

**FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO**

RILKE NOVATO PÚBLIO

DA ARTE DE MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS AO ATENDIMENTO
REMOTO: a trajetória do trabalho farmacêutico nas farmácias no Brasil

BELO HORIZONTE
2021

Rilke Novato Públio

DA ARTE DE MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS AO ATENDIMENTO

REMOTO: a trajetória do trabalho farmacêutico nas farmácias no Brasil

Dissertação apresentada ao curso Maestría, Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Marilane Oliveira Teixeira

BELO HORIZONTE

2021

Públio, Rilke Novato.

Da arte de manipulação de medicamentos ao atendimento remoto

A trajetória do trabalho farmacêutico nas farmácias no Brasil [manuscrito]. / Rilke Novato Públio. - - Belo Horizonte: FLACSO/FPA 2021.

Quantidade de folhas: 82f:il

Dissertação – (Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021..

1. Farmácias. 2. Drogarias.

3. Assistência Farmacêutica. 4. Medicamentos. 5. Varejo Farmacêutico. 6. Lei 5.991/1973.

Orientadora Prof^a Dra. Teixeira, Marilane Oliveira

Rilke Novato Públio

Da arte de manipulação de medicamentos ao atendimento remoto: a trajetória do trabalho farmacêutico nas farmácias no Brasil

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em:

Profa. Dra. Marilane Oliveira Teixeira (Orientadora) FLACSO Brasil/FPA

Profa. Dra. Berenice de Freitas Diniz - Banca Examinadora

Prof. Mestre Renan Vieira de Santana Rocha – Banca examinadora

Profa. Dra. Micheline Rosa Silveira - Banca Examinadora - Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus

À minha família...

À Fundação Perseu Abramo

À equipe da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais

À Prof^a Dra. Marilane Teixeira, querida orientadora

À Prof^a Dra. Analina Valadão, querida Co-orientadora

Ao grande mestre, José Ribeiro Guimarães

Ao querido Rafa, pela força na correção

À querida Lolly pelo apoio nos “treinos”

Aos colegas do curso...

Aos amigos e amigas da Federação Nacional dos Farmacêuticos - Fenafar

Aos amigos e amigas do Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais – Sinfarmig,
em especial, William Lopes;

Merci pelo buscopan
Mas eu fico na esperança
De jamais ter de usá-lo
Não quero cantar de galo
Nem quero gabar meu rim
Mas você junto de mim
(o coração não se ilude)
Garante a minha saúde

Carlos Drummond de Andrade (Poeta e Farmacêutico)

“Merci pelo buscopan”

RESUMO

A profissão farmacêutica tem sua origem na milenar arte da manipulação artesanal de medicamentos. No Brasil Colônia, as primeiras boticas aqui instaladas pelos boticários portugueses, que já despertaram grande interesse por parte dos comerciantes leigos, predominaram por muito tempo até que os primeiros cursos de formação de farmacêuticos brasileiros fossem instalados no fim da primeira metade do século XIX. No entanto, mesmo ocupando maior espaço de atendimento farmacêutico por meio do fornecimento de medicamentos artesanalmente manipulados nas farmácias até meados do século XX, foi com o desenvolvimento da indústria fabricante de medicamentos em larga escala que se transformou o perfil dos estabelecimentos farmacêuticos, a partir da autorização da abertura de drogarias por não-farmacêuticos. Isso aumentou sobremaneira o número de estabelecimentos de dispensação de medicamentos no Brasil. Ao mesmo tempo, uma mudança significativa no currículo de graduação direcionou os recém-formados para outras atividades da profissão que não a farmácia. Com o aumento crescente do consumo de medicamentos no País e com a chegada da indústria farmacêutica estrangeira, houve diversas tentativas de flexibilizar a venda de medicamentos a despeito dos riscos do uso indevido. A defesa de uma legislação que garanta o exercício do profissional nas farmácias e drogarias e que busque assegurar o uso racional dos medicamentos, evitando a banalização do seu consumo, tem sido uma luta permanente dos sindicatos farmacêuticos. O estudo teve como centralidade a pesquisa bibliográfica relacionada ao tema. Uma das conclusões do estudo é de que quanto mais próximo o farmacêutico estiver dos pacientes e clientes, maior será o reconhecimento da profissão perante a sociedade, com a valorização deste profissional imprescindível para a saúde pública em nosso País.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Drogeria, Farmácia, Farmacêutico, Lei 5991/1973, Medicamentos, Varejo Farmacêutico.

ABSTRACT

The origins of pharmaceutical profession are attached to the ancient and artisanal manipulation of medicines. In Colonial Brazil, the first apothecaries, set up by Portuguese apothecaries, had already aroused great interest on the part of lay merchants, and predominated for a long time until the first pharmacist training courses were installed at the end of the first half of the 19th century. However, even though they occupied the largest space destined for pharmaceutical care via the supply of handcrafted medicines manipulated in pharmacies until the mid-twentieth century, it was because of the development of the large-scale drug manufacturing industry that the profile of pharmaceutical establishments was transformed, starting with the authorization to open drugstores by non-pharmacists. This has increased, mostly, the number of drug dispensing establishments in Brazil. At the same time, a significant change in graduation curriculums has directed new graduates to other activities in the profession other than pharmacy. With the increasing consumption of medicines in the country and the arrival of the foreign pharmaceutical industry, there have been several attempts to make the sale of medicines more flexible, despite the risks of inappropriate use. The defense of a legislation that guarantees the regular professional activities in pharmacies and drugstores and that seeks to ensure the rational use of the medicines, avoiding the trivialization of their consumption, has been a permanent struggle of the pharmaceutical unions. The closer and more involved the contact with patients and clients, the greater will be the recognition of the profession before society, as well as its valorization, essential for public health in our country.

Keywords: Pharmaceutical Assistance, Drugstores, Pharmacies, Pharmacists, Law No. 5991/1973, Medicines, Pharmaceutical Retail.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAFARMA – Associação Brasileira das Farmácias de Redes

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAGED – Cadastro Geral de Empregados e desempregados

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CRF/MG - Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais

FDA - Food and Drug Administration

FENAFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos

FIP- Federação Internacional Pharmaceutica

GRS - Gerência Regional de Saúde

INPC – Índice Nacional de Preço ao Consumidor

MS - Ministério da Saúde

MTP – Ministério do Trabalho e Previdência

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

P&D - Pesquisa & Desenvolvimento

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RAM - Reação adversa a medicamento

RAIS – Relação das Anual de Informações Sociais

SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SINCOFARMA/MG – Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos de Minas Gerais

SINFARMIG – Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – número de farmacêuticos e estabelecimentos registrados nos conselhos regionais de farmácia em todo o País.	53
Quadro 2 – Média Salarial por tipo de empresa farmacêutica em Minas Gerais.	64
Quadro 3 – evolução do Piso Salarial em valores do salário-mínimo para farmácias e drogarias em Minas Gerais.	66
Quadro 4 – Número de profissionais e estabelecimentos farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.	67
Quadro 5 – Principais atividades realizadas pelo farmacêutico em farmácias ou drogarias, em respostas acumuladas (%).	70

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Distribuição dos farmacêuticos com vínculo formal ativo por ano no Brasil (2010 – 2019). 54
- Figura 2. Distribuição dos farmacêuticos com vínculo formal ativo por atividade econômica, segundo classificação do CNAE, Brasil (2019). 63
- Figura 3 – Distribuição dos farmacêuticos com vínculo ativo, segundo sexo. Brasil (2010-2019). 68
- Figura 4 – Distribuição do número de farmacêuticos com vínculo formal por faixa etária. Brasil (2010 – 2019). 69

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I. - Da botica à indústria de produção de medicamentos em grande escala - a transformação do mercado farmacêutico no Brasil.	17
CAPÍTULO II - Mercado, a sociedade e suas demandas: da farmácia de manipulação ao trabalho remoto	33
CAPÍTULO III - Panorama do mercado de farmácias e drogarias da rede privada no Brasil e no mundo	53
CAPÍTULO IV – Discussão	71
CAPÍTULO V - Considerações Finais	74
REFERÊNCIAS	77

INTRODUÇÃO

Escrever sobre a forma de organização da classe trabalhadora brasileira em geral, sempre será uma tarefa árdua. Quando a tarefa refere-se a uma categoria específica de trabalhadores sobre a qual muito pouco tem sido relatado na literatura, essa atividade reveste-se de grande importância e desafiadora ao mesmo tempo. A relação do trabalhador farmacêutico com sua atividade profissional, seu “modus operandi” até os dias atuais, vem modificando-se, adequando-se as demandas sociais e/ou econômicas.

Estas pequenas transformações na relação de trabalho no campo farmacêutico ocorrem desde a formação dos primeiros profissionais ainda no Brasil império, na primeira metade do século XIX, quando surgiram os primeiros cursos de formação profissional, nos quais, provavelmente, em quase sua totalidade, os recém formados, seriam “donos” do seu “próprio negócio”, ou seja, se estabeleceriam enquanto proprietários de uma farmácia de manipulação de medicamentos, via de regra, por toda a sua vida (FIGUEIREDO et al., 2005, p.65).

Ser um profissional liberal, estabelecendo-se a frente da sua farmácia era, invariavelmente, o sonho e provável destino daqueles que ingressavam nos poucos cursos de farmácia existentes no Brasil império.

Nas poucas grandes vilas existentes naquele período, os antigos boticários, posteriormente sucedidos pelos farmacêuticos, em suas farmácias de manipulação de insumos, em sua maioria, de origens vegetal e animal, seguiam os tradicionais e importantes conhecimentos da “arte do fazer” farmacêutico, estudando, pesquisando e sobretudo avaliando a qualidade de pureza destes insumos, utilizando dos saberes e fazeres de técnicas seculares, algumas até pouco conhecidas à época, objetivando o preparo dos medicamentos artesanais com segurança (HEPLER, 1990, p23).

No entanto, essa atividade já despertava grande interesse econômico por parte dos comerciantes não farmacêuticos das vilas, que a identificavam como um ramo de negócio altamente lucrativo e, portanto, deveria também estar à disposição para aqueles que quisessem se aventurar naquele setor que estava crescendo nas vilas e no qual havia promissora perspectiva de ganhos financeiros. Enfim, desde

quando surgiram os primeiros estabelecimentos nas vilas do Brasil - Colônia, a propriedade das boticas já era objeto de disputa entre comerciantes da época.

O problema de estudo aqui colocado é tentar identificar, ainda que não de forma definitiva, se o processo de transformação ou transição da relação de trabalho do farmacêutico nas farmácias se deu ou não em função das mudanças ocorridas em toda a cadeia do medicamento, desde a produção em larga escala, as novas tecnologias, mudanças na legislação e, sobretudo nas relações de trabalho.

A hipótese é a de ao longo destas transformações vivenciadas pelo setor com a ampliação dos grandes grupos econômicos e com o avanço deste setor em termos de pesquisa e com a descoberta de novos medicamentos, o profissional farmacêutico e o seu papel e a sua relação com a sociedade e a comunidade sofreram alterações significativas.

O principal objetivo deste trabalho é justamente compreender como esse profissional foi se adequando diante da substantiva mudança nas relações de trabalho ocasionado, em grande parte, pela chegada ao país de número relevantes de indústrias fabricantes de medicamentos, que impactou na transformação da profissão, desde a formação na graduação, em mudanças da atividade profissional, na legislação do setor e na forma de ampliar o consumo de medicamentos pela população. Estas ações trouxeram, para o bem e para o mal, mudanças significativas à profissão farmacêutica e, sobretudo, a forma como este profissional relacionava-se com a sociedade.

No capítulo I trataremos da fase inicial das instalações das primeiras boticas nas principais vilas do Brasil – Colônia, até a chegada dos primeiros cursos de farmácia em meados do século XIX, já na época do Imperador, que passam a formar os farmacêuticos que irão assumir as atividades profissionais nas farmácias artesanais de medicamentos e posteriormente trabalhar nas indústrias que surgem naquele período. O crescimento das indústrias nacionais e a chegada de indústrias estrangeiras que iniciarão o processo de transformação do labor farmacêutico até então voltado à arte da manipulação de medicamentos também é objeto deste primeiro capítulo.

Neste capítulo também abordaremos o surgimento e o caminhar da indústria farmacêutica no Brasil com destaque para o surgimento da indústria pública de medicamentos (laboratórios oficiais) como também, a importante questão da

aprovação da lei do reconhecimento de patentes de medicamentos em nosso país e suas consequências.

O capítulo II resgata brevemente a legislação que autorizava o comércio de ervas medicinais nas antigas boticas, observando as primeiras iniciativas que tratam das principais transformações ocorridas na atividade profissional de maior relevância, ou seja, o trabalho nas farmácias, como consequência das demandas impostas/geradas com a produção de medicamentos em larga escala.

As mudanças nos currículos de graduação, a abertura indiscriminada e crescente de cursos de graduação em farmácia, as mudanças na legislação farmacêutica com vista à maior flexibilização quanto a venda de medicamentos e a utilização de formas alternativas de acesso aos medicamentos por via remota, drive thru e outras nas quais a relação com o farmacêutico é reduzida ou inexistente.

O Capítulo III abordará de forma mais contextualizada o número de farmácias e o número de farmacêuticos no mundo comparativamente à realidade brasileira, destacando o grande avanço na última legislação que trata das farmácias no país e adentra sobre as características marcantes deste profissional, destacando que de modo geral, a força de trabalho farmacêutica é feminina, jovem e está em busca de atividades que identifique e valorize o trabalho farmacêutico (inclusive com melhores salários e condições dignas de trabalho) no campo da atenção farmacêutica ao paciente/cliente que está utilizando o medicamento, contrapondo a visão administrativo-burocrática que caracterizava o farmacêutico das drogarias, principalmente.

No capítulo IV são feitas discussões buscando dialogar com referências na literatura sobre a relação de trabalho do profissional farmacêutico nesta área de atuação. Por último, em seu capítulo final, são apontadas considerações sobre as alternativas que os farmacêuticos e farmacêuticas encontraram para exercerem seu importante papel enquanto profissionais de saúde em meio à avalanche de mudanças tecnológicas e de costumes que a sociedade moderna trouxe ao dia a dia das farmácias e drogarias.

Existem poucos estudos na literatura acadêmica e mesmo fora deste meio, sobre o trabalho farmacêutico nas farmácias e drogarias, principalmente nos períodos mais recentes. É possível que parte da explicação quanto ao pouco envolvimento da academia sobre este tema deve-se ao aspecto de viés mais do

comércio e menos de estabelecimento de saúde que as farmácias e drogarias representam para o meio acadêmico.

Para superar essa dificuldade foi feita uma pesquisa bibliográfica, documental, referenciada em materiais diversos. Foi realizada revisão de literatura por buscas por meios eletrônicos, sobretudo em sítios eletrônicos especializados na área de saúde, identificando artigos científicos, monografias e teses colhidos de bibliotecas e acervos virtuais como SciELO (Scientific Electronic Library Online), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP), Google Acadêmico. Além disso, foi realizado levantamento de informações sobre o tema em livros, revistas, documentários, relatórios e periódicos. Utilizaram-se como referência para a busca de fontes as seguintes palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Drograria, Farmácia, Farmacêutico, Lei 5991/1973, Medicamentos, Varejo Farmacêutico.

Este estudo teve como limitação o acesso de fontes secundárias obtidas somente por meio eletrônico ou material impresso (livros, revistas, entre outros) do próprio estudante do mestrado. É bem possível que diante da possibilidade de busca de maior diversidade de fontes do estudo, de forma presencial, em bibliotecas das faculdades e em especial, da biblioteca da Associação Brasileira de Farmácia (ABF), com quem fizemos contato mas que esteve inacessível durante o ano de 2020 e até meados de 2021 por encontrar-se fechada, sem atendimento ao público, em função da Pandemia COVID-19, assim como o Museu da Farmácia da Escola de Farmácia de Ouro Preto, nas mesmas condições, acredito ter havido possível limitação, principalmente ao Capítulo I, que trata mais especificamente do início da profissão no Brasil - Colônia.

Uma das preocupações deste trabalho é a necessidade de se discutir o tema para além do debate de interesses corporativos da categoria farmacêutica assim como evitar qualquer caracterização de situação de “vitimização” do profissional frente as mudanças que, inexoravelmente estão acontecendo. Ampliar o debate sobre mudanças nas relações de trabalho, as ações de mercado e da política que flexibilizam e banalizam o consumo irracional de medicamentos e suas conseqüências à saúde da população.

Enfim, o desafio deste estudo é conhecer as transformações que aconteceram no chamado “mundo do trabalho” do farmacêutico nas farmácias

enquanto principal área de atividade do exercício profissional em todo o país e tentar compreender estas mudanças diante de um contexto de avanços tecnológicos, mudanças no comportamento social, na legislação e, sobretudo, face aos interesses econômicos que permeiam o “mundo do negócio” farmacêutico. .

CAPÍTULO I

1.1 - Da botica à indústria de produção de medicamentos em grande escala - a transformação do mercado farmacêutico no Brasil

A palavra “botica” tem sua origem relacionada a duas referências: a primeira diz respeito ao termo espanhol, “bote”, um vaso de barro, redondo e alto, no qual os chamados boticários da época conservavam os unguentos, drogas e xaropes. A segunda referência é derivada da palavra francesa “boutique”, que era a denominação dada àquelas lojas em que também eram comercializadas as drogas para tratamento da saúde (FIGUEIREDO et al., 2005, p.32).

Outra identificação para a denominação “botica” era aquela utilizada para possibilitar e facilitar o transporte e comércio das drogas de forma portátil pelos povoados existentes no Brasil Colônia. Tratava-se de uma caixa de madeira e couro, transportada nos “lombos” de animais, que inicialmente continha produtos básicos como a quina, água de Lueei, almíscar e láudano opiado, utilizados para tratamento das doenças crônicas mais comuns no interior e no sertão, no século XVII, que se diversificaram em produtos com o aparecimento de novos itens no mercado (DIAS, 1995).

No entanto, era mais comum dar o nome de “botica” aos estabelecimentos comerciais situados nas vilas e arraiais. Essas boticas também ocupavam um “espaço social” relevante, pois, em muitas ocasiões, tornavam-se pontos de referência para conhecimento das notícias do Reino de Portugal, visto que, com os insumos e drogas que vinham do Reino, chegavam também as notícias e novidades da Europa (FIGUEIREDO et al., 2005, p.33).

Como registrado na história, os medicamentos manipulados pelos boticários eram originados principalmente das plantas, mas também de animais e de minerais. Já naquela época, idos do século XVIII, havia grande preocupação para isolar os vários elementos existentes de modo a identificar e registrar e suas especificidades quanto ao uso terapêutico ou profilático. Certamente, esta determinação em registrar as potencialidades das substâncias utilizadas nos tratamentos de saúde contribuiu, sobremaneira, ao avanço e transformação do exercício da botica nas pródigas farmácias de manipulação que iriam sucedê-las ainda sob o domínio do Reino de

Portugal. É importante registrar que, quando da vinda da Coroa Real para a Colônia em 1808, foi fundada por D. João VI a Botica Real Militar, que depois se transformou no Laboratório Químico Farmacêutico do Exército, existente até os dias atuais.

