



CARACTERÍSTICAS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL DURANTE O SÉCULO XX: EXPANSÃO E DIVISÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO²⁴

Sônia Aparecida Lobo*

[uma maçã]. Caia nesta tentação... e aumente seus lucros!
[quatro maçãs de tamanho crescente marcadas com \$].
Pesquise original Knoll. Chegou Reductil sibutramina.
O 1º sacietógeno para tratamento a longo prazo.
Evolução no tratamento da obesidade.
Grande promoção junto à classe médica. Ampla divulgação em eventos.
Apoio total ao paciente Reductil. Faça já o seu pedido! Enquanto seus clientes entram em forma, você vai engordando...\$eu caixa!
(Propaganda do Laboratório Knoll junto às farmácias).

A indústria farmacêutica mundial faturou no ano de 2003 um valor estimado em US\$ 317 bilhões em vendas em farmácias e drogarias. No mesmo ano, a indústria brasileira de medicamentos lucrou R\$ 16,9 bilhões e em 2004 R\$ 20 bilhões²⁵. Essa produção, que se caracteriza por uma forte concentração oligopolística²⁶ – os laboratórios estadunidenses controlam 28% do mercado mundial, o Japão 20% e a

²⁴ Este artigo faz parte de pesquisa realizada para tese de doutoramento defendida em 2007 na Universidade Federal de Santa Catarina sob orientação da Prof. Dra. Bernardete W. Aued.

* Professora do Curso de História da Universidade Estadual de Goiás em Anápolis e do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia em Goiânia. Doutora em Sociologia.

²⁵ Dados da Federação da Indústria Farmacêutica – Febrifarma. Revista da Indústria Farmacêutica. Nº 4, jan./fev. 2004.

²⁶ Tal tendência tem se agravado na última década com a intensificação dos processos de fusão e aquisições de empresas. Uma das mais recentes (fevereiro de 2005) foi a compra dos laboratórios Eon dos EUA e Hexal da Alemanha, ambos fabricantes de genéricos, por R\$ 8,3 bilhões pelo laboratório Novartis. Com as aquisições, a subsidiária da Novartis para fabricação de genéricos, a Sandoz, irá se tornar o maior laboratório do mundo nesse segmento (Disponível em: www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro. Acesso em: 23/ 02/2005. 22:15).



Europa 33% ²⁷, e o número de fabricantes de produtos farmacêuticos se encontra em torno de dez mil empresas, sendo que apenas as cem maiores são responsáveis por cerca de 90% de todos os produtos farmacêuticos produzidos e destinados ao consumo humano (Radaelli e Pereira, 2003, p. 2) – é um dos segmentos que mais cresce no mundo, embalado por gastos astronômicos em propaganda.²⁸ Apesar da produção e consumo continuarem crescendo exponencialmente a Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial tenha pouco ou nenhum acesso a medicamentos essenciais (Luiza e Bermudez, 2004, p. 46). No Brasil, esse total pode chegar a 40% da população.

Ao mesmo tempo, a produção de medicamentos tem seguido uma rígida divisão internacional do trabalho. As etapas mais lucrativas do processo produtivo e que demandam maiores investimentos em capitais e conhecimento, que são as áreas de pesquisa e desenvolvimento (P&D)²⁹ e da produção de fármacos, concentram-se nas sedes das grandes empresas multinacionais, geralmente localizadas em países de economia central. Países periféricos, como o Brasil, têm se ocupado da produção de medicamentos e da realização de *marketing* visando ampliar o mercado consumidor.

Breve histórico

Os fazeres ligados à produção de medicamentos, com a utilização de plantas medicinais para produção de beberagens, unguentos ou emplastos, têm suas raízes em práticas místico-religiosas nas quais a concepção de doença está estreitamente ligada à noção de males provocados por divindades ou como castigo pelos pecados.³⁰

No Brasil, antes da chegada dos portugueses, a concepção dos indígenas sobre os males que os afligiam também tinha essa natureza. No período colonial, esse quadro se alterou com a introdução no país de uma nova concepção de saber e prática de saúde

²⁷ Dados da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica – Abifarma (*apud* Pinheiro, 1997, p. 80).

²⁸ Calcula-se que 20% do seu faturamento é gasto em publicidade (Lugones, 1999, p. 80).

²⁹ Estima-se em US\$ 500 milhões o custo para pesquisa e desenvolvimento de um medicamento.

³⁰ Para maiores detalhes da história da produção de medicamentos, bem como da profissão de farmacêutico, ver: Santos (1993).



semelhante à existente na Idade Média europeia, quando profissionais como cirurgiões, cirurgiões-barbeiros e boticários exerciam o controle da assistência à saúde. Os boticários, por exemplo, constituíam uma classe de artesãos reconhecida no regime corporativo a partir do século XII, cujo saber estava relacionado ao conhecimento das plantas e drogas mais usadas.

Apesar do pequeno número, as boticas tinham atuação importante no período colonial, caracterizando-se por serem estabelecimentos ligados aos cuidados da saúde da população, e também locais de socialização. Não havia uma separação higienista entre as práticas de saúde e a vida da população local. Na botica os homens se encontravam para conversar, jogar e eventualmente tratar de política (Marques, 2003). Situadas nas ruas principais, as boticas ocupavam dois compartimentos da casa. O boticário residia nos fundos. Em uma das salas, a da frente, ficavam as drogas expostas à venda. Na outra, longe dos olhos do público, fazia-se a manipulação. Além dos remédios, oferecia-se para consumo as sanguessugas, apisteiros³¹, semicúpios³², comadres e até frangos para caldo de dietas (Santos, 1993).

No século XVIII, o Estado português passou a legislar sobre o fazer farmacêutico. Com a instituição do Regimento de 1744, estabeleceram-se dispositivos parecidos com as nossas normas atuais. Dentre eles, uma legislação sobre o profissional responsável, a exigência da existência de balança, pesos, medidas, produtos químicos, vasilhames e livros elementares na botica. Em 1782 surgiu outra legislação para fiscalização da prática médica e farmacêutica. Criou-se uma junta que controlava a venda de medicamentos, obrigando todo boticário a requerer licença.

Porém, como destaca Santos (*op. cit.*), apesar de todo o aparato técnico-administrativo existente nos textos legais da época, os abusos e irregularidades continuaram a ser praticados e encobertos pelas autoridades. As atividades exercidas pelos boticários continuaram estruturando-se como ofício laico. A prática profissional embasava-se na experiência, legado da tradição oral e treinamento.

³¹ Xícara com um bico semelhante a um bule, pela qual se dá caldo ou apisto à pessoa deitada.

³² Banho de imersão da parte inferior do tronco; banho de asseio, banho de assento.



Quanto à produção de medicamentos, podemos dizer que até metade do século XIX, a maioria dos fármacos empregados era de origem vegetal. A sua fabricação se constituía numa atividade de bases artesanais, de caráter familiar, voltada para a manipulação de fórmulas oficinais. Essa realidade só vai se transformar no século XX, com o início do processo de industrialização, em larga escala, dos produtos farmacêuticos. Segundo Pita (2000), a principal inovação farmacêutica no que diz respeito à produção de medicamentos foi o desenvolvimento de sua indústria. Com o surgimento de grandes laboratórios, como Merck, Bayer, Parke-Davis, Sandoz e Ciba, as especialidades farmacêuticas³³ começaram a retirar o lugar dos medicamentos manipulados. Paralelamente, surgiram novas formas farmacêuticas, fruto dos avanços tecnológicos e científicos, como foi o caso dos medicamentos injetáveis, que necessitavam de condições de assepsia rigorosa para o seu desenvolvimento e fabrico.

