



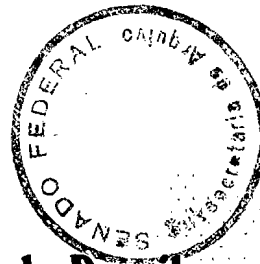
DIÁRIO



República Federativa do Brasil

DO CONGRESSO NACIONAL

SEÇÃO II



ANO L - Nº 22

QUARTA-FEIRA, 1 DE FEVEREIRO DE 1995

BRASÍLIA - DF

SENADO FEDERAL

RELATÓRIO Nº 1 DE 1995- CN

**RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE
INQUÉRITO "DESTINADA A EXAMINAR A SITUAÇÃO DO SETOR
FARMACÊUTICO"**

PRESIDENTE: Senador CARLOS PATROCÍNIO

VICE-PRESIDENTE: Deputado ELIAS MURAD

RELATOR: Deputado GONZAGA MOTA

EXPEDIENTE

Centro Gráfico do Senado Federal

MANOEL VILELA DE MAGALHÃES
Diretor-Geral do Senado Federal
 AGACIEL DA SILVA MAIA
Diretor Executivo
 LUIZ AUGUSTO DA PAZ JÚNIOR
Diretor Administrativo
 JÚLIO WERNER PEDROSA
Diretor Industrial
 FLORIAN AUGUSTO COUTINHO MADRUGA
Diretor Adjunto

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL

Impresso sob responsabilidade da Mesa do Senado Federal

ASSINATURAS

Semestral _____ R\$ 23,54

Tiragem: 850 exemplares

SUMÁRIO

Apresentação	
Requerimento N° 002 - CN, de 1992	
Composição da CPMI	
Relação de Reuniões Realizadas	
Relação de Documentos	
1)-Aspectos Históricos.....	16
2)-A Indústria Farmacêutica no Brasil.....	28
3)-A Central de Medicamentos e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.....	37
4)-O Marketing Farmacêutico e o Receituário Médico.....	47
5)-A Automedicação e a Empurroterapia.....	53
6)-A Vigilância Sanitária no Brasil.....	58
7)-O Capítulo dos Monopólios, das Patentes e dos Medicamentos Genéricos.....	66
8)-O Ensino da Farmacologia Clínica e Terapêutica nas Faculdades de Ciências de Saúde.....	75
9)-Conclusões e Recomendações.....	78

APRESENTAÇÃO

Temos a honra de submeter a Comissão Parlamentar Mista, criada através do Requerimento nº 002, de 1992-CN, o presente relatório, fruto das atividades desenvolvidas pelos Senhores Senadores e Deputados seus integrantes, que promoveram o exame acurado da situação do Setor Farmacêutico e, em especial centraram esforços no sentido de apresentar soluções viáveis e duradouras

A nobre missão dos parlamentares associaram-se os mais amplos setores, tendo contribuído de forma inestimável para o sucesso do trabalho representantes do setor público, da iniciativa privada, dos profissionais de saúde e da própria comunidade científica.

Reafirmamos, mais uma vez, a nossa crença de que os resultados alcançados por este esforço coletivo e democrático possam oferecer elementos para a consolidação de uma Política de Assistência Farmacêutica mais equânime e integradora das mais amplas camadas da população brasileira aos benefícios do desenvolvimento econômico, científico e tecnológico.

Brasília, 13 de dezembro de 1994

Deputado GONZAGA MOTA

Relator

REQUERIMENTO Nº 2, DE 1992.

Requer a criação de comissão parlamentar mista de inquérito, com a finalidade de examinar a situação do setor farmacêutico.

Senhor Presidente:

Nos termos do § 3º do art. 58, da Constituição Federal e na forma do art. 21 do Regimento Comum, requeremos a Vossa Excelência, a instituição de comissão parlamentar mista de inquérito para examinar o desempenho da indústria farmacêutica no Brasil, o processo de comercialização dos medicamentos e remédios, o aviamento do produto de acordo com a fórmula indicada na bula, bem como a atuação dos órgãos governamentais na supervisão e controle no setor.

A comissão será composta por 15 deputados e 15 senadores e terá o prazo de 150 dias para conclusão de seus trabalhos.

JUSTIFICAÇÃO

A grande maioria da população, especialmente da Região Nordeste, não tem acesso aos medicamentos indispensáveis para preservação de sua saúde. Esse quadro crônico vem ganhando contornos mais trágicos neste período recessivo e de crescente desemprego. Nessas circunstâncias apresentam-se como uma afronta à dignidade da nação os frequentes e abusivos aumentos de preços dos medicamentos, bem como as constantes retiradas do mercado de produtos essenciais à saúde de milhões de brasileiros.

Estima-se que, no Brasil, 100.000.000 (cem milhões) de pessoas não têm acesso aos medicamentos essenciais à sua saúde, por não ter poder aquisitivo suficiente.

Essa grande maioria da população brasileira está excluída desse benefício, em razão do predomínio no mercado brasileiro dos produtos das grandes empresas farmacêuticas internacionais, que por dominar mais de 80% da comercialização, impõem

seus produtos - acima de 20.000 -, em sua maioria dispensáveis, e determinam os preços, freqüentemente abusivos. Esse quadro é agravado pela elevada dependência da importação de matéria-prima - mais de 85% dos insumos utilizados na produção farmacêutica interna são importados. Tanta dependência é uma ameaça permanente de desabastecimento, com suas graves repercussões.

Com o objetivo de remover essa situação criou-se o Programa de Medicamentos Essenciais, que apresenta lista, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, com um pouco mais de 300 itens que seriam suficientes para responder às necessidades de medicamentos da população brasileira. Esse Programa, embora correto em seus propósitos, tem sido vítima de políticas de desincentivo, que não permitiram o necessário fortalecimento tecnológico e industrial do País, não aproveitando, assim, todo o potencial das empresas farmacêuticas nacionais.

Diante dessa realidade, torna-se imprescindível a adoção de estratégia que garanta os medicamentos essenciais a essa grande maioria da população que não pode adquiri-los. O País, e sua gente, não podem ficar submetidos aos interesses dos lucros exorbitantes dos grandes cartéis.

Essa rápida caracterização da indústria farmacêutica no Brasil mostra, de forma cristalina, o flagrante desequilíbrio entre as empresas do setor.

De um lado, as multinacionais, com ação oligopolizada internacionalmente, produtoras quase exclusivas de matéria-prima, com fortes poderes de impor seus produtos, de manobrar preços, de retirar medicamentos do mercado, enfim, de praticamente monopolizar o comércio no setor.

Do outro, uma indústria nacional com potencial de crescimento e modernização extremamente subutilizado, sem poder de barganha no mercado, dependente de matéria-prima, sem incentivos à pesquisa, enfim, um setor fragilizado pelas constantes políticas de favorecimento aos grandes laboratórios.

A questão da essencialidade do medicamento é um aspecto fundamental a ser considerado no processo de decisão de assunto de tamanha importância, principalmente em um País atrasado, no qual grassam doenças tanto do chamado 1º mundo (cardiovasculares, crônico-degenerativas, acidentes, etc.), quanto as próprias das nações subdesenvolvidas (desnutrição, diarreia, cólera, etc).

Para enfrentar esse verdadeiro arsenal de doenças, o País conta com uma rede de saúde precária e sem recursos. Nessas circunstâncias a necessidade de medicamentos é crescente. Agrava esse quadro o fato de que cerca de 70% da população não têm acesso ao consumo de medicamentos, segundo dados do próprio Ministério da Saúde.

Para transformar essa realidade, necessita-se estabelecer estratégia que garanta à grande maioria dessa população os medicamentos essenciais, capazes de responder às necessidades de prevenção e tratamento da quase totalidade das doenças de nosso País.

Nesse sentido, consideramos fundamental o aprofundamento do conhecimento dessa realidade, objetivando identificar os entraves a serem removidos na perspectiva de se encontrar os melhores caminhos para solucionar tamanha distorção na condução de um setor tão vital para a população brasileira.

Consideramos, assim, um instrumento indispensável nesse empreendimento a implantação de uma CPI que investigue e analise a atuação da indústria farmacêutica, incluindo-se aí a ação e controle governamental, em toda complexidade de seu processo e em cada uma de suas etapas, desde a pesquisa e a industrialização até a comercialização e o consumo.

Sala das Sessões, 17 de março de 1992 - Deputado **Gonzaga Mota**.

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, CRIADA ATRAVÉS DO REQUERIMENTO Nº 002, DE 1992-CN, "DESTINADA A EXAMINAR A SITUAÇÃO DO SETOR FARMACÊUTICO".

COMPOSIÇÃO

PRESIDENTE: Senador **CARLOS PATROCÍNIO**
VICE-PRESIDENTE: Deputado **ELIAS MURAD**
RELATOR: Deputado **GONZAGA MOTA**

TITULARES

SENADORES		DEPUTADOS	
AMIR LANDO	PMDB	EULER RIBEIRO	PMDB
ONOFRE QUITAN	PMDB	GONZAGA MOTA	PMDB
1 NEY SUASSUNA	PMDB	LAIRE ROSADO	PMDB
ANTÔNIO MARIZ	PMDB	JOFRAN FREJAT	PFL
NABOR JUNIOR	PMDB	RUBEM MEDINA	PFL
PEDRO SIMON	PMDB	RIVALDO MEDEIROS	PFL
DARIO PEREIRA	PFL	CHAFIC FARHAT	PDS
CARLOS PATROCÍNIO	PFL	DJENAL GONÇALVES	PDS
ALVARO PACHECO	PFL	MARINO CLINGER	PDT
ALMIR GABRIEL	PSDB	ELIAS MURAD	PSDB
2 EVA BLAY	PSDB	3 EDSON CUNHA	PT
TEOTÔNIO VILELA FILHO	PSDB	SANDRA STARLING	PT
LUIZ ALBERTO	PTB	MÁRIO CHERMONT	PP
NEY MARANHÃO	PRN	ALCESTE ALMEIDA	PTB
NELSON WEDEKIN	PDT	RAUL BELÉM	PRN
MEIRA FILHO	PP	4 JAIRO AZI	PDC
ESPERIDIÃO AMIN	PDS	PAULO DUARTE	PPR

SUPLENTE

SENADORES		DEPUTADOS	
JOSÉ FOGAÇA	PMDB	JORIO DE BARROS	PMDB
GARIBALDI ALVES FILHO	PMDB	NILTON BAIANO	PMDB
DIVALDO SURUAGY	PMDB	FÁTIMA PELAES	PFL
GUILHERME PALMEIRA	PFL	ANTÔNIO HOLANDA	PFL
JÚLIO CAMPOS	PFL	JOÃO RODOLFO	PDS
MÁRIO COVAS	PSDB	CLOVIS ASSIS	PDT
JONAS PINHEIRO	PTB	UBALDO DANTAS	PSDB
ALBANO FRANCO	PRN	EDUARDO JORGE	PT
DARCY RIBEIRO	PDT	NOBEL MOURA	PP

- 1 Senador Ney Suassuna foi substituído pelo Senador Antônio Mariz, em 27.05.93
- 2 Senadora Eva Blay foi substituída pelo Senador Teotônio Vilela Filho, em 27.05.93
- 3 Deputado Edson Cunha foi substituído pela Deputada Sandra Starling, em 13.09.93
- 4 Deputado Jairo Azi foi substituído pelo Deputado Paulo Duarte, em 07.03.94

Brasília, 20 de janeiro de 1993

Senhor Presidente,

*A Sec. Geral do Mesa,
para cumprir o deferimento
por mim aqui assinado
20.1.93*

De acordo com decisão adotada por V. Ex^a na Sessão Conjunta do Congresso Nacional, realizada às 11 horas do dia 10 de setembro de 1992, em resposta a indagação formulada pelo Deputado Paulo Ramos, solicito a V. Ex^a que reconsidere sua decisão em relação ao Requerimento nº 02/92 - CN, revigore a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, "com a finalidade de examinar a situação do setor farmacêutico", e assine prazo para que as Lideranças façam as indicações, após o qual, não as recebendo, faça as indicações nos termos do § 1º do art. 9º do Regimento Comum.

Aproveito a oportunidade para reiterar a V. Ex^a protestos de elevada estima e consideração.



Deputado GONZAGA MOTA

Exm^o. Sr.
Senador MAURO BENEVIDES
DD. Presidente do Senado Federal e do Congresso Nacional
NESTA

RELAÇÃO DE REUNIÕES REALIZADAS

- 1 - 29.04.93 - Instalação. São eleitos Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, os Senhores Senador Carlos Patrocínio e Deputado Elias Murad. É designado o Senhor Deputado Gonzaga Mota Relator da Matéria - DCN de 22.05.93.
- 2 - 19.05.93 - Deliberação do roteiro de trabalhos.
- 3 - 25.05.93 - Depoimento do Dr. Roberto Gabriel Chabo, Secretário Nacional de Vigilância Sanitária.
- 4 - 08.06.93 - Depoimento dos Senhores Senadores Mauricio Carrêa, Ministro de Estado da Justiça e José Eduardo Vieira, Ministro de Estado da Indústria, Comércio e Turismo.

5 - 15.06.93 - Depoimento do Dr. Jose Eduardo Bandeira de Mello, Presidente-Executivo da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica - ABIFARMA.

