



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CURSO DE MESTRADO EM ECONOMIA**

DANIELLE BRAGA VALACI PONTES FERRARI

**ESTRUTURA DE MERCADO E O VAREJO FARMACÊUTICO DE BELO
HORIZONTE**

SALVADOR

2010

DANIELLE BRAGA VALACI PONTES FERRARI

**ESTRUTURA DE MERCADO E O VAREJO FARMACÊUTICO DE BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia.

Área de concentração: Organização Industrial.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata

**SALVADOR
2010**

Ficha catalográfica elaborada por Vânia Magalhães CRB5-960

Ferrari, Danielle Braga Valaci Pontes

F 375 Estrutura de mercado e o varejo farmacêutico de Belo Horizonte./

Danielle Braga Valaci Pontes Ferrari. - Salvador, 2010.

111 f. . il. ; graf.; fig.; tab.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Ciências Econômicas, 2010.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata.

1. Indústria farmacêutica - Brasil. 2. Medicamentos - Legislação. 3. Medicamentos – Preços. I. Mata, Henrique Tomé da Costa. II. Título. III. Universidade Federal da Bahia.

CDD – 338.436150981

DANIELLE BRAGA VALACI PONTES FERRARI

ESTRUTURA DE MERCADO E O VAREJO FARMACÊUTICO DE BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2011.

Banca examinadora

Orientador: _____

Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata (Orientador)
CME/FCE/UFBA

Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Junior
CME/FCE/UFBA

Prof^a. Dr^a. Vera Maria Luz Spínola
UNIFACS

Ao meu pai (sempre presente em nossos corações).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao Professor Fernando Simões Azevedo, do Centro Universitário UniFemm, por ter me incentivado a ingressar no curso de mestrado.

À minha mãe, peça fundamental na minha vida e ao Marlon, duas pessoas que não mediram esforços para me ajudar durante todo o curso.

Aos meus familiares, em especial Daniel, Tia Diva e Jair, e aos amigos, em especial Cláudio e Endi, pelo apoio constante.

Aos professores do CME/UFBA, em especial ao Professor Henrique Tomé da Cota Mata por ter aceitado me orientar neste trabalho e ao Professor Carlos Alberto Gentil Marques, pelo constante incentivo para a conclusão deste curso.

Ao professor Lielson Antônio de Almeida Coelho do Curso de Economia da UFBA pela contribuição na minha formação como futura professora de economia.

À secretaria do CME/UFBA, em especial ao servidor Ruy Magalhães Mota, pela constante disponibilidade para ajudar os mestrandos deste curso. E às bibliotecárias da Biblioteca da FCE/UFBA, Vânia Magalhães e Valdinea Conceição, pelas orientações prestadas.

Aos colegas do CME/UFBA que, além da amizade, sempre ajudaram nos estudos.

Aos colegas de trabalho da DF/Betim, em especial Joabe, Jaderson, Jordana, Rosana, Fernando, Ronaldo e Zoraima, que colaboraram com a realização deste mestrado.

À Márcia Marciel, Leonidas Marques, Leonardo Muinhos e Eurélia Cury pela disponibilidade.

Aos professores Dra. Vera Maria Luz Spínola e Dr. Hamilton de Moura Ferreira Junior por terem aceitado o convite para participar da banca examinadora desta dissertação.

Por fim, a Deus, por possibilitar todas as nossas conquistas. Obrigada!

“A saúde não é tudo, mas, sem ela, o resto é nada.”
Schopenhauer

RESUMO

O presente trabalho leva em consideração três variáveis do mercado farmacêutico: preço, concentração e acesso aos medicamentos; o que remete ao estudo da regulamentação deste setor da economia. Logo, o ponto central desta dissertação é verificar os efeitos da política de regulamentação de preços no mercado farmacêutico varejista sobre o acesso aos medicamentos e, ainda, verificar se os preços determinados pela CMED (Câmara de Medicamentos) são seguidos em seu valor máximo. Analisa-se, também, se o mercado, com a concentração que está ocorrendo no varejo em virtude do fortalecimento das grandes redes de farmácia, utiliza preços inferiores ao determinado pela legislação. Para tanto o presente trabalho realiza um estudo teórico sobre a estrutura do mercado farmacêutico e suas falhas de mercado. Posteriormente expõe sobre o mercado farmacêutico com ênfase no setor de varejo e já inicia a análise do acesso aos medicamentos. Finalizando, dedica-se atenção à regulamentação do setor, estudando os preços legais e os preços do mercado de Belo Horizonte apresentando as conclusões.

Palavras-Chave: Concorrência. Concentração de mercado. Regulação. Preço de medicamentos. Acesso aos medicamentos.

ABSTRACT

This paper takes into account three variables of the pharmaceutical market: price, concentration and access to medicines, which leads to the study of regulation of this sector of the economy. Therefore the focus of this thesis is to examine the effects of the policy of price regulation in the retail pharmaceutical market on access to medicines and also verify if the prices determined by CMED (Câmara de Medicamentos) are followed in its maximum value, and if, the market, with the concentration that is occurring in retail due to the strengthening of the large drugstore chains, have prices lower than determined by law. The present study conducts a theoretical study on the pharmaceutical market structure and the existing market failures. Further expose on the pharmaceutical market with emphasis on the retail sector and already starts the analysis of access to medicines. Finally, attention is given to regulate the sector, studying the legal price and the price in Belo Horizonte market, than the conclusions is presented.

Key-words: Competition. Market concentration. Regulation. Price of medicines. Access to medicines.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do faturamento do setor farmacêutico brasileiro de 1999 a 2009.....	37
Gráfico 2 – Gastos com medicamentos de acordo com a classe social – 2009.....	45
Gráfico 3 – Vendas nominais do mercado farmacêutico brasileiro em R\$1000 e em US\$ 1000 e em 1000 unidades.....	49
Gráfico 4 – Evolução das vendas nominais do mercado farmacêutico brasileiro em Reais, Dólares e unidades.....	50
Gráfico 5 – Faturamento das farmácias e perfumarias na Região Metropolitana de São Paulo.....	50
Gráfico 6 – Faturamento, vendas e preço médio de medicamentos no Brasil, 1990 – 2001.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Cadeia Produtiva da Indústria Farmacêutica.....	33
Figura 2 –	Representatividade do “ <i>pharmerging</i> ” no crescimento global da indústria farmacêutica nos próximos cinco anos.....	35
Figura 3 –	Tendência do mercado farmacêutico em nível mundial.....	36
Figura 4 –	Impacto da tributação estadual no comércio varejista.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mecanismos factíveis de regulamentação farmacêutica pelo Estado.....	55
Quadro 2 – Diferentes esquemas de intervenção em preços.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas de vendas e <i>market share</i> no setor varejista farmacêutico – participação no mercado das redes associadas à ABRAFARMA.....	40
Tabela 2 – Renúncia fiscal do Governo Federal no setor farmacêutico.....	44
Tabela 3 – Distribuição das despesas monetárias e não monetária média mensal familiar, por classe de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar, segundo os tipos de despesa – Brasil – período 2008-2009.....	52
Tabela 4 – Comportamento das vendas e números de empresas no setor de produtos genéricos.....	63
Tabela 5 – Teto de reajuste e participação no mercado de medicamentos por categoria.....	71
Tabela 6 – Distribuição das despesas monetárias e não monetária média mensal familiar com assistência à saúde em Belo Horizonte, 2008.....	83
Tabela 7 – Variação do IPCA geral e do IPCA para produtos farmacêuticos durante o Plano Real, Brasil.....	83
Tabela 8 – Pesquisa de preço no varejo de Belo Horizonte realizada pela Anvisa.....	103
Tabela 9 – Comparação dos preços de mercado de Belo Horizonte com os preços do mercado mundial em 2008 - 2009.....	105
Tabela 10 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2008 - 2009.....	107
Tabela 11 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2010.....	109

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	ANÁLISE DAS FALHAS DE MERCADO DO SETOR FARMACÊUTICO	17
2.1	TEORIA DA CONCORRÊNCIA E O SETOR FARMACÊUTICO	17
2.2	COMPETITIVIDADE E CONCENTRAÇÃO NO MERCADO FARMACÊUTICO	24
2.3	BARREIRAS À ENTRADA	27
2.4	ESSENCIALIDADE DO BEM: DEMANDA INELÁSTICA	28
2.5	ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO	30
3	A ESTRUTURA DO MERCADO FARMACÊUTICO	33
3.1	DINÂMICA DO MERCADO FARMACÊUTICO	33
3.2	DINÂMICA DO MERCADO VAREJISTA NO SEGMENTO FARMACÊUTICO NO BRASIL	37
3.3	ANÁLISE DO SISTEMA DE ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL	44
4	REGULAÇÃO BRASILEIRA SOBRE O SETOR FARMACÊUTICO	55
4.1	PROCESSO HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO BRASILEIRA NO SETOR FARMACÊUTICO	55
4.2	MODELOS INTERNACIONAIS DE REGULAÇÃO DO SETOR FARMACÊUTICO	59
4.3	ESTRUTURA E REGIME LEGAL NO SETOR FARMACÊUTICO	61
4.4	REGULAÇÃO ECONÔMICA DO MERCADO FARMACÊUTICO DO BRASIL	65
4.5	A REGULAMENTAÇÃO NO VAREJO FARMACÊUTICO BRASILEIRO	67
5	ANÁLISE DOS EFEITOS DA REGULAMENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS SOBRE O MERCADO DE BELO HORIZONTE	75
5.1	QUADRO GERAL DO VAREJO FARMACÊUTICO EM BELO HORIZONTE	75
5.2	EFEITOS SOBRE OS PREÇOS AOS CONSUMIDORES	82
5.3	PREÇOS E CONCORRÊNCIA NO VAREJO FARMACÊUTICO	87

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES	102

1 INTRODUÇÃO

O mercado farmacêutico global deverá movimentar em 2010 um montante superior a US\$ 825 bilhões segundo informações da IMS Health (2009). Isso representa um crescimento de 4% a 6% para o ano corrente (IMS HEALTH, 2009). Atualmente o mercado brasileiro é um mercado de destaque no âmbito internacional, podendo chegar ao 8^o lugar no *ranking* mundial, se a previsão de crescimento de 8% a 11% ocorrer até o ano de 2013 (REIS, 2010).

Em 2008, o Brasil movimentou US\$ 17,1 bilhões (R\$ 30,8 bilhões) na venda de medicamentos (ABIFINA, 2009), em um ambiente de US\$ 773 bilhões resultante da venda global de medicamentos (SAUDE BUSINESS WEB, 2009). Atualmente, o mercado interno está aquecido em função das políticas internas realizadas e que envolveram a adoção das leis de patente e dos genéricos.

Desta forma, o mercado farmacêutico apresenta-se com grande importância econômica e social, visto que o tipo de produto dominante está diretamente associado ao bem-estar das pessoas. Estudar e compreender a regulamentação desse mercado é relevante do ponto de vista econômico e social, principalmente, quando se constata que o setor farmacêutico brasileiro é tecnicamente eficiente na produção de medicamentos e que esta eficiência não é repassada integralmente à população, conforme questiona Fardelone e Branchi (2006).

Embora a literatura técnica demonstre que o mercado farmacêutico brasileiro apresente padrão de eficiência na produção de medicamentos, tal eficiência não é absorvida integralmente em termos de benefícios aos consumidores, refletindo negativamente na saúde dos brasileiros.

A saúde é um direito constitucional garantido a todo cidadão brasileiro, e os medicamentos são uns dos meios que possibilita a concretização deste direito. No Brasil, a principal forma de acesso a medicamentos é a compra dos mesmos pelos consumidores nas farmácias e drogarias, logo as variáveis renda e preço são consideradas como as principais barreiras a este acesso.

A distribuição de renda, além de ser um fator histórico de nossa sociedade, também, é um problema a ser resolvido a longo prazo. Desta forma, este trabalho opta por avaliar a variável

preço por ser uma variável passível de efeitos no acesso aos medicamentos mais imediatos.

Outro fator que merece destaque nesta análise é a concentração de mercado e a estrutura deste mercado. A indústria farmacêutica fornece um bem de consumo essencial protegido por patentes e, portanto, é tradicionalmente conhecida por seu elevado grau de concentração. Mas existem vários estudos sobre a concentração na indústria farmacêutica com enfoque na produção dos medicamentos. Portanto, o enfoque do presente estudo se dá no varejo, parte da cadeia produtiva que está diretamente ligada ao consumidor.

Nesta perspectiva, o presente estudo visa analisar a variação dos preços dos medicamentos no país, sendo representado pela cidade de Belo Horizonte, e no mundo, com a finalidade de verificar os efeitos na regulamentação de preço imposta ao setor varejista e, simultaneamente, analisa-se o efeito da expansão no mercado das grandes redes nestes preços. Conseqüentemente, o acesso ao medicamento pela população é abordado.

Para tanto, busca-se analisar a dinâmica do mercado farmacêutico brasileiro e mundial, e a dinâmica do mercado varejista no segmento farmacêutico no Brasil, com destaque para o mercado local em Belo Horizonte visando contextualizar o trabalho. Analisa-se, ainda, a estrutura e regime legal no setor farmacêutico já introduzindo a questão da regulamentação no setor. Ainda, com relação à regulamentação, são apontadas as falhas de mercado que levam à necessidade de implantação de um sistema que regulamenta o setor e, conseqüentemente, os resultados práticos deste sistema.

Os procedimentos operacionais da pesquisa consistem da identificação, seleção e tratamento de dados. Serão utilizadas as seguintes bases de dados: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais (SEF); Movimento das Donas de Casa de Belo Horizonte; e do Guia *Management Science for Health* (MSH).

Para a seleção dos dados partiu-se das pesquisas de preço de medicamentos realizadas pelo Movimento das Donas de Casa de Belo Horizonte nos anos de 2009 e 2010 na capital mineira. Com base nesta relação de medicamentos, pesquisaram-se estes medicamentos em dois bancos de dados da Anvisa. No primeiro deles, obteve-se a pesquisa de preços realizada em Belo Horizonte desde os primórdios da regulamentação da Câmara de Medicamentos (CMED) e, no segundo, pesquisaram-se os preços regulamentados pela CMED para os

medicamentos em análise. Posteriormente, esta mesma relação de medicamentos foi pesquisada no Guia *Management Science for Health* para fins de comparação dos preços do mercado de Belo Horizonte com os preços mundiais.

Ainda foi realizada uma ampla revisão bibliográfica sobre economia, concentração dos mercados, regulamentação e mercado farmacêutico que resultou na parte teórica deste trabalho.

A dissertação é composta de quatro capítulos, além desta introdução e considerações finais. O segundo capítulo se destina a apresentar as bases teóricas gerais, destacando as teorias econômicas que envolvem concorrência, competitividade, estrutura de mercado, concentração de mercados e as demais falhas de mercados identificadas no setor farmacêutico. No capítulo 3 é abordada a estrutura do mercado farmacêutico, envolvendo o debate sobre a conjuntura econômica do mercado com destaque para o varejo farmacêutico. Já no quarto capítulo, apresenta-se o marco regulatório, o marco institucional e legal vigente no setor. Os resultados da análise de dados e discussões relativas aos objetivos delineados são apresentados no quinto, verifica-se a aplicação da teoria no mercado consumidor de Belo Horizonte. Finalmente, serão apresentadas as considerações finais.

2 ANÁLISE DAS FALHAS DE MERCADO DO SETOR FARMACÊUTICO

O mercado farmacêutico é um setor da economia que possui determinadas características que resultam na necessidade de regulamentação do mesmo. Estas características são as falhas de mercado presentes neste setor econômico que minimizam o grau de substituição destes produtos, facilitando a imposição do preço. Assim, a regulamentação é fundamentada no mercado concentrado, principalmente, quando se analisam as classes terapêuticas; as barreiras à entrada; a demanda inelástica causada pela essencialidade do bem e a assimetria de informação (ANVISA, 2004), ou seja, a estrutura de mercado.

Para melhor compreensão da política de regulamentação implantada pelo Governo brasileiro passa-se a estudar cada uma das falhas existentes na estrutura do mercado farmacêutico.

2.1 TEORIA DA CONCORRÊNCIA, ESTRUTURA DE MERCADO E O SETOR FARMACÊUTICO

Inicia-se analisando o papel da concorrência na evolução das teorias econômicas. A abordagem da concorrência é importante em função da relevância do tema para a análise da concentração do mercado. Para tanto, faz-se uma breve reflexão teórica sobre a evolução do conceito de concorrência na teoria microeconômica da firma.

A teoria clássica associa o conceito de concorrência com a livre iniciativa, a mobilidade de capital e a ausência de barreiras à entrada no mercado. Nessa lógica, o empresário busca sempre o maior lucro o que torna possível em função da mobilidade de capital, que possibilita ao mesmo a mudança para setores de maior lucratividade. Desta forma a concorrência passa a ser um fato econômico permanente ao longo do tempo. Assim, a concorrência vista no âmbito da teoria clássica possui efeitos meramente acessórios.

Marx apresenta uma perspectiva de concentração mais relevante que a apresentada na teoria clássica, entretanto, mesmo assim, não se elabora uma teoria efetiva da concorrência. Segundo Marx, *apud* Kupfer (2002, p. 417):

[...] a concorrência não tem o *status* de gerar por *si mesma* efeitos relevantes na economia capitalista; ela cumpre apenas um papel intermediário de 'executar' as 'leis de movimento' (para usar a sua expressão) dessa economia, determinada em nível

mais 'fundamental' (das relações de produção e das leis do capital) que o nível 'superficial' de concorrência, incapaz de criar ou afetar essas determinações.

Assim, a concorrência é resultado do desenvolvimento do capitalismo e está presente em todo o processo das atividades econômicas capitalistas, sendo aplicada nos três níveis: “produção, realização e distribuição do excedente econômico (ou da mais-valia respectivamente)” (POSSAS, 1989, p. 59). Nas palavras de Bastos (1997, p. 210):

Para Marx, o comportamento maximizador das empresas e o estímulo à acumulação do capital são resultantes das exigências do próprio sistema capitalista. A expansão do capital faz parte do caráter essencial do próprio capital. A concorrência decorre da necessidade de auto-expansão e permeia a produção, a circulação e a distribuição de mais-valia.

Assim, a concorrência teria duas funções, a saber:

- Igualar os valores sociais em cada setor, o que leva a diferentes taxas de lucro dentro deles.
- Promover a mobilidade de capitais entre setores, levando à formação de preços de produção com uma taxa média de lucro. (BASTOS, 1997, p. 210).

Segundo Possas (1989), a concorrência nesta teoria é pensada como uma “parte constitutiva essencial” do conceito de capital. “[...] Para Marx a produção mercantil e o valor, de um lado, bem como a produção capitalista e a mais-valia, de outro, exigem a concorrência como um elemento prévio, um pressuposto lógico fundamental de sua existência” (POSSAS, 1989, p. 59).

Por fim, Marx considera que a concorrência gera concentração, em decorrência da acumulação de capital e centralização resultante do próprio processo de concorrência, o que já o deixa mais próximo de uma perspectiva de análise de capitalismo monopolista.

A teoria neoclássica, apesar de ser voltada mais para o sistema de preço do que para a competição e organização da firma, traz consigo dois modelos de concorrência baseados, claro, na concorrência via preço que são ditos tradicionais: o modelo de competição perfeita e o monopólio. Porém, assim como esta teoria, estes modelos são criticados dando origem à competição monopolística. E, é com estas críticas, realizadas na década de 1920, que a teoria da firma se desenvolve, pois, surgem “os primeiros questionamentos do realismo e da coerência do modelo concorrencial” (TIGRE, 1999, p.10).

Esta discussão neoclássica é iniciada com Walras, que traz a ideia de equilíbrio geral do sistema econômico e que criava as condições para a concorrência perfeita via preço. Porém esta teoria se apresenta muito estática e distante da realidade, surgindo, portanto, a teoria do equilíbrio parcial de Marshall que foi a base para os atuais manuais da microeconomia ortodoxa.

Marshall, no aspecto da concorrência, que está relacionada à ideia da liberdade, considera em sua teoria a concorrência perfeita, em que o mercado é competitivo “quando há grande número de firmas vendendo um produto homogêneo, quando se dispõe de informação plena e há livre mobilidade de fatores (livre entrada no mercado)” (POSSAS, 1985, p. 14). Ele, também, analisa o monopólio, mas restringe seus estudos sobre concorrência a apenas estes dois modelos.

O modelo de competição perfeita tem como hipóteses basilares as seguintes características: grande número de empresas; produtos homogêneos; livre entrada e saída de empresas; maximização de lucros; livre circulação de informação; e, perfeita mobilidade de fatores. (MELO, 2002). Desta forma, a empresa neste modelo é caracterizada como um agente tomador de preço e com racionalidade otimizante.

No monopólio, as hipóteses básicas são: um único produtor; produtos sem substitutos próximos; barreiras à entrada; e, maximização de lucros. (MELO, 2002). Assim, um agente monopolista tem poder de mercado, domina o mercado, e, portanto, determina o preço do bem comercializado, reduzindo o nível de bem-estar do consumidor.

Mas essa teoria foi reformulada em razão das críticas de Sraffa (1985). O autor questionou três pontos da teoria de Marshall, quais sejam:

- a) A pressuposição para o equilíbrio da firma competitiva na ocorrência de rendimentos decrescentes;
- b) A possibilidade de manutenção do equilíbrio competitivo de em longo prazo com retornos crescentes (economias de escala);
- c) A suposta independência dos preços em relação à produção da firma competitiva. (POSSAS, 1985, p. 15-16).

Em resposta a tais críticas, Robinson e Chamberlin apresentaram abordagens alternativas

sobre concorrência imperfeita e monopolística. Esses autores mesclam elementos da concorrência perfeita, como grande número de firmas e livre entrada, com os elementos do monopólio, como o poder de afetar os preços. (POSSAS, 1985). Na competição monopolística as hipóteses levantadas são: livre entrada, diferenciação de produtos, maximização de lucro, e as empresas não são tomadoras de preço.

Mas assim como as demais teorias, esta última, também, recebeu várias críticas, inclusive, autocríticas de Robinson, que questionou o fato da concorrência no modelo ser basicamente fundamentada em termos de concorrência via preço e o seu caráter estático apresentado. (POSSAS, 1985). As demais críticas sobre a teoria dizem respeito basicamente a:

A ênfase na interdependência; o questionamento a livre entrada e do conceito de 'indústria' com grande número de concorrentes 'homogeneamente diferenciados' [...] tudo que conduz à identificação do grande ausente deste esforço teórico: o *oligopólio*. (POSSAS, 1985, p. 24).

Verifica-se, portanto, que a teoria neoclássica não trata, por exemplo, do oligopólio, abrindo margem para o desenvolvimento da teoria da firma mais orientada para uma análise empírica da concorrência. O oligopólio é o modelo que retrata a aproximação entre o monopólio e a concorrência. O oligopólio consiste de poucas firmas concorrentes, de forma que a decisão de uma firma influencia na decisão das demais.

É importante analisar, também, a abordagem schumpeteriana. Schumpeter (1961) elabora uma verdadeira teoria da concorrência, colocando-a como “um processo de ruptura e transformação no âmago do dinamismo capitalista” (POSSAS, 1989, p. 69).

Schumpeter (1961) fornece a concorrência um papel de destaque em sua teoria:

[...] é ainda a concorrência, dentro de um conjunto rígido de condições invariáveis, métodos de produção e particularmente de formas de organização industrial, que continua praticamente a monopolizar-lhes a atenção. Mas, na realidade capitalista e não na descrição contida nos manuais, o que conta não é esse tipo de concorrência, mas a concorrência de novas mercadorias, novas técnicas, novas fontes de suprimento, novo tipo de organização (a unidade de controle na maior escala possível, por exemplo) — a concorrência que determina uma superioridade decisiva no custo ou na qualidade e que fere não a margem de lucros e a produção de firmas existentes, mas seus alicerces e a própria existência. (Schumpeter, 1961, p. 112).

Sobre esta óptica de concorrência, tem-se o processo de destruição criadora que faz parte do

sistema capitalista. O capitalismo está em constante mutação, sendo composto pelos ciclos de vida de seus produtos, métodos de produção e organização, entre outros. Desta forma, “o impulso fundamental que põe e mantém em funcionamento a máquina capitalista procede dos novos bens de consumo, dos novos métodos de produção ou transporte, dos novos mercados e das novas formas de organização industrial criadas pela empresa capitalista” (SCHUMPETER, 1961, p.110). Assim, a economia está em constante mutação devendo os agentes econômicos estarem atentos a estas mudanças, de como elas ocorrem, como são criadas e como chegam ao seu fim. Assim, Schumpeter (1961) identifica que o problema geralmente visualizado é o de como o capitalismo administra as estruturas existentes, enquanto o problema relevante é o de como ele as cria e destrói'. (SCHUMPETER, 1961, p.111).

Assim, a palavra-chave para concorrência nesta teoria é o conceito de inovação, pois, inovação é o diferencial da concorrência entre firmas, ela é a responsável por lucros crescentes e pelas vantagens do *market-share*. Além do mais, é a inovação que garante o caráter dinâmico desta nova formulação teórica (BAPTISTA, 1997). Assim, a concorrência por meio da inovação acaba resultando na criação de monopólios temporários que garantem lucros extraordinários até que os demais concorrentes do ramo incorporem a inovação em sua atividade. Desta forma, os conceitos de concorrência e monopólio, para Schumpeter (1961), não são posições antagônicas.

Na década de 50 surgiu o modelo de Estrutura-Conduita-Desempenho (E-C-D) com a ideia de que a estrutura de mercado, em que a firma está inserida, influencia a conduta das empresas na maximização de lucro. Assim, este novo paradigma “considera a concentração como um aspecto central na definição das estruturas de mercado, representando um papel importante na definição do desempenho alocativo do mercado” (ROCHA; BUENO; PIRES, 2007, p. 2).

Mas, segundo Kupfer (1992), o modelo E-C-D apresenta algumas lacunas, tais como: i) as firmas não poderiam influenciar significativamente, por meio de suas condutas, o processo de concorrência. Esta lacuna foi eliminada com a aceitação de uma relação interativa entre as variáveis, estrutura, conduta e desempenho. ii) incapacidade de lidar com a existência de diferenciais de lucratividade entre empresas em uma mesma indústria. A questão desta lacuna está relacionada com a lucratividade de uma empresa na indústria porque, apesar da correlação positiva entre lucros excessivos e grau de concentração, isso não significa que as

empresas concentradas de uma indústria terão a mesma lucratividade. Assim, o modelo tornou-se questionável uma vez que a empresa pode passar a ser o objeto da análise e não mais a indústria, como supõe o modelo. iii) A endogeneidade, conforme demonstra a trecho abaixo:

Mas o principal questionamento com que o paradigma se defrontou foi a chamada questão da endogeneidade. Conforme aponta Gerosky (1988), se cada firma escolhe seu nível de produção (e preços) em função de suas curvas de custos, funções de demanda e de expectativas que mantenham sobre a conduta das firmas rivais, o preço de mercado e os *outputs* de todas as firmas, para uma indústria em equilíbrio, são conjuntamente determinados. Isso por sua vez implica que tanto o grau de concentração quanto os lucros sejam variáveis endogenamente determinadas e não possam guardar relações de causalidade pré-definidas. Ambas dependem, na verdade, das variáveis exógenas, assumidas como sendo as curvas de custo, as funções demanda e as expectativas de ação e reação dos concorrentes que cada empresa apresenta. (KUPFER, 1992, p. 6).

Porém, observa-se que, apesar das críticas acima descritas, o modelo possui vários adeptos na atualidade e mantêm a discussão sobre a concentração industrial em pauta, inclusive, é o modelo utilizado na presente análise sobre a estrutura do mercado varejista farmacêutico.

O modelo E-D-C demonstra a existência do poder de mercado e a conseqüente redução do bem-estar social em relação ao ótimo de Pareto. É um modelo que enfatiza a análise da concentração de mercado levando em consideração a estratégia utilizada pela firma no mercado relevante. (MAGALHÃES, 2006).

Neste modelo, também, se adéqua a uma perspectiva schumpeteriana ao considerar a concorrência como uma atividade inovativa, que inova em seus produtos, em processos produtivos, em formas de organização, entre outros, o que pode ser verificado no mercado do varejo farmacêutico como se demonstrar no decorrer do trabalho. Estas atividades inovativas podem alterar a estrutura de mercado existente e, conseqüentemente, criar vantagens competitivas que podem resultar no poder de mercado. (MAGALHÃES, 2006).

Dentro da concepção deste modelo, a firma toma suas decisões de estratégias de competição em função do ambiente econômico em que ela se encontra, observando o mercado e demais fatores concorrenciais, econômicos e institucionais. Logo, a análise da estrutura de mercado em estudo se dá por meio da discussão sobre concentração de mercado, barreira à entrada e diferenciações utilizadas no setor, visando verificar a possibilidade de exercício do poder de mercado resultante da concentração do mercado. Assim, é verificada a integração da estrutura

de mercado com as estratégias inovativas que resultam no desempenho competitivo do setor que influencia diretamente no bem-estar social. (MAGALHÃES, 2006).

Destaca-se que o poder de mercado, só pode ser exercido quando a firma, ou um conjunto de firmas, apresente uma participação elevada no mercado e o poder de mercado pode ser entendido como “ a capacidade que uma empresa, ou um conjunto de empresas, agindo coordenadamente ou não, em fixar preços acima do custo marginal. O resultado é aumento do lucro de forma a gerar ineficiência econômica e redução do bem-estar social” (MAGALHÃES, p. 25, 2006).

Retomando a estudo da concorrência analisam-se os neoschumpeterianos ou evolucionistas. Eles consideram a concorrência como um processo dinâmico – que depende do tempo – em que a preocupação central está relacionada com o processo de inovação, focando-se no impacto que as inovações causam à economia e ao processo de acumulação. Nesta concepção, ainda, é necessário destacar que concorrência e competitividade são tratadas em conjunto. (KUPFER, 1996).

Desta forma, verifica-se que concorrência pode ser entendida de várias maneiras. Ela pode ser uma forma de mercado em contraposição ao monopólio, pode ser a forma das firmas se relacionarem em oposição à cooperação, mas, para fins deste trabalho, entende-se que a concorrência possui papel fundamental na economia capitalista. Ela consiste na busca constante por vantagens competitivas e é mais eficaz quando envolve uma inovação. Portanto, é possível que sejam criados monopólios temporários enquanto a inovação não é difundida no mercado, logo, neste caso, concorrência e monopólio não são conceitos antagônicos. (POSSAS, 1999).