De acordo com Teixeira (2008), no ano de 1861, a capital do Brasil, no período Imperial, sediou a primeira Exposição Nacional de Produtos Farmacêuticos, onde as farmácias de manipulação destacaram-se expondo cerca de 488 produtos fabricados em solo próprio. Após esse evento, em 1862, 288 produtos foram enviados a Londres, onde foram destaques na Exposição Internacional de Medicamentos (TEIXEIRA, 2008, p.19).

No final do século XIX e início do século XX, inicia-se, aos poucos, um processo importante de mudança do mercado de trabalho para a profissão farmacêutica no Brasil que transformaria para sempre e de forma marcante o mundo do trabalho do farmacêutico e da sua relação com a sociedade. O “*modus operandi*” do Boticário/farmacêutico, que do século XVII até o início do século XX era fortemente marcado pelo uso dos saberes adquiridos na prática da arte com base no conhecimento empírico passado entre gerações, contando com manipulação de ervas e insumos vindos da Europa, principalmente de Portugal como mais importante espaço de trabalho do “fazer farmacêutico”, começa a ser transformado em função das mudanças advindas da industrialização no campo da produção dos medicamentos: era o advento dos “novos tempos” no mercado farmacêutico (FIGUEIREDO et al, 2005, p., 37).

Com o advento das pequenas indústrias de medicamentos, deu-se início a uma espécie de “disputa de mercado”, ocorrendo na principal área de atuação do farmacêutico. Com o início do desenvolvimento da industrialização e produção de medicamentos em larga escala, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o farmacêutico se vê diante de um novo desenho em suas características de trabalho profissional. Fato é que uma nova e importante área de trabalho se consolidava com o surgimento de diversas indústrias de medicamentos, concentrada, notadamente, na região sudeste, gerando oportunidades de emprego, principalmente aos recém-graduados nas poucas escolas existentes à época e que abraçavam esta nova área de atuação profissional, que se mostrava com crescimento muito promissor.

No entanto, havia a necessidade de adequação a este novo ambiente de trabalho, agora identificado fortemente pelas regras de mercado, que determinava a

este “novo” trabalhador da indústria farmacêutica, rígidas condições de trabalho, bem distintas da atividade de outrora enquanto profissional liberal (SATURNINO et al., 2012, p.17).

Segundo Bermudez, 1995, a evolução da indústria farmacêutica no mundo reporta inicialmente ter como origem os pequenos estabelecimentos, notadamente, as farmácias de manipulação de produtos, em sua maioria de origem vegetal. Com o surgimento das indústrias, também surgem os movimentos dos trabalhadores em geral, na defesa de melhores condições de trabalho e de salário. Já no início da década de 1920, o crescimento deste mercado era evidente. O aparecimento de indústrias de médio e grande porte convivendo com pequenas fábricas de medicamentos era uma realidade e constituíam importantes postos de trabalho. Destaca-se que algumas farmácias de manipulação mais desenvolvidas e estruturadas se transformaram em pequenas indústrias produtoras de medicamentos. Reconhecido exemplo é o caso do estabelecimento do farmacêutico mineiro Cândido Fontoura, diplomado pela Escola de Farmácia e Odontologia de São Paulo, que tinha se estabelecido e mantinha sua farmácia na cidade de Bragança Paulista, interior do Estado de São Paulo. Lá desenvolveu, em 1904, o famoso tônico medicamentoso, denominado “Biotônico Fontoura”. O nome teria sido sugerido pelo escritor Monteiro Lobato, que também criou o personagem e o almanaque “Jeca Tatuzinho” para divulgar o novo produto. Em 1915, Fontoura transforma sua farmácia de manipulação no Laboratório Fontoura. O Biotônico Fontoura e as histórias do Jeca Tatuzinho se tornaram grande sucesso de vendas e um dos maiores ícones da propaganda de medicamentos para a sua época (FIGUEIREDO et al., 2005, p. 78).

No início do século XX, este mercado obteve grande salto em importância econômica quando aqui aportaram as chamadas empresas estrangeiras do ramo químico e farmacêutico. Destacaram-se, sobretudo, as empresas alemãs, francesas, inglesas, norte-americanas e suíças, que aqui instalaram suas plantas de fabricação e filiais, que passaram a produzir a partir de insumos importados de suas matrizes estrangeiras.

De acordo com Bermudez (1995), até meados do século XIX, a produção de medicamentos era essencialmente artesanal e consistia em drogas de origem botânica preparada por profissionais médicos ou farmacêuticos. O fim do século XIX e o início do século XX marca a implantação de instituições científicas voltadas para

a pesquisa e produção de medicamentos, vacinas e soros, sobretudo, em função da epidemias e endemias que assolavam o solo brasileiro como a Febre Amarela, a Peste Bubônica e a Varíola. A diferenciação entre o processo artesanal e a produção em escala se dá a partir da implantação dos chamados laboratórios, instituídos pelo estado brasileiro, no final do século XIX e início do século XX, que eram voltados fundamentalmente à pesquisa, desenvolvimento e à produção de soros e vacinas para o combate de importantes surtos epidêmicos já conhecidos na Europa e que acometiam os países sul-americanos (BERMUDEZ, 1995, p.67).

Assim, nesse período, surgiram importantes laboratórios de pesquisa que efetuavam pesquisas básicas na área de biologia. Entre esses laboratórios há de se destacar o Instituto Bacteriológico e o Instituto Vacinogênico, ambos criados em 1892; o Instituto Butantan, em 1899; o Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos, criado em 1900; e, mais tarde, a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), criada como uma filial de Manguinhos, em 1907. Por fim, o Instituto Biológico, de 1927.

O desenvolvimento da síntese química e da química farmacêutica foram atividades que se fixaram no início dos anos 1900, e a obtenção de substâncias medicamentosas a partir de processos tecnológicos da fermentação aconteceram e se consolidaram a partir da década de 1930. Somente no período posterior à segunda grande guerra, no final da década de 1940, que emerge uma indústria de medicamentos com as fortes características de empreendimento global, com um porte de produção capaz de atendimento às demandas dos principais países do mundo ocidental, com escala diversificada de novos produtos, onde criou-se um ambiente econômico necessário para investimentos em saúde, gerado sobretudo pela forte tendência das políticas de bem-estar social sob a liderança dos Estados Unidos e da Inglaterra. Assim, houve um grande salto no desenvolvimento e evolução da indústria farmacêutica neste período, quando obviamente havia importantes interesses dos países centrais em função da disputa polarizada que se inicia neste período no mundo. É certo que, com os desdobramentos da segunda guerra mundial, o potencial de consumo de novos produtos no campo medicinal elevou-se bastante, tanto pela destruição do parque farmacêutico dos países europeus derrotados, mas, sobretudo pelo crescimento do setor industrial farmacêutico norte-americano, que passa a ser o grande produtor de medicamentos, monopolizando boa parte dos medicamentos produzidos (BERMUDEZ, 1995, p. 25).

1.2 - O surgimento da indústria farmacêutica no Brasil

Em 1912 funcionavam no país 455 (quatrocentos e cinquenta e cinco) estabelecimentos industriais de “Especialidades Pharmaceuticas”, de pequenos e médios portes, que empregavam 1.680 pessoas. Desse total, 49 empresas haviam sido fundadas antes de 1889, um total de 208 entre 1890 e 1909, e 195 indústrias entre 1910 e 1913. Para se ter uma dimensão da importância desse setor, em 1907, eram 3.258 os estabelecimentos industriais no país, 662 dos quais situavam-se no Rio de Janeiro e 326 em São Paulo. Cerca de uma década depois, em 1920, a indústria farmacêutica ocupava a quarta posição entre os setores industriais mais relevantes do País, com 8% da produção total, atrás da indústria de alimentos (40%), têxtil (28%) e vestuário (8,2%). Os dados comparativos levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) apontavam ainda um forte crescimento do setor na década de 1910, tanto no que se refere ao número de empresas como em relação à produção: o número de fábricas de especialidades farmacêuticas passou de 623 em 1911 para 1.356 em 1920, enquanto a produção (em milhões de objetos produzidos) passou de 7,6 milhões em 1911 para 18,5 milhões em 1920 (IBGE, 1941).

À mesma época do surgimento dos laboratórios criados no Brasil no início do século XX, instalam-se aqui laboratórios farmacêuticos estrangeiros importantes. Em 1919, instalou-se aqui a filial da Cia. Chimica Rhodia Brasileira, subsidiária da francesa Usines Chimiques du Rhône-Poulenc, começando a produção químico-farmacêutica em 1921. Em 1920, a empresa norte-americana Sydney-Ross foi uma das primeiras dos Estados Unidos a abrir aqui uma filial. Em 1921, a alemã Bayer passou a produzir medicamentos no Brasil, embora desde 1911 já mantivesse um escritório próprio de representação local. Em 1922 foi a farmacêutica inglesa Beecham que instalou fábrica e, em 1923, a alemã Merck, que iniciou a produção farmacêutica só em 1933. Em 1928, outra empresa inglesa, a Andromaco, inaugura sua filial. Em uma década, o Brasil torna-se uma importante referência e desperta grande interesse mundial de grandes empresas. Esse despertar industrial no campo farmacêutico provocou mudanças impactantes nas relações de trabalho da categoria farmacêutica.

O aumento do número de indústrias de medicamentos no Brasil, a partir da década de 1920, trouxe um importante incremento do número de farmacêuticos que

passam a trabalhar como empregados, pois até então ser proprietário da sua farmácia era o que movia os jovens a ingressarem em um dos poucos cursos de farmácia existentes no Brasil.

Após a Segunda Guerra Mundial, ainda no final da década de 1940, a pesquisa de novos medicamentos se intensifica e, já na década seguinte, no governo do presidente Juscelino Kubistchek, importantes indústrias estrangeiras de medicamentos são estimuladas a abrirem filiais no Brasil, consolidando de vez a transformação da produção artesanal de medicamentos feitas nas farmácias de manipulação e mudando completamente o processo de trabalho farmacêutico que, frente a essa nova situação, transforma também sua realidade de trabalho e de vida.

Estas mudanças provocaram uma perda gradual das funções e da representação social conquistada pelo farmacêutico. O domínio intelectual, econômico e operativo, antes praticados na farmácia de manipulação, deslocou-se para a indústria, fazendo desaparecer, quase por completo, o elo entre o profissional farmacêutico, o usuário e a sociedade como um todo.

Nestas circunstâncias, o mercado se impõe pelos postos de trabalho abertos pela grande indústria de medicamentos instalada no país, sobretudo as de origem estrangeira. Esta condição exigiu, inclusive, uma modificação na formação acadêmica, mostrando que os cursos de graduação de farmácia se rendem ao mercado, impondo uma formação cada vez menos voltada ao aprendizado da “arte da manipulação de medicamentos” e do objeto central da formação, que é o conhecimento específico sobre o medicamento, com novas disciplinas e conhecimentos em áreas alternativas na profissão, com destaque para a área de análises clínicas (HEPLER, 1990).

Desde a década de 1990, a indústria farmacêutica internacional vem passando por uma grande transformação. De um lado, ela se expande para regiões fora de suas fronteiras, onde estão sediadas as matrizes, descentralizando não apenas atividades comerciais e industriais, mas, também, processos de pesquisa e desenvolvimento dos quais resultam inovações. De outro lado, essa expansão tende a concentrar determinadas atividades em alguns países que se especializam em produtos ou em etapas da cadeia produtiva do setor farmacêutico (BERMUDEZ, 1995, p. 27).

Um dos principais reflexos desse movimento é o crescimento dos fluxos globais de comércio internacional de medicamentos e matérias-primas para o setor.

O processo de internacionalização da cadeia farmacêutica é impulsionado por diversos fatores, alguns específicos do setor, outros típicos da globalização produtiva. O crescimento da demanda por produtos farmacêuticos, tanto nos mercados dos países desenvolvidos como nos dos países emergentes, explica em parte esse movimento.

“Nesse sentido, uma das principais estratégias da indústria farmacêutica têm sido as fusões e aquisições entre empresas do setor localizadas em países diversos. A internacionalização do setor também é impulsionada pela crescente terceirização e descentralização dos processos produtivos e inovadores das empresas. É importante destacar o crescimento de serviços voltados para a inovação farmacêutica fora de suas matrizes, muitos dos quais altamente especializados e localizados em outros países. Esse processo também se verifica entre as grandes redes de farmácias e planos de saúde. As operações mundiais do setor em 2014 atingiram a cifra de US\$ 200 bilhões, ou seja, duas vezes o volume médio anual de negócios da última década. Trata-se de operações com o propósito de aumentar foco, escala e crescimento, a maior parte envolvendo a compra e venda de divisões operacionais. Em 2013 a indústria farmacêutica movimentou em vendas em torno de US\$ 716 bilhões, sendo que Estados Unidos e Canadá detinham 41% das vendas mundiais, seguidos pela Europa com 27,4%, Japão, 9,7%, Ásia e África 16,1% e América Latina, 5,8% (TEIXEIRA; PAGNANI, 2015, p. 27)

A cadeia do medicamento é composta de várias etapas. Ela transforma, num primeiro momento, intermediários químicos e extratos vegetais em princípios ativos farmacêuticos, também denominados farmoquímicos, os quais, em seguida, são convertidos em medicamentos finais para tratamento e prevenção de doenças no ser humano. As transformações ao longo dessa cadeia ocorrem por meio de processos físicos e químicos, notadamente pela síntese química orgânica. Contudo, também é possível a obtenção de medicamentos pela rota biotecnológica, alternativa que tem ganhado destaque no mercado farmacêutico mundial. Via de regra, este processo necessariamente segue um fluxo estabelecido, que apresenta quatro estágios evolutivos: 1º – pesquisa e desenvolvimento; 2º – produção de farmoquímicos; 3º – produção de especialidades farmacêuticas; 4º – marketing e comercialização das especialidades farmacêuticas.

A incorporação de um desses estágios, tanto por uma empresa privada quanto por uma decisão estatal, significa importante salto nas barreiras competitivas. As grandes empresas internacionais geralmente operam nos quatro estágios, distribuídas pelos mais diversos países (CAPANEMA; PALMEIRA, 2007, p. 03).

Não é o caso do Brasil, onde a maioria das subsidiárias dessas empresas internacionais opera no terceiro e quarto estágio, e uma pequena parte no segundo, gerando grande dependência de importação do Ingrediente de Fabricação Ativo (IFA), que é substância ativa fundamental ao processo.

Estima-se que, atualmente, a dependência da importação dessas substâncias ativas dos medicamentos em nosso País esteja em torno de 90% (noventa por cento). Outra característica do setor é ser altamente dependente dos gastos públicos, visto que grande parte dos investimentos em pesquisa e desenvolvimento de tecnologias para a área provém de parcerias público-privadas (TEIXEIRA; PAGNANI, 2015, p. 17).

Nas décadas de 1980 e 1990, foi registrado o deslocamento de 36 empresas do setor farmacêutico. A maior parte mudou-se para o interior do estado de São Paulo, movimentação associada às vantagens que a empresa obtém ao se instalar em outras cidades e regiões, por conta de subsídios, isenções ou incentivos das prefeituras locais, além de escolherem localidades com baixo poder de organização sindical. Também os novos empreendimentos estão sendo atraídos para áreas do Centro-Oeste, consolidando o perfil da cidade de São Paulo para os negócios, já que as áreas de vendas dos grandes laboratórios continuam na cidade.

Apesar de algumas iniciativas que visavam o fortalecimento do parque industrial farmacêutico no Brasil, fato é que os laboratórios farmacêuticos brasileiros, em vez de funcionarem como fontes de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) surgiram associados ao atendimento à assistência farmacêutica à população e à cobertura das lacunas existentes na produção nacional de vacinas e medicamentos essenciais” (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1765).

Evidente foi o esforço tecnológico da indústria brasileira, concentrado na engenharia reversa, em consonância com o modelo de substituição de importações para o abastecimento do mercado interno. Na estratégia brasileira não estava previsto o desenvolvimento de fármacos inovadores (AVILA, 2004).

A década de 50 ficou marcada pela aquisição de laboratórios nacionais por multinacionais e pelo início da desnacionalização da indústria farmacêutica brasileira. Durante a década de 60, o mercado farmacêutico brasileiro baseou-se na produção de formas farmacêuticas finais. Nessa década também foi criado o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica (GEIFAR), cuja finalidade era o de regular as ações das subsidiárias instaladas no Brasil, das indústrias multinacionais, além de

estimular do desenvolvimento nacional, reformar a Lei de Propriedade Intelectual e de investimento em pesquisa químico-farmacêutica. Durante a década de 70 buscou-se a implantação de indústrias farmoquímicas, o que não obteve devido êxito, em virtude de sua desarticulação com a cadeia produtiva. Em 1971 é criada a Central de Medicamentos – CEME, cuja finalidade principal era a garantia de acesso aos medicamentos pela parcela da população com menor poder aquisitivo, além de realizar o levantamento da capacidade produtiva dos laboratórios oficiais e nacionais, bem como coordenar a distribuição e venda dos medicamentos em todo o território nacional. Durante a década de 80, normas foram apresentadas com o intuito de incentivar a produção de insumos no Brasil, mas a ausência de uma política de desenvolvimento tecnológico contribuiu para que não ela não se efetivasse.

Na década de 90, a situação se agravou em virtude das concessões feitas para facilitação de importações de insumos farmacêuticos. O Presidente Collor promoveu ampla abertura da economia, extinguindo regras como as que protegiam a indústria nacional de medicamentos, que impediam a importação de medicamentos que fossem produzidos no Brasil, a não ser que ficasse comprovado que seus custos fossem abusivos. Fruto da política neoliberal implantada, o Brasil sofreu forte ataque na tentativa de implantação de uma política nacional de desenvolvimento, pois adotou modelo contrário ao de “substituição de importações”, descaracterizando dessa forma o papel indutor e coordenador do Estado (OLIVEIRA et al., 2010, p. 356).

O Brasil, em 1994, participava do mercado farmacêutico global, com mais de US\$ 3 bilhões, colocando-se em 9º lugar (BERMUDEZ, 1994). Em 2011, o mercado de medicamentos no Brasil atingiu a cifra de R\$ 38 bilhões em vendas, devendo chegar, em 2017, e com base no crescimento atualmente apresentado, a R\$ 87 bilhões (IMS, 2012). Hoje, o Brasil encontra-se em 6º no ranking mundial, com perspectiva para chegar em 5º nos próximos anos. Considerando a expansão das classes C e D, a melhor distribuição de renda e o aumento da população de terceira idade, o aumento do consumo de medicamentos torna-se natural, atraindo, dessa forma, o investimento de empresas internacionais (ALBUQUERQUE, 2012).

Apresentando-se como um dos maiores e mais atrativos mercados mundiais, o mercado brasileiro é dominado pelas grandes indústrias transnacionais, com destaque para algumas empresas nacionais. Entretanto, a indústria farmacêutica

nacional é caracterizada como uma indústria basicamente de transformação, entendida como aquela encarregada de modificar o princípio ativo em medicamento final (CALIXTO; SIQUEIRA JR, 2008 *apud* TORRES; SOUZA, 2010). “Por não ter desenvolvido sua indústria de farmoquímicos, não sendo produtor de matéria-prima (farmoquímicos e adjuvantes), o setor depende intensamente da importação de outros países” (TORRES; SOUZA, 2010). A indústria brasileira tem suas ações concentradas basicamente nas atividades de produção de medicamentos e marketing, sendo tímido o investimento em Pesquisa e desenvolvimento (P&D) (PALMEIRA FILHO, 2010).