6 - 29.06.93 - Depoimento dos Srs. Dr. José Eduardo Bandeira de Mello, Presidente-Executivo da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica ABIFARMA e Dr. Roberto Gabriel Chabo, Secretário Nacional de Vigilância Sanitária.

7 - 10.08.93 - Depoimento do Dr. Hansurued Wipf, Presidente da INTERFARMA

8 - 17.08.93 - Depoimento do Dr. Dante Alário Júnior, Presidente da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais - ALANAC.

9 - 02.09.93 - Depoimento dos Srs. Prof. Elisauo Luiz Araújo Carlini, Presidente da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos - SOBRAVIME e Dr. Angela Ferreira Vieira, Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais.

10 - 16.09.93 - Depoimento dos Srs. Dr. Pedro Zidoi, Presidente da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico - ABCFARMA e Dr. Thiers Ferreira, Presidente do Conselho Federal de Farmácia.

11 - 26.10.93 - Depoimento do Dr. Henrique Santillo, Ministro de Estado da Saúde

**COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO,
CRIADA ATRAVÉS DO REQUERIMENTO Nº 002, DE 1992-
CN, "DESTINADA A EXAMINAR A SITUAÇÃO DO SETOR
FARMACÊUTICO"**

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

Volume II Documento nº 001

Depoimento do Sr. Roberto G. Chabo prestado na Comissão em reunião realizada em 25.05.93.

Volume II Documento nº 002

Depoimento do Sr. Ministro prestado na Comissão em reunião realizada em 08.06.93.

Volume II Documento nº 003

Depoimento do Sr. Ministro prestado na Comissão em reunião realizada em 08.06.93.

Volume II Documento nº 004

Comparativo de Preços - Marcas e Genéricos - Abr/93

Volume II Documento nº 005

Medicamentos Genéricos, "Uma idéia que, mal aplicada, pode ser perigosa" (Publicação da ABIFARMA, SINDUSFARM e SINFAR)

Volume II Documento n° 006

Relatório da ABIFARMA sobre a atual situação dos medicamentos no Brasil

Volume II Documento n° 007

Drogas aprovadas, com avaliações de equivalência terapêutica (Texto em Inglês)

Volume II Documento n° 008

Cópia de documentos encaminhados pelo Sr. Arthur Lavras, Assessor para Assuntos Governamentais ao Sr. Luiz Felipe Moreira Lima, Diretor do DETEM-MS em aditamento ao Fax enviado dia 16.06.93 (Produtos sem registro comercializados no país e hemoderivados, sem registro no Brasil vendidos por importadores).

Volume II Documento n° 009

Cópia de documentos encaminhados pelo Sr. Arthur Lavras, Assessor para Assuntos Governamentais ao Sr. Luiz Felipe Moreira Lima, Diretor do DETEM-MS em 16.06.93 (Produtos sem registro comercializados no país e importações irregulares de hemoderivados sem registro no DETEM).

Volume II Documento n° 010

Como diagnosticar e tratar hepatites por vírus (Revista Brasileira de Medicina, Vol. 49, n° 11 Nov/92)

Volume II Documento n° 011

Mercado farmacêutico do mundo capitalista; Mercado farmacêutico norte-americano; Comparação de preços e Comparação entre preços de medicamentos com marcas registradas e genéricos (Quadros Comparativos).

Volume II Documento n° 012

Cópia das transparências utilizadas no depoimento do Sr. Hansruedi Wipf, realizado em 10.08.93.

Volume II Documento n° 013

Composição de preços - América Latina Jan/92 (Quadro Comparativo).

Volume II Documento n° 014

PIPELINE: Ciclo de vida de um produto farmacêutico novo.

Volume II Documento nº 015

Depoimento prestado pelo Sr. Hansuruedi Wipf, em reunião pública realizada em 10.08.93.

Volume II Documento nº 016

Relação de Laboratórios e percentuais de aumento entre 01.08.93 a 01.09.93.

Volume II Documento nº 017

Relação de Laboratórios e percentuais de aumento entre 01.07.93 a 01.08.93.

Volume II Documento nº 018

Clipping da Folha do Farmacêutico (Ano 2 Jun/93 - Órgão oficial do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro)

Volume II Documento nº 019

Centro de Vigilância Sanitária - Comunicado CVS-96 BDE de 22.07.93 (Publicado no DOE. Seção I, de 24.07.93, pag. 16)

Volume II Documento nº 020

Preço dos medicamentos no Brasil (Lista de preços ABCFARMA, Ago/93)

Volume II Documento nº 021

Ofício nº 094/93 da ABCFARMA, encaminhado ao Senhor Ministro da Saúde, Anexo Relatório contendo a posição da ABCFARMA sobre o Decreto 793/93.

Volume II Documento nº 022

O comércio varejista de produtos farmacêuticos (Margem de comercialização).

Volume II Documento nº 023

Farmacoeconomia (Boletim SOBRAVIME, Nov-Dez/92 - Jan-Fev/93)

Volume II Documento nº 024

Genéricos: Preços de Benzodiazepínicos comercializados pelos nomes genérico ou de marca (quadro comparativo).

Volume II Documento nº 025

Relação das substâncias e produtos farmacêuticos mais utilizados em 1992 no Brasil.

Relação das substâncias essenciais, de uso contínuo e excepcionais.

Índice de nomes genéricos e nomes comerciais.**Relação das substâncias essenciais, de uso contínuo e excepcionais.****Índice de nomes genéricos e nomes comerciais.****Volume II · Documento n° 026****Nível de drogas nos países em desenvolvimento (matéria em inglês)****Volume III · Documento n° 027****Clipping de matérias com uso indevido de medicamentos e suas conseqüências.****Volume III · Documento n° 028****Comparativo de preços entre a CEME e às concorrências****Volume III · Documento n° 029****Relatório de atividades da Central de Medicamentos - CEME****Volume III · Documento n° 030****Denúncia sobre propaganda médica de medicamentos.****Volume III · Documento n° 031****Clipping sobre aumento de preços de remédios.****Volume III · Documento n° 032****Notas fiscais de descontos da indústria para o comércio****Volume III · Documento n° 033****Estimativa de perdas de medicamentos no Brasil.****Volume III · Documento n° 034****Gráfico de perdas de medicamentos na Universidade Federal do Paraná - UFPR****Volume III · Documento n° 035****Assistência farmacêutica (Assistência Farmacêutica no Brasil e no mundo, mercado farmacêutico, farmacovigilância, número de farmacêuticos e farmácias, CPI do Narcotráfico e consumo abusivo de anfetamínicos)****Volume III · Documento n° 036****Sexo e farmácia (Trabalho sobre DST e farmácia)**

Volume III Documento n° 037

Saúde, medicamentos, farmácias e farmacêuticos (Relatório sobre o papel do farmacêutico.

Volume IV Documento n° 038

Ata da 1ª reunião realizada em 29.04.93

Volume IV Documento n° 039

Ata da 2ª reunião realizada em 19.05.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 19.05.93 - Deliberação do roteiro de trabalhos

Volume IV Documento n° 040

Ata da 3ª reunião realizada em 25.05.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 25.05.93 - Depoimento do Dr. Roberto Gabriel Chabo, Secretário Nacional de Vigilância Sanitária

Volume IV Documento n° 041

Ata da 4ª reunião realizada em 08.06.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 08.06.93 - Depoimento dos Senhores Senadores Maurício Carrêa, Ministro de Estado da Justiça e José Eduardo Vieira, Ministro de Estado da Indústria, Comércio e Turismo

Volume IV Documento n° 042

Ata da 5ª reunião realizada em 15.06.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 15.06.93 - Depoimento do Dr. José Eduardo Bandeira de Mello, Presidente-Executivo da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica - ABIFARMA

Volume IV Documento n° 043

Ata da 6ª reunião realizada em 29.06.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 29.06.93 - Depoimento dos Srs. Dr. José Eduardo Bandeira de Mello, Presidente-Executivo da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica ABIFARMA e Dr. Roberto Gabriel Chabo, Secretário Nacional de Vigilância Sanitária

Volume IV Documento n° 044

Ata da 7ª reunião realizada em 10.08.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 10.08.93 - Depoimento do Dr. Hansrued Wipf, Presidente da INTERFARMA

Volume IV Documento n° 045

Ata da 8ª reunião realizada em 17.08.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 17.08.93 - Depoimento do Dr. Dante Alário Júnior, Presidente da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais - ALANAC

Volume IV Documento n° 046

Ata da 9ª reunião realizada em 02.09.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 02.09.93 - Depoimento dos Srs. Prof. Elisauo Luiz Araújo Carlini, Presidente da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos - SOBRAVIME e Drª Ângela Ferreira Vieira, Presidente do Conselho Regional de farmácia do Estado de Minas Gerais

Volume IV Documento n° 047

Ata da 10ª reunião realizada em 16.10.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 16.09.93 - Depoimento dos Srs. Dr. Pedro Zidoi, Presidente da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico - ABCFARMA e Dr. Thiers Ferreira, Presidente do Conselho Federal de Farmácia

Volume IV Documento n° 048

Ata da 11ª reunião realizada em 26.10.93

Nota taquigráfica da reunião do dia 26.10.93 - Depoimento do Dr. Henrique Santillo, Ministro de Estado da Saúde

Volume IV Documento n° 049

Ata da 12ª reunião realizada em 14.12.94

**COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO DESTINADA
A EXAMINAR A SITUAÇÃO DO SETOR FARMACÊUTICO****1)-Aspectos Históricos.**

A origem da Terapêutica perde-se, provavelmente, nas penumbras da História da Humanidade. A primeira atitude terapêutica teria sido, possivelmente, a fricção atávica de uma área contundida pelos nossos antepassados pré-históricos. Logo, os atos terapêuticos representam complexos cibernéticos intrínsecos à maioria dos seres vivos, objetivando

a manutenção da chamada "homeostase (Cannon) do "milieu intérieur"(Claude Bernard), em estreita cooperação com a "vis medicatrix naturae". É claro que a seleção de atos, rituais, procedimentos ou poções positivamente curadores ou, no mínimo, paliativos, era apanágio de certa modalidade de homens muito especiais, argutos e observadores, dotados da capacidade de análise dos fatos e de estabelecer relações muito sutis com eventuais conseqüências sociais. Socialmente, tais indivíduos passaram a usar estas artes como fonte de poder. Como conseqüência, estes curadores depreenderam a necessidade de preservação desta intangível influência social, envolvendo tais conhecimentos num halo místico e mágico. Daí ficar a Medicina, desde as priscas eras, relacionada aos diáfanos mistérios das religiões, sendo, quase sempre, exercida por sacerdotes ou feiticeiros. O medo do Desconhecido, da Dor e da Morte fizeram com que as sociedades aceitassem, com temor religioso, os rituais, freqüentemente bizarros, propostos pelos curadores. Sem qualquer crítica ou questionamento. Notaremos, à frente, que o homem moderno não mudou, neste contexto, em relação aos seus antepassados. Por outro lado, a necessidade de manutenção dos segredos, vale dizer do poder, induziu as secretas escolas de médicos a criarem esmerados métodos de dissimulação, de forma que ninguém viesse a descobrir o que, em toda a parafernália aparente dos curandeiros, realmente exercia o poder da cura. Só mesmo assim podem ser explicados o sucesso de tratamentos tão estranhos quanto "pata de asno; carne podre; olhos de moscas; dentes de crocodilo; sangue menstrual; estrato de sapatos velhos", entre outros tantos, propostos de boa fé pelo próprio Pai da Medicina-Hipócrates.

A História da Medicina atribui ao centauro Chiron a primazia dos conhecimentos médicos, que teriam sido transmitidos, sob os olhos invejosos de Zeus, ao semi-deus Esculápio, o qual acabou fulminado

por um raio lançado pelo próprio pai. Um dos discípulos de Esculápio, o asclepiade Hipócrates(460A.C.),por sua extensa obra, é considerado o Pai da Medicina. No entanto, Hennes Trimegisto, o deus das revelações egípcio, em suas incursões pelas interseções da religião e da ciência, teria criado a Alquimia,a Ciência Hermética, base da atual Terapêutica.

Em adição, foram encontrados escritos sumerianos de mais de 7.000 anos relacionando fórmulas e processos terapêuticos tão eficazes quanto a papoula. De forma idêntica, diversos outros documentos foram identificados pelos arqueólogos, como a Torá judaico(mais de 5.700 anos),o Papiro de Ebers da medicina egípcia(mais de 3.550 anos),contando com mais de 700 remédios, como a colchicina, o óleo de ricino, a cila, os metais pesados, entre outros; o "Grande Herbario" da Medicina Chinesa, organizado pelo Imperador Shen Nung, há 4700 anos, contendo mais de 100 medicamentos; o "Código de Hamurabi, da Medicina Assiria(com mais de 4000 anos),citando-se os mais conhecidos. Depreende-se que é impossível estabelecer-se uma primazia para a criação da Terapêutica, uma atividade tão intrinsecamente relacionada com a preservação da saúde, do bem-estar e da própria Vida e, em realidade, a atividade-fim da própria Medicina.