Diante do exposto, verifica-se que a indústria farmacêutica é caracterizada por ser composta por oligopólios e, se a análise for realizada por classes terapêuticas, observa-se uma maior concentração do mercado, chegando até mesmo a configurar monopólios resultantes do processo inovativo constante nesta indústria e que são garantidos legalmente pelas patentes. Esta característica presente nos laboratórios farmacêuticos pode ser confirmada pelo trecho abaixo:

Num contexto macro, observou-se que, ao se analisar a indústria farmacêutica como

um todo, verifica-se um alto grau de fragmentação. Todavia, a literatura diz que a indústria farmacêutica apresenta a "concentração" como uma de suas principais características e classifica esse mercado como sendo oligopólico e até monopólico, em alguns casos (ISALUD, 1999). (SANTOS, 2001, p. 60).

Segundo Santos (2001), a concorrência neste mercado ocorre predominantemente por formas alternativas ao diferencial de preço o que pode ser verificado em toda cadeia produtiva. As empresas produtoras, os laboratórios farmacêuticos, realizam a concorrência via *marketing*, investindo na divulgação de uma marca conhecida e confiável, além é claro da concorrência pela diferenciação de produtos. Já as distribuidoras e drogarias focam em prestar serviços diferenciados, realizar propaganda, criar políticas de crédito.

Porém, Sylos-Labini (1966), *apud* Santos (2001), traçam um perfil para o setor farmacêutico com características que o classifica como um oligopólio diferenciado. Estas características são:

- a. grande diferenciação de produtos;
- b. baixa concentração técnica – elevado número de empresas atuando em cada mercado terapêutico – muito embora a concentração econômica possa ser alta por efeito dos gastos de promoção necessários para assegurar a preferência dos consumidores;
- c. relativa fragilidade das barreiras à entrada, dada a inexistência de barreiras tecnológicas e de escala, acarretando uma grande heterogeneidade do tamanho de plantas. (SANTOS, 2001, p. 40).

Já o varejo farmacêutico se aproxima mais do modelo de concorrência perfeita, porém, verifica-se uma tendência à formação de oligopólios com o crescimento econômico das redes farmacêuticas que inovaram no varejo ao implantarem no Brasil o modelo de *drugstore* além da inovação na logística de distribuição e na compra de medicamentos adquirindo-os diretamente de laboratórios farmacêuticos.

Assim, com base na suposição de que uma estrutura competitiva determina as condições de sucesso no processo de concorrência (POSSAS, 1999, p. 13) e tendo já delineado o conceito de concorrência nas suas diversas vertentes, passa-se ao debate em torno da competitividade e concentração de mercado.

2.2 COMPETITIVIDADE E CONCENTRAÇÃO NO MERCADO FARMACÊUTICO

A competitividade normalmente é abordada “como um fenômeno diretamente relacionado às características de desempenho ou de eficiência técnica e alocativa em termos de firmas e de seus produtos” (FERRAZ; KUPFER; HAGUENAUER, 1996, p. 6). Assim, a competitividade é analisada sob duas ópticas: a competitividade como eficiência e a competitividade como desempenho.

Na abordagem de eficiência, tem-se competitividade como potencial, ou seja, observa-se a relação custo-benefício das empresas e a produtividade das mesmas. Neste caso, “busca-se de alguma forma traduzir a competitividade por meio da relação insumo-produto praticada pela firma, isto é, da capacidade da empresa de converter os insumos em produtos com o máximo rendimento” (FERRAZ; KUPFER; HAGUENAUER, 1996, p. 6). Assim, a posição competitiva da firma é determinada via oferta. O produtor, ao escolher as técnicas gerenciais a serem aplicadas no dia-a-dia da empresa, estará definindo seu padrão de competitividade. Assim, a competitividade, nesta perspectiva, é considerada como um fenômeno *ex-ante*, conforme expõe Kupfer (2002, p. 3):

Para os que seguem a vertente "eficiência", por sua vez, competitividade é um fenômeno *ex-ante*, ie, é um grau de capacitação detido pelas firmas, que se traduz nas técnicas por elas praticadas. O desempenho no mercado "seria uma provável consequência da competitividade e não sua expressão" (Haguenauer, 1989). “Considera-se, assim, que é o domínio de técnicas mais produtivas que, em última instância, habilita uma empresa a competir com sucesso, isto é, representa a causa última da competitividade.”

No conceito de competitividade como desempenho, a competitividade é analisada considerando a participação da firma no mercado, ou seja, o seu *market-share*, em um determinado momento no tempo. Assim, a posição competitiva da empresa é determinada via demanda, porque é o consumidor, ao determinar qual produto deve ser consumido, que define a posição competitiva das empresas e, conseqüentemente, o *market-share* de cada firma. Portanto, neste prisma, a competitividade é um fenômeno *ex-post*, conforme expõe Kupfer (2002, p. 3):

Para os que advogam a versão desempenho, competitividade, como um fenômeno *ex-post*, é o resultado de um vasto conjunto de fatores, dentre os quais a eficiência técnica produtiva é apenas um deles e nem sempre o mais importante. Assim sendo, competitividade é uma variável que sintetiza fatores preço e não preço - estes últimos incluem qualidade de produtos e de fabricação e outros similares, a habilidade de servir ao mercado e a capacidade de diferenciação de produtos, fatores esses parcial ou totalmente subjetivos.

Em uma perspectiva dinâmica, a competitividade é considerada como uma característica extrínseca ao produto ou à firma e está relacionada com o padrão de concorrência vigente no mercado em que a firma está inserida. Isso ocorre em virtude da visualização de que “o desempenho no mercado e a eficiência produtiva decorrem da capacitação acumulada pelas empresas que, por sua vez, refletem as estratégias competitivas adotadas em função de suas percepções quanto ao processo concorrencial e ao meio ambiente econômico onde estão inseridas” (FERRAZ; KUPFER; HAGUENAUER, 1996, p.7). Assim, competitividade deve ser entendida como “um fenômeno direta e indissolúvelmente ligado ao processo de concorrência, que não se esgota em vinculações *ex-ante* ou *ex-post*” (KUPFER, 2002, p.4).

Portanto, competitividade, em uma abordagem mais dinâmica, pode ser definida como: “a capacidade da empresa formular e implementar estratégias concorrenciais, que lhe permitam ampliar ou conservar, de forma duradoura, uma posição sustentável no mercado” (FERRAZ; KUPFER; HAGUENAUER, 1996, p. 6). Diante desta definição, verifica-se que a competitividade está presente no varejo farmacêutico e inserida nas ações de grandes redes de farmácias.

Já, a análise da concentração tem a finalidade de estudar a relação da empresa com o mercado em que se insere, destacando a parcela de mercado que esta empresa detém – *market share* – e, conseqüentemente, o poder de mercado que ela exerce. Logo, ao analisar a concentração, maior atenção está voltada para o poder de mercado e a determinação de preço derivado deste poder. Mas, conforme ressalta Resende e Boff (2002), deve-se observar nos índices de concentração o fator barreiras à entrada, pois, se a entrada for fácil à empresa, ela não consegue exercer poder de mercado. A empresa, também, pode ter uma grande parte do mercado em virtude dos custos reduzidos ou de produtos de qualidade superior e não em função do poder de mercado. E, por fim, deve-se atentar para a delimitação de mercado, excluindo os substitutos encontrados em outros mercados.

No mercado farmacêutico identifica-se a competição via preço, via inovação e diferenciação do produto e via promoção e propaganda (GONZÁLEZ, 1999). A competição via preço, além de ser aplicada nos medicamentos genéricos é aplicada, também, no mercado varejista, sendo utilizado com uma tentativa de se criarem barreiras à entrada, conforme se verá no decorrer do trabalho.

Já a competição via inovação e diferenciação, também, é bastante presente na indústria farmacêutica como um todo e não é diferente no varejo farmacêutico que vem inovando na forma de atendimento ao cliente e nos produtos comercializados visando ampliar sua participação no mercado. Por fim, a competição via promoção e propaganda é utilizada por toda a indústria farmacêutica, inclusive, pelo varejo farmacêutico visando fortalecer a marca da farmácia, de modo que, no momento em que o consumidor pensar em uma farmácia, ele pense na farmácia que investe em *marketing*.

Neste contexto, deve-se observar um pouco mais a questão das barreiras à entrada que são considerados como meios para manter a concentração, aspectos temáticos considerados no próximo tópico.

2.3 BARREIRAS À ENTRADA

A teoria de Bain, citada por Possas (1985), tem enfoque nas barreiras à entrada nos seus estudos sobre estrutura de mercado. Desta forma, o autor, *apud* Possas (1985), considera quatro possibilidades de entrada em um mercado, em função das barreiras à entrada existentes:

a) ela será 'fácil' quando o preço impeditivo da entrada não for superior ao nível competitivo – vale dizer, não há vantagens das firmas estabelecidas (há 'livre entrada' no sentido usual); b) será 'ineficazmente impedida' quando as barreiras à entrada não forem grandes o bastante para que o preço impeditivo da entrada assegure o fluxo de lucro máximo de longo prazo, e as empresas optarão por um preço mais elevado que permitirá a entrada sucessiva de novas firmas, até que se atinja o menor correspondente à entrada impedida. Tal situação será tão mais provável quanto menor for o ritmo de entrada esperado; c) — a entrada será 'eficazmente impedida' se o preço que impede a entrada for suficientemente acima dos custos para que se obtenha a longo prazo um fluxo maior de lucros que na hipótese de preço mais alto e entrada induzida, como na alternativa b; d) por último, a entrada será 'bloqueada' se o preço de nível impeditivo exceder o próprio nível que maximiza os lucros a longo prazo, caso em que não havia qualquer incentivo a fixar um preço que superasse e atraísse novos concorrentes. (POSSAS, 1985, p. 101)

No caso do mercado farmacêutico, segundo Palmeira Filho e Pan (2003, p. 9), as principais barreiras à entrada, no caso de medicamentos patenteados são: “capacidade gerencial, técnica e financeira para realizar atividades de P&D de novas moléculas; direitos de exclusividade assegurados por patentes; poder das marcas; e aprovação da autoridade regulatória”.

Já no caso dos mercados de genéricos, em que prevalece a concorrência por menores custos e

uma estrutura de distribuição, as principais barreiras à entrada, segundo Palmeira Filho e Pan (2003, p. 9), são, o acesso à aquisição ou à produção de fármacos; e o acesso à rede de distribuição de medicamentos.

Por fim, na produção dos fármacos, as barreiras existentes são:

- o acesso à tecnologia de síntese, que não é usualmente disponível para comercialização e precisa ser desenvolvida pelo interessado, podendo os prazos de desenvolvimento variar de poucos meses a mais de um ano, a depender da complexidade do produto e da experiência da empresa envolvida no processo; e
- a curva de aprendizado, pois, como em vários outros setores econômicos, os custos de produção de fármacos se reduzem à medida que aumenta a produção total acumulada, razão pela qual um produtor novo, mesmo dispondo do conhecimento da rota de síntese de um fármaco, obtido em escala laboratorial, terá grandes dificuldades iniciais para produzir a custos equivalentes aos dos produtores já estabelecidos, a não ser que consiga desenvolver uma inovação de processo. (PALMEIRA FILHO; PAN, 2003, p. 9).

Capanema e Palmeira Filho (2007, p. 170 e 171) analisam as barreiras existentes como meio para impedir a ameaça de novos entrantes, considerando a diferenciação por meio de marcas, a existência de custos de mudança, sistema regulatório mais rígido, exigência de capital e, em alguns casos, a existência de patentes e economia de escala em P&D.

Santos (2001) analisa barreiras à entrada, no tocante à escala. Segundo ele, as escalas não são técnicas ou de plantas produtivas, mas sim de natureza comercial, relacionadas a gastos com publicidade e promoção de vendas. Ele define três tipos de barreiras à entrada no setor: patentes, necessidade de capital para promoção dos produtos e marcas.

No varejo farmacêutico tradicional existe pouco ou nenhum tipo de barreiras à entrada. As redes farmacêuticas que concentram parte do mercado, não podem exercer o poder de mercado, exceto pelo “preço de exclusão” que resulta do poder de barganha exercido sobre os distribuidores de medicamentos e em alguns casos, sobre os laboratórios. Mas estas empresas vêm tentando criar barreiras à entrada aumentando o investimento em *marketing*, fortalecendo a marca.

2.4 ESSENCIALIDADE DO BEM: DEMANDA INELÁSTICA

A elasticidade é uma medida utilizada na economia para medir a sensibilidade da demanda à variação no preço de um bem ou na renda do consumidor. Logo se tem dois tipos de elasticidade: a elasticidade-preço e a elasticidade-renda.

“A elasticidade-preço da demanda é definida como a variável percentual na quantidade em consequência da variação percentual no preço” (VARIAN, 2006, p. 289). No cálculo da elasticidade-preço de dado bem, observa-se se ele tem demanda elástica, inelástica ou unitária. A demanda elástica ocorre quando o resultado do cálculo for maior do que unidade e significa dizer que a demanda por este bem é muito sensível à variação do preço, ou seja, se o preço aumentar em X% a demanda sofrerá uma diminuição superior a X%. A demanda inelástica ocorre quando a elasticidade for menor que unidade, neste caso, se o preço aumentar, a demanda cai, mas em proporção menor que o aumento do preço. Já um produto de demanda unitária ocorre quando o resultado do cálculo da elasticidade for igual à unidade, ou seja, a demanda varia na mesma proporção da variação do preço.

A elasticidade de um bem também é influenciada pela quantidade de bens substitutos a esse bem. Quanto maior a quantidade de bens substitutos, mais sensível ao preço será a demanda daquele bem, em razão da possibilidade de substituição desse bem por outros.

A elasticidade-renda da demanda é utilizada para descrever como a quantidade demandada reage à variação na renda (VARIAN, 2006, p. 300). Esta medida possibilita classificar os bens, em bens de luxo, bem inferior e bem normal. Um bem de luxo é aquele que possui elasticidade-renda superior a unidade, ou seja, um aumento de X% na renda resulta em um aumento superior a X% na demanda por um bem de luxo. Um bem inferior apresenta elasticidade-renda da demanda negativa, ou seja, quanto maior a renda, menor o consumo deste bem. Por fim, um bem normal, apresenta elasticidade-renda positiva e inferior a unidade, ou seja, aumentando a renda, o consumo deste bem também aumenta.

Os medicamentos são exemplos de bens inelásticos, pois, possuem elasticidade-preço positiva e menor que unidade. Assim, um aumento no preço dos medicamentos resulta numa queda no consumo proporcionalmente inferior a esse aumento, em razão dos medicamentos serem considerados bem de consumo essencial. Com relação à elasticidade-renda observa-se que quando a renda sofre uma variação positiva, o consumo de medicamentos aumenta. (SANTOS, 2001). Assim, esta característica da inelasticidade da demanda demonstra que o

preço de medicamentos pouco influencia a demanda por parte dos consumidores de determinadas classes sociais. As classes de renda mais alta tendem a ser fiéis às marcas, o que garante aos laboratórios farmacêuticos renomados um mercado consumidor estável para seus produtos de preços mais elevados. Já a classe de renda mais baixa, mesmo diante de uma redução no preço dos medicamentos, eles não se tornam acessíveis aos consumidores desta classe. Porém, existem classes intermediárias que são sensíveis a preços. (TEIXEIRA, 2006).

2.5 ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

Os medicamentos são considerados bens credenciais (*credence goods*), ou seja, no caso de medicamentos, que são bens que os consumidores não são passíveis de avaliar e, portanto, dependem de profissionais da área para avaliar sua qualidade e atestar a eficiência no combate às doenças. Assim, a assimetria de informação é variável sempre presente no mercado farmacêutico, porque o consumidor não tem informações necessárias na decisão de escolha de um remédio, que depende da prescrição médica.

Segundo a Secretaria de Direito Econômico (BRASIL, 2008, p. 7), “a estrutura concorrencial no setor é bastante complexa e tem significativa assimetria de informação, pois, o médico que prescreve determinado medicamento, substitui o consumidor final na escolha do produto, fato que reduz a importância do fator preço na decisão de compra do consumidor.”

Santos (2001) considera a assimetria de informação como principal característica responsável por “falhas de mercado” no setor. Com relação aos medicamentos, o paciente - consumidor é quem detém o menor grau de informação. Os médicos possuem mais informação sobre medicamentos que os pacientes, porém o laboratório farmacêutico é que detém todas as informações necessárias. Assim, a decisão de escolha do medicamento realizado pelo médico contém dois tipos de assimetria de informação, segundo Fiúza e Lisboa (2001, p. 12 e 13):

O processo de decisão do médico pode, então, ser compreendido como composto de duas etapas, cada uma com um tipo de assimetria de informação envolvido:

1. O médico escolhe o tratamento mais eficaz e seguro para o paciente com base em seu conhecimento acadêmico e na sua experiência, ou na experiência de seus pares, apreendida em congressos, revistas especializadas ou rede de contatos individual. No entanto, Temin (1980), Hellerstein (1994) e Berndt, Pindyck e Azoulay (2000) apontam para a predominância de um comportamento no qual a prescrição se dá por costume ou inércia. Isso ocorre porque o médico individual normalmente não obtém uma larga experiência com os efeitos de nenhuma droga em particular (que é o problema do bem credencial), e as pesquisas publicadas disponíveis sobre drogas

concorrentes entre si tendem a tratar mais de biodisponibilidade do que de seus verdadeiros efeitos. Essa abordagem do médico lhe traz, portanto, duas vantagens: primeiro, minimiza o custo de obtenção da informação sobre os medicamentos mais indicados para os tratamentos diagnosticados, e segundo, serve como argumento de defesa contra possíveis complicações em um processo jurídico. Disso decorre que a difusão do consumo de um medicamento gera externalidades de informação para os médicos, e pode-se dizer que os seus hábitos de prescrição seguem um padrão típico de comportamento de manada [Berndt, Pindyck e Azoulay (2000)]. A escolha do tratamento, incluindo o medicamento eventualmente prescrito, define a Concorrência Intermarcas, isto é, dos princípios ativos entre si.

2. Ora, o medicamento pode ser descrito de três maneiras diferentes: pelo nome químico da molécula; pelo nome médico ou genérico (conforme consta da Denominação Comum de Medicamentos) ou pelo nome de fantasia, correspondente à marca de referência, isto é, a marca adotada pelo patenteador original, e às marcas que surgem dos imitadores, freqüentemente bem parecidas em grafia ou fonética. A promoção das vendas costuma enfatizar o nome de fantasia. O médico pode receitar o medicamento pelo nome de fantasia ou pelo nome genérico. É aqui que se define a Concorrência Intramarca entre o produto “de marca” propriamente dito e os medicamentos genéricos e similares. Aqui as assimetrias de informação são duas: o médico desconhece os *preços* dos genéricos, e tem reservas quanto à sua *qualidade* em relação ao produto de referência. A qualidade, por sua vez, abre-se nas dimensões de: *a) biodisponibilidade* — quanto do princípio ativo é absorvido no fluxo sanguíneo, onde e quanto age terapêuticamente; *b) bioequivalência* — dois medicamentos são bioequivalentes se têm a mesma composição química e a mesma biodisponibilidade; e *c) grau de pureza* do produto (e, portanto, do processo produtivo).

Fiúza e Lisboa (2001, p. 15) ainda levantam como problemática da assimetria de informação, quem paga pelo medicamento, ou seja, o médico prescreve, o paciente consome e em muitos casos, um terceiro agente paga a conta como ocorre quando o sistema de saúde público fornece o medicamento, a exemplo dos planos de saúde privado, que cobrem o custeio de medicamentos. Desse modo, o problema se coloca em termos de agenciamento.

Essa dissociação entre o tomador de decisão e o pagador pode ser representada na teoria econômica como um problema de agência: o *principal* (o pagador) quer maximizar a utilidade esperada do paciente, devendo considerar não apenas a probabilidade do estado da natureza em que o paciente goza de boa saúde, mas também os eventuais gastos em tratamento, caso o paciente fique doente. O *agente* (o médico), que deveria fazê-lo para o *principal*, na verdade está preocupado apenas em maximizar a saúde do paciente (ou, pelo menos, minimizar o risco de dano à saúde do paciente e, conseqüentemente, o risco de uma ação judicial), mas não necessariamente se importa com o gasto que ele terá com o remédio. Mesmo que se importe com os gastos do paciente, mais dificilmente se preocupará se o gasto for da conta de um plano de saúde. Além disso, a informação necessária sobre preços relativos requer um esforço (custoso) do médico. (FIUZA; LISBOA, 2001, p. 14 e 15).

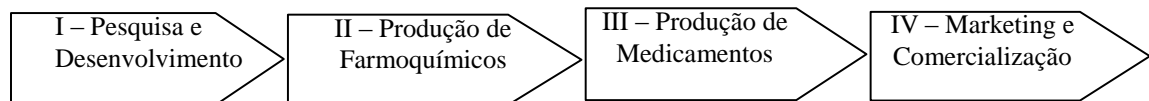
Conclui-se, portanto, que o poder de barganha do consumidor é bastante reduzido visto que ele, por si só, não é capaz de substituir o bem a ser consumido por outro e que o médico, ao prescrever um determinado medicamento, não se preocupa com o custo financeiro do tratamento, e sim, com, a eficácia de resultados do tratamento. Desta forma, a restrição

orçamentária do consumidor não é levada em consideração no processo de decisão de escolha.

3 A ESTRUTURA DO MERCADO FARMACÊUTICO

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - (CEPAL) elaborou a estrutura da cadeia produtiva para a indústria farmacêutica conforme os estágios abaixo discriminados (PALMEIRA FILHO; PAN, 2003 *apud* CAPANEMA; PALMEIRA FILHO, 2007):

Figura 1 – Cadeia Produtiva da Indústria Farmacêutica



Fonte: CAPANEMA; PALMEIRA FILHO, 2007

Trata-se de um setor fundamental para a economia do bem-estar visto que ele está diretamente relacionado ao desenvolvimento e o aperfeiçoamento da medicina. Neste capítulo busca-se abordar, de forma geral, as características desse complexo industrial, dando ênfase principalmente ao setor varejista, considerado como o quarto estágio da cadeia. O objetivo neste item consiste na identificação dos elementos distintivos da estrutura do mercado farmacêutico brasileiro em relação ao resto do mundo. O segmento varejista constituirá o principal foco da análise, além da abordagem sobre o problema do acesso aos medicamentos.

3.1 DINÂMICA DO MERCADO FARMACÊUTICO

Segundo dados da IMS Health (2010a), o mercado farmacêutico mundial deve crescer em torno de US\$ 300 bilhões nos próximos 5 anos atingindo a estimativa de US\$ 1,1 trilhões em 2014 o que representa um crescimento anual de 5 a 8%, neste período. Em 2009, esse mercado apresentou um crescimento de 7%, atingindo US\$ 837 bilhões, desempenho acima do de 2008, quando o crescimento fora 4,8%. Para 2010, estima-se um crescimento nas vendas de 4 a 6%.

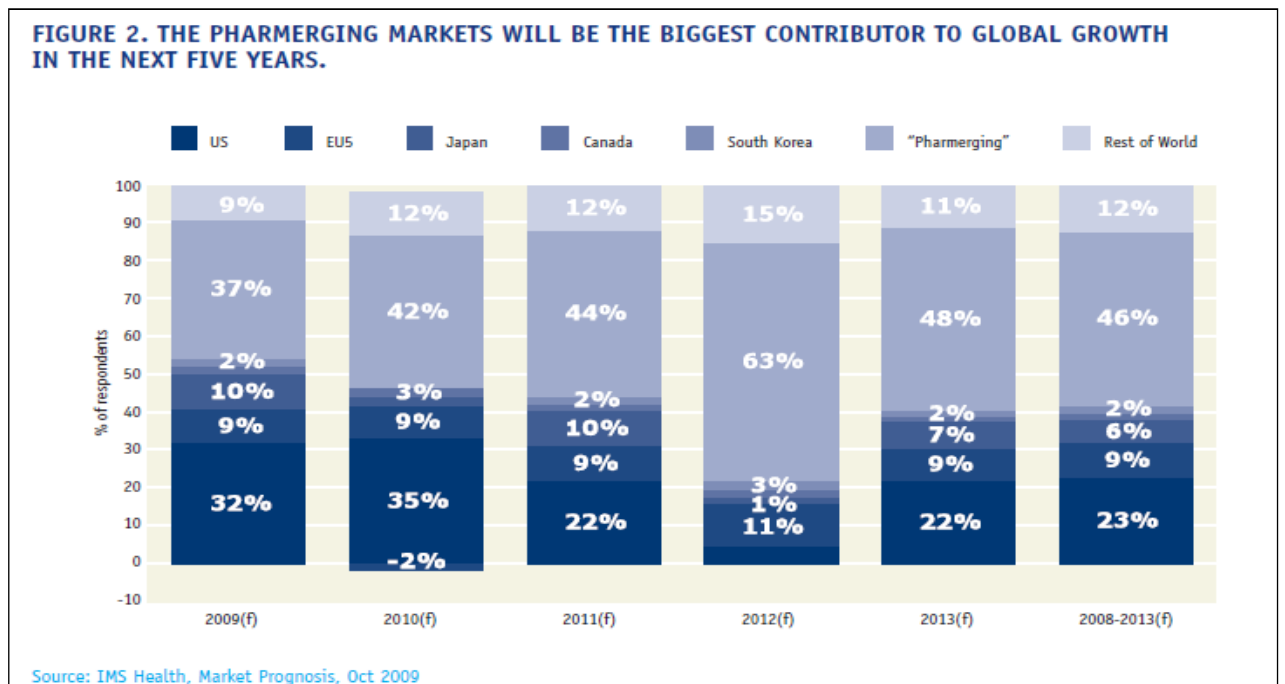
Este cenário é resultado do aumento do uso dos medicamentos genéricos, em razão da eliminação do direito de propriedade sob várias patentes de medicamentos e, também, por causa do crescimento do consumo de medicamentos nos países em desenvolvimento. (IMS HEALTH, 2010a).

Segundo o IMS Health (2010a), vários produtos farmacêuticos cujas vendas atingem mais de US\$ 142 bilhões irão competir com os medicamentos genéricos nos próximos 5 anos. Os Estados Unidos, por exemplo, terá aproximadamente dois terços de suas patentes vencidas neste período. Já nos próximos dois anos, 2011 e 2012, seis em cada dez dos produtos farmacêuticos mais rentáveis neste país não mais estarão protegidos pela patente.

Já nos países em desenvolvimento, cada vez mais os mercados farmacêuticos se fortalecem, destacando os seguintes países: China, Brasil, Rússia, Índia, México, Turquia e Coreia do Sul. A relevância destes países é tão importante que a IMS Health criou um termo específico para designá-los: “*pharmerging*”. Estima-se que em 2011, este grupo de países representará 12% do mercado farmacêutico mundial e será responsável por 20% do crescimento mundial, entre 2006 e 2011. E, em contrapartida, há registro de queda de crescimento no mercado farmacêutico dos países desenvolvidos. (CAMPBELL; CHUI, 2010).

Atualmente, além dos sete países que deram origem ao termo “*pharmerging*”, outros países associaram ao grupo, a exemplo de: Venezuela, Polônia, Argentina, Vietnã, África do Sul, Tailândia, Indonésia, Romênia, Egito, Paquistão e Ucrânia. A previsão de crescimento dos “*pharmerging*” é bastante expressiva conforme dados do IMS Health, apresentados por Campbell e Chui (2010), apontados na Figura 2.

Figura 2 – Representatividade do “*pharmerging*” no crescimento global da indústria farmacêutica nos próximos cinco anos.

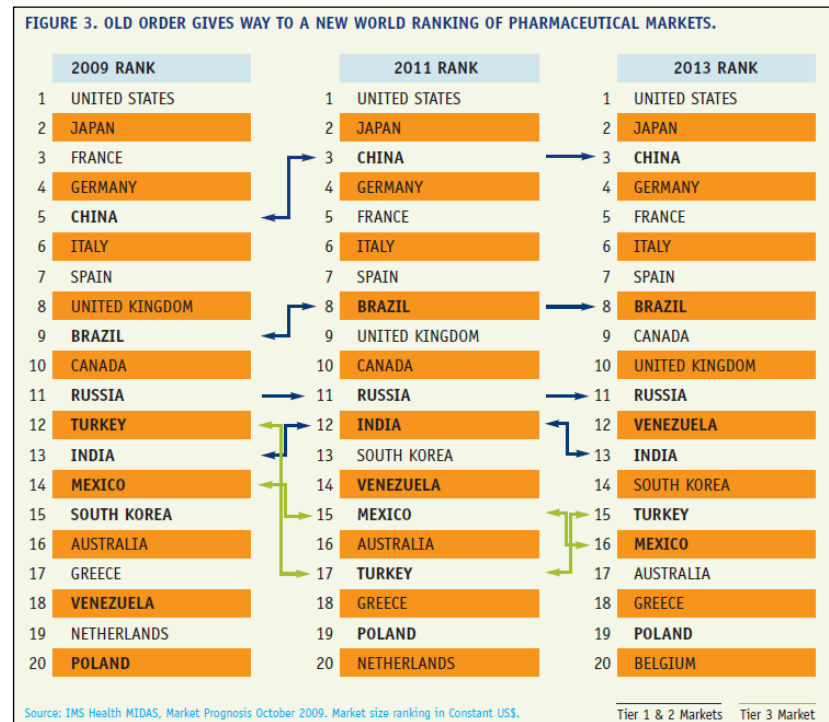


Fonte: CAMPBELL; CHUI, 2010, p. 4

Segundo o IMS Health *apud* Campbell e Chui (2010), o Brasil apresenta nos últimos anos um crescimento de dois dígitos em seu mercado farmacêutico. O mercado brasileiro se beneficia da grande concentração populacional em áreas urbanas, pois, aproximadamente 85% da população vivem na cidade. Essa característica geográfica facilita o acesso aos medicamentos. Outro fator importante que contribui positivamente para a demanda por medicamentos no Brasil é o seguro de saúde público que cobre cerca de 90% da população e o seguro de saúde privado que vem elevando a sua participação no mercado brasileiro.

Além disso, mudanças recentes no mercado se mostraram favoráveis à inserção de medicamentos genéricos, impulsionado pelos investimentos do governo em novas plantas estatais e os incentivos públicos ao setor privado. Porém, a grande restrição ao desenvolvimento do mercado nacional reside nas condições econômicas da população, que restringem o acesso às terapias inovadoras. Não obstante este cenário, o Brasil se destaca no mercado mundial, prevendo-se sua posição para o oitavo lugar no *ranking* mundial do mercado farmacêutico em 2011 conforme a Figura 3. (CAMPBELL; CHUI, 2010).

Figura 3 – Tendência do mercado farmacêutico em nível mundial.



