



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA**

CAMILA LINS RODRIGUES

**POLÍTICAS DE SAÚDE, DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO
E MEDICAMENTOS: LIÇÕES DO CASO BRASILEIRO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
AO INSTITUTO DE ECONOMIA DA UNICAMP
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: ECONOMIA SOCIAL E DO
TRABALHO.**

PROF. DR. PEDRO LUIZ BARROS SILVA – ORIENTADOR

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR CAMILA LINS
RODRIGUES E ORIENTADA PELO PROF. DR. PEDRO
LUIZ BARROS SILVA.**

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "P. Barros Silva", written over a horizontal line.

CAMPINAS, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
Maria Teodora Buoro Albertini – CRB8/2142 –
CEDOC/INSTITUTO DE ECONOMIA DA UNICAMP

R618p Rodrigues, Camila Lins, 1982-
Políticas de saúde, desenvolvimento tecnológico e medicamentos: lições do caso brasileiro / Camila Lins Rodrigues. – Campinas, SP: [s.n.], 2012.

Orientador: Pedro Luiz Barros Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia.

1. Política de saúde. 2. Indústria farmacêutica. 3. Medicamentos - Política governamental. I. Silva, Pedro Luiz Barros, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

12-023-BIE

Informações para Biblioteca Digital

Título em Inglês: Health policies, technological development and drugs: lessons from the Brazilian case

Palavras-chave em inglês:

Health policy
Pharmaceutical industry
Pharmaceutical policy

Área de Concentração: Economia Social e do Trabalho

Titulação: Mestre em Desenvolvimento Econômico

Banca examinadora:

Pedro Luiz Barros Silva
Geraldo Di Giovanni
Ana Luiza D'Avila Viana

Data da defesa: 10-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Desenvolvimento Econômico

Dissertação de Mestrado

Aluna: CAMILA LINS RODRIGUES

**“Políticas de saúde, desenvolvimento tecnológico e
medicamentos: lições do caso brasileiro”**

Defendida em 10 / 02 / 2012

COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. PEDRO LUIZ BARROS SILVA
Orientador – IE / UNICAMP



Prof. Dr. GERALDO DI GIOVANNI
IE / UNICAMP



Profa. Dra. ANA LUIZA D'AVILA VIANA
USP

Aos meus pais, que sempre me ensinaram que o maior bem que podemos ter na vida é o conhecimento.

Ao meu tio Juca e à minha tia Laura, que sei que continuam torcendo por mim de onde quer que estejam.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final de um trabalho como este é muito gratificante. Mas, com certeza, esse momento de alegria não existiria se não fosse o apoio recebido de tantas pessoas ao longo dessa árdua, mas também feliz caminhada. Agradecer a todas elas não é uma tarefa fácil. Sei que corro o risco de ser injusta e não mencionar todas essas pessoas aqui, por isso peço desculpas antecipadamente.

Começo agradecendo à minha família. Aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e compreenderam a minha escolha de deixar um emprego para fazer o Mestrado. Sofreram junto comigo quando me mudei para Campinas e me deram forças para chegar até o final. À minha querida irmã, médica, companheira em todos os momentos, com quem sempre conversei sobre a temática da saúde. A sua dedicação à profissão de cuidar do outro mantém acesa a minha crença no SUS e no avanço das políticas de saúde no país. Agradeço também aos meus avós, Zulmira e Alexandre, aos meus tios (especialmente tio Juca e tia Laura *in memoriam*) e primos, pelo carinho e torcida de sempre.

Aos meus amigos de BH, agradeço a amizade e a força. Valéria, minha querida amiga, que sei que sempre torceu por mim. Ramon, meu grande amigo há quase 15 anos. Me socorreu todas as vezes em que precisei. Catari, minha amiga e irmã. Não há como agradecer tudo o que fez por mim nesses anos todos. Sem a sua força, nunca teria ido para Campinas e feito esse Mestrado. Aos meus eternos amigos da FACE e do CEDEPLAR, nos quais mirei o meu exemplo. Eduardo Albuquerque, meu professor e orientador de tantos anos, com quem aprendi tanto e que me despertou para os temas da tecnologia e da saúde. Aos amigos do GEPES, com quem compartilhei o aprendizado em vários projetos de pesquisa na área da saúde. Agradeço também aos amigos que fiz no SEBRAE-MG, Talita, Mateus e Eduardo, pela amizade e convivência nos últimos anos.

Em Campinas, nos primeiros dias, pude contar com a ajuda de três pessoas que foram sensacionais. Dona Sinhá, mãe da Marina, abriu as portas da sua casa para mim sem nem saber quem eu era. Depois, minha amiga Hérica e a minha xará Camila me abrigaram com

muito carinho até que eu conseguisse achar um apartamento. E, também logo nesse início, pude contar com a amizade incondicional de Ju Bacelar. Nunca conheci pessoa mais generosa e prestativa. Ju ajudou a tornar possível minha permanência em Campinas. Minha companheira de apê e minha grande amiga!

E quantos amigos fiz em Campinas! Bia Mioto, minha segunda companheira de apê. Taíse, sempre tão delicada. Marcelão, um *gentleman*. Calixtre, Trovão e Mesaque, os outros companheiros de Social e Trabalho. E os que tornavam meus dias mais divertidos e alegres: Gustavo, Lu Portilho, Dennys, Zé Tadeu, Feldmann e Daniel Nery. E todos os outros colegas do Mestrado. Obrigada!

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Luiz, pelas aulas ministradas e por ter me levado a discutir esse tema tão fascinante, e ao Prof. Dr. Geraldo Di Giovanni, pelas aulas e conversas muito esclarecedoras e também pela ilustre participação na minha banca de defesa. E a todos os outros professores do IE, com quem tive aulas fantásticas ao longo de um ano e meio. Obrigada por me ensinarem a pensar o Brasil, seus problemas estruturais, suas perspectivas, suas possibilidades.

À Profa. Dra. Ana Luiza D'Avila Viana, por ter abrilhantado a minha defesa com sua delicadeza e com seus comentários e sugestões dignos, realmente, de uma grande especialista no assunto.

Aos funcionários da secretaria da pós, principalmente Marinete, Fátima, Cida e Alexsandro, pelo apoio logístico e pela paciência durante todo esse tempo. Aos funcionários da biblioteca, pela educação e gentileza de sempre.

Ao CNPq, que financiou e viabilizou esse Mestrado.

A Deus e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho se concretizasse, muito obrigada!

RESUMO

As nações desenvolvidas conseguiram consolidar tanto a construção de Sistemas de Proteção Social, quanto a construção de Sistemas de Inovação. Por um lado, políticas sociais em áreas fundamentais e estratégicas como saúde, educação e previdência ganharam espaço privilegiado em suas agendas de governo. Por outro lado, esses países realizaram processos bem sucedidos de *catching up*, consolidando suas bases industriais e se tornando líderes mundiais na produção de ciência e tecnologia.

Outra realidade, no entanto, vivem os países periféricos. Ao mesmo tempo em que ainda caminham no sentido de construir um Sistema de Proteção Social, com a persistência de problemas sociais graves, esses países também apresentam dependência econômica e atraso tecnológico em relação aos países centrais. No caso específico do Brasil, o setor saúde, representado pelo seu complexo industrial, pode ser um importante componente estratégico para o desenvolvimento simultâneo do Sistema de Proteção Social e do Sistema de Inovação, condição necessária para que o país abandone sua condição periférica. Avanços nas indústrias deste complexo podem, de um lado, trazer benefícios econômicos para o país e, de outro, atender as necessidades de saúde da população, amenizando os agravos sociais existentes.

Essa dissertação busca, a partir de um recorte analítico do conceito de complexo industrial da saúde, elucidar o papel específico que a indústria farmacêutica e o governo (através da construção de uma Política Nacional de Medicamentos) possuem no processo de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro e na dinâmica local de inovação. As políticas de medicamentos desenvolvidas no Brasil ao longo do século XX são analisadas sob uma perspectiva histórica, contextualizando-se a discussão a partir do processo de construção das políticas de saúde no país. Procura-se compreender como escolhas do passado inviabilizaram a construção de uma Política Nacional de Medicamentos efetiva, e como a ocorrência de eventos recentes como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transformações da indústria farmacêutica internacional podem contribuir para uma mudança positiva de cenário.

Palavras-chave: sistemas de saúde; indústria farmacêutica; política de medicamentos

ABSTRACT

The developed countries were successful in the consolidation of Social Protection Systems as well as Innovation Systems. On one hand, Social Policies related to essential and strategic areas such as health, education and social security have gotten a privileged space at the governments' agenda. On the other hand, these countries established outstanding processes of *catching up*, consolidating their industrial bases and becoming world leaders in science and technology statistics.

However, the poor countries experience another reality. While they are still trying to build a Social Protection System, with the persistence of heavy social problems, these countries face economic dependency and technologic delay when compared with developed countries. Specifically, Brazil's health area, represented by its industrial complex, could be an important strategic component for both Social Protection and Innovation Systems development, necessary condition for the country to leave its poverty condition. Progress in these industrial complex, on one hand, can provide economics benefits to the country, and, on the other hand, can answer the population health needs, reducing the social damages existent.

This dissertation searches, from an analytical view of industrial health complex concept, to elucidate the specific pharmaceutical industry and government's role (through a National Pharmaceutical Policy building) at the development of brazilian health system and local dynamic innovation. The Pharmaceutical Policies developed in Brazil along XX century are analyzed under a historical perspective, contextualizing the discussion from the health policies building process in the country. It seeks to understand how decisions made in the past contributed to an inefficient National Pharmaceutical Policy, and how the occurrence of recent events, like the creation of the SUS (*Sistema Único de Saúde*) and the transformations of the international pharmaceutical industry can add to a positive scenery change.

Key-words: health systems; pharmaceutical industry; pharmaceutical policy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Fluxos de informações científicas e tecnológicas no sistema de inovação do setor saúde: o caso de países com sistemas maduros.....	05
Complexo industrial da saúde	06
Construção de uma Política Nacional de Medicamentos: componentes sanitário e econômico	105

GRÁFICOS

Número de registros de medicamentos genéricos: valores acumulados	117
---	-----

QUADROS

Divisão dos grupos de trabalho do Fórum	76
Disciplinas científicas da área da saúde	118

MAPAS

Distribuição percentual da produção científica na área da saúde por estado brasileiro em 2008.....	119
--	-----

TABELAS

Número de óbitos de pacientes portadores de AIDS 1996 – 2009.....	94
Laboratórios farmacêuticos líderes no Brasil em 2010.....	97
Medicamentos mais vendidos no Brasil em 2010	98
Países que controlam a comercialização dos 100 medicamentos mais vendidos no mundo: distribuição percentual da receita	98
Saldo comercial brasileiro de farmoquímicos, medicamentos e vacinas: 2005-2011	99
Volume de vendas da indústria farmacêutica no Brasil: 2006–2010.....	99
Gastos com saúde - países selecionados	115

Número de medicamentos que se encontravam em desenvolvimento na indústria farmacêutica mundial em 2010 segundo grupos de doenças específicos	115
Laboratórios farmacêuticos oficiais do Brasil – 2011	116
Distribuição da produção científica brasileira na área da saúde segundo os municípios de maior destaque – 2008	120
Distribuição da produção científica brasileira na área da saúde segundo as instituições de maior destaque – 2008	121

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
1. EMERGÊNCIA DA SAÚDE COMO QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL E O SURGIMENTO DOS PRIMEIROS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS.....	13
1.1 O caos sanitário e as primeiras políticas de saúde pública do país.....	13
1.2 Os institutos públicos de pesquisa e os primeiros laboratórios farmacêuticos.....	18
2. CAPITALIZAÇÃO DA MEDICINA, “REVOLUÇÃO TERAPÊUTICA” E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO	23
2.1 Políticas de saúde no Primeiro governo Vargas: 1930/45.....	23
2.2 Desenvolvimento da medicina previdenciária: 1950/80	26
2.3 Crise e tentativas de reforma do sistema de saúde brasileiro	29
2.4 As políticas “nacionais” de medicamentos: 1930/80.	37
3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS PERSPECTIVAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL	53
3.1 O novo modelo de sistema de saúde	53
3.2 Avanços concretos e principais dificuldades da política nacional de saúde a partir da década de 90	56
3.3 Política de medicamentos sob o novo modelo de sistema de saúde brasileiro	66
3.3.1 Abertura comercial, acordo TRIPS e o cenário do início dos anos 90	66
3.3.2. Rumo à construção de uma Política Nacional de Medicamentos: conquistas recentes e desafios	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	107
ANEXOS	113

INTRODUÇÃO

É consenso que o desenvolvimento de políticas de saúde bem articuladas e eficientes pode se constituir como um importante vetor de desenvolvimento econômico para as nações capitalistas contemporâneas. Isto se verifica pelo fato do setor saúde figurar simultaneamente em duas dimensões consideradas estratégicas: a sanitária e a econômica. De um lado, avanços nos sistemas de atenção à saúde impactam a qualidade de vida e o bem-estar de uma população. De outro, o setor saúde constitui-se como um foco de geração de emprego, investimento e inovações tecnológicas (GADELHA, 2010).

Em países desenvolvidos, essas dimensões encontram-se plenamente desenvolvidas e, o que é mais importante, articuladas, uma vez que as inovações tecnológicas geradas no setor saúde são, em grande medida, compatíveis com as necessidades dos sistemas de saúde (GADELHA et. al., 2003). Essas articulações foram construídas historicamente a partir da consolidação de dois sistemas fundamentais: o de Proteção Social e o de Inovação. Partindo-se do pressuposto de que a compreensão desse fenômeno e de todos os seus condicionantes históricos e estruturais mostra-se de fundamental importância para se pensar a realidade e as possibilidades de desenvolvimento de países periféricos, tal como o Brasil, procurou-se, no início desta Introdução, realizar uma breve descrição desse processo.

A construção dos modernos Sistemas de Proteção Social remete ao contexto da Europa da virada do século XIX para o século XX, marcada pelo auge dos processos de industrialização e urbanização, em paralelo a uma expansão sem precedentes da pobreza e da precariedade das condições de vida e de trabalho da nascente classe operária. Diante deste quadro e da organização de movimentos sociais que pressionavam por melhores condições de vida e de trabalho, os quais, no novo ambiente democrático vigente, passaram a ter uma importância política central, os Estados institucionalizaram as políticas sociais, representadas pela provisão de bens e serviços garantidores da cidadania (FLEURY & OUVRENEY, 2009). Esta iniciativa poderia ser interpretada tanto como uma resposta aos desafios advindos do processo de modernização (interpretação pluralista) ou, por outro lado, pela necessidade de regular os conflitos de classe e de garantir o processo de reprodução do capital e as estruturas sociais nascentes (interpretação marxista) (VIANA &

BAPTISTA, 2009). Mas, independentemente da interpretação de sua origem, três características dos Sistemas de Proteção Social mostram-se fundamentais: a importância da ação estatal na organização e implementação das políticas sociais; a evidente relação complementar que se estabelece entre Estado e mercado, onde o segundo é regulado pelo primeiro na tentativa de se evitar a ocorrência de resultados socialmente adversos; e, finalmente, a substituição da renda em situações que a comprometam como velhice, doença, maternidade, desemprego temporário etc¹ (DRAIBE, 1993).

Como um dos componentes das políticas sociais que passaram a ser implementadas pelos Estados de Bem-Estar Social, está o setor saúde. Até então, o risco de adoecer era responsabilidade individual e os tratamentos de saúde, quando disponíveis, deveriam ser obtidos no mercado. Com a construção dos grandes sistemas nacionais de saúde, geridos pelo Estado e financiados pelos impostos pagos pela população, houve um processo de desmercantilização do acesso aos serviços de saúde, que passou a ser um direito dos cidadãos, responsabilidade da sociedade e obrigação do Estado (VIANA & ELIAS, 2007). Desta forma, caberia ao Estado organizar e implementar a política de saúde, que se constituía como “(...) estratégia oficial organizada em ações setoriais desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (FLEURY & OUVÉRY, 2009; pg. 40).

Neste contexto, foram consolidados os modernos sistemas de atenção à saúde, constituídos como uma combinação de: instituições (hospitais, clínicas, escolas e centros médicos etc); recursos humanos (médicos, dentistas, farmacêuticos etc); mecanismos de financiamento (seguros de saúde públicos/privados); sistemas de informação (rede de computadores, jornais, revistas etc); estruturas organizacionais que ligam as instituições aos recursos humanos (associações – locais, estaduais ou nacionais – de médicos, hospitais, profissionais da saúde pública etc) e, por último, estruturas administrativas como o governo (LASSEY et. al., 1997).

Ressalta-se que a partir da segunda metade do século XX, os sistemas de saúde passaram a assumir características cada vez mais complexas. Se, por um lado, o setor saúde ocupava papel de destaque na geração de empregos e na movimentação de investimentos e

¹ Para mais detalhes sobre a discussão a respeito dos chamados Estados de Bem-Estar Social e de suas especificidades nacionais ver Briggs (2000), Esping-Andersen (1990) e Pierson (1991).

recursos do Estado, de outro, significava uma ameaça de custos crescentes em um cenário marcado por transformações de ordem epidemiológica, demográfica e tecnológica.

Mas, mesmo diante do cenário de crise dos Sistemas de Proteção Social e dos sistemas de atenção à saúde a partir da década de 70, e do surgimento de novas propostas de organização do setor (reformas), baseadas no uso racional e eficiente dos recursos (referencial teórico da Economia da Saúde), os sistemas de saúde europeus não foram desestabilizados. Em um sentido contrário, as medidas governamentais implementadas buscaram, claramente, garantir o fortalecimento da capacidade de gestão e de regulação dos Estados na provisão dos serviços de saúde. Segundo Viana & Baptista (2009), a explicação para tal fato está nas características políticas, socioeconômicas e institucionais de cada país, na importância estratégica do setor saúde para os Sistemas de Proteção Social e na conseqüente luta travada entre o Estado e os demais atores setoriais no que diz respeito à manutenção da oferta de serviços de saúde. Desta forma, os sistemas de atenção à saúde resistem às pressões sobre reformas e o debate em torno dessa temática tem assumido novos contornos, com atribuição de grande importância para o papel das instituições, dos atores e da relação Estado-sociedade na determinação dos processos históricos (vertente neo-institucionalista).

Os países desenvolvidos também consolidaram os chamados Sistemas Nacionais de Inovação (SNI). Estes seriam arranjos institucionais, fruto de decisões planejadas ou de ações desarticuladas, formados por governos, empresas, universidades, institutos de pesquisa, laboratórios, instituições financeiras etc, responsáveis pela geração de inovações tecnológicas. Neste contexto, questões como conhecimento, educação, regulação e ciência e tecnologia assumem papéis fundamentais (FREEMAN, 1995). Segundo proposições da literatura da Economia da Tecnologia, as inovações tecnológicas são o cerne do progresso dos países capitalistas. De acordo com Schumpeter (1976), no “processo de destruição criadora”, típico de sistemas capitalistas, são criados novos bens de consumo, novos métodos de produção e organização industrial que substituem os antigos, em um processo constante e contínuo, de caráter inteiramente endógeno, que sustenta o desenvolvimento

econômico de longo prazo. Desta forma, a partir da construção de seus respectivos SNIs, as nações desenvolvidas têm se mantido na liderança da fronteira tecnológica internacional².

Como componente do SNI, o sistema de inovação do setor saúde também foi consolidado nestes países. Trata-se de um conceito obtido pela possibilidade de se analisar um SNI a partir da ótica de diversos setores, uma vez que atividades econômicas diferentes apresentam variação no que diz respeito aos fluxos de informação científico-tecnológicas e à velocidade de obtenção de inovações (PAVITT, 1984). Desta forma, o sistema de inovação do setor saúde seria formado pela interação entre universidades, instituições produtoras de ciência e tecnologia em saúde, indústrias como a farmacêutica, a biotecnológica e a de equipamentos médico-hospitalares, instituições de assistência médica (hospitais, clínicas e centros médicos), instituições de regulação, órgãos de saúde pública e atores da sociedade civil. O resultado dessas interações seria a geração de inovações tecnológicas na área médica (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000). Nos países desenvolvidos, verifica-se a plenitude dessas articulações, conforme é descrito pela figura 1.

A partir da esquematização proposta na figura 1, os autores chamam a atenção para aspectos importantes do sistema de inovação do setor saúde:

1) Universidades e instituições de pesquisa exercem um importante papel para a manutenção dos fluxos de informações científicas e tecnológicas, corroborando a importância da ciência para o progresso tecnológico do setor saúde;

2) A assistência médica (representada pelas instituições que ofertam serviços de saúde como hospitais, clínicas e centros médicos) possui uma interação muito forte com as universidades e com as indústrias do setor, impactando a geração e a difusão de inovações;

3) A saúde pública dialoga com as universidades e os institutos de pesquisa, recebendo, através do sistema de assistência médica, as inovações geradas no sistema;

4) Instituições não-mercantis como o Estado ou associações médicas regulam e filtram as inovações geradas.

² Para mais detalhes sobre o papel e as características das inovações em sistemas capitalistas ver Nelson (1993), Pavitt (1984) e Rosenberg (1982).

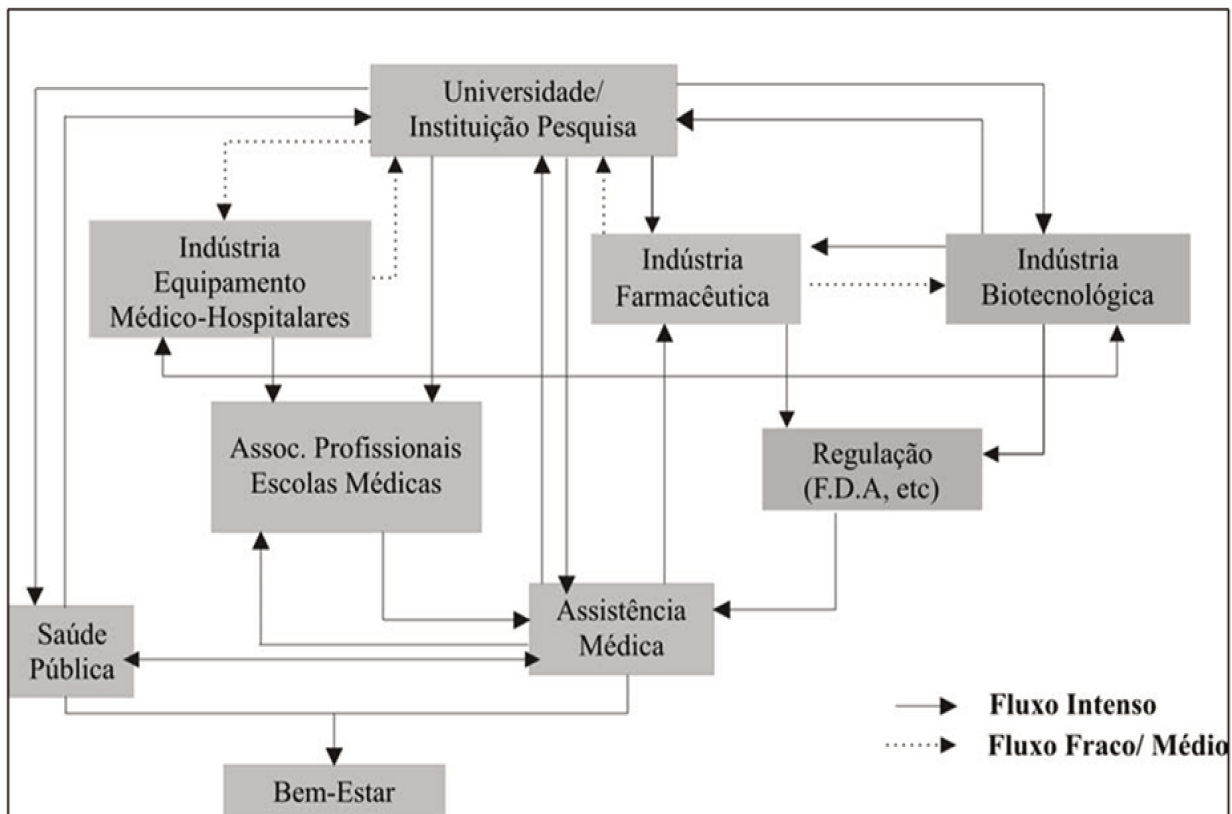


FIGURA 1 – Fluxos de informações científicas e tecnológicas no sistema de inovação do setor saúde: o caso de países com sistemas maduros

Fonte: Albuquerque & Cassiolato (2000)

Casas (2009), a partir de uma interpretação sistêmica destas articulações, as descreve como

uma construção econômica, política e institucional na qual convergem fortes interesses, procedentes tanto das estratégias empresariais nas distintas indústrias da saúde e nas instituições de ciência e tecnologia (C&T) quanto da pressão da sociedade civil pela prestação de serviços de saúde que atendam os requisitos de acesso, de ações integrais e de equidade. Dentro deste sistema, o Estado, na sua qualidade de principal instância de poder, no qual diferentes agentes procuram exercer sua influência, tem a atribuição de atuar na mediação entre a oferta e a demanda de bens e serviços, tendo como desafio conjugar as questões referentes à promoção da saúde e ao desenvolvimento industrial e tecnológico na área (pg. 74).

A relação específica entre as indústrias e as instituições de assistência médica, mediada pelo Estado, constitui o que é denominado de complexo industrial da saúde. Segundo Gadelha (2006), o complexo industrial da saúde é um recorte do sistema de

inovação do setor saúde que privilegia a atividade produtiva do setor. Constitui-se como um espaço reservado aos processos de inovação em saúde e de acumulação de capital, onde se verifica também oportunidades de geração de investimentos, emprego e renda. As indústrias pertencentes ao complexo operam sob a lógica capitalista de produção, caracterizada por intensa divisão do trabalho, relações intersetoriais e de compra e venda de bens e serviços. A Figura 2 ilustra esse conceito.

No complexo industrial da saúde, reforça-se o papel ativo e estratégico do Estado de incentivo ao desenvolvimento das atividades de ciência, tecnologia e inovação,

(...) envolvendo o financiamento e incentivos às atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D), política comercial, de compras, propriedade intelectual, estímulo a parcerias entre universidades, hospitais e empresas, a montagem de infra-estruturas de serviços técnicos, entre outras modalidades de intervenção (GADELHA, 2003; pg. 526)

e combinando, a isso, o atendimento das reais necessidades de saúde da população.

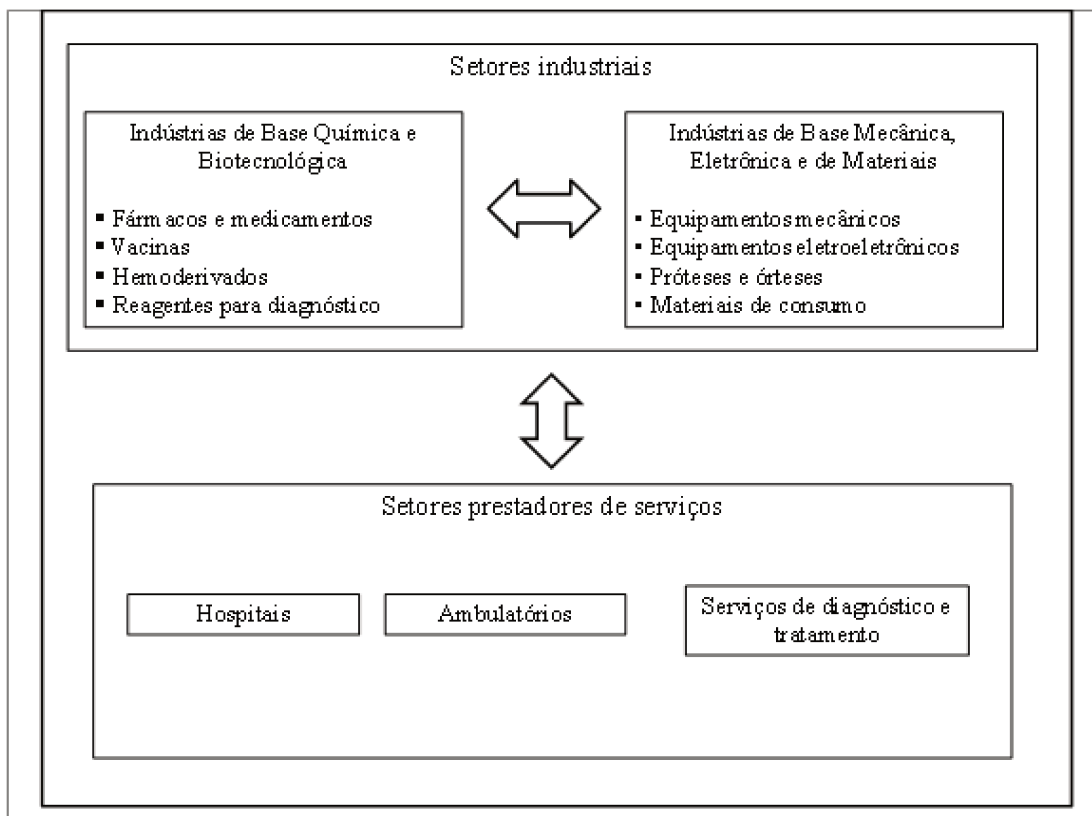


FIGURA 2 – Complexo industrial da saúde

Fonte: Gadelha (2003)

O complexo industrial da saúde representa um *trade-off* existente entre o fortalecimento da dinâmica capitalista das indústrias da saúde e o atendimento da demanda do sistema de atenção à saúde. A princípio, os interesses econômicos dos agentes industriais divergem dos interesses sociais da população. No entanto, diante de uma atuação eficiente do Estado a partir da construção e da implementação de políticas de saúde e industriais, é possível fazer com que esses interesses caminhem no mesmo sentido. A dimensão sanitária pode se constituir como importante fonte de demanda e de estabelecimento de prioridades para a produção e para as atividades de P&D das indústrias do complexo, gerando um círculo vicioso de geração de competitividade, investimento, renda e desenvolvimento (GADELHA, 2003).

Nos países desenvolvidos, os Estados intervêm no processo para evitar distorções na produção e na incorporação de tecnologias médicas, de maneira a garantir a distribuição e a provisão adequada de produtos e serviços (as quais são realizadas pelas instituições e centros de saúde), segundo as demandas e as especificidades da população. Essa intervenção se dá pela prestação de serviços pela própria rede de atendimento do Estado, pela realização de compras de bens e serviços, pela transferência de recursos para as instituições prestadoras de serviços e, de maneira mais indireta, pela ação regulatória sobre a atividade econômica do setor (CASAS, 2009). No entanto, não se pode deixar de mencionar que existem diferenças na intensidade desse processo entre esses países, que se originam das especificidades regionais, históricas e culturais de cada nação. Gadelha (2003) cita o exemplo dos países escandinavos, onde é possível vislumbrar a construção de um complexo industrial de bem-estar, a partir de uma forte articulação entre os interesses da classe empresarial e dos demandantes dos serviços de saúde, no sentido do desenvolvimento de estratégias de inovação e de competitividade voltadas para a dinâmica das indústrias e dos serviços de saúde. Neste caso específico, esta área social pode funcionar como um importante ponto de equilíbrio para a manutenção das inovações e do desenvolvimento econômico destas nações.

Em países periféricos, a realidade descrita anteriormente, relacionada à consolidação de Sistemas de Proteção Social, de amplos modelos de atenção à saúde, de Sistemas Nacionais de Inovação e de complexos industriais da saúde, com uma evidente articulação entre todos esses elementos, não se verifica. E o Brasil faz parte deste quadro.

Draibe (1993) argumenta que o Estado Social teria se constituído no Brasil entre os anos trinta e a década de setenta. A década de trinta seria um marco pelo fato de o Estado brasileiro ter sofrido, naquele momento, profundas transformações econômicas e políticas. A autora aponta evidências de que as políticas sociais brasileiras teriam se desenvolvido a partir do princípio do mérito, ou seja, se baseavam na posição ocupacional e de renda dos indivíduos na esfera produtiva. Por isso, um destaque para o desenvolvimento das políticas previdenciárias, destinadas aos trabalhadores.

Historicamente, as políticas sociais implementadas no Brasil apresentam limitações estruturais relacionadas à centralização do processo decisório, à fragmentação do poder de atuação das instituições, à tendência de privatização do espaço público, ao caráter regressivo do financiamento do gasto social e ao seu reduzido impacto sobre a desigualdade social (FAGNANI, 2005). Com a saúde não é diferente, uma vez que a construção das políticas de saúde no país foi marcada pelos processos de capitalização e mercantilização³ (BRAGA & PAULA, 1986).

A Constituição de 1988 buscou corrigir essas distorções, ao propor a adoção de princípios que remetiam à seguridade social, como a universalidade na oferta pública de serviços. Destaca-se, nesta proposta, a criação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, a maior experiência de sistema público de saúde da América Latina. A Lei 8.080/90 significou a inserção da saúde como direito de todos e dever do Estado, e a prevalência de princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso aos serviços de saúde (Noronha et. al., 2009). No entanto, constrangimentos internos (crise, recessão, orçamentos restritos e ausência de reformas estruturais importantes) e externos (discurso neo-liberal em prol do Estado Mínimo) impedem que a proposta de seguridade social seja colocada em prática no país em sua plenitude, assim como a proposta do SUS de garantir atendimento de saúde universal e de qualidade aos brasileiros (DI GIOVANNI & PRONI, 2006). O SUS enfrenta estrangulamento dos investimentos públicos (a tabela A.1 do ANEXO compara a situação do país com a de outros países), fragmentação das instituições (que não conseguem acompanhar a trajetória dos pacientes), e o avanço do setor privado, representado pelo sistema de saúde suplementar.

³ Esses conceitos ficarão mais claros ao longo desse trabalho.