O médico atual, por outro lado, apesar de diuturnamente lidar com os medicamentos, as suas grandes armas de luta contra as doenças e os seus desconfortos, tem-se colocado, costumeiramente, numa postura de distanciamento no que se refere as características da assistência farmacêutica em nosso país. Tem assumido uma paradoxal atitude de desinteresse, como se os intrincados aspectos relacionados aos fármacos se constituíssem em algo extremamente remoto ou irrelevante, apesar de deter no âmbito das suas possibilidades, a de constituir-se, potencialmente, no fiscal número um dos sistema de assistência farmacêutica no país. No

entanto, apesar da sua cultura eminentemente técnica, o médico não pode furtar-se em se tornar ciente das facetas econômicas, administrativas e políticas que interferem diretamente no seu trabalho. Em particular, no que concerne à pesquisa, à liberação, à vigilância sanitária, à industrialização, à comercialização, ao controle de preços, à divulgação, à estocagem, ao transporte, à dispensação, à receita, à automedicação, entre outros aspectos.

Em verdade, o ensino da arte farmacêutica foi inaugurado no Brasil, como parte do curso de Medicina, através do decreto real datado de 12 de abril de 1809, na Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Tal cadeira deveria ensinar "Clínica médica, teórica e prática de princípios elementares de matéria médica (a Terapêutica) e farmacêutica". O responsável, então, por tal disciplina, foi o Dr. José Maria Bontempo. Torna-se, portanto, mandatório o conhecimento do perfil dos sistemas que interagem com os medicamentos enquanto indispensáveis aliados no combate às mazelas que afligem a população brasileira.

A evolução farmacêutica no Brasil coincide, na verdade, com as fases maiores relacionadas a marcos históricos de repercussão mundial. Assim sendo, pode-se dizer que no desenvolvimento desta indústria divisam-se três fases primordiais. A primeira fase teria sido aquela emergente do obscurantismo dos antigos formulários, artesanais, das Santas Casas de Misericórdia, existentes no Brasil desde o Século XVIII. Em realidade, as boticas, ou as farmácias magistrais brasileiras dos Séculos XVII e XVIII geralmente acopladas às residências dos boticários, assemelhavam-se às americanas e àquelas de alguns países europeus. Foi uma época de dormência científica, onde os avanços tecnológicos eram verdadeiramente raros. Os grandes saltos científicos e metodológicos só ocorreriam no Século XIX, especialmente nos campos da Química, da

Farmacologia, da Biologia e da Botânica. Um dos pontos cardeais da futura indústria farmacêutica foi a invenção, em 1843, pelo inglês William Brockedon (e patenteada pelos americanos irmãos Wyeth) da máquina de produzir comprimidos (compressed tablets). Poder-se-ia concluir que o desenvolvimento científico ocorrido naquele século determinou o surgimento de um fosso cultural, de um verdadeiro divisor d'águas na história da Medicina. Nesta época, a farmácia de manipulação, ou magistral, foi o grande modelo vigente, exceção feita a alguns raros laboratórios, o que denotava o lento eclodir de uma nova mentalidade empresarial. Além disto, esta primeira fase caracteriza-se pela importação de medicamentos por grande concessionários e o lento aparecimento de especialidades nacionais. Henrique Metzger foi o exemplo típico de concessionário desta fase, detendo a exclusividade de importação do "Chinino dello Stato". A L. Queiroz & Cia. eram os maiores fabricantes de produtos químicos da América do Sul, mantendo enormes estoques de medicamentos nacionais e estrangeiros, como a "Água de Queiroz", o "Elixir de Sucupira Composto", "Abiol", "Guderin", "Lithobilina", "Petróleo americano", "Sulfurol", "Xarope de Easton", "tintura de Krapouloff" e muitos outros. Próximo à virada do século XIX, eclode, no país, numa resposta ao intenso fervilhar científico europeu, a chamada Fase Biológica, com a fundação do Instituto Butantã (1889) em S. Paulo e Oswaldo Cruz (1902), no Rio de Janeiro, concomitante com o desenvolvimento de diversos soros e vacinas de elevada importância para as ações de saúde pública, como as utilizadas no controle da raiva, da febre bubônica, da febre amarela e da varíola. Vital Brazil, para nosso orgulho, desenvolve a vacina anti-ofídica.

A fase seguinte, a da Síntese Química, poder-se-ia ter iniciado a partir da descoberta por Paul Ehrlich, o Pai da Bioquímica

Moderna (Prêmio Nobel de 1908), do tratamento da sífilis com o arsenical salvarsan. No entanto, tal fato só aconteceria em meados da década de 30, a partir da descoberta das propriedades antibióticas do azo derivado-o corante prontosil-a base da sulfanilamida, por Domagk, em 1932, a partir de conhecimentos já existentes desde o começo de século (1904). Um avanço científico sem precedentes, quando ocorreu radical mudança da mentalidade empresarial no ramo, liderada por um "pool" de companhias alemãs do setor de corantes-o IGFAN (I. G. Farbenindustrie)- integrado pela Bayer, pela BASF e pela Hoechst. Foi aí vislumbrado que a pesquisa farmacêutica resultava no surgimento de medicamentos eficazes e seguros. A indústria da vida visava um rentabilíssimo e monopolizado mercado. Tais monopólios eram tão mais vantajosos, do ponto de vista econômico, quanto mais eficazes fossem os novos medicamentos. Além disto, a elaboração de fármacos potentes gerava um outro interessante corolário: não havia relação entre o preço do medicamento e os custos de produção. O preço de venda seria estabelecido pela premência das necessidades dos usuários. Esta visão empresarial constituiu-se no grande incentivo do explosivo desenvolvimento farmacêutico nesta fase, através de um maciço investimento em pesquisa. Assim, a indústria farmacêutica, muito mais rentosa, eclodiu da de corantes.

Apesar do longo tempo de pesquisa (12 anos em média) e das vultosas somas invertidas no desenvolvimento de um fármaco (média atual de 359 milhões de dólares, onde de 5.000 moléculas promissoras, apenas uma atinge o status de medicamento), os lucros auferidos compensam largamente os esforços, apesar de terem, recentemente, diagnosticado o futuro exaurimento do filão bioquímico como base de desenvolvimento de novos fármacos. Ressalte-se, aqui, que o longo tempo utilizado na pesquisa de novos fármacos, especialmente devido às

exigências de segurança e eficácia dos serviços de vigilância sanitárias (Ensaio pré-clínicos e Fases I, II e III dos ensaios clínicos) é o grande motivo dos longos prazos das patentes do setor. Apesar de tudo, as três empresas pioneiras na adoção desta atitude, isto é, de adoção da pesquisa como base de desenvolvimento, foram amplamente recompensadas financeiramente, sendo, em realidade, atuais líderes mundiais no setor quimiofarmacêutico. A BASF ocupa o primeiro lugar, com um faturamento de 31, 2 bilhões de dólares/ano; a Hoechst é a 2ª do mercado mundial, com um faturamento de 30 bilhões de dólares/ano, enquanto a Bayer ocupa o 3º lugar com 27, 8 bilhões de dólares/ano.

No entanto, até a década de 30, a produção farmacêutica brasileira se equivalia, grosso modo, à americana. Predominava o processo artesanal romântico, com vagos esboços de atitudes industriais. Em 1920, por exemplo, estavam registrados 186 laboratórios farmacêuticos no país, artesanais, em sua maioria. O florescimento desta indústria foi estruturado basicamente sobre a produção de medicamentos biológicos e fitoterápicos. No entanto, a tendência mundial apoiada no exemplo alemão começou a ter seguidores eficientes e altamente profissionais em outras partes do globo. Sendo assim, já antes de 1940 encontravam-se sediados no Brasil nove laboratórios europeus: Bayer (1890); Rhodia (1919); Beecham (1922); Merck (1923); Andrômaco (1928); Roche (1931); Ciba (1932); Roussel (1936); Glaxo (1936); Organon (1940). Além disto, três laboratórios americanos também haviam aqui se instalado: Sidney Ross (1920); Johnson & Johnson (1936) e Abbott (1937).

A crescente necessidade de novos e eficazes medicamentos, em quantidade desusadamente elevada durante a II Guerra Mundial constituiu-se em mais um importantíssimo estímulo à pesquisa científica com apoio empresarial e governamental. Surgiram nesta época

diversos medicamentos revolucionários, como, por exemplo, os corticosteróides, desenvolvidos pelos alemães e usados, inicialmente, para manter a prolongada vigília das tripulações de voo. No entanto, a década de 40 estava fadada a se tornar um marco na revolução farmacêutica com a introdução da tecnologia fermentativa dos antibióticos, num inacreditável amadurecimento dos conceitos emitidos pelo jovem médico francês Ernest Duchesne, em sua tese de doutoramento, já em 1896, com o isolamento da piocianina, um antibiótico derivado do bacilo piocianico. As necessidades da guerra, em contrapartida às aspirações empresariais do setor farmacêutico, conduziram o médico inglês Howard Florey e seus colaboradores, em 1939, a reativarem e a testarem a validade terapêutica daqueles conceitos, a partir de estudos esquecidos de Alexander Fleming, publicados em 1928. Surgia, então, a penicilina em escala industrial, usada, pela primeira vez, em caráter experimental, em 1944. Em seguida, foram produzidas a estreptomina, as tetraciclina, o cloranfenicol, a neomicina, a canamicina, entre outros tantos. A revolução científica e social resultante da eclosão da Era dos Antibióticos não tem par na História. Logo de início, a mortalidade das neumonias caiu de 31 para menos de 7%, enquanto que a da febre tifóide era reduzida de 21 para 0,6%! Os incríveis efeitos sociológicos e demográficos deste avanço são do conhecimento de todos.

Em realidade, a exuberância da chamada fase da "explosão das drogas" (Modell) durante e após a II Guerra, apoiada no maciço investimento da pesquisa de novos e eficazes medicamentos resultou na introdução de mais de 7.000 novos fármacos entre 1945 e 1963 (estima-se, no momento, a existência de 35.000 fármacos), o que culminou com o agravamento progressivo do desnívelamento científico e tecnológico entre os laboratórios nacionais e aqueles estrangeiros.

Tornou-se, portanto, ostensivo o chamado "hiato tecnológico". Esta revolução de conceitos e atitudes colheu de surpresa as empresas nacionais, acostumadas que estavam, a processos muito lentos de avanço tecnológico, centenários, por vezes. Assim, ao final da guerra, o Brasil foi literalmente invadido por novas empresas farmacêuticas transnacionais como a Wyeth(1949); a Squibb(1953); a Upjohn(1954); a Cyanamid(1955); a Parke-Davis(1955); a Syntex(1957); a Merrel(1958); a Searle(1959); a Ayerst(1960); a Mead-Johnson(1961); a Eli Lilly(1962); a Pfizer(1969); a ICN(1971); a Smith, Kline & French(1973); a Recordati(1947); a Sandoz(1947); a Hoechst(1949); a De Angeli(1950); a Carlo Erba(1950); a Brown(1954); a Berlimed(1954); a Wellcome(1955); a Boehringer(1956); a Byk(1969), entre outras.

Após a Grande Guerra prevalecia a premissa de que a criação de incentivos para a implantação de indústrias estrangeiras no país resultaria, a médio e longo prazos, na absorção de tecnologia farmacêutica. O tempo mostraria que tal política resultou no sucateamento de importante parcela dos laboratórios nacionais, com fechamento de mais de 40 deles nos últimos 35 anos. E a tecnologia farmacêutica mostrou-se refratária à qualquer modalidade de transferência, ao contrário de outras áreas do conhecimento tecnológico, como, por exemplo, da indústria informática, automobilística ou aeronáutica. Por esta razão, o Brasil produz integralmente menos de 3% dos insumos utilizados na produção de medicamentos, estando, portanto, dependente do exterior nesta área de segurança nacional. A nossa curta memória nos impede de lembrar estes fatos relativamente recentes, enquanto que os grupos hoje interessados na aprovação de uma lei de patentes a mais favorável possível, voltam a apregoar que elas têm um papel relevante no papel de incentivo à pesquisa e de repasse de tecnologias, quando nós sabemos que o Terceiro Mundo

não tem representado nada mais que um simples entreposto de vendas. Nem mesmo uma maciça produção local de fármacos poderia ser apontada como fator de geração de empregos e de renda. Esta produção maciça não existe. Interessante ressaltar, ainda, à guisa de ilustração dos padrões éticos do comportamento econômico do setor, que uma comissão especial do Senado norte-americano detectou uma elevação de preços de 128% contra uma inflação acumulada de 22% no período de 1980 à 92. O Presidente Clinton foi incapaz de corrigir tal aberração, demonstrando o poder deste ramo da indústria.

2)-A Indústria Farmacêutica no Brasil.