Fonte: CAMPBELL; CHUI, 2010, p. 5

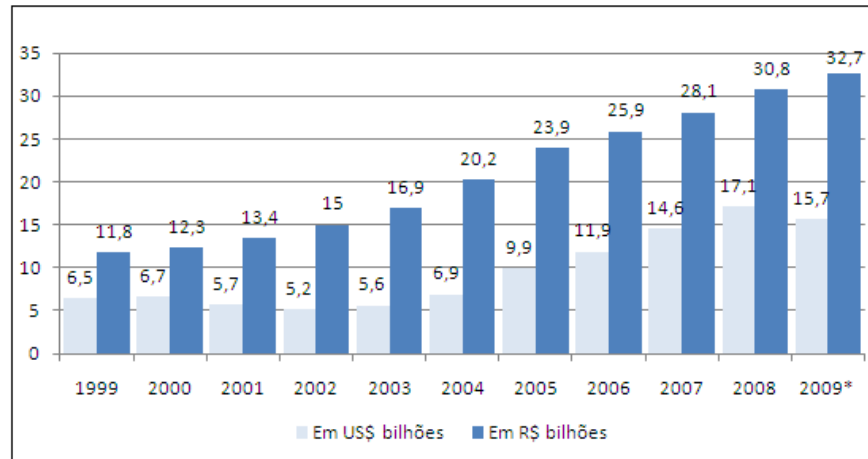
Outro aspecto relevante desse mercado e da inserção dos “*pharmerging*” relaciona-se à pesquisa e desenvolvimento de medicamentos. Cada vez mais aumentam os custos da criação de um novo remédio. “Cerca de três décadas atrás, criar uma nova droga custava em média US\$ 54 milhões. Hoje, segundo o *Tufts Centre for the Study of Drug Development* dos Estados Unidos, são necessários aproximadamente US\$ 900 milhões e 15 anos de pesquisas para o desenvolvimento de um medicamento inovador” (FEBRAFARMA, 2007, p. 7).

O processo de desenvolvimento de uma nova droga é composto de três etapas: inicial, pré-clínica e clínica. A última fase, período de testes em seres humanos, é a etapa que mais recebe investimentos no Brasil, com o investimento nesta área crescendo em cerca de 20% ao ano, segundo a FEBRAFARMA (2007). No mundo, “a Indústria Farmacêutica de inovação investe cerca de US\$40 bilhões em pesquisa para o desenvolvimento de novos produtos, o que representa mais de 20% do seu faturamento” (FEBRAFARMA, 2007, p.7).

Atualmente, no Brasil, o mercado farmacêutico compõe-se de 550 empresas produtoras, 3.844 distribuidoras de medicamentos e 79.010 farmácias e drogarias segundo dados do Conselho Federal de Farmácia – CFF (2009). O mercado encontra-se em expansão e o faturamento do

setor vem crescendo significativamente nos últimos 10 anos conforme apresentado no gráfico 1:

Gráfico 1 – Evolução do faturamento do setor farmacêutico brasileiro de 1999 a 2009.



*12 meses móveis até julho de 2009.

Fonte: FEBRAFARMA, 2010

3.2 DINÂMICA DO MERCADO VAREJISTA NO SEGMENTO FARMACÊUTICO NO BRASIL

Para dar início ao estudo do segmento varejista farmacêutico brasileiro é necessário estabelecer uma distinção entre agentes considerados drogarias e farmácias, que são normalmente tidos como estabelecimentos comerciais que integram o setor farmacêutico. A regulamentação específica ao tema define no artigo 4^o, inciso X e XI, da Lei n^o 5.991, de 17 de dezembro de 1973, os seguintes conceitos: Farmácia – estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficiais, 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; Drogeria – estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.

Apesar dessa diferenciação legal entre estabelecimentos comerciais designados de farmácias e drogarias, para os objetivos da dissertação entende-se farmácia e drogeria como sinônimos, ou seja, estabelecimentos comerciais que transacionam mercadorias, tais como drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, entre outros.

O segmento varejista do setor farmacêutico brasileiro vem sofrendo mudanças significativas nos últimos 20 anos em função de mudanças macroeconômicas, principalmente, no plano da abertura comercial e estabilização monetária e, também, em decorrência da mudança no comportamento do consumidor. As farmácias se distanciaram cada vez mais do antigo modelo “de botica” e inovaram tanto na prestação de serviços relacionados à saúde, promovendo o bem-estar dos consumidores quanto por meio da ampliação do tipo de serviços e produtos ofertados, a exemplo dos dermocosméticos.

Hoje o mercado setorial brasileiro possui aproximadamente 79.010 unidades de farmácias, com 18.425 (23,32%) localizadas nas capitais e demais 60.585 (76,68%) localizadas nas cidades do interior, conforme dados do Conselho Federal de Farmácia – CFF (2009). Desta forma, a população brasileira detém um maior número de farmácias que o indicador recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que prevê que a área de abrangência dos serviços de uma drogaria deve cobrir, pelo menos, 10 mil clientes potenciais (SEBRAE-MA, [2008?]) e, no Brasil, a atual proporção é de aproximadamente 2,5 farmácias para cada 10 mil habitantes.

Segundo dados do Conselho Federal de Farmácia - CFF *apud* Braghin e outros (2007), 80% dos negócios realizados pelas drogarias se concentram nos medicamentos e o restante 20% é proveniente da comercialização de produtos de beleza e higiene pessoal. Para atender essa estrutura de demanda, “as drogarias respondem por 80% do escoamento de medicamentos da indústria” (SEBRAE, [2009?], p.3).

Estas empresas do setor varejista são atraídas pelo crescimento nacional do consumo de medicamentos, pelo envelhecimento da população, pela possibilidade de ampliação do acesso a medicamentos nas classes C e D e pela possibilidade de ampliação do rol de produtos comercializados, como produtos de beleza, higiene pessoal e produtos de conveniência. Essas possibilidades de ampliação do comércio de produtos farmacêuticos nas farmácias resultaram no surgimento das *megastores* que chegam a faturar mais de 1 milhão de reais por loja (SEBRAE, [2009?], p. 3). Este tipo de organização de comercialização é composto por farmácias independentes e redes de farmácias. As redes operam com mais de uma loja sob a mesma direção e se desenvolveram a partir da década de 80, com o processo de modernização (BRAGHIN *et al.*, 2007, p. 10). As redes são dotadas de vantagens competitivas que resultam

da aquisição em larga escala, muitas vezes realizadas diretamente entre laboratórios farmacêuticos, contrariamente à realização de compras com distribuidores. Com isso, os preços de oferta das redes de farmácias podem ser inferiores aos de farmácias independentes, o que cria condições para a competição setorial via preços, determinando-se o preço de exclusão de mercado.

Deve-se considerar, também, a questão do *marketing* que é realizado pelas grandes redes e que influenciam os consumidores em suas escolhas, mesmo se tratando de produtos homogêneos dentro de cada classe terapêutica, elevando com isso, a concentração no mercado varejista. “Há 10 anos, essas redes foram responsáveis por pouco mais de 10% das vendas no setor. Hoje, elas comercializam 30% do volume total de faturamento” (SEBRAE, [2009?], p.4).

Atualmente, a Associação Brasileira das Redes de Farmácias e Drogarias – Abrafarma – entidade composta por 28 redes de farmácias e drogarias e criada com a finalidade de defender os interesses e posições das redes de farmácias e drogarias no plano municipal, estadual e federal, vem verificando um crescimento significativo de suas associadas. No período entre 2008 e 2009 verificou um crescimento das vendas dos entes desta instituição superior a 20% em quase todos os ramos de venda, conforme demonstra a Tabela 1. No primeiro semestre de 2009, segundo dados da IMS Health divulgados pelo Conselho Regional de Farmácia de Goiás (2009) a receita das redes associadas à Abrafarma cresceu 25,25%, enquanto o restante do setor farmacêutico cresceu em torno de 10%. No ano de 2009 o rank de faturamento das redes associadas à Abrafarma ficou da seguinte forma: “a cearense Pague Menos lidera em faturamento. Em seguida aparece Drogasil (SP), Drogaria São Paulo (SP), Pacheco (RJ) e Droga Raia (SP)” (ABRAFARMA, 2010b).

Tabela 1 – Estatísticas de vendas e *market share* no setor varejista farmacêutico – participação no mercado das redes associadas à ABRAFARMA

Índice	2008	2009	Var	Particip
Vendas	11.567.944.689	14.413.929.002	24,60%	
Vendas em medicamentos	8.380.962.979	10.458.670.872	24,79%	72,56%
Vendas em não-medicamentos	3.186.981.710	3.955.255.131	24,11%	27,44%
Vendas em medicamentos genéricos	1.187.400.326	1.466.873.388	23,54%	14,03%
Vendas com entrega em domicílio	630.257.503	720.757.604	14,36%	5,00%
Vendas no Programa Farmácia Popular	169.458.188	147.934.053	-12,70%	
Clientes atendidos	449.801.365	502.449.503	11,70%	
Clientes atendidos - entrega em domicílio	12.316.309	12.557.951	1,96%	
Clientes atendidos - farmácia popular	7.265.904	6.710.926	-7,64%	
Unidades vendidas	1.195.798.724	1.349.236.433	12,83%	
Unidades vendidas - farmácia popular	16.070.008	14.152.369	-11,93%	
Total de lojas	2.705	3.034	12,16%	
Lojas que operam 24 horas	409	415	1,47%	
Total de colaboradores	59.310	66.575	12,25%	
Total de colaboradores - farmacêuticos	4.917	6.437	30,91%	9,67%

Fonte: ABRAFARMA, 2010a

Diante deste cenário favorável, as redes de farmácias estão ampliando seus investimentos. A Droga Raia, por exemplo, obteve um faturamento de R\$1,6 bilhão no ano de 2009 e pretende abrir cerca de 40 novas lojas (mesma quantidade de lojas que inaugurou em 2009), o que corresponde a um investimento de R\$ 40 milhões para este ano de 2010. Ao mesmo ritmo, tem-se o investimento da Drogasil, que faturou R\$ 1,787 bilhão em 2009 e, também, pretende inaugurar mais 40 lojas ainda em 2010, um investimento de R\$ 52 milhões. (SETOR, 2010).

As fusões e aquisições, também, são cada vez constantes, por exemplo, em junho de 2010, a Drogaria São Paulo anunciou a compra da rede Drogão, conforme informou o jornal Valor Econômico (LAGUNA, 2010). “Com a aquisição e a abertura de 40 lojas no ano, a Drogaria São Paulo deverá fechar o ano de 2010 com mais de 360 lojas, correspondendo a um faturamento de R\$ 2,5 bilhões. A rede afirma que assumirá a liderança nacional do varejo farmacêutico” (LAGUNA, 2010a).

Com a ampliação do mercado das redes farmacêuticas, os laboratórios farmacêuticos iniciaram um trabalho de treinamento voltado para as grandes redes, conforme demonstra o estudo de Fregoneze Corrêa e Oliveira (2008). Segundo os autores, os laboratórios Aché e Boehringer Ingelheim oferecem para algumas redes de farmácia de São Paulo, treinamento de

produtos, de vendas e de atendimento para balconistas. A Aché, inclusive, já criou uma farmácia interna somente com esta finalidade. Segundo os autores do estudo, o foco é dirigido para redes farmacêuticas, em razão de:

[...] as grandes redes são os parceiros mais seguros, que passam por mais auditorias e que não trocam receitas, que vendem mais os seus produtos, pela força da visitação médica. A intenção é deixar o investimento nos pequenos para um futuro próximo. Algumas das grandes redes já compram direto da indústria e não de distribuidoras, com desconto especial. É um trabalho incipiente, mas tem sido a política adotada pelos laboratórios: começar pelas grandes redes, pelo lucro que delas retorna, formando para isso uma nova frente de vendas [...]. (FREGONEZE CORRÊA; OLIVEIRA, 2008, p. 448).

Diante deste quadro mercadológico, de crescimento significativo das redes, as farmácias independentes tentam inovar para se manterem no mercado. Por outro lado, a manutenção no mercado do varejo farmacêutico é complexa visto que “o processo de concentração faz com que, a cada ano, aproximadamente 5.500 farmácias e drogarias encerrem suas atividades e são substituídas por novas lojas. Segundo a Associação Brasileira de Comércio Farmacêutico (ABC-Farma), a vida média de uma drogaria gira em torno de cinco anos” (SEBRAE, [2009?], p. 5).

Uma das saídas encontradas pelas farmácias independentes consistiu na associação das drogarias em cooperativas, de forma a tirar vantagem de escala no momento da compra de produtos junto aos seus fornecedores e, desta forma, ampliar o poder de barganha. Com a instituição de cooperativas e a utilização de uma logomarca comum, é possível, também, melhorar a publicidade, reduzindo os custos e ampliando a capacidade de realização de propaganda.

Outras opções são as inovações realizadas na própria farmácia, adotando gôndolas, entregando medicamentos em domicílio, ampliando de seu mix de produtos e serviços prestados. Assim, as farmácias independentes, principalmente, as localizadas nos bairros, devem ser criativas para sustentarem no mercado atual, passando a prestar serviços personalizados, pois, o diferencial recairá na forma de atendimento ao cliente e não no preço, conforme demonstram os estudos realizados em São Paulo por Fregoneze Corrêa e Oliveira (2008).

Além da concorrência com as redes de farmácias, as farmácias independentes veem na tributação mais um fator que restringe a sua continuidade, conforme demonstra o trecho abaixo:

Estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT) aponta que os medicamentos consumidos no Brasil têm em média uma carga tributária de 35,7%. Desse total, o ICMS é o que mais pesa, com alíquota média de 17,5%. Já os medicamentos de uso animal têm carga tributária de 14,3%. O documento mostra ainda que a maior alíquota é a cobrada no Rio, que chega a 19%. Em São Paulo a taxa é de 18% e a maior parte dos estados cobra 17%. (MONITOR MERCANTIL, 2009)

Além da questão de tributação em si, as obrigações acessórias trazidas pela legislação tributária, também, dificultam a continuidade das farmácias independentes. Essas obrigações remetem à substituição da tributação e à obrigatoriedade do uso de notas fiscais eletrônicas, que passaram a representar o mecanismo de redução de sonegação fiscal.

Porém, conforme demonstra a apresentação de Zagottis (2005) no I Fórum IBOPE – Brasil 2010, a sonegação fiscal no varejo farmacêutico, juntamente com outras informalidades, a exemplo de ausência de um farmacêutico responsável técnico, é o que mantém cerca de 25% das farmácias brasileiras no mercado, pois, o faturamento destes estabelecimentos é inferior a R\$10 mil. Para uma ideia geral da contribuição de sonegação fiscal nas finanças de uma farmácia apresenta-se o esquema ilustrativo abaixo.

Nele pode-se observar que uma farmácia, ao realizar uma compra interestadual de um medicamento e sonegar o recolhimento de impostos – ICMS e PIS/COFINS, aumenta sua margem de lucratividade em 9,70% o que facilita a sua permanência no mercado.

Figura 4 – Impacto da tributação estadual no comércio varejista.

IMPACTO DA SONEGAÇÃO VIA COMPRA INTERESTADUAL

	COMPRA LOCAL	COMPRA INTER SEM SONEGAÇÃO	COMPRA INTER COM SONEGAÇÃO
<i>Cálculo do PMC e do PF</i>			
Preço Máximo ao Consumidor	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Margem Nominal	26,00%	26,00%	26,00%
Preço Fábrica	R\$ 74,00	R\$ 74,00	R\$ 74,00
<i>Compra</i>			
Preço Fábrica	R\$ 74,00	R\$ 74,00	R\$ 74,00
% Repasse		6,82%	6,82%
% Desconto na Compra	10,00%	10,00%	10,00%
Preço Compra	R\$ 66,60	R\$ 62,06	R\$ 62,06
<i>Venda</i>			
Preço Máximo ao Consumidor	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00
% Desconto na Venda	10,00%	10,00%	10,00%
Preço Líquido ao Consumidor	R\$ 90,00	R\$ 90,00	R\$ 90,00
<i>Margem de Contribuição</i>			
Preço de Venda	R\$ 90,00	R\$ 90,00	R\$ 90,00
Preço de Compra	R\$ (66,60)	R\$ (62,06)	R\$ (62,06)
Débito ICMS	R\$ (16,20)	R\$ (16,20)	R\$ -
Crédito ICMS	R\$ 11,99	R\$ 7,45	R\$ -
PIS/COFINS	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Margem e Contribuição	R\$ 19,19	R\$ 19,19	R\$ 27,94
Margem Líquida	21,30%	21,30%	31,00%

Fonte: ZAGOTTIS, 2005

Entretanto, deve-se ressaltar que, apesar da tributação se apresentar como um fator que dificulta a perenidade das farmácias independentes, a sonegação dos tributos não se justifica por causa da perda social que ela representa. Cabe ao governo monitorar e combater essa forma de ilegalidade. Também é função do governo implementar políticas tributárias que viabilizem o crescimento do setor e amplie o acesso social aos medicamentos. Neste sentido tem-se a isenção do PIS e do COFINS, conforme Santos (2001, p. 83):

O Ministério da Saúde e Ministério da Fazenda vêm encaminhando ações no sentido de reduzir a carga tributária sobre alguns grupos de medicamentos, com o intuito de reduzir o preço ao consumidor. Dentre as ações encaminhadas, tem-se a Lei Federal nº. 10.147, aprovada em dezembro de 2000, que estabelece a isenção da contribuição para o Programa de Integração Social – PIS e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, abarcando um elenco de aproximadamente 1.200 medicamentos. Segundo informações veiculadas pelo Ministério da Saúde, estima-se que tais medicamentos representem 45% do mercado total e terão uma redução de cerca de 10% nos seus preços ao consumidor.

Segundo a Anvisa, essa isenção mencionada reduziu o preço máximo ao consumidor (PMC), em 10,2% e 11,3%, em uma ampla gama de produtos, nos estados em que a alíquota do ICMS era de 18% e 17%, respectivamente. (COSTA, 2009). Esta isenção representou uma renúncia fiscal significativa, conforme a Tabela 2:

Tabela 2 – Renúncia fiscal do Governo Federal no setor farmacêutico.

Medicamentos:	
Renúncia Fiscal	
Ano	Valor R\$1.000.000
2003	1.302,11
2004	1.495,79
2005	1.732,20
2006	1.991,31
2007	2.117,11
2008	2.304,09

Fonte: COSTA, 2009, p.14

Neste cenário, segundo o Instituto de Pesquisa Lafis (DEZEM, 2010), o comércio de medicamentos deverá atingir 1,81 bilhões de unidades em 2010 e em 2011 o crescimento na quantidade de unidades vendidas será de 1,54%, atingindo 1,84 bilhão, e 1,86 bilhão de unidades em 2012, com destaque para o crescimento de medicamentos genéricos.

3.2 ANÁLISE DO SISTEMA DE ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

Pela Constituição brasileira, a saúde é um direito universal garantido pelo Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Com base no Art. 196, o acesso aos medicamentos é um direito constitucionalmente assegurado visto que medicamentos são essenciais para proteção e recuperação da saúde à população. Segundo a Associação Pró-Genéricos, a saúde é um direito constitucional distante de ser garantido (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS.PRÓ-GENÉRICOS, 2007). A distribuição de renda e a desigualdade social que existe no Brasil são consideradas fatos impeditivos para o acesso a medicamentos. Na visão

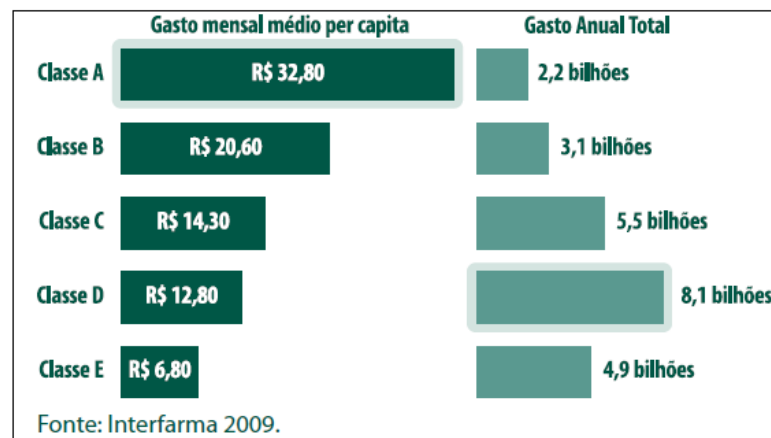
da FEBRAFARMA (2007, p. 23), o fator impeditivo para o acesso aos medicamentos reside no baixo poder aquisitivo da população brasileira. Mais de 50 milhões de pessoas vivem abaixo da linha da pobreza no Brasil e não possuem renda que lhe permitam adquirir medicamentos. (FEBRAFARMA, 2007).

Com a instituição do Plano Real que estabilizou a moeda nacional, ampliou-se o acesso a medicamentos. Segundo a ABIFARMA, pelo menos 20% da população da faixa E aumentou o consumo de medicamentos no Brasil. (SEBRAE-MA, [2008?]). Assim, a situação financeira do consumidor é tida como fator determinante para o acesso a medicamentos, visto que o mercado de medicamentos é caracterizado por consumidores da faixa de renda de mais de quatro salários mínimos. (SEBRAE-MA, [2008?]).

Em 2001, o consumo *per capita* de medicamentos no Brasil apresentou a seguinte distribuição: O grupo de consumidores classe A abrigou 15% da população e consumiu 48% dos medicamentos; o grupo B, composto por 34% da população, consumiu 36%; e, por fim, o grupo C, constituído por 51% da população, consumiu apenas 16%. (SILVA, 2008).

Em 2009, os gastos com medicamentos foram realizados pelas classes sociais brasileiras da seguinte forma, conforme demonstra o gráfico 2, onde se verifica que a população da classe A gasta, em valor, 4,82 vezes mais com medicamentos que a classe E.

Gráfico 2 – Gastos com medicamentos de acordo com a classe social – 2009.



Fonte: INTERFARMA, 2010

Capanama e Palmeira Filho (2007), também, compartilham o entendimento da FEBRAFARMA ao considerarem a renda como fator impeditivo para o estímulo de consumo

de medicamentos. E, para justificar este entendimento, os autores têm o seguinte posicionamento:

Atualmente, cerca de 51% da população brasileira apresentam renda inferior a quatro salários mínimos e respondem por 15% do consumo de medicamentos, enquanto 16% da população com renda superior a dez salários mínimos respondem por 51% desse mercado. A principal barreira para a expansão do mercado farmacêutico brasileiro continua sendo, essencialmente, a baixa renda da população. (CAPANAMA; PALMEIRA FILHO, 2007, p. 193).

Diante da realidade brasileira sobre o consumo de medicamentos, a Política Nacional de Medicamentos definiu três grupos de consumidores:

- a) o segmento com renda acima de 10 salários mínimos, com despesa média anual de US\$ 193,40 (cento e noventa e três dólares norte-americanos e quarenta centavos) *per capita*, que tem farta condição de comprar os medicamentos e que tem baixa elasticidade de procura em relação ao preço, normalmente serão os segmentos em que os líderes de mercado se fixam após a perda da proteção patentária;
- b) o segmento com renda entre 4 e 10 salários mínimos, com despesa média anual de US\$ 64,15 (sessenta e quatro dólares norte-americanos e quinze centavos), que tem condições de comprar os medicamentos mas que tem grande elasticidade de procura de marcas em relação ao preço, mas em se tratando de medicamentos tem baixa elasticidade para a procura de tratamentos, obviamente em relação com a sua essencialidade;
- c) o segmento com renda entre 0 e 4 salários mínimos, com despesa média anual de US\$ 18,95 (dezoito dólares norte-americanos e noventa e cinco centavos), que não tem qualquer condição de adquirir medicamentos e, portanto, está na situação muito próxima da inexistência de elasticidade em relação ao preço, pois por mais baratos que os medicamentos se tornem ainda estarão acima de seu poder de compra – conforme informada pela Associação Pró-Genéricos, 50% dos pacientes que precisam de um medicamento não podem comprá-lo e abandonam o tratamento.” (SILVA, 2008, p. 143).

Porém a política nacional de medicamentos, apesar de diagnosticar que os problemas de acesso a saúde estão relacionados à distribuição de renda, ela, também, levantou a discussão em torno do fator preço associado ao acesso a medicamentos (SANTOS, 2001).

A produção e a venda de medicamentos devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos, **além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda**, em defesa do consumidor e dos programas de subsídios institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde. (SANTOS, 2001, p. 114).

A Anvisa, também, compartilha do mesmo entendimento:

O maior fator de impedimento do acesso da população aos produtos farmacêuticos está ligada ao preço praticado no país, acompanhada de substancial aumento do

faturamento das empresas do setor, [...]. Dessa maneira, o abuso de poder na indústria centra-se na questão do aumento sistemático de preços. (ANVISA, 2001, p. 8-9).

Em virtude de falhas de mercado, (oligopólios, inelasticidade - preço e assimetria de informação), os preços de medicamentos tendem a ser fixados livremente por empresas do setor, sem que necessariamente, se considere o custo de produção e a taxa de retorno. Logo, os preços não se apresentam como preços ótimos do sistema. (SANTOS, 2001). Assim, aumenta o faturamento das empresas farmacêuticas e, conseqüentemente, os preços pagos pelos consumidores.

Várias pesquisas apontam que os preços dos medicamentos são elevados no Brasil. Santos (2001) apresenta estudo comparativo sobre preços internacionais para uma relação de medicamentos. No estudo, são comparados preços máximos ao consumidor constantes da Revista ABCFarma (junho de 1999) para 91 medicamentos comercializados no mercado brasileiro com produtos do Guia do *Management Science for Health* – MSH. A conclusão dessa pesquisa foi de que os preços de venda ao consumidor no Brasil, para a lista de produtos considerada, são comercializados a aproximadamente 16 vezes acima do preço da distribuição em termos internacionais. (SANTOS, 2001, p. 142 e 143).

Fardelone e Branchi (2006), ao analisarem o mercado farmacêutico brasileiro, identificam falhas na composição do preço ao consumidor. Segundo eles:

Uma peculiaridade do mercado farmacêutico brasileiro é o preço médio baixo [...]. Comparando com o preço dos 15 fármacos mais vendidos em 2003 em 12 países, o Brasil apresenta o menor preço de fabricação. A diferença com Estados Unidos, país que tem o maior preço de fabricação, é de 4,8 vezes. Mas comparando com o preço ao consumidor, o Brasil ocupa a oitava posição, como Portugal. A diferença com o maior preço ao consumidor, aquele dos Estados Unidos é de 2,8 vezes [...]. Essa simples comparação permite inferir a eficiência do setor brasileiro em sua produção. Considerando, porém, o lado do consumidor, esta eficiência de preço se reduz. Uma possível explicação poder ser encontrada na concentração do consumo de medicamentos por grupo de população. No Brasil, o grupo com maior poder aquisitivo, que representa 15% da população, é responsável por 48% do consumo de fármacos [...]. (FARDELONE; BRANCHI, 2006, p. 143)

Para sintetizar a situação atual de acesso a medicamentos no Brasil, o trecho do relatório da CPI dos medicamentos (LOPES, 2000) considera que:

Segundo a revista americana *The Economist*, O Brasil é o 9º país do mundo em consumo de medicamento, mas, quando se trata de consumo *per capita*, ficamos

atrás de mais de cinquenta países. Enquanto alguns grupos sociais no Brasil têm um consumo anual semelhante aos dos países avançados, a grande maioria da população tem um consumo parecido com aqueles dos países mais pobres do mundo.

Certamente, no interior do segmento de menor consumo *per capita*, existem grupos cuja despesa média anual é próxima de zero. Estes grupos dependem exclusivamente dos programas governamentais. Outros grupos, apesar de terem algum consumo, com despesa própria, dependem uma grande parte de seus recursos para comprar remédios, deixando de atender outras necessidades, ou então, não conseguem comprar todos os medicamentos de que necessitam.

O processo de envelhecimento da população brasileira, e o conseqüente aumento da incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas, torna ainda mais dramática a situação daqueles que não podem comprar medicamentos por sua própria conta e cria uma demanda cada vez maior, e de maior custo, para o sistema de saúde. (SILVA, 2008, p. 144 e 145).

Pelas evidências encontradas por esta CPI, podemos inferir que, sob o ponto de vista da saúde pública, há um duplo problema: por um lado, um segmento com amplo acesso aos medicamentos, consumindo-os de forma abusiva e equivocada, consequência da extrema liberdade de ação das farmácias e drogarias que vendem quaisquer medicamentos a qualquer pessoa que as procurem; por outro lado, há um grande contingente de população que não tem poder aquisitivo suficiente para comprar no mercado os produtos de que necessita, resultando na dependência dos programas governamentais do SUS, da assistência social ou da caridade alheia. (SILVA, 2008).

O Governo vem tentando cumprir suas obrigações constitucionais sobre o acesso a medicamentos, conforme citação de Santos.

No Brasil, especificamente, existe atualmente um sistema de financiamento público que cobre alguns itens: para a atenção básica – o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o projeto “Farmácia Popular”; para a área de Saúde Mental; para os chamados medicamentos de dispensação em caráter excepcional ou de alto custo; para alguns Programas Estratégicos do Ministério da Saúde; e para aqueles gastos com medicamentos que estão embutidos nos valores pagos sobre os procedimentos hospitalares realizados pela rede própria e conveniada ao SUS. (SANTOS, 2001, p. 81).

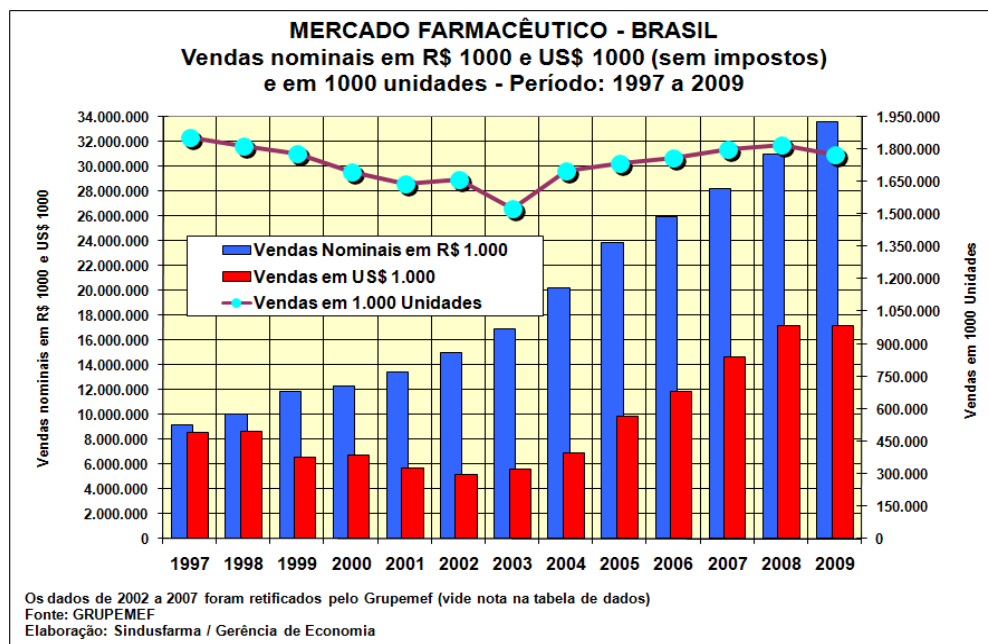
A inserção de medicamentos genéricos no mercado, também, foi uma política pública governamental com resultados sociais positivos. Com a concorrência dos medicamentos genéricos, os preços de produtos de referência sofreram uma redução, segundo dados da FEBRAFARMA (2007), que sugere, para uma melhoria de acesso a medicamentos, aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS, e a destinação de um maior volume de verbas para a aquisição e distribuição universal de medicamentos. (FEBRAFARMA, 2007, p. 23).

