

PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: POLÍTICA FARMACÊUTICA E POLÍTICA TERRITORIAL*

Edison Claudino Bicudo Júnior**

RESUMO:

O presente artigo deriva de uma pesquisa de Mestrado em que exploramos o conceito de "circuito superior marginal", proposto pelo geógrafo Milton Santos. Para abordar essa questão, a produção de medicamentos no território brasileiro foi analisada. Neste artigo, enfocamos os impactos espaciais de três fenômenos principais: primeiro, a transposição do acordo global de propriedade intelectual (*Trips agreement*) na legislação brasileira. Segundo, a revolução normativa experimentada pela atividade farmacêutica no Brasil durante os anos 1990. Finalmente, o começo da produção de medicamentos genéricos em 1999. Sublinhamos alguns desafios técnicos e políticos que se impõem no atual período histórico, no qual as normas aparecem como a variável principal dos sistemas espaciais.

PALAVRAS-CHAVE:

Circuito superior marginal; Medicamentos; Brasil.

ABSTRACT:

The present article derives from a Master research through which we explored the concept of "marginal upper circuit", proposed by the geographer Milton Santos. In order to address this question, the production of medicines in the Brazilian territory was analysed. In this article, we focus on the spatial impacts of three main phenomena: firstly, the transposition of the global agreement on property rights (Trips agreement) into the Brazilian legislation. Secondly, the normative upheaval faced by the pharmaceutical activity in Brazil during the 1990s. Finally, the beginning of the production of generic medicines in 1999. We point out some technical and political challenges brought about in the current historical period, when the norms present themselves as the main factor within the spatial systems.

KEY WORDS:

Marginal upper circuit; Medicines; Brazil.

Produção de medicamentos: um enfoque geográfico

A atividade produtiva de medicamentos vem sendo evocada em certos debates estratégicos e políticos, sobretudo após a edição da chamada lei dos medicamentos genéricos. De feito, essa lei, promulgada em 1999, dá novos contornos às ações que, no território brasileiro, integram-se ao fabrico de

medicamentos. Demais, ela dá novo ímpeto aos discursos dos políticos profissionais, sempre ciosos de estadear suas supostas sagacidades legislativas e institucionais.

Em tempos de epidemias transnacionais e de grandes promessas científico-terapêuticas, a atividade farmacêutica não poderia deixar de ser o alvo de várias interpretações, aspirações e mesmo acusações.

*As informações e reflexões contidas no presente artigo derivam de uma pesquisa de mestrado, em fase de finalização, desenvolvida no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Laura Silveira. A dissertação recebeu o título de "O circuito superior marginal: produção de medicamentos e o território brasileiro".

**Mestrando em Geografia Humana pelo Departamento de Geografia da FFLCH/USP. E-mail: ebicudo@usp.br

As disciplinas acadêmicas podem certamente contribuir para o bom desenvolvimento desses debates, que serão tanto mais profícuos quanto menos se deixem permear das ideologias que, tantas vezes, são dimanadas pelos agentes hegemônicos do território. Como contribuição, essas disciplinas poderiam oferecer a preocupação com a totalidade, que está na base mesma de seus projetos acadêmicos. Mas a totalidade concebida não simplesmente como a soma de individualidades, eventos e dados esparsos, os quais seriam conjugados de maneira mais ou menos desairosa. Pelo contrário, a totalidade pensada como na proposição de Karel Kosik (1989), ou seja, um processo de totalização em que as racionalidades das partes estão em constante relação (de conflito ou conciliação) com a racionalidade do todo. Segundo Sartre, (1960b, p. 172), “[...] uma nova totalidade existe, ao mesmo tempo passiva e unificada, mas sem cessar de se remanejar, seja sob a ação direta do homem, seja em virtude de suas próprias leis de exterioridade”.

Nesses termos, a atividade farmacêutica não se resume à soma das instituições e empresas autorizadas a produzir medicamentos. Ela reside, também, nas relações entre esses variados agentes, bem como nas relações que eles travam junto a outras atividades econômicas. Por isso, em vez de empregar a corrediça expressão “indústria farmacêutica”, preferimos falar em atividade de produção de medicamentos, ou em atividade farmacêutica. Com isso, pretendemos chamar atenção para duas circunstâncias.

Primeiramente, buscamos fugir aos rígidos recortes que regem, tantas vezes, os estudos sistemáticos. Tais divisões, se podem ajudar a organizar os dados, impedem não raro a consideração de fenômenos importantes que transcendem as fronteiras oficiosas dos setores econômicos. Estamos de acordo com John Kenneth Galbraith (1967, 1982, p. 17) quando afirma que: “Os limites de um assunto não são convencionais e artificiais; ninguém deve empregá-los para excluir o que é importante”.

Segundamente, costuma-se falar em indústria farmacêutica de um modo geral, o que nos deslembra de que, sob essa denominação, ficam englobadas empresas e agentes de variada natureza. Por um lado, os territórios são assolados por espantosos movimentos de concentração capitalista, o que leva à formação de imensos grupos farmacêuticos em nada comparáveis à pletera de laboratórios familiares que povoam o mercado brasileiro. Por outro lado, fala-se cada vez mais no setor farmacêutico, sem que se atente para o que há de peculiar nos pequenos laboratórios, cuja situação, assimilada àquela que é própria das corporações multinacionais, termina por ser sistematicamente sufocada, ou mesmo desprezada, pela maioria dos discursos.

Ao longo da pesquisa de mestrado que realizamos nos quadros do Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo, enfatizamos a situação das pequenas empresas produtoras de medicamentos (BICUDO, 2006b). Para tanto, realizamos uma pesquisa de campo que abarcou 15 cidades brasileiras. Um total de 59 laboratórios farmacêuticos (sendo 8 estatais) e 33 empresas distribuidoras de medicamentos foram visitados. Em cada uma dessas empresas, realizamos uma entrevista com um representante.