No entanto, no início do século XX, a maioria dos medicamentos era ainda obtida a partir de produtos naturais. Logo depois passam a predominar na terapêutica os produtos biológicos. Até 1930, o modelo tecnológico de produção de medicamentos no Brasil não se distanciava do existente nos Estados Unidos e na Europa. O Brasil tinha até então uma indústria farmacêutica menor que a estadunidense – o Censo de 1920 registrava 186 laboratórios (Pêgo, 1982, p. 93) –, mas sua tecnologia e os produtos fabricados eram praticamente os mesmos. Aliados à produção dos pequenos laboratórios nacionais existiam, ainda, os laboratórios oficiais, que foram criados com o objetivo de combater algumas epidemias e capacitados para a produção de soros e vacinas. Esses laboratórios, a exemplo do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e do Instituto Butantã, em São Paulo, transformaram-se em importantes centros de pesquisa biológica. Segundo Frenkel (*apud* Santos, *op. cit.*),

Antes da guerra a produção manufatureira de medicamentos reservava-se aos remédios populares e a elaboração de produtos éticos em sua forma final era quase que exclusivamente feita pelos farmacêuticos [...]. Desta forma, já que

³³ Todo produto preparado antecipadamente, introduzido no mercado com denominação e acondicionamento especiais. Disponível em: www.diramb.gov.pt, Acesso em: 24/10/2006.



a habilidade do farmacêutico tinha um papel tão importante na qualidade do produto final quanto o do produtor da matéria-prima, as marcas comerciais tinham, em consequência, uma influência bem menor na comercialização do medicamento do que hoje em dia tem (p. 57).

Assim, quer no campo do conhecimento ou da técnica, os farmacêuticos ainda dominavam o processo de produção dos medicamentos, fosse ele realizado na esfera das boticas, farmácias ou na incipiente indústria que despontava, confeccionando produtos de matérias-primas importadas ou oriundas da flora nacional.

Não podemos, porém, compreender o processo de desenvolvimento da indústria farmacêutica no Brasil desvinculado do processo de expansão industrial mais amplo e das políticas públicas destinadas a promover seu desenvolvimento. A introdução de uma política de industrialização, após 1930, favoreceu a constituição de uma indústria de base no país. A conjuntura internacional, afetada primeiramente pela grande crise de 1929 e em seguida pela Segunda Guerra Mundial, permitiu a substituição de importações principalmente no setor de bens intermediários, como borracha, cimento, mobiliário, siderurgia e papel. O Estado passou a dar máxima prioridade ao desenvolvimento do mercado interno, adotando uma estratégia em que a industrialização aparece como instrumento para tornar a economia nacional menos dependente do mercado externo.

Entre 1939 e 1952, a produção industrial no Brasil cresceu 8,3%. A indústria química e farmacêutica cresceu mais, chegando a 10,5%. O crescimento apontado no período reflete o momento de conquista do mercado brasileiro por empresas estrangeiras, fenômeno característico do pós-guerra e que esteve ligado à expansão dessa indústria em todo o mundo. O desenvolvimento tecnológico proveniente dos investimentos em pesquisa, feitos durante a Segunda Guerra Mundial, fez com que os Estados Unidos da América assumissem a dianteira na produção de medicamentos sintéticos. Essa expansão da indústria farmacêutica mundial deu-se devido a que:

Nas décadas de 30 e 40, com a introdução dos derivados da sulfa e depois com a descoberta da penicilina, a produção de remédios passa a ser feita com bases mais científicas, o que exigia uma escala de produção maior que a



necessária para fabricar os antigos remédios populares, como o conhecidíssimo Biotônico Fontoura, por exemplo. Foram poucos os laboratórios nacionais que conseguiram sobreviver e dar o salto técnico necessário [...] Depois da Segunda Grande Guerra, quando surgiram os antibióticos de largo espectro (remédios eficazes contra um conjunto de infecções), a pesquisa científica tornou-se a principal fonte de lucro na indústria farmacêutica mundial. Através do sistema de patentes, estabeleceram-se verdadeiros monopólios sobre as novas descobertas (Revista Retratos do Brasil, 1980, p. 378).

Inicia-se o processo de expansão internacional e de centralização de capitais promovidas por essas empresas. No Brasil, segundo Pêgo (*op. cit.*), ocorreu uma aceleração da instalação de subsidiárias de empresas farmacêuticas estadunidenses dedicadas à produção local daqueles produtos desenvolvidos pela matriz. Desde esse período o Brasil alcançou uma posição de destaque no mercado mundial, ao mesmo tempo em que apresentava forte dependência de matérias-primas importadas e incipiente produção e pesquisa de novos fármacos.

Nesse contexto, as antigas boticas e farmácias deixam gradativamente de ser o espaço de produção de medicamentos, sendo substituídas pela produção industrial e pelos produtos químico-sintéticos que passam a dominar nas indicações médicas, modificando as características da profissão de farmacêutico e das farmácias, que se transformam em locais destinados meramente ao comércio de medicamentos.

A união física entre consultório médico e farmácia, que muitas vezes funcionava no mesmo estabelecimento, desaparece. Dissocia-se a estreita relação entre o médico e o farmacêutico, baseada na cooperação e fiscalização de sobre o outro, competindo ao farmacêutico corrigir e acertar as fórmulas antes do aviamento. Em decorrência da expansão industrial, Santos (*op. cit.*) nos diz:

Saem os médicos das farmácias, pouco depois, os receituários de fórmulas e, mais tarde, os próprios farmacêuticos, descaracterizando aquelas como estabelecimento de saúde [...] Na medida em que a farmácia-oficina deixou de ser necessária e dela prescindiram os médicos e os doentes, gradualmente foram desaparecendo, cedendo lugar às modernas drogarias (p. 69).



De modo geral, podemos dizer que esse momento da industrialização no Brasil, do qual o desenvolvimento da indústria farmacêutica faz parte, deu-se pela importação de tecnologia, tanto sob a forma de novos produtos quanto de mudança de processos, marcando forte dependência quanto à importação de insumos e maquinários. A ação do Estado se fez no sentido de ocupar setores considerados estratégicos para o desenvolvimento, como o caso da metalurgia e depois o petróleo.

Na década de 1950, o capital monopolista se faria expandir não apenas no setor estatal, mas também na esfera privada sob controle do capital estrangeiro. Em 1960, 100% da produção de veículos a motor e de pneus, 90% da produção de vidro e 86% da indústria farmacêutica se encontravam nas mãos do capital estrangeiro. Em 1969, todos os grandes laboratórios farmacêuticos europeus e estadunidenses estavam instalados no Brasil (Singer, 1986, p. 225). No período de 1957 a 1975, o número de empresas de capital local, entre as vinte maiores, cai de cinco para apenas uma. Em 1977, dos vinte e três laboratórios instalados no país, que respondiam por 50% do faturamento total do setor, apenas um era nacional.³⁴

Tabela 1 - Principais Laboratórios Farmacêuticos no Brasil na década de 1970

<i>Laboratório</i>	<i>País</i>	<i>Faturamento*</i>
Roche	Suíça	685,5
Johnson	EUA	551,6
Schering	EUA	460,0
Aché	Brasil	423,2
Merck	Alemanha	382,7
Fontoura	EUA	371,7
Merck Sharp	EUA	339,6
Merrel	EUA	337,5
Hoechst	Alemanha	335,0
Rhodia	França	323,7
Sandoz	Suíça	312,8
Sarsa	França	312,7
Laborterápica	EUA	311,6
Geigy	Suíça	309,6
Squibb	EUA	286,6
Ciba	Suíça	283,9

³⁴ Trata-se do Laboratório Aché (Pêgo, *op. cit.*, p. 95).