Já o Sistema Nacional de Inovação brasileiro é considerado “imaturo”, uma vez que as articulações entre ciência, tecnologia e desenvolvimento econômico ainda não estão plenamente desenvolvidas. Apesar de existir certa infra-estrutura em ciência e tecnologia, sua dimensão ainda é pequena, a sua articulação com o setor produtivo ainda é incipiente e sua contribuição para o desempenho econômico do país ainda não é significativa. Da mesma forma, as relações institucionais entre os componentes de um SNI no Brasil ainda são frágeis e desarticuladas, o que permite afirmar que o Brasil ainda não alcançou um patamar mínimo que condiz com a presença de um Sistema de Inovação consolidado (ALBUQUERQUE, 1996).

O sistema de inovação em saúde no Brasil repete essa situação. A indústria farmacêutica, tradicionalmente umas das que mais investe em inovação tecnológica no mundo (média mundial de 18% do faturamento), possui a tradição histórica de investir apenas 1% do faturamento em atividades de P&D no Brasil. Nota-se que a indústria de equipamentos médicos ainda é pequena, há pouco diálogo entre universidades, institutos de pesquisa e as próprias empresas (conhecimento científico e geração de tecnologias), e os recursos para pesquisas são escassos, com forte desarticulação entre os principais financiadores (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000). E o que é mais importante, não há uma compatibilidade entre as tecnologias geradas pelo complexo industrial da saúde brasileiro e as necessidades do sistema de atenção à saúde, representado pelo SUS. No entanto, em meio a esses aspectos negativos, uma constatação positiva feita por Chaves (2005) é a de que a produção científica brasileira apresenta muitas disciplinas direta ou indiretamente relacionadas à saúde e, apesar de não ser possível afirmar que o país apresenta especialização científica na área de saúde, há uma forte tendência da produção científica brasileira para esse setor. Isto significa um importante acúmulo de conhecimento sobre a área da saúde, que pode vir a ser utilizado para a geração de tecnologias médicas que atendam as necessidades de saúde da população brasileira.

Nota-se, portanto, que em meio à nossa realidade de subdesenvolvimento, o setor saúde pode figurar como uma estratégia de aperfeiçoamento de nosso Sistema de Proteção Social, através do SUS, e de nosso Sistema Nacional de Inovação, através do complexo industrial da saúde. Mas, para que isso ocorra, é fundamental que o Estado desenvolva políticas de saúde articuladas com políticas industriais voltadas para esse complexo,

aproveitando, inclusive, o potencial científico existente. As necessidades de nosso sistema de saúde devem se constituir como fonte de demanda para os produtos e as inovações desenvolvidos pelo complexo industrial da saúde.

Neste contexto, o desenvolvimento de uma indústria específica desse complexo pode ser pensado enquanto uma “janela de oportunidade” importante: a farmacêutica. Trata-se de um dos setores mais dinâmicos do mundo, onde elevados investimentos em P&D e a realização de inovações tecnológicas constituem-se como fontes de sobrevivência e de diferenciação no mercado. Por isso, o importante papel desta indústria na revolução tecnológica do campo da saúde que marcou o século XX. Além disso, desde que esse processo seja bem regulado pelo Estado e seja compatível com o desenvolvimento dos sistemas de saúde, os produtos gerados por essa indústria (medicamentos e vacinas, principalmente) podem se constituir como importante fonte de bem-estar para os indivíduos.

Levando-se em consideração todos estes fatores, esta dissertação busca compreender a dinâmica e a trajetória da indústria farmacêutica e das políticas de medicamentos no Brasil, à luz das políticas de saúde, demonstrando como elas podem contribuir, no presente, para o desenvolvimento do país. Por se tratar de um trabalho de natureza teórica, sua construção deu-se a partir de revisão da literatura relacionada ao assunto, acompanhada por levantamento de dados secundários a título de ilustração. Ao longo do trabalho, procurou-se equilibrar discussões históricas e estruturais, enfatizando-se o papel das decisões políticas, das instituições e das especificidades regionais de nosso país na determinação daquela trajetória, remetendo-se à idéia do *path dependence*⁴.

No capítulo 1, buscou-se descrever a situação de saúde pública do país no início do século XX, e como as primeiras políticas de saúde, os primeiros institutos públicos de pesquisa e os primeiros laboratórios farmacêuticos nacionais foram desenvolvidos, evidenciando-se a prevalência da lógica regional em detrimento da federal. Destaca-se, nesse período, a criação de duas das maiores instituições públicas de pesquisa e produção de medicamentos do Brasil: Instituto Butantan e Instituto Soroterápico Federal (Instituto

⁴ Segundo Pierson (2000) apud Lemos (2008), o *path dependence* representa situações onde determinadas trajetórias sofrem influência de decisões tomadas em momentos anteriores ou de caminhos já trilhados, e se encontram sob uma inércia comportamental difícil de se abandonar. Para mais detalhes ver: Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *The American Political Science Review*, v.94, n.2, jun., 2000.

Oswaldo Cruz). No capítulo 2, o importante processo de consolidação da medicina previdenciária em detrimento das políticas de saúde pública é apresentado, evidenciando-se a lógica de capitalização da medicina no país. Demonstra-se também como a política de medicamentos desse período acomodou-se a essa lógica, com uma oferta de medicamentos dominada por multinacionais em plena revolução tecnológica e descolada das necessidades de saúde da população. Neste contexto, os medicamentos constituem-se como fonte de lucratividade para a indústria farmacêutica e como insumo para geração e garantia de produtividade para o sistema de saúde previdenciário brasileiro. O capítulo 3 busca descrever a possível inflexão das políticas de saúde no país representada pela criação do SUS. A partir de seu surgimento, abre-se a possibilidade de o Estado liderar o processo de construção simultânea de políticas de saúde voltadas para o desenvolvimento de um sistema de atenção à saúde universal, integral e equânime e de políticas industriais voltadas para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, fazendo com que esta última atenda às demandas do SUS. Desta forma, este capítulo procura enumerar os principais avanços verificados no país desde a construção do SUS (Profarma, política de genéricos etc) e os principais desafios ainda a serem enfrentados (acordo TRIPS, contexto internacional de reformas e consolidação de uma política nacional de desenvolvimento). Na conclusão, busca-se reforçar e corroborar a hipótese da qual esse trabalho parte, qual seja a de que a construção de uma Política Nacional de Medicamentos eficiente pode impactar positivamente o bem-estar da população brasileira e, também, nossa dinâmica local de inovação, constituindo-se como importante fonte de desenvolvimento.

CAPÍTULO 1 – EMERGÊNCIA DA SAÚDE COMO QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL E O SURGIMENTO DOS PRIMEIROS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS

1.1 - O caos sanitário e as primeiras políticas de saúde pública do país

Na virada do século XIX para o século XX, o Brasil era um país agrícola, cuja economia concentrava-se no plantio e na comercialização de café. Por sua vez, a população, tanto os maciços habitantes da área rural quanto a nascente população urbana, vivia sob condições precárias, à mercê de um caos sanitário marcado por constantes surtos de doenças infecciosas e parasitárias. A partir deste cenário, tem início a construção das primeiras políticas de saúde no país. Há uma interpretação que procura destacar os fatores político-institucionais envolvidos nesse processo de construção das políticas de saúde. Segundo esta interpretação, a evolução daquelas políticas durante a República Velha seria parte de um fenômeno amplo que envolveria a construção do Estado e do sistema político brasileiros e a relação desses com determinados grupos sociais. Como um dos expoentes dessa corrente, Hochman (1993) inicia sua análise argumentando que até a primeira década do século XX, a questão da saúde não havia se constituído como prioridade na agenda política federal do país. Segundo os preceitos estabelecidos pela Constituição de 1891, caberia basicamente aos governos locais (estados e municípios) a oferta de cuidados à saúde de suas respectivas populações. À União competia apenas a manutenção da higiene sanitária do Distrito Federal, a implementação de ações emergenciais em casos de crises sanitárias, ou ações cotidianas simples como a fiscalização sanitária dos portos, a realização de estudos e estatísticas sobre saúde pública e o controle do exercício dos profissionais das áreas de medicina e farmácia, sempre sob jurisdição do Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP).

Em seguida, o autor destaca que após a Primeira Guerra Mundial teria tido início uma significativa ampliação da participação do governo federal na formulação e implementação

de políticas de saúde. Nesse período, teriam surgido movimentos que buscavam recuperar a idéia de nacionalidade através de valores como educação, saúde etc. Diante da realidade epidemiológica desastrosa da época, com alta prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, além das graves endemias rurais, o movimento sanitarista nascente, representado por iniciativas como a Liga Pró-Saneamento, criada em 1918, propunha uma ação efetiva do governo no sentido de melhorar as condições de saúde da população (principalmente a do interior) e reconstruir a identidade nacional, desvinculando-a da condição de doença⁵. A concretização dessa idéia, que ficou conhecida como “saneamento dos sertões”, dependia de uma reforma dos serviços de saúde, que deveriam ser centralizados administrativamente em uma agência federal autônoma, em detrimento das iniciativas locais e regionais. Desta forma, o movimento sanitarista buscava a criação “(...) de um bem, a saúde pública, através do poder público federal” (HOCHMAN, 1993, pg. 49). Um segundo fato destacado pelo autor é a influência do cenário internacional sobre a realidade brasileira. Nesse período, países europeus e até mesmo os Estados Unidos discutiam sobre a necessidade de implementação de reformas em seus respectivos serviços de saúde e sobre a resolução de problemas sanitários originados pela guerra (fluxo de imigrantes, comércio de alimentos etc). E, nestas discussões, estava implícita a idéia de que as condições de saúde pública transcendiam fronteiras, o que se configurava como uma pressão para a articulação de políticas nacionais de saúde pelo Estado brasileiro, inserido no contexto internacional como um importante país exportador de alimentos e como um dos principais destinos internacionais para os imigrantes. Mas, para o autor, a ocorrência de maior impacto, sem dúvida alguma, teria sido a epidemia de gripe espanhola que devastou o país no final da segunda década do século. A violência da doença e seu alto grau de morbidade nos habitantes de todas as classes sociais das cidades brasileiras, associados à incapacidade dos governos locais e, principalmente, do próprio governo federal em lidar com o quadro evidenciou a fragilidade da estrutura dos serviços de saúde brasileiros e a necessidade de uma nova atribuição de competências e responsabilidades para a União. Portanto, a idéia central desenvolvida pelo autor é que “(...) os problemas de saúde, ao se tornarem públicos (...) apontaram para o Estado como a organização com poder de

⁵ Lima & Hochman (2000) descrevem como o movimento sanitarista brasileiro nos primeiros trinta anos do século XX associava a condição de ser brasileiro à situação de doença, caracterizando esta última como obstáculo ao progresso e à construção da nação.

implementar de forma coordenada políticas de saúde e saneamento em todo território nacional” (HOCHMAN, 1993, pg. 52).

Hochman (1993) observa que o aumento da capacidade do Estado de organizar as políticas de saúde, representado pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1923, teria apresentado duas conseqüências interessantes. A primeira seria a formação de quadros de profissionais especializados em saúde pública e oriundos de instituições como o Instituto Oswaldo Cruz e a Faculdade Nacional de Medicina. A segunda, diretamente relacionada à anterior, seria a penetração desses profissionais na burocracia estatal, configurando uma separação entre as elites estatais profissionais e as elites políticas.

Percebe-se, portanto, que Hochman (1993) tende a visualizar a República Velha como um período de fortalecimento das relações recíprocas entre a saúde pública e o processo de formação do Estado, tendo como atores envolvidos não só as elites econômica e política, mas também membros da sociedade, como médicos e intelectuais, interessados no aperfeiçoamento das condições de saúde pública do país e no conseqüente progresso da nação. Argumenta-se, inclusive, que o governo Vargas já teria herdado uma estrutura administrativa federal com significativa capacidade de construção e implementação de políticas de saúde pública em âmbito nacional.

Há outra fonte de interpretação, muito importante para os objetivos deste trabalho, que parte da identificação das transformações provocadas pelo surgimento e avanço do capitalismo no país (industrialização, urbanização, divisão social do trabalho e acumulação de capital), para compreender a lógica da evolução das políticas de saúde. De acordo com Braga (1978), a saúde teria surgido como questão social no Brasil no bojo da economia capitalista exportadora de café da Primeira República. Segundo o autor, a criação de um ambiente favorável à acumulação capitalista cafeeira apresentava como condições necessárias a manutenção de um bom quadro de saúde pública nos núcleos urbanos em ascensão, como forma de incentivar o desenvolvimento do comércio, e a fixação e a reprodução da força de trabalho, cada vez mais demandada, nas nascentes atividades urbanas industriais, de comércio, transporte e administração. Desta forma, havia uma preocupação em combater os problemas relacionados ao saneamento e à existência de doenças endêmicas nos centros urbanos, e também, em oferecer condições de trabalho

favoráveis e benefícios para a mão-de-obra nascente. Neste contexto, políticas de saúde pública, majoritariamente de iniciativas estaduais, foram implementadas visando o combate a doenças tropicais e infecciosas/parasitárias como a malária, a febre amarela, o cólera etc, a promoção da educação sanitária da população e da higiene nos ambientes de trabalho e a melhora da assistência materno-infantil. Em paralelo, algumas empresas privadas de grande porte também incentivaram práticas de higiene em seus respectivos espaços de trabalho e ofereceram medidas de proteção à saúde de seus trabalhadores, além de outros tipos de benefícios e auxílios previdenciários, os quais, muitas vezes, estavam vinculados ao “bom comportamento” dos próprios funcionários.

Braga (1978) defende que, a partir dos anos 20, a aceleração do desenvolvimento industrial e do processo de urbanização, decorrente do alto nível de acumulação da economia cafeeira, teria contribuído para que as práticas de saúde pública que buscavam garantir um ambiente urbano sadio ganhassem importância crescente. E, à mesma época, mediante a crise política da República Velha, a questão da saúde teria adquirido novas dimensões. Ganhava força o discurso de que a saúde era responsabilidade e atribuição do Estado e que, por isso mesmo, deveria ter seus respectivos serviços estendidos a todo o território nacional. Como resultado, através da Reforma Carlos Chagas de 1923, criou-se o DNSP, que seria responsável por promover “(...) o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do distrito federal e o combate às endemias rurais” (pg. 7).

Seguindo essa linha de raciocínio, aquelas transformações econômicas citadas anteriormente também teriam reforçado a necessidade de atração e manutenção de mão-de-obra nos centros urbanos em formação, recolocando em debate a relação *saúde x trabalho* (BRAGA, 1978). A evidência mais marcante desse processo foi a criação, em 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Essas caixas eram organizadas pelas próprias empresas, através de um Conselho Administrativo composto por representantes de empregados e empregadores eleitos de forma direta. A União era responsável apenas pelo julgamento dos recursos. O principal objetivo das CAPs era oferecer aposentadorias (por tempo de serviço, idade ou invalidez) aos trabalhadores, pensões para seus respectivos dependentes, e assistência médica e medicamentos a preços especiais a todos (trabalhadores e dependentes), sendo que essa oferta de serviços médicos era garantida por uma rede de

serviços próprios das CAPs⁶. O orçamento dessas caixas provinha, diretamente, da contribuição dos trabalhadores via folha de salários e de repasses da própria empresa e, indiretamente, de transferências da União. Nota-se que a implementação dessas caixas contribuiu para uma certa formalização da oferta de benefícios aos trabalhadores, que antes era realizada segundo as regras impostas unilateralmente pelos empregadores. No entanto, assim como ocorria antes, onde poucas empresas ofereciam benefícios a seus funcionários, poucas categorias de trabalhadores foram atendidas pelas CAPs (somente ferroviários, marítimos e trabalhadores do transporte). Tratava-se, justamente, das classes mais importantes para a dinâmica da economia exportadora de café e que, por isso mesmo, eram as mais organizadas e dotadas de maior capacidade de reivindicação (FLEURY, 2008).

Todas essas iniciativas (criação do DNSP e das CAPs), mediante o discurso político vigente na época, teriam sido de suma importância para a evolução da forma de organização da oferta de serviços de saúde no país, pois sinalizavam para uma tendência à centralização das decisões relacionadas ao setor e, conseqüentemente, para a promoção da saúde em nível nacional. Mas, apesar dessa sinalização, ainda eram evidentes as limitações existentes na prática, pelo menos até 1930. Muitas iniciativas de saúde pública importantes ainda se concentravam em alguns estados brasileiros e, por outro lado, a maior parte dos trabalhadores assalariados ainda não tinha acesso aos benefícios previdenciários, tal como assistência médica, os quais eram restritos a alguns funcionários de empresas de grande porte ou a algumas categorias profissionais beneficiadas pelas CAPs.

Portanto, para Braga (1978), a evolução das políticas de saúde no país estaria em consonância com a lógica de acumulação capitalista via expansão da economia cafeeira. E, durante Primeira República, houve restrições à construção de uma política de saúde de caráter nacional, sendo as políticas de saúde pública desenvolvidas majoritariamente pelos próprios estados brasileiros.

Esse cenário específico do setor saúde estaria refletindo o próprio caráter parcial e fragmentado que assumiam as questões sociais no Brasil naquele momento, muitas das quais, segundo Henrique (1999), sendo mais “questões de polícia” do que de Estado. Essa situação só se alteraria a partir da década de 30, quando essas questões passaram a ter

⁶ Essa rede de serviços foi, na verdade, a origem do que doravante ficou conhecido como rede oficial previdenciária de serviços.

visibilidade política, sob o governo de Getúlio Vargas, e também respaldo econômico mais profundo, no contexto do avanço da acumulação através do capital industrial. Nesse período, teria início no país o desenho de um Sistema de Proteção Social cujas primeiras medidas encontravam-se nitidamente associadas ao exercício do trabalho (DI GIOVANNI & PRONI, 2006).

1.2 - Os institutos públicos de pesquisa e os primeiros laboratórios farmacêuticos

Conforme já mencionado anteriormente, na virada do século XIX para o século XX, o país enfrentava sérios problemas sanitários, com graves epidemias de doenças infecto-contagiosas. Como parte das fragmentadas políticas de saúde pública que começavam a ser articuladas no período com o objetivo de sanear as regiões estratégicas para a preservação da atividade econômica de comercialização do café, foram criados os primeiros institutos públicos de pesquisa. Estes institutos tinham como principal objetivo a geração de conhecimento sobre essas epidemias que afetavam o país e a apresentação de soluções para as mesmas. A lógica das pesquisas realizadas já seguia os novos métodos científicos pasteurianos. Ou seja, os cientistas possuíam consciência de que cada doença era causada por um agente específico e poderia ser combatida ou tratada a partir do desenvolvimento de soros ou vacinas.

Dois institutos merecem ser destacados neste contexto. O Instituto Soroterápico Federal, que mais tarde se tornaria o Instituto Oswaldo Cruz, com sede no Rio de Janeiro e o Instituto Butantan, localizado em São Paulo. O surgimento de ambos encontra-se intimamente relacionado ao quadro epidemiológico da cidade portuária de Santos, à época assolada por uma epidemia de peste. Esta epidemia ameaçava as atividades de exportação do café produzido na região do oeste paulista, a manutenção do fluxo de imigrantes (mão-de-obra essencial para a produção do café) e a economia em geral, caso se espalhasse também para outras regiões como a cidade de São Paulo e a capital federal. Diante dessa realidade, incentivou-se a criação de instituições que pudessem desenvolver a produção de

soros e vacinas para esta e também para outras doenças que rondavam a população e colocavam em risco a principal atividade econômica do país (BUSS & GADELHA, 2002; RIBEIRO, 2001).

No que diz respeito ao Instituto Soroterápico Federal este, criado em 1900, conforme o próprio nome já indica, foi uma iniciativa da União. Tratava-se de um projeto central do então governo republicano, que buscava sanear e reurbanizar a capital federal, preservando a lógica econômica de acumulação baseada na exportação de produtos primários (principalmente do café)⁷. No entanto, essa proposta imediatista, baseada apenas na produção em massa de produtos para prevenção e tratamento das doenças epidêmicas que ameaçavam a população, teria sido substituída por uma proposta mais audaciosa, articulada pelo sanitarista Oswaldo Cruz. Apesar das restrições financeiras e políticas impostas⁸, o médico trabalhou para que o Instituto ampliasse suas atividades de fabricação de produtos biológicos, pesquisa e ensino de disciplinas das áreas médica e biológica. Segundo Benchimol (2000), Oswaldo Cruz “à revelia do legislativo, com verbas de sua Diretoria, iniciou a edificação de um conjunto arquitetônico sofisticado para abrigar novos laboratórios, novas linhas de pesquisa, a fabricação de mais soros e vacinas e ainda o ensino da microbiologia” (pg. 276). Aos poucos e à imagem do Instituto Pasteur de Paris (apesar da natureza pública), o Instituto Soroterápico tornou-se referência no estudo e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, típicas de países tropicais.

Já o Instituto Butantan, criado em 1899, fez parte de uma iniciativa regional do governo do estado de São Paulo, cujas preocupações eram as mesmas do governo federal. O Instituto logo ganhou destaque regional e nacional pelo avanço em pesquisas científicas, pela produção de soros e vacinas e pela fiscalização de produtos oriundos de laboratórios privados.

Nos anos 20, houve uma tentativa do Butantan de ir além do desenvolvimento de atividades de pesquisa e da produção de soros e vacinas. A instituição buscou

⁷ Para mais detalhes ver Buss & Gadelha (2002).

⁸ As preocupações do governo eram de curto prazo, portanto, não havia incentivos para que o Instituto investisse em grandes trabalhos e pesquisas diversas, muitas vezes com resultados incertos e para o longo prazo. Além disso, havia uma preocupação governamental em não gerar conflitos com o setor privado, o qual não via com bons olhos um possível monopólio de fabricação de produtos biológicos por uma instituição pública (BENCHIMOL, 2000).

(...) priorizar o estreitamento dos laços entre pesquisa científica e tecnológica e a produção de medicamentos. Sob essa orientação, foi construído o Pavilhão da Quinina, cujo objetivo era a produção da droga usada no tratamento da malária; entretanto, a falta de matéria-prima impediu sua produção. Uma vez desativadas, as instalações do Pavilhão da Quinina foram utilizadas para a fabricação de medicamentos em geral, recebendo a denominação de Instituto de Medicamentos Oficiais (IMO). O objetivo do IMO era o estudo de plantas medicinais e a preparação de medicamentos com base em plantas nativas contra as mais frequentes moléstias (...). Em 1924, o IMO foi fechado (...). O fracasso do IMO talvez possa ser atribuído à falta de recursos para atender a objetivos tão ambiciosos que excediam as condições financeiras, comerciais e de pessoal do Instituto Butantã (RIBEIRO, 2001; pg. 8).

A tentativa de produção própria de medicamentos não deu certo naquele momento, mas o Instituto Butantan continuou investindo em pesquisas, principalmente nas áreas de imunologia e patologia, e na produção de soros e vacinas.

Além do Butantan, também teriam sido criados, em São Paulo, os Institutos Bacteriológico (1892), Vacinogênico (1892) e Biológico (1927), todos dedicados ao “(...) estudo das causas, modos de transmissão e cura de moléstias infecciosas, baseando-se no experimento realizado no laboratório e na aplicação da soroterapia” (RIBEIRO, 2001; pg. 6). Esse exemplo de ações implementadas de maneira isolada por estados brasileiros, como o caso de São Paulo, corrobora a hipótese de Braga (1978) a respeito do predomínio do exercício de políticas **regionais** de saúde nas primeiras décadas do século passado.

É importante destacar que esses institutos de pesquisa criados em São Paulo desempenharam um outro papel de grande importância, não só para o estado, como também para todo o Brasil: contribuíram, ainda que de maneira não planejada, para o surgimento dos primeiros laboratórios nacionais **privados** voltados para a produção de soros, vacinas e medicamentos. Muitos cientistas e pesquisadores que trabalharam naqueles institutos, principalmente no Butantan, resolveram direcionar seus conhecimentos e práticas adquiridas para a iniciativa privada, fundando ou trabalhando em empresas farmacêuticas particulares. Um exemplo desse processo foi a saída de Vital Brazil do Instituto Butantan, em 1919, e sua iniciativa em construir um instituto particular que carregava seu nome. O Instituto Vital Brazil especializou-se na produção dos mesmos produtos do Butantan, complementando com qualidade o atendimento das demandas de saúde pública da população. Outro exemplo seria a criação do Instituto Pinheiros, que teve como um de seus

fundadores o médico Eduardo Vaz, também ex-pesquisador do Instituto Butantan. Contando com o trabalho de cientistas de diversas áreas (biologia, química, medicina e farmácia) na realização de pesquisa básica e aplicada e mantendo uma estreita relação com instituições públicas de pesquisa e ensino, como o próprio Butantan e a Universidade de São Paulo (USP), o Instituto Pinheiros destacou-se na produção de soros, vacinas e produtos farmacêuticos destinados ao combate de doenças infecciosas. Nota-se, portanto, o pioneirismo dos paulistas no desenvolvimento de relações entre instituições públicas de pesquisa e empresas farmacêuticas.

A origem da indústria farmacêutica privada nacional, portanto, pode ser pensada a partir de conseqüências indiretas e não planejadas do desenvolvimento de determinadas políticas regionais de saúde pública, principalmente no estado de São Paulo, no período da República Velha. Em um fenômeno conhecido como “mercantilização da ciência”, cientistas e pesquisadores com origem em renomados institutos públicos especializados em atividades de ensino e pesquisa migraram para o setor privado, fundando laboratórios farmacêuticos particulares e com fins lucrativos. E, com um alto padrão de qualidade, essas empresas dominaram o padrão tecnológico de produção de produtos biológicos, criando um segmento de indústria nacional competitivo e altamente baseado em contribuições advindas da ciência (RIBEIRO, 2001).

A partir do que foi descrito anteriormente, é possível compreender o cenário de produção de medicamentos no Brasil que prevaleceu até os anos 30. Parte dos medicamentos era ofertada por instituições públicas de renome como os já mencionados Instituto Soroterápico Federal e Instituto Butantan. Outra parte era produzida pelos laboratórios particulares nascentes, que se caracterizavam pelo porte pequeno e pela presença de poucos empregados. Havia ainda a produção realizada nas próprias farmácias ou em boticas. Em todos os locais mencionados, a produção baseava-se na prática da manipulação de substâncias naturais, de origem vegetal, animal e mineral, não havendo alterações nessa base de conhecimento.

É importante destacar que já nesse período dois fatores despontavam como características que se perpetuariam ao longo de todo o desenvolvimento da indústria farmacêutica brasileira. O primeiro deles é a tendência à concentração **econômica** da produção. De acordo com Palmério (1942), no período compreendido entre 1913 e 1936,

enquanto o número de empresas produtoras de medicamentos não chegou a dobrar, a produção, em si, teria aumentado em dezesseis vezes. O respectivo aumento de cinco vezes da capacidade média de produção de cada estabelecimento demonstra que o mercado que se formava era restrito, já que exigia das empresas (tanto das já operantes quanto das entrantes), produtividade e competitividade crescentes. O segundo é a concentração **regional** da produção. O estado de São Paulo apresentava o maior número de estabelecimentos fabris. Enquanto isso, no Distrito Federal (Rio de Janeiro), estavam as empresas mais produtivas e de maior porte, uma vez que aquela região concentrava os maiores valores da produção em moeda corrente.

Por fim, cabe afirmar que durante todo o período descrito, a produção brasileira de medicamentos não apresentou grandes diferenças qualitativas no que diz respeito à produção realizada em outros países do mundo, principalmente os desenvolvidos. Esses países também só conheciam o padrão de manipulação de substâncias naturais. Somente com as descobertas internacionais de novas substâncias, que ocorrem a partir da década de 30, é que começa a ser desenhado um distanciamento entre os padrões tecnológicos de produção do Brasil e dos países desenvolvidos (DI GIOVANNI, 1980).

CAPÍTULO 2 - CAPITALIZAÇÃO DA MEDICINA, “REVOLUÇÃO TERAPÊUTICA” E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

2.1 - Políticas de saúde no Primeiro governo Vargas: 1930/45

As transformações políticas e econômicas que marcaram a realidade brasileira a partir dos anos 30 exerceram um grande impacto sobre a relação entre o Estado e as questões sociais. O fim da República Velha e o reforço do caráter nacional e centralizador do Estado possibilitaram, de um lado, o início da montagem de políticas sociais de “corte” nacional e organizadas de forma sistemática. Por outro lado, a própria lógica de acumulação econômica, crescentemente dominada pelo capital industrial, reforçava a necessidade de implantação daquelas políticas, principalmente as que estivessem voltadas para os interesses dos trabalhadores assalariados urbanos em ascensão (BRAGA & PAULA, 1986). Silva (1984) destaca a crescente pressão exercida por estes trabalhadores pela conquista de seus direitos como uma importante transformação social. Diante desse cenário, o Estado buscou viabilizar o atendimento dessas reivindicações via políticas sociais nacionais, mantendo essas classes sob seu controle.

Como parte do conjunto dessas políticas, emerge uma política nacional de saúde, a qual se baseava em dois pilares principais: a saúde pública e a medicina previdenciária. Naquele momento, havia clara predominância das políticas voltadas para a saúde pública, em paralelo à pouca expressão da medicina previdenciária, uma vez que o setor saúde ainda não possuía um caráter tipicamente capitalista. As medidas de saúde pública deram continuidade à lógica da manutenção de condições sanitárias favoráveis para a população urbana em crescimento e, em menor escala, para a ainda significativa população rural, o que se constituía como próprio reflexo dos processos de industrialização e urbanização. Dessa forma enfatizou-se a realização de campanhas sanitárias e de serviços nacionais de combate a endemias, os quais eram organizados e promovidos pelas instituições federais

nascentes⁹ e financiados pela população via pagamento de impostos (BRAGA, 1978; BRAGA & PAULA, 1986).

Hochman (2005) analisa as políticas de saúde pública implementadas durante o primeiro governo Vargas a partir da constatação da existência de continuidades da agenda sanitária presente antes de 30 e, também, da ocorrência de inovações políticas e institucionais. A prioridade ao combate às endemias rurais e às grandes epidemias que devastavam o país, sob o emblema da construção da nacionalidade brasileira, a qual deveria estar desvincilhada da condição de doença, continuou como estratégia fundamental das políticas de saúde. Também se intensificou a já evidente separação entre saúde pública e a assistência médica (iniciada nas CAPs, aquela era destinada exclusivamente aos trabalhadores formais, sendo parte importante da política social de proteção ao trabalhador implementada por Vargas) e entre médicos clínicos e os especializados em saúde pública (sanitaristas). Importante ressaltar que as elites estatais profissionais nascentes eram formadas por esta geração de sanitaristas voltados para o serviço público e que baseavam seu trabalho, de maneira crescente, nos conhecimentos científicos e técnicos existentes.

Por outro lado, mesmo com a exacerbação do discurso de construção de uma política nacional de saúde pública nos anos 20, foi somente a partir de 30 que ocorreu um processo real e intenso de centralização e burocratização das políticas de saúde, a partir das reformas administrativas implementadas. Este processo estava intimamente relacionado à tendência geral verificada a partir de 30, de consolidação de um Estado forte e centralizado, que integrasse as três esferas governamentais sob um projeto político-administrativo mais unificado. A criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública – MESP, das Delegacias Federais de Saúde, das Conferências Nacionais de Saúde, dos Serviços Nacionais de Saúde, e do Serviço Especial de Saúde Pública¹⁰ neste período demonstram a

⁹ Em 1930, foi criado o Ministério de Educação e Saúde, o qual continha o Departamento Nacional de Saúde (doravante Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social). Em 1953, criou-se o Ministério da Saúde, em separado.

¹⁰ **As Delegacias Federais de Saúde** estavam presentes em cada uma das oito regiões nas quais o país encontrava-se dividido e suas funções eram supervisionar as atividades de colaboração do governo federal com os serviços locais de saúde pública e assistência médica previdenciária, e também com as instituições privadas, além de regular os serviços federais de saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde** seriam reuniões periódicas, compostas por funcionários do governo, cujo objetivo era discutir a temática relacionada à saúde pública, propondo soluções para o governo no que diz respeito à sua articulação com os governos locais. Os **Serviços Nacionais de Saúde**, que se encontravam sob a supervisão do Departamento Nacional de Saúde, eram responsáveis pelo combate às doenças infecto-contagiosas nas diversas regiões do país. E, por último, o **Serviço Especial de Saúde Pública** constituía-se como uma parceria com o governo norte-

força e o poder crescentes do governo federal, em detrimento dos governos locais, no que diz respeito à construção e implementação de políticas de saúde pública.

Já no que diz respeito às políticas de medicina previdenciária desenvolvidas no período, nota-se que elas foram formalizadas a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais se constituíam como autarquias organizadas por categoria profissional¹¹, cujo objetivo era gerir os fundos e benefícios dos trabalhadores, homogêneos segundo as respectivas categorias (BRAGA & PAULA, 1986). Os IAPs diferiam das CAPs principalmente nos quesitos estrutura administrativa e formato da composição de recursos. Em relação ao primeiro quesito, nota-se que o braço do Estado era muito mais evidente nos IAPs, onde os presidentes eram nomeados diretamente pelo presidente da República e possuíam poder máximo de decisão. Além disso, os representantes de patrões e empregados não eram mais escolhidos por eleições diretas e sim por indicações dos respectivos sindicatos de cada IAP. Já no que diz respeito ao padrão de financiamento, decretou-se que a contribuição da União deveria ser proporcional à dos demais (empregados e empregadores), completando o modelo de arrecadação conhecido como tripartite. Não se pode afirmar, entretanto, que os IAPs tenham substituído as CAPs. Na verdade, eles coexistiram até a unificação geral que ocorreu em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Havia significativas diferenças quantitativas e qualitativas entre os respectivos IAPs em relação à assistência médica ofertada. Para alguns, a prestação de serviços médicos deveria ser algo institucionalizado, fazendo parte, obrigatoriamente, do grupo de benefícios a serem oferecidos aos trabalhadores. Dessa forma, apresentavam maiores proporções de gastos com cuidados médicos. Para outros, os serviços de atenção à saúde poderiam ser oferecidos como benefícios extras, sob determinadas condições e restrições (complementação dos trabalhadores, por exemplo). De qualquer forma, a oferta de serviços de saúde dos IAPs em seus primeiros quinze anos de existência estava, no geral, subordinada ao discurso oficial da época de uma política contracionista de gastos previdenciários (FLEURY, 2008).

americano que visava obter contribuições para a estruturação dos serviços e para a difusão dos princípios de saúde pública, bem como para a formação de profissionais especializados.