Recorrendo à teoria dos dois circuitos da economia urbana, primeiramente proposta por Milton Santos em 1975, pudemos dizer que esses pequenos laboratórios, através das ações territoriais que realizam, configuram um circuito superior marginal da economia. Com isso, fazemos referência ao fato de que suas ações perfilham, a um só tempo, as lógicas do circuito econômico inferior (baixo nível relativo de capitalização; baixos conteúdos relativos em técnica, ciência e informação; emprego de técnicas relativamente mais arcaicas) e as lógicas do circuito econômico superior (alto consumo de normas; uso compulsório de certos requisitos técnicos e científicos). Identificamos, assim, uma situação híbrida, em que um subsistema de ações parece presente, ao mesmo tempo, em dois eixos de coordenadas

espaciais. “Esse circuito superior marginal tem [...] ao mesmo tempo um caráter residual e um caráter emergente” (SANTOS, 1979, 2004, p. 103)¹.

A boa compreensão de nossas proposições teóricas dependerá, portanto, da consideração da teoria que perfilhamos. A idéia fundamental é pensar o espaço tal como proposto por Milton Santos (1991; 1996, 2004, p. 63), ou seja, o espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações.

Mais uma vez diremos que, para chegar à visão da totalidade, faz-se importante considerar suas subdivisões. Ora, se apontamos a existência de um circuito econômico (o circuito superior marginal), no interior da atividade farmacêutica, estamos justamente sublinhando a presença de uma clivagem fundamental atravessando essa atividade econômica. Mais ainda, destacamos a idéia de que, sem levar em conta essa divisão, a boa compreensão dos fatos fica embotada por uma abordagem que, malgrado seus renitentes vieses, quer-se apresentar como desinteressada e positiva.

Com efeito, muito do que se tem apresentado como a cara do setor farmacêutico brasileiro nada mais é do que o resumo das ações e aspirações dos maiores laboratórios farmacêuticos, os quais, em razão da proveniência de seus capitais, jamais poderão constituir um verdadeiro setor nacional. Com isso, ficam relegadas a planos inferiores as situações e sistematizações espaciais de empresas menores. “O resultado é que a maior parte dos estudos não são feitos sobre a cidade inteira, mas sim sobre uma parte da cidade, impedindo, por isso mesmo, a formulação de uma autêntica teoria da urbanização” (SANTOS, 1979, 2004, p. 22).

Em face dessas questões, o pensamento geográfico pode contribuir para o debate concernente à produção de medicamentos. Tal contribuição será tanto mais valiosa quanto mais os dilemas da produção farmacêutica ficam enredados à montagem de um vasto aparato

de controle que tem uma decisiva dimensão espacial.

No artigo presente, nossa pequena contribuição consiste em abordar três temas que têm permeado os debates atuais. Primeiramente, as condições da produção dos medicamentos que integram o chamado coquetel da Aids em face da adoção de um novo quadro patentário. Segundamente, o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Por fim, a já citada lei dos medicamentos genéricos. Conforme anunciamos, abordaremos esses três tópicos enfatizando suas implicações espaciais.

A nova lei de patentes e a produção de medicamentos no Brasil

O governo federal do Brasil mantém um programa, internacionalmente conhecido e gabado, de distribuição gratuita dos medicamentos utilizados no combate aos sintomas da Aids. Dos quinze medicamentos que hoje compõem o chamado coquetel da Aids, oito são produzidos em território brasileiro por laboratórios oficiais, ou seja, laboratórios ligados ao Ministério da Saúde.

Ficaram bastante celebrizadas as tensões entre o governo federal e certos laboratórios multinacionais em torno das políticas de preços perfilhadas por essas empresas. De feito, a vigilância governamental é fundamental, visto que os medicamentos para tratamento dos sintomas da Aids (medicamentos anti-retrovirais) têm-se mostrado por demais penosos para as contas nacionais. Todos os sete medicamentos que os laboratórios oficiais não produzem devem ser importados; três deles consomem 63% do orçamento do Ministério da Saúde: o Lopinavir, produzido pela Abbott (Estados Unidos), o Nelfinavir, da Roche (Suíça) e o Efavirenz, da Merck (Alemanha) (GAZETA MERCANTIL, 22-07-03, p. A5).

Após os aludidos conflitos entre governo e laboratórios, ficou, para certos estratos da população, a impressão de que o Estado realizava um salutar endurecimento de sua

política farmacêutica. Porém, nossos estudos conduzem à constatação de que, nas últimas décadas, o Estado brasileiro tem, pelo contrário, perfilhado medidas bastante favoráveis, senão munificentes, em relação aos laboratórios multinacionais.

Uma das evidências mais importantes foi, com efeito, a adesão, em 1994, ao acordo Trips (*Trade related aspects of intellectual property rights*). Em verdade, esse acordo constitui uma espécie de anexo da Organização Mundial do Comércio, de modo que, aderindo a esta, o país acolhe automaticamente as prerrogativas daquele. De acordo com as disposições do acordo Trips, que derivam diretamente das pressões do governo e das empresas estadunidenses, nenhuma atividade econômica de altos conteúdos científicos pode ser excluída do princípio da patenteabilidade.

A 15 de maio de 1997, como corolário desse processo mundial, começa a vigorar a Lei 9279, nova lei brasileira de propriedade intelectual, tendo como uma de suas principais inovações o estabelecimento de patentes para medicamentos inovadores, produtos químicos, alimentícios e processos para obtenção ou modificação desses produtos.

Pelas prerrogativas do acordo Trips, o detentor da patente não fica obrigado a produzir internamente ao território em que vale seu privilégio legal. Assim, as divisões do trabalho estabelecidas pelas empresas multinacionais, que muita vez semeiam desequilíbrios técnicos e científicos na escala mundial, ficam juridicamente abonadas.

Rapidamente, os medicamentos patenteados se multiplicam. Em outubro de 2003, os medicamentos protegidos pela nova lei de patentes já perfaziam 40% do mercado farmacêutico brasileiro (GAZETA MERCANTIL, 29-10-03, p. A14).

A nova racionalidade do sistema atinge também a produção dos medicamentos anti-retrovirais. Em território brasileiro, dois são os grupos de agentes produzindo esses

medicamentos para os sintomas da Aids. Por um lado, os laboratórios multinacionais, cujas novas gerações de anti-retrovirais são protegidas pelas cartas-patente. Por outro lado, os laboratórios que pertencem à rede oficial do Ministério da Saúde.