Lilly	EUA	274,0
Andrômaco	Espanha	261,5
Lepetit	EUA	245,0
Organon	Holanda	240,7
Bayer	Alemanha	236,6
Berlimed	EUA	230,3
Bochringer	Alemanha	223,7

*Em milhões de cruzeiros (1977).

Fonte: The Pharmaceutical Market Brazil: Publicação Editada pela I.M.S AG Zurique – Suíça, *apud* Pêgo, 1982.

Nesse período, o Brasil ostentava a posição de sexto maior mercado entre os países capitalistas, com um faturamento que ultrapassava um bilhão de dólares (Coelho, 1982, p. 72). Porém, não se deve buscar a compreensão do processo de desnacionalização da indústria farmacêutica no Brasil apenas sob a ótica da desvantagem tecnológica. Internamente, a década de 1950 se caracterizou por uma política econômica bastante liberal quanto à co-participação do capital estrangeiro no intenso crescimento industrial que então se verificava. Segundo Frenkel (1978),

Nesse período não foi acionado por parte do governo nenhum tipo de política industrial que implicasse num apoio econômico às empresas nacionais do setor farmacêutico, ou mesmo que dificultasse sua venda a grupos estrangeiros. A estes, por sua vez, interessava a compra de laboratórios locais e de preferência grandes. Isto porque a maioria dos laboratórios estrangeiros que entraram no país neste período vieram desenvolver aqui sua produção de especialidades farmacêuticas. A compra de laboratórios locais lhes era conveniente por duas razões: primeiro, a utilização da marca comercial do laboratório local facilitaria a penetração de seus produtos junto à classe médica do país; e segundo, poderiam contar com uma rede de distribuição já montada (p. 78).

Para Cordeiro (1980, p. 121), a política adotada para o comércio exterior nesse período, que se expressou nas instruções 70 (1953-61) e 113 (1955-61) da Superintendência da Moeda e do Crédito (SUMOC) teve resultados sobre a indústria farmacêutica, pois a primeira encarecia as importações de medicamentos acabados, estimulava a instalação, no país, das plantas industriais de origem estrangeira, ao mesmo tempo em que a segunda, criava consideráveis facilidades para o investimento



do capital estrangeiro no país. Segundo a análise desse autor, de 32 aquisições de indústrias farmacêuticas nacionais por estrangeiras, ocorreram oito transferências de controle acionário entre 1957 e 1963, oito entre 1965 e 1970 e dezesseis entre 1971 e 1975. A desnacionalização foi acompanhada da perda de competitividade de empresas nacionais entre 1957 e 1975. Em 1957, cinco empresas nacionais estavam entre as vinte e uma de maior faturamento; em 1960 eram quatro e em 1975 apenas uma.

Tal movimento caracteriza um nítido processo de centralização, em escala internacional, de capitais antes dispersos. Marx (1988) aponta esse processo como uma das características da acumulação capitalista em que a reunião de capitais individuais se dá pelo acirramento da competição entre empresas, que termina com a ruína dos capitalistas menores. O desenvolvimento do crédito favorece, em grande escala, a acumulação nos setores mais ricos. Nesse sentido, a entrada no mercado brasileiro de grandes capitais ligados ao setor farmacêutico, sob a proteção de políticas estatais brasileiras que a favoreciam e a estimulavam, permitiu um largo processo de acumulação e centralização, por parte das indústrias de grande capital e com tecnologia de ponta, em detrimento do pequeno capital que ainda funcionava segundo padrões artesanais ou com processos industriais incipientes.

Há que considerarmos ainda que as políticas de saúde adotadas pelos governos desde os anos trinta enfocaram basicamente a medicina curativa, assistência médica, com baixos investimentos em medicina preventiva. A medicalização tornou-se a solução para os problemas de saúde da população e criou as bases para o fortalecimento e consumo indiscriminado de medicamentos. Segundo Coelho (*op. cit.*),

Esta falta de ênfase nas ações de promoção da saúde e proteção específica levaram a uma hipertrofia das ações em nível da fase patogênica. A consequência disto tudo é uma medicalização intensa da sociedade. Estabelece-se dessa forma um vínculo, até agora indissolúvel, entre uma política econômica distorcida e uma política de saúde inadequada à realidade brasileira (p. 74).



O fim do período democrático e início da ditadura militar não mudaram esse quadro. Pelo contrário, como podemos verificar pelos dados, teve continuidade o processo de centralização de capitais no setor farmacêutico. Na década de 1970 as indústrias ligadas ao setor tiveram um crescimento expressivo e seu faturamento evoluiu de 2,6 bilhões de cruzeiros para 19,3 bilhões entre 1971 e 1977, um crescimento real de 76,6%.³⁵ As políticas sanitárias, em que pese a criação da CEME – Central de Medicamentos – em 1971, não mudaram o processo de crescente monopolização da produção de medicamentos.

Características da indústria farmacêutica no Brasil no período recente

A inserção da indústria farmacêutica brasileira no mercado internacional espelha as transformações ocorridas na política macroeconômica brasileira e a relação de uma economia periférica – no caso o Brasil – com países centrais, principalmente com o capital estadunidense. Decorre daí, também, o lugar subordinado que passa a ocupar na divisão internacional do trabalho.³⁶

³⁵ Dados da Fundação Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social do Rio de Janeiro (1979).

³⁶ I. Wallerstein (1999) tenta perceber as transformações históricas por meio de categorias como moderno sistema social e sistema mundial/economia mundo. Para o autor, o que caracteriza um sistema social “es el hecho de que la vida em su seio em gran medida autoincluida, y que a dinámica de su desarrollo es em gran medida interna” (p. 490). O sistema mundial seria uma das formas assumidas pelo sistema social. No sistema mundial a sua auto-inclusão como entidades econômicas materiais está baseada em uma extensiva divisão do trabalho e contém uma variedade de culturas. Dois sistemas mundiais são possíveis, segundo o autor: os impérios/mundo e as economias/mundo. Importante destacar que no sistema mundial a divisão extensiva do trabalho não é meramente funcional ou ocupacional, mas antes geográfica. Toda uma gama de tarefas econômicas não se encontra distribuída uniformemente por todo o sistema mundial. Isso se dá não apenas em função de considerações ecológicas, mas antes em função da organização social do trabalho, que legitima a capacidade de certos grupos dentro do sistema de explorar o trabalho de outros e de receber uma parte maior dos excedentes. Para o autor, as economias-mundo estão divididas em Estados de centro e em áreas periféricas. Os estados de centro são as áreas favorecidas da economia-mundo. “Em tales Estados, la creacion de un fuerte aparato de Estado unido a una cultura nacional, fenómeno a menudo llamado integración, sirve como mecanismo para proteger las disparidades surgidas em el seno del sistema mundial y como máscara ideológica justificadora del mantenimiento de tales disparidades” (*idem*, p. 492). Essa divisão da economia-mundo supõe uma hierarquia de tarefas ocupacionais na qual as tarefas que requerem maiores níveis de qualificação e uma maior capitalização se encontram nas áreas centrais. “Dado que una economia-mundo capitalista recompensa esencialmente el capital acumulado, incluyendo el capital humano, em mayor medida que la fuerza de trabajo ‘em crudo’, la mala distribución geográfica de estas cualificaciones ocupacionales pose una fuerte tendencia hacia su automantenimiento” (*idem*, p. 493).