¹¹ Apenas algumas categorias profissionais foram agraciadas com os IAPs. São elas: estivadores e transportadores de cargas; industriários; comerciários e bancários.

2.2 - Desenvolvimento da medicina previdenciária: 1950/80

A partir da década de 50, a medicina previdenciária, oferecida pelas CAPs e, oficialmente, pelos IAPs, começou a ter expressão e apresentar crescimento significativo. Muitos autores atribuem esse quadro às próprias limitações e à decadência das políticas de saúde pública, que se mostram evidentes no período.

As iniciativas governamentais no campo da saúde pública, seja na República Velha, ou, principalmente no primeiro governo Vargas, foram influenciadas pela visão dos sanitaristas da época, os quais propunham a montagem de um complexo e caro aparelho de oferta de serviços de saúde pública, comparável ao existente em países desenvolvidos¹². Isso esbarrava em duas questões importantes. Em primeiro lugar, a própria complexidade da estrutura proposta era incompatível com as reais necessidades de saúde da população brasileira. Em segundo lugar, a alta exigência de requisitos técnicos e financeiros daquela estrutura não encontrava respaldo econômico no Estado brasileiro que, naquele momento, direcionava e concentrava seus recursos para o processo de industrialização. Silva (1984), corroborando a hipótese de restrições financeiras para a intervenção estatal no campo da saúde pública, cita também a baixa capacidade de organização e reivindicação da população em geral no que diz respeito à prestação de serviços médico-sanitários, o que contribuía para fragilizar, ainda mais, o programa de saúde pública.

Sendo assim, nos anos 50, a saúde pública atingiu sua estrutura definitiva¹³, demonstrando limitada capacidade de transformação do perfil epidemiológico da população brasileira. Apesar da melhoria relativa das condições sanitárias, ainda persistia o quadro de

¹²Os sanitaristas da época seguiam, em geral, a linha “sanitarista campanhista” de atenção à saúde. De acordo com essa proposta, as doenças eram responsáveis pelo estado de pobreza da população. Desta forma, seria necessário um combate direto às doenças de massa via implementação de grandes campanhas saneadoras nacionais por parte de órgãos como o Ministério da Saúde. Em paralelo a essas campanhas, propunha-se a construção de um sofisticado aparelho de atendimento à saúde pública que, inclusive, recebia auxílios financeiros de instituições internacionais como a Fundação Rockefeller. Para mais detalhes ver Braga (1978) e Silva (1984).

¹³A criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, teria sido a última grande iniciativa de implementação de políticas de saúde pública no país naquele período. A partir daquele momento, mais especificamente a partir da década de 60, a saúde pública, cujos gastos e participação nos orçamentos do Ministério da Saúde e da União eram cada vez mais decrescentes, não mais se configurava como uma opção de política social (Silva, 1984).

doenças infecciosas e parasitárias e elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil (BRAGA, 1978; BRAGA & PAULA, 1986).

Para Hochman (2005), após o primeiro governo Vargas a saúde pública perdeu, definitivamente, espaço na agenda estatal, sendo a proposta sanitaria até então vigente atualizada pelo discurso nacional-desenvolvimentista¹⁴.

Nota-se, portanto, que o declínio da saúde pública, associado à particular capacidade de movimentação política dos assalariados urbanos e à necessidade estatal de direcionar as políticas sociais para as classes vinculadas à “(...) valorização do capital no processo de produção” (Silva, 1984; pg. 39) favoreceram o florescimento dos serviços médicos previdenciários.

É importante ressaltar que essas transformações internas ocorriam em paralelo a importantes acontecimentos de ordem internacional, tal como o surgimento do *Welfare State* no mundo capitalista, com sua proposta de Seguridade Social e promoção de programas assistenciais. Desta forma, o atendimento médico previdenciário associado a outras políticas de proteção aos trabalhadores também fazia parte de um projeto de política de bem-estar social brasileiro¹⁵.

A expansão da medicina previdenciária consolida-se a partir da unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. Até meados da década de 60, o crescimento da oferta dos serviços médicos individuais destinados aos trabalhadores baseou-se na utilização da rede oficial previdenciária¹⁶. No entanto, desse período em diante, passou a ser incentivada a prática da compra de serviços médicos junto ao setor privado pelo INPS. Tratava-se de uma modalidade segundo a qual hospitais,

¹⁴Como parte do discurso nacional-desenvolvimentista está a proposta sanitaria-desenvolvimentista para as políticas de saúde. De acordo com Silva (1984), esta última define o estado de pobreza como causa das doenças e defende, portanto, a melhora das condições sanitárias as quais, por sua vez, são derivadas da estrutura sócio-econômica do país (desenvolvimento industrial, renda da população etc). Enquanto política governamental, essa proposta nunca chegou a ser consolidada.

¹⁵ De maneira muito pertinente, Fleury (2008) observa que as políticas da Previdência Social brasileira à época ainda estavam bem distantes da proposta de Seguridade Social do *Welfare*. Além de não assumir o ônus financeiro das políticas (que recaía quase que inteiramente sobre os trabalhadores), o Estado brasileiro manteve excluídos do acesso aos benefícios os trabalhadores rurais, domésticos, os autônomos, os profissionais liberais e, ainda, os desempregados e sub-empregados que, teoricamente, são os que mais necessitam da proteção estatal. A autora atribui essa prática da “Seguridade Social às avessas” à tradição brasileira de redistribuir renda apenas entre os assalariados.

¹⁶ A rede oficial previdenciária era composta pelas instituições próprias dos IAPs e do INPS destinadas a oferecer serviços médicos para os segurados. É importante ressaltar que a rede oficial não-previdenciária, composta por secretarias estaduais de saúde, hospitais universitários, dentre outros, sempre apresentou uma participação muito pequena neste tipo de prestação de serviços de saúde (BRAGA, 1978).

clínicas, laboratórios e demais entidades privadas eram credenciadas pelo INPS, recebendo o direito de prestar serviços médicos aos segurados da previdência, sendo o pagamento realizado por unidades de serviço. Estatísticas oficiais evidenciam que na década de 70 mais de 95% das internações de segurados foram realizadas em hospitais particulares contratados pelo INPS, restando, portanto, menos de 5% das internações para a rede oficial (basicamente previdenciária).

Segundo Silva (1984), a consolidação desse regime médico-assistencial privatista baseado na idéia de que a previdência deveria expandir os “(...) cuidados médico-hospitalares (...) através da utilização do setor privado prestador de serviços, com a livre escolha do médico pelo paciente” (pg. 60), em detrimento de propostas alternativas, como a médico-assistencial estatista, remete a questões econômicas e políticas. Em primeiro lugar, a estrutura proposta levava ao limite o financiamento dos **serviços** de atenção médica via contribuição de trabalhadores e empresas prescindindo, portanto, de contribuições financeiras da União, o que se constituía de suma relevância em um contexto de política econômica restritiva e de cortes de gastos estatais. Em segundo lugar, dado o cenário de restrição financeira e a necessidade de ampliar a **estrutura** do sistema de atenção à saúde (hospitais, clínicas etc) de modo a legitimar o regime militar perante a classe trabalhadora, seria vantajoso incentivar a participação do setor privado, poupando esforços de investimento pelo Estado. Em terceiro lugar, havia um discurso da necessidade de modernização do aparelho estatal, cujo sucesso dependeria da existência de um espaço maior de atuação para o setor privado.

Já outros autores argumentam que interesses empresariais institucionalizados no aparelho estatal à época teriam incentivado a utilização excessiva, pela Previdência, da rede privada de assistência médica em detrimento dos serviços próprios. Segundo Fleury (2008), essa penetração do setor privado, como elemento da sociedade civil, no Estado seria um traço típico de sociedades nas quais o modo de produção capitalista é tardio. Neste contexto, o Estado busca garantir as condições de reprodução da lógica capitalista sendo, portanto, parcimonioso com a participação crescente do setor privado em setores econômicos e sociais.

Independentemente das diversas interpretações, o fato é que a expansão dos serviços médicos previdenciários deu-se basicamente através da crescente rede de **hospitais**

particulares credenciados ao INPS, sob uma linha de atendimento individual, curativo e de custos crescentes. Esse perfil de atendimento ia ao encontro das transformações ocorridas internacionalmente, no que diz respeito à organização e à estruturação da prática médica. De um lado, o avanço do conhecimento científico no setor possibilitava a formação de especialistas em diversas áreas médicas. De outro, o progresso tecnológico que ocorria nas indústrias da saúde, como a de equipamentos médicos e a farmacêutica, tornava o ato médico cada vez mais tecnificado, de alto custo e dependente da estrutura hospitalar.

Desta forma, consolidava-se no Brasil uma forte relação entre o Estado (responsável pela organização e regulação do sistema), as empresas privadas prestadoras de serviços médicos (principalmente os hospitais) e as indústrias da área da saúde (farmacêutica e de equipamentos médicos).

Braga & Paula (1986) resumem da seguinte maneira as características do setor que foram se delineando ao longo dos anos 60:

Em volume cada vez mais substancial, o financiamento do setor se baseia na arrecadação previdenciária. A prestação dos serviços de assistência é, cada vez mais, feita por instituições privadas. Os padrões seguidos são os das sociedades industrializadas, ou seja, centram-se no sistema hospitalar, com grau elevado de utilização de equipamento e fármacos; no que diz respeito à mão-de-obra utilizada, ocorre crescente tecnificação e especialização. Conseqüentemente, cresce a importância da indústria de equipamentos e farmacêutica; ao mesmo tempo, aumenta a dependência externa, sob as formas de controle do capital, da tecnologia empregada, da importação de equipamentos e de matérias-primas. A tecnologia empregada, tanto na prestação do ato médico, como na produção dos insumos, é uma tecnologia de ponta. O setor apresenta taxas de crescimento muito mais altas do que as do restante da economia (BRAGA & PAULA, 1986; pg 74).

2.3 - Crise e tentativas de reforma do sistema de saúde brasileiro

Pode-se afirmar que, de maneira paradoxal, a conquista de tamanha expressão da medicina previdenciária a partir dos anos 60 também foi acompanhada pela exacerbação de suas fragilidades estruturais. A lógica de atendimento curativa e hospitalar implicava em uma demanda infinitamente elástica por serviços médicos. E o financiamento dos custos

crescentes dessa oferta de serviços tendia a se basear, cada vez mais, na contribuição da massa de assalariados, já que as empresas sempre tinham ‘dificuldades’ em efetivar suas contribuições e a União só acumulava déficits junto ao INPS. As medidas governamentais implementadas no sentido de aumentar a contribuição formal dos trabalhadores só disfarçavam a situação, fazendo-a piorar no longo prazo.

Foi dessa forma que o impasse econômico-financeiro da medicina previdenciária perpetuou-se e intensificou-se na década de 70, configurando-se em uma grave crise do sistema¹⁷. Apesar da evidente causa econômica, essa crise também possuía uma essência política, pois remetia às escolhas realizadas anteriormente pelos governantes em relação ao padrão de políticas sociais que deveria ser seguido, particularmente a opção por aquele determinado modelo de sistema de atenção à saúde. O Estado brasileiro havia permitido e estimulado a construção de um sistema de saúde enraizado em interesses capitalistas particulares, excludente e insustentável financeiramente, centrado basicamente no atendimento da população via previdência.

O transbordamento social do caos em que se encontrava o sistema de saúde brasileiro era evidente. O quadro geral de saúde dos cidadãos tornava-se cada vez mais complicado, com o avanço da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e a persistência de endemias relacionadas a doenças infecciosas e parasitárias, além da relativa piora do nível de mortalidade infantil. Era evidente que, da maneira como se encontrava estruturado, aquele sistema de saúde seria simplesmente incapaz de solucionar as mazelas que assolavam a população. Principalmente se levarmos em consideração que as outras áreas sociais estratégicas, que deveriam evoluir em conjunto com a saúde, também estavam sucumbidas: havia déficit de moradias e de saneamento urbano, as condições de vida no meio rural eram péssimas, o acesso à educação de boa qualidade era restrito e a alta concentração da renda revelava o lado mais perverso da sociedade capitalista brasileira (BRAGA, 1978; BRAGA & PAULA, 1986).

No intuito de combater essa crise do setor saúde (centrada na medicina previdenciária) e retomar sua credibilidade junto à população brasileira, principalmente

¹⁷ As dificuldades financeiras do sistema foram acentuadas pela crise econômica geral que assolou o país após o fim do “Milagre econômico”, a qual se originou a partir dos choques dos preços internacionais do petróleo. A recessão que se seguiu atingiu consideravelmente a manutenção e a geração de emprego, restringindo, portanto, a principal fonte de arrecadação previdenciária.

junto aos assalariados urbanos, o governo militar deu início a uma série de reformas sócio-econômicas. Estas reformas estavam imbuídas por um novo discurso público oficial, que reconhecia a existência de deficiências sociais no país, não só no setor saúde, mas também em outras áreas como as de saneamento, educação e até mesmo do trabalho, e a necessidade de combatê-las com prioridade. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), proposto em 1974, com base na idéia de que a Previdência Social possuía um papel estratégico para o desenvolvimento econômico, especialmente no que dizia respeito à distribuição de renda, implementou medidas de caráter administrativo que possibilitassem a ampliação da cobertura e dos benefícios oferecidos à população. Entre as principais medidas estão as criações do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), este último um órgão de caráter interministerial que deveria orientar e integrar as políticas sociais desenvolvidas pelos respectivos Ministérios da área social. Por um lado, a legislação do MPAS, em uma clara alusão ao princípio da Seguridade Social, incluiu novos benefícios na agenda (auxílios a maiores de 70 anos e inválidos que já tivessem contribuído em algum momento para a Previdência, pensões para trabalhadores rurais vítimas de acidentes, salário maternidade etc) e buscou oferecer assistência a indivíduos que se encontrassem fora do mercado de trabalho (FLEURY, 2008). Por outro lado, o CDS manteve sob sua responsabilidade a gestão do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), uma espécie de apoio financeiro para o desenvolvimento de projetos em áreas sociais estratégicas. Fossem de iniciativa pública ou privada, esses projetos contariam, através do FAS, com recursos subsidiados, sendo que seriam priorizadas propostas destinadas a “(...) áreas periféricas ou deprimidas dos grandes centros urbanos; cidades com população inferior a 50 mil habitantes; zonas rurais; áreas de execução de grandes projetos de interesse governamental (...)” (BRAGA & PAULA, 1986; pg. 127).

No que diz respeito às políticas destinadas especificamente ao setor saúde, nota-se que além da parcela de recursos do FAS que deveria ser direcionada para a expansão e modernização da estrutura dos serviços médicos, delinearam-se outras três grandes frentes de reforma envolvendo a medicina previdenciária e, em menor escala, a saúde pública: “(...) 1) criação de mecanismos de controle do setor contratado; 2) ampliação do setor conveniado; 3) normatização e criação de novos mecanismos institucionais (FLEURY,

2008; pg. 100). No que tange à primeira, verifica-se a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), a qual tinha como objetivo fiscalizar as contas apresentadas pelos hospitais contratados da Previdência. Esta instituição chegou a identificar que, em média, 20% das contas apresentadas possuíam irregularidades. Em relação à segunda, houve um incentivo à realização de convênios entre a Previdência e instituições como empresas médicas, sindicatos, universidades e secretarias de saúde (municipais e estaduais)¹⁸.

A questão da normatização envolvia a proposta de regularizar e disciplinar as diferentes modalidades de prática médica vinculadas à Previdência, bem como a relação entre o MPAS e outros órgãos/Ministérios com foco de atuação no setor saúde, tal como o Ministério da Saúde. Nessa perspectiva, merece destaque a criação de um conjunto de Portarias e Resoluções, conhecido como Plano de Pronta Ação (PPA), cujo objetivo principal era dispor sobre a viabilização da expansão da oferta dos serviços médicos. Entre suas principais propostas estavam a desburocratização dos atendimentos de emergência pela rede de saúde; a especialização dos hospitais da rede oficial previdenciária (desenvolvimento de atividades de pesquisa e aperfeiçoamento técnico-profissional); a garantia do direito de livre-escolha dos segurados (opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados) e o incentivo ao atendimento ambulatorial (FLEURY, 2008). Além do PPA, implementou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS). De acordo com a proposta original desse sistema, o Ministério da Saúde deveria ser responsável pela construção de uma Política Nacional de Saúde que levasse em consideração três questões fundamentais: primeiramente, integração entre a saúde pública e a medicina previdenciária; em segundo lugar, uma nova articulação entre os setores público e privado; e, por último, mas não menos importante, a regionalização da assistência médico-sanitária de acordo com os padrões epidemiológicos existentes no país. Essas três questões se traduziriam em um objetivo específico, que seria realizar programas regionais que articulassem prevenção, cura

¹⁸ A relação entre Previdência e empresas médicas, conhecidas como “medicinas de grupo”, já era comum antes da reforma, quando se tratava de grandes companhias. Estas últimas recebiam um subsídio do governo (pagos integralmente por serviço) para comprar diretamente os serviços médicos oferecidos pelas “medicinas de grupo”. Teoricamente, o INPS ficaria desobrigado de qualquer responsabilidade sobre a atenção à saúde dos funcionários daquelas companhias. Já as universidades e secretarias, conforme já mencionado anteriormente, faziam parte da rede de atendimento oficial não-previdenciária, que sempre apresentou participação restrita na oferta de serviços médicos, mesmo após a reforma.

e reabilitação, a partir da prestação de serviços tanto do setor público, quanto do setor privado.

É notório, portanto, que a busca pela integração da medicina previdenciária com a saúde pública constituía-se também como uma tentativa de recuperação da importância política e social desta última, “abandonada” desde a década de 50. Houve uma expansão relativa e momentânea dos recursos financeiros disponíveis para o Ministério da Saúde e do número de repasses dessa instituição para as Secretarias Estaduais de Saúde, com intuito de financiar o combate a endemias e a construção de Sistemas de Informação sobre Saúde. Dois importantes programas de impacto político foram lançados pelo Ministério da Saúde à época: o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Ambos visavam melhorar o nível de saúde e as condições de vida da população brasileira.

Por último, a tentativa de reforma via criação de novos mecanismos institucionais culminou na implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Tratava-se de uma medida burocrática e administrativa, cujo objetivo era congrega em um Sistema subordinado ao MPAS, os Institutos e entidades previdenciárias, cada qual com sua respectiva responsabilidade. Dessa forma, passaram a compor o SINPAS o Instituto de Administração Financeira (IAPAS), cuja tarefa seria gerenciar as finanças do sistema; o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que seria responsável pela concessão de benefícios previdenciários em dinheiro e pela implementação de programas assistenciais relacionados a atividades profissionais; o recém criado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja função seria tanto a organização da assistência médica individual aos trabalhadores urbanos, rurais e do Estado, quanto a garantia da oferta dos serviços médicos mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) – esta última responsável pelos cuidados à população carente; a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); a DATAPREV (já mencionada anteriormente) e a Central de Medicamentos (CEME)¹⁹.

Apesar da importância e de terem tido alguns impactos realmente positivos para o sistema de saúde brasileiro, pode-se afirmar que nenhuma das iniciativas descritas anteriormente conseguiu transformar a estrutura daquele sistema. Os recursos do FAS,

¹⁹ Esta última instituição será analisada em detalhes na próxima seção.

quando se tratava do setor saúde, concentravam-se basicamente no atendimento de iniciativas do setor privado da região Sudeste para a construção de hospitais e clínicas. Dessa forma, esse instrumento funcionava como uma maneira de financiar a expansão das unidades privadas de serviços de saúde, em consonância com a concentração do atendimento nas regiões mais ricas e desenvolvidas do país (BRAGA & PAULA, 1986). A tentativa de incentivar a realização de convênios por parte da Previdência tinha como objetivo não substituir o setor privado contratado, mas sim auxiliar no atendimento da demanda que aquele não conseguia suprir. As resoluções do PPA acabaram por corroborar condições favoráveis para a expansão da rede privada de assistência médica (FLEURY, 2008). As iniciativas de reforço das políticas coletivas do Ministério da Saúde (PRONAN e PIASS) não possuíam força no meio político, sofrendo constantemente com restrições financeiras, descumprimentos institucionais e lentidão técnico-burocrática. A criação do SINPAS também não impediu o crescimento da medicina previdenciária e nem sua tendência de depender cada vez mais das contribuições dos trabalhadores e da prestação de serviços da rede privada.

Quanto ao SNS, sua proposta original de integração entre saúde pública e medicina previdenciária foi bastante distorcida na prática. Foram atribuídas tarefas específicas para o Ministério da Saúde e para o MPAS, respectivamente. Ao primeiro, caberia a responsabilidade de desenvolver ações coletivas, voltadas principalmente para o interior do país e para as regiões mais pobres. O que seria feito a partir de uma rede de assistência médico-sanitária constituída por Postos de Saúde (unidades de atendimento simples e com poucos recursos), Centros de Saúde (unidades responsáveis pelas ações de saneamento, campanhas de vacinação e pelo atendimento médico individual) e Unidades Mistas (Centros de Saúde ligados a hospitais com práticas de internações restritas a algumas áreas). Já o segundo, ainda que sob um discurso de integralidade das ações de saúde, teria que se dedicar à assistência médica individual, utilizando os recursos da rede de assistência médico-hospitalar, a qual seria formada por Postos de Assistência Médica, Policlínicas e Hospitais.

A partir daí, algumas contradições e ambigüidades se tornam claras. Em primeiro lugar, essa divisão de tarefas entre os Ministérios, com o claro enfoque de ações de interesse coletivo ao Ministério da Saúde, justamente o de menor orçamento, demonstra a

continuação da dicotomia entre saúde pública e medicina previdenciária e entre medicina preventiva e medicina curativa. Em segundo lugar, a proposição de atribuir maior responsabilidade ao MPAS sobre o atendimento médico individual não se restringia somente ao conjunto de previdenciários, englobando, na verdade, toda a população brasileira. Isso se constituía como uma incoerência legal do ponto de vista das regras impostas pelo próprio sistema, uma vez que, **oficialmente**, os cidadãos com direito a atendimento médico via previdência eram somente os que contribuía financeiramente para a mesma. Em terceiro lugar, como a assistência médico-hospitalar deveria, oficialmente, ser gerida tanto pelo setor público, quanto pelo setor privado, preservava-se o espaço da capitalização da medicina²⁰ e da reprodução de seu caráter curativo. Ou seja, a construção do SNS, assim como as outras reformas realizadas, não acarretou alterações significativas na antiga forma de organização do setor saúde, que continuou sendo de caráter curativo, de alto custo e centrado, econômica e politicamente, na medicina previdenciária (BRAGA & PAULA, 1986).

No final da década de 70, a estrutura do sistema de saúde brasileiro havia atingido o auge de sua fragilidade, demonstrando total incapacidade de atender a demanda e transformar o quadro clínico-epidemiológico da população. Pode-se interpretar que a situação instalada era uma consequência direta das escolhas realizadas pelo governo brasileiro, principalmente durante o regime militar. Diante das alternativas possíveis para a construção do setor saúde, optou-se pelo caminho que privilegiava a medicina previdenciária, um alto padrão de gastos e, principalmente, a excessiva participação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Esta última, traduzida na institucionalização do espaço de atuação de interesses privados, engessaria, de forma inevitável, a integração da medicina previdenciária com a saúde pública, bem como a interiorização e extensão dos serviços de saúde ao restante da população brasileira. Isto porque aqueles interesses capitalistas em jogo prezavam pela intensa utilização de cuidados médicos curativos (e de alto custo) e pela concentração desses cuidados apenas nos centros urbanos. Braga (1978) argumenta que a situação poderia ter sido diferente se a construção da rede de atendimento

²⁰ O conceito de capitalização da medicina é descrito por Braga e Silva (2001), como sendo o “processo em que o Estado provia e pagava a ampliação da demanda aos serviços médicos e aos produtos industriais vinculados ao setor; financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, apoiando, assim, os empreendimentos capitalistas no setor” (pg. 20).

da medicina previdenciária tivesse sido impulsionada por aparelhos públicos (previdenciários e não previdenciários) em detrimento dos privados.

E foi dessa forma, fragilizado e agonizante, que o sistema de saúde brasileiro inaugurou a década de 80. Grupos políticos contrários ao regime militar e estudiosos do assunto eram enfáticos ao discursar sobre a necessidade de uma reconstrução da política de saúde que se baseasse no rompimento de compromissos estabelecidos com a rede privada e que levasse em consideração os reais interesses dos trabalhadores assalariados e da população como um todo. Para tanto, seriam necessárias transformações radicais, inclusive da postura do próprio Estado. Este deveria repensar e reorganizar o financiamento e os gastos em saúde, retirando o peso financeiro excessivo sobre os assalariados, elevando os recursos do Ministério da Saúde, integrando os gastos das respectivas instituições públicas (INAMPS, Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Hospitais universitários) e utilizando os recursos do FAS para incentivar a expansão da rede pública de assistência à saúde e não da privada, não só nos centros urbanos, mas também no interior do país. E a rede privada deveria manter-se subordinada ao Estado e às necessidades dos cidadãos. Também a população deveria passar a ter uma postura mais ativa na defesa de seus interesses, participando das decisões sobre o funcionamento do setor saúde de maneira direta ou indireta (interesses representados por partidos políticos) (BRAGA & PAULA, 1986).

No entanto, a reformulação da política de saúde não poderia estar desvinculada da idéia de construção de uma política social global que buscasse melhorar as condições de vida e a distribuição de renda da população. Afinal, o início dos anos 80 é marcado pela existência de crises não só no setor saúde, mas também na maior parte dos setores sociais e na economia. Dessa forma,

(...) para o Estado enfrentar efetivamente as questões sociais afloradas na crise (...), teria de proceder uma reestruturação de suas bases tributárias; romper as restrições de que é preso no manejo de políticas sociais, dados os interesses que se consolidaram no padrão anterior a esta crise (...); reestruturar seus esquemas de concentração e mobilização de excedentes (PIS, PASEP, FGTS, Fundos Fiscais, etc); reordenar sua política de gastos. Ademais coloca-se a alteração da condução da política salarial no sentido de que as elevações de salários reais sejam entendidas como mecanismo básico de reformulação da distribuição da renda (...) (BRAGA, 1978; pgs. 177 e 178).

2.4 - As políticas “nacionais” de medicamentos: 1930/80

Conforme já mencionado anteriormente, a partir dos anos 30 começaram a ser estruturadas no país políticas de saúde de caráter nacional. E, tanto as numerosas campanhas sanitárias, cuja implementação em todo o país foi intensificada, quanto a assistência médica oferecida pelas CAPs e pelos IAPs, contavam com a produção da nascente indústria farmacêutica para garantir o acesso a medicamentos por parte da população.

Enquanto a indústria farmacêutica nacional abastecia o mercado consumidor interno com medicamentos produzidos a partir da utilização de substâncias biológicas, a indústria farmacêutica internacional passava por uma espécie de “revolução terapêutica”. Longe de ser um fenômeno do acaso ou um resultado esperado de um caminho traçado naturalmente pela evolução da ciência, aquela revolução teria sido amplamente planejada e articulada. Em uma era em que o capitalismo tornava-se cada vez mais dinâmico e os mercados cada vez mais concentrados, as inovações tecnológicas se constituíram como fontes de crescimento para as empresas. Porém, diante do cenário de incerteza e ausência de informações perfeitas que caracteriza o sistema capitalista, a geração de inovações era inerentemente um processo de alto risco, uma vez que gastos elevados eram empreendidos, de maneira irreversível, pelas empresas, sem garantias de sucesso ou retorno. Dessa forma, buscando minimizar essa adversidade, os empresários passaram a se apoiar em práticas cautelosas para investir em inovações, adotando procedimentos convencionais e rotineiros (como a criação de laboratórios de P&D) ou baseando-se em aprendizados adquiridos a partir de vivência em situações anteriores.

Seguindo essa lógica, a “revolução terapêutica” que marcou a história da indústria farmacêutica internacional a partir da década de 30 inaugurou um novo paradigma da tecnologia de medicamentos. Visando o mercado de assistência médica em ascensão (a demanda da população por serviços médicos crescia a taxas exponenciais), laboratórios dos Estados Unidos e de alguns países da Europa passaram a destinar investimentos expressivos para a pesquisa e a descoberta de novas substâncias. E, os anos de investimento em pesquisa acabaram levando à descoberta de substâncias químicas que passaram a ser

utilizadas como matérias-primas para a produção de medicamentos até então inéditos: antibióticos, vitaminas e hormônios.

A introdução dessas novas tecnologias no mercado propiciou uma dinamização do atendimento da demanda crescente por serviços de saúde, ao mesmo tempo em que garantiu a rentabilidade do setor. Portanto, o processo de adensamento tecnológico de medicamentos atendeu aos interesses industriais (na medida em que permitiu a geração e manutenção de taxas de lucros extraordinários pelas empresas farmacêuticas), aos interesses do setor de serviços (garantia de produtividade na prestação de serviços médicos) e aos “interesses” da sociedade (demanda por avanços científicos e tecnológicos na área médica) (DI GIOVANNI, 1992).

A discussão sobre o processo de adensamento tecnológico na cadeia produtiva de medicamentos também está intimamente relacionada ao fenômeno da mercantilização da medicina²¹ nas sociedades capitalistas contemporâneas. Casas (1999), com base nas idéias de autores de vertente sanitária e marxista como Cordeiro (1985) e Donnangelo (1975)²², explica que o consumo de tecnologias, em especial, de medicamentos, não seria um fato puramente técnico, resultado de uma causalidade linear em que um tratamento é oferecido a uma doença. Há uma determinação fortemente social neste processo, na medida em que demandas ligadas ao ambiente no qual os indivíduos estão inseridos (trabalho, família, relações interpessoais) se transformam em demandas por cuidados médicos, criando-se, assim, uma situação de medicalização da sociedade. Trata-se “(...) de necessidades criadas, cultivadas, inculcadas e conquistadas a partir das práticas econômicas, políticas e ideológicas (...)” (pg. 69). E não há limite para a saciedade dessas necessidades, de acordo com a hipótese da demanda infinita por serviços médicos em sociedades capitalistas. Isso relativiza a idéia de que o consumo de medicamentos atende, realmente, aos interesses da sociedade. E, para completar essa relação mercantilizada há, de um lado, o serviço de atenção médica que, através da prática da prescrição de medicamentos, caracteriza-se pela racionalização do tempo das atividades, por ganhos de produtividade e pelo

²¹ A mercantilização da saúde é definida por Braga e Silva (2001) como o “(...) processo pelo qual a atenção médica passa a ser plenamente uma mercadoria ‘como outra qualquer’ submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista” (pg. 20).

²² CORDEIRO, H. A Indústria da Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
DONNANGELO, C. Medicina e Sociedade. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1975.

estabelecimento de uma relação de poder entre o médico (que detém o conhecimento sobre os respectivos produtos e seus efeitos, bem como o poder de receitá-los) e o paciente. E, de outro, há uma indústria farmacêutica em busca de acumulação de capital, que ao ofertar “(...) produtos éticos, “sintomáticos” e de “largo espectro”, em uma prática médica pressionada pela demanda, cumpre o papel de atributo técnico-científico da intervenção médica” (pg. 69). E o Estado, por sua vez, seria incapaz de escapar destas determinações gerais da sociedade de consumo mercantilizada. Desta forma, a presença desses diversos elementos demonstra que as trajetórias tecnológicas da área da saúde, especialmente as inovações na produção de medicamentos, dependiam de fatores de ordens diversas: econômica, política, social, institucional e até mesmo cultural (DI GIOVANNI, 1992).

Segundo Casas (1999), essas relações institucionais de caráter mercantil estabelecidas entre a indústria farmacêutica, a prática médica e o paciente compõem o que Cordeiro (1995) denominou de complexo médico industrial. Neste, de acordo com a interpretação marxista, o capital se reproduz, valoriza e se realiza através da produção, pois o consumo (alienado) já é determinado no momento da produção, e os medicamentos possuem mais valor de troca do que de uso.

No contexto da consolidação do complexo médico industrial e de um novo paradigma tecnológico, articulado com a indústria química, a rotina de produção da moderna indústria farmacêutica passou a se organizar a partir de quatro estágios bem definidos. O primeiro caracteriza-se pela realização de atividades de Pesquisa & Desenvolvimento (P&D), voltadas para a descoberta de novos princípios ativos ou fármacos, as matérias-primas necessárias para a produção dos medicamentos. Trata-se de uma etapa de grande complexidade, de custos elevados e, portanto, de alto grau de risco. Na segunda etapa é realizada a produção em escala industrial dos fármacos identificados na fase anterior. Muitas vezes considera-se essa etapa unicamente como uma fase de processos químicos. No terceiro estágio, são produzidos os medicamentos em si, os quais assumem seu formato final (posologia e dosagem) e são colocados nas respectivas embalagens. São processos físicos na sua essência. E, por último, tem-se o estágio em que são realizadas campanhas publicitárias e a comercialização dos medicamentos finais (QUEIROZ & GONZÁLES, 2001).

Nota-se que cada um desses quatro estágios que compõem a cadeia produtiva farmacêutica possui especificidades no que diz respeito à estrutura setorial e às competências organizacionais necessárias. Desta forma, é possível separar essa cadeia a partir das atividades de duas indústrias distintas: a indústria de farmoquímicos e a indústria de medicamentos. A primeira constitui-se como uma derivação da indústria de química fina, sendo que domínios tecnológicos como o da síntese química orgânica são fundamentais para o sucesso desta indústria, já que ela coloca no mercado as matérias-primas necessárias para a fabricação dos medicamentos. Já a indústria de medicamentos, pode ser formada tanto por laboratórios que se dedicam a produzir drogas já conhecidas, onde o importante é dominar o processo físico de transformação dos princípios ativos em medicamentos finais e ter uma boa estrutura de marketing, quanto por laboratórios que buscam ser pioneiros na introdução de novas drogas no mercado. Para esses últimos, a inovação tecnológica assume um papel fundamental e eles tendem a incorporar todas as quatro etapas da cadeia produtiva farmacêutica. Esta tende a ser a realidade dos grandes laboratórios internacionais, conforme descrito mais adiante (CAPANEMA & PALMEIRA FILHO, 2007).