A existência de uma rede oficial de produção de anti-retrovirais seria realmente confortadora não fosse a condição precária, por vezes depauperada, que esses laboratórios devem por vezes cumprir. O Laboratório Industrial de Alagoas (situado em Maceió) já viveu grave crise financeira, chegando quase à interdição pela vigilância sanitária, em razão de suas insuficientes condições materiais e econômicas. E o laboratório Bahiafarma, produtor oficial do estado baiano, encerrou suas operações (que eram realizadas no município de Simões Filho).

Certamente que a desapareição de certos laboratórios oficiais pode pertencer a um plano geral de racionalização das produções farmacêuticas estatais. Entanto, segundo um enfoque geográfico, esse evento possui duas dimensões igualmente relevantes.

Primeiramente, a produção de medicamentos conhece, há longas décadas, um fenômeno de extremas concentrações e polarizações geográficas, a parte mais substancial e modernizada da produção ficando concentrada, sobretudo, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Com isso, novos investimentos e ações tendem a ser atraídos por essas mesmas cidades, o que prejudica a dinamização de outros contextos. Os laboratórios oficiais, que se encontram instalados em diversas cidades brasileiras, poderiam representar um contraponto a essas tendências polarizadoras e hierarquizantes.

Segundamente, os laboratórios oficiais, por sua própria natureza estatal, poderiam sustentar a realização de produções farmacêuticas menos adictas às lógicas do mercado. Um exemplo bastante esclarecedor a respeito desse ponto pode ser encontrado no laboratório Farmanguinhos, instalado na cidade do Rio de Janeiro.

Fundado em 1956, e ligado à Fundação Oswaldo Cruz desde 1970, o Farmanguinhos desenvolve uma importante atividade de pesquisa secundária, que consiste fundamentalmente na cópia de moléculas terapêuticas inovadoras. Graças a essa

atividade, o laboratório pôde chegar a um rol de produtos que são apresentados a preços bastante inferiores aos que se praticam por laboratórios particulares. A tabela 1 mostra alguns exemplos.

Tabela 1. Incremento do preço de alguns medicamentos em comparação com medicamentos similares fabricados pelo Farmanguinhos: Brasil, 1993

Medicamento similar - Farmanguinhos	Medicamento de referência	Laboratório particular produtor	Incremento de preço (%)
Digoxina	Digoxina	Wellcome (Reino Unido)	490,55
Nifedipino	Cardalin	Sintofarma (Brasil)	277,70
Diazepam	Dienpax	Sanofi (França)	252,52
Vitaminas do complexo B	Complexo B	Roche (Suíça)	191,69
Ampicilina	Binotal	Bayer (Alemanha)	184,26
Benzilpenicilina benzatina	Benzaticil	Wyeth (Estados Unidos)	88,20

Fonte: Barros, 1995

No mais, cabe dizer que foi graças à atividade copiadora do Farmanguinhos, aliás conforme às antigas legislações farmacêuticas, que o Brasil pôde chegar a um sistema estatal de produção de anti-retrovirais.

A despeito de seus recursos científicos relativamente menos volumosos, tais são os resultados obtidos pelo Farmanguinhos, graças à obediência a desideratos mercantis menos férreos. Sabe-se que, para os laboratórios particulares, grande parte da composição do preço é dedicada a cobrir gastos com a propaganda dos medicamentos, atividade que, para os laboratórios oficiais, inexistente.

Não devemos sucumbir, todavia, a qualquer espécie de discurso nefelibata e defender a criação de qualquer espécie de barreira protegendo os produtores oficiais das províncias profanas do mercado. Se é importante conferir maior dinâmica aos laboratórios oficiais, tal feito requer, em grande medida, a permissão para que possam eles participar de circuitos e relações economicamente mais dinâmicos. Por ora, o governo federal tem-lhes reservado a rede hospitalar, na qual escoam suas produções de

maneira preferencial, sem tomar parte em licitações. Seria importante, além disso, que eles dispusessem de uma rede farmacêutica oficial, de modo a poder acessar a população, com produtos mais baratos, de maneira mais simples, o que lhes poderia conferir maior dinamismo.

Assim, o mercado farmacêutico propriamente dito, ou seja, a venda de produtos em farmácias, fica entregue ao domínio exclusivo dos laboratórios particulares, sobretudo os multinacionais. Estes últimos privilegiam, não raro, as produções mais complexas, não raro vendidas a preços mais elevados. A esses fatos vem somar-se a nova proteção patentária dos produtos farmacêuticos. Hoje, os novos itens retro-virais já não podem ser alvo de cópias como as que o Farmanguinhos, amparado pela lei, realizou anteriormente. Desse modo, a política farmacêutica nacional, e especialmente o programa de apoio aos doentes do vírus da Aids, cai refém das estratégias globais das grandes corporações. E a garantia da conservação de um programa premiado internacionalmente já não se apóia tanto na força política do Estado brasileiro, mas sim numa dramática sangria das contas nacionais².

Em vez de apostar nas produções e reproduções internas, as opções do Estado favorecem antes a importação de técnicas e estratégias estrangeiras. E essa escolha tem surtido, forçosamente, na degradação das condições políticas do país.

A questão, aqui, não é indagar dos efeitos da adoção das patentes para medicamentos. Em princípio, é ocioso nos manifestarmos de maneira favorável ou contrária às patentes. Se estas se fazem mesmo inevitáveis para garantir o acesso da população aos recursos terapêuticos, obviamente devem ser defendidas e apoiadas. A questão é que, nas condições atuais, elas são uma das peças de um sistema que exclui a maioria das pessoas do uso desses recursos terapêuticos. E o Estado brasileiro tem concedido seu apoio à manutenção desses esquemas deletérios.

Anvisa e a revolução normativa

As condições de hegemonia e marginalidade ficam definidas, muita vez, pelo acesso a tais ou tais recursos que, em cada período histórico, mostra-se como estratégico.

