



IMPERFEIÇÕES DE MERCADO E ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

MARKET IMPERFECTIONS AND INFORMATION ASYMMETRY IN THE BRAZILIAN PHARMACEUTICAL INDUSTRY

LAS IMPERFECCIONES DEL MERCADO Y LA ASIMETRÍA DE INFORMACIÓN EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA BRASILEÑA

JOSÉ EDSON LARA

Faculdade Pedro Leopoldo

jedson2010@hotmail.com

Resumo

Desde a promulgação da lei 9.787/00, chamada de Lei dos Genéricos, constatam-se significativas mudanças na relação entre a demanda e a oferta de medicamentos. O setor se caracteriza por assimetria de informação, tanto para os consumidores, quanto para os profissionais de saúde e governo. Nesse aspecto, acreditando ser importante o papel dos órgãos governamentais no que tange ao controle de práticas oportunistas, dada a assimetria de informação entre os agentes, este artigo tem por objetivo fazer uma descrição bibliográfica acerca das causas de suas imperfeições, bem como dos principais pontos de assimetria entre indústrias, prescritores, pacientes e profissionais que atuam nas farmácias.

Palavras-chave: assimetria de informação, práticas oportunistas, medicamentos genéricos.

Abstract

Since the enactment of law 9.787/00, known as the Generis Law, in Brazil, we find significant changes relative to demand and supply of medicines. The sector is characterized by asymmetric information, among consumers and for health professionals and government. In this respect, believing it is important the role of government to the control of opportunistic practices, considering the information asymmetry between the agents, the paper aims to make a bibliographic description about the causes of its imperfections, as well as the main points of asymmetry between industries, doctors, patients and salesman in pharmacies.

Keywords: asymmetric information, opportunistic practices, generic drugs

Resumen

Desde la promulgación de la Ley 9.787/00, llamada la Ley de Genéricos, se dan cuenta de que hay cambios significativos en la relación entre demanda y la oferta de drogas. El sector se caracteriza por la asimetría de información tanto para consumidores como para profesionales de la salud y el gobierno. En este sentido, creyendo que es importante el papel de las agencias del gobierno en relación con el control de las prácticas oportunistas, dada la asimetría de información entre los agentes, este artículo tiene como objetivo hacer una descripción bibliográfica acerca de las causas de sus imperfecciones, y los puntos principales asimetría entre las industrias, los prescriptores, los pacientes y los profesionales que trabajan en las farmacias.

Palabras clave: información asimétrica, las prácticas oportunistas, los medicamentos genéricos.



Introdução

Em fevereiro de 1999 foi promulgada a lei 9.787/00, conhecida pela população como a Lei dos Genéricos. Essa lei entrou em vigor em agosto do mesmo ano. Segundo informações divulgadas por fontes públicas na época, o objetivo da lei era incentivar e promover a fabricação e a comercialização de medicamentos, mantendo-se a mesma eficácia e propriedades farmacêuticas dos medicamentos de referência.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os medicamentos genéricos, além de oferecer um preço menor por meio da concorrência empreendida pela introdução de novos agentes competidores isentos de gastos com pesquisa e desenvolvimento (P&D) e propaganda, proporcionam o desenvolvimento tecnológico e conseqüentemente do país, com a instalação de plantas produtivas nacionais para a fabricação desses fármacos (ANVISA, 2012a).

Verifica-se que, desde então o cenário da indústria farmacêutica brasileira vem sofrendo significativas mudanças, tanto no que se refere à demanda, quanto à oferta de medicamentos. Atualmente, no Brasil, os medicamentos alopáticos (formulados por meio da medicina tradicional e que se espera produzir no organismo humano reação contrária aos sintomas que apresenta) são encontrados em farmácias e se dividem em: referência, genéricos e similares.

Os medicamentos de referência geralmente são inovadores e representam uma molécula cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente, permitindo o seu registro junto ao Ministério da Saúde, por meio da ANVISA. Tanto os medicamentos genéricos quanto os similares podem ser considerados cópias dos medicamentos de referência. Para ambos, há a obrigatoriedade da realização de testes de bioequivalência e biodisponibilidadeⁱ (ANVISA, 2010).

Os medicamentos genéricos são conhecidos por conterem o mesmo fármaco (princípio ativo), em doses e formas farmacêuticas equivalentes ao medicamento de referência no país. Para esses a ANVISA garante a intercambialidade, ou seja, a substituição segura do medicamento de referência pelo genérico. No caso dos medicamentos similares comercializados no Brasil, apesar de estes possuírem o mesmo fármaco, concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, contudo, esse órgão regulador não garante a intercambialidade. Ressalta-se que os medicamentos similares, assim como os de referência, possuem um nome comercial (marca), o que não acontece com os genéricos.