Para compreendermos como se dá a inserção do Brasil nessa divisão é importante percebermos que a produção de medicamentos segue quatro estágios distintos: o primeiro, de pesquisa e desenvolvimento (P&D), é a fase mais cara do processo; no segundo estágio ocorre a produção dos fármacos, uma etapa basicamente de processos químicos em que se produz a matéria-prima dos medicamentos; a terceira fase é a de produção de medicamentos propriamente dita e trata-se de processos físicos dos princípios ativos (trituração, mistura, dissolução, compactação), obtendo-se as formas comercializáveis – comprimidos, drágeas, cápsulas, injetáveis, xaropes, supositórios, pomadas e adesivos; a seguir há a fase de comercialização e *marketing*. A produção brasileira tem se centrado no terceiro e quarto estágios, com forte dependência tecnológica e de importação de fármacos (Queiroz e Gonzáles, 2001, p. 122).

Nas duas últimas décadas do século passado e início deste não ocorreu nenhuma mudança estrutural no que diz respeito ao lugar ocupado pela produção brasileira de medicamentos no mercado internacional, que se consolidou desde os anos de 1930. Ao contrário, apesar de mudanças no que diz respeito à legislação sanitária, a lei de patentes, a produção de genéricos e às mudanças tecnológicas e organizacionais das empresas, o que se viu foi o aprofundamento da centralização de capitais no setor da produção de medicamentos impostas pela economia globalizada.

Na década de 1980, o Estado começou a abandonar a política desenvolvimentista assumida desde os anos de 1930 e passou a ter que se reajustar a outro modelo global de desenvolvimento econômico. Segundo Lamonier (1990), nesse período passam a coexistir, no Brasil, dois projetos econômicos, sendo um estatizante, em crise, e o liberal, em ascensão, que teve sua efetivação nas políticas que se seguiram nos anos de 1990.

De maneira geral, podemos caracterizar essa crise do modelo desenvolvimentista/estatizante pelos altíssimos índices de recessão vivida desde o governo Figueiredo (1979-1985), associados a uma situação de crescimento inflacionário. Segundo Moura (1990), de 1982 a 1983, ocorreu a mais profunda queda do nível de atividade econômica dos últimos 60 anos. Em 1983, houve uma queda de



5,9% na produção industrial brasileira. Esse quadro, articulado à situação política internacional criada pela decretação da moratória mexicana em 1982, levou a uma dificuldade maior na obtenção de empréstimos e, por fim, resultou na tutela de nossa política econômica pelo FMI.

No governo Sarney (1985-1990), a continuação do quadro de elevada inflação desencadeou sucessivas tentativas de estabilização econômica por meio de planos econômicos, como Cruzado I e II e o Plano Bresser. De modo geral, podemos dizer que essas tentativas redundaram em fracasso generalizado. Em 1988 a taxa de inflação chegou a 684,6% e no fim do governo Sarney atingiu a cifra diária de 2%, acumulando ainda um déficit público gigantesco.

O resultado dessa situação se fez sentir no setor de saúde. Apesar de a Constituição de 1988 apresentar avanços nas políticas públicas no que diz respeito ao capítulo da saúde, a década foi marcada por uma das piores crises do sistema previdenciário no Brasil, incluindo a atuação da CEME. Durante o Plano Cruzado, a situação referente aos medicamentos chegou a um ponto crítico. Por um lado, porque os fabricantes deixaram de produzir vários produtos que estavam com preços congelados; por outro, havia também a falta de frascos e de vidros para embalagens. No âmbito governamental, a CEME sofria sérios reveses, enfrentando um forte *lobby* da indústria farmacêutica privada, que não desejava a auto-suficiência do Estado na produção de medicamentos, nem mesmo daqueles considerados essenciais (Fundação Oswaldo Cruz, 1991).

Nos anos de 1990, sob os governos Collor (1990-1992) e FHC (1994-2002), teve início a implantação das políticas liberalizantes no Brasil, seguindo orientação adotada pelos organismos internacionais desde a década anterior e que tinham como referência o receituário ditado pelo Consenso de Washington.³⁷

³⁷ Nos anos de 1980 criou-se um plano único de ajustamento das economias periféricas, batizado de Consenso de Washington que visava à homogeneização das políticas econômicas nacionais levadas a cabo diretamente por técnicos dos bancos internacionais, como ocorreu na África; por economistas universitários estadunidenses, como na Bolívia, Polônia e Rússia; ou por corpos burocráticos dos próprios países afetados, como no caso do Brasil, México e Argentina. Segundo Fiori, o programa se caracteriza



No que diz respeito à produção industrial, a política de estabilização do Plano Real sob o governo Fernando Henrique Cardoso produziu efeitos negativos. Segundo dados do governo, a indústria nacional perdeu, de 1994 a 1997, um mercado de 17,7 bilhões de dólares, fechou 450 mil postos de trabalho e acumulou um déficit comercial de mais de sete bilhões de dólares em 1996 (Fiori, 1997, p. 92).

Ilustrativos, também do processo de liberalização, abertura e internacionalização econômica dos anos de 1990 são os dados sobre o Investimento Direto Estrangeiro no Brasil – IDE. Segundo Sarti e Laplane (2002, p. 64), desde a segunda metade da década de 1990 o IDE teve uma trajetória ascendente, chegando, em 2000, à casa dos US\$32 bilhões líquidos. No caso brasileiro, parte considerável do IDE foi destinada à aquisição de empresas existentes, muitas delas empresas públicas cuja privatização em 1999, atingiu 30,7% do valor líquido do IDE. Nesse sentido, o IDE aprofundou o grau de internacionalização produtiva da economia brasileira. No ano 2000, 46% das 500 maiores empresas, no Brasil, eram estrangeiras e em 1989 esse índice chegava a apenas 30%. O processo de internacionalização por meio do IDE atingiu, particularmente, o setor de serviços, com a privatização dos setores financeiros e de telecomunicações. Esse processo foi preponderante no setor farmacêutico, com resultados diretos sobre sua estrutura.

A abertura comercial que facilitou a importação de matérias-primas (fármacos), a liberalização dos preços de medicamentos, bem como a nova Lei de Patentes³⁸ e de

por “uma estratégia sequencial em três fases: a primeira consagrada à estabilização macroeconômica, tendo como prioridade absoluta um superávit fiscal primário envolvendo invariavelmente a revisão das relações fiscais intergovernamentais e a reestruturação dos sistemas de previdência pública; a segunda, dedicada ao que o Banco Mundial vem chamando de reformas estruturais; liberalização financeira e comercial, desregulação dos mercados, e privatização das empresas estatais; e a terceira etapa, definida como a da retomada dos investimentos e do crescimento econômico” (Fiori, *op. cit.*, p. 12).