Na produção de medicamentos, identificamos um primeiro período (da metade do século XIX até o final da segunda guerra mundial, em 1945), em que a técnica aparece como a variável mais fundamental. Nesse período técnico, o acesso aos meios de produção renovados condicionava a situação dos agentes produtores. Depois disso, advém um período científico (do final da segunda guerra mundial até meados da década de 1970), em que o acesso aos conhecimentos científicos definia a supremacia dos grandes laboratórios. Em seguida, poder-se-ia falar num período informacional (de meados da década de 1970 até o fim da década de 1990). Nesse período, as empresas multinacionais acirram sua hegemonia graças ao uso das técnicas de processamento e transmissão de informações.

No período histórico atual, a supremacia dos agentes hegemônicos define-se pelo controle do processo de renovação dos aparelhos normativos nacionais. Os agentes mais bem situados politicamente são aqueles que logram obter as maiores parcelas de um capital normativo desigualmente distribuído na escala planetária. Daí, falarmos na gênese de um período normativo da produção de medicamentos, que tem início no fim da década de 1990.

De acordo com Maria Laura Silveira (1996, 1999, pp. 106-107), as novas formas materiais entram em conflito com o velho quadro normativo, forçando a renovação desse quadro, em proveito, justamente, daqueles que controlam as novas formas materiais. Ora, esse processo parece tornar-se cada vez mais decisivo para a configuração dos territórios.

Toda ação social, para realizar-se no território, deve proceder a um consumo de normas. Também a produção farmacêutica conduz a tal consumo normativo. São normas jurídicas, relativas ao enquadramento institucional da produção; normas científicas, referentes ao uso de técnicas e conhecimentos prescritos pela disciplina farmacêutica; normas informacionais, que dizem respeito ao uso de alguns recursos informacionais que se vão banalizando³. Ocorre que todas essas normas estão espalhadas pelos territórios de maneira seletiva, constituindo aquilo que Maria Laura Silveira (1997) chamou de densidades normativas.

Como já dissemos, a difusão das normas vai dependendo, cada vez mais, de processos globais⁴. Entanto, a instalação das densidades normativas, nos territórios nacionais, realiza-se através dos Estados. Em território brasileiro, esse processo tem-se pautado por uma visão tipicamente setorial da economia, por meio da criação das chamadas agências de regulação. “A emergência das agências de regulação no Brasil parece-nos um caso emblemático da tentativa de dar conta dos novos recortes do espaço geográfico decorrentes do

compartilhamento que a hegemonia soberana está impingida a realizar com as hegemonias corporativas [...]” (ANTAS JR., 2005, p. 147).

Para a atividade farmacêutica, a renovação normativa tem-se realizado sob os auspícios da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), fundada em 1999, em substituição à Secretaria de Vigilância Sanitária. **Configurada à semelhança da *Food and Drug Administration***, agência dos Estados Unidos, a Anvisa tem por meta a vigilância das atividades referentes à produção, distribuição e comercialização de medicamentos, produtos para a saúde, produtos alimentícios e fumígenos.

Ocorre que, desde sua criação, a Anvisa não cessa de girar suas engrenagens normativas, o que levou a uma profunda alteração das legislações concernentes à produção de medicamentos. Apenas no mês de junho de 2003, a agência faz editar 19 resoluções sobre medicamentos (CAPANEMA E PALMEIRA FILHO, 2004, p. 37). Entre essas resoluções, várias determinavam a realização de exames laboratoriais mais rigorosos, de maneira a comprovar a real eficácia dos medicamentos. Assim, desencadeia-se, no território brasileiro, um consumo frenético de normas científicas, por meio de serviços que são vendidos, o mais das vezes, por empresas particulares.

Os pequenos laboratórios são aproximados de procedimentos e consumos outrora típicos dos maiores laboratórios. Noutras palavras, o circuito superior marginal da economia passa a depender, de maneira ainda mais essencial, das lógicas e temporalidades que são gestadas no interior do circuito econômico superior.

O corolário do processo são as novas dificuldades vividas pelos pequenos laboratórios farmacêuticos nacionais, conforme identificamos em nossas pesquisas de campo. Captamos algumas evidências dessa trama nos fenômenos seguintes. Primeiramente, a maioria dos pequenos laboratórios, incapazes de submeter

todos os seus produtos aos testes científicos tornados compulsórios, abdicam de parte de suas linhas de medicamentos. Por exemplo, o laboratório Sanífer (Porto Alegre-RS), que chegou a ter 43 produtos, teve sua linha reduzida para 9 em 2005. Com isso, certas marcas localmente tradicionais desaparecem do mercado, o que representa uma forma de empobrecimento do lugar. Segundamente, alguns laboratórios, sem poder atender às novas exigências normativas, encerram suas operações. Foi o caso do laboratório Gaúcho (Cachoeirinha-RS) e também do Kriff (Salvador-BA), que passou à produção de cosméticos. Em terceiro lugar, os laboratórios sobreviventes são obrigados a um consumo mais intensivo de técnicas e conhecimentos estrangeiros. Este último fenômeno foi facilitado pelo surgimento de produções básicas (matérias-primas) mais baratas, sobretudo na China e na Índia, hoje dois importantes fornecedores de princípios ativos⁵ para os pequenos laboratórios farmacêuticos brasileiros⁶.

Recorrendo a um conceito cunhado por Milton Santos (1996, 2002), diríamos que os pequenos laboratórios conhecem um alargamento dos contextos, ou seja, eles começam a travar relações mais amplas e complexas. O reverso desse fenômeno são as novas condições de marginalidade, mais rígidas, de que padecem eles agora. O fortalecimento das corporações farmacêuticas multinacionais, neste novo período normativo, não leva necessariamente à extinção das pequenas empresas farmacêuticas. Estas, contudo, submetidas às lógicas hegemônicas que se disseminam ao sabor das vagas normativas, conseguem apenas reproduzir suas situações de modéstia e marginalidade num mercado sempre mais controlado por laboratórios estrangeiros. Em 2004, Capanema e Palmeira Filho (2004, p. 28) escrevem que as multinacionais respondem por 70% das vendas para o mercado interno brasileiro, excluindo a parcela de compra feita pelo governo, referente à rede hospitalar.

