

Revista de
**Direito Econômico e
Socioambiental**

ISSN 2179-8214

Licenciado sob uma Licença Creative Commons



REVISTA DE DIREITO ECONÔMICO E SOCIOAMBIENTAL

vol. 15 | n. 1 | janeiro/abril 2024

Periodicidade quadrimestral | ISSN 2179-8214

Curitiba | Programa de Pós-Graduação em Direito da PUCPR

<https://periodicos.pucpr.br/direitoeconomico>



Patentes de medicamentos e doenças negligenciadas: a dupla vitimização da pobreza no Brasil

*Medicines patents and neglected diseases: the double
victimization of poverty in Brazil*

Pablo Domingues de Mello*¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria-RS, Brasil)

pablodominguesmello@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9149-9078>

Isabel Christine Silva de Gregori¹**

¹ Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria-RS, Brasil)

isabelcsdg@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3251-946X>

Como citar este artigo/*How to cite this article*: MELLO, Pablo Domingues de; GREGORI, Isabel Christine Silva de. Patentes de medicamentos e doenças negligenciadas: a dupla vitimização da pobreza no Brasil. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 15, n. 1, e253, jan./abr. 2024. doi: 10.7213/ revdireconsoc.v15i1.29846

* Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria – RS, Brasil). Professor assistente do CEISC (Porto Alegre - RS, Brasil). Especialista em Criminologia e Direito Penal pelo curso CEI (Fortaleza - Ceará, Brasil). Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria – RS, Brasil). Pesquisador do Núcleo de Direito Informacional (NUDI) da Universidade Federal de Santa Maria. Advogado.

** Docente do curso de Direito e Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria – RS, Brasil). Doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISCU (Santa Cruz do Sul - RS, Brasil), Mestre em Integração Latino-Americana pela Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria – RS, Brasil). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Direitos da Sociobiodiversidade - GPDS, registrado no Diretório de Grupos do CNPq e certificado pela UFSM e líder do Grupo de Pesquisa em Propriedade Intelectual na Contemporaneidade, registrado no Diretório de Grupos do CNPq e certificado pela UFSM.

Recebido: 15/11/2022
Received: 11/15/2022

Aprovado: 28/02/2024
Approved: 02/28/2024

Resumo

Este trabalho investiga as consequências do sistema de patente na saúde pública a partir das implicações na produção e desenvolvimento de medicamentos, partindo do objeto de estudo “doenças negligenciadas” centrada no contexto brasileiro. Como método de abordagem, elegeu-se o dedutivo por partir de conceitos e normatizações que envolvem o direito à saúde e à medicamentos, passando pelas implicações econômicas, jurídicas e políticas trazidas pelas patentes para, então, chegar nas doenças negligenciadas e identificar as implicações desse sistema sobre elas. Concluiu-se que sobre as doenças negligenciadas, as patentes de medicamentos produzem um oligopólio das indústrias farmacêuticas que manipulam artificialmente os preços dos medicamentos, trabalham com a escassez de matérias primas somente porque não trazem o lucro desejado e, por consequência, é mantido o *status* de doença negligenciada em razão do desabastecimento de medicamentos e tratamentos efetivos. Além disso, faz ressurgir doença antes erradicadas ao desabastecer o sistema de saúde pública, gerando uma dupla vitimização da população pobre porque ignoradas pela indústria farmacêutica que não tem interesse na produção de medicamentos para uma população que não terá condições financeiras de comprar o fármaco.

Palavras-chave: medicamentos; doença negligenciadas; patentes; direito à saúde; pobreza.

Abstract

This work investigates the consequences of the patent system on public health from the implications on the production and development of medicines, starting from the object of study “neglected diseases” centered on the Brazilian context. As a method of approach, the deductive approach was chosen because it starts from concepts and norms that involve the right to health and medication, going through the economic, legal and political implications brought by patents, to then arrive at neglected diseases and identify the implications of this system about them. It was concluded that on neglected diseases, drug patents produce an oligopoly of pharmaceutical industries that artificially manipulate drug prices, work with the scarcity of raw materials only because they do not bring the desired profit and, consequently, the status is maintained of neglected disease due to the shortage of medicines and effective treatments. In addition, it makes diseases that were previously eradicated reappear by running out of supply in the public health system, generating a double victimization of the poor population because they are ignored by the pharmaceutical industry, which has no interest in producing medicines for a population that will not have the financial conditions to buy the drug.

Keywords: *medicines; neglected disease; patents; right to health; poverty.*

Sumário

1. Introdução; **2.** A emergência global climática como fruto da ação antrópica e os possíveis cenários climáticos futuros; **3.** A necessária contenção do aquecimento global e as demandas do movimento por justiça climática; **4.** A equidade intergeracional como fundamento da justiça climática; **5.** Um imprescindível Green New Deal global. Referências.

1. Introdução

Dentro da propriedade intelectual, a patente é um dos mecanismos pelos quais essa proteção é efetivada. Há anos na sociedade internacional, a patente serve como uma proteção longa àquele(s) que empenha seus esforços para inventar um produto novo, seja ele um medicamento, material genético, uma máquina ou um composto químico.

Entretanto, não se pode ignorar que a criação dessa proteção legal se deu por intermédio de interesses políticos de governos e empresas. Portanto, a criação da propriedade intelectual no cenário internacional e, em consequência, nos cenários internos dos países, deu-se em razão desses interesses econômicos e igualmente políticos. Estados aliaram-se às grandes empresas do setor industrial e financeiro para garantir essa proteção, em uma lógica típica do capitalismo, inclusive imperialista, de que os países mais ricos dominam politicamente o debate internacional.

Nesse contexto, este trabalho investiga as consequências do sistema de patente na saúde pública, estudando as suas implicações na produção e desenvolvimento de medicamentos. Para tanto, parte do objeto de estudo “doenças negligenciadas” compreendidas como aquelas esquecidas pela indústria farmacêutica por não trazerem o lucro desejado. O trabalho parte de uma perspectiva centrada no contexto latino-americano ao estudar as implicações das patentes no Brasil, país esse pertencente à categoria de “país emergente/em desenvolvimento” e, portanto, não condutor do debate construído no plano internacional sobre a propriedade intelectual.

O problema da pesquisa centra-se em verificar se o atual sistema de patentes brasileiro influencia no surgimento e manutenção do *status* de doenças negligenciadas. O objetivo geral do trabalho é identificar de que

forma o sistema de patentes influencia no acesso da população ao direito à saúde. Como objetivos específicos têm-se: compreender a historicidade do sistema de patentes no cenário internacional; identificar o direito à propriedade intelectual e a função da patente na concretização desse; identificar a atuação brasileira perante as patentes; verificar o cenário de produção e desenvolvimento científico de fármacos sob o enfoque das patentes; conceituar doenças negligenciadas identificando a sua incidência na sociedade brasileira; compreender de que forma o sistema de patentes influencia a produção e distribuição de fármacos à sociedade e; a partir dessas contribuições, identificar de que forma o sistema de patentes interfere na manutenção e surgimento de doenças negligenciadas.

A pesquisa parte de um marco teórico crítico do sistema de patentes, compreendendo-o como essencial ao desenvolvimento científico, mas também a partir de uma visão crítica em relação à sua operacionalização pelo capital industrial e empresarial para a criação de oligopólios industriais. Como método de abordagem, elegeu-se o dedutivo por partir de conceitos e normatizações que envolvem o direito à saúde e à medicamentos, passando pelas implicações econômicas, jurídicas e políticas trazidas pelas patentes para, então, chegar nas doenças negligenciadas e identificar as implicações desse sistema sobre elas. O método de procedimento é o bibliográfico, situando-se o trabalho como revisão bibliográfica de contribuições científicas tanto teóricas, como empíricas, de áreas como economia, medicina e direito, traçando um trabalho interdisciplinar em vistas a obter um olhar macro e rico de informações sobre o problema da pesquisa. No que tange as técnicas de pesquisa, empregou-se a análise documental e bibliográfica, mediante análise de documentação indireta, com a utilização de doutrinas, leis, teses e dissertações, revistas científicas, fontes estatísticas, pesquisas empíricas realizadas por pesquisadores da economia, direito e medicina.