Desde sua criação já era exigido para os produtos genéricos a realização dos testes de bioequivalência. Por sua vez, a apresentação dos testes de biodisponibilidade relativa e equivalência farmacêutica (que indicam se o medicamento similar possui os mesmos efeitos terapêuticos do medicamento de referência no organismo vivo, bem como a mesma qualidade *in vitro*) passaram, a partir do ano de 2003, a ser exigidos para todos os novos registros, incluindo-se aí os registros de medicamentos similares. O prazo limite para que todos os fármacos passem por tais testes se expira em 2014, em uma segunda renovação dos registros (ANVISA, 2012b). Os medicamentos similares se diferenciam dos genéricos, uma vez que são identificados e comercializados por meio de uma marca e não por meio do princípio ativo. Ainda cabe destacar a existência dos medicamentos manipulados, homeopáticos e fitoterápicosⁱⁱ, que por ora, não fazem parte do escopo desse trabalho.

Ressalta-se que o farmacêutico é o profissional responsável, e somente ele poderá realizar a substituição do medicamento de referência pelo respectivo genérico, no ato da compra (PROGENÉRICOS, 2012). Contudo, frequentemente no Brasil é identificada a



presença do balconista representando o papel que deveria ser do farmacêutico, o que limita a segurança do consumidor ou paciente, conforme determina a lei 9.787/00 (BARROS, 2004; CRAWFORD *et al.*, 2006; RAMALHO, 2006; RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2000).

Faz-se importante ressaltar que, apesar de a ANVISA garantir a intercambialidade entre o medicamento genérico e o medicamento de referência, não é possível que a agência reguladora apresente a mesma garantia entre dois genéricos, ou mesmo entre um genérico e um similar ou entre dois similares.

A aprovação de um produto genérico por teste de bioequivalência só comprova a intercambialidade entre este genérico específico da empresa X com o medicamento de referência. A realização do mesmo teste entre dois genéricos não garante que seja verificada a bioequivalência. Portanto, não se pode inferir intercambialidade entre dois genéricos, que podem diferir na eficácia terapêutica ou ocorrência de eventos adversos em alguns pacientes (RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006). O mesmo raciocínio pode ser estendido aos similares, que não podem ser comparados entre si ou com os genéricos.

O mercado farmacêutico é complexo e esta situação implica no pouco conhecimento do consumidor final - paciente - sobre o medicamento que adquire e consome (FUNDACIÓN ISALUD, 1999; SANTOS, 2001). Nesse aspecto, várias campanhas governamentais têm sido realizadas com o intuito de esclarecer a população sobre a maneira correta de identificar um medicamento genérico. Porém, mesmo que esteja consciente de sua opção na escolha de um medicamento (referência, genérico ou similar), o que não é uma atividade tão fácil, não é possível para o paciente avaliar a qualidade do produto que compra e consome, antes de seu uso.

O setor farmacêutico é caracterizado por importantes barreiras à entrada de potenciais concorrentes, entre elas o alto investimento em P&D e a concentração natural do setor (BARROS, 2004; FUNDACIÓN ISALUD, 1999; ROSENBERG; FONSECA; D'AVILA, 2010). Além disto, o setor se caracteriza por assimetria de informação, dadas as dificuldades para o consumidor avaliar os atributos de qualidade dos medicamentos, seja antes ou depois da compra (FIÚZA; LISBOA, 2001; FUNDACIÓN ISALUD, 1999).

Para os profissionais de saúde, apesar do avanço tecnológico que tornou possível o maior acesso a estudos científicos e lançamento de produtos no mercado, é da indústria farmacêutica que provem a maioria das informações sobre os produtos disponíveis. Sobre esse aspecto, Angell (2006) afirma haver um conflito de interesses na indústria farmacêutica, como aconteceria em qualquer outro setor, entre vender produtos e avaliá-los. Partindo desse pressuposto, mesmo se considerado que essas empresas não prestam informações errôneas, dada a legislação vigente no país, é possível acreditar que os aspectos relativos à efetividade dos fármacos dificilmente seriam apresentados de forma imparcial. Ao mesmo tempo, não se pode crer que os aspectos relativos aos eventos adversos ou menor eficácia quando comparados a um concorrente, sejam apresentados com o mesmo interesse.