Esta indústria, incluindo-se aí as 397 empresas nacionais responsáveis por 16% do faturamento e os 71 laboratórios multinacionais detentores de 84% (1993) dos cerca de 5 bilhões de dólares/ano referentes às vendas do cerca de 1,3 milhões de unidades setor, posiciona-se em 8º lugar (1994) no mercado mundial. Nosso mercado equivale a 1,5% do mercado mundial. Este faturamento manteve-se em torno dos 1,8-2 bilhões de dólares durante toda a década de 80, quando o Brasil ocupou do 6º ao 9º lugares no mercado global, cujo potencial supera os 180 bilhões de dólares, sendo que apenas os Estados Unidos (US\$44,5 bilhões), o Japão (US\$31,15 bilhões) e a Alemanha (US\$10,48 bilhões) representam cerca de 60% deste mercado. Como não houve aumento significativo na produção de medicamentos, conclui-se por uma significativa elevação nos preços dos remédios no país, especialmente após 1990 (faturamento nacional de US\$3 bilhões) quando ocorreu a liberação dos mesmos. Apesar desta aparente opulência, mais de 65 milhões de habitantes não têm acesso à assistência farmacêutica. Os 85 milhões restantes são atendidos por uma rede de mais de 45.000 farmácias (23,4% do mercado) e

drogarias (76,6% do mercado), sendo o preço médio do medicamento brasileiro de 2,95 dólares (1,45 sem os impostos), contra 28,09 no Japão; 4,28 na França; 9,26 dólares na Alemanha; 7,26 na Itália; 4,83 da Espanha; 12,92 dólares nos Estados Unidos; 6,6 na Argentina; 3,85 no Uruguai; 2,41 no México; 3,43 na América Central; 3,02 no Peru. Ocorreu, nos últimos quatro anos, a partir do modelo neo-liberal do Governo Collor uma sensível elevação do preço médio do remédio brasileiro, que, segundo, o representante da Abifarma, a associação da maioria dos laboratórios multinacionais, encontrava-se defasado em relação à realidade econômica. Assim, em 1992, a produção de medicamentos caiu, em termos absolutos, em 5%, ocorrendo, no entanto, uma elevação do faturamento do setor de cerca de 43%, ou seja US\$4 bilhões, contra 2,80 em 1991. A persistir o atual processo de sucateamento da Central de Medicamentos, a vasta maioria de brasileiros de baixa renda ficará sem qualquer assistência farmacêutica oficial. Como, em verdade, já ocorre, no momento.

O Conselho Federal de Farmácia detectou que os 20 medicamentos considerados como essenciais tiveram os seus preços majorados em 61% acima da inflação do período em 1993. Apesar de tudo, o Representante da Abifarma relata que, no Brasil, apenas 34,97% do preço fica na indústria, enquanto que nos Estados Unidos, esta percentagem atinge algo em torno dos 69%. Discrimina assim a composição dos preços no país:

Composição de Preços

Preço máximo ao consumidor	100%
Margem da farmácia	30%
Preço da fábrica	70%

Remuneração do atacadista.....	10,5%
Icms-Pis+Cofins.....	10,2%
Preço de venda nominal(a prazo).....	49,3%
Financiamento do cliente(antes do real).....	12,82%
Financiamento de impostos(antes do real).....	0,57%
Custos de frete e seguro.....	2,08%
Preço de venda final FOB(à vista).....	34,97%

De qualquer forma, o representante da Abifarma afirma que depois da liberação dos preços, a partir de 1992, e com a progressiva correção das defasagens, o setor investiu cerca de 150 milhões naquele ano no Brasil, existindo a intenção de ampliarem-se as inversões para algo em torno de 1 bilhão de dólares nos próximos 5 anos. Apesar da argumentação, insiste em afirmar que a média dos preços em URV dos quatro últimos meses de 93 resultou numa queda de 17,5% nos preços dos medicamentos. Neste período, no entanto surgiram certas aberrações mercadológicas atestadas por uma grande variabilidade de preços de medicamentos, como:

- 1)-Ampicilina-variação de preço de 89%.
- 2)-AAS- " " " 165%.
- 3)-Cimetidina " " " 52%.
- 4)-Ibuprofeno " " " 66%.
- 5)-Mebendazol " " " 111%.
- 6)-Nifedipina " " " 193%.

Comparativamente, podemos afirmar, por exemplo, que a cimetidina-200mg, por exemplo, custa no Brasil 22 dólares, contra 18 na

Austrália. A metildopa-250mg custa 11, 10 dólares no Brasil, em contrapartida à 6, 80 na Inglaterra. Logo, nossos medicamentos não são tão baratos quanto se apregoa.

Apesar de, aparentemente, a participação de cada laboratório no mercado brasileiro ser bastante pulverizada, não mais que 4, 4% para o primeiro lugar, a divisão deste mercado dá-se através das especialidades farmacêuticas. Assim, 82% do mercado das tetraciclínas está nas mãos de três laboratórios; 66% do mercado dos antiácidos acomodam-se com 6 grandes laboratórios; 87% do mercado de antibióticos em geral estão nas mãos de 7 laboratórios de grande porte; 80% do mercado de vitaminas estão com 8 laboratórios e 60% do mercado de analgésicos estão com 5 grandes laboratórios. Em realidade, entre os quarenta primeiros laboratórios apenas quatro são nacionais. Mesmo o laboratório Aché, o primeiro dos nacionais, apresenta fortes indícios de preponderante participação do capital estrangeiro. É a única forma de sobrevivência possível.

O Brasil tem uma farmácia por 3. 214 habitantes ; enquanto que Portugal esta relação é de 1:4. 000; a Alemanha é de 1:5. 000; a Finlândia é 1:6. 900; Holanda é de 1:14. 500. O Organização Mundial de Saúde(OMS), no entanto, preconiza um ideal de uma farmácia por 8. 000 à 10. 000 habitantes. Em adição, somente 4% das farmácias brasileiras são de propriedade de farmacêuticos, ao contrário de países desenvolvidos como França, Alemanha, Reino Unido, Suécia, Holanda, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Portugal, Luxemburgo, Itália, Espanha, diversos estados americanos, Austrália , entre outros, onde somente tais profissionais podem ser donos destes estabelecimentos. Como corolário de tal aberração, a orientação técnica destes estabelecimentos é, via de regra, impropria, ficando, no mais das vezes aos cuidados de simples balconistas

que, sem qualquer formação, praticam rotineiramente a chamada "empurroterapia", estimulando a automedicação. Neste contexto, o brasileiro consome cerca de 17 dólares per capita em medicamentos (1,5% da renda se computarmos a prevalente renda nacional de um salário-mínimo de 67 dólares (à época da CPI), em contrapartida a 16,7 dólares (0,44% da renda) no Reino Unido; 28 dólares na Itália (1,03% da renda); 46 dólares da França (0,75% da renda); 48,7 dólares na Alemanha (0,66% da renda), o que nos coloca algo em torno do 17º lugar no mundo.

Ocorre, no entanto, que como significativa parcela da população brasileira simplesmente não tem acesso aos medicamentos, é possível que o percentual de comprometimento da renda familiar daqueles que podem comprar estes produtos seja bem maior que o calculado por médias.

A partir de, aproximadamente, 2.100 fármacos genéricos a indústria farmacêutica no Brasil produz cerca de 11.000 apresentações farmacêuticas colocadas no mercado. A Grã-Bretanha tem 26.000 produtos licenciados; a Itália cerca de 13.700; 14.750 na Espanha; 7.800 na França; 7.900 na Bélgica. Em contrapartida, existem mais de 40.000 licenças válidas na Divisão de Produtos (Dipro) do Ministério da Saúde. Apenas 294 fármacos são produzidos no país gerando algo em torno dos US\$500 mil/ano. Parcialmente, em sua grande maioria. Dependendo, portanto, de insumos intermediários, cuja importação nos custa aproximadamente US\$300 milhões, sendo comum a prática do superfaturamento das compras efetuadas nas maiores. Os laboratórios nacionais participam em, apenas, 22% no esforço de produção independente totalmente verticalizada.

O desenvolvimento de um novo fármaco exige grandes inversões em pesquisa, algo incomum no Brasil. Aqui aplicam-se em pesquisa nada mais do que 0, 5% do PIB, contra 2, 5% dos Estados Unidos, 3% da Alemanha, 2, 6% da Coreia do Sul. Pesquisa gera lucro e monopólios mundiais. No caso do Brasil, no entanto, torna-se preferencial, no momento, o processo de aquisição de pacotes tecnológicos, uma vez que o desenvolvimento de um novo fármaco, com todos os riscos econômicos inerentes, é um investimento muito caro, para o atual estágio de desenvolvimento do país.

Tais idéias não são novas. Têm mais de 30 anos, por ocasião da criação do Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica(GEIFAR), pelo Decreto nº52, 471 de 13/10/63 e, por diversas vezes estiveram em vias de implementação, sendo, posteriormente, sumariamente torpedeadas.

Com vistas a amenizar este quadro, a Central de Medicamentos(CEME), em 1983, lançou o Programa de Nacionalização de Fármacos que visava, a partir de um elenco de 150 medicamentos essenciais, otimizar a produção dos mesmos, ainda que em escala laboratorial, a partir de tecnologia a ser adquirida no leste europeu ou na China. A Codetec, de Campinas, constituiu-se na planta-piloto para o desenvolvimento e otimização de tais tecnologias, contando-se com o apoio financeiro da FINEP e do BNDES. Foram otimizados 19 fármacos, alguns não-essenciais, já que os pacotes tecnológicos eram "fechados". Assim, foram otimizadas as tecnologias de produção de produtos não-essenciais como a flufenazina, o droperidol, o guanabanzo, a nicarbazina, a bromoprida e o trifluoperidol. Entre os medicamentos essenciais desenvolvidos temos a l-dopa, a azatioprina, o monossulfiram, o dioctil-sulfosuccinato de sódio, o haloperidol, a mercaptopurina, a

metoclopramida, o metronidazol, o propiltiouracil, o sulfato de magnésio, o sulfato de manganês e a talidomida. A indústria privada, preferencialmente nacional, foi estimulada a engajar-se neste esforço, como, por exemplo, o Instituto Químico de Campinas; Cristália; Billi Farmacêutica; Microbiológica; Libbs; Planalquímica; União Química Farmacêutica; Biofill Produtos Tecnológicos; Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, entre outras empresas. Acontece que apesar de contarem com tecnologia otimizada a custo zero, os laboratório envolvidos não foram bem sucedidos em comercializar aqueles fármacos, uma vez que tinham que competir com medicamentos idênticos já bem sedimentados comercialmente. Além disto, a CEME não contava com a prerrogativa de priorização de compras das companhias apoiadas tecnologicamente. Assim, o programa, apesar de cumprido em parte, falhou no último estágio, isto é, na competição de mercado. Para completar o quadro de derrocada no setor, num primor de miopia político-administrativa, a CEME, mola-mestra da assistência farmacêutica do Sistema Unificado de Saúde(SUS), que já chegou a manipular um orçamento de mais de um bilhão(US\$1,1 em 1992) de dólares, atualmente dispõe de uns irrisórios US\$83 milhões(1993), tendo sido praticamente desmantelada, transformando-se num departamento sem qualquer relevância no Ministério da Saúde.

3)-A Central de Medicamentos e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais(RENAME).

A necessidade da elaboração de relações de medicamentos essenciais foi, em verdade, uma evolução dialética,

coincidente com a conscientização dos povos, mormente aqueles do chamado Terceiro Mundo, na busca da excelência das ações de saúde pública. Os governantes se depararam com um quadro onde existia e existe uma premente necessidade de medicamentos para o atendimento de uma população que, via de regra, apresentava-se doente por carência de ações básicas de saúde, emprego, alimentação, higiene, saneamento básico, moradia, educação. São ações que, politicamente, têm sido desarticuladas do setor saúde e, portanto, ineficazes. A resolução destes problemas passa, em realidade, por um reordenamento dos mecanismos sociais. —

Aparentemente, Cuba foi a pioneira na adoção desta inteligente medida, atitude esta acelerada pelas necessidades prementes surgidas com as retaliações do pós-revolução. Aquele país efetivou a fusão de 14 plantas industriais de medicamentos que passou a chamar-se "Empresa Consolidada de Produtos Farmacêuticos". Esta empresa estatal passou a funcionar com base num elenco de medicamentos estratégicos, essenciais, composto de 611 apresentações mais farmacêuticas. Tal relação fundamental, em 1975, passaria a ser mais ampla, constituída por 855 formas farmacêuticas, devido à intensidade do bloqueio comercial. Assim sendo, a necessidade da institucionalização de uma política de assistência farmacêutica racional, resultou na adoção de medidas semelhantes por muitos países em desenvolvimento, com resultados auspiciosos na racionalização terapêutica, econômica e administrativa desta política de saúde pública. Foi a contrapartida da eficiência de uma postura de administração da assistência farmacêutica racional contra o quadro comum, à época, em países em desenvolvimento, de comprometimento de mais de 60% do orçamento de saúde com a aquisição de medicamentos, quando, tecnicamente, não são aceitáveis o envolvimento de mais de 10%. Cabe aqui ressaltar que esta explosão

orçamentária ocorre rotineiramente estimulada pelas companhias farmacêuticas apoiando-se numa intensa incompetência e corrupção estatais.

Seguindo a lógica das necessidades, a partir de uma visão estratégica de segurança nacional, a CEME foi criada no governo Garrastazu Médici, através do Decreto nº68. 806 de 26/06/71 objetivando, a princípio: "... promover e organizar o fornecimento por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem, por condições econômicas, adquiri-los aos preços comuns de mercado". O Plano Diretor deste órgão, no entanto, estabelece no seu art. 2º, inciso III, alínea b: "... dinamizar o suprimento de medicamentos aos menores de cinco anos de idade, gestantes, puérperas e extrato populacional de renda familiar não excedente do valor do maior salário-mínimo regional", determinando, portanto, a gratuidade de distribuição a mais de 50% da população brasileira. Finalmente, o Decreto nº75. 985(17/07/75), alterando o enunciado anterior, estabelece, em seu art. 2º: "A Ceme tem a finalidade de promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos. ... "compatibilizando a legislação à realidade das intenções e dos fatos. O Plano Diretor, adicionalmente, detalhou de forma correta as importantes atribuições que deveriam ser assumidas pelo órgão, como, por exemplo, o incentivo ao desenvolvimento e apoio às indústrias genuinamente nacionais e a orientação da produção interna de fármacos essenciais, entre outros aspectos cardeais.