³⁸ Grosso modo, podemos dizer que sua função é garantir ao inventor de um produto, de um processo de produção ou de um modelo de utilidade – desde que essa invenção atenda os requisitos de novidade, atividade inventiva e aplicação industrial – o direito de obter a patente que lhe assegure a propriedade de sua invenção por um determinado período. Durante esse período, quem quiser fabricar com fins comerciais, um produto patentado, deverá obter licença do autor e pagar-lhe *royalties*. (www.economiabr.net. “Lei de patentes. O que é?”. Acessado em: 15/01/2004. 20:45).



genéricos, marcam uma forte expansão do setor. O resultado desse conjunto de mudanças foi a retomada dos investimentos. Segundo Queiroz e Gonzáles (*op. cit.*),

Para o período de 1997/2000, a ABIFARMA previa investimentos de US\$ 1,3 bilhão. A nova planta da Glaxowellcome, inaugurada em Jacarepaguá, Rio de Janeiro, representou um investimento de US\$ 20 milhões. A da SmithKline Beecham, inaugurada em fevereiro de 1999, também no Rio de Janeiro, custou US\$ 80 milhões. A Roche investiu US\$ 60 milhões em sua fábrica carioca. Os investimentos da Servier [...] deverão ser de US\$ 50 milhões, apenas em sua primeira etapa (p. 142).

Produção de medicamentos e Lei de Patentes

Nesse contexto, a criação da Lei de Patentes se constituiu em um marco legal importante para a indústria farmacêutica no Brasil. A lei nº 9.279 foi aprovada em 1997 e trata de proteção da propriedade industrial. Até a promulgação dessa lei, o Brasil agia de acordo com a lei nº 5.772/71.³⁹ Essa lei, no entanto, proibia a concessão de patentes, no Brasil, para os setores da indústria química, de alimentos, farmacêutica, nuclear, de misturas metálicas, técnicas operatório-cirúrgicas e terapêuticas e usos de microorganismos. Conseqüentemente, qualquer invenção nessas áreas era de domínio público no Brasil. Tal política visava à permissão de um salto tecnológico no setor. Na área de transformação obteve-se significativa transferência de tecnologia, mas o mesmo não ocorreu com a produção de fármacos.

Os Estados Unidos da América, desde os anos de 1970, passaram a exigir mudanças na forma de concessão de patentes. As discussões sobre a propriedade

³⁹ Em 1884, a Convenção de Paris fundou a União Geral para proteção da Propriedade Industrial, a qual incluía o setor farmacêutico na proteção às invenções e à propriedade industrial. Os produtos e processos da área farmacêutica ficaram patenteáveis no Brasil até 1945, com prazos de quinze anos para patentes de medicamentos e de dez anos para processos. A partir do Decreto Lei nº. 7.903, de 28/08/45, os produtos químicos farmacêuticos de qualquer tipo passaram a não ter mais patente reconhecida. O patenteamento de processos, porém, vigorou até 1969, quando foram revogadas todas as formas de patentes existentes na área farmacêutica, através do decreto-lei nº 1.005, de 1969. Relatório Final da CPI dos Medicamentos. Brasília, 2000.



industrial passaram a ser feitas pelo GATT (Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio), que era um ambiente favorável aos estadunidenses. Segundo Bermudez (2004),

Em Abril de 1994, encerrou-se a mais longa e complexa rodada de negociações sobre o comércio internacional – conhecida como Rodada Uruguai – no âmbito do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT), culminando na assinatura de uma série de acordos multilaterais e na criação da Organização Mundial do Comércio (OMC). Dentre os diversos acordos assinados pelos 123 países signatários, está o Acordo sobre Aspectos da Propriedade Intelectual Relacionadas ao Comércio (Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights) – o Acordo TRIPS (p. 69).

Para fazer parte da OMC os países tiveram que aceitar as condições impostas sobre a propriedade industrial. A adesão do Brasil à OMC levou à aprovação da atual Lei de Patentes. Pelo acordo firmado a partir da TRIPS os países não poderiam excluir nenhuma área tecnológica da concessão de patentes. No caso brasileiro, isso significava que teria que conceder patentes de medicamentos, substâncias químicas e alimentos. Essa lei instituiu o patenteamento de produtos e processos de forma generalizada pelo prazo de 20 anos. O objetivo político dessa adesão era atrair investimentos externos. Segundo Bermudez (*op. cit.*), foi o setor de medicamentos que esteve por detrás das pressões estadunidenses para a inserção do tema da propriedade industrial no âmbito do GATT. Vale a pena destacarmos que, na indústria farmacêutica, a proteção patentária é um forte instrumento de apropriação dos resultados de inovação, uma vez que os produtos recentemente lançados e protegidos por patente atingem um alto preço de comercialização e podem retardar a concorrência por parte de outras empresas.

Dados sobre o estágio de pesquisa e desenvolvimento

Se estabelecermos uma comparação entre a área de pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, no Brasil, entre os anos de 1980 e 1990, veremos que houve poucos avanços. Segundo Queiroz e Gonzáles (*op. cit.*, p. 124), na década de 1980 não houve praticamente nenhum desenvolvimento nessa etapa de produção. Os motivos



apresentados são: os custos envolvidos no processo de pesquisa que podem chegar de 15 a 20% das vendas da indústria; a ausência de qualificação de pessoal; a fragilidade das empresas locais, em que cerca de 80% das empresas instaladas detinham apenas 20% do mercado nacional; a política de centralização de P&D pelas empresas estrangeiras nos países de origem e o quadro institucional que levava a um desestímulo em virtude da lei de patentes em vigência até então.

Nos anos de 1990, foi possível perceber uma pequena mudança no que diz respeito a esse quadro. Algumas empresas (p. ex., Glaxo Wellcome, Novartis brasileira, Bristol-Mayers) passaram a realizar, no país, atividades de pesquisa clínica. Esta é a fase em que o novo fármaco é testado em um pequeno grupo de voluntários, quando se verificam sua eficácia e efeitos colaterais. Essa atividade corresponde a uma fase importante de P&D e consome 60% dos valores investidos na pesquisa. A mudança no quadro da pesquisa esteve vinculada à nova legislação patentária e à forte ampliação dos preços na década de 1990.

No entanto, havemos de destacar que na área de P&D a capacidade está situada fora do Brasil – em 1998, as empresas do setor gastaram 0,53% do seu faturamento em atividades de P&D (Gadelha, 2003), fato que reforça a divisão internacional do trabalho, pela qual atividades de alto valor ficam fora do alcance do país. Dessa maneira as limitações encontradas na década de 1980 persistiram nos anos de 1990 e avançaram no início deste século, apesar de algumas iniciativas no âmbito do Estado.⁴⁰

⁴⁰ Em 2004, o Governo instituiu, através do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o PROFARMA – Programa de apoio ao desenvolvimento da cadeia produtiva farmacêutica. Trata-se de uma linha de crédito voltada para o financiamento de atividades relacionadas à produção de medicamentos, à pesquisa e desenvolvimento e ao fortalecimento das empresas nacionais (www.bndes.gov.br, Acessado em: 09/04/2006, 22:50). Até Junho de 2005 o Programa já havia aprovado, segundo a Febrfarm, o financiamento de R\$ 77,4 milhões destinados a projetos de expansão de cinco laboratórios. Para a área de fármacos, o BNDES é o principal financiador de pesquisa e desenvolvimento. O impacto dessa medida ainda não pode ser mensurado, mas a linha de crédito tem sido desde já considerada insuficiente pela Febrfarm (“Rumos da política industrial para o setor farmacêutico”. Revista Indústria Farmacêutica, Nº 9, mai./jun. 2005. Disponível em: www.febrfarm.org.br Acessado em: 29/03/2006).