O Brasil não acompanhou essa tendência da indústria farmacêutica internacional, continuando a produzir medicamentos com origem em substâncias biológicas. Com o passar do tempo, os pequenos laboratórios nacionais, responsáveis pelo atendimento da maior parte do consumo do mercado brasileiro, começaram a perder espaço para os novos produtos dos laboratórios estrangeiros. Muitos deles inauguraram “casas representantes”²³ no Brasil, com o objetivo de facilitar as transações comerciais. Essas casas importavam matéria-prima de seus países de origem e, aqui, apenas processavam e embalavam os medicamentos. Portanto, ficavam concentradas no Brasil as etapas três e quatro da produção de medicamentos, as quais implicavam em pouca ou nenhuma contribuição científica ou tecnológica para o país.

Nos anos acometidos pela Segunda Guerra Mundial, a indústria farmacêutica nacional ainda teve a chance de vislumbrar boas oportunidades de desenvolvimento. As limitações aos fluxos de importação e a existência de um grande e seguro mercado

²³ Compreende-se que a expressão “casas representantes” se refere ao conceito de “subsidiárias”, utilizado atualmente.

consumidor para novos medicamentos como a penicilina, possibilitaram às empresas locais iniciar a produção desse e de outros medicamentos inovadores²⁴. Nota-se que parte da matéria-prima da indústria química necessária para as atividades desses laboratórios nacionais, mesmo com os problemas de comércio internacional ocasionados pela guerra, era importada dos Estados Unidos e da Europa. Mas, internamente, estados como São Paulo e Rio de Janeiro também passaram a suprir boa parte da oferta desses insumos, o que ocasionou o desenvolvimento da indústria química nessas regiões²⁵.

Com o passar do tempo (após o fim da Guerra), o desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica mundial foi se tornando cada vez mais intenso, “agressivo” e dependente da realização de pesquisas e da geração de conhecimento científico. Ao mesmo tempo, esse conhecimento e a tecnologia gerados eram cada vez mais privados, monopólios das firmas inovadoras. Formava-se um mercado oligopolizado, onde novas firmas deparavam-se com elevadas barreiras à entrada e as firmas existentes reproduziam lucros extraordinários, a partir de seus respectivos monopólios. Gadelha, et. al. (2003) definem a moderna indústria farmacêutica como um oligopólio diferenciado e baseado na ciência, onde o motor da concorrência não é o preço e sim a colocação de novos produtos no mercado.

O Brasil continuava sem acompanhar essas transformações e já não podia mais se beneficiar dos constrangimentos do comércio internacional ocasionados pela guerra e da situação de **não** reconhecimento às patentes de medicamentos, passados os anos de proibição das mesmas de acordo com o estabelecido no Decreto nº 7.903 de 1945²⁶. As empresas nacionais perpetuavam sua dependência tecnológica, agravada pela ausência de uma política pública específica do governo brasileiro voltada para o desenvolvimento da

²⁴ É importante ressaltar que muitas firmas locais, no entanto, acabaram não se desenvolvendo de maneira autônoma, e se associaram a empresas estrangeiras em um processo conhecido como *joint ventures*.

²⁵ Esta produção teria sido facilitada pela instauração do Decreto Lei nº 7.903, de 1945 (Primeiro Código de Propriedade Industrial Brasileiro), o qual, em virtude da guerra, proibiu o reconhecimento de patentes a produtos farmacêuticos por um período de quinze anos a contar daquela data. As patentes podem se constituir como importantes instrumentos de barreira à entrada de novos laboratórios no mercado. As empresas já existentes gastam um elevado percentual de sua receita em P&D (a média de gasto da indústria farmacêutica norte-americana é de 10% da receita total) e, ao descobrirem um novo medicamento e colocá-lo no mercado, monopolizam sua produção por um bom tempo via mecanismos como as patentes, por exemplo. Dessa forma, as empresas que já estão no mercado garantem seus respectivos lucros e ficam protegidas, diante da dificuldade de entrada de outras firmas no mercado. A legislação sobre patentes de produtos farmacêuticos no Brasil será abordada em detalhes no capítulo 3.

²⁶ A situação só voltaria a ser favorável em 1967, com a instauração do novo Código de Propriedade Industrial, o qual novamente não reconhecia patentes de produtos e processos farmacêuticos.

indústria farmacêutica local. Além disso, as fusões entre firmas nacionais e estrangeiras que haviam começado ainda durante a Guerra ganhavam mais expressão, assim como a entrada de multinacionais no país.

É interessante ressaltar que houve uma tendência à concentração do mercado, não só pelo controle geral da produção por parte de poucas e grandes firmas estrangeiras, mas também pelo controle individual dessas grandes firmas sobre a produção de medicamentos por classe terapêutica. As firmas internacionais ficaram, portanto, com o monopólio da produção dos chamados medicamentos éticos patenteados, os quais possuíam grande densidade tecnológica, dependiam de prescrições médicas e eram protegidos por patentes. Às pequenas e médias empresas nacionais restou a produção dos chamados medicamentos não-éticos, que seriam as chamadas medicações básicas, de baixo valor inovativo e cujo consumo não dependia de prescrições médicas, e também a produção dos medicamentos éticos genéricos que poderiam ser fabricados livremente a partir da data de expiração das respectivas patentes, e cuja compra dependeria de receitas médicas (DI GIOVANNI, 1992).

Conforme já mencionado, teriam contribuído para esse cenário as opções realizadas pelo governo brasileiro. Este não só quase não construiu políticas voltadas para o desenvolvimento das firmas nacionais, como também, sob o discurso de priorização da industrialização do país através do tripé capital público, capital privado nacional e capital privado internacional, implementou instrumentos de política econômica que culminaram em um incentivo para a instalação de empresas estrangeiras do setor farmacêutico no país. Exemplos importantes seriam as instruções 70 e 113 da Superintendência da Moeda e do Crédito (SUMOC) implementadas na década de 50 que, ao sobretaxarem os medicamentos importados e facilitarem a acumulação de capital estrangeiro, levaram a um crescente fluxo de entrada de firmas internacionais do ramo no país (DI GIOVANNI, 1980). Mas, de acordo com Evans (1980), os empresários brasileiros também teriam tido parcela de responsabilidade sobre o fracasso do desenvolvimento da indústria farmacêutica local. Movidos por uma racionalidade própria, esses empresários julgavam que a especialização na comercialização de “similares” ou “genéricos” seria uma forma de explorar uma “vantagem comparativa”. Portanto, as firmas nacionais remanescentes pertenciam a empresários considerados apenas bons homens de negócios, ou seja, bons comerciantes sem nenhuma articulação com atividades de pesquisa e geração de inovações tecnológicas.

Para esses empresários, seria possível obter lucro e se manter no mercado sem adentrar na lógica das inovações e de seus elevados custos.

Em paralelo a todo esse processo de evolução das atividades da indústria farmacêutica no Brasil, que desaguou na entrada maciça das multinacionais no país e na desnacionalização do setor, ocorriam importantes transformações sócio-econômicas no país, conforme descrito na seção 2.2. Principalmente a partir da década de 50, o processo de urbanização acelerou-se em uma escala sem precedentes, assim como foram intensas as modificações das condições de trabalho. A população urbana que emergia, principalmente o grupo formado pelos trabalhadores, pressionava pela ampliação dos serviços prestados pela medicina previdenciária. Tudo isso acompanhado por um quadro desastroso de saúde pública, com a persistência de doenças endêmicas espalhadas pela área rural e que também chegavam às cidades e o fracasso das medidas nacionais implementadas nessa área. Assim, estabeleceu-se uma relação espiral entre a medicina assistencial ofertada pela previdência e a demanda da população (principalmente dos trabalhadores) pelos serviços médicos. Fazia-se necessário, portanto, estruturar um sistema de saúde com alto nível de racionalidade e produtividade, que conseguisse atender à demanda infinita que se consolidava (DI GIOVANNI, 1992).

A incorporação daqueles novos medicamentos que surgiam no mercado internacional mostrou-se como uma boa alternativa no sentido de contribuir para que o atendimento médico no país se tornasse mais produtivo e eficiente. As novas drogas possibilitariam maior sucesso nos tratamentos clínicos e nas intervenções cirúrgicas. Desta forma, o sistema de saúde brasileiro articulou-se com a indústria farmacêutica de maneira a absorver os produtos gerados por ela²⁷. Esse processo teria transcorrido com certa facilidade, em virtude da presença de algumas especificidades políticas, econômicas e culturais.

Em primeiro lugar, a estrutura e a lógica de funcionamento de nosso sistema de saúde priorizavam o atendimento individual realizado em consultórios, ambulatórios, clínicas e hospitais. Esta prática ia ao encontro do consumo de medicamentos enquanto alternativa de tratamento médico. Mesmo com um nível relativamente baixo de

²⁷ A presença de uma demanda infinita por serviços e tecnologias de saúde em paralelo a uma penetração das inovações da indústria farmacêutica no sistema de saúde brasileiro reforçaram o quadro de consolidação do complexo médico industrial no país.

tecnificação, aquelas instituições puderam absorver com tranquilidade essa nova tecnologia em seus cotidianos. E, diante de um encaixe praticamente perfeito, não se fez necessária nem a realização de novos investimentos no setor de prestação de serviços médicos.

Em segundo lugar, todo o processo foi viabilizado e até mesmo incentivado pelo próprio Estado brasileiro, que alegou estar desenvolvendo políticas públicas “necessárias” para a área da saúde. Havia, portanto, uma forte articulação entre o Estado, o setor prestador de serviços de saúde (principalmente as instituições privadas) e a indústria farmacêutica. Por muitas vezes, o governo brasileiro foi permissivo, não realizando um controle efetivo sobre o comércio e a introdução de novos medicamentos no mercado e pautando-se em instrumentos legais de fiscalização desatualizados.

Por último, podemos citar a relação peculiar que foi se estabelecendo entre os laboratórios, as farmácias/drogarias, os profissionais da saúde (principalmente os médicos) e os consumidores (pacientes). “(...) médico e farmácia (drogaria) são considerados, sempre, os ‘alvos lógicos’ da promoção de medicamentos, segundo a própria linguagem da indústria farmacêutica” (DI GIOVANNI, 1980; pg. 96). Partindo dessa perspectiva, os grandes laboratórios buscaram influenciar a prática médica. Visitas a consultórios, ofertas de material promocional (amostras-grátis) e propaganda junto à classe médica sempre fizeram parte da rotina de atividades das grandes empresas farmacêuticas, que detinham o monopólio das informações técnicas. Por outro lado, os laboratórios menores, que se especializaram na venda de medicamentos populares e de “similares” de produtos produzidos pelas grandes firmas, buscaram otimizar suas vendas a partir da realização de agressivas propagandas direcionadas aos consumidores e da oferta de bonificações para as drogarias que oferecessem os “similares” aos clientes com receita médica. Nesse cenário, as farmácias foram assumindo cada vez mais a característica de centros de comercialização de drogas, em detrimento do caráter produtivo calcado na manipulação de medicamentos²⁸. Em meio a essa “teia” de relações encontrava-se o consumidor final, alvo das propagandas e ansioso por tratamentos médicos de sucesso. Esses tratamentos de sucesso poderiam significar tanto a reposição da força de trabalho, para os consumidores em estratos de renda inferiores, quanto ganhos em termos de qualidade de vida, para as classes mais favorecidas.

²⁸ O setor responsável pela comercialização de medicamentos apresentou crescimento significativo a partir da segunda metade do século: aumento de 50% no número de drogarias, farmácias e empresas distribuidoras de remédios em geral no país.

Independentemente, todos garantiam a demanda, fosse via receita médica ou fosse até mesmo pela prática da auto-medicação, a qual já respondia por mais da metade do consumo total de medicamentos no país.

Segundo DI GIOVANNI (1980),

(...) trata-se de uma *direção cultural* imprimida no sentido da viabilização de certas práticas de consumo que atendem aos interesses que têm sua origem na forma capitalista pela qual os medicamentos são produzidos. As concepções relativas aos medicamentos e ao seu consumo foram produzidas na medida em que se subordinaram (...) aos imperativos da ordem de produção, de certos aspectos da prática médica e do aparelho comercial, no seu conjunto. Para tal subordinação concorreu também a ação e/ou omissão do Estado no disciplinamento das atividades industriais e comerciais (...) (pg. 123).

Estava consolidado, assim, um cenário favorável para a ampliação e a manutenção da oferta de medicamentos no país²⁹. Na década de 50, o Brasil já era o décimo maior mercado consumidor de medicamentos do mundo.

Nota-se que nenhum dos fatores citados anteriormente como os responsáveis pela consolidação do mercado farmacêutico no país menciona preocupações em atender, de maneira **universal** e **equitativa**, as **reais** necessidades de saúde da população brasileira. A incorporação dessas novas tecnologias médicas ignorou o real quadro epidemiológico brasileiro, bem como as especificidades regionais e sociais existentes. Outras determinações (de caráter econômico, político etc) subordinaram a lógica de utilização dos medicamentos pelo sistema nacional de saúde. A função econômica dessa inovação tecnológica (ganhos de produtividade e geração de lucros extraordinários) teve muito mais peso e importância do que sua função instrumental (tratar/curar doenças). Se, por um lado, esse processo de adensamento tecnológico garantiu a rentabilidade do sistema e a expansão dos serviços de assistência médica previdenciária, constituindo o complexo médico industrial segundo a concepção de Cordeiro (1985), de outro, houve melhoras apenas marginais nas condições de saúde pública da população. E, os cidadãos de baixa renda, moradores de áreas rurais, periferias ou lugares distantes continuaram sendo a parcela com maior chance de adoecer e com menor qualidade de vida da sociedade. Tal fato só

²⁹ É importante ressaltar que havia certos limites a esta expansão decorrentes de desigualdades regionais e sociais que impediam o acesso ao consumo de medicamentos por boa parte da população brasileira.

reforçava um padrão de uso dos serviços de saúde marcado pela iniquidade, pela exclusão e pela existência das chamadas “medicinas de classe” (DI GIOVANNI, 1992).

Para muitos especialistas, a construção dessa peculiar relação entre as políticas nacionais de saúde implementadas e o processo de incorporação tecnológica de medicamentos estaria refletindo particularidades do Sistema de Proteção Social brasileiro, também presentes no campo da saúde. Tratava-se de um sistema organizado de maneira muito centralizada na esfera federal, tanto no que dizia respeito à tomada de decisões políticas, quanto no que tangia à arrecadação financeira. Essa arrecadação financeira, por sua vez, possuía um caráter extremamente regressivo. Praticamente não havia uma vinculação de recursos fiscais a serem utilizados a fundo perdido, sendo que a principal fonte de financiamento para as políticas de saúde eram as contribuições sociais, obtidas principalmente a partir da folha salarial dos trabalhadores. Havia, portanto, um processo de auto-financiamento das políticas de saúde. O sistema de atenção médica também era marcado por uma excessiva fragmentação institucional, com as presenças de uma rede burocrática muito enraizada e de um setor privado que transitava com facilidade no meio público. Esse “poder” do setor privado levava à exacerbação da lógica da privatização dos serviços de saúde, corroborada pelo Estado (FAGNANI, 2005). Nota-se que todas essas características inerentes ao sistema de saúde brasileiro contribuía para a geração de obstáculos ao cumprimento da função instrumental dos novos medicamentos: aliviar carências e melhorar a qualidade de vida da população.

Percebe-se que nesse particular Sistema de Proteção Social brasileiro não havia espaço para a implementação, na prática, de políticas governamentais no campo da atenção à saúde que seguissem, por exemplo, a linha sanitária desenvolvimentista. Afinal, essa linha propunha, entre outras questões, a planificação da economia e, conseqüentemente, o desenvolvimento e fortalecimento da indústria farmacêutica **estatal** para garantir o atendimento da demanda por medicamentos. Portanto, conforme já descrito anteriormente, essa nova proposta no campo da saúde pública permaneceu somente no campo da teoria, enquanto a realidade era dominada pela consolidação do modelo médico-assistencial privatista (SILVA, 1984).

Diante do cenário de desigualdade e ineficiência no consumo de medicamentos, aliado ao domínio das multinacionais do ramo farmacêutico no país e à notória insatisfação

das empresas brasileiras e de setores nacionalistas, o governo brasileiro passou a sinalizar preocupação em regular de forma mais incisiva o comércio de medicamentos e em incentivar as atividades das firmas de capital nacional. Em 1963, foi criado o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica (GEIFAR), que tinha como objetivos “(...) supervisionar a importação de matérias-primas, *controlar os preços dos produtos acabados* e fortalecer a indústria farmacêutica de capital nacional.” (DI GIOVANNI, 1980; pg. 71). Na verdade, a GEIFAR buscava atribuir respostas a duas questões específicas que se encontravam em voga. A primeira relacionava-se ao já mencionado problema do domínio das multinacionais no país. Havia se instaurado um intenso debate na sociedade sobre aquele processo de desnacionalização da indústria farmacêutica brasileira. Mas, em meio a essa já acalorada discussão, surgia outro problema: as empresas estrangeiras, além de dominar o mercado, estariam superfaturando os preços das matérias-primas importadas, necessárias para a produção dos medicamentos. Segundo Fadul (1978), em determinados momentos esse superfaturamento teria chegado a 2000%. Tem-se como exemplo o caso do laboratório Química Bayer, que importava o quilo do Cloridrato de Efedrina a um valor de US\$ 243,80, enquanto seu laboratório concorrente, a Merck, comercializava o quilo do mesmo produto a US\$ 11,25 na Alemanha. Desta forma, uma das medidas da GEIFAR foi a exigência de que os laboratórios passassem a apresentar suas respectivas contabilidades, que ficariam sujeitas ao controle governamental. As medidas implementadas pela GEIFAR não perduraram por muito tempo. As pressões e as campanhas de instituições contrárias àquelas medidas, como a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIF), eram intensas.

A iniciativa de maior destaque do governo teria sido, no entanto, a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971. Parte integrante do SINPAS, conforme já mencionado anteriormente, esta instituição possuía como diretrizes fundamentais o incentivo à livre iniciativa de produção nacional de medicamentos em todos os estágios e também à aquisição de tecnologia; a diversificação da oferta oficial de medicamentos; a garantia de acesso a medicamentos a toda a população brasileira e a construção de um serviço de vigilância farmacológica de qualidade. Estas diretrizes traduziam, na verdade, três grandes objetivos traçados pelo governo: 1) dinamizar a produção de medicamentos da

rede oficial, 2) incentivar o desenvolvimento do setor privado e 3) tornar a distribuição desses medicamentos mais eficiente.

A dinamização da rede pública passava pela substituição dos equipamentos obsoletos, pela modernização dos laboratórios governamentais (via redução de custos e aumento de produtividade) e pela expansão da produção de medicamentos considerados básicos, como vacinas. No que diz respeito ao setor privado, a intenção era o aumento da competitividade dos laboratórios nacionais, através do incentivo à realização de pesquisas. Desta forma, criou-se um Programa específico de Pesquisa e Desenvolvimento, responsável por oferecer convênios e subsídios para as atividades de pesquisa, que deveriam ser realizadas através de parcerias entre empresas, universidades e instituições militares. Também foi proposta uma Política Industrial, cujos principais pontos eram: 1) controle por parte do Estado sobre os investimentos estrangeiros; 2) desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o crescimento, modernização e integração entre as indústrias de transformação e farmacêutica; 3) inibição das práticas oligopolistas de oferta de matérias-primas do setor farmacêutico; 4) incentivo à aquisição e ao desenvolvimento das matérias-primas necessárias à produção de medicamentos estratégicos listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)³⁰; 5) identificação de potencialidades para o desenvolvimento de pequenas e médias empresas nacionais (produção de medicamentos de baixo índice tecnológico). Já em relação à distribuição dos medicamentos, buscou-se modernizar e expandir as unidades locais responsáveis pela distribuição e as unidades de vigilância farmacológica. A logística da distribuição organizou-se da seguinte maneira: após adquirir os medicamentos junto a laboratórios oficiais ou a empresas privadas (tanto nacionais quanto estrangeiras), a CEME os distribuía na rede pública de serviços (instituições ligadas ao INAMPS, à LBA e às secretarias estaduais de saúde). Essa relação entre a CEME e as secretarias constituía-se, inclusive, como importante estratégia para o desenvolvimento de uma política de saúde pública eficiente no que tangia ao tratamento de males que assolavam a população brasileira. Em meados da década de 70, a CEME passou

³⁰ Esta relação de medicamentos buscava estabelecer uma orientação para a criação de prioridades para a produção local de matérias-primas e também para a produção de medicamentos a serem comercializados a preços mais baixos. Essa produção local seria facilitada pelos códigos de propriedade intelectual que passaram a vigorar no país a partir do final da década de 60, os quais voltaram a determinar a condição de não privilégio às invenções do setor farmacêutico, decretando o não reconhecimento de patentes (o código de 1967 foi mencionado anteriormente).

a distribuir medicamentos também para algumas instituições privadas com fins lucrativos. Diante dessa necessidade crescente de disponibilidade de medicamentos, as aquisições junto aos laboratórios privados se intensificaram, de maneira a completar a oferta da rede oficial. Nota-se que o Estado brasileiro buscava, através da CEME, atender aos interesses da classe empresarial farmacêutica brasileira e, ao mesmo tempo, articular esses interesses com o desenvolvimento de uma política industrial e também de uma política de saúde, que estaria centrada em tratamentos de caráter curativo, realizados em hospitais e baseados em um consumo crescente de medicamentos (BRAGA, 1978; BRAGA & PAULA, 1986).

Na prática, a proposta da CEME obteve mais sucesso na parte relacionada à regulação e à distribuição dos medicamentos, através da ampliação do acesso a camadas menos favorecidas da população. A questão da produção apresentou poucos avanços. Manteve-se uma produção não muito significativa nos laboratórios públicos e, no setor privado, interesses das empresas nacionais e estrangeiras eram acomodados, sem que as primeiras conseguissem atingir uma posição de hegemonia. Na verdade, intensificou-se o fluxo de entrada de empresas estrangeiras no mercado nacional, como uma forma de garantir o controle sobre a concorrência local. Dessa forma, aquelas empresas passaram “(...) a assumir gradativamente o domínio da produção farmacêutica no Brasil, seja através da entrada de novas companhias, seja através da aquisição do controle acionário das firmas nacionais ou, ainda, pela compra pura e simples de alguns laboratórios” (DI GIOVANNI, 1980 pg. 63). Muitos medicamentos modernos que costumavam ser importados passaram a ser produzidos no país pelas multinacionais, as quais importavam suas respectivas matérias-primas. Ganhava força, portanto, o fenômeno de desnacionalização da indústria farmacêutica no Brasil.

Esse processo estaria refletindo as próprias escolhas realizadas pelo Estado, que priorizou, na execução da proposta, o papel assistencialista da CEME, em detrimento de seu possível auxílio ao desenvolvimento industrial do setor. Prova disso, teria sido a criação de um decreto em 1975, segundo o qual a CEME ficaria subordinada a dois órgãos públicos diferentes: Ministério da Indústria e Comércio, responsável pela discussão relacionada à produção e Ministério da Saúde, cuja responsabilidade seria a parte da assistência farmacêutica. Desarticulava-se, assim, a possibilidade do desenvolvimento de uma política de saúde integrada ao avanço tecnológico do setor (DI GIOVANNI, 1980).

Durante a década de 80 foram feitas novas tentativas de apoio ao desenvolvimento de empresas nacionais de base tecnológica para produção dos fármacos que eram a essência dos medicamentos listados na RENAME. A medida mais importante nesse contexto teria sido a implementação da Portaria governamental nº 4/84, realizada em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Indústria e Comércio.

Essa Portaria regulamentou a concessão de autorização para produção de matérias-primas, insumos farmacêuticos e aditivos utilizados na fabricação de medicamentos. Por meio desse instrumento legal, o governo garantiu uma virtual reserva de mercado, proibindo importações, para os fármacos que viessem a ser fabricados no país (QUEIROZ & GONZÁLES, 2001; pg. 132).

Em uma clara tentativa de realizar um processo de substituição de importações de matérias-primas farmacêuticas, o governo não só introduziu barreiras à importação, como também fomentou vários projetos de investimento em laboratórios produtores de fármacos. Foram ofertadas diversas linhas de financiamento e investimento governamentais, principalmente para incentivar as empresas nacionais a apresentarem propostas de projetos. A Financiadora Nacional de Estudos e Projetos (FINEP) foi responsável pela concessão de várias Bolsas de Fomento Tecnológico no contexto da primeira fase do Programa de Recursos Humanos para Áreas Estratégicas (RHAE), financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT)/Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e que definiu, como uma de suas áreas estratégicas, a química fina. O Conselho de Desenvolvimento Industrial (CDI) também foi responsável pela promoção de projetos privados de desenvolvimento industrial na área de química fina, contando com o financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Na verdade, essas iniciativas faziam parte de um contexto mais amplo, caracterizado pela estruturação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT), iniciativa do governo federal que visava suprir lacunas existentes em áreas prioritárias no país, tal como a Química.

Queiroz & Gonzáles (2001) também destacam como exemplo de projeto importante desenvolvido nesse período a iniciativa da CODETEC, em Campinas. Contando com um investimento de aproximadamente US\$ 5 milhões em infra-estrutura e com a contratação de projetos com valor estimado em US\$ 7 milhões, esse projeto possibilitou a construção de doze laboratórios, diversas plantas piloto e o desenvolvimento de sessenta fármacos.

Essas iniciativas possibilitaram a conquista de resultados razoáveis. Em primeiro lugar, destaca-se um aumento da produção interna de fármacos, em detrimento das importações. “(...) cerca de 420 produtos estavam sendo fabricados por mais de 90 empresas” (QUEIROZ & GONZÁLES, 2001; pg 133). Esse aumento de produção foi acompanhado, por sua vez, por uma maior participação das empresas privadas nacionais no mercado brasileiro de medicamentos. Aquelas passaram a atender 14,5% desse mercado³¹.

Apesar destes ganhos qualitativos verificados, essas medidas governamentais implementadas na década de 80 não conseguiram alterar quadros problemáticos históricos. As multinacionais continuaram dominando a oferta total de medicamentos do país (82%)³² e, por outro lado, os laboratórios oficiais permaneceram com uma pequena parcela (3,5%). Além disso, permanecia em níveis muito baixos a realização de atividades de P&D para descoberta de novos fármacos. O Brasil seguia copiando tecnologias estrangeiras, centralizando suas incipientes atividades internas na produção de fármacos que já existiam no mercado. As empresas nacionais (privadas ou de natureza pública) não possuíam estrutura interna suficiente (em termos de recursos humanos e financeiros) e nem recebiam incentivos governamentais efetivos para investir em P&D. Por outro lado, diante de um cenário incerto e desfavorável, as empresas estrangeiras também não vislumbravam vantagens em realizar atividades de P&D no Brasil³³.

Desse modo, no que se refere à pesquisa e desenvolvimento, o quadro que se apresentava no final da década de 80 e início da de 90 era de atividades muito limitadas. Havia uma ou outra iniciativa, por exemplo de uma empresa nacional articulada com um grupo universitário que desenvolvia uma linha de pesquisa que poderia desaguar na descoberta de um novo fármaco. Mas, invariavelmente, essas esparsas tentativas deram em nada (QUEIROZ & GONZÁLES, 2001; pg 126).

³¹ Muitas empresas privadas nacionais conseguiram ampliar sua produção de medicamentos a partir do início da produção de seus próprios insumos.

³² É importante ressaltar que apesar de dominarem o mercado de medicamentos brasileiro na década de 80, algumas multinacionais abandonaram o país devido ao cenário macroeconômico instável e ao controle de preços exercido pelo governo. Através do Conselho Interministerial de Preços (CIP), os preços dos medicamentos mais tradicionais (de maior consumo e necessidade) eram tabelados.

³³ As multinacionais levam em consideração a existência de oferta de condições técnico-científicas favoráveis (como instituições de excelência na área médica, conhecimento científico em saúde acumulado e legislação que garanta a proteção patentária) para decidir sobre a realização de atividades de P&D no país.

Diante da incapacidade de desenvolver tecnologicamente as indústrias estratégicas para o setor saúde, como era o caso da indústria farmacêutica e, por outro lado, de atender com eficiência, qualidade e de maneira universal as necessidades de saúde da população, o país encontrava-se mergulhado em uma crise de seu sistema de saúde. Interesses econômicos e políticos fizeram com que o sistema de saúde brasileiro trilhasse um caminho muitas vezes destoante das reais necessidades da população. Fazia-se necessário, assim, uma construção combinada de políticas de assistência médica e de inovação, capazes de interferir na realidade de maneira positiva e eficiente. Para tanto, o Estado deveria se rearticular e consolidar órgãos estratégicos para o desenvolvimento dessas políticas, estabelecendo objetivos claros e metas de longo prazo não subordinados a interesses mercantis. Um desafio, portanto, a ser enfrentado pela nova democracia. Segundo DI GIOVANNI (1980), não haveria como transformar a realidade enquanto as iniciativas governamentais na área da saúde fossem de caráter isolado, desprovidas de força política e submissas somente à lógica de reprodução do capital.

CAPÍTULO 3 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS PERSPECTIVAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

3.1 - O novo modelo de sistema de saúde

Os desafios relacionados à política de saúde brasileira herdados pelo novo governo democrático que se consolidava na década de 80 foram debatidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesse debate, que contou com a participação de diversas organizações da sociedade civil, dentre elas, sindicatos e associações de profissionais de saúde e de movimentos populares, foram elencadas cinco linhas de ação que deveriam ser a “espinha dorsal” da reforma do sistema de saúde brasileiro:

1) a busca da equidade; 2) a garantia de acesso universal às ações e aos serviços de saúde; 3) o aumento do financiamento público do setor saúde; 4) a unificação e a integração das ações, do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e do ponto de vista de sua gestão, integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; e 5) a atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, na implementação e no controle das ações de saúde (NORONHA et. al., 2009; pg. 437).

Estas questões iam ao encontro da proposta de Seguridade Social presente na Nova Constituição Federal, aprovada em 1988. Nota-se que boa parte da sociedade civil, acompanhada por grupos políticos de esquerda, havia conseguido, através de uma coalizão parlamentar constituinte, introduzir na Nova Constituição premissas relacionadas à garantia de direitos sociais aos cidadãos brasileiros, traduzidas em saúde, previdência e assistência social.

Desta forma, a parte do texto da Constituição referente ao setor saúde em específico refletiu, de maneira generalizada, as aspirações dos participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao apresentar a proposta da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros, dever do Estado e parte essencial das políticas sócio-econômicas do governo. E,

a partir da lei 8.080 de 1990 (conhecida como Lei Orgânica da Saúde) foram estabelecidas, concretamente, as novas diretrizes do sistema de saúde brasileiro fundamentadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, materializadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS caracteriza-se pela oferta pública de ações e serviços de saúde à população brasileira. Através deste sistema, busca-se garantir a prevenção e a promoção da saúde, a nível individual ou coletivo, a partir da prestação de serviços médicos em escala clínica, ambulatorial, hospitalar e até mesmo domiciliar, em todos os níveis de complexidade e custos. O caráter público da oferta de serviços de saúde encontra reforço na origem do financiamento do sistema, traduzida na arrecadação de impostos pelo Estado. Portanto, qualquer cidadão brasileiro tem garantido o direito de acesso a todas as ações e serviços de saúde do SUS, independentemente de sua origem social e do grau de complexidade do tratamento de que necessita.

A estrutura dos serviços de saúde do SUS é organizada de maneira descentralizada, regionalizada e hierarquizada. A descentralização implica em atribuir maior autonomia e também maior responsabilidade para as decisões de estados e municípios, de maneira que estas esferas sejam capazes de compreender seus problemas de saúde a nível local e de oferecer soluções para os mesmos. “No entanto, visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes níveis de especialização, complexidade e custo (...)” (NORONHA et al, 2009; pg. 440), há uma preocupação do SUS em distribuir seus serviços pelo território nacional combinando o nível de complexidade da atenção em saúde com as especificidades das respectivas realidades regionais. Portanto, os serviços de menor grau de complexidade e que tradicionalmente são oferecidos com maior frequência, como as consultas clínicas, devem estar bem espalhados geograficamente (em números absolutos). Já os serviços mais complexos, que necessitam de instituições de grande porte e bem equipadas para serem ofertados, como os hospitais, por exemplo, devem estar distribuídos de maneira a polarizar a demanda das unidades menos complexas.

É importante ressaltar que, constitucionalmente, o SUS apresenta garantias da participação da sociedade civil no processo decisório relacionado às diretrizes das políticas de saúde. Através da Lei 8.142 de 1990, foram institucionalizadas duas instâncias imbuídas

de representar os interesses da população: Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os primeiros possuem representatividade por esferas de governo e são compostos por diversos atores sociais: desde gestores do governo e prestadores de serviços até profissionais de saúde e usuários do sistema. Este grupo tem o poder de influenciar tanto a construção das estratégias do sistema, quanto a própria execução das políticas. Já as Conferências de Saúde, da qual podem participar os mesmos atores citados anteriormente, têm o papel de discutir possíveis diretrizes para o sistema. As Conferências nacionais e estaduais devem ser realizadas a cada quatro anos e as Conferências municipais a cada dois anos.

Também merece destaque o papel reservado pela legislação do SUS à participação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Entende-se que quando da incapacidade de atendimento de uma determinada demanda, o SUS poderá, de maneira complementar e mediante o respeito às normas e regulamentações existentes, recorrer à iniciativa privada através da realização de contratos e convênios (NORONHA, et al, 2009).