A divisão do trabalho dá-se em dois capítulos. No primeiro é trazido um enfoque histórico internacional e nacional sobre a criação das patentes, bem como o cenário normativo e legislativo, internacional e nacional, atual. Também, insere o debate sobre as implicações das patentes quando aplicadas a indústria farmacêutica, sobretudo na produção de medicamentos, trazendo um olhar crítico a partir da perspectiva de compreender o direito à saúde e à medicamentos como direitos humanos e fundamentais.

No segundo capítulo traça-se o cenário brasileiro sobre as doenças negligenciadas, bem como responde o problema de pesquisa, identificando as implicações trazidas pelas patentes quando aplicadas aos medicamentos, analisando-se a partir do enfoque trazido pelas doenças negligenciadas. Igualmente, apresenta-se os impactos econômicos trazidos pela política de prorrogação de patentes, verificando não apenas as implicações à sociedade brasileira, mas aos cofres públicos.

2. Patentes e saúde pública: a patenteabilidade de medicamentos sobre um enfoque crítico

A partir do Tratado de Direitos de Propriedade Intelectual (acordo TRIPS), firmado em 1994, passou-se à inserção do tema de propriedade intelectual no âmbito do comércio internacional pela obrigação de proteção da propriedade intelectual em todos os campos tecnológicos abrangendo, inclusive, as patentes para produtos e processos farmacêuticos. Entende-se por propriedade intelectual (PI) os direitos atinentes à proteção e garantir de valor comercial dos produtos oriundos da criatividade humana, garantindo às sociedades o direito de usufruto dos avanços tecnológicos que proporcionam a melhoria da qualidade de vida (BARRETO, 2011, p. 02).

O TRIPS tem fundamento diretamente oposto ao primeiro, com viés estritamente patrimonialista, sem preocupação com a exploração ambiental, com lacunas jurídicas que são fonte de apropriação indevida da sabedoria não só dos povos tradicionais, como também da própria natureza de domínio público, quer dizer, de todos os indivíduos e coletividades (VIEIRA, 2009, p. 15). Atualmente, a Organização Mundial do Comércio (OMC) é a responsável por instituir à nível global uma política multilateral de regulamentação do comércio internacional, promovendo a sua liberalização.

No âmbito de análise deste trabalho, interessa saber que dentro dos direitos previstos no TRIPS, outorgados aos países signatários, destaca-se o uso de patentes para produtos fármacos, tal qual medicamentos, independente do país signatário encontra-se em pleno estado de desenvolvimento econômico ou ser economia emergente, isto é, em desenvolvimento. Em razão disso, aqueles que detêm as patentes passaram a ter a possibilidade de manter preços altos dos medicamentos patenteados, deixando-os, assim, fora do alcance de muitas pessoas, principalmente das mais pobres (BARRETO, 2011, p. 05).

O acordo internacional, muito antes de servir apenas como protetor da Propriedade Intelectual, serviu à proteção do oligopólio internacional e industrial. Isto é, serviu ao capital financeiro internacional como um escudo protetivo, garantindo o uso e gozo da tecnologia por grandes empresas por meio do sistema de patentes. Assim, formou-se verdadeiros monopólios de tecnologias, dentro desses fármacos que, muito antes de representarem um produto comercializável, são, em verdade, essenciais à manutenção da vida de pessoas. Esse monopólio, portanto, que se vale de aumento de preços, congelamento de preços, mexe com a oferta e demanda de fármacos no mercado internacional e uso o direito de exclusividade dado pela patente, está à serviço do interesse de um capital financeiro internacional, sem atentar-se às necessidades mais básicas da população, sobretudo, como ver-se-á, da periferia global.

O modelo de patentes confere um monopólio temporário. Depois de expirar, a patente encontra-se livre para os concorrentes adentrarem no mercado com cópias da inovação original e os consumidores não precisam mais pagar um mark-up muito acima do preço de mercado competitivo (POGGE, 2008, p. 126). Esse limite temporal faz sentido do ponto de vista econômico, já que os anos adicionais de vigência da patente fortalecem muito pouco os incentivos à inovação como aponta Pogge (2008, p. 126) que demonstra uma típica taxa de desconto industrial de 11% por ano. Assim, uma patente de dez anos rende 69% e uma de vinte anos, 90% do lucro (descontado o valor atual) que uma patente permanente renderia.

A patente tem por finalidade, principalmente, incentivar a invenção humana porque assegura a proteção da invenção ao seu inventor, que ao receber a carta patente, será o detentor daquela invenção por um certo período, bem como somente ele poderá explorá-la economicamente. Portanto, mesmo que *a priori* possa-se imaginar que o sistema de patentes seja útil à empresa somente em “curto prazo” (um prazo de 20 anos não é tão curto), o cálculo acima demonstra a sua efetividade do ponto de vista econômico se comparado à uma patente vitalícia. Esse instrumento de proteção da propriedade intelectual é extremamente vantajoso do ponto de vista econômico, industrial, intelectual e, sobretudo, de monopolização do mercado, já que garante ao inventor (aqui grandes empresas do mercado farmacêutico) o gozo exclusivo daquela invenção ou modelo de utilidade por 20 anos, no caso brasileiro.

A consequência da concessão de uma patente a uma invenção ou modelo de utilidade é que durante o seu período de vigência, todos estão legalmente privados da liberdade de produzir, vender e comprar um medicamento patenteado sem permissão do detentor da patente. Essa restrição prejudica os produtores de genéricos, bem como consumidores ao privá-los da chance de comprar esses remédios a preços competitivos de mercado (POGGE, 2008, p. 126). O Brasil aderiu formalmente à OMS em 1º de janeiro de 1995 e, por consequência, a todos os seus acordos, dentre esses o TRIPS, responsável por introduzir na legislação brasileira a concessão de patentes a produtos e processos químico-farmacêuticos, até então proibidos pela Lei n.º 5.772/1971. Essa regra trouxe impactos à sustentabilidade do programa brasileiro de saúde.

No âmbito do TRIPS, a patenteabilidade dos produtos farmacêuticos acordada durante a Rodada Uruguaí (acordo constitutivo da OMC), foi responsável por elevar o preço dos medicamentos no mercado internacional o que, por consequência, afetou considerável parcela da população, comprometendo o direito à saúde já que diversos grupos sociais não logram obter acesso aos medicamentos de que necessitam (AMARAL JÚNIOR, 2005).

Foi em razão desse cenário de elevação dos preços dos fármacos que a OMC advertiu seus Estados-membros para que aplicassem nas suas leis de propriedade industrial todas as flexibilizações contidas no acordo TRIPS visando a garantia da proteção à saúde pública. Para que o acordo passasse a vigorar no direito interno dos Estados-membros, cada um deles deveria realizar um processo de “internalização” de suas regras, na tentativa de minimizar, por exemplo, o potencial impacto negativo no acesso a medicamentos por parte dos países não desenvolvidos (BARRETO, 2011, p. 05).

O modelo trazido pela OMC, de proteção da propriedade intelectual, não apenas estabeleceu um novo patamar de proteção normativa, mas também criou instrumento que garantiram a efetiva aplicação de seu cumprimento, visível por meio do seu sistema de solução de controvérsias capaz de condenar aqueles países que não se adequassem ao novo regime (ROSINA, 2011, p. 20). Contudo, tal processo é marcado por contradições internacionais, visto que países que pregavam a necessidade de expansão da propriedade intelectual, em verdade, não a seguiam no princípio. Por exemplo, os Estados Unidos da América (EUA), atualmente um dos países mais defensores de leis mais amplas e rigorosas em matéria de direitos

autorais, não ratificaram a Convenção de Berna para a proteção de obras literárias e artísticas até 1989, porque aspectos dessa Convenção conflitavam com os interesses políticos dos estadunidenses (ROSINA, 2011, p. 21).