Produção de fármacos

Sobre a produção de fármacos no Brasil – fase dois do processo produtivo – houve um retrocesso na produção, nas décadas de 1980 e 1990. Segundo Radaelli e Pereira (*op. cit.*), nos anos de 1980:

Buscou-se ampliar a produção por meio de um conjunto de medidas e políticas, entre as quais uma portaria conjunta dos Ministérios da Saúde, Indústria e Comércio que regulamentava a concessão de autorização para produção de matérias-primas, insumos farmacêuticos e aditivos utilizados na fabricação de medicamentos (Portaria nº 4, de 03/10/84). O objetivo era proteger e ordenar o mercado, evitando projetos concorrentes e com eles o risco de construção de capacidade produtiva excedente. No final da década de 1980, mais de 70% do mercado de fármacos era atendido pela produção nacional. O faturamento do setor de fármacos, que não chegava a US\$ 270 milhões em 1982, atingiu aproximadamente US\$ 500 milhões em 1991, sendo que antes do Plano Collor estava na casa dos US\$ 600 milhões. As exportações também cresceram, sendo que as importações, que mostravam uma certa estabilidade até 1986, a partir deste ano voltaram a crescer (p. 13).

Desde o governo Collor de Mello, o quadro mudou rapidamente. Dentro da política de abertura econômica estabelecida por esse governo, foi implementada a redução das tarifas de importação. Segundo a *Gazeta Mercantil* (*apud* Queiroz e Gonzáles, *op. cit.*, p. 135), o Brasil importava US\$ 200 milhões em produtos do setor farmacêutico, no início da década de 1990. No final dessa década importou US\$1,2 bilhão. Aliado a isso, a aprovação da Lei de Patentes, em vigor desde 1997 dificultou a cópia de produtos, levando à perda de estímulo da indústria farmacológica. Nesse quadro, muitas empresas farmacêuticas nacionais e estrangeiras fecharam suas instalações e passaram a importar esses produtos, ocorrendo um aumento da desverticalização das empresas no Brasil, que passaram a se dedicar, quase que exclusivamente, à produção de medicamentos.

Interessante observarmos que a abertura para o mercado de farmacológicos não teve como resultado a queda de preços dos produtos nas farmácias. Segundo Queiroz e Gonzáles (*op. cit.*), para produtos mais novos é generalizada a prática de preços de



transferência e, na ausência de produção interna, a tendência é de encarecimento dos custos de produção farmacêutica. Assim, o aumento de concorrência associado à queda de preços, que teoricamente ocorreria com a abertura econômica, nesse caso não aconteceu.

Produção de medicamentos

A produção de medicamentos tem sido o estágio mais desenvolvido no Brasil. O mercado brasileiro de medicamentos em 2003 foi o décimo primeiro do mundo, com vendas anuais superiores a R\$ 16 bilhões e um volume de vendas em torno de 1,4 bilhão de unidades. O setor gerou, ainda, 47,1 mil empregos diretos e em torno de 120 mil indiretos (Revista Indústria Brasileira, 2004, p. 28).

Nos anos de 1990, as mudanças na economia beneficiaram a produção de medicamentos. Dentre elas, podemos apontar o processo de abertura comercial, pois, especialmente as filiais das firmas estrangeiras passaram a desfrutar de maior liberdade de importação de matérias-primas. Nessa mesma década ocorreu a liberalização de preços. Segundo Frenkel (2001), esta apresenta uma característica peculiar: o aumento do faturamento das empresas associado à diminuição das quantidades vendidas. Esse fato só ocorreu em virtude da elevação do preço médio dos medicamentos. O que se pode notar ao longo da década é o aumento generalizado de preços, como podemos ver a seguir.

Tabela 2 - Reajustes dos remédios x inflação (em %)

Ano	Reajustes remédios	Inflação (IPC-FIPE)	Diferença	Acumulada
1984	167,6	178,6	(3,9)	(3,9)
1985	191,1	228,2	(11,3)	(14,8)
1986	24,6	68,1	(25,9)	(36,9)
1987	526,3	367,2	34,1	(15,3)
1988	775,5	891,6	(11,7)	(25,3)
1989	1.572,8	1.635,7	(3,6)	(28,0)
1990	1.737,6	1.639,1	5,7	5,7



Plurais

Virtual

Universidade Estadual de Goiás

Unidade Universitária de Ciências Sócio-Econômicas e Humanas de Anápolis

1991	350,9	458,6	(19,3)	(14,7)
1992	1.562,5	1.130,0	35,2	15,3
1993	3.509,7	2.491,0	39,3	60,6
1994	732,7	941,3	20,0	28,4
1995	20,0	23,2	(2,6)	25,1
1996	15,3	10,0	4,8	31,1
1997	5,9	4,1	1,7	33,3

Fonte: FIPE, ABIFARMA e Gazeta Mercantil (Panorama Señorial *apud* Queiroz e Gonzáles, *op. cit.*, p. 140)

Cabe ainda lembrar que, no período, a população brasileira aumentou em cerca de quinze milhões de pessoas, o que mostra uma forte restrição ao acesso a medicamentos pela população.⁴¹ Nesse período foram adotados alguns mecanismos de restrição ao abuso do aumento de preços. Diversos processos foram apresentados ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE – em que se acusavam as empresas de práticas oligopolistas e de conduta anticompetitivas⁴², mas não se obteve nenhuma punição. A criação da Lei de Genéricos também buscou uma maior competitividade no mercado, não obtendo, porém, resultados relevantes sobre os preços dos produtos.

Na mesma linha, tem-se verificado o aumento do faturamento de medicamentos durante toda a década aliado à forte concentração dos lucros, uma tendência internacional nos anos de 1990. As tabelas abaixo demonstram essa tendência:

⁴¹ Segundo Pinheiro (1999, p. 176), em 1997 cerca de 40% da população brasileira se encontrava excluída do mercado consumidor de medicamentos. Segundo a ABIFARMA, os 15% da população com renda de mais de dez salários mínimos são responsáveis por 48% do consumo de medicamentos no Brasil, enquanto que a camada dos que ganham a até quatro salários mínimos respondem por apenas 16% do consumo.

⁴² Para melhor compreensão da questão, consultar Mello (2001).



Tabela 3 - Faturamento do mercado de medicamentos.

Ano	Faturamento (US\$ bilhões)
1992	3,70
1993	4,84
1994	6,18
1995	8,27
1996	9,69
1997	11,20
1998	11,90

Fonte: Romano e Bernardo (2001, p. 446).

Tabela 4 - Participação das maiores empresas no faturamento.

Categorias de empresas	%
10 maiores	43,94
20 maiores	65,55
30 maiores	78,96
40 maiores	86,60
50 maiores	89,69
60 maiores	91,07

Fonte: Romano e Bernardo (*idem*).