Segundo Angell (2006), os gastos com publicidade neste negócio podem superar os gastos com P&D, chegando a 30% do faturamento em gastos com administração e marketing (BARROS, 2004; GAGNON; LEXCHIN, 2008). Melo, Ribeiro e Storpirtis (2006, p. 478-479) afirmam que “o investimento em publicidade chega a ser o dobro do que a indústria gasta em pesquisa – representando entre 20 a 30% das vendas nos países em desenvolvimento”. Tais gastos estariam distribuídos, segundo os autores, em visitas médicas, distribuição de amostras, anúncios enviados pelo correio, anúncios em revistas da área, congressos, reuniões, documentação e material bibliográfico, conforme apresentado na TAB. 1:



Apesar de empreenderem importantes esforços com publicidade, especialmente destinada à classe prescritora, as empresas farmacêuticas devem considerar que a demanda de tais produtos não está garantida a partir do momento em que o paciente recebe do médico a receita recomendando a utilização de um determinado fármaco. Estudos indicam que o consumo dos medicamentos está, em grande parte, ligado ao poder aquisitivo da população (ANDRADE, 2005; PINTO, 2004; RAMALHO, 2006). Frequentemente, por se tratarem de produtos considerados essenciais à vida do consumidor, para as camadas de renda superior, o preço não representa o principal atributo que define a compra, sendo considerado, para estes casos, um bem de demanda inelásticaⁱⁱⁱ.

Dadas as características do mercado farmacêutico até aqui apresentadas, percebe-se a existência de assimetria de informação entre consumidores, médicos e indústria farmacêutica. Diante de tal fato, faz-se necessária a constante presença de órgãos governamentais que possam garantir aos consumidores condições mínimas de consumo dos produtos disponíveis, visando à qualidade e controle dos preços.

Tabela 1 – Distribuição dos gastos em publicidade

Destino	Percentual gasto
Visita médica	60%
Distribuição de amostras	12%
Anúncios enviados pelo correio	7%
Anúncios em revistas	8%
Congressos e reuniões	8%
Documentação e material bibliográfico	5%

Fonte: Adaptado de Melo, Ribeiro e Storpirtis (2006, p. 479)

Sabendo-se da importância do papel desses órgãos governamentais, no que tange ao controle de práticas oportunistas, dada a assimetria de informação entre os agentes, este artigo tem por objetivo desenvolver uma descrição bibliográfica acerca das causas das imperfeições desse mercado, bem como dos principais pontos de assimetria entre indústrias, prescritores e pacientes. Por fim, espera-se ser possível contribuir com a literatura disponível sobre o tema, de forma a possibilitar uma reflexão acerca da importância da efetividade das ações dos órgãos regulatórios no controle de práticas que proporcionem melhora na segurança e qualidade de vida dos consumidores de medicamentos.

Caracterização do Mercado Farmacêutico

A indústria farmacêutica faz parte de um mercado competitivo, com altos investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), controle de qualidade e promoção. Segundo Paula (2001), as margens de lucro das empresas bem-sucedidas têm se situado no nível de 30% (a estimativa de lucro pode sofrer alterações de acordo com a fonte pesquisada, mas em geral varia em torno de 15 a 30% do faturamento) ao ano. Cabe ressaltar que tanto para os medicamentos genéricos quanto para os similares, não estão envolvidos os custos de pesquisa, uma vez que os laboratórios que os comercializam copiam moléculas que já existem no mercado. Ainda para os medicamentos genéricos, os custos de promoção e marketing, ou não existem ou são reduzidos, uma vez que estes não têm uma “marca” comercial.



Adicionalmente, o conceito sobre a utilização do princípio ativo já foi (ou ainda é) divulgado pelo laboratório de referência. Em geral, a divulgação se restringe ao laboratório fabricante, evidenciando aspectos como preço, qualidade e condições de administração dos medicamentos.

Os Estados Unidos são os maiores produtores mundiais de produtos farmacêuticos e apresentam o maior nível de consumo per capita de medicamentos, entre todos os países. Apesar do elevado nível de produção, esse país não constitui um grande exportador. As principais empresas multinacionais exportadoras estão sediadas na Suíça, Alemanha, Grã Bretanha, Suécia, Bélgica, Dinamarca e Irlanda (REGO, 2000). Os investimentos em pesquisa e desenvolvimento apresentaram tendência de crescimento entre os anos 2004 e 2007, sendo rompida nos anos de 2008 e 2009, provavelmente em função da crise econômica mundial.