Portanto, a proteção propriedade intelectual no âmbito internacional, como não poderia deixar de ser, foi marcada por inúmeros interesses políticos de países e empresas, que viam nessa forma de proteção aspectos lucrativos para maximização do seu poderio econômico. Aquelas proteções de direitos autorais que não estavam inseridas na agenda econômica e política eram, então, descartadas.

Em razão do patenteamento um medicamento é vendido pelo preço monopolista de maximização do lucro, que é determinado, em larga medida, pela curva de demanda dos ricos. Isso significa que

quando a população rica quer realmente um remédio, seu preço pode ser elevado bem acima do custo de produção antes que os ganhos aumentados pelo mark-up inflado sejam superados pelas perdas provocadas pela redução do volume de vendas. Com medicamentos patenteados, mark-ups acima de 1000% não são excepcionais. Quando esses preços altos prevalecem, os pobres só podem ter acesso aos remédios graças à caridade dos ricos (POGGE, 2008, p. 128).

As regras do TRIPS atingiram diretamente os custos de produção e, conseqüentemente, o preço dos fármacos, sendo responsável por um encarecimento e criação de preços inacessíveis, que constituem uma violação ao direito à saúde e vida, já que condiciona o exercício desses direitos às condições financeiras da pessoa além de garantir às indústrias farmacêuticas a exclusividade (BARRETO, 2011, p. 05). No Brasil, o direito à saúde é insculpido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, trazendo a roupagem de direito fundamental o que lhe garante aplicação imediata, criando direitos aos cidadãos e deveres ao Estado brasileiro, não apenas conferindo um objetivo genérico a ser traçado (ROSINA, 2011, p. 33).

Nesse mesmo caminho, Hunt e Khosla (2008) compreendem o acesso à medicamentos como um direito humano. Afirmam que é dever dos Estados nacionais empenhar todos os esforços para assegurar que os medicamentos existentes sejam disponibilizados em quantidades suficientes dentro do âmbito de suas jurisdições (HUNT; KHOSLA, 2008, p. 104).

Tanto a prevenção, como o tratamento e o controle médico de uma doença são características essenciais do direito à saúde. Contudo, no cenário do oligopólio das indústrias farmacêuticas sobre medicamentos que, por meio do sistema de patentes, garantem a sua exclusividade na exploração de curas para doenças, o direito à saúde encontra-se deturpado. Em razão dessa política, a obtenção dos medicamentos é condicionada ao poder aquisitivo da pessoa. Uma análise do direito à saúde implica, portanto, na busca pela compreensão e pelo bom emprego deste direito em políticas, programas (BARRETO, 2011, p. 08).

Na realidade, não é apenas dever do Estado garantir a existência do medicamento em seu território, sob pena de tornar inócuo o acesso efetivo ao direito à saúde. É necessário que os Estados possuam a obrigação de tomar as medidas razoáveis a fim e assegurar que esses medicamentos estejam ao acesso de populações vulneráveis e, sobretudo, estejam disponíveis aos que deles necessitem para garantir, então, um pleno acesso ao direito à saúde.

Nesse sentido, compreende-se a necessidade de acessibilidade dos medicamentos, entendida essa em quatro dimensões descritas por Hunt e Khosla (2008, p. 105). Na primeira, os medicamentos devem estar disponíveis em todas as partes do país, das zonas urbanas às rurais mais remotas, de modo que apenas assim haverá uma universalização da saúde. Em segundo lugar, os medicamentos devem ser economicamente acessíveis para todos, inclusive para os setores pobres da sociedade. Precisamente este ponto interessa a este trabalho porquanto analisa-se doenças as quais possuem medicamento, mas em razão de questões econômicas que serão melhor aprofundadas posteriormente, não são produzidos ou não chegam às mãos de quem precisa. Em terceiro lugar, deve o acesso ao medicamento respeitar o princípio da não-discriminação, isto é, deve estar acessível a todos independente de sexo, raça, etnia ou status socioeconômico. Por fim, em quarto lugar, deve haver informação acessível aos pacientes, aos profissionais da saúde e à população sobre medicamentos para que esses possam tomar decisões bem fundamentadas e utilizar os medicamentos de forma segura.

Em lado oposto a garantir a acessibilidade de medicamentos, o Brasil colocou-se, por meio de suas decisões internas, no sentido de turbar o direito à saúde mediante acessibilidade de medicamentos. Como direito à saúde e acesso à medicamentos andam lado a lado, de modo que não há um

sem o outro, não garantir a acessibilidade plena dos medicamentos implica em uma política contrária ao direito fundamental à saúde. As escolhas internas do Brasil tanto legislativas como judiciárias tomadas pós-TRIPS não refletiram coerentemente a postura brasileira de promoção da saúde por meio da garantia do acesso a medicamento (ROSINA, 2011, p. 23)

No Brasil, a partir das Leis n.º 8.080 e 8.142, ambas de 1990, responsáveis por estabelecerem as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceram princípios como o acesso universal, a igualdade de acesso e a integralidade dos serviços oferecidos na cobertura médica aos brasileiros. No mesmo caminho, o Superior Tribunal de Justiça e o Supremo Tribunal Federal interpretam o acesso a medicamentos como um direito constitucional de cada cidadão que deve ser assegurado pelo Estado e na omissão desse, pelo Poder Judiciário (ROSINA, 2011, p. 37).

De outro lado, o Estado brasileiro encontra lacunas orçamentárias para garantir medicamentos gratuitos a toda população. Para ilustrar, em 2019, o gasto federal com medicamentos foi de R\$ 19,8 bilhões, representando um crescimento de quase 10% em relação à 2018, o que segue uma tendência de crescimento em relação aos anos anteriores (INESC, 2020). Também o ano de 2019 teve um aumento em 19,3% dos gastos com Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica em razão do surto de sarampo e a consequente busca por vacinas Tríplice Viral e Dupla Viral (INESC, 2020). Contudo, houve uma redução de 11% no gasto com o programa Farmácia Popular, responsável pela distribuição de medicamentos gratuitos, para os quais o governo federal subsidia o valor total do medicamento. Apesar da redução, o programa constitui o maior gasto orçamentário, em contratos aos medicamentos em copagamento, para os quais o comprador arca com uma porcentagem do valor (INESC, 2020).

Tanto as patentes quanto o direito à saúde são direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 5º, inciso XXIX, respectivamente. Portanto, analisar como a patente, dependendo da forma como é operacionalizada, dificulta e até impede o acesso ao direito à saúde, é, de certa maneira, identificar um conflito entre direitos fundamentais. Contudo, não é o âmbito deste trabalho, mas revela-se como um objeto de estudos futuros.

Importa salientar que o próprio artigo 5º, inciso XXIX, da Constituição Federal de 1988 ressalva que o direito à propriedade intelectual deve observar o interesse social e o desenvolvimento tecnológico do país. Caso a

patente deixe de cumprir com alguma dessas funções, há um choque entre interesse privado e público no qual a resolução é simples: deve prevalecer o interesse social (ROSINA, 2011, p. 35). Entretanto, esse choque entre direitos não ocorre necessariamente no âmbito da letra fria da lei, de modo que os tratados internacionais que dissertam sobre propriedade intelectual no Brasil foram recepcionados pelo ordenamento jurídico interno. O conflito existe quando a lei é posta em prática, havendo inúmeras regras previstas nesses tratados internacionais em matéria de propriedade intelectual cujas consequências no mundo real mostram-se contrária a diversos interesses, especialmente os de ordem social (ROSINA, 2011, p. 35).

Partindo dessas provocações, este trabalho analisa, agora, o caso das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) para compreender de que forma o direito fundamental e humano à saúde e à medicamentos é violentado com a operacionalização da patente. São nessas doenças que se torna mais visível a forma como o mercado privado financeiro e industrial opera pelos seus interesses, sem observar princípios básicos como assegurar um direito à saúde pleno a toda população necessitada, privando-as de acesso à medicamentos, inclusive com o aval do Estado.