Percebe-se que a concentração do mercado varejista do setor farmacêutico, por meio das grandes redes de farmácias que vêm ampliando o poder barganha junto das empresas fornecedoras, influencia no preço dos medicamentos. Em razão disso, é necessário verificar se as vantagens adquiridas por estas redes são repassadas ou não aos consumidores, refletindo-se em menores preços e no aumento da acessibilidade aos medicamentos.

Os Gráficos 3 e 4 demonstram a evolução das vendas nominais do mercado farmacêutico brasileiro e fica perceptível que de 1997 a 2009 houve uma queda na quantidade demandada, principalmente, no ano de 2003 e o patamar de quantidade de unidades vendida em 1997 ainda não foi retomado. Mas, em contrapartida, o faturamento do setor vem tendo aumentos contínuos o que indica um aumento significativo dos preços do setor o que reduz o acesso a medicamentos pela população brasileira.

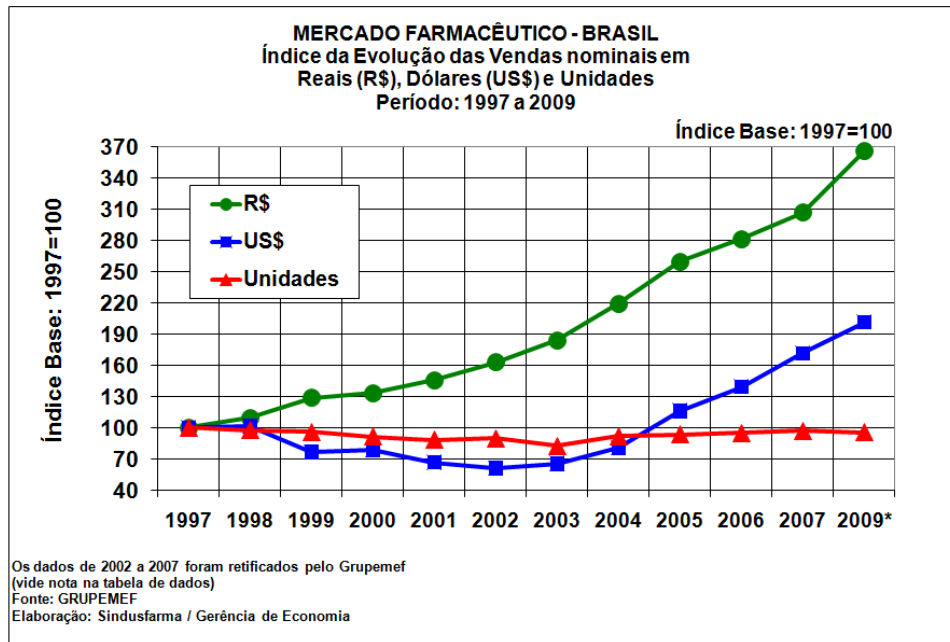
Segundo Silva (2008), esta queda na venda de medicamentos é um indicativo do problema social de falta de acesso aos medicamentos que reflete, também, na iniciativa privada que sente a queda na quantidade vendida e, conseqüentemente, no seu faturamento apesar da possibilidade de manutenção do lucro bruto em mercados monopolizados.

Gráfico 3 – Vendas nominais do mercado farmacêutico brasileiro em R\$1000 e em US\$ 1000 e em 1000 unidades



Fonte: SINDUSFARMA, 2010

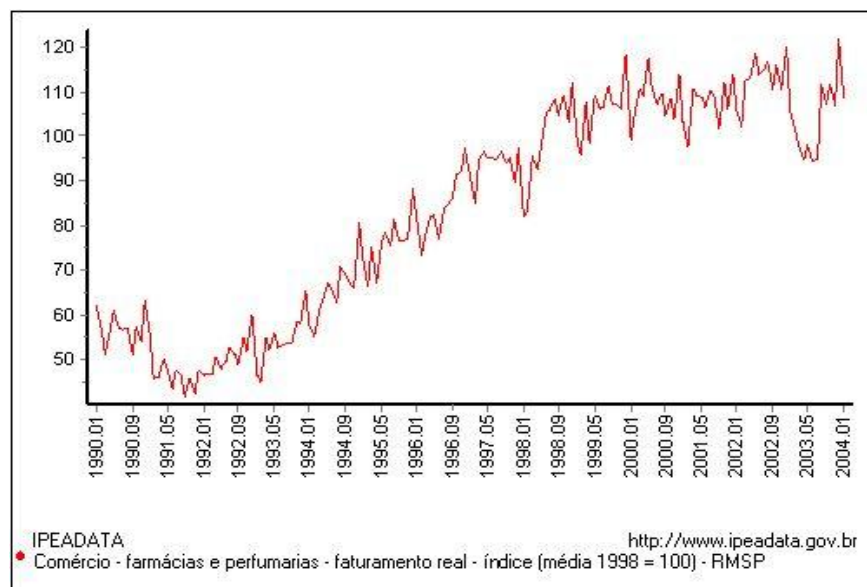
Gráfico 4 – Evolução das vendas nominais do mercado farmacêutico brasileiro em Reais, Dólares e unidades



Fonte: SINDUSFARMA, 2010

Da mesma forma verifica-se que o faturamento do mercado farmacêutico vem aumentando nos últimos anos, e o faturamento das farmácias e drogarias, também, seguem a mesma tendência de crescimento conforme apresenta o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Faturamento das farmácias e perfumarias na Região Metropolitana de São Paulo



Fonte: IPEADATA, 2010

Abordando ainda a questão no acesso a medicamentos pela população brasileira passa-se a

analisar quanto do orçamento familiar é comprometido com os gastos com medicamento. “Segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os gastos de saúde efetuados pelas famílias são o quarto grupo mais volumoso de despesas de consumo, atrás apenas dos dispêndios com habitação, alimentação e transporte” (TEIXEIRA, 2006, p. 4). A Tabela 3 mostra a representatividade da saúde nos gastos da família brasileira. Nesta tabela ainda é possível verificar o quanto o consumo de medicamentos compromete o orçamento familiar, principalmente, das famílias de menor rendimento.

“A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 1995/1996 mostrou que as despesas com assistência à saúde representam 5,3% dos gastos médios familiares mensais no Brasil, podendo atingir 9,6% nas famílias de rendimento de até dois salários-mínimos” (TEIXEIRA, 2006, p. 4). Já em 2008/2009 a mesma pesquisa mostrou que as despesas com assistência saúde passaram a representar 5,9% dos gastos médios familiares mensais no Brasil e que os medicamentos são as variáveis de maior representatividade nas despesas com assistência à saúde das famílias com renda inferior a R\$ 6.225,00. Para as famílias com renda superior a este valor a variável de saúde de maior representatividade é plano/seguro de saúde.

Tabela 3 – Distribuição das despesas monetárias e não monetária média mensal familiar, por classe de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar, segundo os tipos de despesa – Brasil – período 2008-2009

(continua)

Tipos de despesa	Distribuição das despesas monetária e não monetária média mensal familiar (%)							
	Total	Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar (R\$) (1)						
		Até 830 (2)	Mais de 830 a 1 245	Mais de 1 245 a 2 490	Mais de 2 490 a 4 150	Mais de 4 150 a 6 225	Mais de 6 225 a 10 375	Mais de 10 375
Despesa total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Despesas correntes	92,1	96,9	96,4	95,0	92,9	90,0	92,0	87,1
Despesas de consumo	81,3	93,9	92,0	88,7	84,2	79,2	78,2	67,2
Alimentação	16,1	27,8	24,8	20,9	16,7	13,7	11,7	8,5
Habitação	29,2	37,2	36,5	33,3	30,2	27,6	25,1	22,8
Aluguel	12,8	17,5	17,6	15,6	13,4	11,5	10,0	8,8
Aluguel monetário	1,8	3,3	2,9	2,2	1,8	1,6	1,4	1,0
Aluguel não monetário	10,9	14,2	14,7	13,4	11,6	9,9	8,6	7,8
Condomínio	0,8	0,2	0,2	0,3	0,7	1,0	1,3	1,5
Serviços e taxas	7,0	8,9	9,1	8,6	7,6	6,8	5,9	4,5
Energia elétrica	2,3	3,5	3,4	3,1	2,5	2,1	1,6	1,2
Telefone fixo	1,0	0,7	1,2	1,5	1,4	1,1	0,8	0,5
Telefone celular	1,0	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9
Pacote de telefone, TV e Internet	0,6	0,1	0,2	0,4	0,7	0,9	0,7	0,7
Gás doméstico	0,8	2,1	1,7	1,2	0,7	0,5	0,4	0,2
Água e esgoto	0,9	1,6	1,5	1,3	0,9	0,7	0,5	0,4
Outros	0,4	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5	0,7	0,6
Manutenção do lar	3,9	3,5	3,2	3,1	3,6	4,3	4,2	4,8
Artigos de limpeza	0,6	1,1	0,9	0,8	0,6	0,4	0,4	0,3
Mobiliários e artigos do lar	1,8	2,5	2,2	2,0	1,8	1,6	1,5	1,4
Eletrodomésticos	2,1	3,2	2,9	2,6	2,2	1,8	1,7	1,3
Consertos de artigos do lar	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Vestuário	4,5	5,4	5,2	5,3	5,0	4,2	4,0	3,2
Roupa de homem	1,1	1,3	1,2	1,3	1,2	1,1	1,0	0,8
Roupa de mulher	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,3	1,3	1,0
Roupa de criança	0,5	0,9	0,8	0,7	0,6	0,4	0,3	0,2
Calçados e apetrechos	1,3	1,4	1,4	1,5	1,4	1,2	1,2	0,9
Jóias e bijuterias	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Tecidos e armarinhos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Transporte	16,0	9,7	11,1	13,7	16,6	17,5	19,8	17,7
Urbano	2,2	3,8	4,2	3,5	2,7	1,6	1,2	0,6
Gasolina - veículo próprio	2,6	1,4	1,7	2,5	3,2	3,2	3,0	2,4
Alcool - veículo próprio	0,5	0,1	0,2	0,3	0,5	0,7	0,7	0,5
Manutenção e acessórios	1,7	0,9	1,0	1,6	2,0	2,0	1,8	1,6
Aquisição de veículos	6,9	2,4	3,0	4,5	6,5	8,0	10,3	9,4
Viagens esporádicas	1,2	0,8	0,8	0,8	1,0	1,1	1,6	2,0
Outras	0,8	0,3	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2	1,1
Higiene e cuidados pessoais	1,9	2,8	2,7	2,6	2,1	1,8	1,5	1,0
Perfume	0,8	1,2	1,1	1,1	0,9	0,7	0,6	0,4
Produtos para cabelo	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Sabonete	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Instrumentos e produtos de uso pessoal	0,9	1,2	1,2	1,1	1,0	0,8	0,7	0,6
Assistência à saúde	5,9	5,5	6,0	6,1	5,9	5,7	6,1	5,6
Remédios	2,8	4,2	4,4	3,7	2,9	2,3	1,9	1,9
Plano/seguro-saúde	1,7	0,3	0,5	1,1	1,8	2,1	2,5	2,4
Consulta e tratamento dentário	0,3	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4
Consulta médica	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Tratamento médico e ambulatorial	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3
Serviços de cirurgia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1
Hospitalização	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Exames diversos	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Material de tratamento	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
Outras	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0

Tabela 3 – Distribuição das despesas monetárias e não monetária média mensal familiar, por classe de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar, segundo os tipos de despesa – Brasil – período 2008-2009

Tipos de despesa	(conclusão)							
	Distribuição das despesas monetária e não monetária média mensal familiar (%)							
	Total	Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar (R\$) (1)						
Até 830 (2)		Mais de 830 a 1 245	Mais de 1 245 a 2 490	Mais de 2 490 a 4 150	Mais de 4 150 a 6 225	Mais de 6 225 a 10 375	Mais de 10 375	
Educação	2,5	0,9	1,2	1,6	2,4	3,0	4,0	2,9
Cursos regulares	0,6	0,1	0,2	0,3	0,4	0,8	1,3	0,9
Cursos superiores	0,8	0,1	0,2	0,4	0,9	1,0	1,3	0,9
Outros cursos e atividades	0,6	0,2	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9	0,8
Livros didáticos e revistas técnicas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Artigos escolares	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1
Outras	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
Recreação e cultura	1,6	1,1	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	1,7
Brinquedos e jogos	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Celular e acessórios	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1
Periódicos, livros e revistas não didáticos	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
Recreações e esportes	0,5	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
Outras	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Fumo	0,4	0,9	0,8	0,7	0,5	0,3	0,2	0,2
Serviços pessoais	0,9	0,8	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8
Cabeleireiro	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,4
Manicuro e pedicuro	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Consertos de artigos pessoais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outras	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Despesas diversas	2,4	1,7	1,7	2,0	2,3	2,5	2,8	2,8
Jogos e apostas	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1
Comunicação	0,2	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Cerimônias e festas	0,6	0,4	0,3	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6
Serviços profissionais	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6	0,7
Imóveis de uso ocasional	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4
Outras	0,7	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,9	0,9
Outras despesas correntes	10,9	3,1	4,4	6,4	8,7	10,8	13,9	19,9
Impostos	4,6	1,4	1,4	2,1	3,0	4,3	6,1	10,0
Contribuições trabalhistas	3,1	0,8	1,6	2,3	3,1	3,5	3,8	4,1
Serviços bancários	0,4	0,1	0,2	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4
Pensões, mesadas e doações	1,1	0,6	0,8	1,1	1,2	1,3	1,4	1,2
Previdência privada	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,6
Outras	1,5	0,2	0,4	0,5	0,8	1,2	1,9	3,6
Aumento do ativo	5,8	2,2	2,3	3,2	4,9	7,7	5,6	10,5
Imóvel (aquisição)	4,0	0,8	0,9	1,4	2,8	5,7	3,8	8,8
Imóvel (reforma)	1,8	1,4	1,4	1,8	2,1	2,0	1,8	1,7
Outros investimentos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Diminuição do passivo	2,1	0,9	1,3	1,8	2,3	2,3	2,4	2,4
Empréstimo	1,4	0,7	1,0	1,2	1,5	1,6	1,7	1,7
Prestação de imóvel	0,6	0,2	0,3	0,5	0,8	0,7	0,7	0,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.

Fonte: IBGE, 2010

Portanto, conclui-se que, tanto a renda quanto os preços dos medicamentos são tidos como variáveis fundamentais para avaliar a dinâmica de acesso a medicamentos no Brasil. Porém, o foco desta análise será dado para preços ao consumidor final, objetivando com isso, verificar

o padrão de concentração no mercado varejista e os impactos dessa concentração sobre o preço final dos medicamentos.

4 REGULACÃO BRASILEIRA NO SETOR FARMACÊUTICO

A regulamentação no setor de medicamento não visa apenas combater “falhas de mercado” relacionadas à concentração, como ocorre nos demais setores da economia onde atuam agências reguladoras. O Quadro 1, obtida de Godoy e outros (2004), reproduz as modalidades em que o controle pode ser exercido.

Quadro 1 - Mecanismos factíveis de regulação farmacêutica pelo Estado

Metas	Meios
A- Considerações de ordem sanitária	Serviços de controle de qualidade dos medicamentos
1) Controle do número de medicamentos no mercado	Farmacopéia nacional, listas de medicamentos essenciais, formulários
2) Controle de eficiência e da segurança de medicamentos	Regulamentação de aprovação e registro
3) Controle das atividades de <i>marketing</i> das empresas farmacêuticas	Regulamentação da propaganda e promoção
4) Controle de distribuição	Classificação dos produtos em éticos/não éticos
B - Considerações de ordem econômica	Serviços de controle de custo de medicamentos
5) Redução dos gastos públicos com medicamentos	Regulamentação do preço e estímulo à prescrição de medicamentos genéricos
6) Fortalecimento da própria indústria do país	Subsídios e incentivos à indústria, controle de importações, sistema de patentes

Fonte: PINHEIRO, 1999 *apud* GODOY e outros, 2004

A Agência Brasileira de Regulação do Setor Farmacêutico – ANVISA tem como um de seus focos as atividades voltadas para a segurança de produtos farmacêuticos absorvidos no mercado, observando preços, uma vez que se trata de produtos essenciais à saúde. No item seguinte, analisa-se a estrutura da regulamentação brasileira no setor farmacêutico.

4.1 PROCESSO HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO BRASILEIRA NO SETOR FARMACÊUTICO

A regulamentação do setor farmacêutico se faz presente em toda história econômica brasileira.

A regulação do setor farmacêutico no Brasil é bastante antiga, sendo que Considera (2002) relata que desde a época do Império o setor era regulamentado pelo Estado.

O autor reproduz um documento que pode ser considerado como um marco histórico da defesa de concorrência e regulação no Brasil. Neste documento datado de 1808, o príncipe regente regulamenta a forma de preparo de medicamentos e determina como seriam fixados os preços e faz um tabelamento de preços, visando com isto proteger os interesses dos cidadãos. (GODOY *et al.*, 2004, p. 12).

O foco do presente trabalho está nas alterações recentes da regulamentação do mercado farmacêutico. A análise da história deste processo começa na década de 1970 e termina com a adoção do atual modelo de controle de preços.

Nas décadas de 1970 e 1980, o controle de preços era realizado pelo Conselho Interministerial de Preços - CIP, por meio de tabelamento de preços, com enfoque maior, no controle dos medicamentos tradicionais, em consequência do maior volume de vendas. Diante do controle de preço, o setor respondeu de forma organizada, até mesmo numa estrutura de cartel, para intervir junto ao CIP, objetivando obter ganhos diferenciados de preços, que eram concedidos para determinados grupos. Além disto, os produtores recorriam a outras táticas para aumentarem seus preços, como: superfaturamento, “maquiagem” do produto, uso de matéria-prima de qualidade inferior. (GODOY *et al.*, 2004).

Estas táticas eram possíveis porque a economia do país era fechada e o critério de reajuste dos preços dos medicamentos era baseado nos custos de produção mais um lucro considerado razoável pelos administradores públicos. Assim, bastaria demonstrar aumento nos custos que o preço dos medicamentos já seria reajustado, aumentando o faturamento das empresas do setor. (SILVA, 2008).

O CIP encerrou suas atividades em 1990, por não atender os fins a que fora criado, uma vez que os preços de produtos controlados tiveram a mesma evolução que os preços de produtos dos demais setores e, ainda, existiam indícios de corrupção nesse processo de gestão de preços. (GODOY *et al.*, 2004).

Na década de 1990, o Brasil adotou vários modelos de controle de preços. Em março de 1990, no início do Governo Collor, os preços foram congelados por causa da inflação. A partir de agosto deste mesmo ano, iniciou-se o processo de liberalização dos preços no setor e em outubro, apenas os medicamentos de uso contínuo ainda tinha seus preços controlados. Em fevereiro de 1991, os preços foram novamente congelados, conforme previsão do Plano Collor II. Esse congelamento perdurou até maio de 1992, quando os preços foram novamente

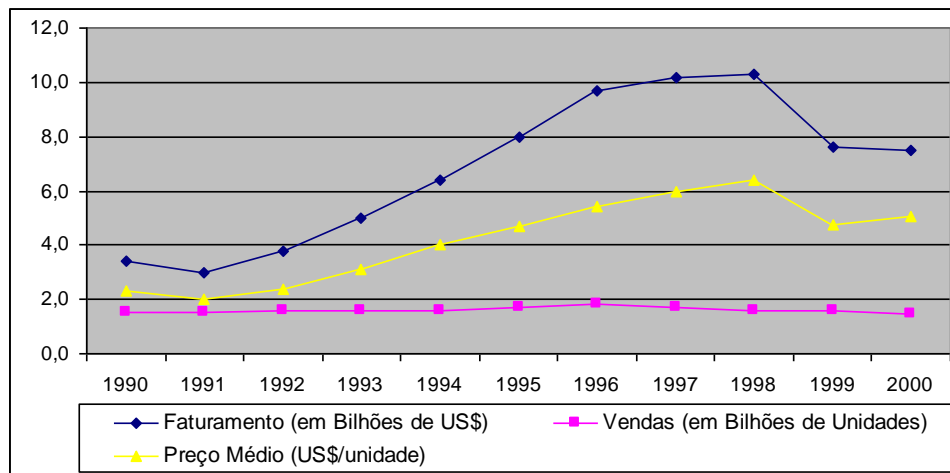
liberados, mas com a instituição de uma margem de lucro para as farmácias. Como resultado da falta de controle sobre os preços, os medicamentos sofreram um aumento de 2.600% enquanto a inflação no período seguinte à liberação fora de 1608%. Em 1993 os preços foram novamente controlados. (GODOY *et al.*, 2004).

Em 1994, tem-se novamente a liberação dos preços, mas mantém-se um acordo informal em que os reajustes eram previamente comunicados à Secretaria de Acompanhamento Econômico - SEAE. Ao fim do ano de 1996, os preços do setor passam a ser livremente determinados, o que conduziu a consideráveis aumentos e resultou na obrigatoriedade de se informar e justificar os aumentos dos preços à SEAE, em novembro de 1998. (GODOY *et al.*, 2004).

Em 1999, o mercado de medicamento sofreu os efeitos da desvalorização cambial resultando em um acordo com governo para se definir os critérios de repasse do câmbio, realizado em três etapas: a primeira, em março, a segunda em abril e a terceira em maio (GODOY *et al.*, 2004, p. 13). O governo, ainda, autorizou aumento médio acumulado de 8,0% em agosto, com o objetivo de repassar o impacto das variações cambiais sobre demais insumos, basicamente embalagens. (GODOY *et al.*, 2004, p. 13).

Na década de 1990, com o fim da intervenção direta do governo no mercado, os preços registraram aumentos significativos. No ano de 2000, as vendas relativas a 1990 foram menores, apesar do crescimento populacional de 14% que fora observado no período. Enquanto isso, os preços dos medicamentos registraram aumentos acima da inflação. (ANVISA, 2001, p.6). Conforme pode ser visualizado no gráfico abaixo, o aumento dos preços foi fundamental para o aumento do faturamento da indústria, visto que a quantidade total demanda praticamente permaneceu estável no período, bem diferente do comportamento do faturamento.

Gráfico 6 – Faturamento, vendas e preço médio de medicamentos no Brasil, 1990 - 2001



Fonte: ABIFARMA *apud* ANVISA, 2001, p. 5

Na década de 2000 foi criada a Câmara de Medicamentos – CAMED, para realizar o controle dos preços. Este controle perdurou até hoje, porém ele vem sendo realizado pela Câmara de Medicamentos – CMED, criada pela MP nº 123 e pelo decreto nº 4.766 de junho de 2003. A distinção entre estas duas câmaras reside na amplitude de seus poderes:

Ao contrário da antiga CAMED, extinta em junho de 2003, que só tinha poderes para responsabilizar os laboratórios, a nova Câmara tem atribuições mais abrangentes para deliberar sobre preços e para elaborar diretrizes de regulação do setor, podendo responsabilizar todos os atores do setor farmacêutico: a indústria, o atacado e o varejo.

[...]

Na vigência da antiga Câmara, o trabalho desenvolvido limitava-se à análise e aprovação dos preços dos medicamentos que eram lançados no mercado, a fixar os limites para os reajustes de preços e a instaurar processos administrativos contra laboratórios em casos de desobediência à legislação. Atualmente, a MP nº 123, além de haver propiciado à CMED o resgate dessas atribuições, permitiu ainda o avanço em diversos outros pontos, tais como a possibilidade de fixar as margens de comercialização para toda a cadeia produtiva, competências para sugerir a celebração de acordos e convênios internacionais relativos ao setor de medicamentos, solicitar informações sobre produção, insumos, matérias-primas, vendas e para auxiliar no monitoramento do mercado farmacêutico. (ANVISA, 2004, p.145).

A CMED, também, está orientada para desenvolver uma política de acesso a medicamentos, atuando como órgão de apoio e na defesa dos direitos do consumidor. Ela, também, se posiciona em termos da tributação incidente sobre medicamentos. Esta Câmara é composta pelos ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça e Casa Civil e representa mais uma área de atuação da Anvisa (ANVISA, 2004).

4.2 MODELOS INTERNACIONAIS DE REGULAÇÃO DO SETOR FARMACÊUTICO

Existem vários modelos de regulamentação de preços no setor farmacêutico e cada país adota o que lhe for mais conveniente. Fiúza e Lisboa (2001) apresentam algumas formas de regulamentação predominantes:

Quadro 2 – Diferentes esquemas de intervenção em preços

País	Preços	Reembolso
Alemanha	Livres para Novos Produtos	Preços de Referência para Produtos sem Patente
Bélgica	Controle de Preços; Redução para Produtos Antigos	–
Canadá	Controle de Preços	–
Dinamarca	Acordos de Preços (Redução)	Preços de Referência para Produtos “Análogos”
Espanha	Controle de Preços via Negociação com Base em Custos	Preços de Referência para Drogas Múltiplas
Finlândia	Controle via Reembolso	Novos Produtos Reembolsados em 50% por Dois Anos; Preços dos Existentes Revisados a cada dois Anos; Uso de Dados Farmacoeconômicos quando Firms Recorrem por Preço Razoável
França	Negociação e Comparação com Outros Países	–
Grécia	Controle de Preços pelo Menor Preço Europeu para Mesma Molécula	–
Holanda	Preço Máximo por Comparação com a Europa	Preço de Referência Terapêutica
Irlanda	Acordo de Preços Seguido de Congelamento (1997/2001); em Seguida, Revisão com Base em Comparações Internacionais	–
Itália	Preço Médio Europeu para Alguns Produtos; Negociação/Produtos Novos e Inovativos	–
Noruega	Controle se Reembolso é Desejado	Preço de Referência (inclusive em Drogas com Patente e Importações Paralelas)
Portugal	Controle de Preços (Preço Médio); RPI-X em 1998/99	–
Reino Unido	Acordo com Indústria em controlar Lucros, Renovado em 1999 por Cinco Anos	–
Suécia	Controle se Reembolso é Desejado; Base em 10 Países; Deve Ser Menor do que Dinamarca, Holanda, Alemanha e Suíça; Similar a Noruega e Finlândia	–
Suíça	Livres para Novos Produtos; Intervenção em Reembolsos; Corte Linear de Preços para Produtos Reembolsados	–

Fonte: FIÚZA; LISBOA 2001, p.18

Ao analisar o Quadro 2, verifica-se que os países europeus se utilizam de vários tipos de intervenção simultaneamente visando garantir o menor preço, no combate às falhas de

mercado. (SILVA, 2008).

Controles diretos são adotados por alguns países, como: fixação da taxa de retorno, sistema de preço referência, tabelamento de preços e *price cap*. A fixação da taxa de retorno é o modelo que vigora na Inglaterra desde 1957. A finalidade é o controle de lucro, realizado por meio de negociação entre autoridades e industriais. A taxa de lucro gira em torno de 17 e 21% e a principal dificuldade na gestão do modelo são os parâmetros utilizados no cálculo da taxa de retorno, uma vez que a assimetria de informação sobre custos da indústria é significativa. (GODOY *et al.*, 2004).

O modelo adotado na Alemanha e França consiste de um sistema de preço-referência em que os preços são tecnicamente livres, mas o preço máximo de reembolso é determinado pelo preço de referência. Na Alemanha, o *Health Care Act* de 1989 criou o sistema de preço de referência e nele estão incluídos 80% dos medicamentos comercializados no país. No caso de reembolso, utiliza-se o preço do Health Care Act, em que a diferença deverá ser desembolsada pelo consumidor (GODOY *et al.*, 2004). Esta política de reembolso induz o fornecedor a manter seus preços baixos ao consumidor para, conseqüentemente, poderem ser reembolsados.

Tabelamento de preço é o modelo que vigorou no Brasil nas décadas de 80 e 90, quando o país detinha elevadas taxas de inflação. Mas esse sistema não foi uma política eficaz em razão dos seguintes motivos: assimetria de informação – por não haver informação sobre o custo marginal fica difícil para o Governo fixar o preço em um patamar adequado; e ao fixar os preços, com preços baixos, as empresas são desestimuladas a ofertar produtos e, conseqüentemente, deixam de investir no setor e na Pesquisa e Desenvolvimento - P&D; por outro lado, no caso de preços elevados, a demanda fica prejudicada. (GODOY *et al.*, 2004).

Por fim, tem-se o modelo *price cap*. Neste modelo de controle de preço, o reajuste se dá pelo índice público de preços associado à previsão de redução de custo por aumento de produtividade e tem a finalidade de obter a eficiência microeconômica.

Existem, também, formas indiretas de controle de preço que são os incentivos aos medicamentos genéricos que vêm sendo adotados recentemente no Brasil e o seguro-saúde. Este último é muito utilizado em países desenvolvidos, com exceção dos Estados Unidos que

utilizam de seguro-saúde privado.

Convém lembrar o modelo de custeio de medicamento e gastos de saúde que vigora em alguns países. Na década de 1970, em consequência da desregulamentação dos contratos de seguro, surgiu uma nova forma de seguro, denominada de *Managed Care*. Este seguro surge para implementar a ideia de incentivar provedores de serviços médicos a considerarem, além dos benefícios terapêuticos, os custos resultantes do tratamento. Este seguro funciona da seguinte forma: o segurado indica um médico generalista que será responsável pelo tratamento indicando e autorizando os procedimentos e medicamentos mais aconselháveis. Este médico recebe um incentivo, além de sua remuneração, com base na análise dos custos que ele gerou para seu paciente-segurado. Ao fim do ano, o médico receberá uma complementação de sua renda inversamente proporcional aos gastos totais com o tratamento de todos os seus pacientes. Assim, quanto mais custoso for o tratamento indicado, menor será a bonificação do médico. (FIUZA; LISBOA, 2001).