A construção do SUS também não esteve desvinculada da preocupação com o desenvolvimento científico e tecnológico do setor saúde. Tanto no texto da Constituição, quanto na Lei Orgânica da Saúde, deixa-se claro que um dos objetivos do SUS é o incentivo às atividades de ciência e tecnologia no setor (GOLDBAUM, 2008). Segundo Noronha et. al. (2009), constituía-se como umas das diretrizes do SUS o desenvolvimento de instituições públicas voltadas para a realização de pesquisas e para a produção de insumos, medicamentos, sangue/hemoderivados e equipamentos médicos. É importante destacar a preocupação dos idealizadores do SUS em compatibilizar esse desenvolvimento científico e tecnológico com as necessidades do próprio sistema (que na verdade, são as necessidades da população), a partir do fortalecimento da capacidade nacional de produção e de regulação da incorporação de insumos médicos segundo critérios sanitários e científicos.

Na realidade, para além da construção do SUS, havia um objetivo claro de ampliação das competências da política nacional de saúde brasileira, que deveria abranger campos com objetivos de atuação diversos, mas complementares: assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, formação de recursos humanos, regulação,

desenvolvimento científico e tecnológico, produção industrial e distribuição espacial da oferta dos insumos médicos.

Essa preocupação em desenvolver políticas complementares refletia-se também no eixo estratégico do SUS relacionado ao insumo medicamentos, uma vez que no artigo 6º, inciso VI, da Lei 8.080, propõe-se “a formulação da política de medicamentos, (...) imunobiológicos (...) de interesse para a saúde e a participação na sua produção”. Conforme já mencionado anteriormente, toda a lógica de desenvolvimento e utilização de medicamentos no Brasil esteve, historicamente, desvinculada dos interesses e das verdadeiras necessidades da população. O conceito de complexo médico industrial de Cordeiro (1985) evidencia claramente esse descompasso: diante de uma passividade do Estado mediante o domínio da lógica capitalista no sistema de saúde, o consumo de medicamentos no país estaria garantindo ganhos de produtividade para o sistema de saúde, lucro para a indústria farmacêutica e uma falsa idéia de satisfação das necessidades pessoais da população brasileira, uma vez que se tratava de necessidades **criadas** pela própria sociedade para manter o consumo se realizando e sendo determinado na produção. Desta forma, a proposta do SUS era inverter essa lógica, dotando o Estado de um papel ativo e estratégico no sentido de garantir o desenvolvimento das atividades de ciência, tecnologia e inovação na área de fármacos e medicamentos e a absorção racional e eficiente dessas tecnologias pelo sistema de saúde.

3.2 - Avanços concretos e principais dificuldades da política nacional de saúde a partir da década de 90

A implementação real das políticas propostas pelo SUS encontra sérios obstáculos conjunturais e estruturais a serem enfrentados. No que diz respeito às questões conjunturais, internamente, o cenário político-econômico caracterizado pela pressão social para o retorno da democracia e para a resolução dos graves problemas sociais do país, favoreceu, de certa forma, o debate em torno da proposta e da construção do SUS. No entanto, o cenário internacional, caracterizado pelo retorno do discurso liberal e pelas críticas à idéia de

Seguridade Social, cria constantes tensões internas no processo de avanço do SUS. Já as questões estruturais que representam entraves ao processo podem ser classificadas em três grupos básicos. As primeiras estariam relacionadas ao caráter excludente e desigual (a nível sócio-econômico e regional) de nossa sociedade, que vive conflitos históricos entre interesses sociais, econômicos e financeiros. As segundas estariam ligadas às especificidades, também históricas, da oferta de serviços públicos do país, tradicionalmente marcada por conflitos federativos, pela fragmentação das instituições, pela pequena interferência da sociedade no processo decisório e pela penetração de interesses privados, diante de um Estado frágil e com pouca capacidade de regulação, o que teria culminado, no caso específico do setor saúde, no fenômeno da mercantilização da medicina nos anos 90³⁴. E, um terceiro obstáculo estrutural seria o desafio, já mencionado anteriormente, de construir uma articulação intersetorial entre as políticas voltadas para a atenção à saúde e as políticas direcionadas para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. Isso exige do Ministério da Saúde um trabalho direcionado para a implementação do SUS sob uma concepção ampla de política nacional de saúde, cujas bases se encontrem em um diálogo continuado com as demais instituições e atores sociais (NORONHA, et. al., 2009).

No entanto, mesmo diante dessas dificuldades inerentes ao processo, importantes avanços já puderam ser verificados nesse período. As Conferências Nacionais de Saúde que passaram a ser realizadas após a criação do SUS têm servido como importante espaço de discussão e de tomada de decisões no que diz respeito ao estabelecimento de diretrizes para o sistema. Fazem parte da pauta de discussões temas como modelo de atenção à saúde, descentralização, participação social, recursos humanos, financiamento e, também, ciência e tecnologia (BRASIL, 2011a).

Em 2006, foi proposto um conjunto de reformas institucionais no SUS, acordado entre as três esferas governamentais, com o objetivo de aperfeiçoar a gestão do sistema, em um pacto pela defesa do SUS e da vida. Buscava-se, entre outras coisas, construir uma estrutura de financiamento do SUS compatível com as necessidades e condições dos entes

³⁴ Neste contexto, faz sentido pensar o fenômeno de mercantilização da saúde não só como a transformação da saúde em uma mercadoria qualquer, conforme já mencionado anteriormente, como também como um processo em que o setor privado ganha autonomia (através da consolidação dos seguros-saúde, por exemplo), os consumidores adquirem os bens no mercado e o Estado perde relativo poder, assumindo outras funções como regulação, supervisão e estabelecimento de contratos. Para Braga e Silva (2001), esse processo ganha força no país a partir da década de 90, fechando o ciclo de capitalização da saúde que marcou os anos 30 aos 80.

federados; consolidar a participação da sociedade civil em ações e instâncias decisórias; reforçar a importância das regionalizações e das diversidades para a construção de políticas e definir uma agenda de compromisso com a saúde que priorizasse as reais necessidades de saúde da população (saúde do idoso, controle do câncer do colo do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, combate a doenças infecciosas, consolidação da atenção básica). Este conjunto de reformas ficou conhecido como *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2011c).

Já no ano seguinte, o Ministério da Saúde desenvolveu um importante programa, denominado *Mais saúde: direito de todos*. Este programa, também conhecido como PAC da saúde, ia ao encontro da sinalização do governo Lula de construção de uma estratégia de desenvolvimento de longo prazo para o país, representada pela proposta do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), a qual busca conciliar crescimento econômico, desenvolvimento e equidade social. De forma a proporcionar o avanço articulado das dimensões sanitária e econômica no país, a agenda do programa *Mais saúde* se propunha a

“(…) aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar. (...) O conjunto de iniciativas contempladas nesta agenda estratégica permite consolidar a percepção estratégica de que a saúde constitui uma frente de expansão que vincula o desenvolvimento econômico ao social” (BRASIL, 2011b; pg. 11).

O trabalho estaria estruturado em oito eixos fundamentais, a saber: 1) promoção da saúde; 2) atenção à saúde; 3) complexo industrial/produtivo da saúde; 4) força de trabalho em saúde; 5) qualificação da gestão; 6) participação e controle social; 7) cooperação internacional; 8) saneamento. A convergência desses eixos levaria ao caminho da construção de um sistema de saúde universal e de um padrão de desenvolvimento voltado para a qualidade de vida da população.

Desta forma, o avanço nos fóruns de discussão e na construção e implementação de políticas de saúde já traz reflexos para as condições de saúde dos cidadãos brasileiros. Nota-se que houve um aumento significativo da oferta pública de serviços de saúde no país, principalmente nos níveis estaduais e municipais. Estas unidades federativas começaram a trabalhar suas respectivas capacidades gestoras e puderam contar com maiores recursos

advindos da União. Isso significou a possibilidade de atingir áreas geográficas que até então eram desassistidas pelo governo. Também houve avanços qualitativos no atendimento, proporcionados pela expansão da ação de agentes comunitários e pela ação de programas federais como o Saúde da Família. Aumentou-se e melhorou-se o quadro técnico de profissionais de saúde em vários estados e municípios do país e a sociedade ganhou espaço para participar do processo decisório a partir da criação dos Conselhos de Saúde, que funcionam com certa regularidade e qualidade em algumas unidades federativas (NORONHA, et. al., 2009).

O SUS, em números, pode ser assim descrito atualmente:

- 96,8 milhões de brasileiros são acompanhados por 30.603 Equipes de Saúde da Família (ESF), presentes em 94,5% dos municípios, sendo a base para um novo modelo assistencial;
- 115,7 milhões de pessoas são atendidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam em 96,2% dos municípios brasileiros;
- O País ultrapassou a marca de 1.000 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) em funcionamento, que oferecem cuidados à saúde do brasileiro com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;
- Com a compra de 2.312 ambulâncias para o SAMU, somada aos 1.488 veículos já existentes, o SAMU está sendo expandido e reforçado. Assim, o programa alcançará uma população de mais de 160 milhões de pessoas até o fim de 2010;
- O Ministério da Saúde liberou, entre 2009 e março de 2010, recursos para a construção de 331 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Até o fim do ano, está prevista a liberação para mais 169 unidades. As UPAs atuam em rede no atendimento à população, em parceria com ESF e SAMU;
- O SUS realiza anualmente cerca de 3,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, cerca de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos;
- Nas ações de maior complexidade, 20,2 mil transplantes, 281,7 mil cirurgias cardíacas, 9,6 milhões de procedimentos de quimio e radioterapia e 11,4 milhões de internações;
- Incorporação, a partir do primeiro semestre de 2010, da vacina pneumocócica no calendário básico. E, no segundo semestre do mesmo ano, introdução da vacina meningocócica;
- A qualidade e o impacto de alguns programas nacionais de saúde são reconhecidos internacionalmente, a exemplo dos programas de imunização, de aids e do controle do tabagismo, atingindo resultados dificilmente igualáveis no mundo (BRASIL, 2011b – pgs. 9 e 10).

O quadro descrito anteriormente refere-se, principalmente, a conquistas verificadas no sistema de atenção à saúde. É importante ressaltar que o desenvolvimento científico e

tecnológico do setor saúde também mereceu destaque nos últimos anos, apesar das deficiências que ainda persistem e que precisam ser trabalhadas. Em primeiro lugar, é importante citar o desenvolvimento de algumas medidas de caráter mais geral voltadas para o desenvolvimento industrial e tecnológico do país, que podem ter impacto, mesmo que indireto, sobre o setor saúde. Ainda na década de 90, foi implementada a Lei que regulamentava a criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), que posteriormente passou a ser formado por vários Fundos, conhecidos como Fundos Setoriais. Estes Fundos têm como objetivo garantir o financiamento de atividades que busquem fortalecer o sistema de Ciência e Tecnologia nacional e oferecer soluções para as grandes questões do país. Atualmente, existem 16 Fundos em vigor no Brasil, sendo que 14 se destinam a setores econômicos específicos e 2 são transversais, voltados para o desenvolvimento da interação universidade-empresa e para o fortalecimento dos Institutos de Ciência e Tecnologia, respectivamente. Com exceção de apenas um, todos os outros têm seus recursos administrados pela FINEP, sendo que 30% do valor destes recursos devem ser alocados em projetos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, de maneira a promover a desconcentração das atividades de C&T (FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS, 2011).

Outras duas iniciativas de destaque também foram desenvolvidas nos anos 90. Trata-se dos programas de incentivo à Pesquisa em Parceria para Inovação Tecnológica (PITE) e à Pesquisa Inovativa na Pequena e Micro Empresa (PIPE). A primeira foi lançada em 1995 e propunha o financiamento de projetos desenvolvidos por universidades ou institutos de pesquisa, em parceria com empresas (residentes no Brasil ou no exterior). Para tanto, dispunha de um orçamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), da ordem de R\$ 43 milhões. Já a segunda, foi implementada em 1997, com o objetivo de subsidiar pesquisas de caráter inovador a serem realizadas por empresas nacionais com grande potencial comercial e social. Ao todo, foram direcionados R\$ 53 milhões para estas atividades (FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

As Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação, que passaram a ser realizadas com certa frequência no início dos anos 2000, buscaram fomentar o debate e trazer insumos para a construção de políticas voltadas para a área, visando o

desenvolvimento econômico de longo prazo do país. Em 2004, uma iniciativa também importante foi a implementação da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), a qual buscava: 1) o fortalecimento e a capacitação tecnológica das empresas nacionais, para torná-las mais competitivas no mercado externo e com maior potencial de exportação; 2) o incentivo às atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, e 3) o esforço para aumento da produção de alguns setores industriais considerados estratégicos (GOLDBAUM, 2008). Como parte do escopo desta política foram implantadas duas Leis consideradas estratégicas para o desenvolvimento da cultura da inovação no país. A primeira seria a Lei da Inovação (2004) construída sob três vertentes: incentivos para a consolidação de alianças e parcerias entre universidades, institutos tecnológicos e empresas (construção de incubadoras de empresas e parques tecnológicos, por exemplo); estímulos para a participação de instituições de ciência e tecnologia no processo de inovação; e apoio à cultura da inovação nas empresas, que poderia ser prestado sob a forma de recursos financeiros, humanos, materiais ou de infra-estrutura, levando-se sempre em consideração as prioridades das políticas industriais e tecnológicas nacionais. Apesar de se constituir como uma Lei Federal, esta iniciativa estimulou muitos estados brasileiros, que acabaram aprovando leis complementares à Lei da Inovação Federal (BRASIL, 2010a). A segunda seria a Lei de Incentivos Fiscais, conhecida como “Lei do Bem” de 2005, que buscando reforçar a vertente da Lei da Inovação relacionada ao incentivo à cultura da inovação nas empresas, estabeleceu o direito a benefícios fiscais para pessoas jurídicas que realizem atividades de P&D. Esses incentivos poderiam ser sob a forma de:

1. dedução, na apuração do Imposto de Renda devido, dos dispêndios com P&D, inclusive aqueles com instituições de pesquisa, universidades ou inventores independentes;
2. exclusão, na determinação do lucro real para cálculo do IRPJ e da base de cálculo da CSLL, do valor correspondente a até 60% da soma dos dispêndios efetuados com P&D. Este percentual poderá atingir 70% em função do acréscimo de até 5% no número de empregados que forem contratados exclusivamente para atividades de P&D; e 80%, no caso deste aumento ser superior a 5%. Além disto, poderá haver também uma exclusão de 20% do total dos dispêndios efetuados em P&D objeto de patente concedida ou cultivar registrado;
3. redução de 50% de IPI na compra de equipamentos destinados a P&D;
4. depreciação imediata dos equipamentos comprados para P&D;

5. amortização acelerada dos dispêndios para aquisição de bens intangíveis para P&D;
6. crédito do imposto de renda retido na fonte incidente sobre as remessas ao exterior de valores para pagamento de royalties relativos a assistência técnica ou científica e de serviços especializados para P&D (revogado pela Lei nº 12.350, de 20 de dezembro de 2010);
7. redução a zero da alíquota do imposto de renda retido na fonte nas remessas efetuadas para o exterior destinadas ao registro e manutenção de marcas, patentes e cultivares;
8. dedução, como despesas operacionais no cálculo do IRPJ e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, dos valores transferidos a microempresas e empresas de pequeno porte não optante do sistema do “SIMPLES”, destinados à execução de P&D, de interesse e por conta da pessoa jurídica que promoveu a transferência (BRASIL, 2010b).

Uma outra iniciativa importante verificada no período foi a criação, em 2005, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI), órgão vinculado à presidência da República que deveria assumir a função de subsidiar a construção e a implementação de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da competitividade da indústria nacional, em comum acordo com a política de comércio exterior e com a política de ciência, tecnologia e inovação. No contexto de proposição da PITCE, aquele órgão deveria auxiliá-la na proposição de metas e prioridades e na construção de metodologias de monitoramento e avaliação de resultados (BRASIL, 2011e).

Em 2007, como parte do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o Ministério da Ciência e Tecnologia implementou o Plano de Ação 2007-2010, com o objetivo de desenvolver várias iniciativas, ações e programas voltados para o progresso científico e tecnológico e, conseqüentemente, para o crescimento sustentado de longo prazo do país. Algumas áreas consideradas mais estratégicas deveriam receber atenção diferenciada desse programa, destacando-se energia, segurança pública, defesa nacional, Amazônia e o setor aeroespacial. Esta iniciativa também buscava priorizar a universalização do acesso aos bens gerados pela ciência e uma maior difusão das tecnologias geradas. Por isso, também fazia parte de seu escopo a preocupação com o desenvolvimento das chamadas tecnologias sociais, tais como a inclusão digital e a segurança alimentar e nutricional.

Por se tratar de uma política ampla, que se configurava como a essência do que seria a proposta de uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, suas fontes de

financiamento abrangiam ministérios e instituições diversas como o Ministério da Ciência e Tecnologia, o BNDES e a Petrobrás (BRASIL, 2010c).

Já em 2008, o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior implementou a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), a qual se dispunha a enfrentar desafios chave para o país como ampliação da capacidade de oferta, preservação do balanço de pagamentos, elevação da capacidade de inovação das empresas e fortalecimento das micro e pequenas empresas (MPEs). Desta forma, a PDP estabeleceu quatro macrometas de atuação: aumento da taxa de investimento, elevação da participação das exportações brasileiras no comércio internacional, ampliação dos gastos privados com P&D e elevação do número de MPEs brasileiras voltadas para atividades de exportação, as quais seriam trabalhadas em 24 setores industriais, a princípio (BRASIL, 2011f).

No que diz respeito especificamente ao setor saúde, destaca-se, em princípio, a realização da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, na década de 90. Neste encontro, representantes governamentais e estudiosos do assunto procuraram discutir essa complexa temática e promover a articulação entre os atores envolvidos no processo. A partir desta discussão, foi proposta a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNCTS), que deveria contribuir diretamente para a construção de um sistema de C&T orgânico no país, a partir da combinação de temas como ciência, tecnologia, produção de bens e serviços, recursos humanos, fortalecimento institucional e estudos sanitários/epidemiológicos. Esta política deveria se constituir como uma Política de Estado, parte de um projeto maior de desenvolvimento nacional, que contasse com recursos para sua implementação e com instâncias apropriadas para ações de planejamento, discussão, decisão, implementação e avaliação. Desta forma, aparelhado e com recursos, o Estado, representado pelo Ministério da Saúde, pelas agências de C&T de outros ministérios e pelas demais instituições públicas relacionadas, deveria ser capaz de estabelecer prioridades, desenvolvendo programas e projetos estratégicos na área da saúde. Seguindo essa lógica, em 2003 foi criada a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE), a qual deveria coordenar essa política e assumir a função de uma secretaria de pesquisa, desenvolvimento e inovação (PD&I) em saúde.

A SCTIE foi a responsável pela condução da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, da qual resultou a proposta da Política

Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS). Esta buscou reforçar o incentivo à implementação da articulação entre os setores de saúde, ciência e tecnologia e educação, pautando-se em eixos condutores como capacidade de indução; competitividade; relevância social, sanitária e econômica; regulação governamental e inclusão social e em estratégias como difusão dos avanços científicos e tecnológicos; construção do sistema nacional de inovação em saúde; criação da rede nacional de avaliação tecnológica e definição de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. No que diz respeito a esta última, foram definidos durante a 2ª Conferência, a partir de discussões entre gestores, usuários do sistema, prestadores de serviços médicos e pesquisadores, 20 grandes temas de saúde que deveriam ser foco de esforços concentrados de pesquisa, incluindo-se, dentre eles, o Complexo Produtivo da Saúde. A escolha desses temas baseou-se em critérios como carga das doenças (medidas em DALY - *Disability Adjusted Life Years* – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade)³⁵; estado da arte do conhecimento científico e tecnológico; custo efetividade das possíveis intervenções, bem como seus efeitos sobre a equidade e a justiça social, e disponibilidade de recursos humanos e financeiros (CASAS, 2009; GUIMARÃES, 2009).

O trabalho seguinte de destaque da SCTIE foi a construção da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), iniciada em 2006 e consolidada em 2009, quando da publicação da Portaria nº 2.690. Esta Política propunha o desenvolvimento de um conjunto de atividades gestoras voltadas para os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Buscava-se capacitar os agentes governamentais responsáveis por promover políticas de saúde na definição da melhor tecnologia em saúde disponível para uso, levando-se em consideração critérios como necessidades reais de saúde da população (medicina baseada em evidências), a estrutura do orçamento público, as responsabilidades dos três entes federativos do governo, o exercício do controle social e, principalmente, os três grandes princípios que regem o SUS: equidade, universalidade e integralidade. Para incorporar estas

³⁵ O AVAI é formado por dois índices: Anos de Vida Perdidos (AVP) e Anos de Vida Vividos com Incapacidade (AVI). O primeiro leva em consideração o total de anos de vida perdidos por uma população devido a mortes precoces por problemas de saúde. O segundo relaciona-se ao número de anos vividos por uma população com danos à saúde, o qual está multiplicado pelo peso dos danos, que pode variar do estado de saúde total à morte. A soma em números absolutos de AVPs e AVIs fornece os AVAIs. Para mais detalhes ver Murray & Lopez (1996): *The global burden of disease*. Harvard: Harvard School of Public Health.

atividades à rotina da SCTIE, foram criados o Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT ATS) e a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec).

Nota-se que a preocupação direta da PNGTS não era o fomento de atividades de P&D em saúde, mas sim a incorporação eficiente destas tecnologias pelo sistema de saúde. Desta forma, esta política constituía-se como uma evidente interface entre a PNCTIS e o acesso aos serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2011d).

Políticas mais gerais já mencionadas anteriormente definiram o complexo industrial da saúde como um de seus focos estratégicos ou eixos de atuação. Um dos setores industriais de desenvolvimento prioritário para a PITCE, por exemplo, era o de fármacos e medicamentos³⁶. O Plano de Ação de 2007 também estabeleceu como bloco estratégico para a realização de atividades de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação os insumos para a saúde (fármacos e medicamentos, produtos médicos e biomateriais, kits diagnósticos, hemoderivados e vacinas). E, conforme já descrito, o PDP e o *Mais Saúde* (PAC-Saúde) também buscavam trabalhar o desenvolvimento do complexo industrial da saúde. As diretrizes do PDP orientaram, inclusive, a criação do Grupo Executivo do complexo industrial da saúde (GECIS), órgão coordenado pelo Ministério da Saúde cuja função seria trabalhar em prol da redução dos gargalos legais, tributários e financeiros daquele complexo, que contribuíssem para que o país fosse dependente de tecnologias estrangeiras. Neste mesmo contexto de criação do PDP, o Ministério da Saúde desenvolveu uma lista de produtos (englobando desde medicamentos até equipamentos) considerados estratégicos para o SUS e para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde.

O item a seguir procura descrever como esse cenário atual, de avanços e dilemas, se reflete na política de medicamentos brasileira. Busca-se destacar o impacto do SUS e das políticas desenvolvidas a partir da segunda metade da década de 90 sobre a produção (comportamento da indústria farmacêutica) e a distribuição de medicamentos (acesso da população) no país.

³⁶A PITCE estabeleceu como prioridade o desenvolvimento de quatro setores industriais: fármacos e medicamentos; semicondutores; softwares e bens de capital. Esta escolha baseou-se no fato de serem setores intensivos em atividades de P&D, com presença constante de inovações de produtos e processos, e por possuírem grande importância para a cadeia produtiva brasileira como um todo.

3.3 - Política de medicamentos sob o novo modelo de sistema de saúde brasileiro

3.3.1 - Abertura comercial, acordo TRIPS e o cenário do início dos anos 90

As tensões existentes entre o discurso da Seguridade Social e da busca da consolidação do SUS, de um lado, e a proposta neo-liberal do Estado Mínimo acompanhada pelo fenômeno da mercantilização da saúde, de outro, foram muito evidentes na década de 90 e tiveram impactos significativos sobre o comportamento da indústria farmacêutica brasileira.

Especificamente no início dos anos 90, não houve grandes transformações no estado da arte das atividades de P&D da indústria farmacêutica brasileira, uma vez que persistiam o cenário macroeconômico desfavorável e a ausência de sinalização por parte do Estado nesse sentido (políticas de incentivo à inovação, subsídios etc). Entretanto, outras políticas macroeconômicas adotadas nesse período trouxeram mudanças importantes para o restante da cadeia farmacêutica. Estas questões são tratadas a seguir.

Uma primeira medida que merece destaque é o processo de abertura comercial que foi deflagrado no país na última década do século. Sob a justificativa de tornar mais competitivas as indústrias nacionais, o governo Collor deu início à abertura da economia brasileira, submetendo-a à concorrência estrangeira direta. Desta forma, os produtos importados passaram a encontrar extrema facilidade para entrada no país, já que houve significativa redução das tarifas aduaneiras. Especificamente no que diz respeito às matérias-primas farmacêuticas, além da redução das barreiras alfandegárias, verificou-se o fim do incentivo à sua produção interna, a partir da revogação da Portaria nº 4, já mencionada anteriormente. Isto abriu espaço para um crescimento sem precedentes da importação de fármacos, tanto por parte das filiais de empresas estrangeiras, quanto pelos laboratórios nacionais. Nota-se, portanto, que o processo de substituição de importações,

acompanhado por políticas de fomento à produção interna de fármacos, perdia, naquele momento, o fôlego que havia ganhado na década de 80.

Em relação à produção de medicamentos (terceira fase da cadeia de produção da indústria), a abertura comercial não trouxe grandes prejuízos. Antes, pelo contrário, a maior liberdade para importação de matérias-primas e equipamentos favoreceu as atividades dos laboratórios farmacêuticos, principalmente das multinacionais, garantindo-lhes boas margens de lucro³⁷. Esses elevados índices de lucro e de rentabilidade que passaram a ser verificados puderam ser garantidos não somente pela facilidade e pela maior liberdade de comércio via importação, como também por outras medidas macroeconômicas implementadas como a liberalização de preços e a estabilização da economia. A primeira permitiu a recuperação de boa parte das perdas financeiras, especialmente as verificadas na década de 80, ocasionadas pela histórica inflação do país. Desta forma, ao longo da década de 90, o aumento de preços passou a ser o principal componente da variável faturamento desta indústria. A segunda medida, por sua vez, ao garantir um aumento de renda real da população brasileira, possibilitou uma significativa expansão da demanda interna por medicamentos, contribuindo para a construção de um ambiente favorável para a produção de medicamentos (QUEIROZ & GONZÁLES, 2001).

Além das transformações internas ocorridas no país no início dos anos 90, Queiroz & Gonzáles (2001) citam a influência de fatores externos sobre o comportamento da indústria farmacêutica no Brasil. Os autores destacam que o fenômeno internacional de reestruturação produtiva, marcado pelo processo de racionalização e busca da eficiência da produção, combinado à expansão do mercado consumidor brasileiro, teria colocado o país como possível sede da expansão dos laboratórios farmacêuticos, principalmente dos internacionais.

Mas, sem dúvida alguma, um dos fenômenos de maior destaque da década de 90 teria sido a mudança da legislação patentária sobre medicamentos vigente no país. Para compreender melhor este acontecimento, faz-se necessário realizar uma breve revisão do conceito e da história das patentes no mundo e no Brasil. Segundo Lemos (2008):

³⁷ Essas atividades se restringiam, basicamente, à realização dos **processos físicos** de produção de medicamentos (terceiro estágio da cadeia produtiva).

a propriedade intelectual abrange os direitos associados aos bens e valores imateriais produzidos pela inteligência do homem, seu talento e habilidade. Essa proteção pode ser expressa de várias maneiras, como patente, *copyright* e marca registrada. Dentre elas, o que se aplica aos medicamentos é o direito à patente (pgs. 97 e 98).

A origem das patentes, de acordo com o significado que atribuímos a elas atualmente, remete à Inglaterra do período da Revolução Industrial. Naquele momento, para estimular as invenções, o Estado instituiu um direito de contrato entre ele e o responsável pela invenção, o qual, através do monopólio temporário da comercialização do produto, poderia recuperar o investimento realizado. Mais tarde, uma legislação patentária mais complexa, desenvolvida pelos Estados Unidos e pela França, substituiu o processo de concessão real iniciado pelo Estado inglês. Já no século XIX, diante do cenário de avanço do capitalismo e do comércio internacional, criou-se a Convenção Internacional para a Proteção da Propriedade Industrial (Convenção de Paris). Esta buscou estabelecer um padrão para uso e requerimento da propriedade intelectual por diversos países, sem que estes perdessem, no entanto, suas particularidades. Desta forma, cada país poderia ter sua própria legislação, definindo quais áreas/produtos/processos deveriam estar sujeitos ao patenteamento e por quanto tempo as patentes deveriam perdurar. Mas, tudo isso, desde que pessoas/empresas de outros países pudessem se beneficiar dessa legislação.

No ano de 1967, a Convenção de Paris e outros tratados relacionados à propriedade intelectual existentes foram unificados no órgão denominado Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI), pertencente às Nações Unidas. Mas, mesmo diante desta mudança, a autonomia dos países no que diz respeito ao estabelecimento de regras sobre atividades de patenteamento foi preservada (LEMOS, 2008).

E foi justamente a garantia dessa autonomia que permitiu ao Brasil optar pelo não reconhecimento do direito às patentes de produtos e processos farmacêuticos por um longo período de tempo. Todos os Códigos de Propriedade Industrial que vigoraram no país até a década de 90³⁸ possuíam como uma de suas premissas a “(...) não proteção às substâncias, matérias, misturas ou produtos alimentícios, químico-farmacêuticos e medicamentos, de

³⁸ Conforme já mencionado anteriormente, o primeiro Código de Propriedade Industrial que existiu no país data de 1945, instituído pelo Decreto-Lei nº 7.903. Em seguida vieram os Códigos de 1967 e 1969, também instituídos por meio de decretos. Por último, implementou-se o Código de 1971 que, ao contrário dos anteriores, foi objeto de votação pelo Congresso Nacional.

qualquer espécie, bem como os respectivos processos de obtenção ou modificação” (RIBEIRO, 2009; pg. 9674).

A partir da década de 80, transformações no cenário internacional provocaram também alterações importantes no formato das regras de Propriedade Intelectual. Em um período caracterizado pelo avanço do neoliberalismo, da globalização e da competição capitalista sem precedentes, algumas nações da Europa e, principalmente, os Estados Unidos, diante da presença de crescentes dificuldades econômicas e de uma ameaça de declínio de seus respectivos status de potências mundiais, tentaram trazer novo dinamismo para suas economias a partir da adoção de políticas mais agressivas de comércio internacional. Uma dessas iniciativas se reflete no discurso em prol do enrijecimento das regras internacionais de proteção intelectual cuja discussão, inclusive, deveria passar a ser feita em fóruns internacionais de comércio como o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT)³⁹, e não em instituições como a OMPI. Convencidos de que se encontravam em desvantagens comerciais e produtivas perante os outros países e que precisavam, portanto, aumentar a competitividade de suas indústrias, os Estados Unidos procuraram replicar os princípios liberais de comércio internacional que passaram a surgir a partir da década de 80 para outras categorias tais como a propriedade intelectual ou, mais especificamente, as legislações patentárias. Desta forma,

a proposta norte-americana negociada no GATT se estruturava em três pontos: a definição de regras-padrão mínimas (art. 9 a 40), a introdução de mecanismos de aplicação (art. 41 a 61) para os países membros (procedimentos administrativos e judiciais) e a criação de um forte sistema internacional de solução de controvérsias (art. 63 e 64). Tudo em contraste ao que era estabelecido na Convenção. Em vez de apenas dois princípios básicos, uma série ampla de conceitos e exigências a serem incluídos em todas as legislações, numa espécie de lei-tipo. Por outro lado, determinações rígidas de como a administração e as leis dos vários países devem atuar na aplicação das novas regras de propriedade intelectual (*enforcement*). E, por fim, montagem de um sistema amplo e prático de solução de controvérsias, de modo a evitar que os dissídios advindos dos temas de propriedade industrial ficassem sem solução mandatória em razão das soberanias dos Estados (GONTIJO, 2005; pg. 8).

³⁹ *General Agreement on Tariffs and Trade (GATT)*.

Lançada no início da Rodada Uruguai em 1986, esta proposta enfrentou muitas reações adversas, principalmente de países em desenvolvimento. No entanto, a pressão internacional era intensa, não só dos Estados mais desenvolvidos, mas também, de indústrias como a farmacêutica, que alegavam que o reconhecimento das patentes de seus processos/produtos era fundamental para garantir um ambiente favorável às atividades de P&D. Após muitas queixas de laboratórios farmacêuticos norte-americanos, o governo de Ronald Reagan adotou várias medidas de retaliação comercial contra o Brasil. Em 1988, coagido, o governo Sarney autorizou o reconhecimento de patentes para **processos** farmacêuticos. Ainda assim, esta medida não foi suficiente para os Estados Unidos, que queriam também o reconhecimento de patentes para **produtos** farmacêuticos e a adesão do Brasil à proposta lançada na Rodada Uruguai. Desta forma, as retaliações e sanções persistiram, pelo menos até a mudança de governo e a posse de Fernando Collor.

A proposta original para mudanças nas regras internacionais de proteção intelectual foi sintetizada em um documento no final da Rodada Uruguai, em 1994, que ficou conhecido como *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*, ou acordo TRIPS. Nesta ocasião, também foi criada a Organização Mundial do Comércio (OMC) e, um dos pré-requisitos para que os países pudessem se filiar a esta Organização seria a adesão prévia ao acordo TRIPS. Desta forma, ficou evidente que os países que aspirassem qualquer tipo de inserção no comércio internacional na era da globalização deveriam ratificar a proposta de uma legislação de propriedade intelectual mais rígida e padronizada. Naquele mesmo ano, o Brasil assinou o acordo, que passou a vigorar no país em 1996, a partir da Lei nº 9.279/96, conhecida como Lei de Propriedade Industrial.