Não podemos deixar de reconhecer os méritos da Anvisa no que se refere à racionalização do sistema brasileiro de vigilância sanitária. Em verdade, ela instaura, pela vez primeira, um sistema de controle realmente nacional e eficaz, o que inibe a ação de laboratórios fraudulentos e retira do mercado medicamentos ineficazes. Entanto, a Anvisa, baseando suas ações principalmente no princípio de eficácia científica, e agindo num país em que a ciência aparece como um dos fatores de submissão política internacional, padece de certos efeitos colaterais gerados por seus próprios remédios. Conforme aponta Nilce Fonte (2004, p. 86), a rígida ação da vigilância sanitária não tem banido somente as empresas fraudulentas, mas também as empresas que, mesmo produzindo medicamentos seguros, são incapazes, por carência de capitais, de atender a todos os requisitos científicos exigidos.

Mais uma vez, então, o mercado farmacêutico fica livre à ação de grandes laboratórios. O problema desse fenômeno é que tais empresas não têm logrado fazer com que seus produtos sejam de fácil acesso à maioria da população.

Portanto, não bastaria guiar a política farmacêutica nacional pelas precauções científicas da eficácia. Essa preocupação, sem dúvida justa e necessária, deve ser acompanhada por raciocínios políticos, que nos levem a considerar, também, o controle do mercado e do território. Noutras palavras, é preciso atentar para aquilo que Milton Santos (1996, 2002, p. 37) diz ser o fenômeno técnico, ou seja, a técnica em associação com a política⁷. De acordo com Bruno Latour (1991, 1997, p. 194-198), a técnica é a outra metade da política; e a política, a outra metade da técnica.

Voltamos a ressaltar que essas transformações espaciais assentam sobre o rápido processo de modificação dos quadros normativos. "O Estado cria um novo arcabouço jurídico para as relações de trabalho, visando dar respostas às demandas de flexibilidade política dos agentes hegemônicos" (Silveira,

1996, 1999, p. 276). Se, em períodos históricos anteriores, a associação entre os agentes hegemônicos e o Estado fez deste último um fornecedor de infra-estruturas materiais, ele parece assumir, agora, o papel de fornecedor de normas, sem as quais o poder econômico e político das grandes corporações parece não mais conservar-se.

Lei dos medicamentos genéricos e polarizações espaciais

Um medicamento genérico se caracteriza por ter a mesma composição de um outro medicamento de referência. Além de gerar os mesmos efeitos terapêuticos, ele deve ser absorvido pelo organismo com a mesma rapidez apresentada pelo medicamento de referência. Para que sejam comprovadas a formulação, a eficácia, e a rapidez de ação, o laboratório produtor do genérico deve apresentar os testes, bastante sofisticados, de biodisponibilidade e bioequivalência.

Em verdade, a produção desse tipo de medicamento copia estratégias de países estrangeiros, onde os genéricos já se produzem há décadas. No Brasil, eles foram instituídos pela Lei 9787, que a 10 de fevereiro de 1999 foi publicada. É a chamada lei dos genéricos.

Os primeiros produtos genéricos foram registrados junto à Anvisa em fevereiro de 2000. Em janeiro de 2004, já eram 1033 genéricos registrados (ANVISA apud CAPANEMA e PALMEIRA FILHO, 2004, p. 32). Em 2003, os genéricos estavam distribuídos em 56 classes terapêuticas, 2893 apresentações e 237 princípios ativos (Pró-Genéricos apud Gazeta Mercantil, 18/19-06-03, p. A13).

Se considerarmos sempre o mês de março, a participação dos genéricos no mercado farmacêutico, em unidades vendidas, foi a seguinte: 0,9% em 2001; 3,3% em 2002; 5,2% em 2003; 9,6% em 2004; 11,6% em 2005; esse

crescimento se deu a despeito da queda nas vendas da indústria farmacêutica e do aumento da capacidade ociosa (Gazeta Mercantil, 10-07-03, p. A14; 11/12/13-11-05, p. C2).

Em termos espaciais, a primeira implicação fundamental da instituição dos genéricos foi a emergência de um férvido mercado de testes de biodisponibilidade e bioequivalência. Pois, como os laboratórios farmacêuticos não costumam contar com toda a infra-estrutura necessária para realizar esses

exames prescritos pela legislação, devem contratá-los junto a outras instituições. Estas últimas são, na maioria dos casos, empresas particulares, especializadas em testes laboratoriais, ou universidades estatais.

Para realizar os referidos testes, a instituição tem que estar autorizada pela Anvisa, e assim pertencer à Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde. Na tabela 2, temos um panorama de todos os laboratórios pertencentes à Reblas em 2004.

Tabela 2. Centros de biodisponibilidade e bioequivalência certificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Brasil, 2004

Unidade da federação	TOTAL	Instituto oficial	Natureza da instituição			
			Universidade	Fundação + Depto Universidade	Hospital particular	Laboratório particular
São Paulo	23	—	—	7	—	16
Rio de Janeiro	2	2	—	—	—	—
Goiás	3	—	2	—	1	—
TOTAL	28	2	2	7	1	16

Fonte: elaboração própria, com dados da Reblas: www.anvisa.gov.br/reblas

Nessa tabela 2, ressaltamos dois fenômenos. Primeiro, vemos como as instituições, realizadoras dos testes legalmente compulsórios, estão claramente concentradas. A montagem de laboratórios permitindo a feitura dos testes requer não somente a aquisição de equipamentos bastante sofisticados, mas também a existência de macrossistemas técnicos de base (energia, bom sistema de transporte para receber e entregar amostras, sistemas de transmissão de informação). Uma vez que tais requisitos são mais bem atendidos em poucas áreas do território brasileiro, o resultado é uma concentração notável. Como vemos, três estados apenas acolhem as instituições autorizadas a realizar os testes de

bioequivalência e biodisponibilidade, que asseguram aos medicamentos seu estatuto de genéricos.