Imediatamente concluiu-se que toda a estruturação administrativa e operacional da Ceme estaria dependente da elaboração de uma relação de medicamentos de alta prioridade, denominados essenciais. Esta medida, a nível de política nacional de saúde, se afigurou como a

única solução técnica, administrativa e econômica que possibilitaria, na prática, a extensão da assistência farmacêutica a toda população do país. Sendo assim, a primeira referência a tal relação é encontrada no Decreto nº69. 451(01/11/71) onde assume a designação de "relação de medicamentos essenciais". Tal relação continha 88 formas farmacêuticas, em memento publicado em abril de 1972. Onze laboratórios oficiais participaram da elaboração destes medicamentos. Tal relação foi, posteriormente, submetida à revisão, em 1974, resultando, em 1975, na Relação de Medicamentos Básicos(RMB)(Portaria nº233 de 08/07/75), contendo 120 formas farmacêuticas distribuídas em 14 classes terapêuticas, usando nomes genéricos. Posteriormente, com a entrada do INAMPS como cliente, esta relação foi expandida para 472 formas farmacêuticas distribuídas em três níveis de distribuição, dependendo do grau de complexidade das ações de saúde necessárias. Foi denominada "Relação Nacional de Medicamentos Essenciais"(RENAME). Pretendia-se abranger 95% na nosologia prevalente em território nacional. A última revisão da RENAME reduziu o número de componentes para 371 formas farmacêuticas. Nesta época, a Ceme contava com cerca de 22 laboratórios oficiais em atividade, além de adquirir medicamentos da indústria privada. Dotada de uma vasta rede de almoxarifados, era, ainda apoiada por complexo e eficiente sistema de controle de qualidade. O medicamento Ceme era o único que, com certeza, sofria um controle de qualidade no país, já que tal atitude era obrigatória por norma. Os medicamentos eram duplamente avaliados aleatoriamente, na linha de produção e nos almoxarifados. O órgão foi, neste período, um eficiente fornecedor de medicamentos para a rede pública de saúde, representando 20% do mercado nacional em termos quantitativos e 7% quanto ao faturamento, o que propiciava um certo poder de manipulação dos preços no mercado

privado. A Rename foi entendida, sem dúvida, como o fulcro da viabilização da assistência farmacêutica no Brasil com base em três aspectos principais:

1)-Aspectos Técnicos:

- 1.1.)-Compatibilização da oferta de medicamentos com a nosologia prevalente nas diversas regiões do território brasileiro;
- 1.2.)-Escolha de medicamentos com a melhor razão risco/benefício;
- 1.3.)-Escolha de medicamentos dotados de alta estabilidade nas adversas condições climáticas do país, especialmente quanto ao transporte e estocagem;
- 1.4.)-Escolha de medicamentos que apresentem maior facilidade de administração;
- 1.5.)-Escolha de medicamentos clássicos, bem estudados e conhecidos;
- 1.6.)-Apoio à produção de algumas "drogas órfãs" que, apesar de essenciais para o tratamento de determinadas doenças, não oferece atrativo econômico para as empresas privadas.

2)-Aspectos Econômicos:

- 2.1.)-Escolha de fármacos cujo custo do tratamento-padrão seja baixo, sem comprometimento da qualidade;
- 2.2.)-Melhores preços através de grandes compras centralizadas no regime de competição(licitação);
- 2.3.)-Construção de matrizes de custo para controle de preços dos produtos;
- 2.4.)-Facultar o controle competitivo de preços de medicamentos no mercado nacional através da uma ampla participação percentual no fornecimento destes produtos à população;

2.5.)-Propiciar a redução dos custos de produção através da utilização de padrão simplificado de embalagens sem bulas ou propagandas. (Para ter-se uma idéia da correção destas propostas, os preços dos produtos Ceme em relação ao comércio varejista, são três vezes inferiores por comprimido e por injetável e cinco por bisnaga).

3)-Aspectos Administrativos.

- 3.1.)-Liberação do receituário médico de marcas de fantasia e monopólios através da utilização de denominações genéricas, ou seja, as "Denominações Comuns Brasileiras(DCB);
- 3.2.)-Orientação da política industrial brasileira no sentido da produção de medicamentos da Rename;
- 3.3.)-Facilitar as atividades de vigilância farmacêutica;
- 3.4.)-Facilitar a execução de planejamento, estimativa de consumo, distribuição, transporte e armazenamento de medicamentos;
- 3.5.)-Facilitar as atividades de controle de qualidade;
- 3.6.)-Facilitar a consecução de tecnologia de fabricação de fármacos da Rename;
- 3.7.)-Uniformização de linguagem entre os países do Terceiro Mundo;
- 3.8.)-Orientar a formação de recursos humanos;
- 3.9.)-Apoiar medidas administrativas de proteção à indústria nacional.

A atitude pioneira de Cuba, do Chile, e do Brasil foi adotada e generalizada pela OMS, na sua 28ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1975, quando foi solicitado o estudo que resultou no Informe Técnico nº615(1977) do Comitê de Peritos daquele órgão, surgindo daí a sua Relação de Medicamentos Essenciais constando de 208 medicamentos distribuídos em 25 classes terapêuticas.

Um verdadeira batalha silenciosa foi travada entre os interesses internacionais e as posturas nacionalistas, o que resultou num lento afastamento da Ceme das atribuições estabelecidas no seu Plano Diretor. A primeira de uma série de atitudes que desfiguraram os seus objetivos primordiais foi a transferência do órgão da Presidência da República, onde era dotado de grande mobilidade, para o antigo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), quando foi esfacelado, de forma inacreditável, em três departamentos estanques onde o Orçamento passou a ser gerido pela Secretaria de Planejamento enquanto que o acervo tecnológico e científico era alocado ao CDI e STI do Ministério da Indústria e Comércio. Posteriormente, no Governo Sarney praticou-se mais um ato de esvaziamento, através da transferência da Ceme para o Ministério da Saúde (Decreto nº 91.439 de 16/07/85). Tal ato, aparentemente defensável do ponto de vista administrativo, em muito enfraqueceu aquela agência de produção de medicamentos, especialmente pelo distanciamento da sua maior clientela - o INAMPS. Posteriormente, através da Medida Provisória nº 151, de 15 de março de 1990 e da Lei nº 8.029 (12/04/90) o Governo Collor autorizava ao Poder Executivo a transformar a Ceme em empresa pública, um velho sonho dos técnicos da área. No entanto, o órgão foi sendo vitimado por freqüentes escândalos administrativos, pelo clientelismo político-eleitoreiro, pelo desvio das suas funções primordiais, para, por exemplo, a aquisição de automóveis. E, pelo sucateamento dos laboratórios oficiais, cuja ociosidade superava, freqüentemente, os 70%, com aquisições preferenciais dos laboratórios privados pelas aquisições excepcionais, que passaram a ser rotineiras, constituindo-se num grande "sumidouro" de recursos. Neste contexto, este importante órgão passou a ser julgado não pelas suas virtudes e atribuições sérias, mas pelo mal uso que dele fizeram maus governantes e

administradores desonestos, indicados a propósito. Foi sendo reduzido, esvaziado em sua importância, cortando-se, sucessivamente, as dotações orçamentárias e lançando-se a pecha do descrédito sobre o mesmo. Como golpe de misericórdia, o Governo Itamar Franco, após um diagnóstico pessimista, pretende transformar o órgão em um simples departamento do Ministério da Saúde, desconsiderando mais de 20 anos de esforços envolvendo a otimização da assistência farmacêutica no Brasil. Em grande parte, tal diagnóstico de extinção apoia-se sobre os prejuízos estimados de mais de US\$4 bilhões por perdas de medicamentos solicitados e não utilizados ou realocados. Ao invés de recomendarem uma atitude racional de realização de profunda análise do funcionamento do órgão, detecção dos seus vícios e defeitos e, finalmente, determinar as correções necessárias, simplesmente, seguindo um velho costume brasileiro, está sendo proposta a destruição do trabalho meritório de muitos técnicos de grande competência e de alto significado para a saúde pública brasileira.

4)-O Marketing Farmacêutico e o Receituário Médico.

Provavelmente o primitivo marketing farmacêutico apoiava-se nos mistérios místicos que envolviam os curadores e o seu conseqüente prestígio e influência sociais. Nas famílias, geralmente as avós detinham a função de sabedoria curativa, manipulando com maestria as ervas, os emplastos e as beberagens. Assim, as sociedades, sempre que possível, surrupiavam dos feiticeiros ou sacerdotes médicos, algum conhecimento medicamentoso que passavam a perpetuar nos seio dos grupos sociais. Logo, pode ser colocado que a automedicação é uma característica atávica do ser humano. Portanto, nada mais justificável, para a mentalidade de então, que os boticários divulgassem as propriedades milagrosas dos seus produtos para serem auto-administrados.

Assim, Temporão refere que o primeiro anúncio popular, que caracteriza esta pré-história da nossa indústria farmacêutica brasileira, veiculado no jornal Corsário, em 1882, divulgava uma propaganda do medicamento denominado "Socorro da Mocidade, o Precioso Desinfectante", de uso na "syphilis, blenorragia e cancos venéreos". Ramos, no entanto, relata que nos jornais de 1868 "os anunciantes mais fortes são as lojas, os hotéis e os fabricantes de remédios". E continua "a sífilis vem em primeiro lugar, combatida por remédios variados, como a injeção anti-blenorrágica ou a água anti-cancerosa. Seguem os depuradores do sangue, usando ingredientes como a Kola ou a Cáscara Sagrada, entre outros. Depois vêm os vinhos: Iodo-Tônico, a Jurubeba Ferruginosa, de Quinium. Os tônicos, os licores, os óleos, as pilulas, os pós em geral. Todos devidamente aprovados pela Inspetoria Geral de Higiene".

Em 1908, inicia-se a participação de escritores famosos na elaboração de versos ou textos eruditos para a veiculação de "reclames". Nesta época vemos o envolvimento de intelectuais da envergadura de um Olavo Bilac, de um Emilio Menezes, de um Hermes Fontes, de um Basilio Viana, de um Bastos Tigre, na elaboração destas propagandas. Assim, por exemplo, Bastos Tigre será sempre lembrado pelos seus versos lidos por várias gerações de usuários dos bondes:

"Veja ilustre passageiro,
o belo tipo faceiro
que o senhor tem ao seu lado
e, no entanto, acredite
quase morreu de bronchite
salvou-o o Rhum Creosotado".

Com o advento da radiodifusão no Brasil, em 20 de abril de 1923, com a Rádio Sociedade do Rio de Janeiro, iniciava-se um novo

capítulo na propaganda de medicamentos, através de "jingles" que passaram a fazer parte do cotidiano da população. Quem não se lembra do: "Melhoral!/Melhoral!/É melhor/e não faz mal!"; Ou do "jingle" do Colírio Moura Brasil: "Duas gotas/dois minutos/dois olhos claros/e bonitos"? Posteriormente, a introdução da imagem sobre o som, com a televisão, em 1950, acrescentou, provavelmente, mais eficácia às propagandas de remédios, típicas dos dias atuais, quando artistas ou atletas famosos são utilizados como eficazes indutores da opinião pública à prática na automedicação.

A prescrição médica nasce da interação de pelo menos três fatores: 1)-O paciente, que é o elemento indutor do ato, em suas necessidades reais de cura ou alívio; 2)-O médico, que em sua atitude profissional de curar, em cotejo com o seu acervo de conhecimentos, com a sua inteligência, com a sua cultura geral, com a influência do ambiente de trabalho, com o seu nível de atualização e com o grau de assédio dos divulgadores científicos, e 3)-O polo de produção farmacêutica que, em função da existência das necessidades do paciente, devido à sua doença e desconforto, vislumbra o potencial de lucro através do fornecimento de medicamentos preferencialmente eficazes, seguros e exclusivos, onde a relação entre o preço de venda e os custos de produção, como já foi dito, simplesmente não existem.

O marketing estabelece que o nível de necessidade de cura ou alívio, a exclusividade de certos medicamentos muito eficazes em associação à determinada marca de fantasia na mente do profissional de saúde, são fatores básicos extremamente potentes para a defesa de um mercado cativo. Tal mercado é, basicamente, dividido em produtos chamados "éticos", onde a prescrição médica é necessária e aqueles de "venda livre", que podem ser comprados sem receita. A Finep relata que

cerca de 1/3 do faturamento das indústrias farmacêuticas é alocado para a promoção de medicamentos. O convencimento do médico pela qualidade e peso específico dos argumentos apresentados e o martelar continuado da sua mente pela marca de fantasia torna-o cativo ao medicamento de determinada indústria. Dupuy e Karsenti referem que 26% do volume global dos negócios da indústria farmacêutica francesa são investidos em publicidade, enquanto apenas 11% são alocados para a pesquisa. Por outro lado, segundo a Abifarma, as despesas com promoção, no Brasil, situam-se entre 14 e 32,5%, assim distribuídas: representantes-43%; mala direta-19%; publicidade médica-13%; amostras grátis- até 9%; outras atividades-16%.