Todas as transformações econômicas ocorridas no Brasil na década de 90 e seus respectivos impactos sobre a indústria farmacêutica mencionados acima levariam, a princípio, a uma visão pessimista sobre o futuro da proposta de conciliação entre desenvolvimento tecnológico e acesso universal a medicamentos no país. Nota-se, no período, um agravamento da situação histórica caracterizada pela concentração oligopólica do setor farmacêutico e pelo domínio das multinacionais. Essas tendem a concentrar suas atividades nas fases de produção do medicamento em seu formato final e de comercialização, em detrimento de investimentos em P&D e do desenvolvimento da produção interna de matérias-primas farmacêuticas, o que implicaria na manutenção de

baixas taxas de investimento em P&D no país. Desta forma, teríamos, de um lado, as empresas privadas estrangeiras concentrando seus esforços de P&D nas matrizes de seus respectivos países de origem, com grande preocupação em desenvolver novos produtos que atendessem à demanda específica da população dos países desenvolvidos: tratamento para doenças crônico-degenerativas e para sofrimentos mentais como depressão e stress. E, de outro, teríamos as empresas nacionais, marcadas pela ausência de escala nas atividades de P&D e pela falta de um direcionamento de esforços para descoberta de tratamentos para as doenças consideradas negligenciadas⁴⁰. Além disso, se estas empresas já não possuíam tradição no investimento em P&D e na produção de **novos** fármacos, após a assinatura do acordo TRIPS, estas não poderiam mais nem produzir internamente (a partir do processo de engenharia reversa) os medicamentos cujas patentes estivessem vigentes⁴¹. Não se pode deixar de mencionar que acrescido a todos estes fatores está a tendência de aumento dos preços dos medicamentos e vacinas, já que a vigência de patentes de medicamentos abre espaço para o desenvolvimento de monopólios e oligopólios no setor. E, sob uma lógica perversa, o aumento dos preços tende a dificultar o acesso da população, principalmente da camada mais carente, aos tratamentos medicamentosos, comprometendo os objetivos do SUS (LEMOS, 2008).

⁴⁰ As doenças negligenciadas atingem principalmente ou exclusivamente (no caso das muito negligenciadas) os países pobres, e possuem um nível geral de investimentos em P&D muito limitado e desproporcional às suas elevadas cargas (medidas em AVAIs) nestas regiões. Trata-se do hiato 10/90, segundo o qual 10% dos recursos de pesquisa mundiais são destinados a doenças que respondem por 90% da carga mundial. Exemplos de males desse tipo seriam AIDS, tuberculose, malária e as doenças tropicais. Para mais detalhes ver *Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2001-2002*. Geneva, 2002. A tabela A.2 do ANEXO ilustra, para o ano de 2010, a concentração dos esforços dos laboratórios globais para o desenvolvimento de medicamentos voltados para o tratamento de males crônico-degenerativos ou transtornos mentais em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias.

⁴¹ Ressalta-se que essa atividade já havia sido prejudicada anteriormente, com o fenômeno da abertura comercial, que praticamente interrompeu o processo de substituição de importações de farmoquímicos que vinha se intensificando desde a década de 80.

3.3.2 - Rumo à construção de uma Política Nacional de Medicamentos: conquistas recentes e desafios

O cenário adverso anunciado na década de 90 veio a reforçar a importância da atuação do Estado brasileiro, em parceria com os laboratórios públicos e privados, em prol do desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional e da garantia da universalidade do acesso a medicamentos. Segundo Oliveira et. al. (2006),

(...) o Estado deveria ter uma atuação mais forte frente à indústria farmacêutica. Para tanto, seria necessário contar com linhas de financiamento para a aquisição e o acesso a medicamentos essenciais e campanhas de promoção do uso racional. Além disso, caberia estabelecer normas para a produção, registro, comercialização, distribuição e dispensação de medicamentos. Também, cabe uma ação continuada na formação e atualização de recursos humanos que lidam com a dispensação e a prescrição de medicamentos, em farmacoterapia (...) (pg. 2380).

Também caberia ao Estado o papel de oferecer condições favoráveis para o desenvolvimento de atividades de P&D, principalmente pelos laboratórios nacionais. E o fortalecimento dos laboratórios públicos nacionais contando com a interiorização de práticas de atividades de P&D passaria, necessariamente, por uma articulação muito específica entre determinados atores e instituições, tanto públicos quanto privados (Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação, Institutos e Centros de desenvolvimento tecnológico, gestores de saúde dos estados e municípios).

Desta forma, diante da assinatura precoce do acordo TRIPS⁴², da ausência histórica de políticas governamentais eficientes para o setor e da extinção da CEME em 1997, o país passou a adotar, principalmente a partir do final da década de 90, diversas iniciativas voltadas para o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional combinadas ao atendimento das necessidades de saúde da população.

Em 1998, por meio da portaria nº 3.916, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta política baseava-se nas diretrizes da

⁴² Assim como fez a Índia, o Brasil poderia ter esperado até 2005 para aderir ao acordo TRIPS.

Organização Mundial de Saúde (OMS) e tinha como premissas principais: “(...) a adoção e revisão da RENAME, a regulamentação sanitária de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e a reorientação da assistência farmacêutica” (OLIVEIRA, et. al., 2006; pg. 2384). A lista de medicamentos descrita na RENAME deveria ser utilizada tanto para direcionar a produção dos laboratórios quanto para definir os nomes dos medicamentos essenciais adequados às respectivas realidades epidemiológicas locais, organizando de maneira racional, portanto, as compras governamentais de medicamentos a serem dispensados pelo SUS.

A preocupação da PNM com a regulação do setor e com o desenvolvimento científico e tecnológico dos laboratórios, acompanhada dos escândalos que marcaram o final da década de 90, como o aumento abusivo dos preços de medicamentos e a produção de remédios falsificados pelos laboratórios estrangeiros, intensificaram ainda mais o debate sobre a importância do desenvolvimento dos laboratórios públicos nacionais. Estes deveriam se constituir como referência na produção de medicamentos essenciais, garantindo qualidade e preço. E esta produção não deveria estar restrita somente aos medicamentos de laboratórios estrangeiros cujas patentes estivessem expiradas, voltando-se também para o desenvolvimento de novos remédios e vacinas para males e doenças típicos de nossa realidade que ainda afligem boa parte da população, como as doenças infecciosas e parasitárias. Conforme já mencionado anteriormente, esse papel os laboratórios nacionais privados e os estrangeiros não cumprem, uma vez que operam sob a lógica de mercado e, principalmente os estrangeiros, direcionam sua produção para o atendimento da demanda dos grandes mercados consumidores localizados nos Estados Unidos e na Europa, onde prevalecem as doenças crônico-degenerativas.

Neste contexto, para garantir a segurança da população no que diz respeito ao consumo dos medicamentos que deveriam ser produzidos em grande escala pelos laboratórios oficiais, foi criada, em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Este órgão passou a ter a responsabilidade, que pertencia à antiga CEME, sobre a fiscalização da produção e sobre o registro desses medicamentos.

Em uma nova tentativa de dinamizar e consolidar a produção oficial de medicamentos, a Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde apresentou o Projeto de Modernização da Produção Pública de Medicamentos, em 2000,

contando com uma previsão de realização de investimentos no setor da ordem de US\$ 26 milhões. Pretendia-se aprofundar a PNM, compatibilizando a produção (mais diversificada, ampliada e com valor agregado) e a demanda por esses produtos. No entanto, essa iniciativa acabou não se concretizando (OLIVEIRA, et. al. 2006).

O ano de 2003 caracterizou-se pela ocorrência de importantes iniciativas, tanto para o desenvolvimento da dinâmica da indústria farmacêutica no país, quanto para o aprimoramento do acesso a medicamentos. Realizou-se o 1º Seminário Nacional sobre o Complexo Industrial da Saúde, no qual estudiosos e especialistas de universidades públicas e centros de pesquisa de todo o Brasil buscaram discutir a questão do desenvolvimento tecnológico na indústria farmacêutica (produção de matérias-primas para farmoquímicos, fitofármacos, biofármacos e vacinas) combinada à redução da dependência externa e à garantia de oferta de medicamentos para toda a população, principalmente para os mais carentes e necessitados (BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2011). Por outro lado, um estudo sobre o estado da arte da produção pública de medicamentos encomendado pela SCTIE chegou a um diagnóstico que reforçou a importância de um planejamento do Estado no que diz respeito à concepção e implementação de políticas públicas no setor, destacando três grandes temas estratégicos para atuação: a) construção de um serviço de assistência farmacêutica público amplo, descentralizado, eficiente e racional; b) aproveitamento do potencial de produção de medicamentos essenciais dos laboratórios públicos, acompanhado de um processo de modernização e ampliação de suas respectivas capacidades instaladas e c) organização em rede do setor produtivo oficial, visando ao atendimento das demandas do SUS e o incentivo à realização de atividades de P&D (OLIVEIRA, et. al. 2006).

Levando-se em consideração as informações sobre o estado da arte da produção e do consumo de medicamentos no país, a Fiocruz apresentou o Projeto Inovação em Saúde, intitulado “Estudo Prospectivo sobre Necessidades, Desenvolvimento e Produção de Vacinas, Fármacos e Medicamentos e Produtos para Diagnóstico em Programas de Saúde Pública no Brasil”. Este projeto buscava apresentar um conjunto de proposições e indicações para a construção de uma política industrial que visasse a internalização da produção de medicamentos e de princípios ativos, começando pelo domínio da tecnologia da fabricação de produtos já conhecidos (processo de engenharia reversa), até a realização

de inovações e a colocação de novos produtos no mercado por laboratórios brasileiros, com a garantia, em paralelo, do acesso universal e equânime da população a essas substâncias. Para tanto, sugeriu como produtos prioritários os antibióticos, os imunomoduladores, os insumos para as doenças negligenciadas, os antivirais e os produtos à base de DNA recombinante. Os objetivos específicos do programa eram:

- a) estabelecer as bases para a elaboração de termos de compromisso envolvendo as instâncias do país relacionadas com o tema e os produtos nacionais desses insumos em um horizonte entre 10 e 15 anos;
- b) permitir uma avaliação independente da situação do país em relação à pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção dos principais insumos para o Sistema Único de Saúde;
- c) identificar as tendências internacionais e os possíveis cenários para inserção do país no processo de produção e desenvolvimento de vacinas, medicamentos e reativos para diagnóstico.
- d) avaliar o desempenho gerencial dos produtores nacionais e elaborar alternativas de modelos de gestão dentro do contexto da administração pública;
- e) elaborar um estudo prospectivo do quadro demográfico-epidemiológico estabelecendo cenários entre 2003 e 2015 (PROJETO..., 2003; pgs. 12 e 13).

Neste mesmo ano, foi instaurado o Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica, de iniciativa dos Ministérios de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e da Saúde. Tratava-se da proposição de um espaço para discussão⁴³ sobre os desafios da indústria farmacêutica brasileira moderna, visando a construção de medidas que possibilitassem o desenvolvimento de sua cadeia produtiva aliado ao atendimento das demandas de tratamento médico da população. A questão do acesso constituía-se como um dos principais pontos a serem tratados. As discussões do Fórum baseavam-se no preocupante diagnóstico segundo o qual 40% da população brasileira não possuía recursos para adquirir medicamentos pela rede privada dependendo, portanto, da dispensação realizada pelo SUS. Além disso, constatava-se uma distribuição desigual dos gastos entre os 60% que podiam pagar pelos medicamentos, uma vez que pequenas parcelas da população com rendas mais elevadas eram responsáveis pela maior parte do consumo sem, no entanto, comprometer excessivamente seus respectivos orçamentos.

⁴³ Os atores envolvidos nesta discussão seriam empresários e trabalhadores do setor, sociedade civil e Estado.

Uma vez que se tratava de discussões complexas, que envolviam desde a compreensão das especificidades das etapas da cadeia produtiva farmacêutica (P&D, produção, distribuição e comercialização) até a proposta de definição do Estado como instituição indutora do desenvolvimento dessa cadeia (através da formulação de políticas industriais para o setor e da realização de compras de medicamentos a serem distribuídos pelo SUS), esse fórum foi organizado em cinco grupos de trabalho, conforme pode ser verificado no quadro abaixo.

Grupos de trabalho	Coordenação	Subgrupos de trabalho (SGT)
I: Acesso, compras governamentais e inclusão social	MS/SCTIE	1. Laboratórios oficiais 2. Fitoterápicos
II. Investimentos	BNDES	
III. Comércio exterior	MDIC/SECEX*	3. Utilização de poder de compra governamental
IV. Tecnologia	MCT e MDIC/STI*	4. Promoção de sinergias entre o setor industrial e o segmento acadêmico científico
V. Regulação e qualidade	ANVISA	5. Registro de Farmoquímicos 6. Pesquisa Clínica 7. Regulação de Exportação 8. Harmonizações de nomenclatura e criação de estatísticas individuais de farmoquímicos

QUADRO 1: Divisão dos grupos de trabalho do Fórum

Fonte: Ministério da Saúde/MDIC: Fórum de competitividade da cadeia produtiva farmacêutica: o desafio de prosseguir (2007).

*MDIC: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; SECEX: Secretaria de Comércio Exterior; STI: Secretaria de Tecnologia Industrial

No que diz respeito à temática I, seu principal foco era o desenvolvimento de uma Política de Assistência Farmacêutica que possibilitasse a expansão do acesso da população aos medicamentos (inclusão social e regional), combinada ao estabelecimento de uma estrutura de compras públicas pelo Estado. Desta forma, ao adquirir medicamentos, o Estado estaria garantindo a dispensação dos mesmos para os usuários do SUS e, ao mesmo tempo, incentivando a produção (principalmente pública) de medicamentos. Assim, foi proposta a Lei de compras governamentais, que buscava gerar um ambiente favorável para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, com aumento da eficiência e da capacidade de geração de inovações e de exportação, a partir da demanda de medicamentos pelo Estado. Com base nisto, esta Lei previa a possibilidade da União contratar por até cinco anos a aquisição de fármacos e medicamentos prioritários e, portanto, estratégicos.

Em 2004, foi proposta a Política Nacional de Assistência Farmacêutica⁴⁴, que deveria estabelecer as diretrizes para a compra, a distribuição e o acesso da população aos medicamentos de atenção básica, estratégicos e de alto custo sem, no entanto, estar descolada das reais necessidades de saúde da população e dos processos de produção e de geração de inovações. Seus principais eixos estratégicos eram a ampliação e a melhoria da qualidade do acesso; a consolidação de uma estrutura de financiamento sólida; a indução ao desenvolvimento tecnológico em fármacos e medicamentos; o incentivo à produção pública de medicamentos; a qualificação técnica da assistência farmacêutica e a consolidação de processos regulatórios e de monitoramento sobre o mercado de medicamentos (esta última seria efetivada por órgãos como a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED) (CASAS, 2009).

Indo ao encontro da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foram desenvolvidos dois programas importantes, o Farmácia Popular I (2004) e o Farmácia Popular II (2006)⁴⁵. O primeiro vale-se da parceria entre o governo federal (representado pelo Ministério da Saúde) e demais entidades federadas como prefeituras e estados, além de outras instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos, na busca pela ampliação do acesso aos medicamentos. Neste esquema, a Fiocruz adquire medicamentos a baixo custo dos laboratórios públicos (e dos privados, quando necessário) e os distribui a preços subsidiados à população, seja através de unidades de venda sob sua própria gestão ou através das entidades/instituições parceiras mencionadas anteriormente. Quando da criação do Programa, 96 produtos, considerados essenciais para o tratamento de graves males que afetam a população brasileira, foram disponibilizados nestas condições para a população, mediante apresentação de receita. O segundo, por sua vez, apesar de também estar alinhado com a causa da expansão do acesso, buscou estabelecer parcerias com as farmácias e

⁴⁴ É importante ressaltar que no ano de 2003 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a qual buscou discutir a questão do acesso a partir de temáticas como qualidade, humanização e controle social.

⁴⁵ O SUS possui outros programas de assistência farmacêutica estratégicos como o “Medicamentos excepcionais” (tratamento de alto custo de patologias complexas), “Farmácia Básica” (atenção primária à saúde) e “Medicamentos estratégicos” (tratamento de endemias), os quais envolvem distribuição gratuita de medicamentos (NETO, G. Algumas reflexões sobre a indústria farmacêutica, o sistema de saúde e o acesso a medicamentos no Brasil In: *Saúde e indústria farmacêutica em debate*. Ed. CUBZAC, São Paulo/SP, 2008). Entende-se que a discussão sobre as condições de acesso a medicamentos no Brasil após a criação do SUS é importante para a compreensão da lógica do complexo industrial da saúde. No entanto, trata-se de um tema muito complexo e que está além do escopo deste trabalho. Por isso, não adentramos em detalhes nesta discussão.

drogarias da rede privada para efetivar o processo de distribuição de medicamentos. Desta forma, esta iniciativa

(...) foca, inicialmente, a hipertensão arterial sistêmica e a *diabetes mellitus* e disponibiliza os medicamentos mais utilizados em seu tratamento. Fundamenta-se em um sistema de co-pagamento para a aquisição dos medicamentos, em que se aplica um Valor de Referência (VR) para cada produto. O Ministério da Saúde remunera a empresa conveniada numa porcentagem do VR e o paciente, no momento da aquisição, desembolsa a diferença até atingir o preço de venda (BRASIL, 2007; pg. 22)⁴⁶.

A escolha dos medicamentos a serem priorizados neste processo de dispensação de medicamentos e também na oferta de recursos para produção, baseia-se na lista da RENAME, a qual também serve de base para a organização das informações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. No que diz respeito à produção desses medicamentos, a busca por uma maior eficiência e racionalização levou, em 2005, à criação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos, a qual deu início a um processo de cooperação entre os Laboratórios Farmacêuticos Oficiais. A partir desse passo no sentido da cooperação, espera-se que esses laboratórios passem a otimizar sua produção⁴⁷.

É importante ressaltar também como iniciativa desse grupo de trabalho, a formulação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em 2006. Esta proposta, que ficou somente no papel durante alguns anos, mas que ganhou força em 2006, tinha como objetivo acrescentar à cadeia de medicamentos a manipulação de plantas medicinais e fitoterápicos, incentivando seu consumo pela população brasileira, contando, inclusive, com apoio do SUS. A idéia, portanto, era fomentar a produção e o consumo racional e sustentável desses produtos.

⁴⁶ Em 2011, houve uma mudança importante nesta proposta. De acordo com a Portaria nº 184, o Ministério da Saúde passou a arcar com 100% da remuneração das farmácias/instituições conveniadas no que diz respeito às vendas dos medicamentos para tratamento de hipertensão e da *diabetes mellitus*. Ou seja, os consumidores não precisam mais pagar nenhuma complementação, eliminando-se, portanto, o sistema de co-pagamento.

⁴⁷ A produção desses laboratórios é responsável pelo atendimento de 80% da demanda do Ministério da Saúde. Na tabela A.3 do ANEXO, encontra-se a lista dos atuais 23 laboratórios oficiais em funcionamento no país. Além desses 23, mais 7 encontram-se em fase de implantação: Fundação Universidade do Amazonas (FUAM); Laboratório Farmacêutico de Sobral (LAFAS); Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFSFARMA); Laboratório de Análises Clínicas e Bromatologia da Universidade Federal do Ceará (LACT); Laboratório Farmacêutico de Tocantins (FARMATINS); Laboratório Municipal de Manipulação e Fitoterapia – Itatiaia; Laboratório Industrial Farmacêutico – Universidade de Alfenas (UFE) (MAGALHÃES et. al., 2011).

De acordo com Villas Bôas & Gadelha (2007), a indústria farmacêutica brasileira é a única no mundo que possui potencial para investir no paradigma tecnológico alternativo dos fitoterápicos. Trata-se de medicamentos que são obtidos a partir de extratos vegetais padronizados e validados no que diz respeito à sua eficácia, qualidade e segurança. Neste processo, parte-se de um conhecimento científico adquirido (informações etnofarmacológicas e etno-botânicas), chega-se à produção de um extrato padrão (que tem todos os ativos e indicadores conhecidos) e, a partir daí, abre-se espaço para a descoberta de novas ações farmacológicas de moléculas já conhecidas e/ou à descoberta de novas moléculas. Há dois exemplos clássicos deste tipo de medicamento consagrados no mercado: a aspirina, cujo princípio ativo é o ácido acetil salicílico obtido a partir do extrato vegetal da *Salix Alba*, com seu efeito analgésico e anticoagulante e os derivados da planta *Aloe Vera*, a qual é conhecida por suas propriedades purgantes, cosméticas e, segundo estudos recentes, possivelmente também imunoreguladoras. E, mais recentemente, uma nova droga de origem vegetal, a Arglabina, tem auxiliado no tratamento de alguns tipos de câncer de difícil intervenção.

A diversidade da flora brasileira, representada por seus biomas, abre essa estratégica janela de oportunidade para o Brasil, em um momento em que a indústria farmacêutica mundial vive um paradoxo: a necessidade de desenvolver novas tecnologias sob a pressão para redução de custos e aumento da eficácia. O impacto significativo dos tratamentos medicamentosos sobre os gastos dos sistemas de saúde mundiais têm levado ao desenvolvimento de políticas regulatórias que visam segurar os preços dos medicamentos. Desta forma, a indústria encontra-se diante do desafio de manter as atividades de P&D e a geração de inovações tecnológicas, processo que pode consumir bilhões de dólares em um ano, sem repassar os altos custos envolvidos no processo para o preço do medicamento final.

É importante, portanto, que o Brasil recupere a trajetória que vinha seguindo desde a segunda metade do século passado, e que foi interrompida nos anos 90, de investimento na pesquisa e no desenvolvimento da fitoterapia. O país construiu uma significativa base científica sobre o tema, contando com 148 centros de pesquisa. O papel da extinta CEME foi fundamental, uma vez que esta desenvolveu o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais (PPPM), em 1983, que visava o incentivo à realização de estudos e análises do

campo fitoterápico brasileiro e a identificação de extratos com propriedades terapêuticas, cujos medicamentos originados deveriam compor a RENAME. A CEME “(...) coordenou, durante vinte anos, as pesquisas com plantas medicinais e conseguiu, ao longo deste período, criar capacitação e organizar a infra-estrutura científica e tecnológica para o desenvolvimento da pesquisa de produtos fitoterápicos, apesar da sua curta existência” (VILLAS BÔAS & GADELHA, 2007; pg. 1468). Nota-se também a relevância das resoluções e portarias do Ministério da Saúde sobre a questão dos fitoterápicos lançadas a partir da década de 80, as quais reconheceram, por exemplo, a fitoterapia como uma prática oficial da medicina.

A opção por esta trajetória pode contar, também, com o apoio de organismos internacionais como a OMS, que vem sinalizando para a necessidade de ampliar o acesso da população mundial a esses medicamentos e de implementar direcionamentos estratégicos para países pobres ou em desenvolvimento, como por exemplo, a realização de pesquisas com biomas para prevenção ou tratamento de doenças negligenciadas.

A exploração do paradigma dos fitoterápicos, além das vantagens em termos financeiros, pode impactar positivamente outros setores industriais, como a biotecnologia, além de contribuir para o desenvolvimento do país nos níveis regional e local, a partir da combinação entre disposição dos recursos naturais e conhecimento e aprendizado local, e da geração de articulações entre os atores e as instituições presentes.

Ainda uma outra iniciativa de destaque deste grupo teria sido a criação, em 2008, do Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde. Este deveria direcionar investimentos prioritários para grupos de produtores públicos de medicamentos, imunobiológicos e hemoderivados, considerados estratégicos para o desenvolvimento deste complexo. A aquisição desses produtos pelo SUS, por sua vez, estaria regulada pelas Diretrizes para a Contratação Pública de Medicamentos e Fármacos, as quais buscam a eficiência

(...) pela garantia, otimização e customização de todas as etapas do processo industrial de produção dos farmoquímicos e biofármacos, como Insumos Farmacêuticos Ativos – IFA – com a consequente agregação de valor na logística, no planejamento e na técnica de produção de medicamentos (...) (CASAS, 2009; pg. 249).

O grupo de trabalho relacionado à temática II, Investimentos, baseia-se em atividades que supostamente deveriam ser incentivadas ou desenvolvidas pelo BNDES no sentido de fomentar as atividades produtivas e de inovação da indústria farmacêutica brasileira. A iniciativa de destaque foi a criação do Programa de Apoio ao Fortalecimento da Cadeia Farmacêutica (Profarma), em 2004. Este Programa destinava-se ao financiamento de investimentos para esta cadeia produtiva e contava com três grandes linhas de atuação: produção; pesquisa, desenvolvimento e inovação; e ganho de competitividade das empresas nacionais, com percentuais de recursos de 47%, 15% e 38%, respectivamente. A preocupação em desenvolver a indústria nacional era evidente, uma vez que a maior parte dos recursos (87%) foi destinada às empresas de capital nacional. No entanto, na proposta original do projeto havia limitações como a concentração de recursos na região Sudeste e o direcionamento de investimentos para empresas de grande porte. Buscando corrigir esta lacuna, no ano seguinte ao surgimento do Programa, ampliou-se o grupo de empresas (de acordo com o tamanho) que poderiam ter acesso às concessões fornecidas pelo BNDES⁴⁸. Além disso, com o objetivo de adequar os mecanismos de financiamento às diferentes realidades de atividades de P&D no setor farmacêutico (variações nos graus de risco envolvidos de acordo com o nível da atividade: fortalecimento de infra-estrutura de P&D, inovações incrementais, inovações radicais), o BNDES introduziu no mercado outras alternativas de financiamento além dos tradicionais, como capital de risco e participação nos resultados da inovação, que permitiam o compartilhamento do risco. Nota-se que em pouco tempo de existência, esse programa conseguiu boa aceitação das empresas nacionais e já contribuiu para uma maior conquista de espaço no mercado por parte das mesmas.

O desenvolvimento do Profarma, em verdade, constituiu-se como um instrumento de apoio para a Política Industrial Farmacêutica, também lançada em 2004 e vinculada à PITCE⁴⁹. A Política Industrial Farmacêutica propunha

⁴⁸ Essa ampliação foi possibilitada pelo fim da exigência de apresentação de garantias por parte de empresas com faturamento de até R\$ 20 milhões que desejassem obter financiamento de até R\$ 3 milhões.

⁴⁹ Pode-se afirmar que o Fórum de Competitividade contribuiu para o desenvolvimento da PITCE e da Política Industrial Farmacêutica, auxiliando na criação de programas que se constituíram como pilares de sustentação destas políticas.

(...) (i) apoio e internalização de atividades de P&D realizadas no país; (ii) estímulo à produção doméstica de fármacos e medicamentos, em particular os constantes na Rename; (iii) fortalecimento do programa de genéricos⁵⁰; (iv) exploração da biodiversidade e (v) estímulo aos laboratórios públicos” (BRASIL, 2007, pg. 19).

É importante ressaltar que em 2008 o programa renovou seu formato, assumindo a denominação de Profarma II (Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde). Sob uma perspectiva mais ampla, foram desenvolvidos subprogramas nas áreas de produção (principalmente pública), exportação, inovação e reestruturação.

O grupo de trabalho responsável pelas medidas relacionadas às políticas de comércio exterior procurou fortalecer a produção interna de medicamentos no país e diminuir o déficit da balança comercial deste setor. Para tanto, contava com linhas de trabalho voltadas para o desenvolvimento e a proteção da indústria nacional, para a atração de investimentos produtivos e, especificamente, para o favorecimento das atividades de exportação dos laboratórios nacionais. Iniciativas como retorno das alíquotas de importação para fármacos e medicamentos aos níveis normais da Tarifa Externa Comum (TEC) (sem oneração, no entanto, para os produtos essenciais para o desenvolvimento da política de medicamentos do SUS) e redução da carga tributária constituíram-se como alguns dos pilares de sustentação destas linhas de trabalho.

A preocupação em incentivar o desenvolvimento das atividades de ciência, tecnologia e inovação da indústria farmacêutica constitui preocupação do grupo IV, de Tecnologia. Este grupo deveria contribuir para o fortalecimento da prática da inovação na indústria farmacêutica a partir da promoção de parcerias entre diversas instituições diretamente ligadas a esse processo: laboratórios produtores de fármacos e medicamentos, empresas, universidades, institutos de pesquisa e o próprio Estado, representado, neste caso, pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. Neste sentido, um papel fundamental caberia ao governo, pois além de articulador desta política, seria responsável também pela oferta das condições materiais favoráveis para o seu desenvolvimento, como linhas de financiamento (fundos setoriais, programas e projetos de pesquisa etc), incentivos fiscais e mão-de-obra qualificada. Como exemplos de iniciativas deste tipo destacam-se: 1) Fundo de Infra-Estrutura, destinado ao fortalecimento da estrutura das instituições de ensino e pesquisa e

⁵⁰ A discussão sobre os genéricos, devido à sua grande relevância, será abordada em detalhes mais adiante.

das empresas nacionais; 2) Fundo Verde-Amarelo, que buscava incentivar o desenvolvimento de atividades de P&D nas empresas, através do estabelecimento de parceria com universidades e institutos de pesquisa; 3) Fundos de Saúde e de Biotecnologia, cujo objetivo era apoiar o desenvolvimento de novas tecnologias (fármacos e imunobiológicos); 4) Redução ou isenção de imposto sobre importação e imposto de renda, para bens ou serviços relacionados ao desenvolvimento de atividades de ciência, tecnologia e inovação na área de fármacos. No período compreendido entre 2003 e 2006, o governo, através dos Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Saúde, disponibilizou R\$ 100 milhões (através de chamadas públicas e editais) para iniciativas e estudos relacionados ao aprimoramento da assistência farmacêutica e ao desenvolvimento de fármacos e medicamentos, com destaque para doenças infecciosas como AIDS e hepatite.

Neste conjunto de avanços, encontra-se o Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA), de 2006, o qual integra as diretrizes da PITCE. O objetivo deste programa é o alcance da auto-suficiência nacional na produção de vacinas, que constam do Programa Nacional de Imunização (PNI). Esta auto-suficiência estaria relacionada a questões como organização da produção, modernização do parque brasileiro, avaliação, regulação, desenvolvimento e inovação. E, por sua vez, a prioridade para a escolha de quais vacinas devem ser produzidas deve ser estabelecida a partir de critérios como impacto epidemiológico, necessidades do PNI, existência de base tecnológica e de atividades de P&D, viabilidade técnica e econômica. O INOVACINA deve seguir as diretrizes da Câmara Técnica de Imunobiológicos, que orienta sua estrutura organizacional, composição e funcionamento (CASAS, 2009).

Por último, tem-se a agenda de trabalho do grupo de Regulação e Qualidade, a qual se baseava em cinco eixos: “a) qualificação dos farmoquímicos, b) medicamentos fitoterápicos, c) regulação de medicamentos, d) P&D e e) fortalecimento da legislação sanitária” (BRASIL, 2007; pg. 29). As atividades deste grupo foram lideradas principalmente pela ANVISA, que procurou se fortalecer desde então. Dentre os principais avanços verificados, destacam-se o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com maior controle sobre o uso e a produção de insumos farmacêuticos; a criação do Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos (Proveme), que objetivava garantir a qualidade dos medicamentos e seu uso adequado de acordo com o

perfil epidemiológico da população; e, também, priorização nas análises técnicas de registro de medicamentos oriundos da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos ou dos desenvolvidos a partir dos programas de incentivo do governo.

Todas as iniciativas descritas anteriormente constituem-se como elementos fundamentais para o início da construção de uma Política Nacional de Medicamentos de sucesso. Mas, uma medida implementada no final da década de 90 teve uma importância especial e fundamental neste processo. Trata-se da Lei de Medicamentos Genéricos, nº 9787, de fevereiro de 1999. Até o estabelecimento desta Lei, o mercado brasileiro oferecia basicamente dois tipos de medicamentos aos consumidores: os originais e seus respectivos “similares”. Os primeiros eram lançados de maneira pioneira no mercado pelos laboratórios líderes da indústria farmacêutica internacional, possuíam marca própria (nome comercial) e suas respectivas segurança e eficácia deveriam ser comprovadas cientificamente. Além disso, deveriam estar sob controle do órgão federal responsável pela vigilância sanitária. Os “similares” constituíam-se como cópias dos medicamentos de referência, apresentando os mesmos princípios ativos e as mesmas concentrações e formas farmacêuticas. No entanto, as empresas responsáveis pela sua produção não eram as multinacionais e sim, em sua grande maioria, pequenos e médios laboratórios nacionais, cuja atividade era pouco significativa em termos do tamanho do mercado farmacêutico internacional (QUENTAL et al., 2008). Além disso, não havia muito controle do governo sobre a produção e o registro desses medicamentos. E, como o Brasil não respeitava as patentes de medicamentos até 1996, não havia restrições econômicas para a realização das cópias, que não pagavam *royalties* e eram conhecidas pelos consumidores a partir de nomes fantasia. As barreiras para a produção eram, na verdade, de caráter tecnológico, pois era necessário dominar o processo de engenharia reversa para fabricar esses medicamentos (LEMOS, 2008).

Com a assinatura do acordo TRIPS a produção dos similares, conforme já mencionado anteriormente, foi prejudicada, uma vez que a produção e a comercialização de medicamentos cujas patentes estivessem vigentes eram monopólio dos laboratórios detentores das respectivas patentes. Desta forma, buscando regulamentar a produção desse segmento e garantir uma oferta crescente de medicamentos de boa qualidade e de baixo custo, o governo implementou a política dos genéricos. Estes seriam cópias perfeitas dos medicamentos inovadores e poderiam ser produzidos em situações específicas como

extinção do prazo de validade da patente do medicamento original ou emergências de saúde pública. As situações que caracterizavam necessidades de saúde pública encontravam embasamento no Decreto nº 3.201 de 6/10/1999, o qual “(...) regulamentou o mecanismo de licença compulsória (...) permitindo o uso público não comercial de produto protegido por patente, em casos de emergência nacional e de interesse público, previstos pela Lei de Propriedade Industrial (Lei 9.279, de 14 de maio de 1996)” (VALENTIM, 2003; pg. 67). Além disso, como o país estabeleceu que as regras de respeito às patentes só valeriam para os medicamentos patenteados a partir da vigência do acordo TRIPS, ou seja, não se tratava de um acordo retroativo⁵¹ abriu-se, inclusive, a possibilidade de fabricação de genéricos de muitos medicamentos que já eram comercializados internamente antes da vigência do acordo e que não estavam sob proteção patentária.