Romano e Bernardo (2001) ressaltam que poderíamos supor que há um baixo grau de concentração na indústria farmacêutica, pois cerca de 40 laboratórios dominam 86% do mercado. Não obstante essa aparente fragmentação, a indústria apresenta características de monopólios e oligopólios. Quando observamos que há necessidade de produtos específicos para cada tipo de doença e que o grau de substituição de um medicamento é lento, evidencia-se a existência de um elevado grau de concentração,



sendo comum o controle de mais de 80% do mercado de um medicamento pelas três ou quatro maiores empresas, atuando em cada classe farmacêutica, onde não possuem concorrentes e seus produtos encontram-se protegidos por patentes. Ainda, segundo a ALANAC – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (*apud* Castro, 2001, p. 19), em 1998, das 350 empresas presentes no Brasil, 56 eram filiais de multinacionais e dominavam 72% da produção de medicamentos; 278 eram de capital privado nacional, controlando 19,6%, e 16 eram laboratórios estatais com o controle de 8,4%. O que aponta para a continuidade do processo de concentração de capitais em escala internacional.

Segundo Queiroz e Gonzáles (*op. cit.*, p. 142), outros fatores, como a Lei de Patentes e o processo de reestruturação internacional das empresas, buscando uma racionalização da produção, também são indicados como importantes para o crescimento do setor. No que diz respeito aos processos de reestruturação, ocorreu o fechamento de plantas industriais menores e menos eficientes e o reforço das bases mais consolidadas. O Brasil, devido à importância de seu mercado e da infra-estrutura instalada, tornou-se um candidato a consolidar uma grande plataforma fabril para a América Latina. O resultado desse conjunto de mudanças foi a retomada dos investimentos, que podem ser compreendidos no quadro de expansão do IDE, no Brasil, e de consequente crescimento da internacionalização da economia.

Outro dado importante da produção de medicamentos, no Brasil, está ligado à produção de genéricos. Desde 1983 já era obrigatório constar na rotulagem do medicamento, juntamente com o nome da marca, a denominação genérica. No entanto, essa determinação era burlada constantemente pelas empresas. Em 1993, o governo editou o decreto nº 793, cuja principal exigência era que o nome genérico fosse três vezes maior do que o nome da marca do produto nas embalagens. Em 1998, a Resolução CNS nº 280 considerava a necessidade do estabelecimento de uma política de medicamentos genéricos como uma das formas de ampliar o acesso a medicamentos e promover seu uso racional no país. Em 1999 foi criada a Lei dos Genéricos (lei nº 9.787), coincidindo com o momento de alta generalizada dos medicamentos. Essa lei



possibilita a cópia de medicamentos, após o vencimento do tempo previsto pelo direito patentário, sobre os medicamentos de referência e visa substituir a produção de similares.⁴³ Essa produção, apesar de pequena, tem apresentado um crescimento significativo com relação ao restante dos medicamentos.

A Lei dos Genéricos atendia também as expectativas de uma parte do empresariado brasileiro ligado à produção de medicamentos.⁴⁴ Segundo Castro (*op. cit.*),

As expectativas iniciais a indicavam como uma grande oportunidade de crescimento da indústria farmacêutica de capital nacional. Por um lado, com uma esperada expansão do mercado de medicamentos, através da inclusão de parcela dos 40% da população hoje excluída, possibilitada pelo preço mais baixo dos genéricos. Por outro lado, com uma ampliação, rápida e significativa, da participação dos genéricos no mercado de prescrição, a exemplo do que ocorreu em outros países, abrindo a possibilidade de uma ampliação do *market share* da indústria nacional. Com a produção de similares, os laboratórios privados de capital domésticos nunca conseguiram passar de uma participação entre 18% e 20% no mercado brasileiro (p. 47).

Em que pesem essas expectativas, vários problemas têm sido apresentados para a incorporação dos genéricos, dentre eles: a expansão do consumo, que tem se dado mais por substituição do que por incorporação de novas parcelas de consumidores; menor demanda por genéricos que o esperado, em razão da resistência das farmácias, que não se interessam pela sua venda, cujo retorno é menor do que se obtém comercializando medicamentos de marca; e a ausência de uma política industrial no setor de medicamentos que vise fortalecer a indústria nacional. Mesmo frente a tais dificuldades,

⁴³ Tanto genéricos quanto similares são cópias dos chamados medicamentos de referência, que são inovadores. No entanto, para que um medicamento seja considerado genérico é necessário que ele seja bioequivalente, ou seja, que administrado na mesma dose molar, nas mesmas condições experimentais, não apresente diferenças estatisticamente significativas com relação à velocidade e à extensão de absorção de um princípio ativo (biodisponibilidade). Para seu registro, são necessários testes de bioequivalência, o que não é exigido aos similares.

⁴⁴ Existem três tipos de medicamentos no mercado brasileiro: os referentes, os genéricos e os similares. Os primeiros são aqueles lançados após todas as etapas de pesquisa e estudos clínicos e representam inovação. Os genéricos copiam a fórmula do referente, mas passam por testes de bioequivalência que medem a ação do produto no organismo. Os similares também copiam os referentes, no entanto, não há obrigatoriedade da realização de teste de bioequivalência.



a venda de medicamentos genéricos cresceu mais do que a de mercado de remédios em 2004. Em 2005 as vendas cresceram 23,2%, alcançando uma participação de 11,34% no mercado farmacêutico brasileiro. Em volume financeiro, a comparação com 2004 mostra que o aumento foi de 56,5% (Gazeta Digital, 2006).

Embora a introdução dos genéricos tenha aumentado a participação das empresas de capital nacional nas vendas, seu desempenho tem atraído também as multinacionais. Três dos quatro maiores fabricantes de genéricos do mundo estão no Brasil. São elas: a israelense Teva, a número um do mundo, a Novartis e a alemã Ratiopharm, quarta maior do grupo.

Propaganda e marketing

Mas antes de respirar para o próximo paciente, surge aquele rapaz simpático com sorriso satisfeito da vida e ar crédulo, que, solícito, pede-me para entrar e adivinhem o que traz? Mais um brinde para não o esquecermos no dia de amanhã. Com o brinde, uma monografia geralmente assinada por um médico ou farmacêutico, aqueles “papas” que quando falam ou escrevem ninguém duvida. Acreditam tanto no que dizem que quase os vejo no campo de futebol com calção e camisa com logotipo da sua indústria farmacêutica [...] Após uma jornada pesada de trabalho chego em casa com uma tremenda enxaqueca, procuro por uma bolsa de água para proporcionar-me refrigério e só encontro a cedida por um laboratório em que se destaca o nome do antiensaqueroso e a menção “alívio da dor” [...] Felizmente não sonhei com aquela moderníssima apresentação sublingual do antiinflamatório, que só para me desafiar, o propagandista trouxe em uma caixinha com dois comprimidos placebos que se dissolviam em segundos debaixo da língua simulando o original. Que tecnologia, não? Encaro o representante e pergunto pelo preço e descubro que custa alguns dias de trabalho do paciente que ganha salário mínimo (Bomfim, 1999, p. 226).