O Brasil, de acordo com o Guia 2018 da Interfarma, em que pese toda a derrocada econômica que já vem desde 2015, estava em 2017 na sexta colocação no “ranking” do mercado farmacêutico no mundo, situando-se atrás apenas dos Estados Unidos, China, Japão, Alemanha e França (INTERFARMA, 2018). É um mercado robusto que aponta, por exemplo, que, em 2017, a comercialização de medicamentos em farmácias atingiu cerca R\$57 bilhões no país, com 162 bilhões de unidades farmacêuticas comercializadas, demonstrando crescimento de 11,73% em relação ao ano anterior. Em termos de faturamento no setor, o Brasil encontrava-se, em 2018, na oitava posição no mundo, e na América Latina situava-se em primeiro lugar, à frente do México e Argentina.

Em 2017, segundo o Sindicato das Indústrias Farmacêuticas de São Paulo, SINDUSFARMA, o mercado farmacêutico no Brasil contava com 241 laboratórios farmacêuticos regularizados e autorizados para a venda de medicamentos. Desses, a maioria (60%) tem o capital de origem nacional. Não obstante, levantamento de dados do SINDUSFARMA apontaram à época que as empresas multinacionais detêm cerca de 52,44% do mercado, com 34,75% em embalagens comercializadas. Os laboratórios brasileiros representam 47,56% do mercado em faturamento e 65,25% em unidades farmacêuticas vendidas.

Importante destacar que as indústrias farmacêuticas situadas no estado de São Paulo respondem por importante faixa de movimentação do setor farmacêutico. Em 2017, dados do Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), apontaram que o setor industrial de medicamentos do estado de São Paulo obteve um faturamento de R\$53,3 bilhões com a venda desses produtos, correspondendo ao percentual de 76,8% do total de vendas em todo o território nacional. Na sequência por estados vieram o Rio de

Janeiro, cuja indústria farmacêutica faturou cerca R\$7,8 bilhões; Goiás, com faturamento de R\$3,1 bilhões; e Paraná, na quarta posição, com valor de medicamentos comercializados de R\$2,4 bilhões.

Em 2018, as projeções para os anos seguintes são as de que o mercado farmacêutico brasileiro continuasse em crescimento entre 5% a 8% no período entre 2018 e 2022, assim podendo subir uma posição no ranking global, em relação a 2017, alcançando a quinta colocação, ou seja, passando à frente da França. Lembrando que, em 2012, o país ocupava a sétima posição no ranking. O Guia 2018 da Interfarma apresentava dados que sugeriam, para 2022, no Brasil, uma projeção de gastos com medicamentos entre US\$ 38 bilhões e US\$ 42 bilhões (INTERFARMA, 2019). Para o Sindusfarma, as projeções da indústria farmacêutica eram de um aumento de 6,7% em unidades comercializadas e de 8,3% em faturamento para o ano de 2018, de 7,19% em unidades e de 9,02% em valores, para 2019 (SINDUSFARMA, 2019).

O Estudo apresentado no Guia 2019 da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) observa que as dimensões continentais favorecem o destaque do Brasil, justamente por haver um mercado interno expressivo. De outro lado, aponta que dificuldades sociais quanto ao acesso da população aos medicamentos impedem o País de ocupar uma posição ainda mais elevada no ranking mundial (INTERFARMA, 2019).

A publicação informa que o gasto global com medicamentos atingiu US\$ 1,2 trilhão em 2018 (pouco mais de R\$ 5 trilhões), e estima-se que ele ultrapasse US\$ 1,5 trilhão em 2023 (R\$ 6,2 trilhões). Já o mercado farmacêutico brasileiro deve movimentar entre US\$ 39 bilhões (R\$ 162 bilhões) e US\$ 43 bilhões (R\$ 179 bilhões) em 2023, comercializando algo em torno de 238 milhões de doses.

Vale ressaltar que a tendência global de consolidação da indústria farmacêutica tem pressionado as empresas de controle nacional, que começaram a responder com um movimento semelhante. Em 2005, a Aché, a maior empresa nacional do setor, adquiriu outro laboratório nacional, Biosintética, tornando-se líder de mercado. No mesmo ano, o laboratório farmacêutico nacional Biolab anunciou a compra de 80% da Sintefina, empresa farmoquímica também de capital nacional, e o laboratório nacional Libbs adquiriu as operações da multinacional australiana Mayne Pharma do Brasil, importante fabricante de medicamentos oncológicos. Outras empresas nacionais têm manifestado publicamente a intenção de se associarem.

Caso essa tendência se concretize em médio prazo, o país contará com empresas nacionais com porte suficiente para atuarem com mais autonomia nesse mercado.

A indústria farmacêutica mundial é composta por mais de 10 mil empresas. As distribuições continentais e pelos países de maior mercado são apresentadas nas Tabelas 2 e 3. Os Estados Unidos (EUA) são, ao mesmo tempo, os maiores produtores e os consumidores desse mercado. As maiores multinacionais exportadoras estão sediadas na Suíça, Alemanha, Grã-Bretanha e Suécia. Bélgica, Dinamarca e Irlanda também apresentam superávits em suas balanças comerciais de medicamentos. Por outro lado, países do Leste Europeu, Coreia, Austrália, Itália, Finlândia, Noruega e Japão são substanciais importadores. Pode ser considerado um setor oligopolista, uma vez que as oito maiores empresas contribuem com cerca de 40% do faturamento mundial em um processo de concentração crescente (SINDUSFARMA, 2019).

As grandes líderes do setor concentram, em seus países de origem, as etapas iniciais do processo produtivo, que demandam maior esforço tecnológico, e distribuem em outros países unidades de manufatura e comércio dos medicamentos. Nesse contexto, o comércio matriz-filial é de elevado valor para as multinacionais.

Segundo o Guia da Interfarma 2019, entre as 10 empresas com o maior faturamento no Brasil, seis são indústrias nacionais, e o faturamento das cinco empresas líderes equivale a 82,5% do faturamento das demais 15 empresas. Encabeçam a lista os laboratórios Aché, EMS Pharma, Eurofarma, Sanofi e Novartis (INTERFARMA, 2019).

No tocante ao quantitativo de indústrias farmacêuticas no Brasil, segundo o Conselho Federal de Farmácia, atualmente existem 464 indústrias de medicamentos, 4.492 distribuidoras e 62 importadoras de medicamentos devidamente registradas neste Conselho Federal. Como se vê, trata-se de um setor importante para a economia do País.

1.3 - A aprovação da Lei de Patentes no Brasil e suas implicações – um capítulo á parte do que ocorreu no mundo

Num breve levantamento histórico, em 1971 o Brasil deixa de reconhecer o patenteamento de medicamentos. Em 1976, permite-se que indústrias farmacêuticas registrem produtos similares aos medicamentos de referência. Em 1983, passa a ser

obrigatória a utilização do nome genérico, conforme previsto na Denominação Comum Brasileira (DCB), nas embalagens dos medicamentos, além do nome comercial. Em 1993, o Presidente Itamar Franco, tendo como Ministro da Saúde Jamil Haddad, assina o Decreto 793, prevendo que as embalagens de medicamentos passassem a ser comercializadas com destaque para o seu nome genérico, conforme a DCB, três vezes maior do que o nome comercial. A justificativa apresentada para a assinatura do Decreto era a de que existia uma grande quantidade de medicamentos similares, com grande variação de preço, podendo a população escolher os de melhor preço desde que conhecessem de quais eram equivalentes. Em 1991 é encaminhado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 824, de autoria da presidência da República, prevendo patentes para produtos e processos farmacêuticos. Fruto desse Projeto, em 1996, por meio da aprovação da Lei 9.279/96, que “regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial”, o Brasil passa a reconhecer a patente de medicamentos. Cabe destacar que TRIPS, do qual o país era signatário, previa cinco anos de transição para os países em desenvolvimento, com mais cinco anos para estes, cuja proteção de patentes para os campos tecnológicos previstos no Acordo não fossem contemplados anteriormente. Neste caso, o Brasil poderia aderir ao reconhecimento de proteção de patentes em 2005, mas acabou por reconhecer patentes de medicamentos oito anos antes do previsto. Como comparação, a Índia utilizou todo o período de transição, e países como Argentina, Costa Rica, Honduras, Paraguai e Uruguai utilizaram parcialmente este período (CYTRYNOWICZ, 2007, pags. 159, 170).

Para a indústria produtora de medicamentos de referência, a avaliação foi de que o reconhecimento de patentes para medicamentos é condição fundamental para que haja pesquisa e inovação, assim como ocorre em outros setores de alta tecnologia. Segundo a INTERFARMA – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa -, a aprovação da referida Lei foi de fundamental importância, pois o maior custo dessas empresas está na pesquisa e na geração de informações sobre novos fármacos. Além disso, contribuiu para que fossem estimulados os processos de transferência de tecnologia, permitindo assim o acesso a novos medicamentos e às parcerias da indústria com universidades e instituições de pesquisa no Brasil. Por outro lado, os que se posicionaram contrários à lei, ou que defendiam regras mais brandas, manifestaram que seria necessária uma política de fortalecimento da indústria nacional, de forma a torná-la mais competitiva, impedindo desta forma os

monopólios inerentes à aprovação da referida lei. Da mesma forma como ocorrera em outros países, como o Canadá, que exigiram a instalação de empresas de P&D como contrapartida ao reconhecimento de patentes de medicamentos, empresas nacionais brasileiras defendiam que fosse estimulado o “amadurecimento tecnológico” em fármacos no País (CYTRYNOWICZ, 2007, pags. 161-163).

A partir de 1999, o Estado Brasileiro passa a reconhecer os medicamentos genéricos. Com a aprovação da Lei 9.787/99, esta categoria de medicamentos passara a ser conceituada como um medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção de patentes ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI (BRASIL, 1999).

Em 1999, o Brasil possuía um consumo de medicamentos *per capita* de pouco mais de US\$ 50 por ano, sendo que 48% dos medicamentos eram adquiridos por 15% da população, a qual possuía uma renda acima de 10 salários-mínimos. Para os que possuíam renda menor do que quatro salários-mínimos, o consumo era de 16% dos medicamentos vendidos. Nesse contexto, cerca de 40% da população não tinha acesso aos medicamentos, sendo o SUS a única alternativa para obterem seus medicamentos (CALLEGARI, 2000).

Antes da aprovação da Lei de Genéricos, BERMUDEZ (1995, p. 376) apontava que “uma proposta de política de medicamentos genéricos tem que se constituir em uma ação setorial, envolvendo outros ministérios e outras esferas de governo, além da sociedade”. Até a sua aprovação, o Brasil possuía duas categorias de medicamentos. A primeira categoria era caracterizada pelos medicamentos lançados originalmente pelas empresas líderes do mercado mundial, denominados no Brasil como “medicamentos inovadores”. A segunda categoria era descrita como “medicamentos similares”, caracterizando-se como cópias dos medicamentos inovadores, possuindo o mesmo princípio ativo, a mesma concentração e mesma forma farmacêutica que eles. Com a aprovação da Lei 9787/99, as três categorias de medicamentos passam a existir conjuntamente, sendo caracterizadas como medicamentos similares, medicamentos genéricos e medicamentos de referência (QUENTAL et al. 2008, p. 620).

1.4 - A política de desenvolvimento da industrial pública - Os laboratórios farmacêuticos Oficiais

Dentre as empresas que fazem parte do quadro da indústria farmacêutica brasileira, também consta a existência de 18 laboratórios públicos, que constituem a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (ALFOB). A primeira fase histórica dos laboratórios oficiais remonta desde as primeiras décadas do século XX e é claramente marcada pela produção de medicamentos de uso tópico, vacinas e soros antipeçonhentos. Centros irradiadores de ciência e tecnologia em saúde pública são criados, com destaque para as instituições Oswaldo Cruz, Vital Brazil, Ezequiel Dias e Butantan, todos engajados no esforço de campanhas que pudessem produzir as respostas esperadas no mais curto espaço de tempo. O quadro de precariedade das condições de vida da maioria da população brasileira será uma marca distintiva do processo saúde-doença no decorrer dos anos 1900, sendo também um dos nortes da produção dos laboratórios oficiais. Outros importantes laboratórios também se destacaram ao longo do tempo, como a FURP – Fundação para o Remédio Popular do Estado de São Paulo, o Lafepe – Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco e a Iquego – Indústria Química do Estado de Goiás S/A (OLIVEIRA, 2006).

Após a Constituição de 1988 e a Lei federal nº 8.080/90, surge uma nova organização para a assistência à saúde no Brasil. A Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916/98) estabelece a terminologia Assistência Farmacêutica, com financiamento pelos três níveis gestores do SUS: federal, estadual e municipal. Além da fabricação de soros, vacinas, medicamentos básicos e negligenciados, os laboratórios oficiais iniciaram a produção de diversos medicamentos para o Programa Nacional de DST/AIDS. Em 2008, a política do Complexo Industrial da Saúde e seu programa de financiamento, somada ao estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), amparadas pela Portaria GM/MS nº 2531/14 e pelo Decreto nº 9.245/17, que instituiu a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde, permitiram aos laboratórios oficiais incorporar tecnologias, ampliar o faturamento e desenvolver uma política de investimentos fabris, adequando-se às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Em dezembro de 2005, a Portaria 2.438/GM, do Ministério da Saúde, criou a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos. Os principais

objetivos da Rede propostos eram: 1) tornar as atuações dos laboratórios oficiais coordenadas e organizadas para garantir que sejam atendidas as expectativas e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere à produção e à oferta de medicamentos; e 2) utilizar da maneira mais racional possível os investimentos públicos, adotando estratégias conjuntas para melhorar a capacidade de produção.

Depois de muitos anos, o país ainda não tem uma política industrial ativa na qual, em seu componente vertical, a cadeia farmacêutica apareça como opção estratégica. O desafio de elaborar um planejamento estratégico de médio e longo prazos para os laboratórios oficiais situa-se, assim, em um quadro de saúde pública marcado pela transição demográfica e epidemiológica, onde há risco de desabastecimento em estados e municípios de vacinas para febre amarela, medicamentos psicotrópicos, medicamentos para doenças negligenciadas e drogas órfãs e demais itens dos Componentes da Assistência Farmacêutica. Os laboratórios oficiais têm uma grande missão a ser cumprida e possuem alto potencial para a consecução desse intento. O caminho, já iniciado com investimentos realizados e experiências adquiridas com empresas privadas nos projetos de Parceria de Desenvolvimento Produtivo (PDP's), assim como com investimentos a serem feitos para aumento da capacidade de produção instalada e inclusive nas adequações técnicas com certificação em Boas Práticas de Fabricação (BPF) exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), elevam assim padrões de exigência sanitária nestes laboratórios públicos, possibilitando a médio e longo prazo, maior segurança na produção de medicamentos e aumento da competitividade do parque industrial instalado no país (ALFOB, 2019, p. 5).

CAPÍTULO II

2.1- Mercado, a sociedade e suas demandas: da farmácia de manipulação ao trabalho remoto

Dentre as atividades do vasto âmbito da profissão, o exercício farmacêutico na arte da manipulação de medicamentos e, sobretudo, no atendimento às demandas da população em busca de “remédios” que abrandassem suas queixas, foram certamente as duas atividades mais alteradas em função das conveniências da vida moderna. O trabalho farmacêutico no atendimento à população, nos balcões das farmácias, é a atividade que mais identifica a profissão em todo o mundo e aquela que, de forma direta, possibilita a relação do profissional com a sociedade. Neste capítulo iremos abordar as mudanças ocorridas no mercado do comércio varejista de medicamentos no Brasil e suas importantes repercussões e mudanças na forma de trabalho dos farmacêuticos e farmacêuticas e de como essas mudanças impactaram também as relações destes profissionais com a sociedade brasileira, com menção aos avanços e retrocessos nessa relação profissional e social desde o período colonial aos dias atuais.

2.2. - O mercado varejista de ervas medicinais no Brasil - Colônia

A atividade farmacêutica, desde o período colonial até os idos da década de 1950, no Brasil, estava intimamente ligada à manipulação de medicamentos. O farmacêutico era o profissional que artesanalmente elaborava o que o médico prescrevia e, na ausência deste, o que não era incomum em muitos municípios e vilas do interior do Brasil, até pouco tempo, a população recorria à farmácia e às orientações do farmacêutico para solucionar ou minimizar suas demandas de saúde.

Ao exercer essa importante atividade do domínio da arte da manipulação e elaboração dos medicamentos e, sobretudo, sendo também referência na escuta e no atendimento assistencial à população, o farmacêutico ocupava papel relevante junto à população de sua cidade, o que lhe conferia grande influência política e social naquela época (FIGUEIREDO, 2005, p.25).

No entanto, ter uma farmácia e se estabelecer no mercado não eram “tarefa simples”. Já no período imperial, ser farmacêutico dono do seu “próprio negócio” implicava superar uma série de dificuldades impostas pelo mercado concorrente, em cidades e vilas com população ainda em crescimento, e estar adequado, já naquela época, às exigências estabelecidas pelo Reino de Portugal.

Segundo as ordenações do Reino português, a distribuição de substâncias medicinais era privativa dos boticários portugueses ou daqueles que recebiam autorização da Coroa, conhecida como “Carta de Aprovação”, que autorizava os afazeres em uma botica, como a comercialização das ervas medicinais de todas as espécies.

Essa autorização era objeto de muita disputa, já que o comércio dessas substâncias e a atividade enquanto boticário possibilitavam galgar estabilidade financeira e reconhecimento social. No entanto, diante de inúmeras denúncias de comércio de medicamentos por pessoas não autorizadas, o Reino de Portugal publicou um regramento ao setor que ficou conhecido como o “Regimento de 1774”, que proibia a distribuição de insumos e medicamentos por estabelecimentos não autorizados, criando a figura do profissional responsável e, principalmente, a fiscalização sobre o estado de conservação das drogas e dos vegetais medicinais (FIGUEIREDO, 2005, p.27).

O Regimento de 1774 foi o precursor do que hoje se tem como legislação sanitária para os estabelecimentos farmacêuticos. Ele estabeleceu algumas normas que ainda são objeto de pleno exercício pelos órgãos de fiscalização administrativa e do exercício profissional, como: legalização do “profissional” ao exercício da arte da botica; exigência de aparelhos como balanças, pesos, medidas, medicamentos galênicos, produtos químicos, vasilhames e livros elementares que garantissem a qualidade do trabalho; fiscalização sobre o estado de conservação das drogas e dos vegetais medicinais, principalmente aqueles que vinham do Reino de Portugal; e a determinação expressa da obrigatoriedade de afixação da “Carta de Aprovação” (alvará sanitário) em local bem visível pela clientela (FIGUEIREDO, 2005, p. 28). Importante destacar que o “Regimento de 1744” foi um grande marco da relação das boticas e dos boticários em um momento importante da história da profissão farmacêutica e do profissional. Como relatado na literatura, os comerciantes leigos que viam na farmácia um estabelecimento de possibilidade lucrativa, desobedeciam

aos ditames do Regimento e comercializavam drogas e medicamentos, mesmo sem a tão exigida “Carta de Aprovação”.

Certamente, a fiscalização, muito precária à época, e a grande pressão feita pelos comerciantes, possibilitavam que a burla à legislação prevalecesse. Esta disputa do mercado farmacêutico entre boticários e comerciantes leigos no século XVIII contribuiu sobremaneira para o futuro da profissão e das relações de trabalho para a categoria farmacêutica.