Nota-se que, ao contrário do que ocorria com os similares, a produção de genéricos deveria ser muito bem controlada e regulamentada pelos órgãos públicos de referência, principalmente pela ANVISA. Antes de serem colocados no mercado, esses medicamentos deveriam passar por testes de biodisponibilidade e bioequivalência, para garantir que fossem equivalentes aos medicamentos originais. Ou seja, existem

(...) estudos de equivalência farmacêutica (nos quais se procura mostrar que o medicamento genérico contém o mesmo fármaco, na mesma quantidade e forma farmacêutica que o medicamento de referência) e bioequivalência (nos quais se procura mostrar que o medicamento genérico e o medicamento de referência, ao serem administrados na mesma dose e nas mesmas condições experimentais, não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação à biodisponibilidade, avaliada a partir da velocidade e extensão de absorção do princípio ativo, a partir de sua circulação sistêmica ou sua excreção na urina) (...) (QUENTAL et al., 2008; pg. 622).

Esse processo de produção dos genéricos, que depende de todo um aparato tecnológico específico, pode se constituir como uma importante estratégia para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde e, mais especificamente, da indústria farmacêutica. Desta forma, foram de extrema relevância os incentivos governamentais oferecidos para esta atividade, principalmente para os laboratórios nacionais, no início dos

⁵¹ Trata-se da Lei nº 10.196 de 14/02/01, a qual determinou o não reconhecimento de todos os pedidos de patentes de medicamentos realizados antes da assinatura do acordo TRIPS e estabeleceu como obrigatória a análise prévia da ANVISA para concessão de patentes de processos e produtos farmacêuticos.

anos 2000. Como exemplos dessas iniciativas, estão dois programas do BNDES de apoio ao desenvolvimento de genéricos implementados a partir de 2001: apoio à produção e ao registro de medicamentos e apoio à importação de equipamentos, os quais ofereciam diversas linhas de financiamento. Também merece destaque o trabalho desenvolvido pelo governo para qualificar diversas instituições, tanto públicas quanto privadas, para a realização dos estudos de biodisponibilidade, bioequivalência e equivalência. Em 2006, havia 39 centros (a maioria pertencente a empresas farmacêuticas) capacitados e credenciados junto à ANVISA, para a realização de testes de equivalência farmacêutica. Já os centros aptos a realizar os estudos de bioequivalência eram 26. Todos eles nacionais, sendo que metade eram públicos, pertencentes a universidades ou a hospitais universitários. O processo de credenciamento era efetivado a partir da adesão de todos estes centros à Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS). Buscava-se, portanto, criar toda uma infra-estrutura de apoio à pesquisa e ao desenvolvimento de serviços tecnológicos voltados para a produção dos genéricos.

Os laboratórios responderam de maneira rápida e positiva às sinalizações do governo. Segundo Quental et al. (2008), o número de empresas produtoras de genéricos aumentou em 16 vezes (de 4 para 66) entre fevereiro de 2000 e maio de 2006 e a produção passou de 2,7 milhões de unidades em 2000 para a marca de impressionantes 200 milhões de unidades em 2005. A variedade de produtos registrados também teve aumento significativo, conforme pode ser verificado no gráfico A.1 do Anexo⁵². As empresas nacionais foram as primeiras a adentrar nesse mercado e, em virtude disso, conseguiram se estabelecer com solidez. Destaque para os laboratórios Medley⁵³, EMS Sigma Pharma, Biosintética e Eurofarma, que juntos dominavam em torno de 70% do mercado brasileiro de genéricos entre 2002 e 2005. A força dessas empresas chegou a tal ponto que, em 2003, a EMS Sigma Pharma figurou entre as dez maiores empresas farmacêuticas existentes no país, ao lado das poderosas multinacionais americanas e européias.

Mas, apesar de todas as iniciativas governamentais e dos avanços verificados na indústria de genéricos, principalmente no que diz respeito à liderança exercida pelos laboratórios nacionais, ainda há muitos obstáculos a serem superados para consolidar a

⁵² A referência deste gráfico é PróGenéricos (2011), disponível em: <<http://www.progenericos.org.br/>>.

⁵³ O laboratório brasileiro Medley foi adquirido pelo laboratório francês Sanofi em 2009.

competitividade destas empresas no mercado e, conseqüentemente, para garantir o papel estratégico desta atividade industrial para o aprimoramento da base local de inovação da indústria farmacêutica e, portanto, do complexo industrial da saúde. Em primeiro lugar, pode ser mencionada a existência de gargalos nos centros nacionais (públicos ou privados) responsáveis pela realização dos testes de bioequivalência. E essas deficiências, por sua vez, têm sido supridas de maneira perigosa por alguns centros estrangeiros, principalmente indianos, que têm obtido certificação da ANVISA para atuar no país.

Em segundo lugar, há importantes divergências entre as tendências do mercado mundial de genéricos e as perspectivas das empresas brasileiras, até então as líderes do mercado nacional. As empresas estrangeiras produtoras de genéricos têm adotado posturas cada vez mais agressivas e estão se tornando cada vez maiores. As fusões e aquisições têm sido cada vez mais freqüentes. As duas maiores empresas do mercado (Teva Pharmaceutical e Novartis) realizaram importantes aquisições nos últimos anos e têm arrecadado, em média, em torno de US\$ 5 bilhões com as vendas de genéricos, por ano. Além disso, esses laboratórios tendem a verticalizar sua produção, internalizando a fabricação de matérias-primas e dos princípios ativos dos genéricos. Por último, nota-se que muitas das empresas que estão adentrando no mercado internacional de genéricos já são grandes laboratórios reconhecidos também pela produção de medicamentos inovadores. Desta forma, eles possuem a vantagem competitiva de atuar em dois nichos de mercado diferentes ao mesmo tempo. Os laboratórios nacionais, por sua vez, caminham a passos bem mais lentos. Não há indícios de que pretendem alterar sua configuração atual, adotando posturas mais agressivas ou buscando aumentar seus respectivos portes. De acordo com Quental et. al. (2008), a maior parte das empresas nacionais (com exceção da EMS Sigma Pharma) não pretende expandir seu mercado através de atividades de exportação, por exemplo. Elas alegam que, além do risco inerente a empreitadas internacionais e das barreiras sanitárias existentes entre os países, o excesso de impostos que incide sobre as empresas brasileiras inibe iniciativas voltadas para a exportação. Estas empresas parecem também não cogitar a possibilidade de internalização da produção de matérias-primas e fármacos, segundo a justificativa de que não há como competir com as firmas que já atuam nesse segmento. Realizar atividades de P&D voltadas para o

desenvolvimento de medicamentos inovadores também está muito distante da realidade destes laboratórios.

Na verdade, as empresas nacionais querem se diferenciar e garantir seu espaço no mercado a partir do pioneirismo no lançamento de genéricos. No entanto, conforme já mencionado, isso pode não ser suficiente para mantê-las competindo no mercado que se desenha⁵⁴ e para impactar de maneira efetiva e direta o desenvolvimento da base empresarial local de inovação da indústria farmacêutica brasileira. E, enquanto as empresas brasileiras resistem em inovar para acompanhar as transformações internacionais do setor, alegando falta de incentivo do Estado, o espaço crescente que se abre na indústria vem sendo perigosamente preenchido por empresas estrangeiras de atuação global, principalmente indianas e chinesas. A extraordinária escala industrial com a qual essas empresas trabalham permite que elas pratiquem preços infinitamente inferiores aos preços dos genéricos produzidos pelos laboratórios brasileiros. Lemos (2008) cita o exemplo do medicamento Lamivudina, um anti-retroviral (ARV) que no Brasil é fabricado com um custo de US\$ 214,00 para cada paciente por ano, enquanto a Índia consegue produzi-lo a US\$ 51,00 por paciente/ano. A autora também relata que mais da metade dos princípios ativos necessários para a produção de genéricos no país é importada.

Reforça-se assim, a importância da adoção por essas empresas de estratégias de crescimento (talvez voltadas para a conquista de mercados externos) e de atuação específica no primeiro e segundo estágios da cadeia produtiva da indústria farmacêutica⁵⁵. Neste sentido, também é fundamental que o Estado seja um ator efetivo deste processo, estimulando o desenvolvimento do setor. Suas primeiras iniciativas foram de extrema relevância, mas dado o cenário atual, o Estado precisa ir além. Políticas de incentivo à exportação de genéricos, por exemplo, através da concessão de subsídios e da diminuição da incidência de tarifas, devem ser pensadas. O apoio à produção nacional de fármacos também é muito importante (QUENTAL et. al., 2008).

⁵⁴ A competição nesse mercado se baseia principalmente nos preços.

⁵⁵ A atuação no primeiro estágio de produção não necessariamente precisa estar concentrada no desenvolvimento de produtos inovadores. Talvez esse seja o caso de poucas empresas. Para a grande maioria, já seria um grande salto o aprimoramento dos serviços tecnológicos relacionados a pesquisas clínicas e testes de equivalência e bioequivalência farmacêutica, bem como a obtenção de melhorias **incrementais** de produtos e/ou processos, a partir da realização de trabalhos em parcerias com outras instituições. E, no que diz respeito à atuação no segundo estágio, mesmo que nem todas as empresas internalizem a produção de fármacos, é importante que elas incentivem o desenvolvimento do setor farmacêutico nacional. Os laboratórios nacionais produtores de genéricos deveriam adquirir fármacos de empresas brasileiras.

Mas, além das limitações na esfera da produção, a política de genéricos implementada no país até o momento também não conseguiu cumprir o papel de articuladora entre as dimensões econômica e sanitária. A produção de genéricos encontra-se desarticulada de uma política consistente de assistência farmacêutica, que signifique expansão do consumo com impactos positivos sobre as condições de saúde da população. É fato que quando da introdução dos genéricos no mercado, estes passaram a ser vendidos a um preço médio inferior em 40% ao preço médio dos medicamentos de referência e estes, por sua vez, ao se exporem à concorrência, também apresentaram redução relativa de seus preços. Isso, obviamente, teve um impacto significativo sobre o consumo. No entanto, segundo Frenkel (2008), este fenômeno teve um sucesso apenas parcial. Para o autor, o processo de competição via preços não se efetivou completamente, pois foi amortizado por diversos fatores específicos ao próprio mercado. Além disso, a expansão da demanda por medicamentos encontra sérias limitações estruturais. No que diz respeito à primeira questão, nota-se que após os primeiros anos de permanência dos genéricos no mercado, os laboratórios nacionais começaram a abandonar o processo de competição via preços, e passaram a utilizar o método tradicional de influência sobre a decisão de quem detém o poder da prescrição (o médico) e de quem controla a venda para o varejo (as farmácias)⁵⁶. Desta forma, vários instrumentos de marketing foram desenvolvidos para convencer os médicos de que um determinado laboratório produzia genéricos com mais qualidade do que os outros. A **marca** do medicamento passou a ser, portanto, seu laboratório produtor. E, quanto às farmácias (neste caso, estamos nos referindo às grandes redes), além da propaganda, os laboratórios passaram a oferecer vantagens econômicas pela priorização da venda de seus medicamentos. A farmácia tem o direito legal de indicar ao consumidor o genérico do laboratório que ela desejar, desde que o princípio ativo indicado na receita médica seja o mesmo. Nota-se que, além desses atores, ainda há um outro agente capaz de influenciar a oferta de genéricos: o distribuidor. Este intermedia o comércio entre os laboratórios e as pequenas redes de farmácias. Como estas possuem baixo capital de giro e, conseqüentemente, estoques limitados de medicamentos, acabam permanecendo na dependência dos distribuidores para repor seus estoques. Portanto, é o jogo de interesses

⁵⁶ Essa decisão possui relação com o perfil e as características desses laboratórios nacionais, descritos nos parágrafos anteriores e também reflete a essência das políticas (principalmente industrial e regulatória) desenvolvidas pelo governo até então. Essa idéia ficará mais clara adiante.

entre distribuidores e laboratórios que determina a oferta de genéricos das farmácias de pequeno e médio porte. Sendo assim, todas as situações descritas anteriormente contribuíram para uma tendência de manutenção dos preços dos medicamentos a níveis mais elevados. Além disso, construiu-se um cenário em que o consumidor, no ato da compra, não necessariamente adquire o medicamento de menor preço ou o mais adequado para seu estado de saúde.

Em relação aos condicionantes estruturais da demanda, nota-se a existência de uma segmentação significativa de consumo de medicamentos entre as famílias, relacionada às suas respectivas rendas e elasticidades-preço, o que contribui para que a política de genéricos também tenha impactos diferenciados (e nem sempre positivos) sobre os estratos populacionais. Considerando-se a existência de cinco mercados diferentes para o consumo de medicamentos, sendo o mercado A formado pelas famílias de mais alta renda e o mercado E pelas famílias mais pobres, é possível perceber que a política de genéricos praticamente não tem efeito para as famílias que estão nos estratos superior e inferior (A e E). As famílias mais ricas prezam pelo consumo de medicamentos de última geração e pagam o preço que for necessário, já que seus gastos com medicamentos têm pouco impacto sobre suas respectivas rendas. Portanto, sua demanda é inelástica aos preços dos medicamentos. Já as famílias da classe E possuem um nível de renda tão baixo e encontram-se tão distantes do mercado regular (em termos sociais e geográficos) que mesmo uma redução significativa de preços não é suficiente para que elas passem a consumir mais medicamentos. Neste caso, a única iniciativa viável para garantir o consumo desses indivíduos é a distribuição gratuita de medicamentos realizada pelo SUS. De fato, o mercado que responde de maneira mais significativa ao programa de genéricos é o B. Mesmo sendo formado por famílias com renda relativamente alta (mas não tão alta quanto em A), este segmento caracteriza-se por uma elevada participação do consumo de medicamentos sobre os rendimentos familiares. Neste grupo estão, por exemplo, os aposentados, que possuem renda fixa e, normalmente, precisam consumir altas cargas de medicamentos. Portanto, qualquer redução de preço impacta positivamente o consumo. No mercado C, o efeito da introdução dos genéricos também é positivo, mas em menor proporção, já que essas famílias têm baixa elasticidade-preço aos medicamentos (renda relativamente baixa) e acesso ao SUS em determinadas situações, como por exemplo, para

tratamento de doenças crônicas. As famílias do mercado D têm uma situação um pouco melhor do que as famílias do mercado E, mas para atingi-las sem acionar a ferramenta de distribuição gratuita de medicamentos, é necessário garantir uma redução muito substancial dos preços dos medicamentos, já que este gasto compromete quase toda a renda destas famílias.

Em resumo, para que a política de genéricos possa contribuir de maneira significativa para o processo de articulação entre o sistema de saúde e o sistema produtivo e de inovação, faz-se necessário corrigir algumas deficiências e lacunas que se tornaram evidentes nos últimos anos. Em primeiro lugar, é importante garantir a competição no mercado via preços. Para tanto, o Estado pode agir em duas frentes. De um lado, através de iniciativas mais diretas, pode implementar políticas industriais que priorizem o desenvolvimento deste setor (nos níveis de produção, inovação e exportação) e que dêem condições para que os laboratórios nacionais operem com custos reduzidos e elevada escala industrial. De outro, pode se valer de seu poder regulatório para determinar as regras do jogo e interferir na lei de oferta e demanda do mercado. O estabelecimento de grandes compradores institucionais pode ser útil neste processo. Se a ANS determinasse, por exemplo, que os planos de saúde têm que cobrir o tratamento com medicamentos dos segurados, estes seriam levados a negociar a compra dos remédios diretamente com os laboratórios, a fim de obter os preços mais vantajosos. Isto contribuiria para uma queda dos preços e garantiria o acesso a medicamentos pela parcela da população coberta pelos planos de saúde.

Em segundo lugar, como é sabido que mesmo uma situação de competição perfeita de preços no mercado ainda não garante o acesso da camada mais pobre da população aos medicamentos, é necessário que o Estado implemente políticas eficientes de subsídios ou de distribuição gratuita de medicamentos direcionadas para esse grupo. Programas como o Farmácia Popular constituem-se como um importante exemplo. Conforme já mencionado anteriormente, a idéia é que determinadas classes de medicamentos sejam comercializadas em farmácias credenciadas ao programa (públicas ou privadas) ou em instituições parceiras a preços subsidiados pelo Estado, o que contribuiria para a ampliação do acesso da população das classes C e D aos medicamentos. A recente decisão governamental a respeito

da gratuidade da distribuição dos medicamentos para tratamento de hipertensão e diabetes vai ao encontro desta idéia.

Em terceiro lugar, é importante que a escolha das classes dos medicamentos que receberão incentivos para serem produzidos no país leve em consideração o perfil epidemiológico da população brasileira e suas reais necessidades de saúde.

Segundo Valentim (2003), uma política efetiva de genéricos pode, portanto, impactar positivamente as três dimensões chave do universo relacionado aos medicamentos: produção, tecnologia e acesso. E, no que diz respeito especificamente à questão do acesso, nota-se o estabelecimento de um vantajoso círculo vicioso no sistema público de saúde. Menores preços levam a um maior grau de acesso da população aos remédios, que leva a um menor grau de interrupção de tratamentos medicamentosos, que por sua vez contribui para a diminuição de gastos hospitalares e ambulatoriais, aumentando, assim, os recursos públicos disponíveis. Esse resultado também pode ser obtido através da economia que o Estado faz com a compra de medicamentos mais baratos. De toda forma, estes recursos podem ser reinvestidos, por exemplo, para a ampliação do programa de oferta pública de medicamentos, fechando o ciclo que começou com a queda dos preços dos medicamentos.

A experiência de maior destaque, tanto nacional quanto internacional, no que diz respeito ao desenvolvimento da política de genéricos no país, foi a política de acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais, pertencente ao Programa de AIDS brasileiro. Segundo Lago (2008), desde a sua implementação, o SUS disponibiliza medicamentos que visam o tratamento de infecções consideradas oportunistas. Em 1991, o sistema público passou a distribuir o primeiro ARV, o zidovudina. Em 1996, de forma pioneira em relação aos outros países com nível de desenvolvimento econômico semelhante, o país declarou o direito dos portadores de HIV e dos doentes de AIDS a receber, via SUS, sem nenhum custo, os ARVs necessários para seu tratamento. Estes pacientes deveriam somente preencher os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde especificados em um documento de consenso terapêutico sobre HIV/AIDS. Desta forma, atualmente, o sistema público de saúde brasileiro distribui 18 medicamentos da classe dos anti-retrovirais, de quatro categoriais terapêuticas, a cerca de 180.000 dos 600.000 portadores de HIV existentes no país. É possível afirmar que as pressões exercidas por parte da população,

principalmente pelos movimentos sociais, foram fundamentais para essa decisão do governo, que se encontra amparada na Lei nº 9.313.

Mas, se por um lado, havia esse apoio de parte organizada da sociedade, cujo discurso baseava-se na afirmação da saúde como direito universal e na construção de um sistema público de oferta de serviços de saúde, com financiamento solidário, gestão compartilhada entre União, estados e municípios e possibilidade de controle da própria sociedade sobre este sistema, de outro, alguns setores contrários a essa política insistiam em criticá-la e em apresentar resistências à sua implementação. As críticas baseavam-se no argumento de que uma economia periférica como a brasileira não teria recursos, infraestrutura e um nível de gestão suficientes para garantir a eficácia desse serviço. E, segundo eles, dada a situação de escassez de recursos, não seria justo concentrar um grau significativo de gastos com o tratamento de uma única doença cuja carga epidemiológica no país, em comparação com outros males endêmicos persistentes, não é tão significativa.

No entanto, com o passar do tempo e diante dos evidentes impactos positivos desta política sobre o quadro epidemiológico dos pacientes, essas críticas internas acabaram se arrefecendo. Após a implementação da política, foi possível verificar significativa redução da mortalidade dos portadores de HIV, com tendência a uma certa estabilização das ocorrências a partir de 2002 (conforme descrito na tabela 1), queda da morbidade em mais de 60%, aumento da sobrevivência dos pacientes em dez vezes, redução do número de hospitalizações em 85% (360.000 procedimentos deste tipo não precisaram ser realizados) e evitou-se em torno de 58.000 novos casos de contaminação com AIDS.

O sucesso dessa política, principalmente no que diz respeito à sua abrangência, não deixou de ser acompanhado por um impacto significativo sobre os gastos públicos. Estimava-se que desde o início da vigência do programa, tenham sido gastos mais de US\$ 1 bilhão. No entanto, nota-se que as despesas do governo só passaram a apresentar taxas de crescimento positivas a partir de 2005. Entre 1999 e 2001, os gastos inclusive chegaram a diminuir, estabilizando-se até 2005. Este cenário estava fortemente relacionado a questões como produção local de medicamentos, legislação de proteção intelectual e negociação de preços no mercado de oferta e demanda de ARVs. Nos primeiros anos de vigência da

política, o país pôde, estrategicamente, contar com a produção local de ARVs que não estavam sujeitos à legislação de propriedade intelectual (acordo TRIPS)⁵⁷.

TABELA 1
Número de óbitos de pacientes
portadores de AIDS 1996 - 2009

Ano do óbito	Nº de óbitos
1996	15.017
1997	12.078
1998	10.770
1999	10.521
2000	10.730
2001	10.948
2002	11.055
2003	11.283
2004	11.020
2005	11.100
2006	11.046
2007	11.372
2008	11.839
2009	11.815
TOTAL	160.594

Fonte: Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS (2011)

Trata-se de um conjunto de oito medicamentos, que eram produzidos principalmente por laboratórios públicos como Far-Manguinhos/Fiocruz, Fundação para o Remédio Popular (FURP/SP), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe), Fundação Ezequiel Dias (FUNED) e Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas (LIFAL), os quais importavam a maior parte da matéria-prima necessária. Além disso, mesmo diante das exigências do acordo TRIPS, o governo valia-se de pressão sobre os laboratórios, principalmente os estrangeiros, para que estes baixassem os preços dos medicamentos protegidos por patentes. As ameaças de utilização do recurso de licenciamento compulsório eram recorrentes. A partir de meados da década passada, o surgimento do fenômeno da resistência viral colocou em pauta a necessidade de que os

⁵⁷ Os ARVs que já eram comercializados no Brasil até o início da vigência da Lei que ratificava o acordo TRIPS em 1997 não estavam sujeitos à proteção patentária. Desta forma, o país poderia produzi-los livremente, mesmo depois do acordo, através do processo de engenharia reversa.

pacientes fossem tratados com os ARVs considerados de segunda ou terceira linha. Esses medicamentos eram inovadores, produzidos por laboratórios internacionais e sua comercialização estava protegida por patentes. Desta forma, o Brasil só poderia importá-los. Essa importação foi forçada pelos demandantes de ARVs, ou seja, pacientes portadores de HIV/AIDS que queriam usufruir do ganho terapêutico ocasionado por essa inovação e que se organizaram através de movimentos sociais exigindo, na justiça, o direito de receber esses medicamentos. Esses pacientes podiam contar com o auxílio dos profissionais de saúde que prescreviam esses medicamentos mesmo sabendo que o SUS ainda não os disponibilizava legalmente. Obviamente, as multinacionais produtoras desses novos ARVs apoiaram esse movimento, contribuindo para forçar a substituição dos ARVs que já eram consumidos pelos novos. Os medicamentos importados e protegidos por patentes passaram a responder por mais de 80% do gasto federal com o programa de tratamento para HIV/AIDS.

Nota-se, portanto, um cenário de intensa pressão exercida sobre o Estado e uma capacidade de resposta a esta situação muito limitada. O Ministério da Saúde não conseguia se articular para utilizar de maneira efetiva a ferramenta do licenciamento compulsório. De outro lado, a indústria nacional (principalmente os laboratórios públicos), que não teve tempo de adequar seu parque tecnológico e de conquistar sua autonomia decisória para atender ao interesse público devido à assinatura precoce do acordo TRIPS, não tinha condições de garantir o atendimento da demanda. De acordo com Lago (2008), enquanto em 2001 a participação da produção de ARVs de Far-Manguinhos e dos demais laboratórios públicos chegava a 56% do total, em comparação com 44% das empresas privadas (nacionais e estrangeiras), em 2006 esses percentuais se invertem para 45% e 55% respectivamente. Entre as empresas privadas estrangeiras com destaque na produção de ARVs, estão laboratórios chineses e indianos. Nestes países, a adesão ao acordo TRIPS foi adiada até o último momento possível, para que houvesse tempo de desenvolver a indústria nacional.

Desta forma, diante de um quadro de gastos crescentes, a manutenção do programa de tratamento para HIV/AIDS depende da adoção de medidas estratégicas e firmes do governo federal, representado pelo Ministério da Saúde. Deve-se incentivar o desenvolvimento de um mercado competitivo, onde medicamentos com características

similares possam ser ofertados sem obstáculos a preços diferenciados. A estratégia de utilização do direito garantido em Lei do licenciamento compulsório é uma ferramenta importante, que não deve ser descartada. Recentemente, o governo declarou a quebra da patente do medicamento Efavirenz. No entanto, ao invés de ter sua produção internalizada, uma versão genérica do medicamento está sendo importada da Índia. Por isso, entende-se que o uso dessa prática é relevante, mas não suficiente. Na verdade, é fundamental que os laboratórios públicos e privados nacionais assumam a dianteira do processo de produção de ARVs no país, a partir de incentivos advindos do próprio Estado. Os primeiros devem se constituir como a principal base de apoio desta política, sendo responsáveis pela regulação dos preços dos ARVs no mercado e pela sua produção em elevadas escalas industriais e a baixo custo. Para tanto, devem desenvolver sua capacidade tecnológica e sua integração com a indústria química nacional produtora de intermediários farmacêuticos (matéria-prima). Os laboratórios nacionais privados, por sua vez, devem complementar o atendimento da demanda. Até 2008, só havia uma empresa privada brasileira que produzia e comercializava ARVs, a Cristália.

O papel do Estado em todo esse processo é resumido por Lago (2008), que ao citar Gadelha (2003) afirma que

(...) a concepção do SUS e as mudanças na organização do governo federal na área de políticas sociais a partir da década de 80 (como a extinção do INAMPS, a reorganização do Ministério da Saúde e a modificação da relação do ente federal com os níveis subnacionais e a sociedade civil) consolidou o Estado brasileiro como agente central nas questões relativas à saúde, por seu elevado poder de compra de bens e serviços, poder de indução, de atividades regulatórias e de interação com a sociedade civil. A participação do Estado no tocante aos ARV envolveria várias áreas, como por exemplo condições de política industrial, regulamentação das compras públicas, questões regulatórias e, principalmente, de propriedade intelectual (pg. 15).

A atuação do Estado é importante não só no caso específico da política de genéricos, mas principalmente para a construção de uma Política Nacional de Medicamentos que consiga combinar o desenvolvimento simultâneo das dimensões sanitária e econômica. É papel do SUS garantir o acesso universal da população brasileira a medicamentos que impactem positivamente seu estado de saúde contando, para isso, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional.

Apesar de todos os esforços e iniciativas já implementados nos últimos anos, muitos desafios ainda permanecem. No que diz respeito à produção nacional de medicamentos, os laboratórios públicos têm crescido em termos numéricos e em capacidade de produção, destacando-se principalmente na produção de vacinas. No entanto, não conseguem atender a 100% da demanda do SUS e ainda não se destacaram no desenvolvimento de novos medicamentos para tratamento das doenças negligenciadas que possuem elevada carga no país. Os laboratórios privados, por sua vez, também estão ganhando espaço no mercado. A tabela 2 mostra que em 2010 o laboratório brasileiro EMS PHARMA chegou a ser líder de venda no mercado interno, sendo acompanhado por mais três empresas nacionais Ache, Eurofarma e Neo química, na lista dos dez laboratórios líderes em vendas no país no ano.

TABELA 2
Laboratórios farmacêuticos líderes no Brasil em 2010
(vendas em US\$ milhões)

Laboratório	Nacionalidade	Vendas	(%) Mercado
EMS PHARMA	Brasil	1.440	6.98
MEDLEY	França	1.303	6.31
SANOFI-AVENTIS	França	1.120	5.43
ACHE	Brasil	1.092	5.29
EUROFARMA	Brasil	793	3.84
NOVARTIS	Suíça	775	3.75
PFIZER	EUA	624	3.03
NEO QUIMICA	Brasil	578	2.80
MSD	EUA	545	2.64
ASTRAZENECA BRASIL	Reino Unido	496	2.40
Total	-	8.76	42.47

Fonte: IMS Health apud Interfarma (2011)

No entanto, a análise para este mesmo ano mostra que as vendas dos quatro laboratórios brasileiros juntos, estimadas em US\$ 3.9 bilhões, são superadas pelas multinacionais descritas que, juntas, venderam US\$ 4.86 bilhões. Ou seja, as empresas estrangeiras ainda dominam o mercado brasileiro como um todo. Além disso, há uma tendência de concentração do mercado por classe terapêutica de medicamentos, com vendas também dominadas pelas multinacionais. Na verdade, laboratórios de apenas 9 países concentram a comercialização dos 100 medicamentos mais vendidos no mundo. As tabelas 3 e 4 ilustram esse cenário.

TABELA 3
Medicamentos mais vendidos no Brasil em 2010
(vendas em US\$ milhões)

Medicamento	Laboratório	Nacionalidade	Vendas
DORFLEX	SANOFI-AVENTIS	França	185
CIALIS	LILLY	EUA	128
CRESTOR	ASTRAZENECA BRASIL	Reino Unido	123
NEOSALDINA	NYCOMED PHARMA LTD	Suíça	114
LIPITOR	PFIZER	EUA	106
DIOVAN HCT	NOVARTIS	Suíça	97
NEXIUM	ASTRAZENECA BRASIL	Reino Unido	81
TYLENOL	JOHNSON & JOHNSON	EUA	75
VIAGRA	PFIZER	EUA	74
DIOVAN	NOVARTIS	Suíça	71
Total	-	-	1.05

Fonte: IMS Health apud Interfarma (2011)

TABELA 4
Países que controlam a comercialização dos
100 medicamentos mais vendidos no mundo:
distribuição percentual da receita

País	(%) Receita
EUA	52
Reino Unido	16
Suíça	12
Japão	8
França	5
Alemanha	4
Bélgica	1
Dinamarca	1
Israel	1

Fonte: IMS Health World Review Analyst (2010) apud ABPI (2011)

Ainda caminhamos também a passos lentos no estabelecimento de uma rotina de realização de atividades de P&D e de geração de inovações tecnológicas pela indústria farmacêutica brasileira (BASTOS, 2005). O país ainda figura em uma posição de pouco destaque internacional na obtenção de patentes na área farmacêutica, indicando um não aproveitamento do conhecimento científico no campo da saúde existente no país, conforme já mencionado neste trabalho.

Toda essa fragilidade que ainda caracteriza a indústria farmacêutica nacional reflete-se na balança comercial desta atividade, que tende a permanecer deficitária, conforme evidencia a tabela 5.

TABELA 5
Saldo comercial brasileiro de farmoquímicos, medicamentos e vacinas humanas (em US\$ mil)
2005 -2011

Setor	Saldo						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Farmoquímicos	-880.400	-892.800	-1.327.400	-1.680.400	-1.688.700	-1.847.400	-743.100
Medicamentos	-1.073.901	-1.360.092	-1.812.143	-2.065.026	-1.933.633	-2.334.353	-1.188.629
Vacinas Humanas	-107.392	-152.485	-205.231	-295.100	-259.076	-1.074.263	-287.208
Total	-2.061.693	-2.405.377	-3.344.774	-4.040.526	-3.881.409	-5.256.016	-2.218.937

Fonte: Elaboração própria a partir de ABIFINA (2011)

*Os valores de 2011 se referem até o mês de junho

No que diz respeito ao acesso aos medicamentos, houve uma expansão significativa do consumo, a qual pode ser atribuída em parte ao sucesso dos programas de assistência farmacêutica desenvolvidos pelo governo. No entanto, é possível afirmar que a maior parte dessa expansão esteve concentrada no mercado regular de medicamentos, já que os consumidores particulares respondem por 80% dos gastos totais com medicamentos no país, uma das taxas mais elevadas do mundo. A tabela a seguir descreve como as vendas de medicamentos no Brasil cresceram significativamente nos últimos anos.

TABELA 6
Volume de vendas da indústria farmacêutica no Brasil
(em bilhões de unidades) 2006 - 2010

Ano	Vendas
2006	1.43
2007	1.51
2008	1.63
2009	1.76
2010	2.06

Fonte: IMS Health apud Interfarma (2011)

Nota-se que o governo brasileiro é responsável por apenas 42% dos gastos com saúde no país, sendo que deste montante somente 8% (aproximadamente) é destinado para a compra de medicamentos. Enquanto isso, essas médias para outros países, principalmente para nações desenvolvidas da Europa, como Noruega, Suécia, França e Reino Unido, ficam

em torno de 69% e 12% respectivamente. Em paralelo a essa baixa participação do governo, as despesas das famílias com saúde no Brasil vêm crescendo nos últimos anos (terceiro item de maior peso, com média de 6,1% do orçamento familiar total em 2008/09), lideradas pelos gastos com medicamentos, os quais já representam quase 50% dos gastos familiares com saúde. A situação é pior entre as famílias de rendas mais baixas, onde os gastos com saúde são ainda maiores proporcionalmente à renda e os gastos com medicamentos podem chegar até a 70% de toda a despesa com saúde. Trata-se de um quadro muito desigual, pois as famílias que têm menos condições, as quais não são poucas, acabam comprometendo boa parte de sua renda para consumir esses bens ou, nos casos extremos, permanecem sem consumi-los (MEDICI, 2004; 2011; INTERFARMA, 2011).

A qualidade do consumo de medicamentos também pode ser questionada. Apesar do aumento do consumo de remédios importantes voltados para o controle de doenças graves com alta incidência no país como diabetes e hipertensão, e da eficiência dos programas de vacinação (uma das melhores estruturas do mundo), muitos males que afligem o país continuam sem tratamento disponível. Além disso, a demanda por medicamentos no país ainda possui um caráter mais curativo do que preventivo. A proposta do SUS de integralidade dos serviços de saúde ainda permanece tímida diante de uma prática médica construída ao longo de décadas com fortes traços mercantis, na qual o consumo de medicamentos assumiu a função de garantir a produtividade e a lucratividade do sistema em detrimento da garantia da qualidade da saúde dos consumidores. Alterar definitivamente esse quadro é, portanto, um dos grandes desafios do país no século XXI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste trabalho, foi possível verificar que o setor saúde, mais especificamente o complexo industrial da saúde representado pela indústria farmacêutica e suas relações com o sistema de atenção à saúde brasileiro (SUS), pode se configurar como um elemento fundamental para a dinâmica de desenvolvimento econômico do país.