A desaceleração atual da expansão do mercado farmacêutico, com queda de 5% do crescimento anual, nos anos 90, faz prever um recrudescimento das campanhas de convencimento na conquista ou manutenção de mercados, assim o robustecimento da atividade de descrédito e desativação de concorrentes.

O médico é, portanto, o fulcro da ação de marketing "ético" das companhias farmacêuticas. Este profissional é o real comprador dos remédios para os seus clientes, já que estes não têm a capacidade técnica da escolha. Assim, o nome de fantasia mais simpático ou de fácil memorização, em associação ao fármaco mais avançado tecnologicamente e ao mais respeitado laboratório farmacêutico é um fator de indiscutível eficiência na indução da prescrição cativa. Além disto, o médico, isto é, o real agente de "compra" do medicamento, preferencialmente não deve estar ciente dos preços dos mesmos. O médico, portanto, não deve comprar medicamentos para o seu uso particular. Como disse o Senador Estes Kefauver, dos Estados Unidos: "quem compra não prescreve; quem prescreve não compra". Esta

modalidade de assédio "ético" ao profissional é levado a cabo pelas companhias multinacionais ou aquelas nacionais de primeira linha.

As amostras grátis, que são, em realidade, pagas pelo consumidor, compreendem, no Brasil, de 2,06 à 5,75%(média 3,29%) do faturamento geral das empresas. Alega-se que as amostras grátis desempenhariam um papel social, já que os médicos poderiam cedê-las aos pacientes que não pudessem adquiri-los no mercado. Tal efeito é, no entanto, meramente residual, não tendo relevância a nível de saúde pública. O objetivo principal é, sem dúvida, o convencimento do médico e o reforço da marca de fantasia na sua memória técnica.

Quanto aos medicamentos não sujeitos à prescrição médica pela Lei nº 6.360 de 22/09/77, regulamentada pelo Decreto nº 99.094, muitos deles, tomados populares via maciço esquema de propaganda, utilizam potentes veículos de comunicação de massa, num claro estímulo à automedicação, através da venda livre nas farmácias, drogeries, supermercados, postos de gasolina, etc. Nos Estados Unidos, estes medicamentos, denominados "over-the-counter", são mais de 300.000! Estas companhias publicitárias persistem apesar do disposto pelo art. 220, § 4º da Constituição de 1988 que dispõe sobre a regulamentação restringindo a propaganda de medicamentos no país. No entanto, a lei complementar ainda não foi elaborada. A coibição é apenas sugerida. A utilização de artistas ou esportistas de renome nacional tem sido a tônica destas mensagens.

5)-A Automedicação e a "Empurroterapia".

A extensão do comércio de medicamentos no país é superior ao universo de profissionais farmacêuticos. O Decreto nº 993 de

05/04/93 reafirma que o farmacêutico deve permanecer à frente da direção técnica da farmácia enquanto esta estiver funcionando, apesar de todos estarem cientes de tal impossibilidade. Em Imperatriz(MA), por exemplo, existem 28 farmacêuticos para as 122 farmácias da cidade. Em Rondônia, cerca de 800 farmacêuticos respondem pelas 1800 farmácias existentes. Além de não existirem farmacêuticos em número suficiente, os que atuam geralmente não são proprietários dos estabelecimento, como ocorre em outros países e, devido à baixa remuneração, não permanecem nas farmácias mais que uma pequena fração da jornada de trabalho. Como consequência, a direção técnica da farmácia cai por terra e os balconistas assumem o papel de "farmacêuticos" receitadores, num processo de compensação canhestra das profundas falhas do sistema brasileiro de saúde. Induzem a população à automedicação e praticam a aberração denominada "empurroterapia". O simples não-cumprimento da determinação da tarja vermelha dos medicamentos, ou seja, "venda sob receita médica" se constitui numa grave infração. Adicionalmente, a "empurroterapia" envolve, basicamente, uma infinidade dos chamados laboratórios nacionais de "fundo-de-quintal", que, em atitude de real mendicância tecnológica e negação de princípios éticos primordiais, lançam-se numa espúria competição do mercado da automedicação, através do aliciamento dos balconistas das farmácias. Neste processo, a farmácia adquire um lote de "medicamento" de um destes "laboratórios" e recebe, como bonificação, dois ou mais lotes, com lucros óbvios. Daí, os balconistas, ao serem "consultados" pelos compradores, sempre "prescrevem" diversos medicamentos denominados "B. O." (bonificação), recebendo, aí, a sua comissão de vendas, geralmente em torno dos 20%. Este exercício ilegal da medicina é previsto no art. 282 do Código Penal, estando os infratores sujeitos à pena de seis meses a dois anos de

detenção. Interessante assaltar que tais medicamentos são, via de regra, mais caros que os chamados "de lei". Em verdade, estes "laboratórios" só existem em função da extrema precariedade, despreparo e corrupção que são os denominadores comuns da maioria dos setores de vigilância sanitária regionalizadas do país. Além disto, sabe-se que tais "laboratórios" diluem, adulteram ou, simplesmente, omitem componentes da fórmula, num verdadeiro crime contra a saúde pública brasileira. Estatísticas elaboradas na periferia de grandes cidades como São Paulo ou Rio de Janeiro mostram que mais de 50% do faturamento das farmácia e drogarias aí situadas são vinculados à "empurroterapia".

Conceitualmente, automedicação diz respeito a um procedimento, apoiado, basicamente, na iniciativa do paciente em utilizar produtos que acredita serem benéficos para o desconforto ou para a doença em questão. Apresenta várias nuances, como, por exemplo:

- a)-Automedicação instintiva-diz respeito a tratamentos propostos a partir de sensações atávicas, instintivas ou místicas, sem qualquer base racional. A geofagia seria um exemplo típico.
- b)-Automedicação cultural-é aquela apoiada na herança cultural ou folclórica de um povo, no qual certos procedimentos ou certos medicamentos, geralmente fitoterápicos, são considerados como infalíveis ou, pelo menos, eficazes no tratamento de certas mazelas. Esta modalidade é, via de regra, aceita como uma modalidade de patrimônio nacional, não sendo, passível de críticas mais profundas.
- c)-Automedicação orientada-é a que se apoia na orientação profissional prévia, quando o paciente adquire, progressivamente, um certo nível de conhecimento da atuação do medicamento. Via de regra, o médico, depois de um certo tempo, não acrescenta muito ao seu conhecimento. Trata-se, aqui, tipicamente dos casos de portadores de doenças crônicas, como a

hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, as artrites, a asma brônquica, a angina pectoris, as epilepsias, entre outros tantos. Esta modalidade de automedicação não sofre maiores restrições por partes das autoridades sanitárias, mormente considerando que o sistema de saúde, como atualmente funcionando, não tem a abrangência suficiente para fazer frente a todas as necessidades da população, especialmente no que concerne a simples repetição de tratamentos perenes.

d)-Automedicação induzida-trata-se daquela sugerida por campanhas publicitárias, geralmente, não havendo necessidade de prescrição médica. É dotada, portanto, de um grande potencial mórbido.

A OMS aceita a prática da automedicação, dentro de certos limites. O Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Ceme, por exemplo, pressupõe que, uma vez determinadas a eficácia e a segurança das plantas do elenco terapêutico, esta modalidade de medicina folclórica terá uma conotação de automedicação, à guisa do que ocorre milenarmente na China ou Japão. Nos Estados Unidos, foi estimado que a redução de 2% nas atitudes de automedicação resultaria na premente necessidade de instalação de 90.000 à 147.000 postos de saúde adicionais. Fry reportou que a automedicação, na Inglaterra, em realidade poupa mais de 2 libras/ano por habitante, o que resulta numa economia acima de 100 milhões de libras esterlinas. Portanto, a automedicação cultural e a orientada são aceitas atualmente, obedecidas certas restrições.

Em contrapartida, as extrapolações diagnósticas efetuadas por leigos, mesmo aqueles que contam com certos conhecimentos, freqüentemente conduzem a erros crassos na abordagem terapêutica. O estímulo à automedicação não leva em consideração o surgimento, bastante comum, das doenças iamogênicas (do grego "iamos"-remédio) nestes casos. Melmon, da Stanford University conclui

que 18 a 30 dos pacientes hospitalizados apresentam reações adversas medicamentosas. Em verdade, de 0.25 a 21% dos casos de morte hospitalar podem ser relacionados aos surgimento de reações adversas medicamentosas. Caranasos, em 1976 observou em 7.423 internamentos o desenvolvimento de 17.9% de casos de reações adversas. Gardner e Culff, em 1970 registraram taxas semelhantes-17.5%- em 8.562 pacientes internados. o Department of Health, Education and Welfare dos Estados Unidos estimam um custo de US\$ 3 bilhões/ano só no tratamento dos pacientes acometidos por reações adversas medicamentosas. Conclui-se que as atitudes terapêuticas são sempre um risco, mesmo em mãos tecnicamente hábeis. Logicamente, a adoção de tais medidas por leigos encerram um risco potencialmente maior, razão pela qual deve ser defendida, apenas, em casos particulares muito bem caracterizados.

6)-A Vigilância Sanitária no Brasil.

Nas eras primitivas, os esculápios concentravam a sua atenção sobre as características de eficácia dos medicamentos. Não havia maiores preocupação com as reação adversas, uma vez que as boas intenções dos curadores excluíam a possibilidade de imaginar-se o surgimento de uma reação desagradável ou perigosa. As boas intenções justificavam eventuais maus êxitos de propostas terapêuticas clássicas como o pó de múmia, olhos de moscas, fluido espermático de sapos, chifre de unicórnio, asa de morcego, entre outras tantas. Estes elevados objetivos justificaram as mortes caridosas de personagens históricos como Carlos I ou George Washington, literalmente assassinados por decoções, sangrias e purgações variadas.

A aura mítica que envolvia a profissão dos curadores encerrando-a numa inexpugnável fortaleza de cripticos mistérios, guardados a sete chaves por sacerdotes, feiticeiros e charlatães, manteve, por milênios, o controle da qualidade dos medicamentos utilizados como uma atribuição exclusiva das corporações de médicos. Posteriormente, na Renascença, surgem exemplos de uma nova forma de controle de medicamentos, estruturado na concentração crescente do poder real. Assim, os administradores reais e o próprio rei chamaram a si esta função, uma vez que a saúde dos súditos constituía-se em importante fator de riqueza do reino, desde que diretamente relacionado com a produção. Assim, em 1540, o Rei Henry VIII, da Inglaterra, nomeou quatro inspetores do College of Physicians of London para que examinassem e atestassem a qualidade dos medicamentos constantes do "Apóthecary Wares, Drugs and Stuffs". Diversos outros países adotaram medidas semelhantes como a Noruega cuja legislação real foi outorgada em 1679 ou a Dinamarca, em 1772.

Em Portugal, já no século XVI, as "Ordenações do Reino" já se ocupavam da legislação farmacêutica. Determinavam que a distribuição de medicamentos fosse atribuição privativa dos "boticários", portadores das suas "Cartas de Aprovação" expedidas pelo "Comissário Físico-Mor", a qual era conseguida, com certa facilidade, por qualquer pessoa, mesmo analfabeta. No ano de 1744, foi outorgada uma legislação que proibia a distribuição de drogas e medicamentos por estabelecimentos não habilitados. Ficou conhecido como o "Regimento de 1744". Em 1794, D. Maria I, A Louca, outorgava a primeira "Farmacopéia Geral de Portugal e Domínios". No Brasil, a despeito do frouxo controle exercido por Portugal sobre a colônia, existiam os formulários das santas casas de misericórdia que proviam algum balizamento de qualidade dos remédios

Vigilância Sanitária(SNVS), (ex-Secretaria Nacional de Saúde), do Ministério da Saúde, através da sua Divisão de Produtos(Diprod) (ex-Divisão Nacional de Medicamentos-Dimed. e ex-Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia-SNFMF) , que controla os medicamentos, os alimentos, os cosméticos e os domissanitários no país. se vale da seguinte legislação para executar a sua função:

Lei nº5. 5991 de 17/12/1973;

Decreto nº74. 170 de 10/06/74;

Lei nº6. 360 de 23/09/76;

Decreto nº79. 094 de 05/09/77;

Portaria nº27 de 24/01/86;

Portaria nº28 de 13/11/86 ;

Resolução nº 1 de 03/10/88

O setor de vigilância sanitária no Brasil, apesar de vital importância para a saúde da população, é tratado com criminoso descaso. O catastrófico enxugamento administrativo do setor, associado a um corpo de técnicos que não chega a uma dezena, o torna praticamente inoperante, atuando, quase que exclusivamente, por medidas aleatórias e de cunho demagógico. Apesar da crescente complexificação do setor farmacêutico no mundo, o Brasil dá-se ao luxo de dismantelar e, praticamente, fazer desaparecer a sua antiga Dimed. O que antes era executado por diversas divisões, como a Dimed, a Dinal (Divisão Nacional de Alimentos), a Dicop (Div. Nac. de Cosméticos e Domissanitários) passou a ser feito, apenas pela Diprod, reduzida para o status de divisão com chefia. Para culminar a derrocada, um vírus afetou o sistema de informática implantado a duras penas, em 1983, quando, assombrados, os dirigentes constataram que no Brasil existiam cerca de 47.500 registros à época. A eventual agilidade processual de então tem a contrapartida atual da extrema morosidade, que tangencia as raias da má-fé. No entanto, é bom realçar que aquilo que o

aqui produzidos. No entanto, o lançamento da 1ª edição da Farmacopéia Brasileira só se consumaria em 1926.