Vale ressaltar que, como era de se esperar, a “Carta de Aprovação” acabou sendo também alvo de muita discórdia na sociedade daquela época, e os comerciantes mais influentes junto aos representantes do imperador faziam grande pressão para serem contemplados. Essa situação acabou gerando grande discussão e manifestações onde, de um lado, os boticários alegavam que visavam atender, dentro dos limites estabelecidos, às demandas de saúde do povo e, por outro, os comerciantes leigos alegavam que o comércio das ervas deveria ser livre e que o “privilégio” dado aos boticários era prejudicial à população e ao mercado (GODOY, 2019, p.113).

2.3 – As primeiras escolas de Farmácia – Surgem os farmacêuticos no Brasil Império

O ensino pioneiro em Farmácia se deu com a criação das Escolas de Medicina do Hospital Militar na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808, onde eram repassados conhecimentos da disciplina de “Matéria Médica e Pharmácia” na Escola Anatômica, Cirúrgica e de Pharmacia, em ambas as escolas.

Assim, os primeiros cursos farmacêuticos foram criados no Brasil durante o período das regências, a partir da lei de reforma do ensino médico de 03 de outubro de 1832, e estavam vinculados às escolas oficiais de medicina, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia.

Em 1832, o imperador D. Pedro II institucionalizou o ensino farmacêutico por meio de lei assinada em 03 de outubro de 1832, e em 1839 é fundada a Escola de Farmácia de Ouro Preto (MG), primeiro estabelecimento isolado de ensino farmacêutico do Brasil e da América do Sul, criado por meio do decreto nº 140 de 04 de abril de 1839, pela Assembléia Provincial de Minas Gerais (GODOY, 2019, p 67).

Com o passar dos anos, as novas descobertas no campo da ciência médica e a criação de escolas de medicina, que proviam as cidades e vilas de profissionais médicos, possibilitaram que o farmacêutico se aprofundasse e se especializasse cada vez mais em conhecimentos voltados aos medicamentos, estabelecendo a manipulação de fármacos como seu principal ofício, voltando-se para a farmácia, seguindo uma prática já consolidada no exterior, sobretudo na Europa. Assim, distancia-se cada vez mais de atividades dos boticários no campo do atendimento assistencial às queixas de saúde e se consolida como profissional do medicamento.

2.4 - O arcabouço legal para o exercício da profissão farmacêutica

Apesar dos diversos cursos de farmácia existentes no início do século XX, a profissão farmacêutica só veio a ser devidamente regulamentada no primeiro governo do Presidente Getúlio Vargas, com a publicação do Decreto nº 19.606 de 19 de janeiro de 1931, que dispunha sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil.

Em seu Artigo 6º, previa que o exercício da profissão farmacêutica compreendia diversas funções que iam muito além da relação com as farmácias, pois cita nominalmente a fabricação de medicamentos nas indústrias (especialidades farmacêuticas). Além das produções magistrais e officinais, as atividades relacionadas com análises clínicas e as funções de bromatologista (as análises de alimentos), biologista e legista. Por força de uma formação sólida e diversificada, o farmacêutico tem seu campo de atuação ampliado.

Além de assegurar em seu artigo 5º que a atividade farmacêutica seria obrigatoriamente exercida pelo profissional graduado em uma escola oficialmente reconhecida, o decreto estabelecia (artigo 8º) que a propriedade da farmácia necessariamente teria que ser do farmacêutico ou, pelo menos, em caso de sociedade, ter o farmacêutico, no mínimo, 30% (trinta por cento) das cotas sociais (BRASIL, 1931).

Em seu artigo 10º, o Decreto 19.609 estabelecia critérios para a autorização de novos estabelecimentos farmacêuticos, como o número de farmácias existentes nas vilas e povoados e a distância da farmácia existente mais próxima. Esses dois critérios procuravam servir como estratégias para evitar a concorrência acirrada entre as farmácias a serem autorizadas. Até algumas décadas atrás, alguns

municípios aprovaram a chamada “Lei de zoneamento”, de mesmos critérios e objetivos.

Em seu artigo 14, estava previsto que cargos de inspetores de farmácia, em todo o território da União, só poderiam ser exercidos por farmacêuticos legalmente habilitados, os quais não poderão ter nem dirigir farmácia ou laboratório.

Já em seu artigo 19, havia a previsão do não aviamento da receita, caso o farmacêutico, tendo motivo para julgar a prescrição médica perigosa ao doente pela alta dosagem de substâncias ativas ou incompatibilidade dos ingredientes respectivos, exigirá sua confirmação pelo profissional, o que ainda hoje é motivo de controvérsia pela classe médica.

No artigo 27, o decreto expressava a necessidade de proibição de propaganda sobre medicamentos e produtos cuja venda não tenha sido autorizada pelo órgão licenciador responsável, situação vivenciada nos últimos tempos, sobretudo por conta de drogas importadas. Em casos de ausência do médico, o decreto previa que (ipsis litteris) “o pharmaceutico, em sua pharmacia, em caso de acidente, pode socorrer o paciente aplicando aparelhos e fazendo curativos de emergência” (artigo 30).

Décadas depois, no governo do Presidente Juscelino Kubitschek, era publicada a Lei nº 3.820, de 1960, que cria o Conselho Federal de Farmácia e os Conselhos Regionais, destinados a zelar pela fiel observância dos princípios da ética e da disciplina da classe dos que exercem atividades profissionais farmacêuticas no País.

No ano de 1973, quando o país se encontrava mergulhado em plena ditadura militar, foi publicada pelo governo do General Médici, a Lei Sanitária n. 5991/1973, que dispõe o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, em todo o território nacional, e estabelece, em seu artigo 15, que: “A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei. § 1º - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.”

No início da década seguinte, ainda sob a égide do governo militar, o presidente General João Batista Figueiredo assinou o Decreto nº 85.878/1981, no qual estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960,

sobre o exercício da profissão farmacêutica, definindo suas atribuições de caráter privativo e aquelas que serão exercidas sem exclusividade.

Mais recentemente, em 2014 foi sancionada a Lei 13.021/2014, que trouxe avanços importantes quanto ao exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas, ampliando o conceito de assistência farmacêutica como o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

Ratifica ainda que a assistência farmacêutica envolve desde a pesquisa e desenvolvimento de fármacos até a dispensação, o acompanhamento e avaliação do uso do medicamento pela população, bem como deve ser garantida no armazenamento e transporte de medicamentos. O farmacêutico não deve ter como objetivo apenas facilitar o acesso do paciente ao tratamento indicado, mas seu papel é fundamentalmente o de orientar o paciente ao uso racional de medicamentos.

2.5 - O exercício da Assistência Farmacêutica em farmácias em uma tendência de mercado cada vez mais flexível.

Até meados da década de 1960, o farmacêutico era ainda o grande detentor da propriedade das farmácias existentes no Brasil. As farmácias, em sua grande maioria, tinham, em suas dependências físicas, um laboratório de manipulação de fórmulas farmacêuticas que conferia ao farmacêutico o monopólio do conhecimento, dos saberes e fazeres na arte de “transformar” insumos vegetais e produtos químicos em verdadeiros e milagrosos medicamentos.

2.5.1 – A produção de medicamentos em larga escala e a imposição do varejo farmacêutico

Com a “chegada” da indústria estrangeira e o crescimento da produção industrial de medicamentos no Brasil, que ganhou maior volume a partir do fim da década de 1960, há uma mudança substancial na atividade farmacêutica, como já visto no Capítulo I.

A aprovação da Lei Sanitária n. 5991, no ano de 1973, em pleno período da Ditadura Militar em nosso País, foi forjada em consonância aos interesses desse mercado internacional que, naquele momento, fabricava medicamentos em larga escala. Era preciso flexibilizar as leis, tornando possível que o “comércio” varejista de medicamentos fosse expandido.

Assim, a redação da disposição, na lei n. 5991, de 17 de dezembro de 1973, está inteiramente alinhada às novas diretrizes para o setor, quando “dispõe sobre o **Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências**” (grifo nosso).

Importante destacar que, de acordo com a Lei 5991/1973, “medicamento é todo produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos”. Eles ocupam lugar de destaque nas práticas profissionais e culturais relacionadas com a promoção ou recuperação da saúde. A sua utilização é uma preocupação social constante, tanto na disponibilidade à população como o uso irracional ou abusivo. A dispensação de medicamentos é privativa dos estabelecimentos autorizados e definidos por esta Lei 5991/73, especificando farmácias, drogarias, postos de medicamentos, unidades-volantes e dispensários de medicamentos.

Em seu artigo 4º, a lei 5991/73 apresenta o conceito de um tipo de estabelecimento farmacêutico inexistente até então no Brasil — a drogaria, entendida como “estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais. Assim, a dispensação de medicamentos, antes privativa das farmácias, passa a ser também das drogarias, que passam a ocupar um espaço que concilia interesses políticos dos militares que governavam o País, aliados aos interesses de grupos econômicos do setor do comércio varejista e atacadista e, principalmente atender à demanda das indústrias farmacêuticas, notadamente as estrangeiras, que “aportavam” no Brasil em plena ditadura militar e que precisavam expandir a venda dos seus produtos fabricados em larga escala. A expansão vertiginosa do comércio farmacêutico no país, por meio das drogarias, torna-se um grande “divisor de águas” ao exercício da profissão naquela que era sua atividade mais nobre e que seria fundamental para o caminhar da profissão ao longo das décadas seguintes como reflexos até atualmente.

A citada Lei. n. 5991/1973 dispõe, em seu artigo 4º, os seguintes conceitos legais a respeito dos dois estabelecimentos de dispensação de medicamentos, a saber:

X - Farmácia - estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica;

XI - Drogeria - estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais;

Portanto, ao criar a figura jurídica da “drogeria”, os legisladores definiram um estabelecimento que não tivesse a “complexidade sanitária” da manipulação de medicamentos e que só dispensasse medicamentos “prontos”, já industrializados, criando uma inédita modalidade de estabelecimento farmacêutico que, salvo melhor juízo, não existia em nenhum país do mundo.

É importante contextualizar que a autorização da abertura do estabelecimento “drogeria” por leigos, prevista pela Lei n. 5991/1973, não vem de forma pontual, isolada. Ao contrário, ela acontece como a principal, mas não única medida que foi determinante ao favorecimento do avanço e consolidação deste “novo” do comércio de medicamentos no País, face aos interesses comuns de diversos atores em postos naquele momento.

Duas medidas ocorridas na década de 1960 foram fundamentais ao suporte das mudanças de rumo que impactaram profundamente a profissão nas décadas seguintes. A primeira foi o parecer n. 268/1962, do Conselho Federal de Educação, que propôs o deslocamento do eixo principal da formação do farmacêutico de sua área privativa, o medicamento, direcionando-a para a formação do farmacêutico-bioquímico, destinando a ocupar outras áreas da profissão, sobretudo o setor das análises clínicas que, naquele momento, tinha grande apelo de trabalho e um mercado em expansão.

A segunda medida veio com o Parecer n. 287/1969, que subsidiou a Resolução n. 04, de 1969, do Conselho Federal de Educação (CFE), em consonância com o citado Parecer 268/1969, no qual o CFE definiu o segundo currículo mínimo de Farmácia considerando que a orientação para formação do profissional farmacêutico nas áreas das análises clínicas e de alimentos, possibilitando a formação em farmácia industrial com conhecimentos em medicamentos e cosméticos, seriam excelentes alternativas ao exercício profissional frente às mudanças provocadas pela indústria de medicamentos em larga escala que se estabelecia no país e que implicaria em mudanças necessárias nas farmácias, que até então tinham na manipulação de medicamentos realizada pelos farmacêuticos a principal atividade da vida profissional mudaria. (CFE, 1969, SANTOS; ROSALEN, 1994).

As ações do CFE e sua visão superficial inerente à concepção da área de farmácia, somadas às políticas econômicas adotadas à época, resultaram numa forte caracterização do medicamento como um bem de consumo comum que deveria, em sua cadeia econômica, objetivar o lucro, atendendo assim às expectativas do setor industrial e do mercado, onde já se consolidavam oligopólios formados principalmente pelas fábricas estrangeiras estimuladas a se estabelecerem no Brasil (TEMPORÃO, 1987; LEFRÉVE, 1991).

Em seu capítulo IV, a lei n. 5991/1973 trata da Assistência e Responsabilidade Técnica por farmácias e drogarias e não faz referência, em nenhum artigo, à questão da propriedade, deixando claro que não é preciso ser farmacêutico para ser proprietário, e que nem mesmo há a obrigação de cotas farmacêuticas em uma sociedade de proprietários.

Assim, sacramenta-se a autorização legal para liberação de abertura de drogarias e farmácias por leigos, viabilizando a profusão de abertura de novas drogarias pelo país afora e garantindo o mercado varejista de medicamentos. A entrada em vigência da Lei 5991/73 foi determinante para uma mudança radical nos rumos da profissão farmacêutica no Brasil, trazendo novos impactos importantes na carreira dos profissionais, sentidos até atualmente (BRASIL, 2021).

Apesar da Lei n. 5991/73 determinar, em seu artigo 15º Parágrafo 1º, que a presença do técnico responsável é obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento, o número crescente de abertura de drogarias por pessoas leigas e o número insuficiente de profissionais que se graduavam no curso de farmácia a cada ano para assumirem a responsabilidade técnica das novas

drogarias no País acabaram gerando uma situação inusitada, a ponto de os conselhos de farmácias e órgãos responsáveis pela regulamentação do exercício profissional autorizarem os farmacêuticos a se responsabilizarem tecnicamente por mais de uma drogaria, chegando, em algumas unidades federativas, a ser autorizada a assunção de até quatro estabelecimentos, em função do número exíguo de profissionais em alguns estados (BRASIL, 2021).

Nas décadas de 70 e 80, o pêndulo da relação “número de farmacêuticos ante número de estabelecimentos registrados nos conselhos regionais de farmácia” pendia cada vez mais para o lado dos estabelecimentos, gerando um importante quadro de desassistência farmacêutica nesses locais em função da impossibilidade da presença física, o que configura a não prestação da assistência farmacêutica integral prevista na legislação.

Diferentemente de outros países nos quais as farmácias necessariamente contavam com a presença física de farmacêuticos, o Brasil envereda-se por um caminho que implicaria em grandes e preocupantes transformações tanto para a profissão quanto para a sociedade.

Uma das grandes consequências provocadas pela lei n. 5991/73 foi o caráter mercadológico imposto às drogarias, que, em meio à expansão da produção de medicamentos em larga escala, culminou na autorização da abertura de estabelecimentos por leigos. Soma-se a isso a insuficiência do número de farmacêuticos no País, criando um ambiente favorável a uma prática de vendas e consumo de medicamentos de forma não profissional e irracional, o que produziu uma relação de viés comercial que sobrepunha a sanitária, em que, muitas vezes, a automedicação e a indicação de medicamentos nos balcões das drogarias é feita por leigos, além das dificuldades de acesso a uma consulta médica, o que possibilitava práticas prejudiciais à saúde pública.

2.5.2 - A indústria, o varejo farmacêutico e o novo mercado em expansão

Uma das históricas referências no Brasil quando o assunto é inovação no ramo farmacêutico, Cândido Fontoura, farmacêutico criador do famoso tônico fortificante “Biotônico Fontoura”, que foi muito consumido ao longo de todo o século XX e que até os dias atuais tem grande aceitação junto à população, já previa, nas

primeiras décadas dos anos 1900, que as farmácias passariam por uma grande reformulação com o advento do desenvolvimento das indústrias farmacêuticas e sua produção de medicamentos em larga escala (FIGUEIREDO, 2005, p. 137).

Por meio de um levantamento sobre as farmácias existentes na década de 1930, no Brasil e em alguns países do mundo, Cândido Fontoura já apresentava argumentos de que cada vez mais a farmácia tendia a se estabelecer enquanto espaço de venda de medicamentos industrializados e cada vez menos iria recorrer à manipulação dos medicamentos. Era uma forte tendência no mundo e que inevitavelmente chegaria ao Brasil. Outra importante previsão, quase um vaticínio, de Fontoura, é a de que o ganho de escopo, ou seja, a variedade de oferta de produtos nas farmácias, observada nas chamadas “drugstores” nos Estados Unidos, já naquela época, seria também a grande alternativa com vistas ao aumento de lucratividade nesses estabelecimentos, uma vez que os medicamentos manipulados gerariam limitação de lucro, já que o farmacêutico, face à redução das oportunidades de manipulação, teria seus rendimentos diminuídos com essa atividade (FIGUEIREDO, 2005, p. 137).

Esta tendência você usa palavras entre aspas, não há necessidade, as aspas são para citações diretas no texto ... de ampliação do leque de produtos a serem ofertados nas farmácias e drogarias foi objeto de grande discussão em nosso País. A mesma lei n. 5991/73, em seu artigo Art. 5º, que trata somente do comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos como privativo das empresas e dos estabelecimentos definidos nesta Lei e em seu parágrafo 1º, estabelece que o comércio de determinados correlatos, tais como aparelhos e acessórios, produtos utilizados para fins diagnósticos e analíticos, odontológicos, veterinários, de higiene pessoal ou de ambiente, cosméticos e perfumes, exercido por estabelecimentos especializados, poderá ser extensivo às farmácias e drogarias, observado o disposto em lei federal e na supletiva dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

Tanto os legisladores sanitários e a comunidade acadêmica quanto os farmacêuticos proprietários de pequenas farmácias viam no estabelecimento “drugstore” uma excrescência jurídica, não prevista em lei, e que poderia reforçar o caráter mercantilista dado às farmácias pela lei n. 5.991/73. Ao mesmo tempo, tinham a preocupação de que os supermercados vissem na figura do estabelecimento “drugstore”, uma justificativa para que eles pudessem ter

autorização de vendas de medicamentos nesses estabelecimentos, assim como conseguiram vender pães, antes previstos somente nas padarias (MULLER, 2019).

No entanto, não obstante às preocupações do setor quanto aos possíveis riscos, a Medida Provisória nº 1.027, de 20 de julho de 1995, instituída pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, criando o Plano Real, surpreendentemente trouxe modificações na Lei nº 5.991/73, que passou a vigorar possibilitando a existência dos estabelecimentos denominados “drugstore”, que poderiam vender medicamentos ditos “isentos de prescrição”, inclusive em forma de auto-serviço, dispostos nas gôndolas dos estabelecimentos. A partir dessa autorização, que sabidamente partiu de grande interesse e lobby político feito pelas grandes redes de drogarias no Brasil à época, a existência das “drugstores” passa a ser uma realidade no País, com gôndolas de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP’s), com autosserviços espalhados nos espaços de entrada das lojas e com diversificação de produtos de conveniência, tal como previsto pelo farmacêutico Cândido Fontoura no início do século passado.

A principal justificativa para a liberação seria o aumento da concorrência, que levaria a uma queda dos preços, favorecendo a população. Porém, no ano seguinte, quando a MP 592/ 94 foi transformada na Lei 9.069/95, esta autorização foi suprimida por meio de alteração da redação. Na tentativa de promover maiores restrições e proibir a venda de medicamentos em locais leigos, foi proposto o Projeto de Lei (PL) 576/95, que proibia a venda de medicamentos em locais não contemplados pela Lei 5991/73, visando assim a resguardar a segurança da população quanto aos riscos da automedicação.