O mercado farmacêutico mundial, segundo dados disponibilizados pela Interfarma (2013), deverá atingir cerca de US1,1 trilhão em faturamento, no ano de 2015, com expressivo aumento da participação dos países emergentes, notadamente a Índia, nas vendas globais. A título de comparação, os Estados Unidos – maior mercado de medicamentos do mundo – participaram com 41% do faturamento mundial em 2005, percentual que deve cair para 31% em 2015. No mesmo período, a participação da europeia deverá cair de 27% para 19%. Em sentido oposto, os países emergentes tendem a aumentar a participação de 12% em 2005, para 28% em 2015.

Especificamente no caso brasileiro, no período de oito anos (2003-2011), o país saiu da 10ª posição no ranking mundial de participação do mercado para a 6ª posição, com estimativas que alcance a 4ª posição em 2016 (INTERFARMA, 2013).

O mercado farmacêutico brasileiro, apesar do cenário internacional desfavorável, apresentou crescimento nas vendas entre os anos de 2009 e 2012, período marcado pelas consequências da crise econômica mundial, conforme dados disponibilizados na TAB. 2.

Tabela 2 –Vendas do mercado farmacêutico brasileiro entre 2009 a 2012*

Faturamento da indústria farmacêutica Brasil (em bilhões)		Percentual de participação por classe de medicamentos (%)			Crescimento em relação ao ano anterior (%)
Ano	Valor em R\$ (bilhões)	Similares	Referência	Genéricos	
2009	24,9	41	48	11	xxx
2010	28,6	42	44	13	14,9
2011	30,2	44	43	13	5,6
2012	33,4	46	42	12	10,3

Fonte: Adaptado de Interfarma (2013, p. 53)

*Dados de vendas no varejo



Ressalta-se que os resultados otimistas em relação ao faturamento não impedem que grandes empresas implementem mudanças em suas estratégias frente às concorrentes. Consta-se que os altos investimentos necessários para a pesquisa de novos fármacos, associado a dificuldade de se pesquisar novas moléculas, tendem a aumentar a tendência da realização de operações de fusões e aquisições entre as empresa do setor. Ainda, outras formas de parcerias, mais flexíveis, podem ser impulsionadas, especialmente aquelas relacionadas ao desenvolvimento de produtos específicos, compartilhamento de ações de marketing e promoção (co-marketing e co-promoção) e busca de recursos para pesquisa e desenvolvimento (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002; BARROS, 2003; COUTINHO; FERAZ, 2002; GRABOWSKI, 2002; WAACK, 2000; SOUSA; SOUSA, 2007).

Imperfeições no Mercado Farmacêutico

Determinadas falhas no mercado farmacêutico podem limitar a concorrência e atribuir maior poder a algumas empresas. Para Rego (2000), a existência de oligopólios e monopólios; a proteção por patentes e lealdade à marca; assimetria de informação; e a separação das decisões sobre prescrição, consumo e financiamento estão entre as principais falhas identificadas no mercado. Tais aspectos podem ser assim detalhados:

- Oligopólios e monopólios – quando considerado o mercado de forma geral, a concentração não é alta, porém quando dividido o mercado por classes ou subclasses terapêuticas, são comuns os casos em que um laboratório domina mais da metade deste mercado. A existência de monopólios e oligopólios é conferida à “baixa substitutibilidade” deste tipo de bem. Algumas empresas ainda detêm o controle das fontes de matéria-prima ou tecnologia de produção de alguns medicamentos (BASTOS, 2005; REGO, 2000).
- Proteção por patentes e lealdade à marca – para alguns produtos, e ainda para algumas fases de produção, a tecnologia empregada na produção dos medicamentos pode ser facilmente copiada. Portanto, os altos investimentos em P&D não caracterizam barreiras naturais, mesmo que requeiram capacidade técnica exclusiva para produção. Assim, como forma de proteção, as empresas inovadoras buscam constituir barreiras por meio das patentes, o que garante o direito a explorar o princípio ativo com exclusividade por um período determinado. Com o direito exclusivo de exploração durante certo tempo, com a exclusividade da marca, as empresas do setor mantêm um monopólio sobre seus produtos, mesmo que seja temporário. A lealdade à marca permite aos laboratórios a exploração do mercado mesmo após a expiração das patentes (REGO, 2000). No caso da proteção por patentes, torna-se importante salientar que diversas delas são depositadas sem que o seu detentor tenha a real dimensão de seu potencial, contudo, este representa um meio efetivo de bloquear a competição (JANNUZZI; VASCONCELOS; SOUZA, 2008; REGO, 2000)
- Assimetria de informação – Os consumidores não possuem conhecimento sobre a qualidade, segurança, eficácia, preço e demais características dos medicamentos disponíveis e prescritos. A princípio, são os laboratórios que fornecem as informações sobre os medicamentos, tais como indicações, contra-indicações e efeitos colaterais dos produtos (FIÚZA; LIABOA, 2001; REGO, 2000).
- Separação das decisões sobre prescrição, consumo e financiamento – geralmente quem consome não é quem decide sobre o medicamento e, quem decide, não é



necessariamente quem paga, o que pode ocasionar um conflito de interesses. Fiúza e Lisboa (2001) afirmam que existe no mercado farmacêutico uma aparente pulverização em relação à participação. Contudo, tal fato esconde uma alta taxa de concentração no que tange às classes terapêuticas ou patologias (REGO, 2000).

Um fator importante a se ressaltar é que o padrão de concorrência entre as firmas farmacêuticas não se caracteriza exclusivamente pela competição entre preços, mas pela competição entre produtos. Isso significa que apesar de os produtos serem homogêneos, eles devem apresentar algum grau de substitutibilidade.

Trabalhando-se com a definição estrita de efeito substituição, que representa a “variação do consumo de um bem, associada a uma mudança em seu preço, mantendo-se constante o nível de utilidade” (PINDYCK; RUBINFELD, 2004) e, considerando-se que os medicamentos genéricos têm sua qualidade atestada pela ANVISA, esperava-se que com o lançamento dos genéricos houvesse uma substituição no consumo dos medicamentos de referência, que não possuem ou que já tiveram suas patentes expiradas. Esta expectativa é justificada pelo menor preço dos genéricos quando comparados aos medicamentos de referência, podendo assim, ser considerados bens substitutos perfeitos ou quase perfeitos.

Tal fato não aconteceu e várias indústrias nacionais continuam produzindo os medicamentos similares ou genéricos, que não têm gastos com desenvolvimento e pesquisa de novas moléculas.

Garcia, Bermudo e Coura (2003) afirmam que as patentes são formas de barreiras legais a entrada. Assim, no mercado de patentes os substitutos não são perfeitos, pois os produtos são impedidos de participar deste mercado por imposição da barreira. No entanto, produtos que estão sobre a proteção de patentes podem ter substitutos próximos. Se um laboratório lança um produto para determinada patologia e este produto tem o registro de sua patente, ainda assim sua participação no mercado pode ser dividida com um produto concorrente que, apesar de não possuir o mesmo princípio ativo, concorre com a mesma indicação (ANGELL, 2006).

Para uma análise do mecanismo de prescrições e consequentes decisões de compras de medicamentos, cabe traçar um paralelo com a teoria econômica, mais precisamente com a Teoria da Racionalidade Limitada, proposta pelo economista Herbert Simon. Para Simon (1971 p.84) “a racionalidade requer um conhecimento completo, e inalcançável, das consequências exatas de cada escolha”. Isso significa afirmar que a racionalidade completa é limitada devido à ausência de conhecimento total de todas as variáveis (SIMON, 1955; 1959).

Na prática, porém, o conhecimento dessas consequências é sempre fragmentário. Considerando que essas consequências pertencem ao futuro, a imaginação deve suprir a falta de experiência em atribuir-lhes valores, embora estes só possam ser antecipados de maneira imperfeita. A racionalidade pressupõe uma opção entre todos os possíveis comportamentos alternativos. No comportamento real, porém, apenas uma fração de todas estas possíveis alternativas é levada em consideração (SIMON, 1967; 1971; 1982).

No mercado farmacêutico, tanto o médico no momento da prescrição, quanto o paciente no momento da compra, não possuem informações completas a respeito do produto. Não possuir “todas” as informações a respeito do fármaco não significa que as informações disponíveis não sejam suficientes. Tal fato corrobora com o pressuposto de Simon (1971; 1982), de que os indivíduos tomam as melhores decisões dentre aquelas possíveis, ou seja, as decisões não visam uma situação de maximização, pois para tal seria necessário o conhecimento de todas as informações, mas decisões que sejam ótimas, ou seja, que atendam a critérios estabelecidos.



Em consonância com o pressuposto de racionalidade limitada, Mota *et al.* (2008) afirmam que no mercado farmacêutico o grande número de fármacos disponíveis - mais de 12.000 produtos comerciais -, dificulta o conhecimento de todas as opções de prescrições.

Essa quantidade de produtos farmacêuticos, alguns deles desnecessários, dificulta a adoção de medicamentos que fortaleçam o seu uso racional. Além disso, resulta em complexidade para os prescritores agregarem informações farmacológicas (dose, efeitos adversos, interações medicamentosas) e econômicas (preço do produto, relação custo-efetividade) sobre esses produtos sem a ajuda de instrumentos de gestão clínica, a exemplo, de guias terapêuticos e protocolos clínicos que auxiliem no processo de seleção de medicamentos. Não se pode esquecer que os médicos devem ainda dominar um conjunto de informações clínicas que os conduzam a um diagnóstico preciso do paciente (MOTA *et al.*, 2008).

Ainda, conforme salientam Al-Baradie (2008), Crawford(2006), Johnston, Stafylas e Stergiou (2010), Liow (2009), Mota *et al.* (2008) e Shaw e Krauss (2008), no caso de tratamentos farmacológicos, os resultados variam de um paciente para o outro, o que aumenta o nível de incerteza. Tal fato faz com que não seja garantida a total eficácia do medicamento disponível no mercado, bem como a efetividade do tratamento.

Em relação a este aspecto, fato pertinente se refere à incerteza sobre o resultado da prescrição como variante de um indivíduo para o outro ou ainda, de fármacos com o mesmo princípio ativo.

Na seção que segue discute-se a assimetria de informação e sua relação com as transações na indústria farmacêutica.

Indústria Farmacêutica e Assimetria de Informação

A assimetria de informação se refere a desigualdade de informação entre duas ou mais partes envolvidas em uma transação e implica em condições que transcendem os preços de determinados bens (COASE, 1937; KUPFER, 2002). Conforme já discutido, as transações no mercado farmacêutico não são pautadas exclusivamente no preço do medicamento, havendo outros fatores determinantes além da oferta e da demanda.

Mota *et al.*(2008) argumentam que no campo da saúde a assimetria de informação se faz presente tanto na relação médico-paciente, quanto paciente-farmacêutico. Quanto a relação médico-paciente, o mais frequente é que o médico prescreva o fármaco e o paciente ignore qualquer informação a respeito desse produto para compra-lo e consumi-lo. Por outro lado, ao necessitar de informações complementares sobre o produto, o mais frequente é que o paciente (ou consumidor), não encontre nas farmácias o farmacêutico disponível, e sim o balconista, portanto, um profissional não treinado para fornecer orientações adequadas.

Os autores ainda destacam a existência de assimetria de informação nas relações entre médico-laboratório, na medida em que os últimos detêm no primeiro momento maiores informações sobre o produto. Tal afirmação é corroborada por Farias (2005), quando aponta que é dos laboratórios a origem das primeiras informações recebidas pelos médicos. Para Melo, Ribeiro e Storpirtis (2006 p. 478) “a promoção comercial é um dos fatores que, atualmente, influencia muito a prescrição de medicamentos e seu consumo, devido à existência de várias opções farmacêuticas para um mesmo fim, tornando-se elemento essencial para a diferenciação entre os produtos”.

Fiúza e Lisboa (2001) fazem menção à classificação dos bens de acordo com a possibilidade do consumidor analisar seus atributos, como preço, apresentação, eficácia entre



outros, seja antes ou depois da compra. Desta maneira, definem os medicamentos éticos (ou seja, aqueles que dependem de prescrição médica e estão isentos de divulgação pela mídia) como bens credenciais (*credence goods*), por se enquadrarem em uma categoria de difícil avaliação em alguns aspectos de sua qualidade por parte dos consumidores, considerando ainda que a demanda primária seja gerada pelo prescritor, neste caso o profissional médico.

Após a implementação da Lei dos Genéricos, campanhas veiculadas na mídia tiveram como propósito esclarecer os médicos quanto ao ato de prescrição e os consumidores finais no ato da compra, contudo, estas se depararam com questões consideradas típicas de países em desenvolvimento, como a forte penetração no mercado dos medicamentos “similares” e a preocupação com o preço. Além das campanhas na mídia para médicos e público leigo, a Anvisa adotou outras estratégias de divulgação dos genéricos, como lançamento de cartilhas, aliança com as entidades de defesa do consumidor e um apelo à disseminação da informação sobre os chamados “direitos do consumidor” sobre os medicamentos genéricos.

Além dessas ações, a Anvisa se dispôs a intensificar a fiscalização sobre as formas de propaganda desses produtos.

O trabalho da Anvisa nas áreas de monitoração e educação pretende não apenas reduzir a exposição da população à propaganda abusiva e enganosa, como também abordar questões relevantes à saúde coletiva – automedicação, intoxicações, uso inadequado e medicamentos, alimentação saudável. Objetiva minimizar os riscos a saúde, subsidiar o aprimoramento da legislação e propiciar que sejam elaboradas políticas de educação em saúde para a população (ANVISA, 2012c).

Os medicamentos não são considerados bens de consumo comuns, dado o potencial de prejuízo à saúde devido a sua utilização incorreta. Nesse sentido, a Anvisa estabeleceu regras específicas às propagandas desses bens. Entre essas regras estão: para o público em geral não é permitida a propaganda de fármacos que possuem tarja vermelha ou preta em suas embalagens. O anúncio desses produtos apenas é permitido aos profissionais de saúde habilitados a receitá-los (médicos ou dentistas) ou a dispensá-los (farmacêuticos); os medicamentos devem ser registrados na Anvisa para terem sua comercialização permitida; outras informações devem ser disponibilizadas, na embalagem ou propaganda em qualquer outro tipo de mídia, tais como informações sobre riscos, sintomas e nome comercial do produto (ANVISA, 2012d).

Sobre a proibição da propaganda de fármacos sujeitos à prescrição médica, Farias (2005) afirma que apesar de a Anvisa impor restrições, as empresas utilizam de outros recursos para burlar a lei, tais como matérias em revistas sobre determinadas doenças e possíveis indicações no corpo do texto das respectivas reportagens, com os nomes comerciais dos produtos que as combatem. Ainda, é possível que o façam por meio de programas de televisão com grande audiência.

Farias (2005) destaca também a possibilidade de conflito de interesses e viés nas pesquisas acadêmicas e na elaboração de guias terapêuticos. A autora aponta a preocupação de editores de revistas médicas de destaque acerca da qualidade dos estudos científicos e conflitos de interesses, visto que existe a possibilidade de apoio da indústria farmacêutica para esse tipo de estudo.

Em relação ao aspecto acima, faz-se importante comentar que os resultados de tais estudos científicos constituem uma importante fonte de consulta para a comunidade médica se referenciar em suas prescrições. O fato de haver qualquer viés em alguma pesquisa acadêmica sobre o medicamento de interesse para prescrição pode não se tornar perceptível para o profissional de saúde, em especial àqueles que não constituem a comunidade acadêmica.



Considerando-se que o paciente após a consulta comprará o medicamento prescrito, ainda assim é facultada a compra exatamente como determinado na receita, devido à existência de bens substitutos. A importância da escolha do consumidor é destacada por Andrade (2005), quando avalia a política de medicamentos genéricos. Para a autora, existem imperfeições no mercado, de tal forma que o consumidor ao comprar um medicamento não dispõe de todas as informações necessárias para sua escolha.

Quando confrontadas as possibilidades de escolha entre dois medicamentos (em condições de preço e qualidade diferenciadas), o consumidor (ou paciente) tende a avaliar o problema considerando: (1) que não tem as melhores informações sobre o medicamento (efeitos terapêuticos e outros); (2) ainda que possa existir um medicamento mais eficaz, seus custos são bem maiores relativamente ao genérico; (3) em geral o médico prescreve, com base nas informações dos laboratórios, um medicamento supostamente mais eficaz, para o qual existe um genérico (ANDRADE, 2005).

Sobre a presença do balconista, em substituição à figura do farmacêutico, a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas de Genéricos (PROGENÉRICOS) afirma que seguindo a legislação, apenas o farmacêutico pode proceder a troca de um medicamento para seu substituto genérico, devendo para tanto apor o seu carimbo constando seu nome e registro no CRF, datar e assinar. Tal procedimento fica, portanto, isento da participação do balconista, uma vez que este não é habilitado profissionalmente para a devida orientação ao paciente ou consumidor. Cabe ao médico restringir a troca do medicamento, caso assim convier, fazendo-a de próprio punho na receita (PROGENÉRICOS, 2012).

Porém, a disponibilidade de medicamentos genéricos na farmácia sofre interferência de distribuidoras e redes de farmácias e podem favorecer certas empresas. Por outro lado, a intercambialidade na farmácia por medicamentos similares é influenciada por balconistas e/ou donos de farmácias que recebem bonificação pela venda dos produtos de algumas indústrias (RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006).

Para Ramalho (2006) indivíduos de renda mais alta (acima de 10 salários mínimos) em geral têm uma maior proximidade com médicos de família e estão menos propensos a pressões sociais para troca do medicamento, portanto, menos susceptíveis a recomendações por parte do balconista da farmácia. Portanto, “tais conclusões podem indicar que indivíduos de alta renda estão mais propensos a realizar comportamentos mais racionais de compra, evitando, por exemplo, a automedicação” (RAMALHO, 2006, p.176).