A primeira regulamentação da profissão de farmacêutico e, em seu bojo, do exercício da assistência farmacêutica no Brasil, partiu de uma iniciativa do Presidente Getúlio Vargas, com a promulgação do Decreto nº19.606, de 19 de janeiro de 1931 e do Decreto nº20.377 de 8 de setembro de 1931, que regulamentava o assunto. Estes decretos estabeleciam a competência e as características da profissão de farmacêutico; as normas de licenciamento dos estabelecimento farmacêuticos; as disposições sobre procedimento de aviamento de receitas médicas; a obrigatoriedade de existência, na farmácia, de um exemplar da Farmacopéia Brasileira; as medidas de controle de medicamentos indutores de dependência; as normas de funcionamento das drogarias; as disposições para a importação de especialidades farmacêuticas; as normas para o funcionamento das ervanárias; a obrigatoriedade da direção de laboratórios de quaisquer modalidades serem exercidas por farmacêuticos, entre outros aspectos.

A legislação americana, o Pure Food and Drug Act de 1906, modificado, posteriormente, em 1938, passou a ser o paradigma de controle governamental sobre a pesquisa, produção e comercialização de medicamentos na maioria dos países do mundo. O Food and Drug Administration(FDA), por sua vez, assumiu o posto de modelo no setor. No Brasil, o Decreto nº20.297 de 14 de maio de 1940 foi o diploma legal que regeu a indústria farmacêutica por mais de trinta anos. A aferição das necessidades impostas pelos avanços tecnológicos e científicos, além das novas peculiaridades do mercado e da indústria, resultaram na promulgação de novos dispositivos legais. Assim, a Secretaria Nacional de

Food and Drug Administration(FDA) americano faz com mais de 7.000 funcionários, a Diprod se dispõe a realizar com uma dúzia de abnegados.

Um outro aspecto diz respeito às comissões técnicas, que apesar de compostas por membros de ilibada reputação e de se constituírem num indispensável suporte intelectual e científico, por algum estranho artifício tem-se associado a um percentual de liberação de novos fármacos quase seis vezes maior do que aquele verificado com consultores isolados (5,1 fármacos liberados pelas comissões contra 0,7 fármaco liberado pelos consultores). Nesta mesma vertente, pode ser verificado que, em geral, é estabelecido um paralelo entre a excelência do diretor (hoje, apenas chefe) da Dimed e um menor número de medicamentos liberados, numa tradução de maior rigor técnico, com base na política dos países nórdicos, como a Noruega, com a sua "need clause" e a "Five Years Rule, com as quais conseguiram reduzir as licenças para medicamentos que, realmente, se constituam em preenchimento de hiatos terapêuticos. Importante ressaltar, no entanto, que nem sempre é assim. Por vezes, num determinado período, surgem diversos medicamentos de elevada essencialidade, necessitando serem aprovados. Assim, analisando o período de 81 à 92 podemos constatar que a Dimed teve diretores com os seguintes desempenhos: 1)-Luiz Paulo-de 81 à 84(4 anos e 4 meses) liberou 52 fármacos(média mensal de 1,1); 2)-Schubert/Marinon-de 85 à 87(2 anos e 7 meses) liberaram 11 fármacos(média mensal de 0,5); 3)-Marta/Sueli-de 87 à 89(1 ano e 3 meses)liberaram 133 fármacos (com média mensal de 5,4); 4)-Sueli/João/Gilberto-de 90 à 92(1 ano de 10 meses)liberaram 12 fármacos(média mensal de 0,4). Ressalte-se, ainda, que o período de 81 a 85 foi o de maiores realizações no setor. No entanto, grande parte daquela obra foi sendo sucateada pela descontinuidade

administrativa e pelo antagonismo político existente entre os sucessivos diretores ou chefes.

Em realidade, o despreparo técnico-administrativo da Diprod a coloca na impossibilidade de gerar qualquer atitude de real impacto no âmbito da vigilância farmacêutica no país. Em função disto, têm sido tomadas medidas de efeito jornalístico, com boas intenções, mas com estruturação lógica primária. Assim, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e o próprio Ministério da Saúde têm-se deparado com situações constrangedoras, pelo afogadilho das atitudes tomadas. Muitas delas estruturadas em boas bases conceituais, porém propostas de forma injurídica ou operacionalmente inviáveis. A retirada do mercado, com grande alarde, de colírios aparentemente inócuos (Clarvisol, Colin Resol, Doxium, Automiopic, Uveflex, Purpuralin e Lutivax), por Ronan Tanus, em dezembro de 93, e, mais recentemente, a proibição de praticamente todos antidiarreicos (como ficarão os portadores de colostomias, de retocolite ulcerativa ou doença de Crohn?), com base em sugestões de membros da OMS mostra, claramente, que a Secretaria, não tendo estrutura para realizar as suas funções realmente primordiais, elege assuntos secundários e atua em áreas totalmente irrelevantes. Pelo menos é uma tentativa de mostrar a própria existência.

Posteriormente, o Decreto nº 793 de 10/13/93 estabeleceu velhas aspirações médicas, como a impressão do nome genérico três vezes maior que o nome de fantasia. Como contrapartida, iniciou-se uma longa batalha judicial, que resultou no desprestígio e desmoralização do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que a prescrição de medicamentos pelo seu nome genérico como o proposto, depende de um depende de um longo processo, que passa pela moralização dos laboratórios que os produzem, pelo ensino desta abordagem terapêutica

nas faculdades de medicina e, principalmente, pela existência de um órgão governamental de assistência farmacêutica, que utilize este sistema.

Em realidade, não pode ser afirmado, no momento, que o Brasil tenha uma Vigilância Sanitária digna deste nome. A começar pelas ridículas dotações orçamentárias do setor, o que traduz, claramente, a ausência de vontade política para ativar tão importante setor da saúde pública brasileira.

7)-O Capítulo dos Monopólios, das Patentes e dos Medicamentos

Genéricos.

A criação e a manutenção de monopólios econômicos ou tecnológicos são, obviamente, atitudes repulsivas para países em desenvolvimento, como o Brasil. Quem tem algo valioso procura, naturalmente, defender os seus interesses, o que não, necessariamente, corresponde ao consenso de uma mútua satisfação. A França, por exemplo, repudiou o Pacto de Livre Comércio em 1871; a Itália, em 1877; a Argentina, em 1878; a Alemanha e o Canadá, em 1887. A primeira lei anti-truste-o chamado Sherman Act-era destinado a coibir os abusos do poder econômico. No Brasil, a primeira lei com tal conotação, surgiu no fim da II Guerra Mundial, em 1945, o Decreto-Lei nº 7.660, celebrado como a "Lei Malaia", que por ter sido considerada de cunho nazi-fascista foi derrubada no Governo Dutra, como parte da política do "laissez-faire", quando o Brasil encontrava-se embevecido com o fulgor cinematográfico dos americanos, no pós-guerra. Consumiram-se, então, as reservas brasileiras de US\$709 milhões acumuladas durante a guerra, atingindo o fundo-do-poço em 1949, quando tal reserva atingiu US\$49 milhões, com a aquisição de produtos supérfluos como geladeiras e liquidificadores americanos.

Em 1975, o Presidente Gerald Ford, dos Estados Unidos, promulgou o chamado "Foreign Trade Act", que negava concessão de status de "nação mais favorecida" a participantes de grupos de países de fornecedores de matérias-primas não-industrializadas, como o Brasil, tentando desencorajar a formação de cartéis internacionais no setor. Em contrapartida, este ato privilegiava os chamados "export-cartéis".

Em realidade, a obstrução dos cartéis da indústria farmacêutica multinacional tornam praticamente impossível o ressurgimento de um parque industrial brasileiro. Processos como o "dumping", o "over-pricing" de transferência para as filiais, a manipulação da opinião pública, a utilização de fundos para combate à concorrência, o "lobby" governamental, a manipulação dos balanços, com prejuízos eternos, as matrizes de custos superdimensionadas, a busca de concessões especiais às custas do erário público, a influência sobre a opinião técnica do médico, entre outros aspectos, são atitudes extremamente negativas para nossa saúde pública e economia. O volume de vendas por classe terapêutica denota a existência destes acordos, configurando verdadeiros oligopólios setorializados. O mercado é, aparentemente, bem comportado, cada qual com a sua pequena fatia do mesmo, onde o maior laboratório não supera 4, 5% do total.

No capítulo da dominação econômica, as patentes são utilizadas com frequência em aspectos de indiscutível poder na manutenção de vínculos e dependências. Apoiadas pela Convenção de Paris, de 1884, destinam-se à proteção das tecnologias desenvolvidas pelos países ricos, contra as suas cópias pelos países em desenvolvimento. Tal conduta, como se sabe, foi adotada com reconhecido sucesso por países como a Itália, o Japão e a Espanha. Uma vez que estes países atingiram um tal nível de excelência tecnológica, agora sim, passou a valer

a pena defender as suas descobertas. Assim, a Suíça, com a sua poderosa indústria farmacêutica, só passou a reconhecer patentes, quando era o terceiro produtor mundial, em 1977. A Itália, passou a reconhecer patentes em 1978, por decisão da Suprema Corte, atendendo às reivindicações de 18 firmas estrangeiras. O Japão, em 1976, quando era o segundo produtor mundial e detentor de 80% do mercado interno. A Espanha só passou a reconhecer patentes em 1986, por pressão da Comunidade Econômica Européia.

Países em desenvolvimento, como a Índia não reconheceram patentes para fármacos. A Argentina e a Venezuela só reconhecem patentes de processos. O México concordou em reconhecê-las, no entanto somente após uma carência de 10 anos. Neste contexto, é interessante ressaltar que o Substitutivo da Lei de Patentes em tramitação no Congresso Nacional, de autoria do Deputado Ney Lopes apresenta como carência o prazo de apenas um ano. Há os que defendem que o Brasil venha a reconhecer patentes exclusivamente de processos e, não de produtos. E dentro dos prazos propostos pelo GATT.

No momento, países do Leste Europeu, a China e a Índia são exemplos de países que não respeitam patentes e que desenvolveram a razoáveis parques na área farmacêutica, sendo, portanto, mercados para a aquisição de fármacos muito mais baratos pelo Brasil.

As patentes têm uma validade que se situa, geralmente, entre 15 e 17 anos. Partindo da premissa de que o Brasil precisa primeiro desenvolver-se, não tendo tecnologia a ser protegida no momento, não reconhecemos patentes de produtos desde 1945 e de processos desde 1969 (Decreto-Lei nº 1.005/69). Não é, absolutamente, nosso interesse defender a possibilidade de copiar uma tecnologia que não detemos. E que possamos correr o risco de não vir a dominá-la. Por outro lado, a indústria

farmacêutica multinacional apregoa que será útil no desenvolvimento de pesquisa e tecnologia no Brasil, quando se sabe que tal afirmação é altamente contestada, com base na concentração destas atividades em cinco países do Grupo dos Sete. Em verdade, a indústria farmacêutica transnacional é das maiores concentradoras de lucros. Apenas 20 empresas detêm 52,6% da produção mundial (1990). Diga-se, de passagem, que qualquer tentativa neste setor será extremamente complexa e multisetorial. A tentativa coordenada pela CEME esbarrou num ponto precário o estímulo empresarial e alguma reserva de mercado para os pioneiros. Infelizmente, no Brasil ainda vigora o conceito sub-reptício de que o lucro, mesmo o lícito e aceitável pelas partes, constitui-se em algo espúrio.

A legislação brasileira, através da Lei nº 5772, de 21 de dezembro de 1971, estabeleceu o Código de Propriedade Industrial, determinando o regime de não-privilegiabilidade de produtos químicos-farmacêuticos e medicamentos de quaisquer espécies e seus respectivos processos de obtenção. No momento, as intensas pressões exercidas pelo governo americano tem direcionado a elaboração de legislação que proteja as patentes de medicamentos. A poderosa Pharmaceutical Manufacturers Association (PMA) americana recomendou, recentemente (1993), que o representante da USTR, Mickey Kantor, mantivesse as ameaças de retaliação econômica contra o Brasil com seu enquadramento na Seção 301 do FIA, enquanto não for aprovada uma lei de patentes nos moldes pretendidos pelos países desenvolvidos. A gritaria dos americanos, no entanto, não procede, pois a maioria dos fármacos cuja matéria-prima é produzida no Brasil, por firmas nacionais (um percentual desprezível - cerca de 3% do total utilizado), não é mais protegido por patentes. Adicionalmente, tratando-se de um produto novo e revolucionário, quem o produz, via de regra, é a filial do próprio

laboratório estrangeiro. Além disto, num país com tamanhas desigualdades sociais como o Brasil, o pagamento de "royalties" resultaria, segundo os especialistas, numa elevação de cerca de 200% nos custos dos medicamentos, o que inviabilizaria a possibilidade de a vasta maioria da população ter assistência farmacêutica. Em realidade, os países desenvolvidos estão pretendendo proteger o futuro, isto é, a possibilidade de o Brasil vir a dominar as técnicas da biotecnologia. É bom enfatizar que o futuro da indústria farmacêutica apoia-se na biotecnologia, cujas potencialidades se perdem numa vastíssima gama de utilidades humanas. Ao contrário da extrema complexidade dos processos bioquímicos envolvidos na produção atual de fármacos, onde, via de regra, vários técnicos detêm a técnica de passos estanques da síntese, a biotecnologia é bastante desenvolvida em algumas áreas universitárias e empresariais brasileiras, como a Biobrás (detentora de 80% da produção de insulina da América Latina), a Codetec, a Universidade de Brasília, a Embrapa, a USP, a UFRJ, entre outras instituições. Além disto, os grupos que controlam o poder farmacêutico mundial já diagnosticaram que o período de utilização de combinações bioquímicas aproxima-se do seu final. Detectaram que, há cinco anos, conseguia-se colocar cerca de 120 novos fármacos no mercado. Hoje, este número caiu para algo em torno de 3 a 5 por ano. Assim, ficou concluído que o filão está próximo do seu esgotamento. E a biotecnologia, como já foi dito, é o futuro.