3. Patentes e doenças negligenciadas: população pobre esquecida

Entende-se por doenças negligenciadas aquelas que estão alocadas em regiões pobres do globo terrestre, sendo a população mais atingida aquela que se encontra à margem da configuração atual de sociedade de consumo (ROCHA, 2019, p. 67). Essas doenças são causadas por agentes infecciosos e parasitários, como doença de Chagas, doença do sono, leishmanioses, malária, febre amarela e tuberculose, entre outros (SOUZA, 2010, p. 1). Dentre as características específicas dessas doenças encontra-se o alto índice de mortalidade, estimando que elas afetem, anualmente, um número variável de 500 mil a 1 milhão de pessoas em todo o mundo (ROCHA, 2019, p. 68).

A opção pelo uso do vocábulo “negligenciadas” para definir essa categoria de doenças se dá pelo fato de que, por um lado, essas doenças não despertam o interesse das grandes empresas farmacêuticas, multinacionais, que “não vêm nessas doenças compradores potenciais de novos medicamentos, e por outro o estudo dessas doenças vem sendo pouco financiado pelas agências de fomento” (SOUZA, 2010, p. 1). Os métodos de

tratamento e diagnóstico dessas doenças são antigos e inadequados e demandam investimento em pesquisa e desenvolvimento para se tornarem mais simples e efetivos (MÉDICOS SEM FRONTEIRA, 2012).

Portanto, são doenças que majoritariamente atingem populações pobres do globo, apesar de igualmente vitimarem pessoas inseridas na classe média ou alta. Inicialmente, às essas doenças foi associado o rótulo da pobreza, razão pela qual ignorou-se a sua incidência em pessoas pertencentes a classes economicamente mais favorecidas, acreditando-se que eram doenças “de pobre”. Em razão da população de baixa renda ser a mais afetada, a indústria farmacêutica não tem interesse na produção de medicamentos porque, como será aprofundado a seguir, o valor a ser cobrado pelo medicamento seria elevado demais para a população majoritariamente interessada nele. Assim, não há interesse na produção do medicamento em razão do possível prejuízo financeiro.

Para se ilustrar, em um primeiro momento, as seguintes doenças foram incluídas no conceito de doença negligenciada: doença de Chagas, doença do Sono, leishmanioses, malária, filariose, esquistossomose. Posteriormente foram incluídas outras doenças como a Hanseníase, a Tuberculose, Dengue, Febre Amarela e HIV/AIDS. Mais recentemente outras doenças tais como Ascaríase, Tricuríase, Necatoríase, Ancilostomíase, Tracoma, Dracunculíase e a Úlcera de buruli foram também incluídas (SOUZA, 2010, p. 1).

Essa categoria de enfermidades não só prevalece em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Como exemplos de doenças negligenciadas, podemos citar: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas estão infectadas com uma ou mais doenças negligenciadas, o que representa um sexto da população mundial (BRASIL, 2010, p. 01).

Os principais países com os menores índices de desenvolvimento humano (IDH) e a maior carga de doenças negligenciadas estão nas regiões tropicais e subtropicais do globo terrestre (LINDOSO; LINDOSO, 2009, p. 252). É importante destacar que o aspecto de ligação das doenças negligenciadas com pobreza revela um olhar colonizador sobre tais doenças. Mais ainda, esta assertiva exclui a possibilidade de haver linhas de pobreza

em países desenvolvidos, assim como também exclui a existência de negligência pelas indústrias, já que não visualizam mais lucro na fabricação de determinados medicamentos, independente da alocação geográfica dos doentes (ROCHA, 2019, p. 69)

É comum que ainda na literatura atual utilize-se a expressão “doenças tropicais negligenciadas”. Contudo, a literatura mais crítica aponta que a inserção do vocábulo “tropical” é consequência de um discurso colonizador que associava essas doenças às regiões pobres, como se houvesse uma ligação entre pobreza e enfermidade. Em fato, doenças negligenciadas não possuem incidência somente nos trópicos, por isso o ideal é a eliminação do vocábulo “tropical” pois não singulariza os trópicos, comumente relacionados aos países menos desenvolvidos economicamente. Ainda, o uso da expressão “doenças negligenciadas” remete fortemente à questão da pobreza, que é um fator-chave para a ausência de prevenção e tratamento dessas doenças (CAMARGO, 2008). Por isso, este trabalho adota a nomenclatura de “doença negligenciada” por compreende a necessidade de se construir um pensamento localizado, regionalizado e decolonial, contrário à associação dos países do “sul global” como disseminadores de doenças.

Dado o contexto de doenças negligenciadas é importante que se pontue a influência da indústria farmacêutica na prevenção e cura dessas enfermidades. Por óbvio, é essa a indústria responsável pelo desenvolvimento de pesquisas que visem a produção de remédios, vacinas e investigue formas de tratamento para cura de pacientes acometidos por essas doenças.

Conforme aponta Rosina (2011, p. 175), um dos setores industriais de maior relevância social e econômico é o farmacêutico. No âmbito social porque os bens por essa indústria produzidos são essenciais à manutenção da vida e a melhoras significativas no bem-estar dos indivíduos. Econômica, pois “o setor é responsável pela movimentação de gorda fatia do comércio internacional, além de ser estrategicamente relevante ao mercado nacional dos Estados” (ROSINA, 2011, p. 175).

Além disso, é importante que se destaque que o mercado de remédios possui uma dinamicidade caracterizada pela elasticidade preço-demanda porque há baixa propensão à substituição de um produto farmacêutico por outro. Isso significa que esse mercado tem a particular característica de sempre manter a demanda, independente do preço do produto.

Contudo, o que se mostrou anteriormente é que a indústria farmacêutica, aqui compreendida como o conjunto das empresas multinacionais detentoras desse oligopólio (ROSINA, 2011, p. 179), não veem interesse no desenvolvimento de pesquisa e medicamentos sobre essas doenças. Radaelli (2006 e 2008) mostra que as dez maiores empresas farmacêuticas do mundo respondem por 55% das vendas mundiais, conduzem a maior parte das pesquisas e dominam o mercado de medicamentos prescritos (o mais lucrativo). Por essa razão são negligenciadas, desvelando-se necessária a compreensão das razões para o não investimento em produzir fármacos que previnam e curem tais doenças.

A primeira razão já foi apresentada: econômica. A população tradicionalmente acometida por essas doenças não é vista como potencial compradora de eventuais medicamentos. Isto é, a indústria farmacêutica elabora um cálculo comparativo entre o custo para produção do medicamento, envolvendo questões como financiamento de pesquisa e matéria prima, e o poder de compra da população tradicionalmente atingida pela doença. No resultado desse cálculo encontram-se números desfavoráveis à indústria. As doenças negligenciadas decorrem justamente de um sistema estrutural e de desinteresse econômico dos fabricantes de medicamentos, de modo que doenças tratáveis e curáveis que afetam, principalmente, populações com poucos recursos financeiros que, justamente por esse fator, não despertam o interesse da indústria farmacêutica (MÉDICOS SEM FRONTEIRA, 2012).

Conforme descrito por Gadelha, Quental e Fialho (2003, p. 49), a produção de medicamentos envolve 4 principais estágios: (1) pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos (princípios ativos); (2) produção industrial de fármacos; (3) formulação e processamento final de medicamentos; e (4) comercialização e distribuição. Há grande investimento em P&D (pesquisa e desenvolvimento) e *marketing*, já que a competição na indústria farmacêutica baseia-se na diferenciação do produto.

Segundo aponta Pogge (2008, p. 125), o custo fixo do desenvolvimento de um medicamento novo é extremamente alto por dois motivos: “é muito caro pesquisar e aperfeiçoar um novo remédio e depois submetê-lo a provas clínicas minuciosas e processos de aprovação nacional”. Além disso, o autor indica que nem toda ideia inicial numa pesquisa chega, de fato, a produzir resultados promissores, por vezes falhando no percurso e gerando um produto não comercializável. Esses fatores levam ao

encarecimento do custo da pesquisa e desenvolvimento (P&D) por novo medicamento comercializável a algo em torno de meio bilhão de dólares ou mais.