Na etapa de propaganda e *marketing* salienta-se o grande investimento realizado pelas empresas. Em 1980, 36% do custo do medicamento era gasto em *marketing*. Em 1990, entre 20 e 30% foram destinados a esse fim. Em 2005, a Febrapharma anunciou que o setor investiu US\$ 313,8 milhões, sendo dois terços desse valor destinados à



modernização das fábricas e US\$ 35,7 milhões em *marketing*. Número superior à aplicação em pesquisa, de US\$ 32,5 milhões, e em desenvolvimento de novos produtos de, US\$ 19 milhões (Revista Indústria Farmacêutica, 2005).⁴⁵

Os altos investimentos refletem a competitividade entre as empresas, principalmente no que diz respeito aos medicamentos de marca e similares. Os genéricos têm usado como estratégia de competição os preços mais acessíveis, porém, nota-se um movimento no sentido de realizar propaganda do laboratório responsável pela produção.

Esses investimentos se relacionam também às estratégias adotadas que não atingem diretamente o consumidor – a não ser no caso de medicamentos que são vendidos sem prescrição médica, os OTC⁴⁶ – mas sim, o médico e o farmacêutico. Algumas dessas estratégias são: o uso de *marketing* por meio de imprensa médica, utilizando artigos assinados por peritos reconhecidos no meio e que formam opinião, e a distribuição intensa de brindes junto à classe médica e farmacêutica.

Os excessos cometidos pelas indústrias farmacêuticas no que tange à divulgação de medicamentos sem a observação da ética e da legislação sanitária têm sido objeto de crítica⁴⁷. A indução à prescrição e ao consumo de medicamentos de forma intensiva sem avaliar o real impacto sobre a saúde do consumidor tem sido apontado como o maior dano. A rotina de massacre publicitário vivenciada pelos médicos é agravada, muitas vezes, por uma formação deficiente dos profissionais da saúde, que não têm conhecimento preciso das substâncias ativas que prescrevem.

A subordinação da questão da saúde, no caso específico do consumo de medicamentos, aos interesses das indústrias tem gerado toda a série de distorções que vão desde a má prescrição, o consumo sem orientação médica, o encarecimento dos

⁴⁵ Em 2006, a indústria farmacêutica planejava investir R\$ 2,25 bilhões. As campanhas de *marketing* deveriam ficar com 43% e programas de pesquisa e desenvolvimento receberiam 13%, segundo pesquisa da Febrafarma (Portal Exame, 2006).

⁴⁶ *Over the counter*, ou remédios vendidos no balcão.

⁴⁷ Existe uma ampla literatura crítica a respeito da propaganda de medicamentos. Vide Bomfim (*op. cit.*), Bermudez (*op. cit.*), Gemal (2004), Temporão (1986), entre outros. O assunto foi objeto de discussão também na CPI dos Medicamentos, instituída em 1999 pela Câmara dos Deputados.



medicamentos, devido aos altos investimentos em propaganda – que compõem o preço final da produção capitalista de mercadoria –, até o lançamento de medicamentos aparentemente novos, mas que possuem o mesmo efeito de outros já conhecidos.

Referências

BERMUDEZ, Jorge (Org). *Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENESP, 2004.

BERMUDEZ, Jorge; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; CHAVES, Gabriela Costa. “O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública”. In: BERMUDEZ, Jorge. A. Z. (org). *Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENESP, 2004.

BONFIM, José Ruben de Alcântara. “Produtos farmacêuticos e inação governamental no Brasil”. In: BERMUDEZ, Jorge Antônio Zapeda; BONFIM, José Ruben de Alcântara. *Medicamentos e a reforma do setor de saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1999.

CASTRO, Sérgio Duarte. *Sistemas produtivos locais no Estado de Goiás. O caso da indústria farmacêutica do eixo Goiânia-Anápolis*. Relatório final – Convênio IPEA/ANPEC – nº 004/2000. Mimeo. Goiânia, 2001.

COELHO, Clair Castilhos. “Contribuição para uma política nacional de medicamentos. Dissertação de Mestrado”. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1982.

CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FIORI, José Luís. *Os moedeiros falsos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

FRENKEL, Jacob. “O mercado farmacêutico brasileiro: sua evolução recente, mercados e preços”. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

FRENKEL, Jacob; REIS, José Alberto; ARAÚJO JUNIOR, José Tavares; NAIDIN, Leane Cornet. *Tecnologia e competição na indústria farmacêutica brasileira*. Rio de Janeiro: FINEP, 1978.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Representação de interesses privados e formulação de políticas: o caso da indústria farmacêutica*. Relatório Final. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, fev. 1991.



GADELHA, Carlos Augusto G.; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. “Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias de saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, nº 1, Rio de Janeiro, 2003.

GAZETA DIGITAL. Disponível em: <http://progenéricos.org.br>. Acessado em: 28/03/2006. 14:22.

GEMAL, André L. “Situação atual do sistema nacional de vigilância sanitária e a política de medicamentos genéricos no Brasil”. In: BERMUDEZ, Jorge A. Z. (org). *Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENESP, 2004.

LAMOUNIER, Bolívar (org). *De Geisel a Collor: o balanço da transição*. São Paulo: Sumaré, 1990.

LUIZA, Vera Lúcia; BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda. “Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas”. In: BERMUDEZ, Jorge A. Z. (org). *Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENESP, 2004.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. *Quando as boticas eram locais de reunião política*. Mimeo, 2003.

MARX, Karl. *O capital*. Crítica da economia política. Col. Os Economistas. Vol. 2. São Paulo: Nova Cultura, 1988.

MOURA, Alkimar R. “Rumo à entropia: a política econômica, de Geisel a Collor”. In: LAMOUNIER, Bolívar (Org). *De Geisel a Collor: o balanço da transição*. São Paulo: Sumaré, 1990.

PÊGO, Raquel Abrantes. “A indústria farmacêutica no Brasil”. In: *Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas*. Saúde e trabalho no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1982.

PITA, João Rui. *História da farmácia*. Coimbra: Minerva, 2000.

QUEIROZ, Sérgio; GONZÁLES, Aléxis J. Velazques. “Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica”. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

RADAELLI, Vanderléia; PEREIRA, Wellington da Silva. “Transformações recentes da estrutura produtiva na economia brasileira: observações a partir do comércio exterior e do investimento produtivo”. GEEIN – Grupo de Estudos em Economia Industrial. Departamento de Economia, Universidade Estadual Paulista – UNESP. Mimeo. 2003.

REVISTA RETRATOS DO BRASIL. Vol. 2. São Paulo: Política editora de livros, jornais e revistas, 1984.

REVISTA INDÚSTRIA BRASILEIRA. Fevereiro, 2004.

REVISTA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA. “Setor investe mais em 2005”. Nº 9, mai./jun. 2005. Disponível em: www.febrafarma.org.br. Acessado em: 29/03/2006.



ROMANO, Ricardo; BERNARDO, Pedro José Baptista. “Padrões de regulação de preços do mercado de medicamentos: experiência brasileira dos anos 90 e novos arranjos institucionais”. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

SANTOS, Maria Ruth dos. *Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1993.

SARTI, Fernando; LAPLANE, Mariano F. “O investimento direto estrangeiro e a internacionalização da economia brasileira nos anos 1990”. *Economia e Sociedade*. Campinas, vol. 11, nº 1 (18), jan./jun., 2002, p. 63-94.

SINGER, Paul. “Interpretação do Brasil: uma experiência histórica de desenvolvimento”. In: *História Geral da Civilização Brasileira*. Tomo III. 4º volume. São Paulo: DIFEL, 1986.

TEMPORÃO, José Gomes. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

WALLERSTEIN, Immanuel. *El moderno sistema mundial*. 19ª ed. – México: Siglo XXI, 1999.