Outras “inovações” de formas de disponibilizar medicamentos de venda livre aparecem a cada momento, a grande maioria trazida de uma realidade já existente em países europeus e nos Estados Unidos, Por exemplo, as máquinas conhecidas pelo modelo *Clique & Retire* com os chamados armários inteligentes, onde o medicamento pedido online pelo cliente fica a disposição por um determinado período. O grande varejo farmacêutico vem investindo nesses sistemas. É o caso das Farmácias Pague Menos, cujo modelo de *Clique & Retire* já representa 33% das vendas *online* e está disponível em 100% das lojas. Agora, a rede lançou novas funcionalidades, como um mapa de busca por geolocalização no seu *site* oficial, o que viabiliza a pesquisa da unidade mais próxima. Nas lojas da rede Panvel, rede de farmácias do Sul do País, esses espaços são uma realidade desde em 2019 e estão

em funcionamento em 11 cidades da Região Sul do país, como Florianópolis, Caxias do Sul, Porto Alegre, Curitiba, além de São Paulo, ou seja, as redes de drogarias e farmácias estão cada vez mais se reinventando para disponibilizar medicamentos com maior comodidade aos seus clientes, utilizando potenciais estratégias de aumento de vendas (ICTQ, 2021).

Outra “inovação”, já mais antiga e conhecida em nosso País, é a adaptação feita pelos americanos a partir da experiência de pedido e entrega feita pelas lanchonetes de lanches rápidos ou “fast food”, por meio do atendimento ao cliente sem que este precise sair do automóvel em que se encontra. Em inglês, o “drive thru” se tornou também estratégia para entrega de medicamentos e foi incorporado por grande parcela das redes de farmácia no Brasil. Esse modelo de “entrega” de medicamentos, em que o cliente não sai do automóvel para pedir e receber seu medicamento teve um crescimento importante em função do flagelo da pandemia Covid-19, desde o início do ano de 2020 até os dias atuais (ICTQ, 2021).

Importante destacar o grande interesse da indústria farmacêutica em ampliar o comércio varejista de medicamentos para os supermercados e lojas de conveniência em função do grande número de lojas de natureza espalhadas pelo País afora. Nesse sentido, a indústria tem atuado em duas importantes frentes: 1) A aprovação da venda dos chamados Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP's), em supermercados e estabelecimentos congêneres sob a alegação de eles apresentarem baixo risco de uso e a necessidade da concorrência para redução de preços; e 2) Atuação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para que medicamentos que exijam a apresentação de receita para serem dispensados nas farmácias e drogarias, portanto, que apresentam a tarja vermelha em sua embalagem, onde está escrito “venda sob prescrição médica”, possam ser “destarjados”, em função de supostos argumentos de baixos riscos e necessidade de maior acesso pela população.

A disputa pela venda de medicamentos isentos de prescrição (MIP's) em supermercados é muito acirrada já por décadas. Recentemente, em 2019, após tramitar por um ano na Câmara dos Deputados e ter sido tema de audiência pública em novembro de 2020, o Projeto de Lei nº 9482/2018, que autorizava a venda de medicamentos isentos de prescrição em supermercados e estabelecimentos similares, foi arquivado no início de 2021 nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara. E mais recentemente, no dia 11 de julho de 2021, a comissão

mista instituída para análise dessa pauta aprovou relatório que impede a venda de medicamentos isentos de prescrição. O relator apontou que seria concorrência desleal com as farmácias, haja vista que estas estão submetidas a uma série de exigências sanitárias que não poderiam ser cobradas dos supermercados e estabelecimentos congêneres (MULLER, 2021).

O mercado varejista de medicamentos no Brasil é bastante importante sob a ótica econômica e, mesmo sofrendo efeitos da crise econômica em nível mundial, bastante agravada com o flagelo da Pandemia Covid-19, ainda assim, segundo pesquisa da *Close Up international*, instituto de consultoria especializado e que assessora empresas do setor, o varejo farmacêutico deve, pela primeira vez, atingir faturamento de três dígitos e ultrapassar R\$ 103,2 bilhões em 2021, com a venda de 7 bilhões de unidades.

O resultado representaria um avanço de 10,8% na comparação com os R\$ 93,1 bilhões alcançados em 2020. Os medicamentos de prescrição, em especial os exclusivos e genéricos, prometem puxar esse crescimento. A consultoria projeta que essa categoria movimentará R\$ 55,7 bilhões no ano, representando 54% do montante geral. Com faturamento em torno de R\$ 15,5 bilhões, os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) responderiam por somente 19%, enquanto os produtos de higiene pessoal, perfumaria e conveniência totalizariam exatos R\$ 32 bilhões (31%).

O levantamento traçou ainda possíveis cenários até 2025 e prevê um faturamento da ordem de R\$ 158,6 bilhões em cinco anos. O resultado acumulado seria 70% superior ao de 2020. A partir de 2022, com a expectativa de imunização de toda a população brasileira contra a Covid-19, espera-se que as farmácias e drogarias registrem curvas de crescimento na casa de 11% (PANORAMA FARMACÊUTICO, 2021).

O comércio varejista farmacêutico tem passado por transformações nas últimas décadas, ocorrendo um processo de consolidação, decorrente de fusões e da aquisição de pequenos estabelecimentos por grandes redes de drogarias. Ainda que, em relação aos pontos de venda, as drogarias independentes sejam majoritárias, houve claro aumento da concentração do faturamento nas grandes redes do setor.

A maior participação de grandes redes de drogarias, com a implementação de estratégias de negócio mais agressivas, pode explicar o crescimento da margem de

comercialização observada. A forte evolução do mercado farmacêutico, mesmo em um período de recessão econômica em nível mundial desde o ano de 2008, é reflexo da resiliência desse setor da economia, que tem como forte característica o comércio de produtos de necessidade básica, que dificilmente deixam de ser consumidos, mesmo em períodos de recessão econômica.

Em 2014, 85% dos pontos de venda eram constituídos por drogarias independentes. Contudo, em 2004, o faturamento das dez maiores redes representava 21% das receitas totais do setor, e passou para 36% em 2013. No mesmo período, as drogarias independentes viram sua participação cair de 66% para 47%. Também é possível que limitações na regulação econômica do mercado de medicamentos tenham contribuído para esse aumento. De acordo com Dias et al, 2004 o modelo regulatório brasileiro para preços de medicamentos nem sempre é favorável a princípios de funcionamento ótimo do mercado na perspectiva de consumidores e financiadores. A regulação vigente tem como norte reduzir a força de mercado dos produtores e sua capacidade de impor preços pelo aumento da produtividade, eficiência e concorrência da indústria farmacêutica. Está embutida a premissa de que a simples ampliação da concorrência, sem maiores análises sobre a natureza dessa concorrência ou sobre as características do mercado consumidor e seu financiamento, implique redução de preços.

Ainda segundo Dias et al, 2004 talvez seja necessário realinhar periodicamente os tetos de preços à realidade de mercado, em concordância com o recomendado pela literatura para esse modelo regulatório, e garantir maior poder ao consumidor. Nesse sentido, uma medida imediata seria aumentar a transparência dos preços ao consumidor (pacientes e prescritores). Os esforços engendrados pela ANVISA neste setor ainda são largamente insuficientes (DIAS et al., 2019).

Em artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, em agosto de 2021, um grupo renomado de entidades nacionais do campo da saúde observa que, de modo geral, os preços são livres no Brasil. Uma das exceções são os medicamentos, que têm preços regulados desde o início deste século porque, de acordo com o IBGE, representam parcela relevante do gasto familiar e seu uso racional salva vidas. Controlar seus preços é responsabilidade sanitária, portanto.

O artigo informa ainda que os países que possuem sistemas de saúde universais contam com mecanismos para regular os preços dos medicamentos. Com a tendência global de alta nos preços, esses mecanismos de controle estão sendo

aperfeiçoados, como ocorre atualmente na Alemanha, no Canadá, na França e no Reino Unido, entre outros. A Organização Mundial da Saúde recomenda a regulação de preços de medicamentos com o objetivo de garantir acesso equitativo pelos usuários e sistemas de saúde. Considera fundamental, também, que seja garantido o estímulo à inovação, ao mesmo tempo em que se garantam preços justos para esse insumo tão essencial.

O artigo ainda observa que, lamentavelmente, está sendo construída uma proposta que fragiliza a regulação de preços de medicamentos. Caso seja posta em prática, terá impacto negativo para as famílias, governo e saúde suplementar. Acaba de ser formalizada a “Consulta Pública Seae nº 02/2021 – Critérios para Precificação de Medicamentos”, oriunda do Ministério da Economia. Ela carece de uma fundamentação técnica da análise de impacto regulatório e implicará em aumento de preços.

Atualmente, o controle de preços é realizado pela Câmara de Regulação de Preços de Medicamentos (CMED), presidida pelo Ministério da Saúde e com secretaria executiva sediada na ANVISA. Tudo indica que, na nova proposta, quem passará a dar as cartas é o Ministério da Economia. Portanto, os preços saem da órbita sanitária para a órbita econômica. “Qual o sentido dessa mudança?” Indaga os autores.

É, sem dúvida, positivo estimular a capacidade inovativa da indústria farmacêutica brasileira, intenção aparente do texto apresentado, que pretende bonificar os preços de medicamentos que apresentem “inovações incrementais”. Porém, além de uma definição frouxa dessas “inovações”, a consulta carece de argumentos técnicos que calibrem a bonificação.

Não há qualquer razão para que a secretaria executiva saia da esfera de competência da saúde (ANVISA), onde se desenvolve um trabalho técnico sério para o Ministério da Economia. De resto, as dificuldades de inovação na nossa indústria estão em outro lugar que não o controle de preços realizado pela CMED. Ao fim e ao cabo, a aprovação dessas mudanças resultará em aumento das margens de lucro das empresas, às custas do aumento de preços.

O artigo finaliza com a afirmação de que é fundamental manter o controle de preços na esfera sanitária, com vistas a garantir o equilíbrio entre o estímulo à inovação, competitividade e a garantia do acesso e da sustentabilidade do SUS. Quando um desses pilares é retirado, quem sofre é a população.

2.6 - A profusão de abertura de cursos de farmácia no Brasil e suas consequências, para o bem e para o mal

No início da década de 1970, existiam 18 (dezoito) cursos de graduação de farmácia em todo o território nacional. A necessidade de criação de mais cursos de farmácias nas décadas de 1980 e 1990, em face da ampliação dos postos de trabalho trazidos pela aprovação da Lei nº 5.991/73, que permitiu a abertura de drogarias por leigos desde que tivesse o farmacêutico como responsável técnico durante todo o tempo de funcionamento, gerou uma avalanche de abertura de cursos de graduação nas décadas seguintes, sobretudo no Governo Fernando Henrique Cardoso, alinhado à necessidade de mais profissionais no mercado, mas também à flexibilização de abertura de cursos pelo então Ministério de Educação, que estimulou a abertura de novas escolas privadas de nível superior de ensino pelo país afora, com destaque para a Região Sudeste.

O aumento do número de novos cursos de farmácia chegou a dar um salto de 1.374% em três décadas. Em 1986 já havia 35 cursos de **Farmácia** no Brasil, sendo que 20% eram em instituições privadas e 80% em faculdades públicas. Em 2001 existiam cerca de 140 cursos. Segundo o Conselho Federal de Farmácia, em 2019 existiam 481 cursos de graduação em Farmácia, na modalidade presencial, cadastrados no MEC, sendo que 81 (16,8%) são cursos gratuitos (instituições públicas) e 400 (83,2%) são pagos (instituições privadas). Houve uma clara inversão do perfil das instituições quanto ao seu caráter público e privado (CFF, 2020). Vale ressaltar que, nesse período, o crescimento do número de cursos de graduação ocorreu de um modo geral no Brasil.

2.6.1 Graduação em Farmácia - EAD – o mercado vence mais uma vez

Desde 2017, com a entrada em vigor do Decreto Presidencial n. 9.235 de 15 de dezembro de 2017, que “dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino”, várias instituições de Ensino Superior privadas passaram a ofertar cursos de graduação em Farmácia no modelo Ensino a Distância – EAD.

Em seu artigo 5º o Decreto prevê: “O polo de educação a distância é a unidade descentralizada da instituição de educação superior, no País ou no exterior, para o desenvolvimento de atividades presenciais relativas aos cursos ofertados na modalidade a distância.

§ 1º Os polos de educação a distância manterão infraestrutura física, tecnológica e de pessoal adequada aos projetos pedagógicos dos cursos ou de desenvolvimento da instituição de ensino.

§ 2º São vedadas a oferta de cursos superiores presenciais em instalações de polo de educação a distância e a oferta de cursos de educação a distância em locais que não estejam previstos na legislação” (BRASIL, 2017).

Assim, em que pese todos os movimentos contrários, por parte de entidades profissionais e instituições acadêmicas públicas de farmácia, à legalização de cursos de graduação a distância em quase sua totalidade da carga horária praticada, o Decreto n. 9.235/17 continua em pleno vigor e o crescente número de cursos de graduação em Farmácia EAD é uma realidade cada vez mais constatada em nosso país.

2.6.2 - Tele Consulta Farmacêutica ou Atendimento Farmacêutico remoto

A Pandemia Covid-19 trouxe à tona a demanda por tele consulta farmacêutica de forma remota (podendo ser realizada pela internet ou via telefone), questão de muita controvérsia no meio farmacêutico, em função de levantar a polêmica sobre a necessidade da presença física do farmacêutico na farmácia durante todo o seu horário de funcionamento.

O Conselho Federal de Farmácia, órgão regulamentador da profissão farmacêutica, até tentou avançar nesta questão quando propôs debate sobre esta matéria em durante a 493ª Reunião Plenária do Conselho Federal de Farmácia (CFF), com a presença dos Conselheiros Federais representantes de cada estado, sendo a primeira realizada de forma presencial após mais de cinco meses de suspensão, por conta da pandemia.

Como previsto regimentalmente, seria apresentada uma proposta de resolução a ser discutida e votada pelos conselheiros na plenária que, caso

aprovada, valeria para todo o País. A resolução contemplaria apenas o período em que legalmente perdurar o estado de emergência pela pandemia. Porém, por conta das várias preocupações levantadas durante a discussão, os conselheiros federais avaliaram ser temerosa a entrada em vigor dessa proposta de resolução (CFF, 2020).

Segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF), a preocupação é da possibilidade de que a resolução poderia abrir uma brecha perigosa quanto à confusão entre a teleconsulta farmacêutica e o atendimento do farmacêutico remoto, cujo interesse das empresas e de parlamentares do Congresso Nacional, apoiados pelo setor varejista do comércio de medicamentos, inclusive com diversas propostas de lei apresentadas na Câmara e Senado anteriormente, e que foram prontamente refutadas pelos farmacêuticos, implicavam no funcionamento das farmácias sem a presença física desses profissionais.

No ano de 2020 foi apresentado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei n. 5363/20, propondo alteração da Lei Federal 5991/73, de modo que a assistência farmacêutica em drogarias e farmácias possa ser realizada remotamente, ou seja, excluindo a obrigatoriedade da presença física do profissional farmacêutico.

O PL, segundo o Sistema CFF/CRF's, representava uma ameaça à profissão farmacêutica, pois deixava de exigir a presença do farmacêutico no estabelecimento de dispensação de medicamentos, restringindo o direito da população de ter um farmacêutico presente para prestar assistência a sua saúde, visando apenas a interesses econômicos e não à saúde da população.

acordo com essas entidades fiscalizadoras do exercício profissional, nas farmácias e drogarias o farmacêutico orienta a população quanto ao uso racional e seguro de medicamentos; monitora, ajusta e corrige tratamentos medicamentosos; explica e orienta sobre reações adversas e efeitos colaterais possíveis relacionados aos medicamentos, promovendo a farmácia clínica com a prestação dos serviços farmacêuticos; encaminhamentos para serviços médicos, atividades privativas do farmacêutico e que só podem ser realizadas presencialmente.

Ainda segundo essas entidades, o PL desvalorizava a profissão farmacêutica, fragilizando as relações de trabalho, conseqüentemente gerando desemprego. Além disso, prejudicava principalmente a população mais carente, que não possui acesso amplo e simplificado aos serviços de saúde e que, na maioria das vezes, tem as farmácias e os farmacêuticos como primeira procura para auxílio aos seus

problemas de saúde. Sugere-se ainda que, dessa forma, a aprovação do farmacêutico remoto poderia retornar com a temida e maléfica prática do “assinacêutico”, ou seja, aquele profissional que poderia responder tecnicamente pelo estabelecimento somente tendo a formalidade documental, sem estar, de fato, prestando assistência farmacêutica efetiva, com presença física no estabelecimento.

CAPÍTULO III

3.1 – Panorama do mercado de farmácias e drogarias da rede privada no Brasil e no mundo

No Brasil, existe uma farmácia para cada 2.700 habitantes, número muito próximo ao dos países europeus. Na França existe uma farmácia para cada 2.900 habitantes e na Rússia uma para cada 2.800 pessoas. E os números também não diferem muito dos países vizinhos e latinos americanos. A Argentina tem uma farmácia para cada 3.200 pessoas e o México, uma para 3 mil habitantes.

Os Estados Unidos têm 61.600 farmácias, sendo uma para cada 5.300 habitantes. No Japão é uma para cada 3.200 e na África do Sul, uma para cada 13.400 habitantes. Já a China contabiliza 447 mil farmácias, o que dá uma média de um ponto de venda para cada 3 milhões de habitantes e a Índia, com 600 mil, tem em média uma para cada 2 milhões de habitantes (ABRAFARMA, 2020).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF), os registros de farmacêuticos/as no cadastro dos Conselhos de cada um dos estados no País apontam quantitativo importante do número de profissionais como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – número de farmacêuticos e estabelecimentos registrados nos conselhos regionais de farmácia em todo o País.

DESCRIÇÃO	NÚMERO TOTAL REGISTRADO
Farmacêuticos inscritos nos Conselhos Regionais de Farmácia	234.301
Farmácias e drogarias comerciais	89.879
Farmácias com manipulação e homeopatia ^(*)	8.506
Farmácias hospitalares	6.771
Farmácia pública	10.841
Laboratórios de análises clínicas	9.697
Indústrias farmacêuticas	454
Distribuidoras de medicamentos	4.648
Importadoras de medicamentos	74

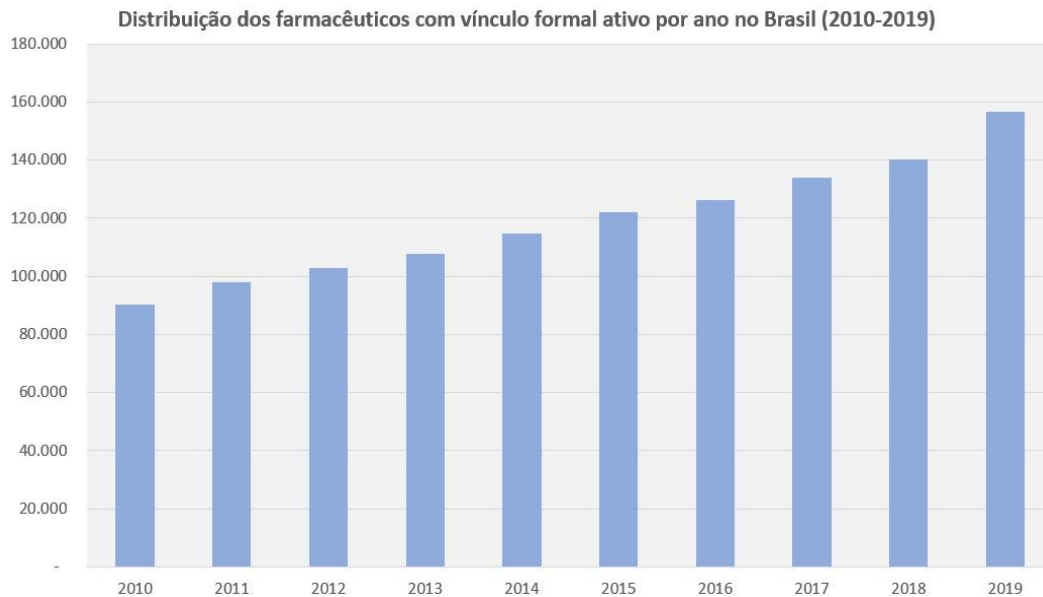
Fonte: CFF (2021). (*) Já estão incluídos no total de farmácias e drogarias comerciais.