Com esta sistemática, o seguro força o médico a se dedicar ao tratamento do paciente de forma que incentive o paciente a se manter sob seus cuidados, dentro de sua remuneração anual. Por outro lado, o médico irá se atentar para os custos do tratamento, visando aumentar sua bonificação, o que faz prevalecer o bem-estar do paciente. (FIUZA; LISBOA, 2001).

4.3 ESTRUTURA E REGIME LEGAL NO SETOR FARMACÊUTICO

Este item será destinado a elencar as principais bases legais dos últimos anos que interferem de maneira significativa no setor farmacêutico brasileiro, inclusive no segmento de varejo. A Lei das Patentes – Lei nº 9.279 de 14 de maio de 1996 representa a principal fonte legal. O objetivo da Lei nº 9.279 consistia em regular os direitos e obrigações relativos à propriedade intelectual, em atendimento ao *Trade Rights of Intellectual Patents* – TRIPS tratado firmado pelo Brasil junto à Organização Mundial do Comércio - OMC. Este aparato legal teve implicações diretas sobre a indústria farmacêutica como um todo porque, com base nele, se criou uma estrutura monopolística legal. De acordo com Capanema e Palmeira Filho (2007, p. 180), a partir de publicação da Lei nº 9.279, passaram a ser reconhecidas no país, as patentes de novos medicamentos e proibiu-se cópia de medicamentos cujas patentes estivessem vigentes, atendendo a uma antiga demanda das grandes corporações multinacionais do setor.

Fardelone e Branchi (2006, p. 148) destacam a expectativa do legislador ao criar a lei de patentes. Do ponto de vista do Congresso brasileiro, esta lei seria capaz de absorver investimentos para o desenvolvimento tecnológico e industrial do País, o que não ocorreu, pois, somente fez aumentar a distância do padrão do desenvolvimento tecnológico do país em relação ao estrangeiro. Na verdade, segundo estes autores, a proteção de patentes sobre produtos e formulações de medicamentos fez aumentar a concentração econômica.

Em 26 de janeiro de 1999, entra em vigor a Lei nº 9.782 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, estabelecendo, entre outras medidas, as competências legais desta nova instituição. A Anvisa foi criada com a finalidade de “promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos insumos e das tecnologias relacionadas” (FREITAS, 2006, p. 27).

Neste mesmo período, foi publicada a Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que regulamenta os medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. A lei foi regulada pelo Decreto 3181, de 23 de setembro de 1999.

O medicamento genérico surge, assim, de uma política de incentivo ao consumo, pois, ao ampliar-se a concorrência num setor antes concentrado, tal concorrência passa a ser orientada via mecanismos de preço, visto que a legislação dos medicamentos genéricos define que estes medicamentos devem ser, no mínimo, 35% mais baratos que os medicamentos de referência. Porém, apesar da diferença de preço, o consumidor tem a garantia da Anvisa, órgão responsável por vistoriar o produto, que a qualidade e a eficiência do medicamento são equivalentes aos medicamentos de referência. Santos (2001, p. 86) descreve:

Considerando-se a assimetria de informações e o conseqüente problema de agência, a estratégia dos medicamentos genéricos é, certamente, uma ferramenta capaz de fomentar a competição via preço. Ela baseia-se em dois fundamentos principais: o uso destacado da denominação genérica para os medicamentos sem proteção patentária; e a certificação da qualidade, eficácia e segurança desses produtos, identificados como equivalentes terapêuticos e, portanto, podendo ser percebidos pelos prescritores, dispensadores e consumidores como substitutos perfeitos entre si, em termos qualitativos, passando a competir unicamente em função dos preços.

O setor de produção de produtos genéricos teve uma evolução significativa dentro do

mercado farmacêutico, conforme se pode perceber pela Tabela 4:

Tabela 4 – Comportamento das vendas e números de empresas no setor de produtos genéricos

Ano	Número de Empresas	Número de Produtos	Vendas em US\$000	% evolução
2000	8	91	31.022	
2001	18	260	128.923	315,6
2002	24	470	224.583	74,2
2003	26	630	310.780	38,4
2004	34	829	441.921	42,2
2005	45	1.197	693.956	57
2006	46	1.457	1.054.387	51,9
2007	52	1.604	1.308.909	24,9

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS. PRÓ-GENÉRICOS, 2007, p. 7

Deste modo, o mercado de produtos genéricos no Brasil vem adquirindo expressão. As vendas totais de medicamentos em 2009 totalizaram R\$ 30,2 bilhões, dos quais R\$ 4,5 bilhões (15%) foram de genéricos, segundo a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos - Pró-Genéricos. De cada 100 unidades vendidas no país, 20 são genéricos. (REIS, 2010).

O mercado de produtos genéricos é mundialmente expressivo, porém, esse tipo de mercado não é a solução mais adequada para o acesso aos medicamentos, conforme dados da FEBRAFARMA (2007, p. 8):

Nos EUA, país que tem maior mercado consumidor de medicamentos e onde os genéricos estão presentes há cerca de 20 anos, a participação em volume é de cerca de 40%, mesmo número registrado no Reino Unido. Na Alemanha, chega a 45%. E cerca de 80% das unidades de genéricos comercializadas têm produção local. O faturamento do segmento no acumulado de janeiro a setembro de 2006 foi de US\$ 755,6 milhões, ante os US\$ 55,7 milhões obtidos entre março de 2000 e março de 2001. Apesar deste crescimento, não houve um alargamento significativo no mercado de medicamentos, e sim um deslocamento de consumo. Isso porque o baixo poder aquisitivo da população impede o acesso aos medicamentos, independente de preço.

Outra base legal para o estudo é a Lei 10.213, de 27 de março de 2001, que atribuiu o controle de preços de medicamentos à Câmara de Medicamento - CAMED e definiu o congelamento dos preços e a possibilidade de reajustes por meio do Índice Paramétrico de Medicamento.

Porém, a Lei 10.742, de 6 de outubro de 2003, determina que a regulamentação de preços deva ser realizada pela Câmara de Regulamentação de Mercado de Medicamentos - CMED e criou novos parâmetros para a fixação dos preços dos medicamentos.

Também existem inúmeras resoluções da ANVISA que influenciam diretamente o setor conforme mostra Capanema (2006, p. 180):

Com o objetivo de garantir mais qualidade aos medicamentos comercializados no país e mais segurança para os usuários, a Anvisa publicou 19 resoluções em junho de 2003. As principais mudanças acarretadas por essas medidas foram a instituição da obrigatoriedade de testes de biodisponibilidade relativa para os novos similares (RDC 133), a exigência da fabricação de lotes-piloto antes da aprovação do registro (RE 902), a adequação dos produtos similares já no mercado às novas resoluções, incluindo a obrigatoriedade da realização de testes de bioequivalência e biodisponibilidade relativa (RDC 134), a previsão de preço para os medicamentos novos (RDC 136), o estabelecimento de novos critérios para definição de medicamentos de venda sem prescrição médica (RDC 138), a criação de legislação própria para o registro de homeopáticos (RDC 139) e a determinação de confecção de bulas com linguagem simples e atualizada (RDC 140) [Anvisa (2003)]. Em agosto de 2003, foi publicada a resolução RDC 210, que, basicamente, determina a todos os fabricantes de medicamentos o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos (BPFM), revisado e anexo à resolução, e institui norma de inspeção do cumprimento das BPFMs.

Mais recentemente, a Anvisa vem publicando resoluções que influenciam diretamente o segmento de varejo farmacêutico. A Resolução RDC nº 80, de 11 de maio de 2006, autoriza as farmácias e drogarias a fracionarem medicamentos a partir de embalagens especialmente desenvolvidas para esta finalidade, de modo a serem dispensados em quantidades individualizadas para o atendimento das necessidades terapêuticas dos consumidores e usuários desses produtos, desde que garantidas as características asseguradas no original registrado e observadas as condições técnicas e operacionais estabelecidas.

A principal resolução em pauta no varejo farmacêutico é a Resolução nº 44, de 18 de agosto de 2009, da Anvisa que dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.

Desta forma, a RES 44 determina que todos os medicamentos devam ser organizados em áreas restritas aos funcionários, de modo que os consumidores não tenham acesso direto aos mesmos, visando com isso evitar a automedicação. Ela veda ainda a comercialização de

produtos sem vinculação à saúde, ou seja, é proibida a venda de produtos de conveniência pelas farmácias e drogarias.

Diante dessas novas bases legais, estratégias foram encontradas pelas farmácias para manterem o formato atual, tendo que recorrer ao poder judiciário. As associações farmacêuticas como: ABRAFARMA, Febrafar, ABCFarma já obtiveram liminares para a suspensão dos efeitos da Resolução 44.

Para uma ideia da proporção do impacto econômico dessas proibições, os produtos cujas vendas foram proibidas pela RES 44 representam 40% do faturamento da rede de farmácias Araújo. (ESTEVEES; CELLE, 2010).

4.4 REGULIZAÇÃO ECONÔMICA DO MERCADO FARMACÊUTICO DO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 zela pela livre iniciativa e concorrência. Mas o parágrafo 4^o de seu art. 173 determina que: A lei reprimirá o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros. Assim, o mercado farmacêutico é objeto deste artigo em razão de várias falhas de mercado que são observadas neste segmento, que levam a vedações do parágrafo 4^o supracitado, tendo em causa, a comercialização de produtos sociais essenciais. São produtos que apresentam demanda-preço inelástica e fazem parte de uma estrutura de mercado oligopolista e com grande assimetria de informação, justificando com isso, uma base regulatória adequada no setor. Segundo Santos (2001, p. 85):

No campo farmacêutico, especificamente, essa regulação deve acontecer pelo menos sob três aspectos. O primeiro refere-se aos aspectos sanitários, em que busca a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos disponibilizados, por meio de um marco legislativo e normativo adequado, assim como de uma estrutura de vigilância apropriada. O segundo refere-se à regulamentação da conduta ética e da atuação dos profissionais ligados à saúde, direta ou indiretamente, especialmente no que diz respeito à relação com os usuários e com a indústria. O terceiro refere-se aos aspectos econômicos, relacionados com a regulação dos preços, tanto pelo controle direto deles, quanto dos mecanismos de controle “extrapreço”: melhoria da dinâmica competitiva do mercado com a estratégia dos genéricos, legislação antitruste, desenvolvimento da ciência e tecnologia reduzindo a dependência externa, redução da carga tributária, controle dos gastos institucionais, melhoria da eficiência na gestão e utilização dos recursos, entre outros.

O primeiro tipo de regulamentação é realizado pela Anvisa que é competente para:

- I.** Conceder autorização de funcionamento para empresas que explorem produtos de interesse da saúde;
- II.** Realizar o registro ou emitir certificado de dispensa de registro para produtos de interesse da saúde;
- III.** Emitir normas técnicas relacionadas aos produtos e serviços de interesse da saúde, exceto as fontes de financiamento que estão regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e as relativas às empresas produtoras ou prestadoras de serviços a saúde;
- IV.** Intervir temporariamente na administração de entidades produtoras financiadas com recursos públicos, assim como nos prestadores de serviço ou fabricantes de produtos exclusivos ou estratégicos;
- V.** Coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares;
- VI.** Monitorar preços de medicamentos e produtos para a saúde;
- VII.** Atribuições relativas à regulamentação, controle e fiscalização da produção da produção de fumígenos;
- VIII.** Suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI);
- IX.** Controle da propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária;
- X.** Controle de portos, aeroportos e fronteiras, e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária;
- XI.** Promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados;
- XII.** Requisitar informações, para posterior encaminhamento para o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), em caso de suspeita de infração à ordem econômica. (SILVA, 2008, p. 49).

A Anvisa compartilha a competência de fiscalização com secretarias de vigilâncias sanitárias em níveis estaduais e municipais. Essas secretarias têm competência específica de fiscalização das empresas atuantes no setor, restando à Anvisa a função de fiscalização quando da concessão de autorizações e certificações, podendo, ainda, cooperar com as secretarias em regime de competência concorrente. (SILVA, 2008, p. 50).

O segundo aspecto, diz respeito às competências dos Conselhos de cada profissão da área de saúde. Por exemplo, o Conselho Federal de Farmácia – CFF fiscaliza o exercício da atividade profissional dos farmacêuticos. O terceiro aspecto é de competência da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, instituída pela Medida Provisória nº 123, de 26 de junho de 2003, convertida em 6 de outubro de 2003, na Lei nº 10.742.

Os medicamentos devem ser regulamentados por causa de suas características e em função do comportamento das unidades produtoras. As empresas fixam os preços livremente, sem que

levem em conta o custo médio de produção e a taxa de retorno relativa aos gastos com P&D. Conforme expõe Santos (2001, p. 30):

Do outro lado, quando se pensa nos ofertantes de bens e serviços de saúde, observa-se que seja pela complexidade tecnológica, seja por estratégias de atuação e ampliação de mercado, os prestadores de atenção médica e os produtores de medicamentos, por exemplo, atuam de maneira cartelizada. Dessa forma, realizam discriminação de preços, definindo-os sem nenhuma correlação com os custos de produção. [...] temos o caso dos medicamentos de marca, quando se expira o período da proteção patentária. Na grande maioria das vezes, os preços desses medicamentos não se reduzem e, menos ainda, igualam-se aos seus custos médios, perpetuando preços sem nenhuma correlação com os custos de produção, mas com mercado garantido em virtude da desinformação e lealdade às marcas pelos seus consumidores.

O controle de preço pode ser instituído tanto sobre preço de venda do produtor quanto sobre o preço de venda ao consumidor. No Brasil, ambos os modelos são aplicados. Passa-se agora a estudar com mais detalhes a regulamentação realizada no varejo farmacêutico brasileiro pela CMED.

4.5 A REGULAMENTAÇÃO NO VAREJO FARMACÊUTICO BRASILEIRO

O controle dos preços dos medicamentos no varejo é um mecanismo que influencia positivamente na redução dos preços dos medicamentos repassados ao consumidor. Alguns estudos já apontam esta questão conforme levantado por Teixeira (2006, p. 11):

De acordo com o estudo da *London Business School* publicado pela Organização Mundial de Saúde, o controle de preços, se aplicado ao setor varejista, mais do que qualquer outro mecanismo, pode, potencialmente, impactar não somente sobre os preços do atacado como também sobre os preços finais pagos pelos consumidores. Outro trabalho, que apresenta simulações de controle de preços na Índia, afirma que reduções de preços para produtos farmacêuticos patenteados, largamente consumidos e que possuam poucos substitutos, aumentam significativamente o excedente do consumidor.

Apesar da vantagem do controle de preço de efetivamente baixar ou aumentar os preços, Teixeira (2006) apresenta algumas desvantagens desta política. O desestímulo à inovação pode ocorrer em virtude do excesso de regulamentação desencorajando, também, a competição na indústria. Pode ocorrer, também, o desabastecimento do mercado de determinado produto o que resultaria no efeito contrário à proposta do controle de preço que visa ampliar o acesso aos medicamentos. Além do mais, o mecanismo de controle de preço é complexo e difícil de

ser implementado. E existe, ainda, outra desvantagem que é fruto do comportamento dos laboratórios que se utilizam de artifícios para fugir ao controle de preços.

Atualmente no Brasil, controle de preço existe e vem sendo realizado e regulamentado pela CMED que instituiu uma nova política de regulamentação econômica no mercado brasileiro. Este órgão surgiu com o objetivo de definir as normas de regulação econômica no setor farmacêutico, visando, com isso, promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulem a oferta de medicamentos de forma competitiva. (COSTA, 2009, p. 2).

A CMED é composta por um Conselho de Ministros presidido pelo Ministério da Saúde, com a participação do Chefe da Casa Civil da Presidência da República, do Ministério da Justiça, e do Ministério da Fazenda, todos com a competência para: (I) aprovar critérios para reajustes de preço de medicamentos; (II) decidir pela inclusão ou exclusão de produtos no regime de tabelamento; (III) aprovar o regime interno da CMED, e, (IV) aprovar os preços dos medicamentos que forem objeto de alteração da carga tributária. (SILVA, 2008, p. 166).

Porém, Silva (2008) endossou uma crítica à CMED, mais especificamente sobre o processo de tomada de decisões da entidade, uma vez que aquelas decisões deveriam ser tomadas por unanimidade. Para ele, este critério de decisão mostra-se prejudicial à agilidade do processo, principalmente, quando a solução depender de uma negociação entre as pastas. Logo, o autor conclui que “não foi criada uma agência de poderes independentes, mas tão simplesmente um órgão do Poder Executivo, que certamente decidirá sobre as questões do mercado farmacêutico segundo critérios políticos” (SILVA, 2008, p. 166).

Críticas à parte, a CMED surgiu com a finalidade de combater as falhas de mercado no âmbito da indústria farmacêutica e, para tanto, ele é dotado das seguintes competências legais:

Art. 6º Compete à CMED, dentre outros atos necessários à consecução dos objetivos a que se destina esta Lei:

I - definir diretrizes e procedimentos relativos à regulação econômica do mercado de medicamentos;

II - estabelecer critérios para fixação e ajuste de preços de medicamentos;

III - definir, com clareza, os critérios para a fixação dos preços dos produtos novos e novas apresentações de medicamentos, nos termos do art. 7º;

IV - decidir pela exclusão de grupos, classes, subclasses de medicamentos e produtos farmacêuticos da incidência de critérios de estabelecimento ou ajuste de preços, bem como decidir pela eventual reinclusão de grupos, classes, subclasses de

medicamentos e produtos farmacêuticos à incidência de critérios de determinação ou ajuste de preços, nos termos desta Lei;

V - estabelecer critérios para fixação de margens de comercialização de medicamentos a serem observados pelos representantes, distribuidores, farmácias e drogarias, inclusive das margens de farmácias voltadas especificamente ao atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica;

VI - coordenar ações dos órgãos componentes da CMED voltadas à implementação dos objetivos previstos no art. 5º;

VII - sugerir a adoção, pelos órgãos competentes, de diretrizes e procedimentos voltados à implementação da política de acesso a medicamentos;

VIII - propor a adoção de legislações e regulamentações referentes à regulação econômica do mercado de medicamentos;

IX - opinar sobre regulamentações que envolvam tributação de medicamentos;

X - assegurar o efetivo repasse aos preços dos medicamentos de qualquer alteração da carga tributária;

XI - sugerir a celebração de acordos e convênios internacionais relativos ao setor de medicamentos;

XII - monitorar, para os fins desta Lei, o mercado de medicamentos, podendo, para tanto, requisitar informações sobre produção, insumos, matérias-primas, vendas e quaisquer outros dados que julgar necessários ao exercício desta competência, em poder de pessoas de direito público ou privado;

XIII - zelar pela proteção dos interesses do consumidor de medicamentos;

XIV - decidir sobre a aplicação de penalidades previstas nesta Lei e, relativamente ao mercado de medicamentos, aquelas previstas na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990, sem prejuízo das competências dos demais órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor;

XV - elaborar seu regimento interno. (BRASIL, 2003).

Assim, sua principal função é determinar os preços dos medicamentos e proceder aos reajustes necessários em um sistema de controle realizado periodicamente. A autorização para reajustes anuais é realizada em março de cada ano, tendo sido adotado este procedimento desde março de 2004.

[...] o Conselho de Ministros poderia, como de fato aconteceu, promover excepcionalmente um ajuste em 31 de agosto de 2003 nos limites de 2% para quem cumpriu o Protocolo de Intenções. Para quem o descumpriu, reajustando seus preços acima do limite estabelecido, o ajuste de preços de 2% somente pôde ser aplicado depois que os preços foram reduzidos aos patamares corretos, o que gerou a diminuição efetiva nos preços de cerca de 150 medicamentos. (ANVISA, 2004, p.146).

O modelo de reajuste de preço adotado pela CMED é baseado no sistema *price cap* (teto de preços) que estabelece um ajuste de preço pela variação de um índice de preço menos um fator “X”, que incorpora estimativa do aumento futuro da produtividade (TEIXEIRA, 2006, p. 15). Mas o modelo do CMED visa repassar ao consumidor, reduções de custos resultantes de aumentos da produtividade e, portanto, o teto de preço brasileiro fica composto de três fatores:

- a) um índice monetário, o IPCA/IBGE, que contém em sua composição fatores que não estão relacionados com o mercado de medicamentos e não contém fatores intimamente relacionados com o setor, como por exemplo, a variação cambial;
- b) um percentual de fator de produtividade destinado a passar para os consumidores os ganhos de produtividades da indústria, o que traz novamente as práticas do CIP, na medida em que as empresas deixaram de buscar produtividade, pois esta se torna prejudicial na fixação oficial de seus preços;
- c) um fator de ajuste de preços relativos com um componente: (I) intra-setor, com base no poder de monopólio, na assimetria de informação e nas barreiras à entrada; e (II) entre setores; calculado com base na variação de custos de insumos, caso não sejam recuperados pelo IPCA/IBGE. (SILVA, 2008, p. 164).

Segundo Teixeira (2006), a variação percentual do preço de medicamentos (VPP) é calculada conforma e seguinte fórmula:

$$VPP = IPCA - X + Y + Z,$$

Em que,

X = fator de produtividade (fator b);

Y = fator de ajuste de preços relativos entre setores (fator c); e

Z = fator de ajuste de preços relativos intra-setores (fator c)

Este órgão do Governo optou por fazer o uso do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, que mede os preços no varejo, como um critério para o realinhamento dos preços dos medicamentos, por se tratar de um índice que, na visão da CMED, melhor reflete a realidade financeira dos consumidores brasileiros. (ANVISA, 2004).

Deste processo de reajuste de preços, tem-se um preço máximo que dado produto poderá atingir ao ser vendido. A principal vantagem do sistema reside na determinação de um valor máximo para o preço que estimula o incremento da eficiência produtiva, pois, as firmas serão assim estimuladas a minimizar custos na busca dos excedentes. (TEIXEIRA, 2006, p. 15).

O último reajuste autorizado pela CMED ocorreu em 31 de março de 2010, conforme Tabela 5 abaixo:

Tabela 5 – Teto de reajuste e participação no mercado de medicamentos por categoria

Categoria	Teto de reajuste	Participação no mercado
Faixa 1 – categoria em que os genéricos representam 20% ou mais do faturamento	4,83%	32,80%
Faixa 2 – genérico que representam entre 15% e 20% do faturamento	4,64%	13,70%
Faixa 3 – genérico que representam até 15% do faturamento	4,45%	53,50%

Fonte: CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS – CMED (2010c) *apud* REAJUSTE, 2010

Estes reajustes levaram em conta o IPCA dos últimos 12 meses e tiveram validade definida para o ano seguinte, segundo a Lei 10.742/2003, ou seja, um reajuste de preço superior só deveria ocorrer em março de 2011, quando a CMED o autorizasse novamente.

Porém, pelo Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – SINDUSFARMA, o reajuste deveria ter sido inferior ao autorizado, algo em torno de 4,6%, por causa da concorrência existente no setor, conforme já vinha ocorrendo em anos anteriores, quando os preços foram congelados ou reajustados abaixo do teto inferior autorizado. (REAJUSTE, 2010).

A Lei nº 10.742/2003, em seu artigo 8º prevê as penalidades para o caso de descumprimento dos atos emanados pela CMED, no exercício de suas competências de regulamentação e monitoramento de mercado de medicamentos, bem como o descumprimento de normas previstas nesta Lei. Neste caso, são aplicadas sanções administrativas previstas nos artigos 56 do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990), que prevê entre outras penalidades, uma multa, podendo tal variar de duzentos a três milhões de UFIR. (BRASIL, 2003).

Ainda como penalidades aplicáveis têm-se o parágrafo único do referido artigo 8º que prevê uma multa diária de R\$ 10.000,00 para casos de recusa, omissão, falsidade ou retardamento injustificado de informações ou documentos requeridos nos termos desta Lei ou por ato da CMED. A multa pode ser ampliada em até 20 vezes, como busca de garantia de sua eficácia. (BRASIL, 2003).

Os novos medicamentos, também, seguem um padrão de determinação de preços. A Resolução CMED nº 2, de 5 de março de 2004, estabeleceu os critérios que devem ser observados pelas empresas produtoras. No âmbito desta Resolução, novos medicamentos são aqueles que apresentam uma molécula nova na sua composição, podendo ser patenteado ou ainda, aqueles que possuem nova forma de apresentação (produtos de marca ou similares). (TEIXEIRA, 2006). Assim, os medicamentos foram classificados da seguinte forma:

Art. 2º Os produtos novos deverão ser classificados nas seguintes Categorias:

I - Categoria I: produto novo com molécula que seja objeto de patente no país e que traga ganho para o tratamento em relação aos medicamentos já utilizados para a mesma indicação terapêutica, com a comprovação de um dos seguintes requisitos:

a) maior eficácia em relação aos medicamentos existentes para a mesma indicação terapêutica;

b) mesma eficácia com diminuição significativa dos efeitos adversos; ou

c) mesma eficácia com redução significativa do custo global de tratamento.

Parágrafo único. O Comitê Técnico-Executivo poderá considerar outras vantagens terapêuticas agregadas desde que cientificamente comprovadas.

II – Categoria II: produtos novos que não se enquadrem na definição do inciso anterior.

Parágrafo único. As novas apresentações de produtos classificados nas Categorias I, II e V, que venham a ser lançadas posteriormente no mercado, seguirão, durante o período de cinco anos, a mesma classificação de categoria determinada originalmente.

Art. 3º As novas apresentações deverão ser classificadas como:

I – Categoria III: nova apresentação de medicamento já comercializado pela própria empresa, em uma mesma forma farmacêutica.

II – Categoria IV: nova apresentação de medicamento que se enquadrar em uma das situações:

a) medicamento que seja novo na lista dos comercializados pela empresa, à exceção dos casos previstos no inciso III deste artigo;

b) medicamento já comercializado pela empresa, em nova forma farmacêutica.

III – Categoria V: medicamento que se enquadrar em uma das seguintes situações:

a) nova forma farmacêutica no país;

b) nova associação de princípios ativos já existentes no país.

IV – Categoria VI: medicamento classificado como genérico, de acordo com a redação dada

pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, ao inciso XXI do artigo 3º, da Lei nº 6.360,

de 23 de setembro de 1976.

Parágrafo único. As novas apresentações de que tratam os incisos I e II, deste artigo, serão classificadas nas categorias III ou IV desde que não enquadradas na Categoria VI. (CMED, 2004).

Cada uma destas categorias tem seus preços determinados de maneira específica. Na Categoria I, que abarca produtos novos que oferecem ganhos ao tratamento, o Preço de Fábrica – PF, proposto pelo fabricante, não pode ser superior ao menor PF praticado em pelo menos três dos seguintes países: Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos da América, França, Grécia, Itália, Nova Zelândia, Portugal e o país de origem do produto. Em caso de impossibilidade para a definição do PF nos termos acima, é possível estabelecer um preço

com base no fator de redução, no preço médio de medicamentos comercializados nos respectivos países, ou no CAP – Coeficiente de Adequação de Preço – que é a razão entre o índice do PIB *per capita* do Brasil e o índice do PIB *per capita* do país que apresentar menor preço. Este preço é temporário e deve ser revisto a cada seis meses.

Na categoria II, que abarca os produtos novos que não acrescentam ganhos ao tratamento, o preço é determinado com base no custo de tratamento com os medicamentos utilizados para a mesma indicação terapêutica, não podendo, em qualquer hipótese, ser superior ao menor preço praticado dentre os dez países mencionados anteriormente (Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos da América, França, Grécia, Itália, Nova Zelândia, Portugal e o país de origem). Neste caso, o preço do produto novo não poderá acarretar ao consumidor maior custo de tratamento com o medicamento em relação àquele escolhido como comparador.

As demais categorias referem-se às novas apresentações, sendo seus preços determinados como abaixo se descreve:

- Mesma forma farmacêutica comercializada pela empresa (Categoria III): inferior ou igual à média aritmética dos preços das apresentações do medicamento, com igual concentração comercializadas pela empresa ou, na ausência de apresentações com igual concentração, segundo o critério da proporcionalidade direta da concentração do princípio ativo;
 - Nova forma farmacêutica de medicamento comercializado pela empresa ou mesma forma farmacêutica, porém não comercializada pela empresa (Categoria IV): inferior ou igual ao preço médio das apresentações dos medicamentos disponíveis no mercado com o mesmo princípio ativo e mesma concentração ou com mesmo princípio ativo e concentrações diferentes – para o caso em que consideram as apresentações de mesma fórmula, na mesma formula farmacêutica ponderado pelo faturamento de cada apresentação;
 - Nova forma farmacêutica no país ou nova associação de princípios ativos já existentes no País (Categoria V):
 - (i) no primeiro caso, para a determinação do preço, toma-se como referência o custo do tratamento com medicamentos existentes no mercado brasileiro para a mesma indicação terapêutica, e;
 - (ii) na segunda situação, caso não se apresentem ganhos ao tratamento, o preço da associação não poderá ser superior à soma dos preços das monodrogas, respeitada a proporção da concentração de princípio ativo e o número de unidades. Caso se agreguem vantagens comprovadas ao tratamento em relação às monodrogas tomadas isoladamente ou para a terapia com um todo, a empresa pode apresentar justificativa para o preço proposto, que será analisada pelo Comitê Técnico-Executivo da CMED;
 - Medicamentos genéricos (Categoria VI): o PF não poderá ser superior a 65% do preço do medicamento de referencia correspondente.
- Para os medicamentos enquadrados nas categorias III e IV, há ainda outro critério limitador de seus Preços-Fábrica: não poderão, sob hipótese alguma, ser superiores aos PFs dos medicamentos de referência. (TEIXEIRA, 2006, p.18 e 19).

Outra forma de regulamentação aplicada ao varejo é a necessidade de uma autorização de funcionamento – AFE. Esta autorização é expedida pela Anvisa e autoriza as farmácias e drogarias a comercializar medicamentos ao público. Existem dois tipos de autorização, a autorização de funcionamento comum para o caso de comercialização de medicamentos industrializados em sua embalagem original, incluindo os medicamentos “controlados” presentes na Portaria SVS/MS nº. 344/1998 e suas atualizações; e a autorização especial para o caso de manipulação de medicamentos que utilizem as substâncias “controladas” presentes na Portaria 344/1998. Estas autorizações têm validade de um ano, devendo ser renovada após este período.

Concluiu-se, portanto, com base na ANVISA (2001, p. 8), que o objetivo prioritário da regulação econômica do setor farmacêutico é a garantia de acesso ao produto por uma parcela da população excluída do mercado e impedir o abuso de poder econômico sobre diferentes faixas de renda. Como é de conhecimento geral, o abuso do poder econômico é uma forte fonte de ineficiência econômica e distributiva e representa uma importante modalidade de perda de bem-estar.