Contudo, após a invenção e aprovação do medicamento, fabricá-lo é um custo baixo. Pogge (2008, p. 125) alerta que devido a esse desequilíbrio do custo fixo, “a inovação farmacêutica não é sustentável em um sistema de livre mercado: a competição entre fabricantes logo baixaria o preço de um novo remédio a um ponto próximo do custo marginal de produção de longo prazo e o inovador nem chegaria perto de recuperar seu investimento em P&D”.

Para tanto, a fim de corrigir essa falha de sub-oferta, a solução dada foi conceder aos inovadores os direitos de propriedade intelectual que lhes permitem barrar os concorrentes, ou cobrar deles taxas de licenciamento. Em ambos esses casos, o resultado obtido desses monopólios é um preço de venda artificialmente aumentado que possibilita que os inovadores recuperem seus gastos de P&D mediante a venda de produtos que, mesmo com preços bem acima do custo marginal, estão em alta demanda (POGGE, 2008, p. 125).

No que tange as doenças negligenciadas, concentradas estatisticamente nas populações economicamente pobres, a política de patenteamento produz efeitos severos. Sob esse regime oligopolista de patentes, as doenças negligenciadas, apesar do seu potencial de disseminação e gravidade que possam eventualmente ter, não são alvos lucrativos para a P&D farmacêutica (POGGE, 2008, p. 128). É assim porque a demanda por esse tipo de medicamento cai muito quando o detentor da patente aumenta o *mark-up*¹ não havendo perspectiva de obter um grande volume de vendas e um *mark-up* alto.

Além disso, há o risco adicional de que uma pesquisa bem-sucedida será recebida com exigências para tornar o remédio disponível a um custo marginal ou até de graça, o que forçaria o inovador a aceitar seu custo de P&D como perda (POGGE 2008, p. 128). É diante desse cenário que as empresas farmacêuticas e de biotecnologia atuam na manutenção do quadro de doenças negligenciadas ao preterirem doenças triviais dos ricos, tais como perda de cabelo e acne, em vez de tuberculose e doença do sono

¹ Conceito usado em economia para indicar quanto, do preço, do produto está acima do seu custo de produção e distribuição

(trypanosomíase), havendo mais remédios para doenças triviais, mas incidentes em populações economicamente mais favorecidas em detrimento de doenças estatisticamente mais existentes nas populações de baixa renda. Esse problema das moléstias negligenciadas é também conhecido como o problema dos 10/90, alusão ao fato de que somente 10% de todas as pesquisas farmacêuticas estão voltados para doenças que respondem por 90% da Carga Global das Doenças (CGD). (POGGE, 2008, p. 128).

No Brasil, a dengue é a doença negligenciada com maior incidência, não havendo nenhum tratamento específico ou vacina (MÉDICOS SEM FRONTEIRA, 2012). Um estudo conduzido por Lindoso e Lindoso (2009) constatou que leishmanioses, tuberculose, dengue e hanseníase ocorrem em quase todo o território brasileiro, sendo que mais de 90% dos casos de malária ocorrem na região norte e há surtos de filariose linfática e oncocercose. Nesse mesmo sentido, as regiões norte e nordeste brasileiras apresentam o menor IDH e a maior concentração de doenças negligenciadas. Portanto, os autos estabeleceram sem seu estudo uma correlação entre IDH e pobreza.

É importante que se faça a ressalva de que a pobreza não é causa da doença, por óbvio, mas a condição de pobreza é a razão pela qual as indústrias farmacêuticas não produzem medicamentos para essas doenças. Como está comprovado, doenças como dengue, leishmaniose, tuberculose e hanseníase tem maior incidência na população pobre, de modo que não é interesse da indústria farmacêutica a produção de medicamentos para essa população em razão de um critério puramente econômico: não ter lucro porque a população mais vitimada com essa doença não dispõe de meios financeiros para custear o tratamento. Há, portanto, uma falta de incentivo em vacinas, medicamentos e tratamentos.

Outro estudo conduzido por Rosário et. al. (2017) descobriu em uma pesquisa realizada em uma instituição hospitalar que os portadores de doenças negligenciadas se encontravam na faixa etária de 0-12 anos; eram do sexo masculino; da cor/raça autodeclarada parda; com baixa escolaridade e residiam na zona urbana. Dentre as doenças, prevaleceram a leishmaniose visceral, a leishmaniose tegumentar americana e a dengue.

Portanto, o que se vê das pesquisas empíricas, é que doenças comumente descritas aqui no Brasil como doenças negligenciadas, tal como a dengue, possuem incidência majoritária em pessoas de baixa renda, o que

confirma a hipótese do porquê essa doença não ter um medicamento com preço acessível e resultados eficazes, apesar da alta incidência na população brasileira. Há mais medicamentos disponíveis no mercado para tratamento de calvície do que dengue, de modo que há uma dupla vitimização da pobreza: de um lado, infectada com uma doença por vezes letal, de outro, esquecida, negligenciada e apagada pela indústria farmacêutica, com o aval do Estado.

Retoma-se o conceito apresentado no primeiro capítulo sobre acessibilidade para que delimite que a existência do medicamento, por si só, não é suficiente. Como apresentado anteriormente, é necessário que sejam completadas as quatro dimensões da acessibilidade de medicamentos para se falar, então, em um acesso ao direito à saúde efetivo. Não basta, então, a existência do medicamento, mas mostra-se essencial que esse exista com preço acessível, disponível em todo território nacional, das zonas mais populosas às menos povoadas e que haja um pleno conhecimento da população, autoridades da saúde, médicos e pacientes sobre sua eficácia, efeitos colaterais etc.

Assim, dar-se-á um início a plenitude do acesso à saúde, não se podendo entender que a simples existência do medicamento para a doença cumpre com a função caso esse não seja acessível, inclusive economicamente, à população. Afinal, o que há de fato é a exclusão da população pobre que, em razão da sua condição financeira, é impedida de acessar o efetivo tratamento a doença que lhe acomete.

As doenças negligenciadas são doenças que, portanto, não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países (BRASIL, 2010, p. 201). Isto é, não somente são criadas em razão do desinteresse da indústria farmacêutica em fornecer medicamento a uma população pobre que não poderá pagar pelo produto, mas também produz desigualdade social ao manter a marginalidade de pessoas de baixa renda ao excluí-las do acesso à saúde pleno. Nasce da desigualdade e igualmente a produz.

Uma doença pode ser considerada negligenciada não somente pelo poder econômico da população que ela majoritariamente acomete, mas também outros requisitos tais como (i) suas opções de tratamento são inadequadas ou inexistem; (ii) quando seu mercado potencial de fármacos é insuficiente para prontamente responder ao anseio de retorno financeiro do

setor privado e, por fim, (iii) quando o interesse econômico ou político em tratar esse tipo de doença é insuficiente (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2001, p. 08). A presença de um único desses fatores já caracteriza a doença como negligenciada, podendo eles aparecerem individualmente, em conjunto, ou todos juntos.

Não é mais possível dizer em uma doença que acometa exclusivamente a população de baixa renda haja vista a alta proliferação e de largo alcance da maioria das doenças inseridas no rol de negligenciadas. Cita-se, por exemplo, a AIDS que não é possível estabelecer um perfil sociodemográfico da população acometida por ela (BERTONI; BUNN; DA SILVA; TRAEBERT, 2010).

Dado o contexto, cumpre evidenciar o problema central dessa pesquisa, identificando se o sistema de patentes como adotado no Brasil tem responsabilidade no agravamento de doenças negligenciadas. Para tanto, retoma-se que o sistema patenteário trouxe inegáveis contribuições à produção de conhecimento científico ao garantir ao inventor uma proteção e um incentivo para sua pesquisa. Contudo, tal visão não pode ser romantizada sob pena de ignorar-se a realidade das patentes, usadas por grandes indústrias para conferir verdadeiros oligopólios. Esse sistema fica mais evidenciando quando se trata de patentes de medicamentos que, além de gerar um oligopólio de controle artificial dos preços, faz isso com um produto essencial para a sobrevivência, sem exageros, da população.

Rocha (2019) conduziu estudo sobre o ressurgimento da doença negligenciada sífilis que havia sido considerada erradicada no Brasil. A referida doença é considerada negligenciada e causada pela bactéria *troponema pallidum*, que possui como principal composto ativo da medicação para seu tratamento a penicilina (BRASIL, 2018). A autora mostra que o retorno da sífilis pode ser atribuído a dois fatores. O primeiro se dá sob a ótica de que o número de relações sexuais no país com o uso de preservativos diminuiu, o que acarretou o aumento de outras muitas doenças sexualmente transmissíveis, não apenas a sífilis. Um segundo ponto dá enfoque à banalização da penicilina, ou seja, seu preço baixo, que deveria estimular ao cesso, atuou com efeito contrário, acarretando o desinteresse das grandes indústrias farmacêuticas em produzi-la, o que gerou por volta do ano 2015 uma escassez de penicilina no Brasil, culminando em uma crise no sistema público de saúde (ROCHA, 2019, p. 85).

Apesar do preço baixo do medicamento e a sua distribuição de forma gratuita pelo SUS no Brasil, as farmácias estão desabastecidas em razão do desinteresse da indústria farmacêutica na produção do medicamento, justamente pelo seu preço baixo. Fica evidenciado, portanto, que o traço de doença negligenciada não está, atualmente, associado somente ao poderio econômico da população afetada, mas sim ao (des)interesses da indústria farmacêutica que é pautada tão somente por critérios econômicos, não preocupando-se com o alastramento da doença ou, sequer, com a possibilidade de ressurgimento de doenças consideradas erradicadas.

A pandemia causada pelo novo coronavírus, causador da doença Covid-19, inaugurou um cenário de calamidade de saúde pública global não antes experimentado. Durante esse período, a luta pelas vacinas começou e com ela a suspensão das patentes foi política adotada para se garantir a inexistência de oligopólio nesse fármaco. É porque, como visto, o sistema de patentes além de garantir a exclusividade de um produto a uma empresa, igualmente é responsável por encarecer o preço do produto, neste caso, a vacina que é responsável por frear e acabar com o cenário pandêmico global.

Como consequência, após apoio do governo dos EUA na quebra de patentes, houve forte desvalorização das ações de companhias que já desenvolvem os compostos, como por exemplo Pfizer, BioNTech e Moderna (CARVALHO, 2021). Essas empresas lideraram a corrida mundial por produção e distribuição de vacinas, tendo apresentado impulso em suas receitas. A Pfizer elevou suas projeções de receita em cerca de 20%, para até US\$ 72,5 bilhões. A farmacêutica viu sua receita saltar 45% entre janeiro e março, para US\$ 14,58 bilhões. Cerca de US\$ 4,9 bilhões correspondem ao segmento de vacinas, mais de um terço do total (CARVALHO, 2021). Já a Moderna registrou o primeiro lucro de sua história, de US\$ 1,22 bilhão, impulsionado pela receita de US\$ 1,73 bilhão das vacinas. O montante direcionado a pesquisas e desenvolvimento cresceu mais de três vezes em relação ao primeiro trimestre de 2020, alcançando US\$ 401 milhões (CARVALHO, 2021).

Esses valores mostram o impacto direto da produção de medicamentos dentro da lógica de mercado atual. Como exposto anteriormente, a lógica que impera para essas empresas farmacêuticas é de possibilidade de vendas dos seus produtos, sendo que se a possibilidade é baixa, o produto não é produzido. No cenário de pandemia global em que as vacinas se tornaram a principal política de – quase – todos os países para

contenção da doença, a demanda por esse fármaco representa a principal linha de frente dos compradores, neste caso, dos governos de Estados. Há, portanto, interesse não somente social, mas eminentemente econômico na P&D desse composto.

Surge, assim a problemática imposta pelo cenário de patentes no contexto atual brasileiro. A legislação brasileira assegura que o monopólio de um remédio dure mais tempo do que a média mundial, o que atrasa a entrada de genéricos no mercado, que são mais baratos, encarecendo-se, assim, os fármacos (JUNQUEIRA, 2019).

Outro fator, não menos importante, é do prejuízo econômico causado aos cofres públicos em razão do tratamento dado às patentes no Brasil, para além do inegável prejuízo humano de pessoas desabastecidas de medicamentos responsáveis por salvar suas vidas. Estimativas do Grupo de Economia da Inovação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (PARANHOS; MERCADANTE; HASENCLEVER, 2020) apontam que o Ministério da Saúde vai desperdiçar R\$ 3,8 bilhões nos próximos dez anos com a compra de nove medicamentos, indicados para o tratamento de câncer, hepatite C, reumatismo e doenças raras.

Isso porque enquanto o prazo de uma patente farmacêutica é de 20 anos em outros países, até este ano, no Brasil, a duração média é de 23 anos. Há casos que passam dos 28 anos. A razão encontrava-se no artigo 40, parágrafo único da Lei n.º 9.279/1996 (Lei de Propriedade Industrial), o qual permitia que o prazo de vigência da patente não seria inferior a 10 anos para a patente de invenção e a 7 anos para a patente de modelo de utilidade, a contar da data de concessão, fazendo uma ressalva a hipótese de o INPI estar impedido de proceder ao exame de mérito do pedido, por pendência judicial comprovada ou por motivo de força maior (BRASIL, 1996).

O parágrafo único do artigo 40 da Lei de Propriedade Industrial não mais vige em razão do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 5.529 por parte do Supremo Tribunal Federal que, ao julgar procedente a ação ajuizada pela Procuradoria-Geral da República, declarou sua inconstitucionalidade. Apesar do julgamento favorável, a Suprema Corte conferiu à declaração de inconstitucionalidade efeitos *ex nunc*, a partir da publicação da ata do julgamento, mantendo as extensões de prazo concedidas com base no preceito legal, mantendo, dessa forma, a validade das patentes já concedidas e ainda vigentes em decorrência do dispositivo legal (BRASIL, 2021).

Esse dispositivo legal autorizava o tempo extra às patentes caso o Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) demorasse mais de 10 anos para analisar um pedido. Atualmente, o órgão leva em média 13 anos para concluir uma análise do setor farmacêutico – o que amplia para 23 anos, em média, o monopólio sobre um remédio (JUNQUEIRA, 2019).

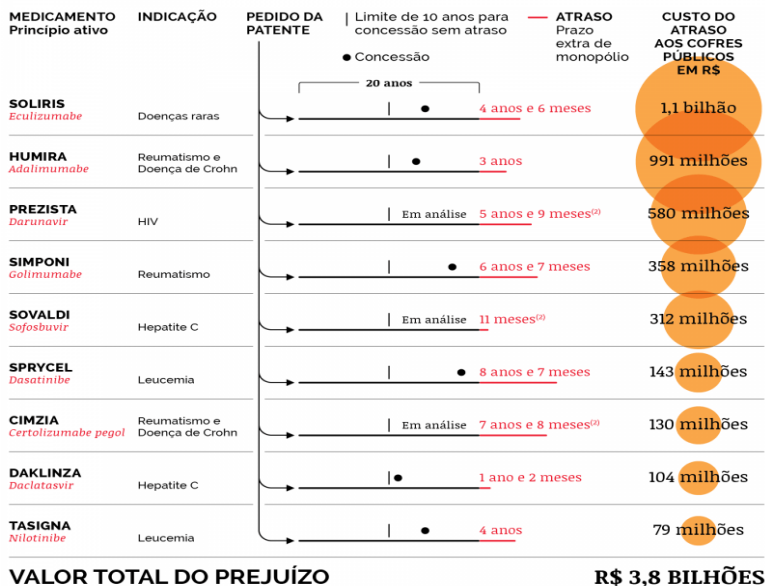
Para se dar um exemplo, cita-se o dasatinibe, usado no tratamento de leucemia. Nos últimos cinco anos, o Ministério da Saúde gastou em média R\$ 69 para cada comprimido. Na Índia, a versão genérica é vendida a R\$ 16 (PARANHOS; MERCADANTE; HASENCLEVER, 2020, p. 07). O remédio similar poderia chegar ao Brasil em abril de 2020, quando completa 20 anos a patente do dasatinibe. Porém, o mercado nacional continuará fechado até novembro de 2028, porque o INPI demorou 18 anos para analisar o pedido (JUNQUEIRA, 2019).

O quando abaixo elaborado por Junqueira (2019) a partir dos dados fornecidos por Paranhos, Mercadante e Hasenclever (2020) ilustra o prejuízo financeiro causado pela Lei de Propriedade Industrial e a sua prorrogação no prazo de vigências das patentes:

Figura 1

O PREJUÍZO COM A PRORROGAÇÃO DE PATENTES

Brasil permite que monopólio sobre remédios dure mais que 20 anos⁽¹⁾, tempo padrão de vigência em outros países; medida gera gastos extras ao poder público



(1) Estudo considera genéricos de 40% a 80% mais baratos que os medicamentos de marca, e biossimilares de 10% a 50% mais econômicos. (2) Para patentes não decididas após mais de 10 anos do pedido, foi considerada a concessão em 18 de fevereiro de 2019 para cálculo de extensão

Fonte: Grupo de Economia da Inovação/UFRJ



Fonte: JUNQUEIRA, 2019.

O INPI concedeu 683 patentes farmacêuticas desde 1997, das quais 630 (92%) foram beneficiadas com a prorrogação acima dos 20 anos (JUNQUEIRA, 2019). Mesmo quando a prorrogação não se aplica, como no caso das patentes pedidas antes de a lei entrar em vigor, a indústria farmacêutica recorre ao artigo 40 para entrar com ações na Justiça pedindo a extensão do monopólio. Ilustrando essa afirmação, traz-se o caso do humira (para artrite reumatoide e outras doenças), do laboratório norte-americano Abbvie em que uma ação judicial garante à empresa a exclusividade no Brasil até fevereiro de 2020, embora sua patente tenha expirado em 2017 (JUNQUEIRA, 2019). Com isso, nos últimos cinco anos, o Ministério da Saúde repassou R\$ 3,7 bilhões à Abbvie para comprar o humira. Ao final dos três anos de prorrogação da patente, o prejuízo estimado ao Ministério da Saúde será de R\$ 990 milhões, segundo o estudo.

Assim, comprar os genéricos ou biossimilares que tivessem as reduções de preço hipotéticas mais básicas já reduziria em R\$ 1,2 bilhão o custo total da compra dos nove medicamentos com extensão das patentes. Por outro lado, as maiores reduções de preço evitariam R\$ 3,9 bilhões nos gastos do SUS (PARANHOS; MERCADANTE; HASENCLEVER, 2020, p. 10).

O que se vê no modelo atual de patentes brasileiro é um privilégio excessivo às grandes indústrias farmacêuticas, sobretudo internacionais, conferindo-lhes um período elevado de gozo da exclusividade na exploração de fármacos. Após escoado o prazo de validade da patente a invenção passa a ser de domínio público, entretanto, esse fator não tem contribuído para o interesse na produção desses fármacos. Pelo contrário, após finalizado o prazo da patente, o interesse na produção por vezes não tem sido algo atrativo para as outras empresas do setor (ROCHA, 2019, p. 101). Essa situação se acentua quando visto o cenário de escassez de certas matérias primas (como o caso da penicilina) para a produção da matéria prima visto o total desinteresse, do ponto de vista econômico, na produção do fármaco já que não apresenta os retornos financeiros desejados pela indústria (ROCHA, 2019, p. 101)

Há uma responsabilidade concorrente da indústria farmacêutica com o Estado. Esse último falha em cumprir com suas funções, sobretudo por meio de omissões, deixando de exercer sua função prestacional ao passo que a indústria farmacêutica pretere a função social em prol do lucro econômico

(ROCHA, 2019, p. 103). Nesse processo, vidas humanas são perdidas e a função social da propriedade, plenamente aplicável à propriedade intelectual, resta como letra morta da Constituição Federal de 1988.

Em vistas de superar essa situação, a qual desvela-se como um problema estrutural e, por isso, não possui uma única solução certa, é imperioso o resgate da função social da propriedade como princípio norteador da atividade empresarial, industrial e privada. A função social da propriedade é um fator que legitima o exercício de propriedade nos moldes conferidos no ordenamento jurídico brasileiro vigente, sendo possível que em hipóteses de exercício da propriedade privada sem observância desse princípio, haja consequências (ROCHA, 2019, p. 103).

A função social da propriedade é o que confere sentido a ela visto que busca compreender a propriedade privada para além do individualismo, entendendo que essa sempre exercerá uma função pública e social. Em diversos ordenamentos jurídicos, inclusive em tratados internacionais, existem mecanismos que podem ser utilizados quando a propriedade intelectual, parte da propriedade privada, não cumpre a sua função social. Por exemplo, as licenças compulsórias, também conhecidas como quebra de patentes, se mostram de grande efetividade (ROCHA, 2019, p. 103).

É necessário compreender o caráter coletivo da propriedade intelectual, que é espécie do gênero propriedade privada, sobretudo quando se fala da produção de fármacos, como é o objeto de análise deste trabalho. Devem ser adotadas medidas que preservem a inserção e produção de determinados fármacos após o período de exclusividade oferecido pelas legislações e, perante a inércia de responsabilização nas legislações, o bom senso deveria ser fundamental na garantia de direitos relativos à saúde (ROCHA, 2019, p. 103).

A patente não pode ser utilizada como subterfúgio para criação de oligopólios que ignorem as necessárias funções sociais e coletivas de suas invenções, privilegiando o lucro em detrimento do coletivo. Resta evidente, portanto, que no contexto da produção, desenvolvimento e incentivo às pesquisas de fármacos essa discussão mostra-se mais latente porque populações inteiras são desabastecidas de medicamentos essenciais ao controle e combate a doenças. Sem esses medicamentos, a consequência é o agravamento dessas enfermidades, a sua proliferação na sociedade e, inclusive, o ressurgimento de doenças que à duras lutas foram erradicadas pela ciência. Portanto, o sistema de patentes, muito antes de servir contra a

população, deve observar esses princípios para, assim, pensar-se em um sistema que privilegie a invenção, mas também o faço em prol do desenvolvimento humano e coletivo, não às custas dele.

4. Conclusão

O presente trabalho buscou demonstrar como o atual sistema de patentes vigente no Brasil, muito antes de apenas funcionar como uma proteção e incentivo aos inventores, atua como formador de oligopólios industriais em relação à produção de medicamentos. Assim, muito antes de agir em favor da sociedade, as patentes aplicadas à produção de fármacos privilegiam o interesse econômico das indústrias em detrimento do interesse social e da própria vida humana.

Mais ainda, no Brasil vigia a possibilidade de prorrogação de patentes que em um primeiro momento foi pensado para compensar as empresas em razão da mora administrativa em analisar o pedido de patente. Contudo, apesar de ser exceção, em razão de fatores conjecturais do INPI, responsável por analisar as patentes, revelou-se como a regra. Essa regra, contudo, traz e trouxe inúmeros prejuízos de cunho econômico aos cofres público e sociais, visto que impede a população de ter acesso a medicamentos mais baratos.

Desse modo, turba-se a possibilidade de exercício pleno do direito à saúde, visto que o direito à medicamentos está contido no direito humano e fundamental à saúde. Isto é, sem a acessibilidade plena aos medicamentos, compreendida em suas quatro dimensões apresentadas no trabalho, não há de se falar em efetividade do direito à saúde, previsto como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988.

A consequência do cenário apresentado no trabalho vem em dois lados. De um, onera excessivamente os cofres públicos e sobrecarrega a receita do Sistema único de Saúde que acaba por ter que comprar medicamentos que possuem genéricos no mercado global, vendidos a preços muito mais baixos. De outro lado, onera a população de baixa renda que não tem acesso ao poder aquisitivo necessário para adquirir o medicamento.