Atualizado em 20/04/2021

Segundo o levantamento constante na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Previdência, com base nos vínculos formais de

emprego nas atividades da profissão (Classificação Brasileira de Ocupações - CBO), tem tido crescimento importante, saltando de 90.205 em 2010 para 156.463 em 2019, como demonstra a figura 1.

Figura 1. Distribuição dos farmacêuticos com vínculo formal ativo por ano no Brasil (2010 – 2019).



Fonte: RAIS - MTP.

Entretanto, o consumo *per capita* de medicamentos de prescrição é baixo em relação aos países desenvolvidos. O brasileiro consome, em média, US\$ 82 ao ano em medicamentos de prescrição. Nossos vizinhos argentinos gastam US\$ 88, enquanto em países como o Canadá a média chega a US\$ 500. Nos Estados Unidos, o valor é de US\$ 1.000 (ABRAFARMA, 2020).

Para tornar o panorama ainda mais complexo, enquanto Distrito Federal (US\$ 128), Rio de Janeiro (US\$ 112), Santa Catarina (US\$ 97) e São Paulo (US\$ 96) estão acima da média nacional, o gasto fica ainda menor em Pernambuco e Sergipe – em torno de US\$ 35. “Isso quer dizer que a população tem apenas US\$ 3 reservados para compras de medicamentos por mês, cerca de R\$ 12. Não há como garantir um tratamento clínico de qualidade nessas condições”, afirma Eduardo Rocha, diretor-sênior de relacionamento com parceiros estratégicos, para a América Latina da empresa IQVIA-Brasil empresa internacional especializada em auditar o setor farmacêutico mundial (REVISTA DA FARMÁCIA, 2021).

De acordo com o último relatório publicado pela Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), 2020, um novo e importante horizonte sobre a saúde no mundo apresentou-se no período da Pandemia COVID-19.

Dentre as tendências inovadoras que estão se estabelecendo neste cenário mundial, segundo a FIP, é importante destacar pelo menos 04 (quatro) deles que estão diretamente relacionados com a atividade farmacêutica, a saber: a) O surgimento de novas tecnologias e atores digitais; b) Tendências em modelos regulatórios; c) Inovação em serviços profissionais e modelos de remuneração; e d) O papel cada vez maior que as farmácias comunitárias desempenham nos cuidados primários de saúde (FIP, 2020).

Segundo este mesmo relatório da FIP informa que, dos 79 (setenta e dois) países ou territórios que responderam à pesquisa feita em 2020, em 25 (32%) deles os farmacêuticos atuam com ajustes de prescrição, em 16 (20%) trabalham com prescrição complementar e em 13 (16%) deles realizam prescrição independente. O mesmo relatório aponta ainda que em mais da metade dos países entrevistados os farmacêuticos prestam assistência domiciliar e revisão de medicamentos. O relatório observa que os profissionais farmacêuticos que realizam estes serviços nos domicílios são muito importantes quanto ao uso racional dos medicamentos mas também exercem uma função social relevante, pois acompanham pessoas que podem viver sozinhas ou não tem apoio adequado. Destaca ainda que esses serviços também foram particularmente importantes durante os períodos de bloqueio, isolamento ou quarentena que muitas pessoas tiveram de vivenciar devido à pandemia de COVID-19, especialmente idosos com doenças crônicas que foram aconselhados a ficar em casa (FIP, 2020).

Outra atividade de serviços que as farmácias assumiram de forma importante foi a realização de testes da COVID-19 e que antes já acontecia com testes de HIV. Pelo menos 15 países realizaram testes da covid na pesquisa feita. Estas ações forneceram importante contribuição às estratégias de controle da Pandemia nesses países, pois forneceu acesso rápido aos resultados de casos confirmados e que possibilitaram acompanhamento adequado e mais rápido pelos sistemas de saúde destes países.

O relatório aponta que no momento de divulgação do levantamento dos dados da pesquisa, em julho de 2020, o número de países que introduziram os testes para COVID-19 nas farmácias havia aumentado em relação aos dados capturados pela

pesquisa. Tendo a inclusão de países como Itália, Lituânia e Polônia. Em 43 países ou territórios (54%) as farmácias privadas podem fornecer serviços de primeiros socorros. Em vários países estas farmácias são verdadeiros centros de saúde comunitários no seio das comunidades (FIP, 2021).

O valor associado à experiência de farmacêuticos e serviços sobre medicamentos e seu uso otimizado são reconhecidos como agregadores de valor para os sistemas de saúde e são remunerados em pelo menos 13 países e territórios.

Dos 65 países respondentes que relataram a existência de remuneração dos serviços farmacêuticos pelos clientes atendidos, 37 (57%) indicaram que predomina o pagamento direto pelo cliente como único pagador, enquanto em 28 (43%), as farmácias lidam com múltiplos pagadores que envolve, principalmente fornecedores de insumos. Embora essa situação de múltiplos pagadores possa levar a uma maior complexidade do ponto de vista da gestão, há possibilidade de remuneração mais elevada pelos serviços prestados.

3.2 - A década de 1990 – Novas ameaças aos rumos da profissão: A indústria e o comércio farmacêutico apresentam suas “armas”

Após a sanção da Lei Sanitária n. 5.991/1973, nos chamados “anos de chumbo” da ditadura militar, legislação considerada como “grande divisor de águas” na profissão face à importante mudança de curso da carreira profissional, 20 anos depois, em 1993, a profissão sofre uma nova e grande tentativa de mudança. Do seu rumo quando, surpreendentemente, é aprovado no Senado Federal, projeto de lei apresentado pela Senadora Marluce Pinto, do estado de Roraima, PLS nº 41, que dava nova redação ao art. 15 da Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, propondo retirar a obrigatoriedade das drogarias terem farmacêutico como responsável técnico do estabelecimento.

Em sua justificativa, a Senadora alegava que nas drogarias não havia manipulação artesanal de medicamentos, os medicamentos já se encontravam prontos, dentro das “caixinhas” e, portanto, seria desnecessária a presença de um farmacêutico para a simples “entrega do produto”.

No entendimento das entidades farmacêuticas, dos representantes da academia, sobretudo dos cursos de saúde, incluindo aí, os estudantes, o referido projeto de lei era parte de implementação da estratégia muito bem orquestrada pelos interesses econômicos da indústria farmacêutica, com o apoio do setor empresarial do comércio varejista de medicamentos, com o intuito de flexibilizarem e ampliarem o mercado de vendas de medicamentos no Brasil, reduzindo ou eliminando barreiras que dificultassem essa flexibilização (FENAFAR, 2015).

Ao iniciar sua tramitação na Câmara dos Deputados em 1994, o PL recebeu o nº 4385/94 e já com repercussão na categoria farmacêutica e no meio acadêmico e da saúde em geral. A entidade nacional que “capitaneou” este movimento contrário ao projeto de lei foi a Federação Nacional dos Farmacêuticos que conseguiu mobilizar profissionais e estudantes de diversos pontos do País, com caravanas indo ao Congresso Nacional, visitando gabinetes de deputados e senadores, para reverter o quadro na Câmara dos Deputados.

Diferentemente de todos os demais países do mundo, onde a farmácia e o farmacêutico são atores indissociáveis, o lobby da indústria farmacêutica queria inaugurar no Brasil, uma experiência de comércio de medicamentos sem entraves sanitários, à semelhança do comércio de produtos cosméticos ou alimentos, com interesses de colocar os medicamentos nas grandes plataformas de vendas como lojas de conveniência e os supermercados.

No entanto, como o dito popular, “o tiro saiu pela culatra”. O PL 4385/94 aprovado no senado causou um efeito “rebote” na categoria e nas entidades farmacêuticas. Houve certo “despertar” sobre a necessidade urgente de tentar recuperar a principal atividade da profissão, que corria sério risco de ser perdida em definitivo. A reação causada foi de grande impacto, inclusive com o envolvimento de parcela da sociedade por meio dos recém-criados conselhos municipais e estaduais de saúde de tal modo que este projeto de lei acabou sendo pauta das conferências municipais, estaduais e nacional de saúde.

Havia uma compreensão clara e que ganhou o apoio da sociedade de que o elevado consumo irracional de medicamentos já era um problema de saúde pública em nosso País e que banalizar o consumo de medicamentos só pioraria este terrível quadro de uso indevido.

Mas, o posicionamento do Congresso Nacional muitas das vezes funciona sobre outra lógica, diferente daquela da sociedade, onde o lobby empresarial e

interesses dos operadores da economia podem prosperar a despeito das manifestações e evidências técnicas apresentadas. Assim, o embate parlamentar causado por este projeto de lei arrastou até o ano de 2014, ou seja, 20 anos depois do início de sua tramitação na Câmara dos Deputados. Em 2014 foi aprovada a **Lei 13.021/2014** que define farmácia como “unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva”. Os estabelecimentos são classificados em “farmácia sem manipulação ou drogaria” e “farmácia com manipulação”.

Em seu artigo 6º, esta lei é taxativa ao definir: Art. 6º. Para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigem-se a autorização e o licenciamento da autoridade competente, além das seguintes condições:

I - ter a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento; (...)

No artigo 13, a lei 13.021/1994 determina, de forma obrigatória, responsabilidades sanitárias do farmacêutico, pondo fim a qualquer discussão quanto à necessidade da prática da atenção farmacêutica, sobretudo no acompanhamento do uso racional dos medicamentos no atendimento nas farmácias, a saber:

Art. 13. Obriga-se o farmacêutico, no exercício de suas atividades, a:

I - **notificar** os profissionais de saúde e os órgãos sanitários competentes, bem como o laboratório industrial, dos efeitos colaterais, das reações adversas, das intoxicações, voluntárias ou não, e da farmacodependência observados e registrados na prática da farmacovigilância; (**grifo nosso**)

II - organizar e manter cadastro atualizado com dados técnico-científicos das drogas, fármacos e medicamentos disponíveis na farmácia;

III - proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada;

IV - **estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos**, produtos farmacêuticos e correlatos, visando a assegurar o seu uso racionalizado, a sua segurança e a sua eficácia terapêutica; **(grifo nosso)**

V - **estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas**; **(grifo nosso)**

VI - **prestar orientação farmacêutica**, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância do seu correto manuseio. **(grifo nosso)**.

Importante resgatar que no ano de 1994, a categoria farmacêutica e suas entidades, a Federação Nacional dos Farmacêuticos - Fenafar à frente, travaram outra grande batalha, desta vez contra o poder executivo federal, pois naquele ano foi aprovada a nova moeda no País que perdura até os dias atuais, o Real. A Medida Provisória (MP) 592/94, que dispunha sobre o Plano Real, autorizou a venda de medicamentos de venda livre, isentos de prescrição médica pelos supermercados, alterando assim as disposições da Lei 5991/73 sobre os estabelecimentos autorizados a vender medicamentos. A principal justificativa para a liberação seria o aumento da concorrência, que levaria a uma queda dos preços, favorecendo a população.

Porém, no ano seguinte, quando a MP 592/94 foi transformada na Lei 9.069/95, esta autorização foi suprimida por meio de alteração da redação. Na tentativa de promover maiores restrições e proibir a venda de medicamentos em locais leigos, surgiu o Projeto de Lei (PL) 576/95, que proibia a venda de medicamentos em locais não contemplados pela Lei 5991/73, visando assim resguardar a segurança da população quanto aos riscos da automedicação.

Na década de 1990, as entidades profissionais, em especial, os sindicatos farmacêuticos e a federação nacional tiveram um período de incessantes tentativas de flexibilização do comércio de medicamentos que afetariam diretamente a atividade farmacêutica nos estabelecimentos de dispensação de medicamentos, ou seja, farmácia e drogaria. Importante lembrar que exatamente nesta década de

muita turbulência, em 1996, foi aprovada a Lei de Patentes, já abordada no Capítulo II e que trouxe enormes prejuízos ao País.

É importante registrar outro importante fato que envolveu diretamente a categoria farmacêutica e toda a cadeia do medicamento que foi a Instalação da CPI dos Medicamentos na Câmara dos Deputados em novembro de 1999 e que durou até junho de 2000, com o objetivo de investigar os reajustes exorbitantes de preços e a falsificação de remédios; práticas que, na época, foram alvo de constantes denúncias veiculadas na mídia. A comissão parlamentar de inquérito também investigou acordos firmados entre laboratórios para impor preços de remédios e determinar a divisão do mercado entre eles, o que caracterizava a formação de cartel, impedindo, conseqüentemente, a livre concorrência do setor.

A CPI dos Medicamentos apontou como características do setor de medicamentos no Brasil, os seguintes pontos:

- a) No Brasil, parcela mais abastada da população, mas numericamente reduzida tem amplo acesso aos medicamentos na rede privada, consumindo-os de forma muito irracional e por outro lado, grande contingente da população que, por não ter poder aquisitivo suficiente e suas necessidades de saúde satisfeitas, depende dos programas governamentais de suprimentos de medicamentos que, em regra, deixam muito a desejar;
- b) Existe extrema liberalidade de ação das farmácias e drogarias que vendem medicamento a qualquer pessoa que o procure;
- c) O Brasil é o 5º maior produtor mundial de medicamentos (US\$ 10,5 bilhões), representando 40% do faturamento industrial do continente em 1977 e que cresceu a uma taxa de 15,3% ao ano entre 1991 a 1996;
- d) As 10 maiores produtoras de medicamentos no Brasil (entre 628 empresas) respondem por 44% do faturamento total do setor e os 40 maiores produtores por 86%, demonstrando a forte concentração de mercado e conseqüentes riscos sempre presentes de práticas de formação de oligopólios;
- e) A produção farmacêutica no Brasil é fundamentalmente de transformação de princípios ativos em formas farmacêuticas acabadas, sendo a dependência de importações de princípios ativos de 80% da demanda;
- f) A principal fragilidade apontada para o desenvolvimento do setor farmacêutico nacional reside na insuficiente produção de fármacos (menos de

20% da demanda), ocasionada tanto pela falta de investimentos específicos, quanto pela ausência de políticas efetivas de desenvolvimento tecnológico industrial;

- g) No Brasil há formação de cartéis para o controle de mercado e administração de preços, envolvendo importantes empresas do setor (FENAFAR, 2014).

Nesta CPI, fortaleceu-se a necessidade de que a Política de Medicamentos Genéricos, aprovada pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que naquele momento já encontrava enorme resistência por parte da indústria multinacional, fosse defendida e fortalecida nacionalmente. Importante lembrar que no ano de 1993, por meio do Decreto Federal nº 793/93, o então Presidente Itamar Franco apresentou os seguintes avanços no que se relaciona à política de medicamentos no país:

1. determina o destaque à denominação genérica dos medicamentos em relação aos nomes de marca;
2. determina também a prescrição pela denominação genérica, ao mesmo tempo em que não proíbe a utilização das marcas de fantasia;
3. obriga a presença do farmacêutico nas farmácias, o que vem apenas reiterar a legislação já existente no Brasil, além de ser prática rotineira na maioria dos países;
4. permite o fracionamento das embalagens de medicamentos, desde que garantidas a qualidade e eficácia terapêutica originais.

Uma série de medidas contrárias ao Decreto 793/93 como as numerosas ações na Justiça, as pressões exercidas por representações diplomáticas, as fragilidades do então sistema nacional de vigilância sanitária e a não-concretização de ações a cargo da esfera federal, como é o caso da divulgação ampla da correlação entre as denominações genéricas e os nomes de marca fizeram com que o Decreto não obtivesse êxito e acabou não sendo cumprido. Fato é que esse decreto foi radicalmente boicotado pela indústria farmacêutica.

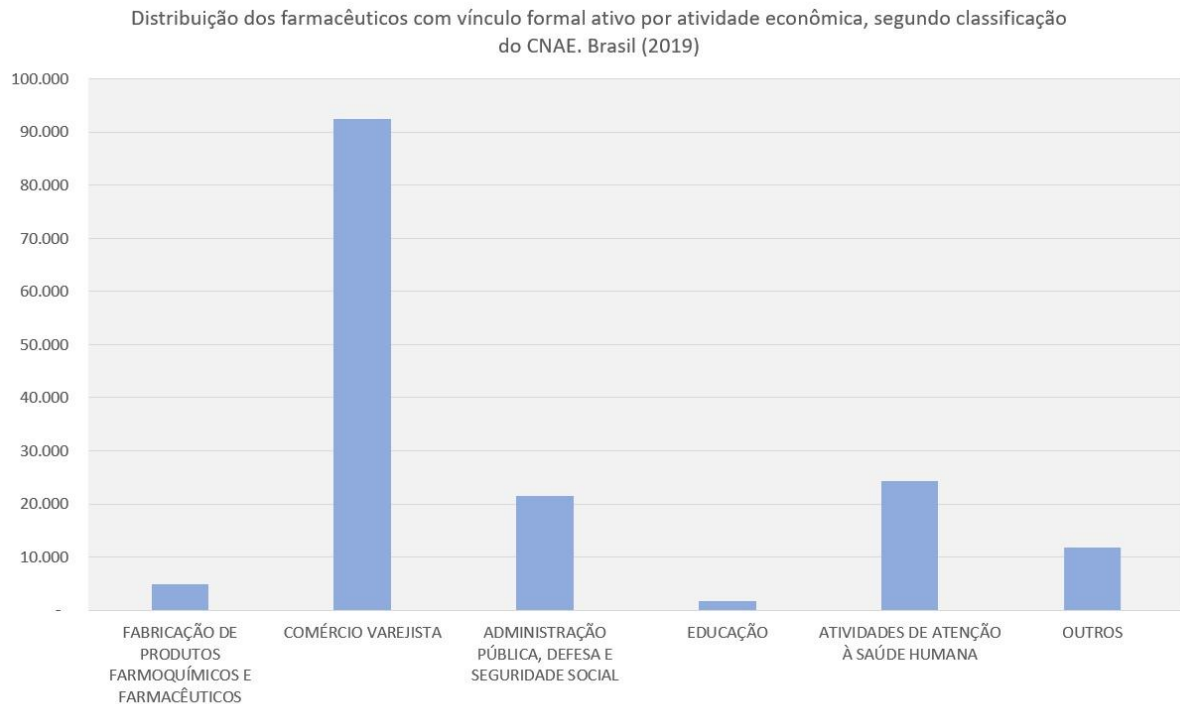
3.3 – A luta das entidades sindicais pela manutenção dos postos de trabalho em farmácias e drogarias.