Como um corolário da exploração das patentes, surgem os chamados medicamentos "genéricos", que se utilizam de nomenclatura tipo "INN" (International Non-Proprietary Names). Só nos Estados Unidos este mercado dos genéricos perfaz cerca de 30% do total. Mesmo sofrendo pressões dos grandes laboratórios, aquele país, reconhecendo o papel social desempenhado pelos medicamentos, reforçou o mercado dos

genéricos através do Taxman-Hacli Act. de 1984. De forma similar, a Inglaterra criou licenças compulsórias para "uso da Coroa", para serem usadas em medicamentos do "National Health Council", o órgão de seguro médico estatal inglês.

Pelo fato de não terem que pagar "royalties", tais medicamentos têm uma base econômica para serem mais baratos, apesar de manterem a boa qualidade. Em verdade, os genéricos são mais baratos, na maioria dos países. Nos Estados Unidos, por exemplo, o lorazepam-1mg de marca custa 31, 99 dólares, enquanto o genérico custa 17, 99 dólares. A cefalexina cápsula de 250 mg de marca custa 77, 34 dólares, contra apenas 48, 99 dólares do genérico. O mercado norte-americano dos genéricos supera os US\$12 bilhões/ano, havendo a tendência de associação de gigantes do setor farmacêutico nesta empreitada, como a Wellcome e a Glaxo, na Inglaterra e a Merck e a Johnson&Johnson nos Estados Unidos. A Rugby-Darby, a maior firma americana de produção de medicamentos genéricos, faturou nada menos de US\$280 milhões em 93. Note-se, ainda, que a Merck, o maior laboratório farmacêutico do mundo, vislumbrando a expansão deste mercado, abriu uma linha de medicamentos genéricos. O desenvolvimento do mercado mundial de genéricos pode ser bem aquilatado através da tabela abaixo:

Percentual de Genéricos

País	1980	1985	1993
França	-	3%	13%
RFA	1, 5%	5%	35%
UK	3%	9%	50%
Itália	8%	11%	-

Japão	12%	19%	
EUA	21%	25%	30%

No Brasil, estranhamente, os genéricos foram assumidos pelos pequenos laboratórios brasileiros, especialmente os de "fundo-de-quintal", aproveitando-se da quase total ausência de vigilância sanitária no país, e via de regra, não só não têm qualidade confiável, como ainda colocam um preço acima daquele praticado pelos laboratórios de qualidade tradicional. Por tal razão, surgem questionamentos ao Decreto nº 793 de 05/04/93 que estabelece que o médico deve prescrever utilizando-se de nomes genéricos. Esta atitude técnica, a prescrição em genérico, altamente louvável por desvencilhar-se o médico de marcas de fantasia e, portanto, dos monopólios, deve, isto sim, ser paralela à existência irrevogável de uma rígida e eficiente vigilância sanitária que salvguarde a saúde da população e ateste pela qualidade dos produtos genéricos. Enquanto isto não ocorrer, afirmam alguns, somente a responsabilidade do laboratório, preocupado na preservação de um nome de fantasia e de um monopólio a serem zelados, é que poderá nos assegurar a qualidade e a eficácia dos medicamentos que prescrevemos. A saúde dos nossos doentes está acima de tudo.

8)-O Ensino da Farmacologia Clínica e Terapêutica nas Faculdades de Ciências da Saúde.

O armamentário terapêutico atual é extremamente complexo em seus mais de 35.000 fármacos à disposição do médico. Nem de longe pode ser comparado com os antigos formulários ou a desprestigiada Matéria Médica (antiga Terapêutica) que contava com pouco mais de uma dúzia de medicamentos realmente eficazes. É como

dizia Trousseau: "Use o medicamento enquanto ele mantém o seu poder de cura", numa clara alusão à vasta prevalência dos placebos no passado. O professor da Escola de Medicina de Harvard, William Holmes, já declarava, em 1860: "Se toda a Materia Médica, como hoje é conhecida, pudesse ser afundada no mar, seria melhor para a humanidade e pior para os peixes". Assim, se no passado, o ensino da Terapêutica era algo relegado ao segundo plano, atualmente, deveria assumir o primeiro, uma vez que a atividade-fim da própria Medicina é a cura, a profilaxia e a palição das doenças e dos desconfortos humanos. A Farmacologia Clínica é a nova face da velha Terapêutica, associando aos aspectos clínicos, técnicas laboratoriais sofisticadas para a otimização do tratamento medicamentoso. O 1º serviço de Farmacologia Clínica, no mundo, foi criado por Louis Lasagna, no famoso Johns Hopkins Hospital, de Baltimore, em 1954. Neste mesmo ano, Gaddum criava serviço similar na Inglaterra. Esta especialidade teve um desenvolvimento especial na Inglaterra e na Suécia. Posteriormente, todo o mundo civilizado engajou-se no esforço de sedimentação da mesma no ensino médico, como um imperativo atual.

A Farmacologia Clínica é, segundo o relatório Técnico nº446 da Organização Mundial de Saúde, definida como sendo a ciência que tem por objetivo: "o estudo científico dos medicamentos no homem". Tal relatório, datado de 1968, aconselha os países-membros a adotarem um política educacional de sedimentação desta disciplina nas faculdades de medicina, em especial. No entanto, por esta época, o Brasil estava, de fato, caminhando no sentido oposto, desativando a velha Terapêutica, como algo velho e gasto, sem qualquer possibilidade de recuperação. Ganham então, inexcusável realce no contexto médico-industrial, as atitudes diagnósticas, em detrimento daquelas terapêuticas, deturpando,

assim, os objetivos da ação médica. Apesar de atualmente, em 1994, haver alguma conscientização dos educadores das ciências da saúde, mormente daquelas cujos profissionais tomam decisão terapêutica, como o médico e do dentista, não houve grandes avanços na implementação da disciplina nestas escolas. Nos dias atuais, existem alguns raros programas de Farmacologia Clínica em universidades como a UFRJ, a USP, a Unicamp, a Federal do Ceará, a Federal do Rio Grande do Norte, entre outras poucas mais. Portanto, o ensino desta importante disciplina deverá voltar ao ensino médico o quanto antes, de forma a poder-se instruir e treinar os novos profissionais da saúde dentro dos melhores cânones terapêuticos.

9)-Conclusões e Recomendações.

A busca incessante do lucro como forma de enriquecimento é parte do nosso modelo capitalista, não cabendo aqui qualquer discussão a este respeito. Mormente pelo fato de que, bem ou mal, o lucro foi o grande motor que resultou neste fantástico desenvolvimento do atual armamentário terapêutico. É indiscutível que se deve, preponderantemente, a este fato, a incrível redução das expectativas de vida ocorrida neste século. Especialmente se compararmos, por exemplo, a expectativa de vida de 28 anos do francês, à época da Revolução Francesa, contra os 80 anos atuais. Em contrapartida, a indústria farmacêutica, pelo fato ético de lidar com vidas humanas, não se pode ater, exclusivamente, às técnicas rotineiras de mercado.

Concluo, portanto, pela necessidade de uma tomada de consciência pelas classes políticas deste país, no sentido de, com base neste sucinto documento, estruturar o alicerce de uma reformulação profunda deste setor de tão importantes reflexos sobre a vida da nossa

população. Destarte, arrola aqui, os tópicos, que, ao meu ver, assumem a máxima relevância e, que devem, na medida do possível, ser modificados ou melhorados em sua essência:

1)-Reforçar o papel da Central de Medicamentos como órgão gestor, preferencialmente independente, da política nacional de assistência farmacêutica. As definições estabelecidas no seu Plano Diretor se me afiguram como apropriadas e plenamente suficientes, com as necessárias adaptações ao momento econômico e político do País, para a determinação do tônus no setor.

2)-Reforçar o papel da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais(RENAME), que deverá ser revista, como base da política nacional de assistência farmacêutica, não só de prioridade de fabricação, distribuição e de produção interna, como de pesquisa.

3)-A partir da Central de Medicamentos, reassumir o Programa Nacional de Pesquisa de Fármacos Essenciais, de forma que, a partir de uma relação de fármacos preestabelecida, possamos adquirir na maior variedade possível de países, tecnologia a ser repassada a empresários nacionais, que devem ser privilegiados nas aquisições do órgão.

4)-Ainda com base na Central de Medicamentos, determinar a elaboração de estudo de padrões de consumo mínimo/máximo, de medicamentos por região nosológica brasileira, com dados estatísticos, epidemiológicos, utilizando-se técnica administrativa e informática.

5)-Promover a integração universidade/empresa como forma de indiscutível eficácia na otimização de tecnologias já existentes como de desenvolvimento de novas possibilidades no setor.

6)-Incentivar a formação de recursos humanos de áreas envolvidas no setor através da implementação de políticas específicas nos órgãos de fomento à pesquisa como CNPq, CAPES, entre outros.

7)-Determinar a inclusão da disciplina de Farmacologia Clínica/Terapêutica no currículo mínimo das faculdades de ciências da saúde.

8)-Introduzir a disciplina Farmácia Clínica nos currículos mínimos das faculdades de farmácia e bioquímica.

9)-Promover a ativação de uma Comissão de Revisão da Farmacopéia Brasileira.

10)-Prestigiar política e administrativamente a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, através de dotação orçamentária apropriada, de novo plano administrativo, de sua completa informatização e da absorção de pessoal técnico qualificado, especialmente visando o desempenho eficiente da atividade de análise de novos pedidos de registros e de fiscalização de laboratórios.

11)-Implantar, através da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da saúde, programa de farmacovigilância de âmbito nacional.

12)-Assegurar a uniformização de linguagem informática entre todos os órgãos envolvidos na produção de fármacos, desde o financiamento da importação, até a sua venda no varejo.

13)-Estabelecer cooperação técnica, científica, administrativa e comercial com países do Mercosul, no sentido de uma uniformização de linguagem e de objetivos na área da indústria farmacêutica no continente.

14)-Estabelecer a necessidade de manutenção de profissional farmacêutico nas estruturas de dispensação de medicamentos, nos termos da Lei.

15)-Promover campanhas que alertem para os riscos da automedicação.

16)- Agilizar a tramitação no Congresso Nacional dos projetos que tratam de questões essenciais para o setor farmacêutico, em especial os relativos à propriedade industrial - direito de patente - ao uso do nome genérico e ao disciplinamento da propaganda de medicamentos, promovendo a mais ampla discussão e participação da sociedade civil. Esta medida se justifica por se tratar de matéria de conteúdo complexo, geradora de grandes polêmicas e da maior relevância para o adequado encaminhamento de soluções para a assistência farmacêutica no Brasil.

E o parecer:

Sala das Comissões, em 14 de dezembro de 1994

Presidente

SEN. Carlos Patrocínio

Vice-Presidente

Sen. Elias Murad

Relator

Sen. Gonzaga Costa

Uesley Cláudio Paes Landim
 Sen. Maximo Glicson
7 5 5
 Sen. Emílio Ladeira
Osena Filho
 Sen. Neira Filho
[Signature]
 Sen. Nels Fredekin
[Signature]
 Sen. Pedro Simon
 - *ALUER CORRÊA*
[Signature]
 Sen. Ney Maranhão
Paulo Duarte
 Sen. Paulo Duarte
Manoel Chereuil
 Sen. Mário Chereuil
[Signature]
 Sen. Saul Belém
[Signature]
 Sen. Teotônio
 Vilela Filho

EMENDAS APRESENTADAS PERANTE A COMISSÃO MISTA DESTINADA A EXAMINAR E EMITIR PARECER SOBRE A MEDIDA PROVISÓRIA Nº. 845, DE 20 DE JANEIRO DE 1995, QUE "DISPÕE SOBRE A INSTITUIÇÃO DE CRÉDITO FISCAL, MEDIANTE RESSARCIMENTO DO VALOR DE CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS (PIS/PASEP E CONFINS) NOS CASOS QUE ESPECIFICA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

CONGRESSISTAS	EMENDAS NÚMEROS
DEPUTADO PAES LANDIM.....	001,002,003,004.

DATA: 25/ 01/95. PROPOSIÇÃO: Medida Provisória nº 845, de 20 de janeiro de 1995.

AUTOR: DEP. PAES LANDIM. Nº PROTOCOLO:

1 SUPLENÇA 2 SUBSTITUIÇÃO 3 MODIFICAÇÃO 4 ADIÇÃO 5 SUBSTITUTIVO GLOBAL

PÁGINA: 1 de 1. ARTIGO: 1º. PARÁGRAFO: 1º e 2º. NÍVEL: ALÍNEA: