

# **A LÓGICA ECONÔMICA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E A PROBLEMÁTICA DO ACESSO A MEDICAMENTOS: UMA REFLEXÃO À LUZ DE KARL POLANYI**

## **THE ECONOMIC LOGIC OF THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND THE PROBLEM OF ACCESS TO MEDICINES: A REFLECTION IN THE LIGHT OF KARL POLANYI**

**Águida Cristina Santos Almeida<sup>1</sup>**

### **RESUMO**

Na obra intitulada ‘A grande transformação’, Karl Polanyi, por meio de uma ampla pesquisa histórica, etnográfica e antropológica, demonstra que a economia de mercado como eixo estruturante da vida dos seres humanos, num contexto que a sociedade foi se tornando um adendo da economia, remonta o século XIX. Até mesmo no contexto da era mercantilista, sob a qual os mercados ampliaram-se em dimensão, considerando que os Estados nacionais criaram os mercados nacionais, e que estes representaram uma grande revolução quando comparados com os mercados que existiam até então, os quais eram: os mercados locais e o mercado de longa distância. Não obstante, mesmo na fase mercantilista a economia seguiu submetida à sociedade, demasiadamente governada por elementos como a magia, a religião, diferentes convenções sociais, por leis e tradições. Contudo, o impacto tecnológico da mecanização da produção, no contexto da Revolução Industrial, promoveu a mudança social (com ampla desintegração social) que permitiu a criação do mercado ‘autorregulável’, por meio do qual a economia se sobrepôs aos demais elementos da vida, de forma que a sociedade tornou-se um adendo da economia. Assim, com a instauração da economia de mercado emergiu um contramovimento de autoproteção social, com vistas a se defender dos impactos destrutivos que a ação dos mercados promove, denominado por Polanyi de duplo movimento. O presente trabalho pretende empregar o duplo movimento de Polanyi para tecer uma reflexão acerca da luta política e social pelo acesso adequado aos medicamentos, sobretudo aqueles considerados essenciais.

Palavras-chave: Duplo movimento. Mercado autorregulável. Autoproteção dos povos. Acesso a medicamentos. Política de saúde.

---

<sup>1</sup> Professora adjunta da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

## ABSTRACT

In the work entitled 'The Great Transformation', Karl Polanyi, through extensive historical, ethnographic and anthropological research, demonstrates that the market economy as a structuring axis of human beings' lives, in a context in which society was becoming an addendum to the economy dates back to the 19th century. Even in the context of the mercantilist era, under which markets expanded in size, considering that national States created national markets, and that these represented a great revolution when compared to the markets that existed until then, which were: the local markets and the long distance market. However, even in the mercantilist phase, the economy remained subject to society, which was overly governed by elements such as magic, religion, different social conventions, laws and traditions. However, the technological impact of the mechanization of production, in the context of the Industrial Revolution, promoted social change (with wide social disintegration) that allowed the creation of the 'self-regulating' market, through which the economy overlapped the other elements of life, so that society has become an afterthought of the economy. Thus, with the establishment of the market economy, a counter-movement of social self-protection emerged, with a view to defending itself from the destructive impacts that the action of markets promotes, called by Polanyi a double movement. The present work intends to use Polanyi's double movement to weave a reflection on the political and social struggle for adequate access to medicines, especially those considered essential.

Keywords: Double movement. Self-regulating market. Self-protection of peoples. Access to medicines. Health policy.

## INTRODUÇÃO

A luta pelo acesso a medicamentos consiste em um tema de alcance global, que envolve a Organização Mundial da Saúde – OMS, as Nações Unidas, os Estados nacionais, e inúmeros agentes e instituições no âmbito dos Estados. O presente trabalho propõe uma interpretação para a permanente batalha política para que pessoas em todo o mundo possam ter acesso a medicamentos, especialmente, as populações social e economicamente vulneráveis. A reflexão proposta no trabalho irá se basear no duplo de movimento de Polanyi (2000), segundo o qual, a instauração da economia de mercado, e sua extensão para elementos que não podem funcionar como mercadoria, ensejou um contramovimento de autoproteção social, a fim de proteger os seres humanos e a natureza dos efeitos destrutivos da ação dos mercados autorregulados.

De acordo com a análise em pauta, os medicamentos, dado o seu efeito terapêutico real em curar as doenças, ou atenuar os seus sintomas, inserem-se no grupo dos elementos que não podem (ou não devem) ser tratados como mercadoria. Sendo assim, o trabalho irá retomar as ideias de Polanyi, e em seguida reconstituir a ação do duplo movimento no âmbito da disputa política, social e econômica que envolve a luta pelo acesso a medicamentos. Neste caso, a atuação do duplo movimento manifesta-se, de um lado, pela ação das multinacionais farmacêuticas (muitas vezes, contando com o apoio dos seus Estados-sede), e de outro lado, o duplo movimento é conformado pelo contramovimento de autoproteção social, formado por agentes e instituições, de projeção internacional e no âmbito de cada Estado nacional, que lutam pela criação e implantação de ações, programas e políticas que garantam a acessibilidade aos medicamentos.

No caso do Brasil, o cumprimento das ações da política de saúde e de assistência farmacêutica resultam num crescente déficit comercial, que põe em risco o atendimento das demandas atuais, e dificulta a ampliação da oferta de bens e serviços em saúde. Além do mais, no tocante ao perfil da balança comercial de saúde, o Brasil importa bens de alta e média complexidade tecnológica, basicamente de países da OCDE, enquanto exporta, basicamente, bens de baixa densidade tecnológica, e principalmente para países latino-americanos (GADELHA, 2003, 2006; GADELHA *et. al.*, 2003, 2009, 2012).

Frente ao grave, crônico e estrutural quadro de vulnerabilidade externa, para o qual a indústria farmacêutica contribui em mais de 70% no âmbito do CEIS, este<sup>2</sup> assumiu posição de destaque nas três

---

<sup>2</sup> O complexo industrial da saúde consiste em toda a estrutura produtiva e de serviços, responsáveis pela oferta dos bens e serviços que atendem à demanda por saúde. O CEIS é constituído pelo subsistema de base química e biotecnológica, formado pelas indústrias

últimas edições de política industrial encampadas no país, a saber: a PITCE, lançada em 2004; a Política para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), lançada em 2008; e o Plano Brasil Maior, lançado em 2011. E, no âmbito do complexo econômico industrial da saúde, a indústria farmacêutica nacional vem se destacando como prioridade das ações de política. As ações de política para a indústria farmacêutica nacional (tanto para os laboratórios privados, quanto para os laboratórios de produção pública), visam ampliar a capacidade produtiva, o grau de verticalização da indústria nacional, a geração de desenvolvimento tecnológico, capacidade de inovação e aprendizado locais, adequação às exigências sanitárias. Todas estas ações almejam ampliar o acesso a medicamentos e a capacidade inovativa da indústria nacional (COSTA, 2012).

Assim, entre 2004 e 2015 se empreendeu o esforço de integrar a política de saúde com uma política industrial para o complexo econômico industrial da saúde. Tal iniciativa passou diretamente por questões relacionadas ao acesso a medicamentos, até mesmo porque, o cumprimento dos vários programas do SUS (como por exemplo, o atendimento dos pacientes acometidos com HIV, doenças negligenciadas, diabetes, hipertensão, câncer, entre outras enfermidades), que integram a política de saúde, exige a produção crescente de uma gama diferenciada de medicamentos e outros bens oriundos da produção farmacêutica.

Deste modo, o trabalho pretende pautar a discussão em torno da acessibilidade a medicamentos, à luz do duplo movimento de Polanyi, por meio do qual se permite enxergar os movimentos dialéticos, de um lado, no tocante ao avanço da lógica de mercado e dos mercados propriamente ditos, que inerentemente resultam, do outro lado, no contramovimento de autoproteção dos povos dos impactos desarticuladores e desintegradores que o avanço dos mercados e da lógica mercantil vão impondo, resultando em impactos sociais de longo alcance. Todavia, mesmo que de forma breve e sucinta, o trabalho irá apontar observações e reflexões acerca dos esforços para integrar a política de saúde com uma política industrial para a base produtiva em saúde, no Brasil, entre 2004 e 2015.

Além do presente texto de introdução, o trabalho é composto pelas seguintes seções: a seção primeira, retoma as ideias de Polanyi, a fim de reconstituir em que consiste o duplo movimento de autodeterminação dos povos. Na segunda seção, busca-se aplicar o duplo movimento de Polanyi, com vistas a analisar, de um lado, a ação das multinacionais farmacêuticas, e de outro lado, o movimento

---

produtoras de medicamentos, fármacos, hemoderivados, vacinas e reagentes para diagnóstico. Pelo subsistema de base mecânica e eletrônica, formado pelas indústrias produtoras de equipamentos, próteses e órteses, e materiais. E por fim, pela estrutura responsável pelos serviços, ou seja, clínicas, hospitais, centros de diagnóstico, ambulatórios. Sendo a estrutura de serviços a que confere organicidade ao complexo, tendo em vista que os bens produzidos nos subsistemas industriais anteriormente citados, convergem para a estrutura de serviços, para que a demanda por saúde possa se efetivar (GADELHA, 2003, 2006; GADELHA *et. al.*, 2003, 2009, 2012).

político e social que luta pela ampliação do acesso a medicamentos. Argumenta-se que estes dois elementos caracterizam a atuação do duplo movimento de Polanyi, tendo em vista o fato de os medicamentos integrarem os bens essenciais à subsistência dos seres humanos, não devendo ser tratados como mercadorias genuínas.

É prudente chamar atenção para o fato de que os medicamentos não possam ou não devam ser tratados em pé de igualdade com os elementos para os quais Polanyi aponta existirem como mercadorias somente no nível da ficção, que são: terra, trabalho e dinheiro. Não obstante, a condição genuína de mercadoria para os bens e serviços necessários à vida, sobretudo em condições mínimas de dignidade, também não deve ser aceitável, e com as devidas peculiaridades, um grau de mercadoria em nível ficcional é adequado. Por fim, seguem a conclusão e as referências do trabalho, respectivamente.

## **1 O acesso a medicamentos como um direito humano: uma análise à luz das ideias de Polanyi**

Como a defesa da essencialidade do acesso a medicamentos será amparada com base nas ideias de Polanyi, a presente seção tem por objetivo retomar sua análise de forma breve, porém, recuperando-a de um modo que conduza à compreensão da origem, bem como, da função do duplo movimento de Polanyi, fundamental na compreensão da problemática mundial de acessibilidade a medicamentos.

Polanyi (2000, 2012) encampa uma profunda investigação baseada na mais moderna pesquisa antropológica e etnográfica de sua época, e demonstra que a economia de mercado ao contrário do que a tradição clássica pregou, era uma forma bastante peculiar e jovem de organizar as sociedades, tendo se estabelecido a partir do século XIX na Inglaterra. Não obstante, a partir de então foi ocupando todos os espaços, caracterizando-se pelo paradoxo de combinar progresso econômico com desarticulação social, tendo em vista que o contato dos povos com a economia de mercado sempre enseja destruição e desarticulação do seu tecido social.

Segundo aponta Polanyi (2000, 2012) até a instauração do sistema de mercado, em todas as sociedades, com a presença ou a ausência de dominação, a economia<sup>3</sup> estava subordinada às relações

---

<sup>3</sup> Para Polanyi o termo econômico possui dois significados bastante distintos em termos de sua origem e objetivo. O primeiro significado para o termo econômico é considerado em termos formais e é proveniente da definição de economia pela escassez, construído pelo caráter lógico da relação meios-fins, como por exemplo economizar ou conseguir algo por um preço menor. No segundo significado o termo econômico é tida de forma substantiva, dado que sob qualquer circunstância do tempo, do espaço e das condições naturais e materiais os seres humanos, semelhantes aos demais seres vivos, não podem existir sem um meio físico que os sustente, ou seja, o significado de substantivo deriva simplesmente do fato de existir uma dependência do homem em relação à natureza e aos seus semelhantes para sobreviver. O significado formal e o substantivo nada têm em comum, e na área de economia ora o termo econômico aparece com a conotação de escassez, ora com a conotação substantiva, o que não ocorre nas demais ciências sociais onde prevalece a visão substantiva do conceito (POLANYI, 2012, p. 63).

sociais, as quais eram regidas por princípios, tais como, as tradições, a lei, a magia, a religião, os costumes, sendo governadas por princípios de comportamento distintos do princípio da permuta, que predomina na economia de mercado. Ou seja, em todo o período histórico que antecede o século XIX, predominavam princípios tais como a reciprocidade, e/ou a centralidade e/ou a domesticidade, e ambos ensejavam os seguintes padrões institucionais, simetria, redistribuição e a autarquia, respectivamente, no tocante a organização da vida social e econômica.

Tais padrões de comportamento, com seus respectivos padrões institucionais, coabitavam com mercados (fosse o comércio de longa distância, fossem os mercados locais) e dinheiro; não obstante estes perfaziam uma esfera muito limitada da sociedade e estavam submetidos às relações sociais. Assim, pode-se inferir que o princípio da permuta estava longe de ser o principal determinante ao funcionamento da estrutura social.

### *1.1 A criação dos mercados nacionais pelos Estados nacionais e o processo de regulamentação e intervenção da era mercantilista*

Com base em Polanyi (2000, 2012), é possível afirmar que a criação de um sistema de mercado autorregulado, encontra suas bases em dois pilares principais: a formação dos mercados nacionais, e a substancial transformação que a criação da maquinaria promoveu à produção, fazendo a indústria sobrepor-se ao comércio. Conforme já foi dito, os mercados locais, o comércio de longa distância, e o dinheiro, quase sempre estiveram presentes em distintas sociedades, e há bastante tempo. Todavia, constituíam-se em um acessório da vida social, que era organizada, sobre princípios bastante distintos, daqueles que regem uma sociedade de mercado.

Para Polanyi (2000), embora a pesquisa etnográfica e antropológica ainda tivesse muito a investigar, aponta-se que foi a formação dos mercados nacionais, um elemento de substancial importância à construção da sociedade moderna. Por seu turno, a constituição dos mercados nacionais foi obra dos Estados nacionais, que unificaram o comércio intermunicipal e com isto, institucionalizaram o mercado nacional.

É muito importante destacar que os mercados locais e o comércio de longa distância não concorriam entre si, dado que nos mercados locais, o comércio era baseado na produção local, enquanto que o comércio de longa distância compreendia produtos não encontrados localmente. Assim, foi a instituição dos mercados nacionais, que, ao comercializarem bens similares dentro de uma unidade territorial ampla (Estado nacional), criou a lógica da concorrência. Por seu turno, sabia-se que

a concorrência tinha como corolário a instituição do monopólio, e este era temido pelos males sociais que podia acarretar.

Assim, a criação dos mercados nacionais, pelos Estados nacionais, conhecida como era mercantilista, de um lado provocou uma profunda mudança social, tendo em vista que sob a figura do mercado nacional, o princípio da permuta muda seu grau de importância, já que é institucionalizado na figura de um grande mercado em concorrência. Conforme foi visto, cada padrão de comportamento social, enseja um dado padrão institucional, e neste sentido, para que o princípio da permuta assuma importância, é necessária a institucionalização do mercado. Não obstante, Polanyi (2000) enfatiza que o padrão institucional criado pelo princípio da permuta não pode ser comparado aos demais padrões (reciprocidade, domesticidade, centralidade), dado que está longe de ser resultado de um processo natural de desenvolvimento, mas, ao contrário disto, resulta de estimulantes bastante “artificiais”.

Por outro lado, sob o mercantilismo, instaurou-se uma extensa e densa rede de regulamentações que submetia toda a economia. Desta forma, sob o mercantilismo, os mercados nacionais eram alvo da intervenção governamental, e de forte regulamentação, o que os mantinha sob controle, de modo que a lógica de funcionamento da economia de mercado ainda estava longe de ser instituída. Ou seja, sob o mercantilismo, o trabalho, a terra e o dinheiro eram mantidos fora da lógica do mercado autorregulado<sup>4</sup>, e submetidos a controles e regras bastante estritos. Assim, a economia ainda permanecia como um adendo das relações sociais, o que muda completamente no âmbito do sistema de mercado.

Então, embora a instituição dos mercados nacionais tenha dado outra dimensão ao princípio da permuta, que até então era incipiente e secundário na organização social, o excesso de regulamentação e a exclusão do trabalho, da terra e do dinheiro de funcionarem sob a lógica de mercado, manteve a base social, até certo ponto preservada, no sentido de que a economia permanecia submetida à organização social. Neste momento não havia qualquer discussão quanto à instauração de um mercado autorregulado<sup>5</sup>. Contudo, a constituição da economia de mercado levou a uma completa inversão da organização social, dado que a partir de então “em vez de a economia estar embutida nas relações sociais, são as relações sociais que estão embutidas no sistema econômico” (POLANYI, 2000, p. 76).

---

<sup>4</sup> Segundo Polanyi (2000, p. 90): “A autorregulação significa que toda a produção é para venda no mercado, e que todos os rendimentos derivam de tais vendas. Por conseguinte, há mercados para todos os componentes da indústria, não apenas para os bens (sempre incluindo os serviços), mas também para o trabalho, a terra e o dinheiro [...]”.

<sup>5</sup> Polanyi (2000, p. 88) destaca: “A “libertação” do comércio levada a efeito pelo mercantilismo apenas liberou o comércio do particularismo, porém, ao mesmo tempo, ampliou o escopo da regulamentação”.

## 1.2 O século XIX: criação do mercado “autorregulável” e das mercadorias fictícias – terra, trabalho e dinheiro

Deste modo, Polanyi (2000, p. 93) afirma que, “a sociedade do século XIX revelou-se, de fato, um ponto de partida singular, no qual a atividade econômica foi isolada e imputada a uma motivação econômica distinta”. Ou seja, a Revolução Industrial provocou uma profunda modificação no processo de produção, ao substituir as ferramentas de trabalho simples e baratas, por máquinas caras e que ampliaram sobremaneira a produtividade do trabalho. Com o advento da Revolução Industrial, e a transformação que o fenômeno máquina provocou no processo de produção, a produção industrial sobrepujou o comércio e abriu o caminho para a formação de um sistema de mercado<sup>67</sup>.

Com a produção industrial, deixando de ser um acessório do comércio organizado pelo mercador, e alcançando envergadura, tornaram-se compulsórios investimentos de longo prazo, suscetíveis a riscos, exigindo assim garantias à continuidade da produção, a fim de tornar o risco suportável. Desse modo, quanto mais complexa foi se tornando a produção industrial, maior a pressão para que os elementos da indústria tivessem garantia de fornecimento. Contudo, dentre estes elementos, três são de fundamental importância, a saber: o trabalho, a terra e o dinheiro, que conforme já foi assinalado anteriormente, mantiveram-se fora da lógica de mercado no âmbito do mercantilismo.

Porém, a expansão da produção industrial exigiu que o trabalho, a terra e o dinheiro passassem a funcionar como mercadorias, ou seja, passassem a ser negociadas no mercado, a um determinado preço. Mas, conforme argumenta Polanyi, embora a instituição do sistema de mercado tenha levado estes elementos a serem comprados e vendidos no mercado, em sua natureza, não constituem mercadorias. A aplicação empírica do conceito de mercadoria denota isto, dado que nenhum deles é produzido para a venda no mercado. Sendo assim, a descrição do trabalho, da terra e do dinheiro, como mercadorias é inteiramente fictícia.

De acordo com Polanyi, o princípio da autorregulação não pode ser válido para estes três elementos, que só funcionam como mercadoria no plano da ficção. Refletir sobre o trabalho é pensar no próprio homem, tendo em vista de estar se tratando da atividade humana, que é parte constituinte da própria vida, não sendo produzido para a venda, mas ao contrário, por motivações completamente diferentes. Como elemento intrínseco à vida humana, o trabalho não pode ser armazenado ou

---

<sup>6</sup> “... Não foi o aparecimento da máquina em si mas a invenção de maquinarias e fábricas complicadas e, portanto, especializadas que mudou completamente a relação do mercador com a produção” (POLANYI, 2000, p. 96).

<sup>7</sup> Este ponto levantado por Polanyi, no âmbito do presente trabalho é considerado de imensa relevância, dado o profundo impacto social das tecnologias (e certamente, com amplos impactos mental e psicológico) e de como essa questão frequentemente não é debatida, nem refletida com a necessidade e importância adequadas.



mobilizado. Além disso, ao defraudar os homens da cobertura protetora das instituições culturais, estes sucumbiriam, frente aos efeitos do abandono social, e como consequência se tornariam vítimas de um agudo transtorno social, traduzido de formas diversas, ou seja, em fome, vício, perversão, delinquência etc.

Então, se enquanto falar de trabalho significa pensar no próprio ser humano, falar em terra é discutir a própria natureza, que não foi sequer produzida pelos seres humanos. Assim, ao lançar a terra no mecanismo de mercado, põe-se em risco a própria natureza, os seus elementos constituintes e vitais à vida. Quanto ao dinheiro, trata-se do poder de compra, que também não é produzido para a venda, mas ganha vida por meio da atividade das finanças estatais, e dos bancos, interconectados entre si. Desta forma, submeter o dinheiro ao mecanismo do mercado autorregulado, seria colocar em risco os próprios negócios, que não resistiriam aos males provocados pelas faltas e excessos de dinheiro, “[...] seriam tão desastrosos para os negócios como as enchentes e as secas nas sociedades primitivas” (POLANYI, 2000, p. 95).

### *1.3 O estabelecimento do duplo movimento de acordo com Polanyi*

Frente ao exposto, segundo Polanyi (2000, p. 94), “permitir que o mecanismo de mercado seja o único dirigente do destino dos seres humanos, do seu ambiente natural, e até mesmo o árbitro da quantidade e do uso do poder de compra, resultaria no desmoronamento da sociedade”. Não obstante, o exercício do mecanismo de mercado aos componentes da indústria – trabalho, terra e dinheiro – foi o corolário da introdução do sistema fabril, numa sociedade comercial (POLANYI, 2000, p. 97). Todavia, por se tratar de mercadorias apenas no plano da ficção, na Inglaterra, por exemplo, mesmo durante o período da Revolução Industrial, de 1795 a 1834, a legislação em vigor impediu a criação de um mercado de trabalho (por meio da Lei Speenhamland). Somente após 1834, é que foi estabelecido um mercado de trabalho competitivo, sendo o trabalho o último elemento da produção a ser submetido às leis do mercado autorregulado.

Contudo, como estes três elementos da produção só funcionam como mercadorias no plano da ficção, logo que o mecanismo de mercado os absorveu, entrou em ação um contramovimento de autoproteção social, através de uma rede de medidas e políticas cristalizadas em instituições destinadas, a restringir a ação do mercado no tocante a estes três elementos.

Segundo Polanyi (2000, p. 98), “a história social do século XIX foi, assim, o resultado de um duplo movimento”. Ou seja, o duplo movimento é constituído pela ação do mecanismo de mercado, de um lado, e o contramovimento de autoproteção social, em resposta à autodestruição social que o

mecanismo de mercado acarreta. Na verdade, a ação do duplo movimento não se restringe ao século XIX, mas permanece em marcha, em razão dos perigos inerentes a um sistema de mercado autorregulado.

Como a extensão do mecanismo de mercado foi estendido aos três elementos da produção (trabalho, terra e dinheiro), que só podem funcionar como mercadoria no plano da ficção, o mecanismo da autorregulação logo foi atropelado pela intervenção e o protecionismo, de modo que Polanyi denominou de autorregulação imperfeita. Segundo ele, os liberais entenderam o protecionismo como um boicote, ou uma falta de compreensão ao ideal funcionamento da economia, quando na verdade, o protecionismo constitui-se no contramovimento de autoproteção social, necessário à minimização dos efeitos destrutivos da ação do mercado autorregulado a elementos que não constituem mercadorias genuínas.

Considerando como legítima as assertivas de Polanyi, pretende-se estendê-las para analisar o debate político, social e econômico, que envolve o acesso a medicamentos. Na verdade, acredita-se que o conceito de mercadoria fictícia deve ser estendido para toda e qualquer mercadoria que seja imprescindível à subsistência dos seres humanos tais como, alimento, abrigo, saúde, educação (dada a sua essencialidade na disputa travada no mercado de trabalho).

Ou seja, tais mercadorias não devem, ou até mesmo, não podem ser governadas, exclusivamente, pelas leis do mercado autorregulado, e a ação dos Estados nacionais e de outras instituições civis, nos mercados nos quais essas mercadorias são produzidas e consumidas, denota isto. Na seção que seguinte será demonstrado a ação do duplo movimento (ação dos mercados autorregulados *versus* contramovimento de autoproteção social) na disputa social, política e econômica que envolve a acessibilidade a medicamentos.

## **2 Produção farmacêutica x acesso a medicamentos: manifestação do duplo movimento de Polanyi**

O medicamento é considerado a intervenção terapêutica mais frequentemente utilizada, em razão da legitimidade e reconhecimento social do seu valor terapêutico, concretizado na capacidade de eliminar a causa das doenças, ou pelo menos, de minimizar e controlar os efeitos nocivos que estas acarretam. Como consequência, além de constituir-se na intervenção terapêutica mais empregada, o medicamento também se constitui na intervenção terapêutica mais custo-efetiva, sobretudo, quando sua prescrição e seu uso são feitos de modo racional. Conforme a Organização Mundial da Saúde – OMS, depois da imunização na infância, o uso apropriado dos medicamentos essenciais é um dos

componentes mais custo-eficazes da atenção sanitária moderna (OLIVEIRA *et. al.*, 2007; BARCELOS, 2005; RODRIGUES, 2012).

O medicamento é um instrumento terapêutico, produto de longa trajetória tecnológica, cuja finalidade indisputada é a intervenção positiva na saúde das pessoas, seja por função curativa, profilática ou de diagnóstico. Não há dúvida de que o medicamento é um bem de consumo. No entanto, a sua essencialidade para a recuperação e preservação da saúde torna-o um bem diferenciado e nobre (OLIVEIRA *et. al.*, 2007, p. 42)

A importância social e econômica do medicamento, amplia-se, sobremaneira, quando se considera o complexo e custoso, portanto arriscado, processo empreendido à descoberta e produção de novos medicamentos. Para que um novo medicamento seja desenvolvido, produzido, e incorporado no sistema de saúde, faz-se necessária uma longa e complexa jornada, que compreende pelo menos quatro estágios, os quais demandam conhecimentos complexos e interdisciplinares<sup>8</sup>: P&D de novos fármacos, P&D e implementação de processos de produção, em escala industrial, produção de especialidades terapêuticas, comercialização, e uso efetivo do medicamento. Compõem as referidas etapas, os testes pré-clínicos e clínicos, que são custosos, e ocorrem ao longo de vários anos, demandando uma extensa quantidade de recursos humanos e materiais à sua consecução (OLIVEIRA *et. al.*, 2007; VARGAS *et. al.*, 2012; HASENCLEVER *et. al.*, 2008; BASTOS, 2005).

### *2.1 A ação do mecanismo de mercado no processo de desenvolvimento, produção e comercialização dos medicamentos*

Em função das características inerentes ao processo inovativo neste setor, o gasto em P&D empreendido pelas grandes empresas farmacêuticas gira em torno de 20%<sup>9</sup> do faturamento, superando inclusive outros setores intensivos em P&D, como por exemplo, os setores de bens de capital, informática e automobilística. E mais, associado ao elevado gasto privado em P&D, o setor conta ainda com uma ampla base de pesquisa pública para a inovação, e há uma forte articulação entre o sistema de C&T e o setor produtivo (VARGAS *et. al.*, 2012; VARGAS, 2013; BASTOS, 2005). Não obstante, os elevados percentuais de gastos em P&D vem sendo tema constante de polêmica quando confrontados com o desempenho inovativo do setor.

---

<sup>8</sup> O processo de desenvolvimento de um novo medicamento consome um intervalo de tempo entre 10 a 15 anos (VARGAS *et. al.*, 2012).

<sup>9</sup> Segundo Radaelli (2008, p. 465) “Apesar de a indústria farmacêutica se apresentar como uma indústria líder em investimentos em P&D, ela é na verdade líder também em investimentos em marketing. Em oito das nove empresas investigadas, apurou-se que o gasto em marketing foi duas vezes maior em propaganda e marketing do que em pesquisa e desenvolvimento. Essa situação causa questionamentos acerca das dificuldades de se diferenciar o que é avanço médico genuíno da simples introdução de produtos já envelhecidos reformados via marketing, que acaba por simplesmente garantir e retroalimentar lucros”.

Segundo Oliveira *et. al.* (2007), de um total de 1.035 pedidos de registro sanitário junto à Food and Drug Administration (FDA), a agência reguladora dos Estados Unidos, entre 1989 e 2000, apenas 24% do total dos produtos apresentaram alguma vantagem terapêutica, em relação àqueles produtos existentes no mercado, enquanto que 54% dos registros constituíram-se em inovações incrementais de medicamentos já vendidos no mercado. Assim, Oliveira *et. al.* (2007, p. 35) afirmam que “inovações incrementais constituem uma estratégia da indústria para aumentar preços, estender validade de patentes e com isso realizar lucros em ambiente de baixo risco, mas, na maioria das vezes, não agrega valor terapêutico ao medicamento”.

Frente ao extenso, denso, e caro aparato em termos de recursos humanos e materiais, para desenvolver e lançar no mercado novos medicamentos (apesar das práticas empresariais questionáveis com vistas à ampliação do ganho econômico), as empresas que lideram o setor são grandes multinacionais, atuando globalmente, e são majoritariamente oriundas dos países da tríade (Estados Unidos, Japão e países da Europa Ocidental). A competição ocorre principalmente via classes terapêuticas, por meio da diferenciação de produto, não prevalecendo a competição via preços. As barreiras à entrada são resultado das economias de escala, referentes às atividades de P&D e marketing, e a patente se constitui no principal instrumento de apropriação dos resultados advindos dos investimentos em P&D. Assim, em âmbito internacional, a indústria farmacêutica, constitui-se num oligopólio diferenciado baseado nas ciências. (VARGAS *et. al.*, 2012; VARGAS, 2013, BASTOS, 2005).

Todavia, como a inovação e a produção são motivadas, basicamente, por fatores de ordem econômica, apesar da incontestável importância social que caracteriza os bens produzidos neste setor, prevalece uma alarmante iniquidade, ao relacionar o consumo de medicamentos à distribuição demográfica mundiais, tendo em vista que mais de 90% da produção farmacêutica mundial, é consumida por apenas 15% da população mundial, situada principalmente nos países da tríade antes mencionada (OLIVEIRA *et. al.*, 2007).

Outro dado alarmante, diz respeito à distribuição dos recursos para financiamento das pesquisas, tendo em vista, que 90% dos recursos gastos na área de saúde são investidos em pesquisas sobre as doenças globais<sup>10</sup>, enquanto que apenas 10% são investidos em pesquisas para as doenças negligenciadas. Esta imensa discrepância é denominada de desequilíbrio 90/10, em função da referida

---

<sup>10</sup> As doenças globais são prevalentes em países desenvolvidos, e por isso contam com inúmeras opções de tratamento. Por seu turno, as doenças negligenciadas (que são as doenças tropicais e a tuberculose) são aquelas que afetam principalmente populações de países mais pobres, sendo estreitamente relacionadas às condições de pobreza, e para as quais não existem opções terapêuticas efetivas, nem políticas governamentais de fomento ao desenvolvimento de novos medicamentos (OLIVEIRA *et. al.* 2007; BASTOS; 2006).

proporção corresponder exatamente ao contrário da distribuição mundial da carga de doença<sup>11</sup>, que é muito maior nos países pobres, acometidos tanto pelas doenças infecto-parasitárias, quanto pelas doenças crônicas (OLIVEIRA *et. al.*, 2007; CESSÉ, 2007; BASTOS, 2006).

A concentração do desenvolvimento, produção, e consumo dos medicamentos nos países mais desenvolvidos, resultando num gigantesco quadro de iniquidade global quanto ao acesso a medicamentos, deixa evidente a atuação das forças de mercado. Ou seja, o consumo global de medicamentos é determinado, em grande medida, pelo poder de compra dos indivíduos e dos Estados nacionais mais ricos (considerando, por exemplo, que nos países europeus os Estados financiam parcela considerável dos gastos com medicamentos<sup>12</sup>) (HUNT e KHOSLA, 2008).

A lógica de mercado, não se manifesta apenas na distribuição do consumo global de medicamentos, mas, sobretudo, nas ações das empresas farmacêuticas multinacionais. A fim de defenderem seus interesses, econômicos e políticos, nos países onde atuam, é comum as empresas multinacionais tomarem decisões que atingem de forma negativa a acessibilidade a medicamentos, principalmente nos países mais pobres, os quais possuem Estados de soberania frágil na geopolítica global. Mais grave ainda, é o fato das farmacêuticas multinacionais contarem, muitas vezes, com o apoio dos seus Estados-sede nas ações que encampam, visando tão somente a defesa de interesses econômicos<sup>13</sup> (OLIVEIRA *et. al.*, 2007; BERMUDEZ *et. al.*, 2004).

As empresas farmacêuticas são frequentemente acusadas de não apenas impor preços como também de combater qualquer iniciativa tomada fora de seu âmbito. Exemplo foi o que ocorreu na Tailândia e relatada no *Le Monde*. Até o primeiro semestre de 1998, só havia um medicamento para combater a meningite por criptococo. O medicamento era produzido no próprio país pelo laboratório Pfizer. O preço: de R\$ 530 a caixa com 50 comprimidos. Duas empresas tailandesas conseguiram por fim comercializar um produto similar ao preço de R\$ 170 a caixa. Seis meses depois, as vendas do medicamento foram proibidas na Tailândia. Alertado pela Pfizer, o governo dos Estados Unidos ameaçou as autoridades tailandesas de taxar suas principais exportações (madeira, joias, microprocessadores) se não desistissem de produzir o medicamento. Rumo ao apartheid sanitário? *Le Monde diplomatique* março de 2000 (RADAELLI, 2012, p. 102).

Nesse sentido, é fundamental destacar as consequências negativas que o acordo TRIPS de propriedade intelectual trouxe para a saúde pública, especialmente no que concerne ao acesso a

---

<sup>11</sup> Aponta-se que nos países de renda baixa ou média 25% das enfermidades são causadas por doenças infecciosas e parasitárias, enquanto que nos países desenvolvidos este percentual é de apenas 3% (BASTOS, 2006, p. 287).

<sup>12</sup> De acordo com Hunt e Khosla (2008), em países ricos a média de gastos *per capita* em medicamentos é cerca de 100 vezes maior do que em países pobres (em torno de US\$ 400 em comparação a US\$ 4). Além disso, em muitos países ricos mais de 70% dos gastos com medicamentos recebe financiamento público, enquanto que em países pobres, justamente onde a renda da população é baixa, os pacientes financiam entre 50% a 90% dos medicamentos

<sup>13</sup> No intervalo de 32 anos, entre 1960 e 1991, a indústria farmacêutica ficou na primeira ou segunda posição no *ranking* da revista *Fortune* dos setores com maior lucratividade dos Estado Unidos. Este desempenho se repete desde 2001, dado que a indústria lidera com folga o ranking de lucratividade (RADAELLI, 2008, p. 477). Em Mazzucato (2014), encontram-se dados que confirmam os dados antes elucidados.

medicamentos. O acordo de propriedade intelectual, denominado de TRIPS, foi aprovado na agenda do GATT, na Rodada Uruguai, em abril de 1994, momento em que a OMC foi criada (substituindo o GATT, antes mencionado). A aprovação do Acordo TRIPS estabeleceu padrões mínimos de propriedade intelectual, que deviam ser incorporados nas legislações nacionais de propriedade intelectual dos países-membros da OMC.

No âmbito deste acordo foram estabelecidos critérios mais rígidos de propriedade intelectual, em relação aos padrões em vigor até então, nos próprios países desenvolvidos, como por exemplo, a duração da patente, e o fato, de tornar compulsória a concessão de patentes, em todos os campos tecnológicos<sup>14</sup>. Mas, ao mesmo tempo, em que a aprovação do Acordo TRIPS de propriedade intelectual criou rigidezes nas legislações nacionais de propriedade intelectual, estreitando as possibilidades para a consecução de políticas governamentais, estabeleceu algumas flexibilidades que protegem a saúde pública (OLIVEIRA *et. al.*, 2007; BERMUDEZ *et. al.* 2004).

Todavia, embora o Acordo TRIPS estabeleça medidas compensatórias<sup>15</sup>, que, em alguma medida contrabalancem a situação de uniformização das legislações de propriedade intelectual, duas questões devem ser destacadas: 1) diz respeito às dificuldades enfrentadas pelos países periféricos, quando tentam dispor de tais flexibilidades<sup>16</sup>; 2) negociações de tratados de livre comércio, regionais ou bilaterais, estabelecidos entre os Estados Unidos e países em desenvolvimento, têm incluído cláusulas de propriedade intelectual mais rígidas que o Acordo TRIPS, e por isto, tais acordos, têm sido denominados de Acordo TRIPS-plus<sup>17</sup>. Como em tais acordos, há um brutal desequilíbrio de poder político e econômico entre os Estados Unidos e os países em desenvolvimento, sua aprovação, ao gerar o fortalecimento e aprofundamento do Acordo TRIPS, tornam ainda mais difíceis intervenções governamentais na saúde pública dos Estados mais pobres (OLIVEIRA *et. al.*, 2007; BERMUDEZ *et. al.* 2004).

---

<sup>14</sup> O Brasil adequou sua legislação nacional de propriedade intelectual às regras do Acordo TRIPS em 1996, embora dispusesse formalmente de um prazo de até cinco anos para modificar sua legislação. Segundo Oliveira *et. al.* (2007) a precocidade na adequação às regras internacionais se deveu às pressões e ameaças de retaliações comerciais advindas principalmente do governo dos Estados Unidos.

<sup>15</sup> Em Oliveira *et. al.* (2007, p. 53) consta um quadro-resumo com as principais disposições e flexibilidades do Acordo TRIPS que envolvem o acesso aos medicamentos.

<sup>16</sup> Oliveira *et. al.* (2007), relatam um caso emblemático envolvendo uma disputa judicial e um debate político envolvendo, de um lado, autoridades governamentais da África do Sul, responsáveis pelas políticas de acesso a medicamentos, e de outro lado, representantes de multinacionais farmacêuticas, apoiadas pelos governos dos seus países-sede (que neste caso eram os Estados Unidos e a Comissão Europeia representando as empresas dos países europeus envolvidas). O referido conflito se deu ao longo de três anos, entre 1998 e 2001, durante os quais milhares de pessoas não puderam contar com acesso a medicamentos. A África do Sul saiu vitoriosa e os litigantes foram obrigados a retirarem o processo, visto que perderam o apoio dos seus Estados-sede, constrangidos pelas pressões da opinião pública e, mais importante que isto, face à falta de argumentos técnicos que comprovassem violação ao Acordo TRIPS, conforme alegação dos litigantes.

<sup>17</sup> Em Oliveira *et. al.* (2007, p. 58), consta um quadro-resumo com as cláusulas TRIPS-plus mais presentes em tratados de livre comércio estabelecidos entre os Estados Unidos e países em desenvolvimento.

Outra consequência negativa do endurecimento das regras de propriedade intelectual, e sua extensão à indústria farmacêutica, relaciona-se ao efeito das patentes de medicamentos sobre os preços destes, tornando-os elevados, e com isto, criando enormes barreiras no acesso a medicamentos, principalmente pelas populações de países mais pobres. Por exemplo, os medicamentos de segunda linha para o tratamento da Aids, que são patenteados, chegam a custar dez vezes mais caros que os medicamentos de primeira linha, os quais são não patenteados, na maioria dos países (OLIVEIRA *et. al.*, 2007).

## *2.2 O contramovimento de autoproteção social atuando na luta política pela acessibilidade aos medicamentos*

Assim, de um lado, o desenvolvimento e a produção de medicamentos são motivados, preponderantemente, por interesses econômicos e de poder político, cristalizados, sobretudo, nas empresas multinacionais farmacêuticas e nos Estados de seus países-sede. Por outro lado, é crescente a importância social que a demanda por medicamentos resguarda, dado o seu valor terapêutico reconhecido num quadro social onde a ampliação da expectativa de vida, é acompanhada por um crescimento da carga de enfermidade, com a preponderância das doenças crônicas, consideradas como doenças de longo curso de tempo. Perante tal realidade e à luz das ideias de Polanyi, defende-se que os medicamentos embora sejam tratados como mercadorias genuínas, não devem funcionar desta forma, sendo, então, mercadorias apenas no plano da ficção.

Desta maneira, embora os dados de acessibilidade a medicamentos denotem muito claramente a ação das forças de mercado, dado o quadro de tamanha exclusão e iniquidade visto anteriormente, o fato de ao medicamento não caber o título de mercadoria genuína, tem como contrapartida a atuação de um amplo contramovimento de autoproteção social, que luta pela ampliação do acesso a medicamentos.

Este contramovimento de autoproteção social busca vincular o acesso a medicamentos a critérios de ordem social e sanitária, ou seja, não condicionado ao poder de compra daqueles que necessitam acessar medicamentos. Mas, sobretudo, em razão da necessidade de acesso a tratamentos pelos indivíduos acometidos por enfermidades, de natureza infecto-parasitária ou crônica. Conforme será visto detidamente, em âmbito internacional tal contramovimento é liderado pela Organização Mundial da Saúde - OMS e pelas Nações Unidas. Ambas instituições, juntamente com lideranças políticas e civis no âmbito de cada Estado nacional, lutam pelo estabelecimento de uma política

farmacêutica, com metas e regras bem definidas, a fim de gerar acessibilidade a medicamentos, principalmente daqueles medicamentos considerados como essenciais.

A atuação daqueles que compõem o contramovimento de autoproteção social, lutando pelo enfretamento da iniquidade no acesso a medicamentos, é efetiva, embora sua força política seja estreita, frente à assimetria de poder político que aglutinam, quando comparado com o poder político das multinacionais farmacêuticas e de seus Estados-sede. Não obstante, a importância política e social deste contramovimento não pode ser minimizada, seja pelas conquistas sociais e políticas que vêm sendo alcançadas, seja pela imprescindibilidade de se contrapor às forças do mercado autorregulado num campo fundamental dos direitos humanos.

O contramovimento de autoproteção social que luta pela ampliação do acesso a medicamentos age em duas principais frentes. Na primeira, um diverso número de agentes e instituições<sup>18</sup> têm buscado meios para desmembrar ou analisar o direito à saúde. Objetiva-se com isso melhorar a compreensão deste direito, a fim de traduzi-lo em políticas, programas e projetos de saúde. Atualmente, a estrutura analítica do direito à saúde é formada por dez elementos-chave (HUNT e KHOSLA, 2008) e o acesso a medicamentos é parte constituinte de tal direito.

Desta forma, o direito à saúde exige o estabelecimento de uma política nacional farmacêutica, que seja capaz de garantir o acesso a medicamentos a grupos sociais em situação de vulnerabilidade<sup>19</sup>. Tal política deve gerar acessibilidade, tanto aos medicamentos essenciais, quanto àqueles considerados não essenciais. Contudo, no tocante ao acesso aos medicamentos essenciais o Estado possui obrigação de torná-los disponíveis automaticamente, enquanto que para os não essenciais, o dever de viabilizar o acesso deve se dar de forma progressiva.

Os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades primordiais de saúde da população, devendo ser selecionados adequadamente, a partir dos seguintes critérios: sua importância para a saúde pública, sua eficácia, segurança, e custo efetividade. O conceito de medicamentos essenciais é considerado uma das maiores conquistas de saúde pública, na história da OMS, e o Estado que não elaborar uma lista nacional de medicamentos essenciais, terá a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS como modelo autoaplicável, em âmbito interno, fazendo as devidas adequações à realidade nacional.

---

<sup>18</sup> Instituições e agentes que formam este campo de ação: Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas; a OMS; o Relator Especial das Nações Unidas sobre o direito de todos a desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental; organizações da sociedade civil; acadêmicos dentre outros (HUNT e KHOSLA, 2008).

<sup>19</sup> Segundo Hunt e Khosla (2008, p. 106), “*A preocupação com a vulnerabilidade e as desvantagens sofridas por alguns grupos decorrem de dois princípios fundamentais do Direito Internacional de Direitos Humanos: não discriminação e igualdade. Esses dois princípios nem sempre exigem um tratamento igual; mas ao contrário; requerem em certos casos que o Estado atue em favor de indivíduos e comunidades desfavorecidas*”.



A acessibilidade a medicamentos possui quatro dimensões, de acordo com as quais os medicamentos devem ser geograficamente e economicamente acessíveis, de forma equânime e com confiabilidade informacional, a fim de garantir a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde, tanto no que diz respeito à tomada de decisões, quanto no uso dos medicamentos (HUNT e KHOSLA, 2008, p. 105). Abaixo segue a definição de cada uma das quatro dimensões que o acesso a medicamentos prescreve.

- Disponibilidade física, definida pelo relacionamento entre o tipo e a quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos; - Capacidade aquisitiva, definida pelo relacionamento entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles; - Acessibilidade geográfica, definida pelo relacionamento entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços; - Aceitabilidade, que se refere ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento (LUIZA e BERMUDEZ, 2004, p. 51).

De acordo com Luiza e Bermudez (2004), os medicamentos essenciais<sup>20</sup> constituem peça-chave à construção de uma política de medicamentos, pelo fato de viabilizarem a promoção do acesso a medicamentos de qualidade e de uso racional. Desde 1977 que a OMS oferece uma Lista Modelo de Medicamentos Essenciais, e até o final de 1999, 156 Estados-membros da OMS tinham sua lista de medicamentos essenciais, das quais 127 haviam sido atualizadas nos últimos cinco anos. Em Luiza e Bermudez (2004, p. 51), o acesso a medicamentos essenciais possui a seguinte definição: “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

Criado em âmbito internacional, o instrumental técnico e conceitual que consolidou o conceito de medicamentos essenciais, e categorizou o significado do acesso a medicamentos, encontra sua concretização na instauração de uma Política Nacional de Medicamentos - PNM, no âmbito de cada Estado nacional. Desta maneira, a Política Nacional de Medicamentos consiste num documento oficial, por meio do qual o governo se compromete em promover o acesso a medicamentos essenciais. Para tanto, é necessário explicitar prioridades, metas e os meios que serão empregados para alcançá-los.

A política Nacional de Medicamentos (PNM) é um documento oficial que expressa um compromisso do governo com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população a medicamentos essenciais, de qualidade assegurada e de eficácia e segurança comprovadas. Trata-se de um guia para a

---

<sup>20</sup> “Medicamentos essenciais são aqueles medicamentos que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde da maioria da população; devem, portanto, estar disponíveis em todos os momentos, em quantidades adequadas e em apresentações apropriadas, a um preço que a comunidade possa pagar” (LUIZA e BERMUDEZ; 2004 *apud* WHO; 2000a, p. 57)

ação, pois estabelece prioridades e metas, assim como as estratégias para cumpri-las. Estabelece também papéis, direitos e obrigações dos diferentes atores envolvidos, sejam eles do setor público ou privado [.....] Por essa razão, a OMS recomenda que o documento da PNM deva ser fruto de uma construção coletiva, obtida mediante um processo sistemático de consultas, diálogo e negociações com todas as partes interessadas (OLIVEIRA *et. al.*, 2007, p. 63).

A OMS, elaborou um documento no qual detalha os objetivos e os elementos de uma Política Nacional de Medicamentos - PNM. O referido documento intitula-se “How to Develop and Implement a National Drug Policy” e nele a OMS elenca os seguintes componentes fundamentais na constituição de uma PNM: “seleção de medicamentos essenciais, opções de financiamento, mecanismos que promovam a capacidade aquisitiva, sistemas de abastecimento, regulamentação e garantia de qualidade, uso racional, desenvolvimento de recursos humanos, pesquisa, avaliação e monitoramento” (OLIVEIRA *et. al.*, 2007, p. 64).

Embora os dados mundiais de acessibilidade a medicamentos, denotem ainda bastante exclusão e desigualdade, há melhora nos dados globais de acesso a medicamentos, dado que a OMS estima que o número de pessoas que têm acesso a medicamentos essenciais aumentou de 2 bilhões em 1977, para 4 bilhões em 1997 (LUIZA e BERMUDEZ, 2004, p. 46).

Frente à expansão da acessibilidade a medicamentos essenciais por diferentes populações de países e territórios periféricos, mas ao mesmo tempo, perante o enorme quadro de iniquidade que ainda persiste no que concerne a uma adequada acessibilidade aos medicamentos, à luz das ideias de Polanyi, o duplo movimento seguirá regendo a dinâmica da política de saúde e da produção e distribuição farmacêutica. É lógico que há uma contundente assimetria em termos do poder político e material, entre os agregados de agentes que conduzem o duplo movimento. Nesse sentido, como bem pontuou Polanyi (2000, 2012), o Estado conduz ações nas duas esferas que se antagonizam e conformam o duplo movimento, dado que toma decisões e adota políticas para criar os mercados e/ou permitir a sua ação, como também, é chamado a atuar no contramovimento de autoproteção social, em função da ação organizada de diferentes agentes e instituições que integram a sociedade civil.

Por exemplo, outra frente na qual o contramovimento de autoproteção social que luta pelo acesso a medicamentos atua, diz respeito a intervenções políticas a fim de atenuar os efeitos nocivos que o acordo TRIPS de propriedade intelectual criou na ampliação do acesso a medicamentos, conforme já foi explicitado no trabalho. Segundo Oliveira *et. al.* (2007), o primeiro registro formal da entrada da propriedade intelectual na agenda de saúde é de maio de 1996, quando na 49ª Assembleia Mundial da Saúde, alguns representantes de Estados-membros da OMS demonstraram preocupação com as potenciais consequências negativas da globalização e dos acordos internacionais de comércio, sobre o acesso a medicamentos. O episódio relatado evidencia a ação do duplo movimento, denotando

o caráter defensivo e limitado da atuação do contramovimento de autoproteção social, sobretudo ao considerar que o acordo TRIPS resultou de uma ação orquestrada que articulou os interesses do Estado norte-americano com os interesses das empresas multinacionais farmacêuticas.

Na referida assembleia aprovou-se uma resolução, nomeada de Estratégia de Medicamentos da OMS, com a finalidade de averiguar a nova estrutura do sistema de comércio multilateral, sob a ótica da saúde pública, e em 1997, foi publicado o primeiro documento oficial da OMS intitulado “Globalização e Acesso a Medicamentos”. O principal objetivo do documento era esclarecer os Estados-membros sobre como implantar o Acordo TRIPS, maximizando os seus benefícios e minimizando seus efeitos negativos nas políticas de acesso a medicamentos. Para tanto, o documento identificava e descrevia as flexibilidades do acordo que poderiam ser incorporadas às legislações nacionais, com vistas a proteger a saúde pública, e promover o acesso a medicamentos (LUIZA e BERMUDEZ, 2004, p. 54).

Em 2001, um grupo formado por representantes de países africanos, conhecido como Grupo Africano, passou a participar das reuniões do Conselho TRIPS, com o objetivo de inserir na agenda do comércio temas ligados ao acesso a medicamentos. A atuação deste grupo, apoiado por outros países membros da OMS, na quarta reunião ministerial da OMC, que ocorreu em novembro de 2001, em Doha, no Catar, deu origem à Declaração de Doha, um documento que discutia acerca do Acordo TRIPS e Saúde Pública. A declaração é considerada um instrumento político legítimo a ser utilizado pelos países, desde que haja sua efetiva inclusão nas leis de propriedade intelectual nacionais (OLIVEIRA *et. al.*, 2007).

Esta declaração marca a entrada do tema ‘acesso a medicamentos’ na agenda do comércio multilateral e expressa uma importante mudança de paradigma, na medida em que deixa claro que os direitos de propriedade intelectual não são absolutos nem superiores aos outros direitos fundamentais (OLIVEIRA *et. al.*, 2007, p. 57).

Outra importante iniciativa que pode ser apontada no âmbito do contramovimento de autoproteção social no que concerne à promoção do acesso a medicamentos, consiste de uma medida a fim de atenuar a discrepância nos recursos gastos em pesquisa, denominado de “desequilíbrio 90/10”, conforme já mencionado. Neste caso, a organização humanitária Médicos Sem Fronteiras (MSF), juntamente com outras instituições de pesquisa de diversas partes do mundo, inclusive a Fundação Oswaldo Cruz, lançou uma iniciativa que objetiva desenvolver pesquisas e levantar recursos para o desenvolvimento de medicamentos para doenças negligenciadas. A ação é conhecida como Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI) (OLIVEIRA *et. al.*, 2007, p. 34).

## CONCLUSÃO

No âmbito do presente trabalho, baseando-se nas ideias de Polanyi (2000, 2012), toma-se como premissa o fato de o medicamento não dever ser tratado como uma mercadoria genuína, frente a sua importância social no cumprimento do direito à saúde, sendo esta um direito humano. Assim, ao funcionar como mercadoria apenas de maneira fictícia, por constituir-se em um bem imprescindível à vida e ao bem-estar dos seres humanos acometidos por alguma enfermidade, a produção e a distribuição dos medicamentos é governada pelo duplo movimento, identificado por Polanyi para outros elementos da existência e da dinâmica social que também só funcionam como mercadoria no plano da ficção. Ou seja, promover a mercadorias elementos que não podem funcionar como mercadoria, quais sejam: terra, trabalho e dinheiro, a partir do XIX, em razão do impacto tecnológico da Revolução Industrial na vida social, segundo Polanyi, alça os referidos elementos impactados (terra, trabalho e dinheiro) a condição de mercadorias apenas no plano da ficção. Estendendo a reflexão de Polanyi a tudo aquilo que é imprescindível à subsistência dos seres humanos e à preservação da vida, propõe-se no presente trabalho que a luta política para promover a acessibilidade a medicamentos, perante a ação nefasta dos agentes nos mercados, movidos basicamente pelo ganho econômico, enquadra-se no duplo movimento de Polanyi.

Embora os medicamentos sejam produzidos para serem vendidos no mercado (diferentemente a terra, trabalho e dinheiro), o papel que desempenham na mitigação dos efeitos das enfermidades, sendo comumente responsáveis pela manutenção da vida e à extensão da expectativa de vida, permite uma interpretação de que são mercadorias somente no plano da ficção. É prudente não colocar os medicamentos em pé igualdade com terra, trabalho e dinheiro, mas ao mesmo tempo, entende-se ser adequado denotar a aberração de funcionar como mercadorias genuínas todos aqueles bens e serviços que são imprescindíveis à vida humana e a preservação da substância da vida humana.

Acredita-se ser fundamental partir do reconhecimento deste duplo movimento, e de suas consequências políticas, sociais e econômicas, para qualquer discussão envolvendo questões e temas relacionados à indústria e ao mercado farmacêutico, nacionais ou internacionais, sobretudo nessa fase neoliberal do modo capitalista de produção. Na fase neoliberal do capitalismo a forma mercadoria é estendida ao limite a todos os domínios da existência, incluindo o próprio indivíduo, que se torna um capital de si mesmo e a atuação do Estado, que deve ser gerido de modo empresarial, conforme apontam Dardot e Laval (2016).

No caso de um país periférico como o Brasil, a atuação do duplo movimento assume um caráter mais complexo e dramático, considerando que embora o SUS enquanto sistema público de

saúde universal, preconizado no texto constitucional, defina que o acesso à saúde é direito de todos (e nesse direito está incluindo o acesso a medicamentos) e dever do Estado, a precariedade da estrutura produtiva em saúde e o atraso tecnológico nos setores industriais que compõem o CEIS, limitam a capacidade de o Estado cumprir sua responsabilidade constitucional e compromete a soberania nacional, frente ao permanente crescimento do déficit estrutural da balança comercial de saúde. Desse modo, no caso do Brasil, a ampliação do acesso a medicamentos exige a consecução de política industrial e de desenvolvimento tecnológico, para a consolidação da indústria farmacêutica nacional, face ao quadro de crescente vulnerabilidade externa, para a qual a indústria farmacêutica é a principal responsável (GADELHA, 2020).

Sendo assim, considera-se que o fortalecimento da capacidade produtiva e inovativa da indústria farmacêutica nacional (especialmente da produção pública), e a ampliação do acesso a medicamentos, constituem-se uma frente única de ação e luta política. Inclusive, segundo destaca Oliveira *et. al.* (2007), o documento da Política Nacional de Medicamentos (PNM), aborda o tema de P&D, levando em consideração dois tipos de pesquisa: a pesquisa operacional em acesso, qualidade e uso racional e a pesquisa em medicamentos, incluindo a pesquisa clínica.

Indo um pouco mais longe e extrapolando a atuação do duplo movimento de Polanyi, considera-se que uma política industrial para o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, em um país subdesenvolvido, quando conjugada com uma política nacional de assistência farmacêutica, integra o contramovimento de autoproteção social para promoção de acesso a medicamentos. Até mesmo porque, a execução de tal política se chocará, mesmo que em alguma medida contemple, com os interesses econômicos e políticos das multinacionais farmacêuticas e de seus Estados-sede.

Neste sentido, assume-se que o Brasil, passou por um momento interessante na tarefa de conjugar interesses econômicos e sociais nas ações de política, frente ao esforço que foi feito para integrar a política de saúde com uma política industrial para o fortalecimento do Complexo Econômico da Saúde. A política industrial para o CEIS foi implementada e regulamentada, entre 2004 a 2015, *pari passu* com o melhoramento da política de assistência farmacêutica<sup>21</sup>, de modo que os objetivos de fortalecimento do parque industrial nacional, de ampliação do desenvolvimento tecnológico, e de capacidade inovativa, foram conjugados com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos no país (COSTA, 2012; MAIS SAÚDE – DIREITO DE TODOS, 2008). O golpe parlamentar de 2016 e a

---

<sup>21</sup> Acerca das potencialidades, avanços, limitações e entraves políticos e econômicos que conformam a Política Nacional de Medicamentos brasileira ver Oliveira *et. al.* (2007); Jesus (2015); Barcelos (2005); Boing *et. al.* (2013); Garcia *et. al.* (2013). Os referidos trabalhos ainda apresentam dados e informações acerca do acesso a medicamentos no país.

vitória de Bolsonaro em 2018 interromperam esse arranjo, o qual ingressou em amplo processo de desmonte político e institucional (GADELHA, 2020).

Entende-se que todas as ações, programas, e políticas que visem melhorar o desempenho produtivo e inovativo, o desenvolvimento e a capacitação tecnológicos da indústria farmacêutica nacional devem ser implementadas, guiadas pelo objetivo maior de gerar acessibilidade a medicamentos de forma equânime e universal, especialmente, daqueles medicamentos considerados essenciais. Nesse sentido, a atuação do Estado ditando esse direcionamento é fundamental, considerando que a produção em saúde é privada e por isso, submetida ao ganho econômico. Por exemplo, o fortalecimento da produção pública farmacêutica pode possibilitar uma melhor gestão do duplo movimento, em prol de um exercício mais pleno do aspecto social que engloba o acesso à saúde, no qual o acesso a medicamentos figura como elemento central.

Por fim, no contexto da crise ambiental e da emergência climática em curso, as ideias de Polanyi são ainda mais relevantes, considerando que as consequências ambientais em razão do tratamento e uso da natureza como uma mercadoria genuína, são encaradas como um dos maiores e principais problemas dentre os quais a humanidade enfrentará ao longo do século em curso. Projeta-se que os impactos ambientais, em função da intervenção desmedida na natureza, possa fazer com que as mudanças climáticas em curso tornem as condições da biosfera inviáveis à permanência da vida humana no planeta. Num cenário menos apocalíptico e com o qual a humanidade já está imerso, os eventos climáticos extremos, provocados pela mudança climática, seguirá impactando principalmente as populações e territórios mais pobres e vulneráveis da Terra. Considerando que são esses mesmos territórios e populações os que menos usufruíram dos frutos do “desenvolvimento”, tem-se um quadro desolador adiante. Então, para a discussão da questão ambiental as ideias de Polanyi são ainda mais necessárias e devem se manter importantes para entender o tempo contemporâneo, bem como podem funcionar como um instrumento profícuo para auxiliar em reflexões acerca do futuro (ACOSTA, 2016; OLIVEIRA, 2017).

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. Tradução Tadeu Breda. São Paulo: Elefante, 2016.

BARCELOS, A. R. **O acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do sistema único de saúde**. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <[http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/7048?locale=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/7048?locale=pt_BR)>. Acesso em março de 2015.

BASTOS, V. D. **Inovação Farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro**. In: BNDES Setorial, n. 22, p. 271-296. Rio de Janeiro, set./2005. Disponível em: [http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes\\_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta\\_Expressa/Setor/Saude/200606\\_2.html](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta_Expressa/Setor/Saude/200606_2.html). Acesso em janeiro/2015.

\_\_\_\_\_. **Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e doenças negligenciadas: perspectivas de política pública**. In: Revista do BNDES, v. 13, n. 25, p. 269-298, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes\\_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta\\_Expressa/Setor/Saude/200606\\_2.html](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta_Expressa/Setor/Saude/200606_2.html). Acesso em outubro/2014.

BERMUDEZ, A. Z.; et. al. (Org.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BOING, A. C. **Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil**. In: Cadernos de Saúde Pública, 29(4): 691-701. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n4/07.pdf>. Acesso em: Dezembro/2015.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA EXECUTIVA. **Mais saúde – direito de todos: 2008-2011**, 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf). Acesso em: julho/2015.

BUSS, P. M. et. al. (Org.). **Medicamentos no Brasil: inovação e acesso**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ. Recife, 2007. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>. Acesso em: novembro/2014.

COSTA, L. M. B. **Política para o Complexo Industrial da Saúde: Caminho para universalização?** In: Análise Econômica, n. especial, p. 59-73, 2012, Porto Alegre. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/viewFile/25069/21533>. Acesso em: julho/2015.

DARDOT, P; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

GADELHA, C. A. G. **Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial**. In: Revista Saúde Pública. 40 (N Esp): 11-23, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30617.pdf>. Acesso em: setembro/2014.

\_\_\_\_\_. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. In: Ciência & Saúde Coletiva, 8(2): 521-535, 2003. Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Complexo\\_Enfoque%20sa%C3%BAde\\_Gadelha\\_2003.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Complexo_Enfoque%20sa%C3%BAde_Gadelha_2003.pdf). Acesso em: setembro/2014.

\_\_\_\_\_; et. al. **Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias de saúde**. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1): 45-59, jan-fev, 2003. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353285>. Acesso em: setembro/2014.

\_\_\_\_\_; *et al.* **Projeto PIB – perspectivas do investimento em saúde**. Rio de Janeiro: documento não editorado, 2009. Disponível em: <[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/empresa/pesquisa/pib/pib\\_saude.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/empresa/pesquisa/pib/pib_saude.pdf)>. Acesso em: dezembro/2014.

\_\_\_\_\_; *et al.* **O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento**. In: Rev. Saúde Pública, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700004)>. Acesso em: fevereiro/2015.

\_\_\_\_\_. **Crise: Complexo Econômico e Industrial da Saúde Brasileiro e a Pandemia da COVID-19**. In: Entrevista concedida para o Canal do Instituto de Economia da UFRJ no Youtube. 2020. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=H\\_ULXU\\_g6pk](https://www.youtube.com/watch?v=H_ULXU_g6pk)

GARCIA, L. P; *et.al.* **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009**. Texto para discussão – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD\\_1839.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD_1839.pdf)>. Brasília, 2013. Acesso em: Janeiro/2015.

HASENCLEVER, L. *et. al.* **Diagnóstico e papel dos Laboratórios Públicos Oficiais na capacitação tecnológica e atividades de P&D da Indústria Farmacêutica Brasileira**. In: BUSS, P. M. *et. al.* (Org.). **Medicamentos no Brasil: inovação e acesso**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HUNT, P; KHOSLA, R. **Acesso a medicamentos como direito humano**. In: Revista Internacional de Direitos Humanos - SUR. Tradução Thiago Amparo. Ano 5, n. 8. São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452008000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452008000100006&script=sci_arttext)>. Acesso em: Julho/2015.

JESUS, E. A. **O fomento ao complexo econômico-industrial da saúde e seus reflexos nos laboratórios oficiais produtores de antirretrovirais**. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2013. Disponível em: <[bdm.unb.br/bitstream/10483/7715/1/2013\\_ElizabethAlvesdeJesus.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7715/1/2013_ElizabethAlvesdeJesus.pdf)>. Acesso em: Maio/2015.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. **Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas**. In: BERMUDEZ, A. Z.; *et. al.* (Org.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MAZZUCATO, M. **O Estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado**. Tradução de Elvira Serapicos. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014.

OLIVEIRA, M. A.; *et. al.* **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, E. J. V. **O que o Estado Brasileiro necessita fazer para ativar o desenvolvimento Tecnológico de Biológicos no Brasil?** Apresentação para o III Seminário Anual Científico e Tecnológico de Bio-Manguinhos. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:



<<https://sact.bio.fiocruz.br/2015/images/pdfs/apresentacoes/2015/4-5-2015/eduardo-jorge-valadares-04-maio-2015.pdf>>. Acesso em: julho/2015.

OLIVEIRA, M. E. de. **Economia destrutiva: a utopia da mudança de paradigma**. Curitiba: CRV, 2017.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Tradução Fanny Wrobel. 14ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

\_\_\_\_\_. **A subsistência do homem e ensaios correlatos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012.

RADAELLI, V. **Trajatórias inovativas do setor farmacêutico no Brasil: tendências recentes e desafios futuros**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica do Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas-SP, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000906900>>. Acesso em: janeiro/2016.

\_\_\_\_\_. **A nova conformação setorial da indústria farmacêutica mundial: redesenho nas pesquisas e ingresso de novos atores**. In: Revista Brasileira de Inovação, p. 445-482. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://ocs.ige.unicamp.br/ojs/rbi/article/view/343>. Acesso em: dezembro/2015.

RODRIGUES, S. M. **Produção Pública de Medicamentos no Brasil: uma análise sob a ótica da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba. Sorocaba – SP, 2012. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/6573>>. Acesso em: março/2015.

VARGAS, M. A. **Relatório de acompanhamento setorial - análise de nichos estratégicos para a indústria de base química e biotecnológica em saúde no Brasil**. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial - ABDI, jun./2013.

\_\_\_\_\_, *et. al.* **Indústrias de base química e biotecnológica voltadas para a saúde no Brasil: panorama atual e perspectivas para 2030**. In: [saudeamanha.fiocruz.br/saude](http://saudeamanha.fiocruz.br/saude) no Brasil em 2030, 2012. Disponível em: <[http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/publicacoes/ASaudeNoBrasilEm2030\\_V5\\_Industrias\\_d\\_Base\\_Quimica\\_e\\_Biotecnologica\\_Voltadas\\_para\\_a\\_Saude\\_no\\_Brasil.pdf](http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/publicacoes/ASaudeNoBrasilEm2030_V5_Industrias_d_Base_Quimica_e_Biotecnologica_Voltadas_para_a_Saude_no_Brasil.pdf)>. Acesso em: fevereiro/2015.