Ao mesmo tempo em que se organizavam para fazer o enfrentamento aos projetos de lei nocivos à profissão e à saúde pública, os sindicatos farmacêuticos também enfrentavam as tentativas de esvaziamento das entidades. Com o projeto neoliberal havia claro objetivo de governos à época reduzir o poder de ação dos sindicatos. Naquele momento era fundamental que os sindicatos de categorias específicas, como os dos farmacêuticos, aliassem às lutas mais gerais. Assim, ocorreram filiações tanto dos sindicatos dos farmacêuticos mais organizados e da Federação Nacional dos Farmacêuticos à Central Única dos Trabalhadores (CUT) como estratégia de fortalecimento nas lutas.

Nos anos de 1995 a 2000, em que pese a estagnação no mercado de trabalho no Brasil, o mercado farmacêutico e outras profissões de saúde tiveram crescimento ainda que de forma muito discrepantes a exemplo dos cirurgiões-dentista (1,3%), dos profissionais de enfermagem (1,9%) e do serviço social (5,4%). O número de empregos dos farmacêuticos e farmacêuticas cresceu 31,5%, enquanto o de psicólogos cresceu 16,1%, de nutricionistas, 8,2% e de médicos, 4,1%. Naquele período, o farmacêutico passou a figurar dentre as profissões que mais tinham crescido numericamente até final da década passada as últimas décadas (WAN DER MASS et al., 2014; GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Importante destacar que a atividade exercida em farmácias e drogarias em todo o País é a que mais emprega os farmacêuticos e farmacêuticas, obviamente em função do grande número de postos de trabalho que esse setor oferece, como apontados na figura 2 abaixo.

Figura 2. Distribuição dos farmacêuticos com vínculo formal ativo por atividade econômica, segundo classificação do CNAE, Brasil (2019)



Fonte: RAIS - MTP.

Em que pese o crescimento do setor varejista de medicamentos nas últimas décadas em geração de postos de trabalho, não houve acompanhamento do crescimento dos salários e os avanços na pauta de reivindicações dos farmacêuticos e farmacêuticas que laboram neste setor ficaram estagnados.

3.4 - Emprego e renda no setor varejista de medicamentos- A situação no estado de Minas Gerais

Segundo pesquisa do site Salário.com.br, com base em dados informados pelo NOVO CAGED, e-Social e Empregador Web da Secretaria da Previdência e Trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência do Brasil, em 2021, um Farmacêutico trabalhando no estado de Minas Gerais ganha em média **R\$ 3.904,71** para uma jornada de trabalho de **40 horas semanais**.

A faixa salarial da profissão no estado ficava entre **R\$ 3.563,79** (média do piso salarial 2021 de acordos, convenções coletivas e dissídios) e o teto salarial de **R\$ 5.842,50**.

O cargo de Farmacêutico CBO 2234-05 trabalhando no estado de Minas Gerais tem um **perfil profissional** médio de um trabalhador com *30 anos, formação superior em Farmácia, do sexo feminino que trabalha 44h por semana* em empresas que atuam no segmento de *Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas*.

O levantamento leva em consideração somente o **salário base de Farmacêutico**, não entra no cálculo nenhum adicional salarial como bônus, comissões, horas extras, adicional noturno, periculosidade, insalubridade nem nada do tipo. Somente o salário bruto registrado em carteira e no contrato de trabalho entra na amostragem.

Com um recorte feito para o estado de Minas Gerais, o quadro a seguir, feito a partir do levantamento de dados do NOVO CAGED, o e-Social e Empregador Web (MTP). Os segmentos das empresas estão listados de acordo com a descrição do CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) de cadastro de cada empresa junto a Receita Federal. No quadro 2 são apresentadas as variações salariais e respectivas jornadas de trabalho por tipo de empresa do ramo farmacêutico em Minas Gerais.

Quadro 2 – Média Salarial por tipo de empresa farmacêutica em Minas Gerais.

SEGMENTO DA EMPRESA	JORNADA SEMANAL	MÉDIA SALARIAL	NÚMERO DE EMPRESAS
Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas	40 HS	4.217,12	4.958
Atividades de atendimento hospitalar	40 HS	2.869,09	701
Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas	40 HS	3.989,41	318

Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências	39 HS	2.738,69	220
Fabricação de medicamentos alopáticos para uso humano	43 HS	4.184,78	104
Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano	38 HS	3.871,95	82
Atividades de apoio à gestão de saúde	37 HS	3.691,59	72
Serviços combinados de escritório e apoio administrativo	42 HS	4.222,57	52
Laboratórios clínicos	39 HS	2.554,16	51
Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos	32 HS	3.351,53	41

Fonte: NOVO CAGED, Web emprego, MTP (2021).

3.4.1 - Origem e Importância do Piso Salarial (Salário de Ingresso) na Convenção Coletiva de Trabalho em Minas Gerais.

A remuneração dos/as farmacêuticos/as que atuavam em farmácias e drogarias, antes da existência do sindicato dos farmacêuticos em Minas Gerais (carta sindical publicada em 1981), nas décadas de 1980 até meados de 1990, era referenciada por uma exigência do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais que exigia ao estabelecimento farmacêutico, além das comprovações documentais de praxe à abertura, que apresentasse farmacêutico com assistência presencial de pelo menos 04 (quatro) horas diárias e na carteira de trabalho tivesse a referência de no mínimo, o valor de um salário mínimo por hora de trabalho. Essa determinação prevaleceu nas décadas de 1970/80 até a fixação do Piso salarial e a jornada de trabalho a partir do ano de 1989. A fixação do “Piso Salarial”, cuja denominação correta deve ser “Salário de Ingresso”, que significa, literalmente, a remuneração mínima que o/a farmacêutico/a deve receber ao adentrar o mercado de trabalho. Portanto, piso não é teto, não pode ser entendido como valor máximo

de remuneração, mas, um balizador para que o mercado farmacêutico tenha referência para sua política de salários do setor especificado.

A partir do final dos anos 1980, quando o CRFMG passa a exigir assistência presencial por 06 (seis) horas diárias e nos anos seguintes por 08 (oito) horas, a exigência da remuneração passa a ser objeto de discussão entre o Sindicato dos Farmacêuticos e da entidade representante patronal, o Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos de Minas Gerais (Sincofarma-MG). O Sincofarma, de forma impositiva, defende que o piso salarial a ser estabelecido em CCT tenha como referência ao valor bruto da remuneração praticada até então no mercado varejista em Minas Gerais, a vigorar para jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

Assim, inicia-se o estabelecimento de Piso Salarial em convenção coletiva de trabalho (CCT) para os/as profissionais farmacêuticos/as que laboram no setor do comércio varejista de medicamentos (farmácias e drogarias), tendo o parâmetro da equivalência do valor de 04 (quatro) salários mínimos e que perdura até os dias atuais.

Nos últimos doze anos, ou seja, de 2010 a 2021, o quantitativo de salários mínimos em relação ao valor do piso salarial vem decaindo ano a ano, como evidenciado no quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – evolução do Piso Salarial em valores do salário-mínimo para farmácias e drogarias em Minas Gerais.

ANO	VALOR DO PISO SALARIAL (R\$) - A	VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO (R\$) - B	C= A/B
2010	2.465,00	510,00	4,83
2011	2.621,17	545,00	4,81
2012	2.775,00	622,00	4,46
2013	2.970,00	678,00	4,38
2014	3.133,35	724,00	4,33
2015	3.373,35	788,00	4,29
2016	3.747,49	880,00	4,26
2017	3.923,62	937,00	4,19
2018	3.994,63	954,00	4,19
2019	4.152,01	998,00	4,16
2020	4.314,76	1.045,00	4,13
2021*	4.582,69	1.100,00	4,16

Fonte: www.sinfarmig.org.br, DIEESE

*o reajuste salarial deste ano foi com o percentual da inflação acumulada pelo INPC/IBGE “cheio”, de 6,22% retroativo à data-base no mês de março sendo que as negociações foram encerradas somente no mês de setembro/2021. Segundo o DIEESE, cerca de dois terços das negociações da data-base em agosto de 2021, encerradas até o início de setembro, tiveram reajustes abaixo da inflação medida pelo INPC/IBGE em 12 meses: um quarto conseguiu correções em valores iguais a esse índice e apenas 8,8% registraram ganhos reais de salários.

Ainda que defasado por não ter, ao longo da última década, proporcionado ganho real nas negociações para quem trabalha no setor de farmácias e drogarias, nas demais áreas do âmbito profissional, sobretudo nas áreas hospitalar, indústria de medicamentos e na área de análises clínicas, o fato de não existir a definição de um piso salarial tem sido motivo de não crescimento salarial para os farmacêuticos destas referidas áreas tão importantes do exercício profissional em Minas Gerais. A média de salários nestas atividades é inferior à praticada nas farmácias e drogarias, mesmo no setor de indústria de medicamentos e cosméticos, em tese, mais estruturada economicamente, a remuneração de farmacêuticos recém contratados é inferior ao piso convencionado no setor varejista de medicamentos.

Segundo o CRFMG, em Minas Gerais, assim como no País, o setor do comércio varejista é onde os/as profissionais mais atuam (próximo de 60% da categoria), obviamente por oferecer mais postos de trabalho, como mostrado no quadro 4, em seguida.

Quadro 4 – Número de profissionais e estabelecimentos farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

INSCRITOS	QUANTIDADE
Farmacêuticos/os	28.089
Farmácias/drogarias privadas	9.948
Farmácias públicas	1649
Laboratórios de análises clínicas	1.360
Farmácias hospitalares e clínicas	1.140
Outros	2923

Fonte: CRFMG, OUT/2021

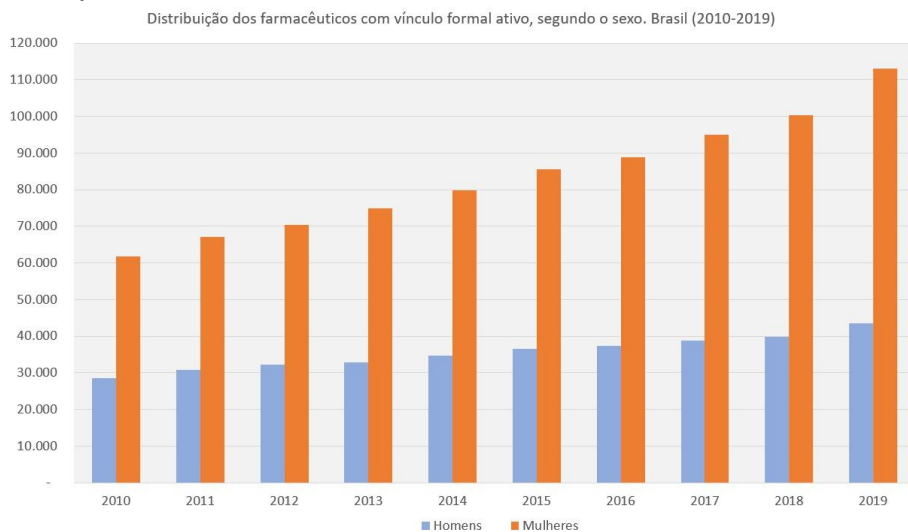
3.5 – Uma profissão marcada predominantemente pela força de trabalho feminina.

Segundo estudos de Carvalho, 2016, inicialmente tomada pela presença masculina nos cursos de graduação e naturalmente entre os profissionais no mercado, aos poucos a profissão foi sendo ocupada pela presença feminina. A força de trabalho da profissão farmacêutica passou por um processo de feminização, que se refere, em tese, ao crescimento do número de mulheres em algumas profissões que historicamente eram desempenhadas por homens, como exemplo a da medicina e da odontologia.

Nos censos de 1970 e 2000, a participação feminina na farmácia cresceu de 11,3% para 63,4% no período. Enquanto a medicina saiu do mesmo patamar que a farmácia (11,6%), chegou ao ano 2000 com aproximadamente 35% de mulheres nos empregos médicos. Já a enfermagem, historicamente feminina, caiu de 95,8% para 90,4% no mesmo período (CARVALHO, 2016).

Entre 2010 e 2019, o número de mulheres farmacêuticas passou de 61.672 para 113.145, enquanto o de homens cresceu de 28.533 para 43.428 (figura 3).

Figura 3 – Distribuição dos farmacêuticos com vínculo ativo, segundo sexo. Brasil (2010-2019).



No entanto, em que pese a enorme predominância feminina no mundo do trabalho farmacêutico no Brasil, ainda existe tratamento não isonômico em relação a remuneração. O site salários.com, por meio de um estudo com amostragem

de **7.461 salários** de profissionais admitidos ou desligados no cargo de Farmacêutico no Estado de Minas Gerais, no período de **setembro de 2020 a agosto de 2021, 5.460 são mulheres** com vencimentos médios de **R\$ 3.883,44** para uma jornada semanal de **40 horas**. Um total de **1.841 são homens** com remuneração salarial média de **R\$ 3.967,79** e jornada de trabalho de **40h** por semana. As informações são do **CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados** da Secretaria da Previdência e Trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência - MTP.

Força jovem

Neste mesmo estudo, as professoras pesquisadoras apontaram ainda que a maioria da categoria farmacêutica atuante no mercado de trabalho é formada por jovens na faixa segundo dados do Ministério do Trabalho e Previdência (MTP), em 2019 mais de 91% da força de trabalho farmacêutica tinha entre 18 a 49 anos. EM 2019, a faixa de 18 a 29 anos, representa pouco mais de 26% do total de farmacêuticos, e a faixa de 30 a 49 anos teve representa 65% da categoria. Os trabalhadores acima de 50 anos representam apenas 9% do total, como demonstrado na figura 4.

Figura 4 – Distribuição do número de farmacêuticos com vínculo formal por faixa etária. Brasil (2010 – 2019).

Distribuição do número de farmacêuticos com vínculo formal ativo por faixa etária. Brasil (2010 - 2019)									
Ano	18 a 29		30 a 49		50 a 64		65 anos ou mais		Total
2010	35.518	39%	43.990	49%	9.645	11%	1.047	1%	90.205
2011	37.700	38%	49.140	50%	10.046	10%	1.040	1%	97.928
2012	38.117	37%	53.427	52%	10.038	10%	1.110	1%	102.694
2013	39.239	36%	57.539	53%	9.843	9%	1.162	1%	107.785
2014	39.458	34%	63.646	56%	10.243	9%	1.272	1%	114.619
2015	39.445	32%	70.344	58%	10.854	9%	1.364	1%	122.007
2016	37.762	30%	75.840	60%	11.085	9%	1.473	1%	126.160
2017	36.961	28%	83.574	62%	11.755	9%	1.599	1%	133.889
2018	36.484	26%	90.152	64%	12.056	9%	1.622	1%	140.314
2019	40.195	26%	102.058	65%	12.570	8%	1.639	1%	156.463

Fonte: RAIS - MTP.

3.6 – Adaptação às novas demandas.

Em inquérito feito pelo Conselho Federal de Farmácia sobre as atividades exercidas pelos farmacêuticos/as nas farmácias, observou-se, quadro 5, que cada vez mais estas atividades estão se diversificando face às novas exigências demandadas pela sociedade e pelos interesses gerados no mundo dos estabelecimentos farmacêuticos, isto é, o mercado, e que, sem dúvidas, tem implicações diretas sobre o perfil dos estabelecimentos farmacêuticos.

Quadro 5 – Principais atividades realizadas pelo farmacêutico em farmácias ou drogarias, em respostas acumuladas (%).

Dispensação de medicamentos	89,6%
Registro de medicamentos sob controle especial	74,7%
Controle de estoque e compra de medicamentos	64,1%
Treinamento técnico de auxiliares	61,9
Gerência	48,1%
Aferição de pressão arterial	45,9%
Realização de teste de glicemia capilar	42,3%
Atendimento ao caixa	36,2%
Prescrição farmacêutica	27%
Serviços clínicos farmacêuticos	17,8%
Outros	55,5%

Fonte: CFF, 2017

Segundo alguns autores, trata-se de tendência internacional, sobretudo nos países ocidentais onde cada vez mais as farmácias vão se adequando as exigências de mercado. Outra boa discussão, por exemplo, seria aprofundarmos nos seguintes questionamentos: As lojas físicas das farmácias estão ameaçadas pelos serviços de entrega rápida? Os drives thru irão substituir o atendimento nos balcões?

Acreditamos que a atividade do/a farmacêutico/a está sobrevivendo e se adequando a todas estas formas de atendimento rápido e mais cômodo que, já é uma realidade e passam a coexistir com o atendimento presencial ou remoto, sem necessariamente serem, entre eles, excludentes.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

A farmácia é uma ciência milenar. Vários estudos demonstram a sua trajetória e sua importância ao longo dos séculos na relação com a sociedade, seja no campo da prevenção de doenças e restabelecimento da saúde assim como os interesses no campo da economia disseminada na sociedade (GODOY, 2019; DIAS, 2020)

Com o advento da produção de medicamentos em larga escala no Brasil, há uma transformação significativa na relação do farmacêutico e o seu ofício já nas primeiras décadas do século XX, aumentando ainda mais o interesse de comerciantes não farmacêuticos em flexibilizar as regras sobre a propriedade de farmácias (ABREU, 2007; FIGUEIREDO, 2005; GODOY, 2019)

O surgimento dos primeiros cursos de farmácia no Brasil a partir de meados do século XIX com formação e conhecimentos centrados no medicamento (BERMUDEZ, 1995; BURHALDE, 2005). No entanto, com a chegada das indústrias estrangeiras e com o desenvolvimento da indústria nacional, os cursos de graduação em farmácia sofrem grande e importante transformação curricular, direcionando-se a outras áreas do âmbito profissional (FERREIRA; FREITAS, 2008; SATURNINO, 2012).

Segundo corroborações apontadas por Angonesi e Sevalho, 2010 , nos anos de 1970 meados da década de 1990, houve um forte direcionamento dos cursos de farmácia para a área de análises clínicas, com o fortalecimento da formação do denominado farmacêutico-bioquímico com atividade profissional a ser exercida nos laboratórios de análises clínicas, com forte caráter de empreendimento enquanto profissional liberal e que aos poucos, viria a se constituir como profissional preponderante nesta área de saúde, inclusive respondendo pelo maior número de unidades de laboratórios sob sua propriedade no País e assim, tornando esta atividade do âmbito profissional como aquela de maior interesse pelos recém-formados na profissão.

No entanto, parcela significativa dos farmacêuticos-bioquímicos assumiu a chamada Responsabilidade Técnica de drogarias sem, de fato, prestarem assistência farmacêutica efetiva, ou seja, presencial. Essa situação foi relatada por alguns autores como ponto de fragilização da profissão farmacêutica, identificada como “abandono das farmácias” onde interesses claramente mercantis

preponderavam sobre os interesses da saúde pública, levando os balcões das drogarias a tornarem-se uma preocupação sanitária (GODOY, 2019; SATURNINO, 2012).

Estudos apresentados por Santos e Rosalen (1994), apontam os interesses claros dos empresários do ramo farmacêutico e as articulações feitas no campo político, sobretudo no Congresso Nacional, em aprovar legislação que pudesse flexibilizar o comércio de medicamentos no Brasil, no início da década de 1970.