Mais ainda, a escassez de investimento da própria indústria privada em programas de P&D contribui para manter na marginalidade doenças que poderiam já ter vacinas, medicamentos e tratamentos eficazes, em razão do

pouco retorno financeiro que poderá ser dado a essa invenção. Revela-se, assim, uma operacionalização das patentes por um viés estritamente econômico, preocupado não na erradicação de doenças e enfermidades, mas na maximização dos lucros, independentemente de se nesse processo populações inteiras encontrem-se desabastecidas de fármacos essenciais ao controle de doenças.

Visualiza-se uma política econômica perversa, típica do capitalismo industrial e financeiro internacional, que pretere vidas humanas em nome dos lucros. Mais ainda, mostra-se como uma política desprovida de inteligência já que muitas dessas doenças, como por exemplo as DSTs, possuem alta taxa de transmissão, capazes de transforma-se em epidemias, tal como a sífilis. Inclusive, apresentando altas taxas de mortalidade, vitimizando toda uma sociedade. Diante desse cenário, é possível constatar que o sistema de patentes, criado para preservação e proteção da propriedade intelectual e garantia de usufruto do desenvolvimento tecnológico por parte da sociedade, ao ser aplicado no comércio global de medicamentos, produz o encarecimento dos produtos e a contribui para a escassez de fármacos essenciais à cura de doenças.

Especificamente, sobre as doenças negligenciadas, as patentes de medicamentos produzem um oligopólio das indústrias farmacêuticas que manipulam artificialmente os preços dos medicamentos, trabalha com a escassez de matérias primas somente porque não trazem o lucro desejado e, por consequência, é mantido o *status* de doença negligenciada em razão do desabastecimento de medicamentos. Ainda, o atual sistema de patentes brasileiro produz prejuízos econômicos aos cofres públicos por meio da prorrogação de patentes, o que garante menos acesso da população à medicamentos mais baratos. Garante o ressurgimento de doenças antes erradicadas ao desabastecer o sistema de saúde pública de medicamentos e tratamentos efetivos.

Conclui-se que a marca deixada por essa política atinge sobremaneira as populações pobres porque 1) já são vitimizadas mais por essas doenças reconhecidas como “negligenciadas” e 2) são ignoradas pela indústria farmacêutica que não tem interesse na produção de medicamentos para uma população que não terá condições financeiras de comprar o fármaco, gerando menor lucro à empresa, bem como se veem vítimas da omissão Estatal que não garante um acesso pleno a medicamentos. Assim, há uma dupla vitimização dessa população acometida pela doença e pelos interesses

econômicos e políticos do capital industrial e financeiro, estando desabastecida de medicamentos o que impede o exercício do direito fundamental e humano à saúde e a medicamentos.

Ninguém está imune de contrair ou desenvolver uma doença, mas há seleção por parte do sistema econômico daqueles que irão ter chances de ser curar e aqueles que morrerão sem ter tido acesso ao tratamento adequado. Parafraseando Chico Buarque, esses morrem na contramão atrapalhando o tráfego.

Referências

AMARAL JÚNIOR, Alberto do. **Licença Compulsória e Acesso a Medicamentos nos Países em Desenvolvimento**. 2005. Disponível em: https://deolhonaspontentes.org/media/file/Publicacoes/Alberto_Amaral_portugues_e.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

BARRETO, Ana Cristina Costa. Direito à saúde e patentes farmacêuticas – o acesso a medicamentos como preocupação global para o desenvolvimento. **Aurora**, ano V, n.º 7, janeiro de 2011.

BERTONI, Rochele Farioli; BUNN, Karoline; DA SILVA, Jane; TRAEBERT, Jefferson. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. **Arquivos Catarineses de Medicina**, v. 39, n. 4, pp. 75-79, 2010. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/835.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial**. Brasília, 14 de maio de 1996. Publicado no DOU de 15 de maio de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, fev. 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SGgpSRmvByDF3bKphbd3Tx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sífilis**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis-2>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5529**. Relator Ministro Dias Toffoli. Brasília, 12 de maio de 2021. Publicado DJe 01 de setembro de 2021. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15347616019&ext=.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CAMARGO, Erney Plessman. Doenças tropicais. **Dossiê Epidemias**, Estudos Avançados. Rio de Janeiro, v. 22, n. 64, p. 95-110, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142008000300007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 15 nov. 2022.

CARVALHO, Ana Luiza de. Farmacêuticas ampliam lucro trimestral com vacinas, agora sob risco de quebra de patentes. São Paulo: **Valor**, 2021. Disponível em: <https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2021/05/07/farmacuticas-ampliam-lucro-trimestral-com-vacinas-agora-sob-risco-de-quebra-de-patentes.ghtml>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GADELHA, Carlos Augusto; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 47-59, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14904.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INESC. **Orçamento Temático de acesso a Medicamentos 2019**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/06/OTMED-2019.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

JUNQUEIRA, Diego. Conheça a lei que vai causar prejuízo bilionário ao Ministério da Saúde e ampliar lucro das farmacêuticas. **Repórter Brasil**, 2019. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2019/08/conheca-a-lei-que-vai-causar-prejuizo-bilionario-ao-ministerio-da-saude-e-ampliar-lucro-das-farmaceuticas/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LINDOSO, José Angelo; LINDOSO, Ana Angélica. Neglected Tropical Diseases in Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 51, n. 5, pp. 247-253, sept./oct. 2009.

MÉDICOS SEM FRONTEIRA. **O assunto é doenças negligenciadas**. 2012. Disponível em: <https://www.msfg.org.br/noticias/o-assunto-e-doencas-negligenciadas>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PARANHOS, Julia; MERCADANTE, Eduardo; HASENCLEVER, Lia. O custo da extensão da vigência de patentes de medicamentos para o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-11-e00169719.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

POGGE, Thomas. Medicamentos para o mundo: incentivando a inovação sem obstruir o acesso livre. São Paulo: **Sur Revista Internacional de Direitos Humanos**, ano 5, n. 8, pp. 123-149, junho de 2008.

RADAELLI, Vanderléia. **A inovação na indústria farmacêutica**: forças centrípetas e forças centrífugas no processo de internacionalização. 2006. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <https://geein.fclar.unesp.br/producoes/categorias/teses-dissertacoes?termo=a+inova%C3%A7%C3%A3o+&autor=&ano=&busca=true>. Acesso em: 15 nov. 2022.

RADAELLI, Vanderléia. A nova conformação setorial da indústria farmacêutica mundial: redesenhos nas pesquisas e ingresso de novos atores. **Revista Brasileira de Inovação**, v. 7, n. 2, p. 445-482, 2008. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rbi/article/view/8648971>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ROCHA, Nathália Facco. **Sistema de Patentes e Direito à Saúde**: uma análise do acesso a medicamentos no caso da doença negligenciada sífilis em um contexto de saúde global. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2019.

ROSÁRIO, Mychelle Serna; OLIVEIRA, Magnel Lima de; LIMA, Cássio de Almeida; VIEIRA, Maria Aparecida; CARNEIRO, Jair Almeida; DA COSTA, Fernanda Marques. Doenças tropicais negligenciadas: caracterização dos indivíduos afetados e sua distribuição espacial. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória, v. 19, n. 3, pp. 118-127, jul-set, 2017.

ROSIA, Mônica Steffen Guise. **A regulamentação internacional das patentes e sua contribuição para o processo de desenvolvimento do Brasil**: análise da produção nacional de novos conhecimentos no setor farmacêutico. 2011. Tese (Doutorado em Direito) – Departamento de Direito Internacional e Comparado da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011.

SOUZA, Wanderley de (coord.). **Doenças Negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

VIEIRA, Vinícius Garcia. **Direito da Biodiversidade e América Latina: a questão da propriedade intelectual.** Ijuí. Edit. Unijuí, 2012.