Além disso, os testes aludidos mostram-se por demais custosos para a maioria dos laboratórios farmacêuticos de capital nacional. “De acordo com especialistas, cada análise [de biodisponibilidade ou bioequivalência] custa R\$ 100 mil” (Gazeta Mercantil, 23/24/25-02-04, p. A11). Uma vez que os pequenos laboratórios, não logram, ou não querem, ter acesso aos sistemas de financiamento bancários, é inevitável que fiquem fora do mercado de genéricos. Com efeito, esse tipo de produção constitui, no Brasil, um segmento extremamente fechado, reservado aos laboratórios

multinacionais ou então a um restrito grupo de empresas brasileiras possuidoras de maiores níveis de capitalização. Em 2004, havia no Brasil mais de 300 empresas nacionais produzindo medicamentos. Nesse mesmo ano, apenas 49 laboratórios obtinham produzir genéricos,

representando 52,2% dos genéricos em comercialização no país (ANVISA apud CAPANEMA e PALMEIRA FILHO, 2004, p. 32).

No quadro 1, apresentamos os principais laboratórios nacionais produtores de medicamentos genéricos.

Quadro 1. Localização de alguns laboratórios particulares nacionais produtores de medicamentos genéricos: Brasil, 2006

Laboratório	Fundação	Sede	Produção
Eurofarma	1966	São Paulo (SP)	São Paulo (SP) *
Biolab-Sanus	1978	São Paulo (SP)	São Paulo (SP)
Cristália	1973	São Paulo (SP)	Itapura (SP)
Medley	1972	Campinas (SP)	Campinas (SP) e Sumaré (SP)
EMS	1972	São Bernardo do Campo (SP)	São Bernardo do Campo (SP) e Hortolândia (SP)
Multilab	1988	Porto Alegre (RS)	São Gerônimo (RS)
Medquímica	1975	Juiz de Fora (MG)	Juiz de Fora (MG)
Teuto	1971	Anápolis (GO)	Anápolis (GO)
Neoquímica	1977	Anápolis (GO)	Anápolis (GO)

* O Eurofarma vai transferir toda a sua produção para a cidade de Itapevi (SP); a transferência está prevista para o ano de 2008

Queremos ressaltar o fato de que esses produtores estão situados seja numa grande metrópole (São Paulo), seja numa aglomeração urbana de vocação regional (São Bernardo do Campo), seja em cidades apresentando concentrações de infra-estruturas técnicas (Anápolis). Com isso, velhas polarizações e hierarquias espaciais são reforçadas pela nova produção. E as dinâmicas espaciais, sementeas pela lei dos genéricos, florescem justamente em

lugares já possuidores de um dinamismo econômico. Apesar da existência da produção de genéricos em certas aglomerações urbanas menores (Hortolândia, Itapura, São Gerônimo), a produção de medicamentos prossegue definindo a primazia espacial do eixo centro-sul do território brasileiro.

O grande objetivo, latente e manifesto, da lei dos genéricos, foi a ampliação do acesso aos medicamentos, pela baixa dos preços. Tal

seria possível, pensava-se, já que esses produtos, em vez de possuírem nomes de fantasia (marcas), são comercializados com seu nome científico (nome genérico). Assim, os laboratórios não mais investiriam tamanhos capitais em propagandas, sob pena de propagar um produto que também se fabrica por empresas rivais. O peso da propaganda na composição dos preços seria, dessa forma, diminuído.

Em verdade, a estratégia descrita faz prova de um pensamento econômico bastante elementar. Aliás, os estudos e políticas dedicados à produção de medicamentos costumam, de fato, nortear-se por raciocínios de fundo econômico. Já existe inclusive um subsetor científico, denominado farmacoeconomia, dedicado à procura de programas e medidas capazes de ampliar o acesso aos medicamentos por meio da baixa dos custos dos agentes produtores. Assim, um programa farmacêutico excelente seria, no limite, um programa que levasse a reduzidos custos e preços.

Porém, o que vemos é que a política de produção de genéricos, tal como foi adotada no Brasil, ou seja, com base num raciocínio de fundo farmacoeconômico, falha no seu propósito basilar: a ampliação do acesso. O preço de certos medicamentos foi de fato reduzido, sem que, no entanto, a maioria da população seja capaz de pagar por eles. De acordo com nossa interpretação geográfica, a política dos genéricos falha por algumas razões.

Primeiramente, como rapidamente buscamos demonstrar, a estrutura de produção que emerge no país consagra polarizações e concentrações anteriores. Com isso, mobiliza-se, novamente, sistemas produtivos tendentes a incorporar altos conteúdos em técnica, ciência, informação, normas. Se, por um lado, tal circunstância garante ao país uma produção farmacêutica perfeitamente comparável à de países ricos, essa produção resulta, por outro lado, em preços que prejudicam o acesso da maioria da população.

Segundamente, o abandono das campanhas publicitárias, previsto pela estratégia do governo federal, em verdade não se deu. Jacob Frenkel (2001, p. 169) fala na existência de genéricos de marca, ressaltando que, em certos casos, esses medicamentos são divulgados aos médicos, enfatizando-se o nome do laboratório produtor⁸. A Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró-Genéricos), que reúne os dez principais fabricantes que atuam no Brasil, entre nacionais e estrangeiros, com 90% de controle do mercado de genéricos, tem sido responsável por massivas campanhas em favor do consumo de genéricos⁹.

Em terceiro lugar, como dissemos, a produção de genéricos já se verificava noutros países. Mais do que isso, algumas empresas multinacionais especializaram-se nesse tipo de produção. Com a lei brasileira dos genéricos, esses agentes vão ocupar o mercado brasileiro. Em 2004, 22,3% dos genéricos em comercialização no Brasil eram importados; desses genéricos, 41% provinham da Índia, 29% do Canadá, 13% da Alemanha e os demais 8% provinham de 13 outros países (ANVISA apud CAPANEMA e PALMEIRA FILHO, 2004, p. 32). Desse modo, parte dos genéricos em comercialização devem forçosamente incorporar em seus preços os custos relativos às operações de importação.

A produção de genéricos implica, em suma, grandes volumes, investimentos e conteúdos em técnica. As pequenas empresas brasileiras ficam, assim, excluídas dessa atividade produtiva, tanto por seus poucos recursos técnico-científicos, como por seu distanciamento em relação aos sistemas de crédito financeiro. Sintomaticamente, dois dos maiores produtores nacionais de genéricos estão instalados no Distrito Industrial da cidade de Anápolis (Goiás), onde gozam de todas as infra-estruturas e recursos típicos de semelhante área produtiva.

Em face de tais fenômenos, o grande impacto causado pela política dos genéricos foi a elevação do consumo de medicamentos nas classes médias da população.

Mais baratos que os remédios de marca, os genéricos ainda são bem mais caros que medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais, fornecedores de produtos para o setor público [...] Com isso, os genéricos permitiram reduzir os gastos das famílias com medicamentos, mas não inseriram novos consumidores neste mercado (Gazeta Mercantil, 17-03-04, p. A4).

Também as diferenças individuais, definidas em termos de potencial de consumo, são portanto reforçadas. Com base nesse novo poderio adquirido pelas classes médias, pode-se expandir o já imenso número de farmácias em território brasileiro, fenômeno que, não raro, apóia-se na cessão de um crédito pessoal. Somadas à consolidação de um sistema de atendimento à saúde fortemente centrado no hospital, as políticas farmacêuticas favorecem uma forte medicalização do território, isto é, a instalação de um sistema de saúde que privilegia técnicas e racionalidades modernizadoras, largamente controladas por grandes corporações multinacionais.

Como dizíamos já no princípio, a formulação das políticas farmacêuticas implicam sempre fenômenos espaciais. No território brasileiro, tem-se mantido uma configuração espacial que leva ao empobrecimento da maioria dos lugares e das pessoas. Ainda que as produções de todos os laboratórios sejam modernizadas e sofisticadas, por imperativos técnicos, científicos ou normativos, as desigualdades restam carentes de solução, e as produções permanecem dependentes de conhecimentos e técnicas estrangeiramente controlados.

A saúde como necessidade radical

Após a publicação da lei dos medicamentos genéricos, pequeno grupo de laboratórios nacionais puderam aprimorar suas

produções, e melhorar seus desempenhos mercadológicos. Nalguns estudos e análises dedicados à atividade farmacêutica, esses exemplos parecem suscitar uma espécie de euforia capitalista, como se o fito maior das políticas farmacêuticas fosse nada mais que o fortalecimento do capital nacional.

A nós, parece mais adequado ver a situação com maior prudência. Buscamos demonstrar que, para a maioria das empresas nacionais, a prosperidade mercadológica resta uma realidade longínqua. Mas, mesmo que o dinamismo econômico pudesse tocar a todos os agentes envolvidos na produção de medicamentos, semelhante proeza teria pouco valor social sem que as produções fossem realmente acessadas pela população.

A produção de medicamentos, em território brasileiro, tem reforçado as alienações e desequilíbrios que são apanágios da formação socioespacial brasileira. De feito, as situações que fazem prova do maior dinamismo, da maior sofisticação, do maior poder político, tendem a concentrar-se, em poucas cidades, sob o controle de poucos agentes, muita vez estrangeiros.

Nessas condições, a promoção de políticas farmacêuticas eficazes dependeria não somente da crítica às bases econômicas do atual sistema de produção. Este obedece, também, a lógicas espaciais que lhe definem profundamente a configuração. Nas bases atuais, as maiores empresas, mormente as transnacionais, têm condicionado decisivamente, com suas estratégias territoriais, a natureza das produções farmacêuticas.

Hoje, essa atividade gestora, muita vez implícita, é possível graças à renovação dos quadros normativos que regem a atividade produtiva. Ao mesmo tempo em que as escalas de possibilidade abertas aos laboratórios multinacionais se ampliam, ao sabor das novos recursos técnicos, científicos e informacionais, as escalas de possibilidades próprios do circuito superior marginal se estreitam, em função de uma vigilância normativa cada vez mais férrea.

Há longas décadas, o triunfo das corporações globais, na produção de medicamentos, tem-se feito por meio de uma perseguição mais ou menos explícita e contundente aos saberes e técnicas terapêuticas tradicionais. No rasto de um discurso que defende a eficácia das terapias e a racionalidade das produções e consumos, deu-se uma vasta medicalização do território, em benefício, principalmente, dos poucos agentes que produzem e detêm as técnicas e conhecimentos mais modernos e morigerados. No período histórico presente, após o desenvolvimento formidável das biotecnologias e outras técnicas usadas para a pesquisa farmacêutica básica, esse mesmo conhecimento tradicional é revalorizado e passa a ser cortejado, justamente, pelos detentores do conhecimento científico máximo. A emersão de disciplinas tais como a etnobotânica ou a etnofarmacologia testemunha a relevância que, aos poucos, os agentes hegemônicos reconhecem à chamada medicina popular, ou tradicional. É o que foi constatado por Schultes

e Raffaut (1990), Farnsworth (1990) e vários outros autores.

A formulação de uma política farmacêutica partiria, então, da singela idéia de que uma atividade farmacêutica nacional serve à supressão das necessidades em medicamentos da população. Uma atividade que, nesses termos, comporia a economia nacional tal como na proposição de Caio Prado Jr. (1945, 1998, p. 298), ou seja, “[...] um sistema organizado de produção e distribuição dos recursos do país para a satisfação das necessidades de sua população”.

Ora, o atendimento das necessidades farmacêuticas existentes em território brasileira passa pela reconfiguração do atual sistema espacial de produção. Assim, a saúde faz-se uma necessidade radical, nos termos de Karl Marx: trata-se de uma necessidade cujo atendimento requer não apenas manobras econômicas mais ou menos engenhosas, mas também a redefinição das lógicas de funcionamento da economia e da sociedade.

Notas

¹ Podemos falar de camadas intermediárias, tal como foram pensadas por Jean Lojkin (1981, p. 112): “Camadas intermediárias na medida em que elas estão não ‘no meio’, mas no duplo movimento ascendente-descendente que dissolve os antigos lugares no processo global de produção [...]”.