A aprovação da Lei Sanitária nº. 5991/1973 que criou a figura jurídica da “drogaria”, que se tratava de um estabelecimento inédito no mundo, onde até então, só existiam farmácias, com interesses óbvios de ampliar a capacidade de venda dos medicamentos causou verdadeira revolução na profissão. O aumento do número de estabelecimentos/drogarias que foram abertos na década de 1970 superava significativamente o número de farmacêuticos existentes, gerando uma situação de impossibilidade de que a própria lei fosse cumprida (FRANCESCHET, 2005; SERAFIN, 2015).

Essa situação de falta de profissionais farmacêuticos que assumissem a assistência farmacêutica integral, ou seja, durante todo o tempo em que ela estivesse aberta, como prevê o artigo 15 da lei 5991/1973 levou a uma prática adotada em Minas Gerais, na qual o Conselho Regional de Farmácia autorizava e concedia a responsabilidade técnica pela drogaria pelo período declarado de, no mínimo, 04 (quatro) horas diárias de assistência presencial e que na verdade gerou um quadro de não assistência presencial generalizada (SANTOS, 1999; FRANCESCHET, 2005; SERAFIN, 2015).

Em função da inexistência da entidade sindical farmacêutica no estado de Minas Gerais, o CRFMG, de forma deliberada e arbitrária, passa a exigir aos farmacêuticos empregados nas drogarias que apresentem carteira de trabalho onde conste o registro do valor de 01 (um) salário-mínimo por hora de trabalho diária. Como a exigência pelo CRFMG era que a drogaria apresentasse no mínimo profissional por 04 (quatro) horas de assistência presencial, e este mínimo acabou virando jornada máxima face circunstâncias de interesse patronal, ficou assim, instituído/convencionado a prática da remuneração do farmacêutico tendo como referência o equivalente a 04 (quatro) salários mínimos.

No ano de 1981, quando o Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais é legalizado por meio da sua Carta Sindical, iniciam-se as primeiras negociações para

definição da Convenção Coletiva de Trabalho (CCT) que vem acontecer somente no ano de 1989 para este setor em Minas Gerais e nesta “negociação”, o sindicato patronal impõe a remuneração equivalente a 04 (quatro) salários mínimos para 08 (oito) horas diárias ante as 04 (quatro) horas definidas pelo CRFMG (SANTOS, 1993; FENAFAR, 2014).

Com a profusão do número de estabelecimentos de dispensação farmacêutica, sobretudo de drogarias, o não acompanhamento de crescimento do número de profissionais e a sanha por aumento de vendas dos medicamentos, a profissão passa a enfrentar um grande número de projetos de lei no Congresso Nacional visando a retirada da responsabilidade técnica da drogaria pelo farmacêutico. Entre eles, importante destacar o PL 4587/1994 que entre idas e vindas na cara dos Deputados, com apresentação de substitutivo favorável à profissão, só veio a ser aprovado, vinte anos depois, em 2014, na forma da Lei nº 13.021/2014, que reconheceu legalmente a farmácia como estabelecimento prestador de serviços de saúde (FENAFAR, 2014; CFF, 2017; CARVALHO, 2016).

Outros autores corroboraram com seus estudos com as afirmativas sobre a força de trabalho da profissão farmacêutica ser jovem e feminina (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Segundo levantamento do conselho Federal de Farmácia, cerca de 70% da categoria farmacêutica é feminina e como visto em dados do Novo Caged e RAIS, 90% das farmacêuticas com vínculo formal de trabalho tem idade de até 49 anos (RAIS, 2019).

Quanto às atividades desempenhadas nas farmácias ou drogarias pelos/as farmacêutico/as, há uma maior referência à atividade de dispensação de medicamentos, seguido do controle e o registro de medicamentos, o treinamento de auxiliares e o gerenciamento. Importante observar que a prescrição farmacêutica e a prestação de atividades ligadas à clínica farmacêutica entram no rol destas atividades principais. Esses resultados vêm ao encontro de estudos recentes (ROCHA, 2020; BARROS; GARCIA; MACHADO, 2021) que demonstram que, aos poucos, há certa tendência dos/as farmacêuticos/as ocuparem cada vez mais o espaço da abordagem clínica farmacêutica dos seus pacientes nos estabelecimentos de dispensação, em que pese as atividades de cunho administrativo (gerência e registro de medicamentos) ainda ocuparem grande parte do tempo destes/as profissionais.

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos sistemas de saúde, os trabalhadores possuem papel estratégico, sobretudo para o alcance das metas das políticas globais e locais de cada país. Contudo, a participação dos trabalhadores em saúde no mercado de trabalho começa pela definição das políticas públicas de saúde e da relação de interesse, escolhas e comportamento da sociedade quanto ao consumo de produtos e serviços de saúde na sociedade, sob a ótica da saúde e não apenas do mercado.

Além da oferta, a demanda por serviços de saúde organizados num sistema de saúde também cumpre importante papel no equilíbrio da força de trabalho. Assim, a manutenção de um equilíbrio razoável entre números, diversidade e habilidades da força de trabalho em saúde depende da compreensão das forças que movem e desafiam o sistema de saúde e a demanda por trabalhadores nos diversos mercados de trabalho (OMS, 2012).

A oferta de trabalhadores corresponde ao número de pessoas disponíveis para o trabalho em determinado setor de atividade ou tipo de ocupação em determinada região. Dentre as profissões e ocupações fortemente regulamentadas, como é o caso das profissões de saúde, a dinâmica dos mercados de trabalho é fortemente dependente das potencialidades e tempos do sistema educacional e da própria regulação profissional. Já a demanda, corresponde ao número de postos ou posições de trabalho disponíveis (ocupados e vacantes) no setor e o tipo de ocupação por áreas geográficas em determinado período de tempo (GIRARDI; WAN DER MASS, 2011).

O mercado de trabalho do farmacêutico, em sua área de maior atuação de todo o âmbito profissional, que são as farmácias e drogarias, em um país capitalista como o Brasil, obviamente é muito afetado pela condição econômica vigente, de modo que, quanto maior a atividade econômica geradora de emprego e renda, maior será o consumo de medicamentos e assim, eleva-se a ocupação para a categoria farmacêutica.

Por outro lado, sabemos que a simples criação de empregos não promove automaticamente o desempenho de um trabalho digno, se os mesmos não forem exercidos em condições de autonomia profissional quanto ao respeito aos princípios técnicos e éticos, fundamentais na relação com as pessoas.

O diálogo nas mesas de negociações entre sindicato dos empregados e patrões é sempre um importante espaço no qual os valores democráticos nos processos de construção de avanços para uma relação de trabalho democrática e respeitosa sejam pilares dessa construção. Nesses termos, ambientes de interlocução entre os atores interessados e muitas vezes detentores de visões de mundo distintas são institucionalizados com o intuito de dirimir e disciplinar os conflitos, potencializar a cooperação e produzir políticas convergentes com os interesses das partes envolvidas.

No mundo do trabalho, em particular, o diálogo social requer necessariamente uma efetiva liberdade de organização e associação sindical de trabalhadores e empregadores, assim como a garantia de negociações coletivas periódicas. Diante deste contexto, a negociação coletiva se constitui num importante espaço para reafirmação e fortalecimento dos direitos já garantidos em legislação, e de promoção de avanços em alguns temas, nos quais o respeito a autonomia ética-técnica do farmacêutico em seu exercício profissional possam estar garantidas.

Constata-se que a profissão farmacêutica está atravessando um período de grandes e positivas transformações, em que pesem todas as tentativas de banalização da venda de medicamentos em nosso País. Exemplo disso é a busca de atividades relacionadas à clínica farmacêutica, a execução de serviços farmacêuticos bem como a orientação formalmente assumida com a prescrição expressa de medicamentos, de acordo com a legislação vigente.

Ao avaliarmos em perspectiva, constatamos que, mesmo com todas as dificuldades e interesses contrários que ainda persistem e que provavelmente irão persistir por algum tempo, o farmacêutico está conseguindo se reerguer da grande queda profissional que atingiu diretamente o “coração” da profissão e que quase a levou a extinção. As tentativas de banalização da venda de medicamentos e retirada do farmacêutico dos estabelecimentos de dispensação, farmácias e drogarias, ainda é uma proposição que encontra-se adormecida/incubada mas que, a qualquer momento, pode ser exposta.

A única e definitiva resposta à estas ameaças parece ser que, este profissional tão importante e necessário para a saúde pública em nosso País, tenha o seu espaço, a sua atividade, o seu papel enquanto ator social reivindicado pela própria sociedade, superando assim, quaisquer interesses contrários por quem vê no medicamento apenas uma mercadoria. Hoje, existe uma compreensão, no

mundo inteiro, quanto aos riscos sobre uso irracional dos medicamentos. Há um movimento no sentido do resgate do papel do farmacêutico como profissional da saúde. Certamente, é sempre estratégico e necessário envolver tanto a categoria farmacêutica quanto as entidades farmacêuticas neste processo de sensibilização da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. O Impacto do Vencimento de Patentes na Indústria Farmacêutica. São Paulo: IMS Health, 2012. Entrevista para **IMS Interview**. Disponível em:
<http://www.imshealth.com/portal/site/ims/menuitem.d248e29c86589c9c30e81c033208c22a/?vgnnextoid=c42ae9161a3f2310VgnVCM100000ed152ca2RCRD&cpsextcurrchannel=1>. Acesso em: 07 out. 2019.
- ALFOB - **Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil**. Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: ALFOB, 2019. Disponível em:
<https://www.cff.org.br/userfiles/LFOBs%20Versao%20Digital.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- ANGONESI, D; SEVALHO, G. Atenção **Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro**. Scielo. 2010.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/3GGQn9CxTy9NkS8VxwdRHtP/?lang=pt>. Acesso em 18 ago. 2021.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - **Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico** - 2018.pdf. Publicado em 20/12/2019. Acesso em: 16 set. 2020.
- BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade: Crítica da política de medicamento no Brasil**. São Paulo, HUCITEC, 1995.
- BRASIL. Decreto nº 19.606 de 19 de janeiro de 1931. **Dispõe sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D19606impressao.htm. Acesso em: 22 abr. 2021.
- BRASIL Decreto Nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017 - **Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino**.
<https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2289#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%209.235%2C%20DE%2015%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202017&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20exerc%C3%ADcio%20das,no%20sistema%20federal%20de%20ensino>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- BRASIL. Lei no 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União**, Brasília, 1973. Disponível em: <https://bit.ly/2Vv6U4n>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- BRASIL. Lei 13.021 de 08 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.027, DE 20 DE JUNHO DE 1995. **Dispõe sobre o Plano Real, o Sistema Monetário Nacional, estabelece as regras e condições de emissão do REAL e os critérios para conversão das obrigações para o REAL, e dá outras providências.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1027.htm#:~:text=1027&text=MEDIA%20PROVIS%C3%93RIA%20No%201.027%2C%20DE%2020%20DE%20JUNHO%20DE%201995.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Plano%20Real,REAL%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução CNS Nº 515, de 07 de outubro de 2016.** Posiciona-se contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado totalmente na modalidade Educação a Distância (EaD). [Brasília: CNS], 2016.

CALLEGARI, L. **Análise Setorial.** A indústria farmacêutica. São Paulo: Gazeta Mercantil, 2000.

CAPANEMA, L. X. L. **A indústria farmacêutica nacional: desafios rumo à inserção global.** In: ALÉM, A. N.; GIAMBIAGI, F. O BNDES em um Brasil em transição. Rio de Janeiro: BNDES, 2010. Capítulo 19, p. 307-318. Disponível: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro_brasil_em_transicao/Brasil_em_transicao_cap19.pdf. Acesso em: 16 out. 2019.

CAPANEMA, L. X. L.; PALMEIRA FILHO, P. L., **Indústria Farmacêutica Brasileira: Reflexões sobre sua Estrutura e Potencial de investimentos.** Rio de Janeiro: BNDES, 2007. Disponível em: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/liv_perspectivas/06.pdf. Acesso em: 08 dez. 2019.

CARVALHO, M.N. **Mercado de trabalho farmacêutico no Brasil – 2010 a 2015.** Marselle Nobre de Carvalho, Silvana Nair Leite – São Paulo – Escola Nacional dos Farmacêuticos, 32, 2016.

CFE, Conselho Federal de Educação. **Parecer 268/62. Documenta nº 11**, jan/fev 1963.

CFE, Conselho Federal de Educação. **Parecer 287/69. Documenta nº 100**, abril 1969.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Reunião plenária debate e repudia PL sobre assistência Farmacêutica remota.** Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5365> Acesso em: 26 ago. 2021.

CYTRYNOWICZ, M. M. **Origens e trajetórias da indústria farmacêutica no Brasil.** São Paulo: Narrativa Um, 2007. 192 p.

DIAS, J.P.S. **A Farmácia e a História**. Disponível em: www.ff.ul.pt/paginas/jpsdias/histfarm/index.html, acesso em: 12 dez. 2020.

DIEESE. **Subsídios para o debate sobre a questão do financiamento sindical**. Nota Técnica n. 200, nov. 2018.

FEBRAFAR. **IMS: Mercado farmacêutico deve atingir R\$ 87 bilhões em 2017**. Disponível em: www.febrifar.com.br/index.php?cat_id=5&pag_id=8139. Acesso em: 16 ago. 2019.

FENAFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos – Revista da Fenafar.-2014 – www.fenafar.org.br. Acesso em: 19 ago. 2021.

FERNANDES, I. R. C. *et al.* **Mercado brasileiro de drogarias: uma visão geral sobre as principais características, empresas e práticas de sucesso**. In: Simpósio de engenharia de produção, 23., nov. 2016, Bauru, São Paulo. Anais... Bauru: Simepro, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2VmDI4L>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FIGUEIREDO, B. G. – **Farmácia & História** – Betânia Gonçalves Figueiredo, Junia Ferreira Furtado, orgs. Betânia Maria Murgel Starling, Lígia Beatriz de Paula Germano, Paulo Schmidt, Belo Horizonte. Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais, 2005.

FIP **International Pharmaceutical Federation** – FIP. Andries Bickerweg 5. 2517 JP The Hague. The Netherlands , www.fip.org – Acesso em: 12 ago. 2021.

FOLHA DE SÃO PAULO_ **Controle de preços dos medicamentos é responsabilidade sanitária**. Agosto de 2021.

GODOY, V, V. – **A Escola de Farmácia de Ouro Preto: a memória sublimada**/Victor Vieira de Godoy – São Paulo. Metallivros, 2019.

GIRARDI, S. N., et al. Boletim **Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde**. Ano 11, n. 1. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, janeiro a março/2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - **Anuário Estatístico do Brasil** (1939-1940), 1941.

ICTQ – **Medicamentos devem ser comercializados em supermercados** . Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade. Disponível: <https://ictq.com.br/politica-farmacutica/2911-medicamentos-devem-ser-comercializados-em-supermercados-indica-pl> Acesso em: 12 jun. 2021.

IVAMA, A. M. et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

INTERFARMA — **Guia 2018 da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa** (Interfarma). 2018.

INTERFARMA. **Seminário Valor Econômico**. Apresentação Sec. Carlos Gadelha. Disponível www.interfarma.org.br/site2/images/carlos%20gadelha.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

LEFRÉVE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez. 1991.

MELO E. B.; TEIXEIRA, J.J.V.; MÂNICA, G.C.M. - **Histórico das tentativas de liberação da venda de medicamentos em estabelecimentos leigos no Brasil a partir da implantação do Plano Real** Opinião • Ciênc. saúde coletiva 12 (5) • Out 2007 • <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500031> Acesso em: 22 ago, 2021.

MULLER M. **Medicamentos em supermercados: os prós e os contras**. ICTQ – Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação para o Mercado Farmacêutico - 2019. Disponível em: <https://ictq.com.br/varejo-farmaceutico/757-medicamentos-em-supermercados-os-pros-e-os-contras>. Acesso em: 24 abr. 2021.

OLIVEIRA, E. A. **A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral**. Cad. Saúde Pública v.22 n.11, Rio de Janeiro Nov. 2006.

PALMEIRA FILHO, P. **A indústria farmacêutica nacional: panorama atual e desafios à luz da ação do BNDES e outros agentes**. Parcerias Estratégicas – Edição Especial, Brasília, v. 15, n.31, p. 311-314, jul. - dez. 2010.

PANORAMA FARMACÊUTICO. **Varejo farma deve superar R\$ 100 bi de receita em 2021**. Disponível em: <https://panoramafarmaceutico.com.br/varejo-farma-deve-superar-r-100-bi-de-receita-em-2021-preve-estudo/> Acesso em: 12 jul. 2021.

PRICE WATER HOUSE COOPERS. **O Setor Farmacêutico no Brasil**. São Paulo: 2018. Disponível em: <https://www.pwc.com.br/pt/publicacoes/setores-atividade/assets/saude/pharma-13e.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

QUENTAL, C. et al. **Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 13 (Sup), p. 619-628, 2008.

REVISTA DA FARMÁCIA. **IQVIA publica prévia do mercado farmacêutico em janeiro**. Disponível em: <https://revistadafarmacia.com.br/mercado/iqvia-publica-previa-dos-resultados-do-mercado-farmaceutico-em-janeiro/> . Acesso em: 12 ago. 2021.

SANTOS, M.R.C.: ROSALEN, P.I. – Assistência farmacêutica como referência para o ensino farmacêutico contemporâneo. **Rev.Ciência e Tecnologia**, p. 15-21, 1994.

SATURNINO, L.T.M.; PERINI, E.; LUZ, Z. P.; MODENA, C.M. - Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm.** v.93, n.1, p. 10-16, 2012.

SERAFIN, C. **Perfil do farmacêutico no Brasil:** relatório /Claudia Serafin, Daniel Correia Júnior, Mirella Vargas. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 44 p: il.

SINDUSFARMA – Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticas – Disponível em: https://sindusfarma.org.br/uploads/Publicacoes/Perfil_IF2019_PORT.pdf Acesso em: 02 out. 2019.

TEIXEIRA, A. G. – **Processo produtivo e a relação capital/trabalho:Um estudo sobre a indústria farmacêutica paulista no período recente.** 2008. 144 fls. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras – Campus de Araraquara. Orientador: Benedito Rodrigues de Moraes Neto.

TEIXEIRA, M. O.; PAGANI, V. G. - **A indústria farmacêutica** – São Paulo : Sindicato dos Químicos-SP, 2015. 100 p.: il. ; 23 cm – (Coleção Estudos Setoriais; 1)

TEMPORÃO, J.G. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde.** Rio de Janeiro, Graal, 1987.

TORRES, R. P; SOUZA, M. A. F. **A Dinâmica do Mercado Farmacêutico Brasileiro Segundo o Modelo das Estratégias Genéricas de Porter.** Sociedade, Contabilidade e Gestão, Rio de Janeiro, v. 5, n. Especial, 2010.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12 (Sup): p. 1765-1777, 2007.

WAN DER MAAS, L. et al. **Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010** (relatório final). Belo Horizonte: UFMG – NESCON, dezembro de 2014. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Mercadotrabalhoprofissesdesaudeindenivelsuperiornobrasil\(Rel.final\).pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Mercadotrabalhoprofissesdesaudeindenivelsuperiornobrasil(Rel.final).pdf). Acesso em: ago. 2021.