O Brasil ainda não conseguiu consolidar os dois elementos mais importantes do processo de desenvolvimento: um Sistema de Proteção Social e um Sistema de Inovação. Ao longo do século XX, foram construídas e implementadas políticas sociais em um cenário marcado por especificidades, tal como a penetração do setor privado no espaço público. Esse cenário se repetiu no setor saúde onde, historicamente, a oferta de serviços médicos limitou-se ao sistema previdenciário, concentrou-se nas mãos de instituições privadas (em convênio com o Estado), e apresentou caráter mais curativo do que preventivo, constituindo um processo conhecido na Literatura como capitalização da medicina. Nos anos 90, esse processo de capitalização cedeu ao lugar ao fenômeno da mercantilização, uma vez que o setor privado, que antes atuava prestando serviços através de parcerias e contratos com o Estado, ganha autonomia e passa a atuar de maneira independente, através da oferta dos seguros de saúde. Da mesma forma, nosso Sistema de Inovação ainda não está constituído, dada a situação de desarticulação presente entre as principais instituições deste sistema, como empresas, instituições de pesquisa e universidades, e dada a ausência histórica do desenvolvimento de políticas industriais e de desenvolvimento científico e tecnológico por parte do Estado. A análise da dinâmica de inovação do setor saúde revelou a baixa capacidade de geração de tecnologias no país pelas indústrias do complexo industrial.

O desenvolvimento da indústria farmacêutica e as políticas de medicamentos implementadas no país seguiram a mesma lógica descrita anteriormente. No início do século XX, o país contava com institutos públicos de pesquisa de excelência na área de imunobiológicos, como Butantan e Instituto Soroterápico Federal (Fiocruz). E destes institutos saíram muitos pesquisadores que fundaram os primeiros laboratórios privados do país. Essas instituições contribuíram para a produção de soros, vacinas e medicamentos

para tratamento das principais doenças que afligiam a população brasileira, em uma clara conexão com as políticas de saúde pública, de caráter ainda regional, desenvolvidas à época.

No entanto, a partir da década de 30, esta situação passou a sofrer alterações. A indústria farmacêutica internacional começou a adentrar em novos paradigmas tecnológicos, com a descoberta de substâncias inéditas como antibióticos, vitaminas e hormônios, cuja base da matéria-prima era formada por elementos químicos. As empresas nacionais, que até aquele momento encontravam-se em situação de paridade tecnológica com os laboratórios internacionais, não acompanharam essa tendência, insistindo na produção de medicamentos com origem em substâncias biológicas ou, em momentos posteriores, na produção de similares dos produtos internacionais. Uma parte da explicação para este fato pode estar na própria visão dos empresários da época, que julgavam haver uma “vantagem comparativa” em se especializar na produção de similares, já que não teriam que reorganizar suas bases produtivas para se adequar aos novos padrões marcados pela articulação entre atividades de pesquisa e geração de inovações, e por custos crescentes. Mas, pode-se afirmar que a postura assumida pelo Estado brasileiro naquele momento foi fundamental para que a indústria nacional trilhasse esse caminho específico e não o das tendências internacionais. O Estado não só não incentivou as atividades de P&D e a geração de inovações dos laboratórios nacionais, como também facilitou a entrada de multinacionais, sob o discurso de industrialização do país através do tripé capital público, capital privado nacional e capital privado internacional, com clara predominância deste último.

A oferta dos novos produtos farmacêuticos dominada por multinacionais consolidou um amplo mercado no país. O consumo de medicamentos no Brasil garantia a produtividade dos serviços do sistema de saúde previdenciário, ao mesmo tempo em que satisfazia a demanda da população pelo acesso às novas tecnologias de tratamento disponíveis. No entanto, a lógica de tratamento curativa que passou a prevalecer não atendia às reais necessidades de saúde da população e, por outro lado, boa parte da população brasileira continuava sem ter acesso a qualquer tipo de medicamento. Desta forma, consolidou-se no país o complexo médico industrial, descrito por Cordeiro (1985),

onde as relações entre a indústria farmacêutica, a prática médica e o paciente passam a ser de caráter mercantil.

A construção do SUS na década de 90 significou não só a possibilidade de romper essa lógica, como também a de focar o setor saúde como elemento estratégico para o aperfeiçoamento de nossos Sistemas de Proteção Social e de Inovação. A partir do momento em que a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, este assumiu a responsabilidade de construir e implementar políticas de saúde que consigam atender as verdadeiras necessidades epidemiológicas da população através da oferta racional de serviços de saúde de alto valor agregado.

No que diz respeito especificamente à produção e ao consumo de medicamentos, o SUS abriu espaço para que o Estado desenvolva políticas de incentivo à indústria farmacêutica nacional, focando nas atividades de P&D, e ao mesmo tempo, garanta a compatibilidade dessa produção com um consumo consciente e de qualidade da população (fármacos de prevenção, medicamentos para tratamento de doenças infecciosas etc). Neste contexto, o Estado pode funcionar tanto como um comprador em potencial, quanto como um agente regulador do processo.

Apesar das dificuldades estruturais e conjunturais existentes, como o fenômeno de mercantilização da saúde, a adesão do Brasil ao acordo TRIPS e o discurso internacional de reformas dos sistemas de atenção à saúde, avanços importantes no caminho da construção de uma Política Nacional de Medicamentos foram obtidos a partir do final da década de 90 e nos anos 2000. Diversos programas de incentivo ao desenvolvimento da indústria nacional foram implementados, via coordenação do BNDES, como o Profarma. O Estado também tem fortalecido os laboratórios nacionais, destinando investimentos para que estes produzam medicamentos considerados estratégicos para o perfil epidemiológico da população brasileira, citados na RENAME. Por outro lado, a assistência farmacêutica também pode contar com vários programas estratégicos, como o Farmácia Popular. Destaca-se, principalmente, a implementação da política de genéricos, que apesar de algumas falhas e dos desafios existentes, tem contribuído para uma certa dinamização da indústria nacional aliada ao atendimento da demanda por medicamentos de parte da população. A garantia de acesso dos pacientes portadores de HIV ao tratamento via anti-retrovirais pelo SUS constitui-se como um modelo internacional de programa de saúde.

No entanto, essas iniciativas são apenas a ponta do *iceberg*. Ainda há muito a ser feito para que o país consiga garantir a autonomia de sua indústria farmacêutica, tornando-a dinâmica e capaz de atender a 100% da demanda nacional. Ao mesmo tempo, ainda não foi rompida a lógica mercantilizada do consumo de medicamentos no país, onde a cura prevalece, em detrimento da prevenção. O crescimento do sistema de atenção à saúde suplementar dos últimos anos vai ao encontro da necessidade perversa de manutenção da produtividade da oferta dos serviços de saúde. Doenças endêmicas e de prevalência histórica no país continuam sem tratamento disponível. Boa parte da população permanece sem nenhum tipo de acesso a medicamentos e, por outro lado, a regressividade dos gastos familiares permanece, onde os que ganham menos pagam proporcionalmente mais pelo consumo desses produtos.

Constitui-se como um desafio para o Estado brasileiro articular essas dimensões econômica e sanitária. Incentivar o desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica pode se constituir como uma estratégia importante no caminho do progresso tecnológico do sistema industrial brasileiro e da diminuição de sua dependência. Por outro lado, atender com qualidade a demanda dos usuários do sistema de saúde por tratamentos medicamentosos pode impactar positivamente o quadro epidemiológico do país e melhorar o bem-estar da população, condição necessária para atingir níveis mais elevados de desenvolvimento econômico. Neste cenário, o SUS, em parceria com instituições importantes como o BNDES, assume um papel essencial na construção de políticas setoriais voltadas para o fortalecimento desta indústria, e na implementação de uma Política Nacional de Medicamentos (GADELHA, 2003; 2006). A figura 3 procura demonstrar a complexidade e a interdisciplinaridade presentes na construção de uma Política Nacional de Medicamentos, que envolve as dimensões da produção, desenvolvimento científico e tecnológico e acesso, todas elas bem articuladas e interligadas.

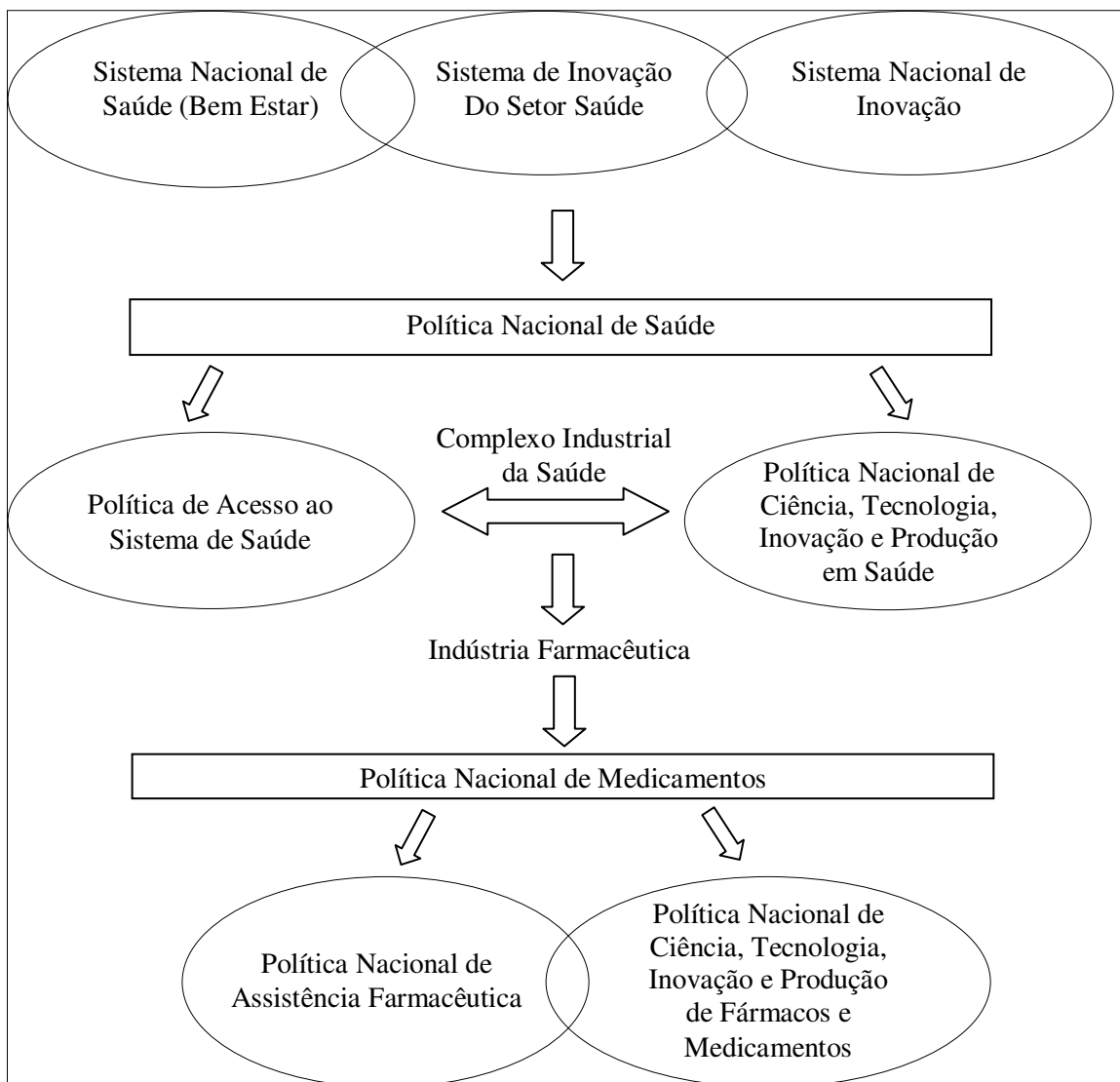


FIGURA 3 – Construção de uma Política Nacional de Medicamentos: componentes sanitário e econômico

Fonte: Elaboração própria a partir de GADELHA (2003; 2006)

É importante ressaltar, por fim, que um fator apontado na Literatura tem reforçado a hipótese do papel estratégico que o setor saúde e o complexo industrial da saúde podem assumir para o processo de desenvolvimento brasileiro. Além da existência do SUS, que por si só já representa uma grande janela de oportunidade, uma vez que muitos países ainda não conseguiram e talvez nunca consigam construir um sistema público com estas dimensões, o Brasil possui uma especificidade importante: grande volume de conhecimento científico na área da saúde produzido internamente. Chaves (2005) e Chaves e Albuquerque (2006) identificaram, para determinados períodos, que quase metade da produção científica

brasileira indexada ao *Institute for Scientific Information* (ISI) é de artigos de disciplinas do campo da saúde. Apesar de não se configurar como uma especialização científica, pode-se afirmar que o país possui um viés de produção de conhecimento na área da saúde. Se incentivado, bem direcionado e explorado, esse conhecimento pode ser fundamental para a dinâmica de inovação de indústrias como a farmacêutica.

Um trabalho realizado em conjunto com pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) permitiu verificar detalhes importantes sobre essa produção científica brasileira. Foram identificados para o ano de 2008 um total de 12.375 artigos científicos na área da saúde⁵⁸ indexados ao ISI em que aparece pelo menos um autor cujo endereço é de uma instituição brasileira, configurando um total de 17.940 referências de endereços brasileiros⁵⁹. Nesse conjunto de artigos, nota-se uma grande participação de trabalhos das áreas de bioquímica, biologia molecular, farmácia, bem como de parasitologia, imunologia, doenças infecciosas e medicina tropical. Além disso, foi possível verificar, conforme ilustrado no mapa A.1 e nas tabelas A.4 e A.5 do ANEXO que esse potencial científico se concentra nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul do país, sendo liderado pelas grandes capitais, e que as grandes universidades brasileiras e instituições de pesquisa como a Fiocruz possuem papel de destaque no processo.

Portanto, o Estado, através do SUS e aproveitando o potencial científico existente nas universidades e instituições de pesquisa brasileiras, deve trabalhar pelo fortalecimento do complexo industrial da saúde e pelo aperfeiçoamento da oferta dos serviços de saúde no país, visando atingir estágios mais elevados de desenvolvimento econômico.

⁵⁸ As disciplinas classificadas como da área da saúde estão listadas no quadro A.1 do ANEXO.

⁵⁹ Um mesmo artigo pode ter múltiplos autores de instituições diferentes, o que explica o valor encontrado de 17.940 referências de endereços.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. Sistema nacional de inovação no Brasil: uma análise introdutória a partir de dados disponíveis sobre a ciência e a tecnologia. *Revista de Economia Política*, vol. 16, nº 03 (63), jul-set, 1996.

ALBUQUERQUE, E.; CASSIOLATO, J. E. *As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro*. São Paulo: FeSBE, 2000 (Estudos FeSBE I).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE QUÍMICA FINA, BIOTECNOLOGIA E SUAS ESPECIALIDADES (ABIFINA). Disponível em <<http://www.abifina.org.br>>. Acesso em jan. 2012.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA (INTERFARMA). Guia 2011. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br>>. Acesso em nov. 2011.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. *1º Seminário sobre o Complexo Industrial da Saúde*. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Publicacoes/Paginas/s_saude.html>. Acesso em: jun. 2011.

BASTOS, V. Inovação farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, n. 22, set. 2005.

BENCHIMOL, J. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (2), 265-292, 2000.

BRAGA, J. C. *A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista*. Dissertação de Mestrado. IE/UNICAMP, Campinas/SP, 1978.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: HUCITEC, 2º ed., 1986.

BRAGA, J. C.; SILVA, P. L. Introdução: A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: *Brasil: radiografia da saúde*. NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (orgs.). IE/UNICAMP, Campinas/SP, 2001.

BRASIL. *Fórum de competitividade da cadeia produtiva farmacêutica: o desafio de prosseguir*. Série B. Textos básicos de saúde. Ministério da Saúde/Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Brasília/DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. *Lei de Inovação*. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/8477.html>>. Acesso em dez. 2010a.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. *Lei do Bem*. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/8586.html>>. Acesso em dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. *Plano de Ação 2007 - 2010*. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/66226.html>>. Acesso em out. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferências Nacionais de Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041>. Acesso em ago. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais saúde: direito de todos*. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pacsauade/programa.php>>. Acesso em ago. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1353>. Acesso em ago. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em out. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST-AIDS*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em nov. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial – CNDI*. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=1&menu=558>>. Acesso em set. 2011e.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *Política de Desenvolvimento Produtivo*. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/pdp/index.php/sitio/inicial>>. Acesso em set. 2011f.

BRIGGS, A. The Welfare State in Historical Perspective. In: PIERSON, C.; CASTLES, F. (Ed.) *The Welfare State: a reader*. Cambridge: Policy Press, pp-18-31, 2000.

BUSS, P.; GADELHA, P. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ: experiência centenária em biologia e saúde pública. *São Paulo em perspectiva*, 16 (4), pgs 73-83, 2002.

CAPANEMA, L.; PALMEIRA FILHO, P. Indústria Farmacêutica Brasileira: Reflexões sobre sua Estrutura e Potencial de Investimentos. *BNDES Publicações*, Rio de Janeiro, jun. 2007. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/>

Publicacoes/Consulta_Expressa/Tipo/Livro/200706_1.html> Acesso em: dez. 2011.

CASAS, C. *O complexo industrial da saúde na área farmacêutica: uma discussão sobre inovação e acesso no Brasil*. Tese de Doutorado. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, 2009.

CHAVES, C. *As interações entre o setor saúde e a saúde mental a partir das estatísticas de ciência e tecnologia*. Tese (Doutorado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2005.

CHAVES, C.; ALBUQUERQUE, E. Desconexão no sistema de inovação no setor saúde: uma avaliação preliminar do caso brasileiro a partir de estatísticas de patentes e artigos. *Economia Aplicada*, Ribeirão Preto/SP, v.10, n. 4, 2006.

DI GIOVANNI, G. *A questão dos remédios no Brasil*. São Paulo: Editora Polis, 1980.

DI GIOVANNI, G. *Medicamentos e equipamentos médicos: inovação e adensamento tecnológico no Brasil*. Tese de Doutorado. FFLCH/USP, São Paulo/SP, 1992.

DI GIOVANNI, G.; PRONI, M. Metamorfose do Estado, proteção social e cidadania. In: *Economia e Proteção Social: textos para estudo dirigido*. DEDECCA, C.; PRONI, M. (orgs.). IE/UNICAMP, Campinas/SP, 2006.

DRAIBE, S. *O Welfare State no Brasil: características e perspectivas*. Caderno de Pesquisa nº 08. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), Universidade Estadual de Campinas (UNICMAP), Campinas, 1993.

ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity, 1990.

EVANS, P. *A Tríplice Aliança: as multinacionais, as estatais e o capital nacional no desenvolvimento dependente brasileiro*. Zahar Ed., Rio de Janeiro/RJ, 1980.

FADUL, W. Minha política nacional de saúde. In: *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. FLEURY, S. et. al. (orgs.). Cebes, 1º ed. (reimpressão), Rio de Janeiro, 2008.

FAGNANI, E. *Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese de Doutorado. IE/UNICAMP, Campinas/SP, 2005.

FINACIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS (FINEP). Disponível em <<http://www.finep.gov.br>>. Acesso em nov. 2011.

FLEURY, S. Assistência médica previdenciária – evolução e crise de uma política social. In: *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Cebes, 1º ed. (reimpressão), Rio de Janeiro, 2008.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. Política de saúde: uma política social. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA et. al. (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

FREEMAN, C. The national system of innovation in historical perspective. *Cambridge Journal of Economics*, v. 19, n. 1, p. 5-24, 1995.

FRENKEL, J. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou mecanismos de mercado. In: *Saúde e indústria farmacêutica em debate*. Ed. CUBZAC, São Paulo/SP, 2008.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO (FAPESP). Disponível em <<http://www.fapesp.br>>. Acesso em jul. 2011.

GADELHA, C. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, 8 (2), 521-535, 2003.

GADELHA, C. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, 40, 11-23, 2006.

GADELHA, C. Complexo industrial da saúde: visão geral. *Seminário Valor Econômico*, mar/2010.

GADELHA, C.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, 19 (1), 2003.

GUIMARÃES, R. Ciência, Tecnologia e Pesquisa em Saúde. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA et. al. (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

GOLDBAUM, M. A Reforma Sanitária, Assistência Farmacêutica e o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde. In: *Saúde e indústria farmacêutica em debate*. Ed. CUBZAC, São Paulo/SP, 2008.

GONTIJO, C. *As transformações do sistema de patentes, da Convenção de Paris ao acordo TRIPS: a posição brasileira*. Fundação Heinrich Böll, Berlim, 2005.

HENRIQUE, W. *O capitalismo selvagem: um estudo sobre desigualdade no Brasil*. Tese de Doutorado. IE/UNICAMP, Campinas/SP, 1999.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos*, Rio de Janeiro/RJ, 11 (6), 1993.

HOCHMAN, G. Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945). *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*, 25, 2005.

INSTITUTE OF SCIENTIFIC INFORMATION (ISI). Disponível em: <<http://www.isiknowledge.com>>.

LAGO, R. *A formação e o desenvolvimento da política pública de acesso a medicamentos no programa de aids brasileiro*. Tese de Doutorado. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, 2008.

LASSEY, M.; LASSEY, W.; JINKS, M. *Health care systems around the world: characteristics, issues, reforms*. New Jersey: Prentice Hall, 1997.

LEMOS, M.B. *Indústria farmacêutica, propriedade intelectual e acesso a medicamentos: dilemas e perspectivas*. Dissertação de Mestrado. PUC-SP, São Paulo/SP, 2008.

LIMA, N.; HOCHMAN, G. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2), 2000.

MAGALHÃES, J.; ANTUNES, A.; BOECHAT, N. Laboratórios farmacêuticos oficiais e sua relevância para saúde pública do Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde(RECIIS)*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, mar., 2011.

MEDICI, A. *The regressive nature of health family expending in Brazil*, 2004.

MEDICI, A. *Equity on family health expenditures and health access: lessons from Colombia and Brazil*. VI International Society for Equity in Health (ISEQH) Congress. Cartagena das Índias, set., 2011.

NELSON, R. (ed.). *National innovation systems: a comparative analysis*. New York, Oxford: Oxford University, 1993.

NORONHA, J; LIMA, L; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA et. al. (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

OLIVEIRA, E.; LABRA, M.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, 22 (11): 2379-2389, nov., 2006.

PALMÉRIO, J. *O custo dos remédios*. São Paulo, 1942.

PAVITT, K. Sectoral patterns of technical change. *Research Policy*, n.13, p. 343-373, jan, 1984.

PIERSON, C. *Beyond the Welfare State?* University Park: The Pennsylvania State Univ. Press., 1991.

PRÓGENERICOS. Disponível em <<http://www.progenericos.org.br/>>. Acesso em dez. 2011.

PROJETO inovação em saúde: Fiocruz/Ministério da Saúde. *Revista Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n.11, set.-dez., 2003.

QUEIRÓZ, S.; GONZÁLES, A. Mudanças recentes na estrutura da indústria farmacêutica. In: *Brasil: radiografia da saúde*. NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (orgs.). IE/UNICAMP, Campinas/SP, 2001.

QUENTAL, C.; ABREU, J.; BOMTEMPO, J.V.; GADELHA, C.A. Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, 13 (sup.): 619-628, 2008.

RIBEIRO, M. A. Saúde pública e as empresas químico-farmacêuticas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro/RJ, vol. 17, n 3, 2001.

RIBEIRO, A. C. As flexibilidades da proteção patentária de medicamentos e sua aplicação em epidemias. *Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI*. São Paulo/SP, 2009.

ROSENBERG, N. *Inside the black box – technology and economics*. New York: Cambridge University Press, 1982.

SCHUMPETER, J. *Capitalismo, Socialismo, Democracia*. Londres: len & Unwin, 1976.

SILVA, P. L. *Atenção à saúde como política governamental*. Dissertação de Mestrado. UNICAMP, Campinas/SP, 1984.

THE ASSOCIATION OF THE BRITISH PHARMACEUTICAL INDUSTRY (ABPI). Disponível em: <<http://www.abpi.org.uk>>. Acesso em nov. 2011.

VALENTIM, J. *Política de medicamentos genéricos: um estudo do caso brasileiro*. Dissertação de Mestrado. IE/UNICAMP. Campinas/SP, 2003.

VIANA, A.; BAPTISTA, T. Análise de Políticas de Saúde. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA et. al. (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

VIANA, A.; ELIAS, P. Saúde e desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva* 12 (sup): 1765-1777, 2007.

VILLAS BÔAS, G.; GADELHA, C. A. Oportunidades na indústria de medicamentos e a lógica do desenvolvimento local baseado nos biomas brasileiros: bases para a discussão de uma política nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, 23 (6): 1463-1471, jun., 2007.

ANEXOS

TABELA A.1
Gastos com saúde (países selecionados) - 2010

Países	Gastos com saúde (% do PIB)		Gastos per capita com saúde (US\$)*
	Público	Privado	
Noruega	7,5	0,8	4.763
Suécia	7,4	1,7	3.323
Canadá	7,1	3,1	3.900
EUA	7,1	8,8	7.285
França	8,7	2,2	3.709
Reino Unido	6,9	1,6	2.992
Itália	6,7	1,9	2.686
Portugal	7,1	2,8	2.284
Espanha	6,1	2,3	2.671
Argentina	5,1	4,3	1.322
Chile	3,7	2,4	863
Costa Rica	5,9	2,3	899
México	2,7	3,1	819
Brasil	3,5	4,8	837

Fonte: Human Development Report (2010) apud Interfarma (2011)

* Valores em dólares internacionais pareados pelo poder de compra (PPP)

TABELA A.2
**Número de medicamentos que se encontravam em
desenvolvimento na indústria farmacêutica mundial em 2010
segundo grupos de doenças específicos**

Condição	Nº de medicamentos
Câncer	878
Doenças respiratórias	334
Doenças raras	303
Transtornos mentais e comportamentais	252
Doenças cardiovasculares	237
Diabetes Mellitus	193
Câncer de mama	125
Câncer de pulmão	120
Leucemia	119
Alzheimer e outras demências	98
Câncer de pele	86
Câncer colorretal	82
HIV/AIDS	81
Artrite	74
Parkinson	25

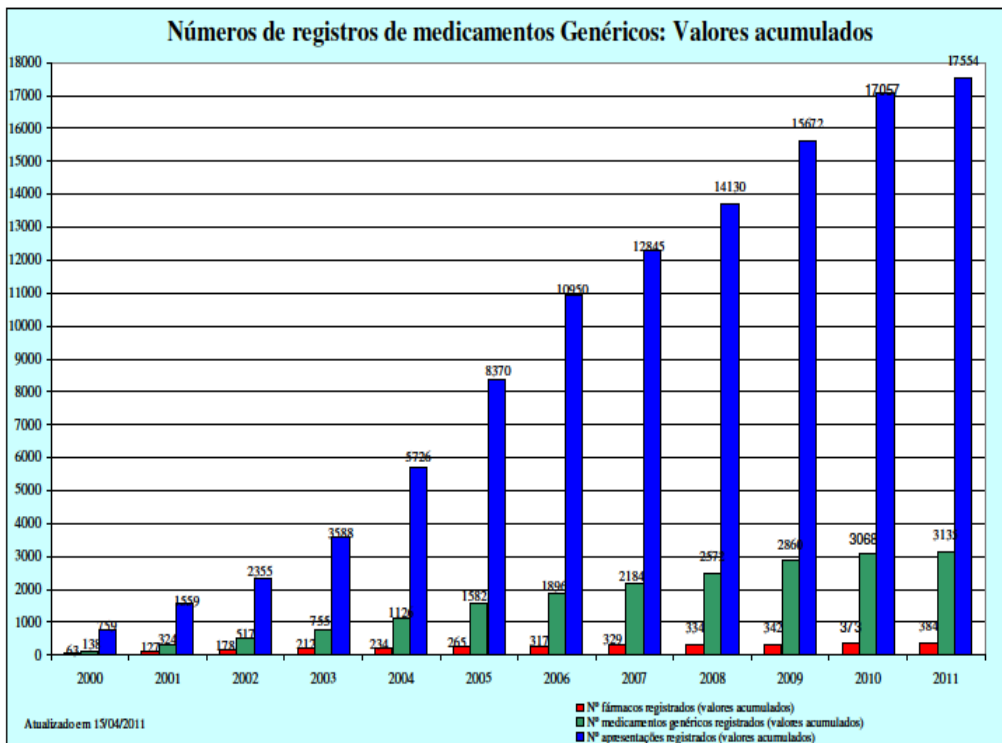
Fonte: Interfarma (2011)

TABELA A.3
Laboratórios farmacêuticos oficiais do Brasil - 2011

Laboratório	Sigla	Município/UF	Ano de Fundação
Laboratório Químico Farmacêutico do Exército	LQFEX	Rio de Janeiro/RJ	1808
Instituto Butantan	-	São Paulo/SP	1899
Laboratório Farmacêutico da Marinha	LFM	Rio de Janeiro/RJ	1906
Fundação Ezequiel Dias	FUNED	Belo Horizonte/MG	1907
Instituto Vital Brazil	IVB	Niterói/RJ	1918
Far-Manguinhos – Instituto de Tecnologias em Fármacos	-	Rio de Janeiro/RJ	1956
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Farmácia Escola, Universidade Federal do Ceará	FFOE	Fortaleza/CE	1959
Indústria Química do Estado de Goiás	IQUEGO	Goânia/GO	1964
Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A	LAFEPE	Recife/PE	1967
Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Universidade Federal da Paraíba	LTF	João Pessoa/PB	1968
Laboratório Farmacêutico de Santa Catarina	LAFESC	Florianópolis/SC	1969
Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica	LAQFA	Rio de Janeiro/RJ	1971
Fundação para o Remédio Popular	FURP	Guarulhos/SP	1972
Laboratório Farmacêutico do Rio Grande do Sul	LAFERGS	Porto Alegre/RS	1972
Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas SA	LIFAL	Maceió/AL	1974
Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado da Paraíba Bio-Manguinhos –	-	Rio de Janeiro/RJ	1976
Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos	-	Recife/PE	1977
Fundação Hemope	-	Recife/PE	1977
Núcleo de Tecnologia Farmacêutica, Universidade Federal do Piauí	NTF	Teresina/PI	1980
Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiologia	CPPI	Piraquara/PR	1987
Laboratório de Produção de Medicamentos, Universidade Estadual de Londrina	LPM	Londrina/PR	1989
Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos, Universidade Federal do Rio Grande do Norte	NUPLAM	Natal/RN	1991
Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos/Unidade de Produção de Medicamentos, Universidade Estadual de Maringá	LEPEMC/UPM	Maringá/PR	-

Fonte: Elaboração própria a partir de Magalhães et. al. (2011) e Oliveira et. al. (2003)

GRÁFICO A.1



Abuso de substância, alergia, anatomia e morfologia, anesthesiologia, biologia, biologia celular, biologia do desenvolvimento, biologia evolucionária, biologia reprodutiva, bioquímica e biologia molecular, biotecnologia e microbiologia aplicada, ciência da saúde e serviços, ciência do comportamento, cirurgia, dentística, cirurgia oral e medicina, dermatologia, doença cardiovascular periférica, doenças infecciosas, endocrinologia e metabolismo, enfermagem, entomologia, farmacologia e farmácia, fisiologia, gastroenterologia e hepatologia, genética e hereditariedade, geriatria e gerontologia, gerontologia, hematologia, imunologia, saúde pública ambiental e ocupacional, medicina emergencial, medicina geral e interna, medicina intensiva, medicina legal, medicina nuclear e imagens, medicina tropical, métodos de pesquisa em bioquímica, microbiologia, neurociência, neuroimagens, neurologia clínica, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, parasitologia, patologia, pediatria, pesquisa médica, política de saúde e serviços, psicoanálise, psicologia, psiquiatria, radiologia, reabilitação, reumatologia, sistema respiratório, sistemas cardíaco e cardiovascular, tecnologia de laboratório médico, toxicologia, transplante, urologia e nefrologia, virologia.

QUADRO A.1 - Disciplinas científicas da área da saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de ISI (2010)

MAPA A.1



TABELA A.4
Distribuição da produção científica brasileira na área da
saúde segundo os municípios de maior destaque - 2008

Município	Total de referências de endereços	(%)
São Paulo	4053	22,59
Rio de Janeiro	1682	9,38
Ribeirão Preto	1041	5,80
Porto Alegre	1029	5,74
Belo Horizonte	802	4,47
Campinas	690	3,85
Brasília	382	2,13
Curitiba	380	2,12
Recife	325	1,81
Salvador	321	1,79
Botucatu	287	1,60
Florianópolis	274	1,53
Fortaleza	248	1,38
São Carlos	226	1,26
Piracicaba	202	1,13
Bauru	189	1,05
Outros	3588	20,00
NI*	2221	12,38
Total	17940	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de ISI (2010)

NI*: Municípios não identificados

TABELA A.5
Distribuição da produção científica brasileira na área da saúde
segundo as instituições de maior destaque - 2008

Instituição	Total de referências de endereços	(%)
Universidade de São Paulo (USP)	3846	21,40
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	1028	5,70
Universidade Estadual Paulista (UNESP)	907	5,10
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	905	5,00
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	792	4,40
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	724	4,00
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	686	3,80
Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz)	581	3,20
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	298	1,70
Universidade Federal do Paraná (UFPR)	287	1,60
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	246	1,40
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	226	1,30
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	223	1,20
Universidade de Brasília (UnB)	219	1,20
Universidade Federal do Ceará (UFC)	196	1,10
Outras	6776	37,70
Total	17940	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de ISI (2010)