² “A evolução dos princípios reguladores do sistema de patentes no mundo resultou em uma mudança de conceitos, onde o objetivo original de incentivo e proteção à indústria nacional foi substituído pelos propósitos de apoio e consolidação do comércio internacional” (OLIVEIRA, 1999, pp. 93-94).

³ A expansão da internet é o exemplo mais imediato e simples da banalização dos recursos informacionais.

⁴ A difusão global das formas jurídicas, em consonância com os interesses das corporações transnacionais, foi um fenômeno que estudamos anteriormente (BICUDO, 2006a).

⁵ O princípio ativo é o principal componente da fórmula farmacêutica. É a substância responsável pelo efeito terapêutico do produto.

⁶ Sabe-se que, em 2004, 85% das matérias-primas adquiridas pelos laboratórios oficiais provinham da China e da Índia (Gazeta Mercantil, 24-08-04, p. A11).

⁷ “[...] a relação, que se deve buscar, entre o espaço e o fenômeno técnico, é abrangente de todas as manifestações da técnica, incluídas as técnicas da própria ação. Não se trata, pois, de apenas considerar as chamadas técnicas da produção, ou como outros preferem, as ‘técnicas industriais’, isto é, a técnica específica, vista como um meio de realizar este ou aquele resultado específico [...] Só o fenômeno técnico na sua total abrangência permite alcançar a noção de espaço geográfico” (Santos, 1996, 2002, p. 37).

⁸ “Como a Lei dos Genéricos permitiu ao médico prescrever um medicamento de marca ou, se

achar necessário, com nome genérico, as ações das equipes de marketing dos laboratórios, fabricantes de remédios de referência ou de genéricos, junto às farmácias ganharam importância" (Gazeta Mercantil, 22-03-04, p. A10).

⁹ Em 2003, uma campanha de R\$ 3 milhões foi levada a público, divulgando os genéricos; a campanha foi financiada por quatro laboratórios nacionais (60% do financiamento) e sete multinacionais (40%) (Gazeta Mercantil, 10-07-03, p. A14).

Bibliografia

ANTAS JR., Ricardo Mendes. *Território e regulação: Espaço geográfico, fonte material e não-formal do direito*. São Paulo, Fapesp, 2005.

BARROS, José Augusto Cabral de. *Propaganda de medicamentos: Atentado à saúde?* São Paulo, Hucitec, 1995.

BICUDO, Edison. *Normes, territoires et aménagement : Les recherches biotechnologiques dans l'Union européenne*. « Mémoire de recherche » apresentado ao Instituto de Geografia da Universidade Paris 1 (Panthéon Sorbonne). Paris, 2006a.

_____. *O circuito superior marginal: A produção de medicamentos e as racionalidades espaciais no território brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo. São Paulo, FFLCH-USP, 2006b.

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos; PALMEIRA FILHO, Pedro Lins. "A cadeia farmacêutica e a política industrial: Uma proposta de inserção do BNDES". In: *BNDES Setorial*, nº 19. Rio de Janeiro, março de 2004. pp. 23-48.

FARNSWORTH, N. R. The role of ethnopharmacology in drug development. In: CHADWICK, D. J.; MARSH, J. (éditeurs). *Bioactive compounds from plants*. Chichester, Wiley, 1990.

FONTE, Nilce Nazareno da. *A complexidade das plantas medicinais: Algumas questões atuais de sua produção e comercialização*. Tese de doutoramento em Agronomia apresentada ao Setor de Ciências Agrárias da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, UFPR, 2004.

FRENKEL, Jacob. O mercado farmacêutico brasileiro: A sua evolução recente, mercados e preços. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo di. (orgs.): *Brasil: Radiografia da saúde*. Campinas, Unicamp/IE, 2001. pp. 157-174.

GALBRAITH, John Kenneth. [1967] *O novo estado industrial*. Tradução de Leônidas Gontijo de Carvalho. São Paulo, Abril, 1982 (Os economistas).

GAZETA MERCANTIL. 10 de julho de 2003; 22 de julho de 2003; 29 de outubro de 2003; 23, 24 e 25 de fevereiro de 2004; 11, 12 e 13 de novembro de 2005.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. 5ª ed. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.

LATOUR, Bruno. [1991] *Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*. Nouv. éd. Paris, La Découverte, 1997 (Sciences humaines et sociales, 26).

LOJKINE, Jean. *O Estado capitalista e a questão urbana*. 1ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1981 (Série Novas Direções).

OLIVEIRA, Rogério Vicentim Ferraz de. *A rodada do Uruguai e suas implicações para a indústria brasileira: O caso dos direitos de propriedade intelectual na indústria farmacêutica*. Monografia apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, Unicamp, 1999.

SANTOS, Milton. "O espaço: Sistemas de objetos, sistemas de ações". In: Anais do IV Encontro Nacional da ANPUR. Salvador, 1991. pp. 35-39.

_____. [1996] *A natureza do espaço: Técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo, Edusp, 2002. (Coleção Milton Santos, 1).

_____. [1979] *O espaço dividido: Os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos*. 2. ed. Tradução de Myrna T. Rego Viana. São Paulo, Edusp, 2004 (Coleção Milton Santos).

SARTRE, Jean-Paul. *Critique de la raison dialectique*, tome I: Théorie des ensembles pratiques. Paris, Gallimard, 1960b (Bibliothèque des idées).

SCHULTES, R. E.; RAFFAUT, R. F. *The healing forest: Medicinal and toxic plants of the Northwest Amazonia*. Portland, Dioscorides Press, 1990.

SILVEIRA, María Laura. "Concretude territorial, regulação e densidade normativa". In: *Experimental*, ano I, n° 2, março de 1997. São Paulo, Laboplan/Departamento de Geografia-FFLCH-USP. pp. 35-45.

_____. [1996] *Um país, uma região: Fim de século e modernidades na Argentina*. São Paulo, Fapesp/Laboplan, 1999.

Trabalho enviado em agosto de 2008

Trabalho aceito em março de 2009