5 ANÁLISE DOS EFEITOS DA REGULAMENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MERCADO DE BELO HORIZONTE

O presente capítulo tem por finalidade analisar o controle de preços de medicamentos realizado pela CMED no mercado do varejo farmacêutico. Para tanto, optou-se por estudar o varejo farmacêutico da cidade de Belo Horizonte em função da maior disponibilidade de dados locais.

5.1 QUADRO GERAL DO VAREJO FARMACÊUTICO EM BELO HORIZONTE

Na década de 1960 o Brasil passou por um período de otimismo no seu ciclo de negócios que se refletiu no comércio varejista de produtos farmacêuticos, onde prevalecera o espírito da livre iniciativa. Os comerciantes belo-horizontinos tinham acesso a financiamentos e o cenário econômico favorecia a criação e a expansão dos negócios. Nesta década foi criado em Belo Horizonte, o Conselho de Farmácia de Minas Gerais que se tornou um marco para as atividades comerciais farmacêuticas locais, pois, foi o primeiro órgão regulador do setor farmacêutico na capital de Minas Gerais. (FREITAS, 2006).

Neste período histórico, as farmácias atuavam como agentes de saúde pública, visto que a população buscava tratamentos nas farmácias, sem antes demandar de atendimento médico. Assim, os farmacêuticos – donos, ou ainda, alguns funcionários leigos das farmácias, realizavam o diagnóstico. Mas é também neste período que ocorre a transição do predomínio de produtos manipulados por farmácias para produtos farmacêuticos industrializados das drogarias, dando início ao apogeu das drogarias e uma adaptação das empresas do setor, inclusive, com o recurso ao *marketing*. (FREITAS, 2006).

Essa mudança representou a decadência das farmácias e o início do apogeu das drogarias, como também a necessidade de implantação de novas práticas de compra, novos sistemas de controle de estoques e técnicas comerciais mais adequadas ao novo tipo de produto e de novo tipo de lojas de comércio farmacêutico. (FREITAS, 2006, p. 91).

Durante a década de 1960, verificou-se uma expansão na quantidade de farmácias e drogarias em Belo Horizonte. Neste período, as drogarias que se destacavam como as maiores do setor eram as seguintes: a Drograria Araújo, a Drograria São Félix e a Drograria Brasil, todas elas localizadas na região central da capital. Outra característica deste mercado na época era a

existência de uma drogaria que dominava o comércio local de cada um dos principais bairros da cidade e apresentavam características, conforme a descrição de (FREITAS, 2006):

[...] as farmácias e drogarias apresentavam um leiaute padronizado de armários de vidro para a disposição dos produtos com escadas de acesso às prateleiras mais altas. O atendimento era realizado em longos e pesados balcões e a clientela esperava ser atendida sentada em bancos encostados na parede de frente aos balcões, nos moldes dos bancos de igrejas. As lojas eram pouco iluminadas se comparadas com o padrão atual e bem estocadas de produtos ou matérias-primas, no caso das farmácias. (FREITAS, 2006, p. 92).

Em 1962, surgiu com inovações no mercado varejista de Belo Horizonte, a Drogaria Padre Eustáquio. Ela investiu em *marketing*, contratou arquiteto para mudar o *lay out* e a iluminação do espaço, introduziu gôndolas de auto-serviço nos estabelecimentos influenciando as demais drogarias locais. Promoveu, também, a diversificação de produtos e investiu na perfumaria. Com o financiamento, em pouco tempo, a drogaria ampliou suas atividades para oito lojas e passou a ocupar a segunda posição no varejo farmacêutico de Belo Horizonte, atrás somente da Drogaria Araújo. Mas, em razão da impossibilidade de quitar os empréstimos do financiamento a que se expôs, a Drogaria Padre Eustáquio se extinguiu no fim da década de 1960. (FREITAS, 2006).

O varejo farmacêutico da capital mineira sofreu profundas transformações na década de 1970. A conjuntura econômica da época favoreceu a entrada de novas empresas no setor que se tornaram preponderantes nos vinte anos subsequentes. Novas empresas como, Drogamil, Drogaria Silva, Drogaria Nacional, Drogamanga, Drogaria Savassi, Drogaria Primus e Drogavossa, eram agora moldadas no novo cenário econômico e social do país e, também, de Belo Horizonte, forçando que as demais drogarias se adaptassem ao novo quadro de mudança (elevadas taxas de inflação, negociação de salário mais frequentes em função dos sindicatos, aumento da população urbana, aumento da população jovem, inserção da mulher no mercado de trabalho, novas formas de aquisição de produtos, relação com os distribuidores). Neste período o varejo farmacêutico lucrava tanto do ponto de vista operacional quanto dos efeitos inflacionários advindos de grandes estoques em função de mudanças mensais da tabela de preços, o que demandava grande volume de venda, resultando com isso, na eliminação das drogarias tradicionais. Portanto, o fator que restringiu as drogarias tradicionais foi incapacidade de adaptação que fez com que algumas não se adequassem ao padrão de *lay out* e de auto-atendimento. (FREITAS, 2006).

Vale ressaltar que nas duas décadas analisadas, as farmácias e drogarias registraram problemas para a expansão de suas filiais por causa de dificuldades de administração e controles nos estoques. Portanto, quando a drogaria resolvesse abrir uma filial, ela optava por inaugurá-la nas proximidades de um escritório central que realizaria o controle administrativo da empresa. (FREITAS, 2006).

Na década de 1970 se passa a cobrar das farmácias e drogarias, licença de funcionamento que eram concedidas pelo Conselho Regional de Farmácia em convênio com a Secretaria Estadual de Vigilância Sanitária que, na oportunidade, também, fiscalizava o exercício profissional dos farmacêuticos. Se exigia das farmácias, uma distância mínima de 50 metros de uma para outra, como forma de garantir a concorrência, ora focada no bom atendimento ao cliente, uma vez que os preços eram tabelados. (FREITAS, 2006).

Posteriormente, a estratégia adotada pelas farmácias deixa de ser a de auto-ajustamento e passa a ser de crescimento do faturamento por meio do aumento do número de lojas, delimitando território e gerando barreiras locais à entrada via prestação de serviços, uma vez que se busca o lucro inflacionário já que o lucro operacional se mostra irrelevante. (FREITAS, 2006).

Este processo adaptativo no mercado serviu de seleção natural, o que resultou na extinção de drogarias tradicionais, como a Drogaria Brasil e a Drogaria São Félix. As mesmas não seguiram novos padrões instituídos inicialmente pela Drogaria Padre Eustáquio e não se adequaram à nova realidade econômica e social.

Na década de 1980 consolida-se o perfil das farmácias e drogarias, as empresas continuavam atuando em função da inflação do período e realizavam a especulação com base nos estoques. Como os preços continuavam tabelados, inexistia concorrência via preço, uma vez que todas as empresas do setor praticavam o mesmo preço, sem políticas de descontos. Neste momento também ocorre maior diversificação do mix de produtos das farmácias e drogarias, que começaram a atuar como “lojas de conveniências”. Assim, a concorrência entre drogarias e supermercados tornou-se mais acirrada. (FREITAS, 2006).

Ainda na década de 1980, o perfil de investimento dos empresários do varejo farmacêutico de Belo Horizonte era voltado para estratégia de crescimento vertical e não horizontal, em

função da complexidade em administrar uma drogaria e da fiscalização do setor regulador. (FREITAS, 2006).

Diante deste cenário, as drogarias e farmácias observaram excelentes resultados financeiros decorrentes da inflação e do mix de produto. Em contrapartida, os efeitos de longo prazo foram danosos. Os custos operacionais foram negligenciados e não houve investimentos na modernização física das lojas. O impacto da inflação resultou na redução do acesso a medicamento pelas classes sociais menos favorecidas. (FREITAS, 2006).

Dias antes do Plano Cruzado, a Drogaria Araújo, líder de vendas em Belo Horizonte, alterou a estratégia de atuação adotando uma estratégia de preços baixos declarando o início da competição via preços. Entretanto, como o Plano Cruzado congelara os preços, a estratégia da Drogaria Araújo resultou em sérios problemas financeiros. A estratégia de competição via preços e a conjuntura econômica no final da década de 1980 marcaram o início de um clima de guerra de preços e, em consequência, a mortalidade de muitas empresas. (FREITAS, 2006).

Assim, o início da década de 1990, foi o período mais difícil até então enfrentado no varejo farmacêutico da capital mineira, em razão dos reflexos do congelamento de preços, da explosão das tarifas públicas, do fracasso do Plano Cruzado que eram, ainda, sentidos pelas empresas, que haviam se descapitalizadas durante os anos pós plano. (FREITAS, 2006, p. 114). Neste mesmo período uma nova variável viria a impactar todo o comércio farmacêutico em Belo Horizonte – a informática surge como fator decisivo de sucesso empresarial no setor de farmácias e drogarias. Com a abertura comercial do Governo Collor, o equipamento de informática adquire preços mais acessíveis ao consumidor. Porém, estes recursos de informática não puderam ser imediatamente utilizados no varejo farmacêutico por causa da descapitalização das empresas. (FREITAS, 2006).

O Plano Real caracteriza um cenário de profunda mudança na indústria farmacêutica. No setor varejista, a comercialização de medicamentos se intensifica. O enfoque de lucro operacional demanda uma maior capacidade de se administrar os estoques, quando a informática se mostra fundamental por meio de programas específicos de gestão. Como consequência da informatização, amplia-se o número de lojas e redes de empresas conveniadas. (FREITAS, 2006).

Foi então que surgem as redes chamadas por Lázaro Luiz de “interbairros”. Ou seja, as empresas podiam crescer ocupando diversas regiões dentro do município, pois o principal impedimento para este crescimento deixou de existir com a informatização: o controle externo das atividades internas de cada loja. Assim, elas conseguem atender às necessidades de se atuar em escala de compra e de venda, para lucrar com a pequena margem de 30% dos medicamentos. Passam a obter, pelo alto volume de compras que a escala de comercialização concedida, descontos especiais dos distribuidores, e os repassam ao cliente por meio de uma estratégia de custo”. (FREITAS, 2006, p. 121 e 122).

A estratégia de redes “interbairros” foi implantada pela firma líder de mercado no período, a Drogaria Araújo. Como reação à ação da Drogaria Araújo, a Drogaria Santa Marta adota a mesma estratégia de expansão em número de seus estabelecimentos, passando de sete lojas em 1992, para quinze em 1998. Em 1992, o faturamento da firma Araújo fora 13 vezes maior que o faturamento da Drogaria Santa Marta; em 2002, a diferença já correspondia a 4 vezes, estabelecendo à Drogaria Santa Marta como a segunda maior drogaria em Belo Horizonte, em termos de faturamento no ano de 1997. (FREITAS, 2006).

Desse modo, com a adoção da estratégia de crescimento, as principais drogarias de Belo Horizonte buscaram administrar em condições de baixo custo para viabilizar a prática de competição via preço. Porém, nem todas as firmas tiveram acesso a controles rígidos de seus custos, o que as levaram ao fechamento ou ao enfraquecimento da capacidade competitiva na cidade. Logo, a concorrência via preço esteve presente como estratégia geral das firmas, o que resultou no aumento das vendas, expansão da escala e, conseqüentemente, ao acesso mais fácil aos medicamentos.

Além da disputa por meio de mecanismo de preço, a Drogaria Araújo investiu também em *marketing* associando sua imagem à *drugstore*. Com isso, as demais drogarias se viram forçadas a ampliar seu mix de produtos apesar de não adotarem o mesmo formato de *drugstore*. Outras táticas das redes foram a fidelização dos clientes por meio de promoções, pontuação na compra, cartões de afinidades, entre outros, chegando algumas a operarem durante 24 horas, o que inviabilizou as ações das pequenas drogarias.

Outra mudança no mercado de Belo Horizonte foi a deterioração da região central da cidade, local nobre onde se localizavam as drogarias mais importantes. Por causa disso, o comércio foi deslocado para os Shoppings Center que acompanhavam a expansão espacial da cidade. Estas mudanças geraram uma dificuldade quase terminal para grande parte das pequenas

drogarias locais.

Além dos problemas já citados, adicionalmente surge em 1998 o problema de produtos falsificados e a alta dos preços causados pela crise cambial. Neste mesmo período, a implantação definitiva dos medicamentos genéricos que, apesar de não terem sido bem aceita pela classe médica, obrigavam as drogarias a manterem razoáveis estoques destes medicamentos, elevando com isso, o trabalho de gestão dos estoques, diminuição do capital de giro e o faturamento das firmas. Estes problemas associados ao desemprego que se observava no mercado de trabalho, induziram a queda no faturamento das empresas e no fechamento de muitas drogarias, pois mais 200 drogarias da região centro-sul de Belo Horizonte encerraram suas atividades, entre 1997 e 2004. (FREITAS, 2006).

A nova estratégia adotada por pequenas drogarias, para subsistirem no mercado foi o associativismo que consiste em uma aliança estratégica com fins de obtenção, dentre outros objetivos, de ganhos de escala junto aos fornecedores de produtos e de serviços. A Redefarma está na origem da adoção desta estratégia. Portanto, a partir de 1999 houve uma grande expansão das principais redes farmacêuticas de Belo Horizonte. A Drograria Araújo que se expande fortemente em meados dos anos 1990 passa a contar em 2004, com mais de 60 lojas na capital; a Drograria Trade, registra 15 lojas e a Santa Marta, conta com 27 lojas (FREITAS, 2006, p. 133). Ocorreram muitas inovações organizacionais no setor com adoções de estratégias de vendas exclusivas no sistema de telemarketing, então introduzidas pela Unifar. A Unifar realiza políticas de *marketing* junto aos médicos, adota preços competitivos e serviços ágeis de entrega ao consumidor. Registrou-se, também, migração de redes farmacêuticas de outros estados brasileiros, como a Droga Raia (São Paulo), a Drograria Pacheco (Rio de Janeiro). Este movimento de migração das redes se deveu ao recrudescimento do fenômeno da concentração e disputa por mercados. As redes deixaram de ser municipais para se tornarem estaduais e, a partir de 2000, começam movimentos no sentido da interestadualização. (FREITAS, 2006).

As mudanças elencadas no estudo de Freitas (2006) sobre o mercado farmacêutico de Belo Horizonte, podem ser resumidas da seguinte forma:

- a) intenso uso da informática no gerenciamento não somente de lojas ou redes individuais, mas de toda a cadeia de produção e distribuição da indústria de medicamentos;

- b) crescimento das vendas por telemarketing e internet como desenvolvimento da logística envolvida mediante a oferta de potentes equipamentos de informática a preços acessíveis e softwares adequados, ambos necessários para o gerenciamento desta atividade;
- c) contínua concentração dos canais de distribuição e vendas, dos distribuidores às empresas varejistas, com a formação de firmas cada vez maiores e em menor número, atuando em crescentes economias de escala;
- d) existência de pequenas empresas associadas em alianças estratégicas ou para o atendimento de nichos bem específicos de consumidores, com proprietários formados em administração ou farmácia, notadamente as farmácias de manipulação;
- e) crescente atuação governamental na fabricação e distribuição gratuita de medicamentos para a população de baixa renda, principalmente os medicamentos destinados a doenças como verminoses, venéreas, hanseníase, diabetes, circulatórias, carência vitamínicas, pulmonares e das vias respiratórias e de caráter endêmico, remédios para Aids, antibióticos de amplo espectro, anticoncepcionais e remédios psiquiátricos, principalmente [...];
- f) perda do poder dos distribuidores nacionais para o varejo altamente concentrado, com grande poder de barganha e com equipes internas altamente profissionalizadas;
- g) entrada de empresas distribuidoras e de redes de varejo internacionais para competir a nível nacional;
- h) entrada de supermercados na venda de medicamentos, apesar dos entraves que os órgãos reguladores têm colocado a esta intenção do setor supermercadista;
- i) aumento no consumo de medicamentos pelo envelhecimento da população brasileira e pela mudança as doenças predominantes de infecto-contagiosas para as degenerativas que requerem uso constante de medicamentos;
- j) ampliação do número das farmácias de planos de saúde devido à intenção dos planos de exercer maior controle do tratamento dos conveniados para a diminuição dos onerosos custos incidentes em tratamentos não realizados;
- k) e rigor crescente dos órgão reguladores e de vigilância na qualidade dos produtos e serviços prestados. (FREITAS, 2006, p. 136 e 137).

Atualmente Belo Horizonte detém 1.748 farmácias e drogarias, segundo dados da Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais e 1.092 farmácias e drogarias, segundo dados sobre farmácias e drogarias autorizadas a operar conforme ANVISA (2010). Um ponto em comum nas duas bases de dados se refere à posição de liderança do mercado, pelo menos em número de estabelecimentos. A Drogeria Araújo detém o maior número de filiais, apontando para continuidade na liderança do mercado. Em seguida tem-se drogeria Pacheco. Com base nas informações da ANVISA (2009) se se considerar a drogeria Pacheco e drogeria Santa Marta como uma rede única, visto que a primeira adquiriu a segunda com reflexos em ganhos no *market share* de Belo Horizonte, a Drogeria Pacheco ultrapassaria a Drogeria Araújo em número de estabelecimentos. Entretanto, mesmo diante da junção, a Pacheco não ultrapassaria a Araújo em quantidade de estabelecimento, segundo dados da SEF-MG.

Com relação às informações sobre as Autorizações de Funcionamento, disponibilizadas pela ANVISA (2009), verifica-se uma falha neste ponto da regulamentação, já que dos 1.092 estabelecimentos, 131 têm autorização cancelada, incluindo lojas de grandes redes, como as

drogarias Araújo, Pacheco e Santa Marta. A Droga Raia teve suas autorizações regulamentadas no ano de 2010. Outros 751 estabelecimentos apresentam situação irregular, ou seja, após o fim do prazo de validade da Autorização de Funcionamento, que é de 1 ano, não se procedeu à realização de um novo requerimento para revalidar a Autorização. Por fim constata-se que somente 210 estabelecimentos apresentam condição regular quanto à autorização de funcionamento.

5.2 EFEITOS SOBRE OS PREÇOS AOS CONSUMIDORES

Na cidade de Belo Horizonte, assim como no Brasil, os gastos com medicamentos são significativos no orçamento familiar conforme apresenta a Tabela 6. Verifica-se que os medicamentos representam a maior despesa entre gastos com saúde de famílias com renda inferior a R\$ 2.490,00 e a segunda maior despesa entre famílias de renda superior a R\$ 2.490,00. Segundo dados do IBGE (2010), é bastante acentuada a disparidade dos gastos entre famílias em Belo Horizonte. Enquanto famílias de renda de até R\$ 830,00 gastaram com saúde R\$ 42,40 ao mês, sendo R\$ 27,98 o que representa 66% do montante, gasto com medicamentos, famílias com renda superior a R\$ 10.375,00 gastam R\$ 1.019,96 com assistência à saúde. Deste total, R\$ 231,88, ou seja, 22,73% é gasto apenas com medicamentos.

Tabela 6 – Distribuição das despesas monetárias e não monetária média mensal familiar com assistência à saúde em Belo Horizonte, 2008

Município de Belo Horizonte, MG								
Distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar (%)								
Tipos de despesa	Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar							
	Total	Até 830 Reais	Mais de 830 a 1.245 Reais	Mais de 1.245 a 2.490 Reais	Mais de 2.490 a 4.150 Reais	Mais de 4.150 a 6.225 Reais	Mais de 6.225 a 10.375 Reais	Mais de 10.375 Reais
2.1.6 Assistência à saúde	4,8	4,5	3,9	5,4	4,7	3,8	5,1	5,1
2.1.6.1 Remédios	1,5	3,0	3,0	2,8	1,8	1,2	1,5	1,2
2.1.6.2 Plano/Seguro saúde	1,9	0,2	0,5	1,5	2,5	1,8	2,1	1,8
2.1.6.3 Consulta e tratamento dentário	0,4	-	0,1	0,3	0,1	0,2	1,0	0,3
2.1.6.4 Consulta médica	0,3	0,4	0,2	0,6	0,1	0,1	0,1	0,5
2.1.6.5 Tratamento médico e ambulatorial	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,8
2.1.6.6 Serviços de cirurgia	0,1	-	-	-	-	0,2	-	0,2
2.1.6.7 Hospitalização	0,0	-	-	-	-	0,1	-	-
2.1.6.8 Exames diversos	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
2.1.6.9 Material de tratamento	0,2	0,7	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
2.1.6.10 Outras	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: SIDRA - IBGE, 2008

A evolução dos preços de medicamentos, conforme mostra o índice do IPCA, foi inferior à evolução do IPCA geral no período do Plano Real. Se se analisar os dois índices, verifica-se que, mesmo com a regulamentação da CMED, os preços de produtos farmacêuticos tiveram aumento superior ao IPCA geral em alguns períodos, como ocorreu nos anos 2005 e 2006. Proporcionalmente, os aumentos que ocorreram no período da CMED foram inferiores aos aumentos dos produtos farmacêuticos antes da criação desta instituição. Assim, o controle dos preços realizados pela CMED fez diminuir a intensidade de aumento dos preços no setor, embora esse controle ainda apresente falhas, como se demonstra a seguir.

Tabela 7 – Variação do IPCA geral e do IPCA para produtos farmacêuticos durante o Plano Real, Brasil

Índice Geral e Item	Variação (%)																	
	Jul a Dez/94	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	No Real
Índice Geral	18,57	22,41	9,56	5,22	1,65	8,94	5,97	7,67	12,5	9,3	7,6	5,69	3,14	4,46	5,9	4,31	4,38	267,41
Produtos Farmacêuticos	2,76	18,95	19,48	11,5	12,5	16,4	0,97	1,69	10,9	11,5	6,95	6	4,6	0,54	3,96	5,83	3,16	266,19

Fonte: IBGE, 2009

Para analisar os efeitos da regulamentação sobre os preços, verificando se a regulamentação é adotada no mercado, primeiramente analisa-se o banco de dados da ANVISA (2009), que apresenta as informações resultantes da pesquisa de preços de medicamentos realizada em seis capitais brasileiras: Belém, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo. A pesquisa foi realizada pela Consultoria e Administração em Saúde - CRC, um grupo nacional especializado na gestão e administração no setor de saúde, com base numa amostra de 600 apresentações de produtos definidas pela Anvisa, a partir dos critérios de essencialidade, volume de vendas e representatividade de classes terapêuticas. A pesquisa abrangeu volume mínimo de 7.200 cotações mensais em Belém, 12.000 em Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife e Rio de Janeiro e 17.400 em São Paulo (ANVISA, 2009). Posteriormente, realizou-se outra análise levando-se em consideração algumas drogarias de Belo Horizonte.

No segundo estudo a amostra de medicamentos utilizada foi retirada da pesquisa realizada pelo Movimento das Donas de Casa (MDC) de Belo Horizonte nos anos 2009 e 2010. As duas pesquisas trazem uma relação de medicamentos e o comportamento dos preços por estabelecimento na capital mineira. Na pesquisa de 2009, o foco incidiu sobre medicamentos genéricos, distribuídos entre 30 medicamentos e 7 estabelecimentos. De posse destes dados, buscou-se comparar os medicamentos com base na regulamentação da CMED sobre Preço de Fábrica - PF e Preço Máximo ao Consumidor - PMC e dados do Guia *Management Science for Health* – MSH, sobre levantamentos dos preços internacionais. Deve ser notado que nem todos os medicamentos pesquisados foram encontrados.

Em 2010 a pesquisa de preços realizada pelo MDC de Belo Horizonte foi mais ampla e compôs-se de medicamentos de marca e respectivos genéricos, totalizando 74 medicamentos em 5 drogarias. Em 2009, os estabelecimentos pesquisados incluíram farmácias independentes, rede de menor quantidade de estabelecimentos e grandes redes. Em 2010, houve um predomínio de grandes redes na pesquisa, com exceção da Droga Lourdes (drogaria independente). Desta forma, o estudo envolveu 104 medicamentos.

No primeiro estudo realizado, com a base em dados da Pesquisa de Preços de Medicamentos em Farmácias e Drogarias da Anvisa, tentou-se analisar neste trabalho, o comportamento dos preços dos 104 medicamentos durante o período de operação da CMED. Entretanto, somente 27 medicamentos foram localizados na base de dados e alguns deles ainda apresentam

quantidade e/ou dosagem diferentes. Apesar de a amostra ser pequena, verificou-se, em alguns momentos, que 11 dos 27 medicamentos analisados tiveram preços médios de mercado superior ao preço máximo ao consumidor autorizado pela CMED. O preço médio ultrapassou o preço máximo, o que mostra que, se se analisar o mercado segundo estabelecimento, a quantidade será maior assim como o preço final ao consumidor. Assim, os medicamentos que tiveram preços médios de mercado superior ao preço máximo ao consumidor autorizado pela CMED foram: Captopril 25 mg com 30 comprimidos, Dipirona Sódica 500 mg com 20 ml, Diclofenaco Potássico 50 mg com 20 comprimidos, Alprazolam 1 mg com 20 comprimidos,, Citralopam 20 mg com 28 comprimidos, Cefalexina 500 mg com 8 comprimidos, Omeprazol 20 mg com 28 comprimidos, Sinvastatina 20 mg com 30 comprimidos, Cloridrotá de Metformina 850 mg com 30 comprimidos, Maleato de Enalapril 10 mg com 30 comprimidos e Diclofenaco Sódico 50 mg com 20 comprimidos, conforme a Tabela 8, em anexo.

Também se observa que apenas o medicamento Losartana Potássica 50 mg com 30 comprimidos não registrou aumento do PMC entre dois períodos. Três medicamentos, a saber, Cloridrato de Sertralina 50mg com 28 comprimidos, Citralopam 20 mg com 28 comprimidos e Sinvastatina 20 mg com 30 comprimidos, tiveram redução do PMC no período analisado. Em 11 medicamentos, o preço de mercado pela pesquisa da ANVISA mostrou-se significativamente maior aos preços de mercado pela Pesquisa do Movimento das Donas de Casa em Belo Horizonte. Tais medicamentos foram: Cataflan- Novartis 50 mg com 20 comprimidos, Lexotan – Roche 3 mg com 30 comprimidos, Atenolol 50 mg com 30 comprimidos, Azitromicina 3 comprimidos, Cloridrato de Metformina 850 mg com 30 comprimidos, Cloridrato de Ciprofloxacino 500 mg como 14 comprimidos, Dipirona Sódica 500 mg com 20 ml, Maleato de Enalapril10 mg com 30 comprimidos, Sinvastatina 20 mg com 30 comprimidos, Cloridrato de Sertralina 50mg com 28 comprimidos e Citralopam 20 mg com 28 comprimidos.

Mas a observação importante desta etapa do estudo foi o comportamento dos preços em abril de 2009. No mês de abril, os preços de grande parte dos medicamentos pesquisados tiveram aumentos superiores aos observados noutros meses e atingiram tetos máximos durante abril de 2009 a março de 2010. Esse quadro de comportamento dos preços demonstra que, com a autorização em março para o aumento dos preços de medicamentos, as drogarias aumentam seus preços de forma a verificar o quanto o mercado suportaria desse aumento e o quanto seus concorrentes eram capazes de repassar do aumento autorizado.

Já na segunda parte do estudo, ao analisar os dados do Movimento das Donas de Casa de Belo Horizonte, comparando os preços de mercado de Belo Horizonte com o PMC autorizado pela CMED, também se verifica que algumas drogarias de Belo Horizonte praticaram preços acima dos PMC, durante os anos 2009 e 2010. Vale ressaltar que, como a pesquisa de preço do Movimento das Donas de Casa de Belo Horizonte em 2009 foi realizada em 16 de fevereiro de 2009, o PMC utilizado para verificar se os preços regulamentados estavam sendo seguidos, foi o preço autorizado em 2008, visto que o aumento de 2009 só seria autorizado em março de 2009.

Os efeitos da regulamentação da CMED baseiam-se na comparação dos preços internacionais. Para tanto, utiliza-se a amostra de medicamentos pesquisados em 16 de fevereiro de 2009 pelo Movimento das Donas de Casa de Belo Horizonte e dentro deste universo aqueles medicamentos que constam do Guia *Management Science for Health* – MSH. Como no Guia, ainda, não estão divulgados os preços de 2010, consideraram-se apenas 30 medicamentos pesquisados no mercado de Belo Horizonte em 2009. Dentre os trinta medicamentos, 15 deles constavam de preços de 2008 e 18 detinham preços de 2009.

Com fins de comparação e conversão de preços brasileiros em dólar utilizou-se a taxa de conversão da OANDA (2010), a mesma taxa de conversão utilizada pelo Guia *Management Science for Health* – MSH. No ano de 2009, a taxa conversão utilizada pelo Guia foi a taxa média do mês de julho de 2009. Como os preços brasileiros estavam praticamente constantes no período de 16 de fevereiro de 2009 a preços de abril de 2008, considerou-se que a comparação mais correta seria considerar o preço médio unitário de Belo-Horizonte, com base na pesquisa de 2009, convertido em dólar pela taxa de conversão de 16 de fevereiro de 2010 e o preço médio unitário do Guia *Management Science for Health* – MSH referente a 2008. Todas as demais comparações constam da Tabela 9, em anexo.

Como resultado desta comparação, tem-se que os preços dos medicamentos são em média 14 vezes mais caros que os medicamentos comercializados no exterior, conforme demonstra a Tabela 9 em anexo. Pelos estudos de Santos (2001), essa diferença era 16 vezes maior, entretanto, a distância entre preços brasileiros e preços internacionais ainda é acentuada, o que contribui de forma negativa no processo de acesso a medicamentos por parte da população brasileira.

O sistema de regulação limita o valor máximo de comercialização dos medicamentos. Ao estudar o mercado, verifica-se que os preços vigentes nele são, em sua maioria, inferior aos preços regulamentados, resultado da concorrência no segmento varejista, conforme a análise seguinte.

5.3 PREÇOS E CONCORRÊNCIA NO VAREJO FARMACÊUTICO

Para verificar os efeitos da concorrência varejista sobre preços de mercado comparam-se os preços de cada estabelecimento pesquisado à base do PF determinado pela CMED e do PMC, conforme a Tabela 9, em anexo. Como mencionado no item 5.1, o mercado varejista de produtos farmacêuticos de Belo Horizonte, pelo menos, em número de estabelecimentos, registra como concorrentes, as drogarias Araújo e Pacheco. A drogaria Araújo detém 77 estabelecimentos segundo dados da SEF-MG e 52 pelos dados da Anvisa. Por outro lado, a drogaria Pacheco detém 36 unidades de estabelecimentos segundo a SEF-MG e 34 pela Anvisa. Agregando estes dados da drogaria Pacheco aos da drogaria Santa Marta, esta última adquirida pela drogaria Pacheco, estes números se situam entre 40 e 55 unidades, respectivamente. Tem-se ainda a droga Raia com 20 estabelecimentos segundo a SEF-MG e 14 pela ANVISA. Mas apesar da quantidade significativa de estabelecimentos farmacêuticos que compõe as redes farmacêuticas, predomina em Belo Horizonte um mercado composto de drogarias independentes e por drogarias que possuem uma matriz e uma filial.

Com base em dados da ANVISA, o setor supermercadista está ingressando no setor de varejo farmacêutico aumentando a concorrência, uma vez que o Carrefour possui 10 estabelecimentos farmacêuticos na cidade. Quanto ao enfoque do associativismo, já presente, poucos estabelecimentos apresentam esta abordagem estratégica de comercialização. Segundo dados da Anvisa, apenas dois estabelecimentos se cadastraram com o nome fantasia na estratégia de associativismo, a saber, a Redefarma.

Analisando os dados por estabelecimento da pesquisa realizada pelo Movimento das Donas de Casa de Belo Horizonte, em 2009 a Drogaria Pacheco foi o estabelecimento de maior oferta de medicamentos a menores preços, apresentando 13 dentre 30 de seus produtos, com o menor preço entre todos os estabelecimentos pesquisados. Em seguida, a drogaria Unifar, com 7 medicamentos de menor preço. Quanto aos de maior preço, a drogaria Droga Nova

apresentou 12 medicamentos, tendo em segundo lugar a Droga Lourdes, com 8 medicamentos. Entre todas as redes, a que mais ofertou medicamentos com maior preço de mercado foi a drogaria Araújo, 5 produtos. Estes dados podem ser observados na Tabela 10, em anexo. Com base neles pode-se verificar a dificuldade das drogarias independentes em competir via preço com as grandes redes farmacêuticas.

Um destaque em 2009, porém, foi o da Unifar que, com somente dois estabelecimentos, por causa de sua estratégia diferenciada, já apontada no item 5.1., ela consegue ofertar 7 produtos com menor preço de mercado, dentre 30 produtos e, ao mesmo tempo não apresentou nenhum medicamento de maior preço dentre todas as drogarias pesquisadas.

Com relação ao mix de produtos, verificando as redes que ofertam maior variedade de medicamentos, em 2009, dentre 30 medicamentos ofertados, a drogaria Araújo foi a rede de maior problema na oferta de medicamentos, apresentando indisponibilidade de três medicamentos. Já nas farmácias menores, o número de medicamentos em falta chegou a 11, pelos registros da droga Lourdes.

Em 2009, dos 30 medicamentos pesquisados foram encontrados 29 na relação de preços determinados pela CMED. Pela comparação entre preços de mercado e preços regulados, 7 medicamentos apresentaram preço superior ao valor do PMC em pelo menos uma drogaria. A título de exemplo, há os seguintes casos: Loratadina 10 mg com 12 comprimidos com preço maior que o PMC encontrado na Droga Raia; Alopurinol 100 mg na Droga Nova, Alprazolam 1 mg com 30 comprimidos na Droga Oncoles e na Droga Araújo, Losartana Potássica 50 mg com 30 comprimidos na Droga Araújo, Meloxicam 15 mg com 10 comprimidos na Droga Nova e na Droga Araújo, Ácido Mefenâmico 500 mg com 24 comprimidos na Droga Nova e Citrato de Tamoxifeno 10 mg com 30 comprimidos na Droga Nova e Droga Araújo.

Nesta mesma pesquisa, vários medicamentos eram vendidos ao consumidor a preço inferior ao PF, situação que ocorreu com 18 medicamentos nas drogarias Pacheco e Unifar, 13 na Droga Raia, 10 na Oncoles, 6 na Araújo, 3 na Droga Nova e 1 na Droga Lourdes.

A pesquisa de 2010 seguiu o mesmo padrão de resultado relativamente à pesquisa de 2009, conforme se pode verificar na Tabela 11, em anexo. A drogaria Pacheco aparece novamente

com maior número de medicamentos a preços mais baixos, num total de 21 medicamentos. A drogaria Oncoles teve um resultado próximo à primeira, com 19. No que diz respeito aos medicamentos de maior preço, a drogaria Araújo com 26 medicamentos foi a primeira, seguida da drogaria Oncoles com 24 medicamentos.

Em 2010, a estrutura do mix de produtos permaneceu. Enquanto a Droga Lourdes, que representa as drogarias independentes, registrou a falta de 35 medicamentos, a drogaria de rede que mais apresentou indisponibilidade de medicamentos foi a Droga Raia, com 8 medicamentos.

Ao comparar os preços de mercado dos 72 medicamentos pesquisados como os preços regulados pela CMED, apenas 43 preços regulados foram encontrados para comparação. Isso porque em 2010 a lista de medicamentos da ANVISA ainda não estava consolidada, pois, existia a lista de medicamentos cujos preços estão em conformidade com a legislação da CMED e a lista de apresentação de medicamentos sob análise de conformidade com a legislação da CMED. Ao analisar os 43 medicamentos em 2010, apenas 5 medicamentos apresentaram preço de mercado acima do PMC: Biofenac - Aché - 50 mg, com 10 comprimidos comercializados na drogaria Araújo, Loratadina 10 mg com 12 comprimidos e Fenobarbital 100 mg com 12 comprimidos, ambos comercializados pela Droga Raia, Amoxicilina 125 mg com 150 ml vendido pela Drogaria Pacheco e Zolofit 50 mg com 20 comprimidos que apresentou preço superior ao PMC em todas as drogarias, à exceção da Droga Lourdes, que estava com o medicamento em falta nas suas prateleiras.

Quanto às vendas ao consumidor foram registrados 22 medicamentos com preço inferior ao PF na Drogaria Pacheco, 14 na drogaria Araújo, 10 na Droga Raia, 5 na Drogaria Oncoles e 3 na Droga Lourdes. Esses dados revelam a existência de uma concorrência de preços, principalmente por parte da drogaria Pacheco, que apresentou vários medicamentos com preços abaixo do PF, o que demonstra a estratégia de dominar o mercado mineiro. Em resposta, a drogaria Araújo utiliza-se do *marketing*, uma vez que a propaganda desta rede de comercialização é um atributo importante no cotidiano de Belo Horizonte, principalmente quando comparado aos concorrentes. Além disso, tem-se a tradição da marca Araújo, observada pela história do varejo farmacêutico de Belo Horizonte (item 5.1).

Portanto, conclui-se que a estratégia de mercado da drogaria Pacheco favorece o acesso a medicamentos pela população. Os preços de oferta são função da concorrência e têm por objetivo a concentração de mercado, já que os preços são inferiores em muitos casos, ao PF. Isso faz diminuir o impacto dos preços e dos medicamentos no orçamento dos consumidores. Além disso, a estratégia estimula a queda de preços concorrentes. Como se verificou na pesquisa de 2009, na unidade Unifar, apesar de possuir apenas dois estabelecimentos, a firma inovou em sua estratégia e conseguiu competir via preço, inclusive com a drogaria Pacheco. Assim, a disputa por concentração de mercado tem se mostrado favorável ao consumidor. Porém, é necessário um acompanhamento frequente do mercado para evitar os danos da concentração, de forma que ela não se torne ponto negativo e aumento abusivo dos preços ao consumidor.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados analisados verifica-se que, no varejo do setor farmacêutico, existe um processo de concentração de mercado em consequência da expansão das grandes redes de drogarias que cada vez mais ampliam seu domínio no mercado. Mas nem por isso, a concorrência deixa de estar presente no setor, muito pelo contrário, os preços ao consumidor são reduzidos em virtude da redução de custo resultante do poder de barganha das grandes redes e, também, por causa do ganho em escala no tocante à logística e distribuição.

Outro fator favorável ao consumidor consiste da guerra de preços realizada por grandes redes farmacêuticas que reduzem, consideravelmente, os preços dos medicamentos. Diante disto, apesar da concentração observada, o consumidor passa a se beneficiar em razão da concorrência via menor preço que tem por finalidade gerar barreiras à entrada e aumentar o poder de mercado das grandes redes de drogarias em Belo Horizonte.

Assim, verificou-se que a atividade inovativa das redes farmacêuticas vem alterando a estrutura de mercado do setor de forma eficiente. Anteriormente, existia um mercado onde se predominava a concorrência perfeita. Atualmente, verifica-se a formação de oligopólios com preços ao consumidor inferiores aos determinados pela CMED, aumentando, portanto, o bem-estar social. Logo, conclui-se que a competição no setor resulta na melhoria da eficiência por meio da redução dos preços aos consumidores.

É necessário, porém, o monitoramento do processo de concentração do mercado varejista local pelos órgãos reguladores visto que “a concentração de mercado relevante faz com que os detentores do poder de mercado possam elevar seus preços sem o risco de perda dos clientes” (SILVA, 2008, 101). Desta forma cabe aos órgãos reguladores adotarem políticas de estímulos à competição no mercado farmacêutico local, principalmente no campo sanitário, econômico e de regulamentação da conduta ética e de atuação dos profissionais de saúde, uma vez que se trata de um produto essencial e de grande relevância social para a população.

Atualmente, existem falhas no modelo de regulamentação brasileiro, dada a impossibilidade de se fixarem os índices gerais de preços que refletem a realidade nos diversos mercados e em função da extensão territorial e o estímulo à superestimação dos custos e preços de produtos farmacêuticos ao pré-fixar as margens para as distribuidoras e farmácias. Assim, o controle de

preço substitui o *laissez faire* de mercado nem sempre de forma satisfatória. A regulamentação deveria ser realizada de forma a instaurar um processo de livre concorrência nos diversos mercados brasileiros, pois, a não observância de um processo institucional adequado de regulamentação pode dificultar o acesso aos medicamentos em vez de facultá-lo, como se prevê na Lei que cria a CMED.

Verificou-se, também, que, apesar da regulamentação do setor e da concorrência no mercado, ainda existe muito a ser feito com relação ao acesso a medicamentos à população brasileira. Apesar da desigualdade de renda existente no país, os preços de comercialização no Brasil são consideravelmente superiores aos preços externos. Desta forma, a questão do acesso a medicamentos está diretamente relacionada aos preços praticados no país, tornando necessária uma atuação mais rigorosa da CMED para que os seus objetivos sejam atingidos e a população tenha efetivamente acesso a medicamentos e direito à saúde garantido e exercido.

REFERÊNCIAS

- ABRAFARMA. **Abrafarma em números**. 2010a. Disponível em: <<http://www.abrafarma.com.br/numeros.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2010.
- ABRAFARMA anuncia ranking: empresa listou farmácias e drogarias. 2010b. **Guia da Farmácia**. abr. 2010. Disponível em: <<http://www.guiadafarmacia.com.br/gestao-merchandising/noticias/abrafarma-anuncia-ranking-169281-1.asp>>. Acesso em: 10 set. 2010.
- ABIFINA. **Abifina informa**. Edição nº19/maio 2009. 2009. Disponível em: <<http://www.abifina.org.br/informaNoticia.asp?cod=320>> Acesso em: 26 abr. 2010.
- ANVISA. **Regulação econômica do mercado farmacêutico**. Brasília, maio 2001. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/monitora/regula_farmaceutico.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2010.
- _____. Informes sobre regulação de medicamentos e sistema de controle de infecção hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 145-148. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n1/18467.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2010.
- _____. **Pesquisa de preços de medicamentos em farmácias e drogarias**: pesquisa de preços no varejo. 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado/!ut/p/c5/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwN_Dz8DA09_c19vrvAXA4MAM6B8JJK8gZmTs4Gnu6mfmWmgP1C5EQHdXvpR6Tn5SUB7wkE241brYYgmj8UmkLwBDuBooO_nkZ-bql-QG1EZ7KnrCAAKg1DR/dl3/d3/L0IDU0IKSWdra0EhIS9JTIJBQUlpQ2dBek15cUEhL1ICSIAxTkMxTktfMjd3ISEvN19DR0FINDdMMDBPSE4wMEIPN01LSIBEMDBUNg!!/?cat=Pesquisa+de+Precos+no+Varejo&cat1=com.ibm.workplace.wcm.api.WCM_Category%2FPesquisa+de+Precos+no+Varejo%2F682a6d8040b4689eaa9aabee59737c77%2FPUBLISHED&con=com.ibm.workplace.wcm.api.WCM_Content%2FPesquisa+de+Precos+no+Varejo%2F4190250040b468e6aaa0abee59737c77%2FPUBLISHED&showForm=no&siteArea=Regulacao+de+Mercado&WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/anvisa/Anvisa/Pos+Comercializacao+Pos+Uso/Regulacao+de+Mercado/Pesquisa+de+Precos+no+Varejo> Acesso em: 2 out. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS. PRÓ-GENÉRICOS. **Pesquisa para saúde**: desenvolvimento e inovação para o SUS. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painelodnirfinottipainelista.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2010.
- ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA - INTERFARMA. **Informações do setor**: indicadores. Disponível em: < www.interfarma.org.br>. Acesso em: 17 set. 2010.

BAPTISTA, Margarida. O enfoque Neo-Schumpeteriano da firma. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 30., 1997, Recife. **Anais eletrônicos...** Recife: ANPEC, 1997. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/6590223/o-Enfoque-Neo-Schumpeteriano>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

BASTOS, Vânia Lomônaco. **Concorrência e monopólio na teoria marxista**. 1997. Disponível em: <<http://www.sep.org.br/artigo/iicongresso16.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

BRAGHIN, Fernanda; HIGASHIBARA, Luís Gustavo Itami; FREITAS, Mariana Ferreira de; CATUCHI, Yara Aparecida. **Marketing de varejo: o ambiente das farmácias independentes sob o ponto de vista de seus gestores**. Presidente Prudente/SP: 2007. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Negocios/article/view/560/583>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa para saúde: desenvolvimento e inovação para o SUS - bases para incorporação de novos produtos no mercado público**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painelodnirfinottipainelista.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Direito Econômico, Departamento de Proteção e Defesa Econômica - Coordenação-Geral de Controle de Mercado. **Auto 08012.006724/2008-03**. 2008. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mj.gov.br%2Ftransparencia%2Fservices%2FDocumentManagement%2FFileDownload.EZTSvc.asp%3FDocumentID%3D%257BA1AEE10F-6CBA-4D11-984A-B0BAFB8F25D4%257D%26ServiceInstUID%3D%257B2E2554E0-F695-4B62-A40E-4B56390F180A%257D&ei=Rxy_TJG1OoH-8Aa9vO27Bg&usg=AFQjCNEHxZcefz6bu-eXcvQ3aYHy_JAhFw>. Acesso em: 20 out. 2010.

BRASIL. **Lei nº 10.742**, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.742.htm>. Acesso em: 3 set. 2010.

_____. **Constituição (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 2 abr. 2010.

_____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5991.htm>. Acesso em: 2 abr. 2010.

CAMPBELL, David; CHUI, Mandy. **Pharmerging shake-up: new imperatives in a redefined world**. Disponível em: <<http://www.imshealth.com/pharmergingreport2010>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos; PALMEIRA FILHO, Pedro Lins. **Indústria farmacêutica brasileira: reflexões sobre a estrutura e potencial de investimentos.** 2007.

Disponível em:

<http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/liv_perspectivas/06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS - CMED. **Resolução CMED nº 2**, de 5 de março de 2004. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado!/ut/p/c5/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwN_Dz8DA09_c19vrwAXA4MAM6B8JJK8gZmTs4Gnu6mfmWmgP1C5EQHdXvpR6Tn5SUB7wkE241brYYgmj8UmkLwBDuBooO_nkZ-bqh-pH2WO05YQM_3InNT0xORK_YLciMpgT103AJwZqDw!/dl3/d3/L0IJSklna2shL0IcakFBQ3lBQkVSQ0lBISEvWUZOQzFOS18yN3chLzdfQ0dBSDQ3TDAwT0hOMDBJTzdNS0pQRDAwVDY!/?WCM_PORTLET=PC_7_CGAH47L00OHN00IO7MKJPD00T6_WCM&WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/anvisa/anvisa/pos+comercializacao+pos+uso/regulacao+de+mercado/resolucao+cmec+n+2+de+5+de+marco+de+2004> Acesso em: 14 set. 2010.

_____. **Lista de preços fábrica e máximos ao consumidor.** 2008. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5e52af80422e521a9eb6ff01cce3dc94/lista_2008.pdf?MOD=AJPERES>

_____. **Lista de medicamentos cujos preços estão em conformidade com a legislação da CMED.** 2010a. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a8cb928045210363b887beb34d2284eb/LISTA_CONFORMIDADE_2010_12_20.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 14 set. 2010.

_____. **Listade apresentações de medicamentos sob análise de conformidade com a legislação da CMED.** 2010b. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6b13c9004520fe8eb87eb34d2284eb/LISTA_AVALIACAO_2010_12_20.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 14 set. 2010.

_____. **Resolução nº 2**, de 8 de março de 2010c. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ff6f950041b0229f8ae4df255d42da10/Resolu%C3%A7%C3%A3o+n+2+REPUBLICA%C3%87%C3%83O.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 14 set. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Estabelecimentos farmacêuticos no Brasil:**

relatório da Comissão de Fiscalização emitido em dezembro de 2009, com base nos relatórios de atividades fiscais dos Conselhos Regionais de Farmácia. Disponível em:

<[http://www.cff.org.br/#\[ajax\]pagina&id=138](http://www.cff.org.br/#[ajax]pagina&id=138)>. Acesso em: 30 abr. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE GOIÁS. **Imune à crise, varejo farmacêutico mira a Bolsa.** 2009. Disponível em:

<http://www.crfgo.org.br/site/?page=mostra_noticia&id=2463>. Acesso em: 30 abr. 2010.

COSTA; Luiz Milton Veloso. **Renúncia fiscal no mercado de medicamentos – crédito presumido das contribuições PIS/PASEP e da COFINS.** Workshop: Gastos Tributários da União. Brasília – ESAF - 21 e 22 de maio de 2009. Disponível em:

<<http://www.receita.fazenda.gov.br/Publico/estudotributarios/Eventos/WorkShopGastosTributarios/Anvisa.ppt>>. Acesso em: 08 ago. 2010.

DEZEM, Vanessa. Indústria farmacêutica deve crescer 9% nos próximos anos. **Valor Online**, São Paulo, 17 ago. 2010. Empresas. Disponível em: <<http://www.valoronline.com.br/online/farmaceutica/55/303197/industria-farmaceutica-deve-crescer-9-nos-proximos-anos>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

ESTEVEVES, Cintia; CELLE, Mariana. Farmácias sem liminar guardam remédios. **Brasil econômico**, 19 fev. 2010. Disponível em: <http://www.abcfarma.org.br/noticias/IndexInterna.asp?Textos_ID=11335>. Acesso em: 6 set. 2010.

FAGUNDES, Jorge Luiz S. S. **Fundamentos econômicos das políticas de defesa da concorrência** – eficiência econômica e distribuição de renda em análise Antitruste. São Paulo: Singular, 2003.

FARDELONE, Lucídio Cristóvão; BRANCHI, Bruna Ângela. Mudanças recentes no mercado farmacêutico. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 139-152, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v9_n1/rev_fae_v9_n1_10_lucidio.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA - FEBRAFARMA. **A Indústria farmacêutica no Brasil**. 2007.

FERRAZ, João Carlos; KUPFER, David; HAGUENAUER, Lia. **Made in Brazil: desafios competitivos para a indústria**. Rio de Janeiro: Campus, 1996. Disponível em: <<http://www.causaestudiantil.com.ar/form/economia/CicloProfesional/EconomiaInternacional/Porta%20-%20Lugones/Apuntos/Ferraz%20-%20Made%20in%20Brazil.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

FIÚZA, Eduardo P. S. ; LISBOA, Marcos de B. **Bens credenciais e poder de mercado: um estudo econométrico da indústria farmacêutica**. IPEA: Rio de Janeiro, nov. 2001. (Texto para discussão, n. 846). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0846.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

FREGONEZE CORRÊA, Gisleine; OLIVEIRA, Luciel Henrique de. Os novos rumos da estratégia de marketing no mercado farmacêutico. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v.10, n.3, p. 438-454, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/878/87812765009.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2010.

FREITAS, Marco Antônio Costa de. **Estratégia empresarias do setor varejista de produtos farmacêuticos de Belo Horizonte**. 151 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômica – UFMG, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/CSPO-6VZQTU/1/marco_ant_nio_costa_de_freitas.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2010.

GODOY, Márcia Regina; OLIVEIRA, André Luiz Rossi de; CÂMARA, Márcia Regina Gabardo. **O controle de preços na indústria farmacêutica no Brasil**. 2004. Disponível em: <<http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/2004-o-controle-.pdf>>. Acesso

em: 15 out. 2010.

_____. **Setor farmacêutico em expansão:** empresas visam abertura de lojas e crescimento. 2010b. Disponível em: <<http://guiadafarmacia.com.br/gestao-merchandising/noticias/setor-farmaceutico-em-expansao-181808-1.asp>>. Acesso em: 10 set. 2010.

GONZÁLEZ, Alexis Jesus Velazquez. **A indústria farmacêutica brasileira na década de 90:** mudanças na pesquisa & desenvolvimento, na produção de fármacos e de medicamentos. Dissertação (Mestrado em Política Científica e Tecnologia) – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 1999. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000195891>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

IBGE. **Variação acumulada por item – IPCA:** julho de 1994 a janeiro de 2009. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/ipca-inpc_200901_3.shtm>. Acesso em: 11 maio 2010.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009:** despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf>. Acesso em: 11 maio 2010.

IMS HEALTH. **IMS forecasts global pharmaceutical market growth of 4-6% in 2010; predicts 4-7% expansion through 2013.** 2009. Disponível em: <<http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a46c6d4df3db4b3d88f611019418c22a/?vgnextoid=500e8fabedf24210VgnVCM100000ed152ca2RCRD>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

_____. **IMS forecasts global pharmaceutical market growth of 5-8% annually through 2014; maintains expectations of 4-6% growth in 2010.** 2010a. Disponível em: <<http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a46c6d4df3db4b3d88f611019418c22a/?vgnextoid=4b8c410b6c718210VgnVCM100000ed152ca2RCRD&vgnnextchannel=41a67900b55a5110VgnVCM10000071812ca2RCRD&vgnnextfmt=default>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

_____. **IMS health reports U.S. prescription sales Grew 5.1p in 2009, to \$300.3 Billion.** 2010b. Disponível em: <<http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a46c6d4df3db4b3d88f611019418c22a/?vgnextoid=d690a27e9d5b7210VgnVCM100000ed152ca2RCRD&vgnnextchannel=41a67900b55a5110VgnVCM10000071812ca2RCRD&vgnnextfmt=default>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

IPEADATA. **Comércio - farmácias e perfumarias - faturamento real - índice (média 1998 = 100) - RMSP Periodicidade:** Mensal. Disponível em: <www.ipeadata.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2010.

KUPFER, David; HASENCLEVER, Lia. (Orgs.). **Economia industrial:** fundamentos teóricos e práticos no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

_____. **Uma abordagem neo-schumpeteriana da competitividade industrial.** 1992. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/gic/pdfs/1996-1_Kupfer.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. **Padrões de concorrência e competitividade.** 1992. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/gic/pdfs/1992-2_Kupfer.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

LAGUNA, Eduardo. Drogaria São Paulo adquire Drogão. **Valor Online**, São Paulo, 22 jun. 2010. Empresas. Disponível em: <<http://www.valoronline.com.br/online/drogao/42826/299098/drogaria-sao-paulo-adquire-drogao>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

LOPES, NEY. **Relatório da CPI dos Medicamentos.** Brasília, 30 maio 2000. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/585.html>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

MAGALHÃES, Luis Carlos Garcia de. **Estrutura de mercado, estratégias de crescimento e de inovação e desempenho recente da indústria farmacêutica no Brasil.** 2006. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2006. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000414286>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

MELO, Luiz Martins de. Concentração industrial. In: KUPFER, David; HASENCLEVER, Lia. (Orgs.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil.** Rio de Janeiro: Campus, 2002. p. 3-22.

MONITOR MERCANTIL. **Carga tributária de remédios chega a 35%.** 2009. Disponível em: <<http://www.monitormercantil.com.br/mostranoticia.php?id=65877>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS. **Pesquisa de preços de medicamentos de marca e genéricos realizada em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: 2010. Disponível em: <<http://www.mdcmg.com.br/pesquisa-precos/medicamento-marca-generico-08-2010.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2010.

_____. **Pesquisa de preços medicamentos genéricos realizada em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: 2009. Disponível em: <<http://www.mdcmg.com.br/pesquisa-precos/medicamentos-genericos-2009.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2010.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH - MSH. **International drug price indicator guide (electronic).** 2008. Disponível em: <<http://erc.msh.org/dmpguide/index.cfm?language=english&action=newyear&display=yes&module=dmp&year=2008>>. Acesso em: 3 out. 2010.

_____. **International drug price indicator guide (electronic).** 2009. Disponível em: <<http://erc.msh.org/dmpguide/index.cfm?language=english&action=newyear&display=yes&module=dmp&year=2009>>. Acesso em: 3 out. 2010.

OANDA. **Conversor de moedas**. Disponível em:

<<http://www.oanda.com/lang/pt/currency/converter/>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

PALMEIRA FILHO, Pedro Lins; PAN, Simon Shi Koo. Cadeia farmacêutica no Brasil: avaliação preliminar e perspectivas. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 3-22, set. 2003. Disponível em:

<<http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/e88b0099848b9ec167621ec72a57ee89.pdf>>.

Acesso em: 20 mar. 2010.

POSSAS, Mario Luiz. **Dinâmica e concorrência capitalista**: uma interpretação a partir de Marx. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **Estruturas de mercado em oligopólio**. São Paulo: Hucitec, 1985.

_____. **O conceito de concorrência em Marshall**: uma perspectiva schumpeteriana.

Unicamp: Instituto de Economia, abr. 1993.

POSSAS, Sílvia. **Concorrência e competitividade**: notas sobre estratégia e dinâmica seletiva na economia capitalista. São Paulo: Hucitec, 1999.

REAJUSTE de até 4,83% no preço dos remédios entra em vigor nesta quarta. **G1**, São Paulo, 31 mar. 2010. Economia e Negócios. Disponível em:

<http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,MUL1551377-9356,00.html>. Acesso em: 31 mar. 2010.

REIS, Fabio. **Mercado farmacêutico deve movimentar em 2010 US\$ 830 bi**. Notícia do Portal Farmacêutico. 2010. Disponível em: <http://pfarma.com.br/noticia-setor-farmacutico/industria-farmacutica/275-mercado-farmacutico-deve-movimentar-em-2010-us-830-bi.html>. Acesso em: 30 abr. 2010.

RESENDE, M.; BOFF, H. Concentração industrial. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Orgs.). **Economia industrial**: fundamentos teóricos e práticos no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002. p. 73-90.

ROCHA, Frederico; BUENO, Sálua; PIRES, Luiza Nassif. **Dinâmica da concentração de mercado na indústria brasileira, 1996-2003**. 2007. Disponível em:

<<http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A141.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

SRAFFA, Piero. **Produção de mercadorias por meio de mercadorias**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. (Coleção os economistas).

SANTOS, Sílvio César Machado dos. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil**: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço. 2001. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Disponível em:

<<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/santosscomm/capa.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2010.

SAÚDE BUSSINESS WEB. **Mercado farmacêutico deve movimentar até US\$ 940 bilhões.** 2009. Disponível em:

<<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=61623>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, socialismo e democracia.** (Editado por George Allen e Unwin Ltd., traduzido por Ruy Jungmann). — Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. Disponível em: <<http://www.ordemlivre.org/ebooks/Joseph+Schumpeter+-+Capitalismo,+Socialismo+e+Democracia#>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

SEBRAE – MA. **Idéia – farmácia.** [2008?] Disponível em:

<<http://www.sebraema.com.br/empresa/ideia-farmacia.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

SEBRAE. **Idéias de negócios – drogaria.** [2009?]. Disponível em:

<<http://www.scribd.com/doc/34614042/drogaria>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

SETOR farmacêutico em expansão: empresas visam abertura de lojas e crescimento. 2010.

Guia da farmácia. ago. 2010. Disponível em: <<http://guiadafarmacia.com.br/gestao-merchandising/noticias/setor-farmaceutico-em-expansao-181808-1.asp>>. Acesso em: 10 set. 2010.

SIDRA – IBGE. **Tabela 1594 - Despesa monetária e não monetária média mensal familiar - valor e distribuição - por classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar, segundo os tipos de despesa.** 2008. Disponível em:

<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1594&z=t&o=22&i=P>>. Acesso em: 11 maio 2010.

SILVA, Rodrigo Alberto Correia da. **Regulamentação econômica da saúde: CMED, ANVISA, ANS, CADE, Constituição de 1988.** São Paulo: LCTE. 2008.

SINDUSFARMA - Sindicato da Indústria de Produtos farmacêuticos no Estado de São Paulo.

Indicadores econômicos. Disponível em: <www.sindusfarmacomunica.org.br>. Acesso em: 30 abr. 2010.

TEIXEIRA, Lucina da Silva. **Reajuste de preços administrados no setor de saúde.** Brasília. fev. 2006. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1646/reajustes_precos_teixeira.pdf?sequence=1>. Acesso em: 5 out. 2010.

TIGRE, Paulo Bastos. **Inovação e teorias da firma em três paradigmas.** Rio de Janeiro: CRIE - COPPE / UFRJ. dez. 1999. Disponível em:

<<http://portal.crie.coppe.ufrj.br/portal/data/documents/storedDocuments/%7B93787CAE-E94C-45C7-992B-9403F6F40836%7D/%7B5E83D963-F619-49DA-B1DD-CF132E1B143A%7D/artigos02.pdf>>. Acesso em 15 de junho de 2010. Acesso em: 15 jul. 2010.

VARIAN, Hal R. **Microeconômica: conceitos básicos.** Tradução Maria José Cyhlar Monteiro e Ricardo Doninelli. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

ZAGOTTIS, Eugênio. Paineis mercado farmacêutico: o varejo e a distribuição farmacêutica. In: FÓRUM IBOPE – BRASIL 2010. 1., 2005. **Anais...** 2005. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/forum/2005/downloads/forum_farma_eugeniozagottis_ago05.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

APÊNDICES

ANEXO A– Tabela 8 – Pesquisa de preço no varejo de Belo Horizonte realizada pela Anvisa (continua)

Medicamentos	Preço Tabela - Anvisa Abril de 2006 a março de 2007	Preço Mercado - Anvisa Abril de 2006 a março de 2007	Preço Tabela - Anvisa Abril de 2007 a março de 2008	Preço Mercado - Anvisa Abril de 2007 a março de 2008	Preço Tabela - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009	Preço Mercado - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009	Preço mercado - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009	Preço mercado - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009
Amoxicilina 250mg c/ 150ml	17,31	11,53	17,83	11,86	18,63	17,65	19,74	18,44
Amoxicilina 500mg c/21	19,96	18,69	20,04	19,12	20,97	19,64	22,21	21,61
Bactrim 100ml Roche	15,04	13,79	15,19	14,05	15,58	14,45	16,50	15,11
Diclofenaco Sódico 50mg c/20	9,30	6,22	9,48	10,73	9,91	10,92	10,49	10,10
Cataflan - Novartis 50mg c/20	18,57	17,22	18,94	17,07	19,81	18,30	20,98	18,89
Diclofenaco Potássico 50mg c/20	9,32	5,77	9,50	10,56	9,91	10,48	10,50	10,01
Claritin 10mg c/12 . Mantercorp	30,47	28,14	31,08	29,18	32,19	29,92	34,08	30,89
Lexotan - Roche 3mg c/30	18,73	17,18	19,10	17,09	19,99	18,07	21,17	19,19
ATENOLOL 50 mg - 30 comprimidos	12,16	11,65	12,54	12,46	13,10	12,28	13,87	13,72
ALPRAZOLAM 1 mg - 20 comprimidos	12,22	8,90	12,47	14,42	13,05	14,97	13,82	13,52
AMPICILINA 500 mg - 12 comprimidos	13,46	13,05	13,47	13,16	14,49	13,74	15,34	14,56
AZITROMICINA - 3 comprimidos	37,60	36,42	38,73	36,27	40,52	37,34	42,90	36,99
CAPTROPIL 25 mg - 30 comprimidos	14,06	11,19	14,47	15,17	15,15	14,99	16,04	15,02
CEFALEXINA 500 mg - 8 comprimidos	11,03		11,35		11,86	12,58	12,56	13,01
CLODRATO DE METFORMINA 850 mg - 30 comprimidos	8,46	8,60	8,71	8,33	9,11	8,49	9,64	9,06
LOSARTANA POTÁSSICA 50 mg - 30 comprimidos	34,02	32,11	34,02	23,85	34,86	33,56	36,92	20,58
MALEATO DE ENALAPRIL 10 mg - 30 comprimidos	23,02	15,62	23,71	26,62	24,80	25,27	26,26	22,98
SINVASTATINA 20 mg - 30 comprimidos	61,35	54,87	62,58	53,98	48,95	53,27	51,84	46,01
OMEPRAZOL 20 mg - 28 comprimidos	46,18	31,22	47,57	54,44	49,76	54,66	52,69	46,00
CLODRATO DE SERTRALINA 50 mg - 28 comprimidos	60,59	45,62	61,81	49,19	58,75	48,16	62,22	50,36
CITRALOPRAM 20 mg - 28 comprimidos	60,41	47,52	61,62	64,64	58,57	68,40	62,03	56,12

Fonte: Elaboração própria com dados da ANVISA, 2009

ANEXO A – Tabela 8 – Pesquisa de preço no varejo de Belo Horizonte realizada pela Anvisa (conclusão)

Medicamentos	Preço Tabela - Anvisa Abril de 2006 a março de 2007	Preço Mercado - Anvisa Abril de 2006 a março de 2007	Preço Tabela - Anvisa Abril de 2007 a março de 2008	Preço Mercado - Anvisa Abril de 2007 a março de 2008	Preço Tabela - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009	Preço Mercado - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009	Preço mercado - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009	Preço mercado - Anvisa Abril de 2008 a março de 2009
CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg - 14 comprimidos	76,36	75,60	78,67	75,87	82,28	78,35	87,14	85,82
DIPIRONA SODICA 20 ml 500 mg	5,29	5,04	5,45	6,08	5,78	6,12	6,21	5,99
Propranolol Ayerst 40mg c/30	5,90	5,09	6,07	5,51	6,35	5,72	6,72	6,09
Nimesulida 100mg c/12	12,97	9,58	13,23	9,62	13,40	12,87	14,65	14,21
Tegretol - Novartis 200mg c/20	11,87	11,03	12,00	11,03	12,30	11,15	13,03	12,14
Voltarem Novartis 50mg c/20	18,74	16,94	19,12	17,47	20,00	18,15	21,18	18,78

Fonte: Elaboração própria com dados da ANVISA, 2009

ANEXO B - Tabela 9 – Comparação dos preços de mercado de Belo Horizonte com os preços do mercado mundial em 2008 - 2009 (continua)

Medicamento Genéricos - Data da Pesquisa: 16/02/2009	Estabelecimentos							Preço médio	Preço médio unitário em real	Preço médio unitário em dólar (taxa média de julho de 2009) (1)	Preço médio unitário em dólar (taxa média de 16/02/2009) (2)	Preço Médio Internacional 2009	Preço Médio Internacional 2008	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2009 (1)	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2009 (2)	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2008 (1)	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2008 (2)
	Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles R. dos Guajajaras, 237 - lj. 02 - Centro	Unifar R. Lagoa Dourada, 262	Droga Nova Av. Contorno, 6873	Drogaria Araujo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Raia R. da Bahia, 1130, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - lj. 45, Centro										
AMOXILINA 500 mg - 15 comp.	7,61	9,95	9,50	11,90	10,52	10,37	10,00	9,98	0,665	0,344	0,280	0,037	0,038	9,249	7,514	9,150	7,434
ATENOLOL 50 mg - 30 comp.	6,38	7,45	6,60	8,87	9,45	8,13	7,90	7,83	0,261	0,135	0,110	0,008	0,010	17,751	14,423	13,766	11,185
GLIMEPIRIDA 2 mg - 30 comp.	14,40	13,90	12,70	17,12	16,75	15,86	16,89	15,37	0,512	0,265	0,215						
LEVOFLOXACINO 500 mg - 10 comp.	29,90	36,90	36,73	49,75	62,00	31,06	55,64	43,14	4,314	2,231	1,813		2,103			1,061	0,862
LORATADINA 10 mg - 12comp.	8,80	13,00	10,43	12,71	11,05	18,06	16,26	12,90	1,075	0,556	0,452	0,018	0,025	30,384	24,687	21,891	17,786
ACICLOVIR Herpes - 200 mg 25 comp.	43,35	44,95	46,86	51,35	39,25	44,51	-	38,61	1,544	0,799	0,649	0,032	0,053	24,652	20,030	15,128	12,291
ALOPURINOL 100 mg	2,87	4,95	3,02	9,77	-	-	4,69	3,61	0,036	0,019	0,015	0,020	0,020	0,939	0,763	0,949	0,771
ALPRAZOLAM 1 mg - 30 comp.	12,32	18,95	17,50	-	18,72	18,04	16,52	14,58	0,607	0,314	0,255						
AMPICILINA 500 mg - 24 comp.	17,58	27,00	16,75	19,48	28,27	19,81	-	18,41	0,767	0,397	0,322	0,043		9,271	7,532		
AZITROMICINA - 3 comp.	13,38	14,45	14,28	16,43	17,20	13,28	-	12,72	4,239	2,192	1,781	0,409	0,719	5,356	4,352	3,049	2,477
CAPTROPIL 25 mg - 30 comp.	5,04	10,90	12,30	11,90	12,30	11,13	12,57	10,88	1,088	0,563	0,457	0,015	0,007	38,010	30,882	77,061	62,611
CEFALEXINA 500 mg - 10comp.	9,93	10,40	9,99	11,30	10,50	10,30	-	8,92	0,892	0,461	0,375	0,064	0,071	7,195	5,846	6,466	5,254
CLORIDRATO DE METFORMINA 500 mg - 30 comp.	3,77	4,95	5,10	4,93	5,10	4,83	5,26	4,85	0,162	0,084	0,068	0,013	0,011	6,238	5,068	7,668	6,230
LOSARTANA POTÁSSICA 50 mg - 30 comp.	14,63	19,95	20,30	23,70	31,26	15,75	24,66	21,46	0,715	0,370	0,301	0,318		1,163	0,945		
MALEATO DE ENALAPRIL 10 mg - 30 comp.	10,57	16,85	16,80	17,92	16,80	14,55	17,03	15,79	0,526	0,272	0,221	0,006	0,009	46,928	38,128	28,956	23,526
PIROXICAM 20 mg - 10 comp.	5,24	7,30	4,60	7,60	7,93	5,39	-	5,44	0,544	0,281	0,228	0,035	0,019	8,080	6,565	15,200	12,350
SINVESTATINA 20 mg - 30 comp.	32,94	19,90	28,67	34,27	39,75	31,49	43,17	32,88	1,096	0,567	0,461	0,054		10,498	8,530		
PANTOPRAZOL 20 mg - 28 comp.	21,92	20,99	23,79	36,12	27,10	26,75	-	22,38	0,799	0,413	0,336						
OMEPRAZOL 20 mg - 28 comp.	28,50	-	30,99	43,30	30,85	30,31	-	23,42	0,836	0,433	0,351	0,032		13,435	10,916		

Fonte: Elaboração própria com dados do MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH – MSH, 2008, 2009 ; MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS, 2009

ANEXO B: Tabela 9 - Comparação dos preços de mercado de Belo Horizonte com os preços do mercado mundial em 2008 - 2009 (conclusão)

Medicamento Genéricos - Data da Pesquisa: 16/02/2009	Estabelecimentos							Preço médio	Preço médio unitário em real	Preço médio unitário em dólar (taxa média de julho de 2009) (1)	Preço médio unitário em dólar (taxa média de 16/02/2009) (2)	Preço Médio Internacional 2009	Preço Médio Internacional 2008	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2009 (1)	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2009 (2)	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2008 (1)	Razão preço médio nacional / preço médio internacional 2008 (2)
	Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles R. dos Guajajaras, 237 - lj. 02 - Centro	Unifar R. Lagoa Dourada, 262	Droga Nova Av. Contorno, 6873	Drogaria Araújo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Raia R. da Bahia, 1130, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - lj. 45, Centro										
MELOXICAN 15 mg - 10 comp.	15,00	13,50	9,27	23,78	19,04	11,65	-	13,18	1,318	0,681	0,554						
ACÍDO MEFENAMICO 500 mg - 24 comp.	6,91	8,80	5,56	11,79	-	6,91	-	5,71	0,238	0,123	0,100						
CLORIDRATO DE SERTRALINA 50 mg - 28 comp.	33,66	26,95	28,23	-	33,30	35,52	-	22,52	0,804	0,416	0,338						
CITALOPRAM 20 mg - 28 comp.	38,61	23,50	29,02	-	37,95	38,07	-	23,88	0,853	0,441	0,358						
CITRATO DE TAMOXIFENO 10 mg - 30 comp.	-	29,65	24,71	42,81	60,65	26,71	29,51	30,58	1,019	0,527	0,428						
CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg - 14 comp.	29,20	26,95	29,42	18,90	14,10	21,17	29,90	24,23	1,731	0,895	0,727	0,034	0,029	26,101	21,206	30,977	25,169
CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 mg - 30 comp.	23,88	21,90	29,40	-	-	34,97	20,20	18,62	1,330	0,688	0,559	0,017	0,018	41,192	33,468	37,797	30,709
ACIDO ACETILSALICICO 100 mg - 10 comp.	0,93	0,90	-	1,29	1,38	1,37	1,39	1,04	0,104	0,054	0,044	0,004	0,015	12,771	10,376	3,624	2,945
DIPIRONA SODICA 10 ml - 500 mg	1,80	2,65	1,69	2,21	2,35	2,84	2,90	2,35	0,235	0,121	0,099						
DIPIRONA SODICA 20 ml 500 mg	2,04	4,95	3,05	3,98	3,80	5,29	5,30	4,06	0,203	0,105	0,085						
PARACETAMOL 750 mg - 20 comp.	5,75	7,55	4,60	8,74	7,90	7,59	8,50	7,23	0,362	0,187	0,152						
SOMA														309,213	251,230	272,744	221,600
MÈDIA														17,179	13,957	18,183	14,773

Fonte: Elaboração própria com dados do MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH – MSH; 2008, 2009; MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS, 2009

ANEXO C - Tabela 10 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2008 - 2009 (continua)

Medicamento	PF - 2008 - MÉDIO	PF - 2008 (maior entre todas as marcas)	PF - 2008 (menor entre todas as marcas)	Estabelecimentos							PMC - 2008 (menor entre todas as marcas)	PMC - 2008 (maior entre todas as marcas)	PMC - 2008 - MÉDIO
				Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles R. dos Guajajaras, 237 - Lj. 02 - Centro	Unifar R. Lagoa Dourada, 262	Droga Nova Av. Contorno, 6873	Drogaria Araujo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Raia R. da Bahia, 1130, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - Lj. 45, Centro			
AMOXILINA 500 mg - 15 comp.	10,29	13,38	7,26	7,61	9,95	9,50	11,90	10,52	10,37	10,00	10,04	18,50	14,22
ATENOLOL 50 mg - 30 comp.	9,33	12,80	7,69	6,38	7,45	6,60	8,87	9,45	8,13	7,90	10,53	17,71	12,92
GLIMEPIRIDA 2 mg - 30 comp.	16,59	17,37	14,20	14,40	13,90	12,70	17,12	16,75	15,86	16,89	19,63	24,00	22,93
LEVOFLOXACINO 500 mg - 10 comp.	43,75	44,94	40,25	29,90	36,90	36,73	49,75	62,00	31,06	55,64	55,64	62,10	60,47
LORATADINA 10 mg - 12 comp.	13,44	13,44	13,44	8,80	13,00	10,43	12,71	11,05	18,06	16,26	17,92	17,92	17,92
ACICLOVIR Herpes - 200 mg 25 comp.	47,72	68,25	40,01	43,35	44,95	46,86	51,35	39,25	44,51	-	55,31	94,35	65,97
ALOPURINOL 100 mg	3,91	3,91	3,91	2,87	4,95	3,02	9,77	-	-	4,69	5,41	5,41	5,41
ALPRAZOLAM 1 mg - 30 comp.	10,50	13,28	7,71	12,32	18,95	17,50	-	18,72	18,04	16,52	10,66	18,36	29,02
AMPICILINA 500 mg - 24 comp.	20,45	20,47	20,43	17,58	27,00	16,75	19,48	28,27	19,81	-	28,24	28,30	28,27
AZITROMICINA - 3 comp.	22,48	29,31	13,72	13,38	14,45	14,28	16,43	17,20	13,28	-	18,97	40,52	31,08
CAPTROPIL 25 mg - 30 comp.	11,53	12,61	10,09	5,04	10,90	12,30	11,90	12,30	11,13	12,57	13,95	17,43	15,93
CEFALEXINA 500 mg - 10 comp.	12,98	16,57	10,64	9,93	10,40	9,99	11,30	10,50	10,30	-	14,71	22,91	17,89
CLORIDRATO DE METFORMINA 500 mg - 30 comp.	5,01	5,25	4,79	3,77	4,95	5,10	4,93	5,10	4,83	5,26	6,62	7,26	6,93
LOSARTANA POTÁSSICA 50 mg - 30 comp.	17,13	18,69	16,29	14,63	19,95	20,30	23,70	31,26	15,75	24,66	22,52	25,84	23,68
MALEATO DE ENALAPRIL 10 mg - 30 comp.	15,88	20,39	12,96	10,57	16,85	16,80	17,92	16,80	14,55	17,03	17,92	28,19	21,95
PIROXICAM 20 mg - 10 comp.	5,98	7,73	5,50	5,24	7,30	4,60	7,60	7,93	5,39	-	7,60	10,69	8,26
SINVASTATINA 20 mg - 30 comp.	44,84	51,01	32,92	32,94	19,90	28,67	34,27	39,75	31,49	43,17	45,51	70,51	61,98
PANTOPRAZOL 20 mg - 28 comp.	26,23	26,23	26,23	21,92	20,99	23,79	36,12	27,10	26,75	-	36,26	36,26	36,26
OMEPRAZOL 20 mg - 28 comp.	41,06	45,16	34,14	28,50	-	30,99	43,30	30,85	30,31	-	47,19	62,43	56,77
MELOXICAN 15 mg - 10 comp.	12,33	12,33	12,33	15,00	13,50	9,27	23,78	19,04	11,65	-	17,04	17,04	17,04
ACÍDO MEFENAMICO 500 mg - 24 comp.	8,35	8,35	8,35	6,91	8,80	5,56	11,79	-	6,91	-	11,13	11,13	11,13

Fonte: Elaboração própria com dados do MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS, 2009; CMED, 2008

ANEXO C: Tabela 10 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2008 - 2009 (conclusão)

Medicamento	PF - 2008			Estabelecimentos								PMC - 2008		PMC - 2008 - MÉDIO
	MÉDIO	(maior entre todas as marcas)	(menor entre todas as marcas)	Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles R. dos Guajajaras, 237 - lj. 02 - Centro	Unifar R. Lagoa Dourada, 262	Droga Nova Av. Contorno, 6873	Drogaria Araújo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Raia R. da Bahia, 1130, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - lj. 45, Centro	(menor entre todas as marcas)	(maior entre todas as marcas)		
Medicamento Genéricos - Data da Pesquisa: 16/02/2009														
CLORIDRATO DE SERTRALINA 50 mg - 28 comp.	43,57	49,92	31,59	33,66	26,95	28,23	-	33,30	35,52	-	42,13	66,57	58,42	
CITALOPRAM 20 mg - 28 comp.	42,12	42,37	41,74	38,61	23,50	29,02	-	37,95	38,07	-	57,70	58,57	58,23	
CITRATO DE TAMOXIFENO 10 mg - 30 comp.	30,19	30,19	30,19	-	29,65	24,71	42,81	60,65	26,71	29,51	41,73	41,73	41,73	
CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg - 14 comp.	47,20	64,82	21,88	29,20	26,95	29,42	18,90	14,10	21,17	29,90	30,25	89,60	62,25	
CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 mg - 30 comp.	33,51	57,59	15,87	23,88	21,90	29,40	-	-	34,97	20,20	21,94	79,61	45,85	
ACIDO ACETILSALICICO 100 mg - 10 comp.				0,93	0,90	-	1,29	1,38	1,37	1,39				
DIPIRONA SODICA 10 ml - 500 mg	2,43	3,63	2,00	1,80	2,65	1,69	2,21	2,35	2,84	2,90	2,67	4,84	3,24	
DIPIRONA SODICA 20 ml 500 mg	4,18	5,00	2,42	2,04	4,95	3,05	3,98	3,80	5,29	5,30	3,23	6,67	5,43	
PARACETAMOL 750 mg - 20 comp.	6,83	8,97	5,51	5,75	7,55	4,60	8,74	7,90	7,59	8,50	7,35	11,96	9,11	

Fonte: Elaboração própria com dados do MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS (2009); CMED (2008)

ANEXO D - Tabela 11 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2010 (continua)

Medicamentos 2010 Pesquisa realizada em 18 de agosto de 2010	PF - 2010 - MÉDIO	PF - 2010 (maior entre todas as marcas)	PF - 2010 (menor entre todas as marcas)	Estabelecimentos					PMC - 2010 (menor entre todas as marcas)	PMC - 2010 (maior entre todas as marcas)	PMC - 2010 - MÉDIO
				Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles Ltda Av. Prudente de Morais, 551 Cidade Jardim	Drogaria Raia Av. Prudente de Morais, 880 Cidade Jardim	Drogaria Araújo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - lj. 45, Centro			
AAS-Doril-Dorsay 500mg c/6	não consta (liberado)			3,15	-	-	3,66	-			
Ac.Acetil Sal+Cafeína 500mg c/10	não consta (liberado)			-	1,39	1,46	1,45	-			
AAS-Sanofi Wint 100mg c/10	não consta (liberado)			3,19	3,51	3,51	3,51	3,50			
Ac. Acetil Salicílico 100mg c/10	não consta (liberado)			0,95	1,47	1,53	1,66	1,31			
Amoxil - 500mg c/15 Smith B.	27,12	27,12	27,12	29,99	28,68	29,99	29,99	-	37,45	37,45	37,45
Amoxicilina 500mg c/15	11,95	16,43	8,05	7,09	12,35	10,16	7,05	-	11,13	22,71	16,52
Amoxil. Ped - 250mg c/150ml Stiefel	25,12	25,12	25,12	30,69	33,51	30,67	-	-	34,72	34,72	34,72
Amoxicilina 250mg c/ 150ml	12,21	14,79	9,63	8,29	14,48	12,42	8,20	12,70	13,31	20,44	16,88
Amoxil -500mg c/21 . Aché	não consta			-	37,62	39,34	39,35	-			
Amoxicilina 500mg c/21	16,91	21,55	11,05	9,85	17,11	14,08	9,20	11,50	15,28	29,79	23,38
Aspirina - Bayer 100mg c/10	não consta (liberado)			1,56	3,26	4,66	3,11	3,12			
Ac. Acetil Salicílico 100mg c/10	não consta (liberado)			0,95	1,47	1,46	1,66	1,31			
Bactrim 100ml Roche	10,06	10,06	10,06	13,25	10,64	11,41	13,91	-	13,91	13,91	13,91
Sulfa+Trimetroprina 100ml	não consta			4,95	8,20	5,74	5,90	7,07			
Biofenac Aché 50mg c/10	5,47	5,47	5,47	6,85	5,79	6,06	7,57	-	7,56	7,56	7,56
Diclofenaco Sódico 50mg c/20	8,02	9,70	7,65	5,05	7,20	6,62	7,00	7,49	9,45	11,18	11,08
Cataflan - Novartis 50mg c/10	7,95	7,95	7,95	9,05	8,40	8,76	9,90	-	10,98	10,98	10,98
Diclofenaco Potássico 50mg c/10	4,59	4,81	3,96	6,62	6,62	4,63	-	-	5,47	6,65	6,34
Cataflan Emugel Tópico 30g	6,71	6,71	6,71	7,19	8,92	7,40	8,92	8,54	8,92	8,92	8,92
Diclofenaco Dietilamônio 60g	7,26	9,06	5,49	4,19	5,10	10,39	7,80	7,70	7,59	12,08	9,79
Claritin 10mg c/12 . Shering	26,82	26,82	26,82	25,40	35,67	35,67	28,45	31,39	35,67	35,67	35,67

Fonte: Elaboração própria com dados do MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS (2010); CMED (2010a)

ANEXO D - Tabela 11 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2010 (continuação)

Medicamentos 2010 Pesquisa realizada em 18 de agosto de 2010	PF - 2010 - MÉDIO	PF - 2010 (maior entre todas as marcas)	PF - 2010 (menor entre todas as marcas)	Estabelecimentos					PMC - 2010 (menor entre todas as marcas)	PMC - 2010 (maior entre todas as marcas)	PMC - 2010 - MÉDIO
				Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles Ltda Av. Prudente de Morais, 551 Cidade Jardim	Drogaria Rata Av. Prudente de Morais, 880 Cidade Jardim	Drogaria Araújo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - lj. 45, Centro			
Loratadina 10mg c/12	14,89	14,89	14,89	9,29	14,00	20,32	13,95	10,00	19,86	19,86	19,86
Clorana - Sanofi Wint 25mg c/30	4,52	4,52	4,52	5,05	4,78	5,00	3,15	6,25	6,25	6,25	6,25
Hidroclorotiazida 25mg c/30	2,72	273,00	2,72	1,89	3,76	2,63	2,85	-	3,76	3,78	3,77
Dexametasona 0,5mg c/20	2,30	2,31	2,28	3,19	3,19	3,19	3,06	-	3,16	3,19	3,18
Floxacin Merck Sharp 400mg c/6	15,70	15,70	15,70	20,65	16,61	18,45	19,55	-	21,71	21,71	21,71
Norfloxacino 400mg c/14	18,00	19,32	15,64	12,69	17,77	17,77	15,25	17,78	21,63	26,71	24,89
Gardenal Rhodia Farma 50mg c/20	não consta			4,25	3,43	3,58	4,48	4,04			
Fenobarbital 100mg c/30	3,53	3,53	3,52	2,32	4,87	5,41	3,25	-	4,87	4,88	4,88
Hiconcil - 125mg c/ 150ml Bms	não consta			-	23,55	-	-	-			
Amoxicilina 125mg c/ 150ml	12,36	12,36	12,36	29,55	11,96	10,25	10,17	-	17,08	17,08	17,08
Híndatal 100mg c/25 -Hmr	não consta			5,25	4,98	5,21	5,50	5,86			
Fenitoína 100mg c/25	2,85	2,85	2,85	1,99	3,94	2,76	3,94	3,94	3,94	3,94	3,94
Lexotan - Roche 3mg c/20	não consta			11,59	11,08	11,80	13,00	-			
Bromazepan 3mg c/20	não consta			3,25	7,15	4,95	5,70	-			
Losec Astra 10mg c/14	não consta			61,24	46,85	49,60	61,24	-			
Omeprazol 10mg c/14	11,16	12,78	6,85	6,65	12,17	10,48	9,90	13,35	9,46	17,66	15,42
Luftal - Bristol Ms 40mg c/20	não consta			11,19	13,99	13,99	13,99	14,18			
Dimeticona 40mg c/20	5,92	6,35	5,02	4,35	6,69	6,69	3,50	6,12	6,70	8,57	7,99
Meticorten Schering Ploug 5mg c/20	10,05	10,05	10,05	13,25	10,63	11,81	7,65	12,50	13,89	13,89	13,89
Prednisona 5mg c/20	5,91	6,09	5,51	4,99	8,27	4,96	4,95	5,09	7,61	8,43	8,16
Mevacor - msd	não consta			-	36,25	-	-	-			

Fonte: Elaboração própria com dados do MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS (2010); CMED (2010a)

ANEXO D - Tabela 11 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2010 (continuação)

Medicamentos 2010 Pesquisa realizada em 18 de agosto de 2010	PF - 2010 - MÉDIO	PF - 2010 (maior entre todas as marcas)	PF - 2010 (menor entre todas as marcas)	Estabelecimentos					PMC - 2010 (menor entre todas as marcas)	PMC - 2010 (maior entre todas as marcas)	PMC - 2010 - MÉDIO
				Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles Ltda Av. Prudente de Moraes, 551 Cidade Jardim	Drogaria Raia Av. Prudente de Moraes, 880 Cidade Jardim	Drogaria Araújo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - lj. 45, Centro			
Lovastatina 10mg c/30	não consta			19,10	21,22	21,22	24,30	-			
Micostatin Bristol cr 60g	11,87	11,87	11,87	15,59	12,55	-	16,40	-	16,40	16,40	16,40
Nistatina cr 60g	6,81	7,18	6,15	5,79	9,65	5,39	7,20	8,12	8,50	9,93	9,42
Novalgina 500mg c/4 Hmr	não consta (liberado)			2,95	3,27	3,28	3,28	-			
Dipirona 500mg c/10	2,53	3,05	2,02	1,19	3,36	3,52	1,15	2,64	2,69	4,07	3,37
Pantelmim Janssem 30ml	7,03	7,03	7,03	8,89	9,35	9,35	9,35	8,23	9,35	9,35	9,35
Pantomicina - Abbott 60ml	não consta			11,43	12,68	-	-	-			
Eritromicina 80ml	não consta			-	9,92	-	-	-			
Parenzyme Tetrac c/8 méd	11,38	11,38	11,38	15,73	12,03	12,57	15,73	-	15,73	15,73	15,73
Tetraciclina c/4	não consta			3,19	3,37	-	-	-			
Polaramine 120ml Shering	não consta			11,25	13,99	13,99	11,15	13,99			
Dextroclorfeniramina 120ml	não consta			4,65	6,32	8,33	8,33	6,55			
Ayerst 40mg c/30 . Wyeth	não consta			6,69	-	5,91	5,90	-			
Propranolol 40mg c/30	não consta			2,19	-	2,55	3,33	2,75			
Renitec - Meerck Sharp 5mg c/30	12,16	12,16	12,16	15,99	12,86	13,45	14,35	-	16,81	16,81	16,81
Maleato Enalapril 5mg c/30	9,76	12,70	6,95	5,25	10,10	10,10	13,35	10,09	9,61	17,56	13,50
Scaflam Shering Ploug 100mg c/12	18,69	18,69	18,69	20,69	19,77	21,19	23,25	18,90	25,84	25,84	25,84
Nimesulida 100mg c/12	11,00	11,62	9,86	6,95	10,74	9,53	7,50	13,64	13,62	16,81	15,21

Fonte: Elaboração própria com dados do MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS A (2010); CMED (2010a)

ANEXO D - Tabela 11 – Preço do mercado de Belo Horizonte comparado com o preço determinado pela CMED no ano de 2010 (conclusão)

Medicamentos 2010 Pesquisa realizada em 18 de agosto de 2010	PF - 2010 - MÉDIO	PF - 2010 (maior entre todas as marcas)	PF - 2010 (menor entre todas as marcas)	Estabelecimentos					PMC - 2010 (menor entre todas as marcas)	PMC - 2010 (maior entre todas as marcas)	PMC - 2010 - MÉDIO
				Drogaria Pacheco Av. Augusto de Lima, 319, Centro	Drogaria Oncoles Ltda Av. Prudente de Morais, 551 Cidade Jardim	Drogaria Raia Av. Prudente de Morais, 880 Cidade Jardim	Drogaria Araújo R. da Bahia, 1070, Centro	Droga Lourdes R. das Guajajaras, 51 - lj. 45, Centro			
Tagamet - Smith Beec 200mg c/10	8,54	8,54	8,54	11,25	9,03	10,04	11,81	-	11,81	11,81	11,81
Cimetidina 200mg c/10	4,61	4,94	4,06	3,79	6,70	-	5,62	-	5,62	6,83	6,38
Tegretol - Novartis 200mg c/20	9,87	9,87	9,87	12,99	10,43	11,59	11,65	-	13,64	13,64	13,64
Carbamazepina 200mg c/20	5,36	5,98	4,70	2,95	5,88	4,12	6,62	5,12	6,50	8,26	7,40
Tylenol Janssem 750mg c/4	não consta (liberado)			3,95	4,35	4,35	3,90	4,34			
Paracetamol 750mg c/4	não consta (liberado)			0,89	2,25	2,00	0,85	1,95			
Valium - Roche 5mg c/20	não consta			6,75	5,43	5,82	7,10	-			
Diazepan 5mg c/20	não consta			2,45	4,08	2,86	3,94	3,55			
Voltarem Novartis 50mg c/20	16,06	16,06	16,06	17,79	15,54	17,76	20,00	22,20	22,20	22,20	22,20
Diclofenaco Sódico 50mg c/20	8,02	9,70	6,84	5,05	7,20	6,59	7,00	7,49	9,45	13,41	11,07
Zolofit Pfizer 50mg c/20	34,75	34,75	34,75	96,08	73,50	81,67	74,95	-	48,04	48,04	48,04
Sertralina 50mg c/20	33,83	41,62	29,30	25,65	29,86	29,02	40,29	-	39,81	58,18	46,06

Fonte: Elaboração própria com dados do MOVIMENTO DAS DONAS DE CASA E CONSUMIDORES DE MINAS GERAIS, 2010; CMED; 2010a