a 3 de Setembro de 2011
20. Comissão Europeia, Inquérito Eurobarómetro 2006. Disponível em:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/ebs272c_en.pdf. Página acedida a 3 de Setembro de 2011
21. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquéritos Nacionais de Saúde 1987, 1995/1996 e 1998/1999. Lisboa – Portugal.
22. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Disponível em:
http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/268/1/4%C2%BAINS_05_06.pdf. Página acedida a 9 de Agosto de 2011.
23. Direcção Geral de Saúde. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. 2007. Disponível em
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009774.pdf>. Página acedida a 3 de Setembro de 2011.
24. IMS Health. Dados do mercado português N7B. Dados acedidos a 6 de Outubro de 2011.
25. Direcção Geral de Saúde. Microsite do Tabaco. Disponível em
<http://www.dgs.pt>. Página acedida a 6 de Outubro de 2011.
26. Diário da República, 1.ª série-N.º 156- 14/08/2007. Lei n.º 37/2007. Informação disponível em: http://antt.dgarq.gov.pt/files/2008/10/37_2007.pdf. Página acedida a 10 de Agosto de 2011.
27. U.S. Department of Health and Human Services. “The health consequences of smoking: a report of the surgeon general” Atlanta Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health 2004. Disponível em:
http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/chapters.htm. Página acedida a 10 de Agosto de 2011.

28. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, “Tabagismo - Patologia relacionada com o tabaco”; Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Disponível em www.sppneumologia.pt/download.php?path=docs&filename=Patologias.ppt. Página acedida a 11 de Agosto de 2011.
29. Gratziou C. “Respiratory, cardiovascular and other physiological consequences of smoking cessation.” *Current Medical Research and Opinion*. 2009; 25(2): 535–545.
30. Doll R *et al.* “Mortality in relation to smoking: 50 years’ observations on male British doctors”. *Br Med J*. 2004;328:1519-1527
31. Gouveia, M; Borges, M; Pinheiro, L *et al.* Carga e custos da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Disponível em: <https://docs.google.com/a/hospitaldofuturo.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=aG9zcGI0YWxkb2ZldHVyby5jb2I8dGVzdGV8Z3g6NTM4NjQzYmYzNDNhMDAz>. Página acedida a 6 de Outubro de 2011.
32. Edwards R *et al.* “The problem of tobacco smoking.” *BMJ*. 2004; 328:217-219
33. European Comission. “Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level”. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/document_s/gp_smoke_en.pdf. Página acedida a 6 de Outubro de 2011.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ADICIONAIS

1. Carvalho, J.C. e Filipe, J.C. (2006). Manual de Estratégia – Conceitos, prática e roteiro. *Edições Sílabo*, 65-256.
2. Tybout A.M. e Calkins, T. (2005). Kellogg on Branding. The Marketing Faculty of The Kellogg School of Management. *John Wiley & Sons, Inc*, 11-256.
3. Kotler, P. e Pfoertsch, W. (2006). B2B Brand Management. *Springer*, 1-190