Tais aspectos motivariam a prática de automedicação, combatida pela Anvisa, devido aos riscos para a saúde da população. No Brasil, esse índice é alto, em especial na população que compõe as classes de renda mais baixas (TOLEDO, 2004). Nesse aspecto, faz-se interessante observar os achados de Loyola Filho *et al.* (2002) sobre automedicação, uma vez que os autores encontraram uma associação negativa entre o número de visitas ao médico (em 12 meses) e a automedicação, e uma associação positiva para a consulta a farmacêuticos, se considerado o mesmo período.

A partir da FIG. 1 é possível perceber que em média 40% das pessoas que compram entre 1 a 3 medicamentos se automedicam.

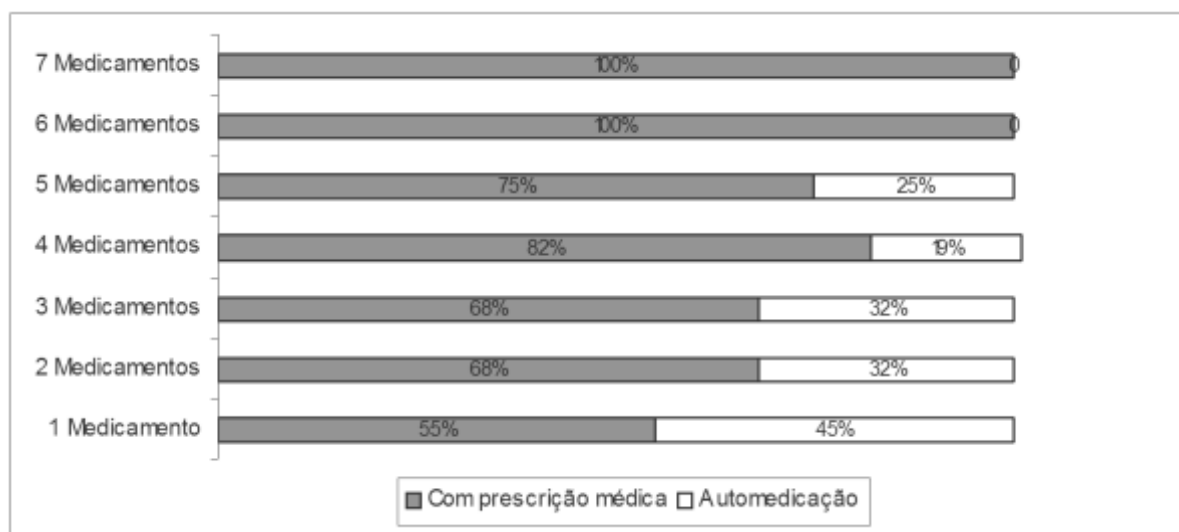


Figura 1 – Prática de automedicação pela população brasileira
Fonte: Adaptado de Toledo (2004)

Constata-se, portanto, a existência de diversas fontes de assimetria de informação no que tange ao consumo de medicamentos. A partir desta multiplicidade de fatores possíveis de proporcionarem desigualdades de informações tanto entre a firma produtora e o prescritor, quanto entre o consumidor e a farmácia/farmacêutico, é que se faz necessário o papel do governo, como órgão capaz de intervir de forma a minimizar os prejuízos provenientes de tal relação.

A ANVISA mantém disponível no site, para acesso dos profissionais de saúde, o sistema de notificações, chamado de Notivisa. De acordo com informações colhidas no próprio site, estas notificações são mantidas em sigilo e têm como objetivo: (ANVISA, 2012e)

- Subsidiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para identificar reações adversas ou efeitos não-desejados dos produtos;
- Aperfeiçoar o conhecimento dos efeitos dos produtos e, quando indicado, alterar recomendações sobre seu uso e cuidados;
- Regular os produtos comercializados no País e, de forma geral, promover ações de proteção à Saúde Pública.

As notificações também podem ser recebidas dos cidadãos comuns, por meio de formulários.

Apesar do controle exercido pelas agências reguladoras, como a Anvisa, a intercambialidade entre o genérico e o medicamento de referência nem sempre é bem vista entre os profissionais de saúde. Rumel, Nishioka e Santos (2006, p. 924) apontam que “o genérico é intercambiável na maioria das vezes, mas há exceções somente identificadas na prática clínica”. Ressalta-se que em estudos de bioequivalência, há uma margem de 20% entre os parâmetros de comparação entre o medicamento genérico e de referência. Mesmo que essa variabilidade seja aceitável do ponto de vista farmacológico, do ponto de vista clínico podem ser encontradas diferenças, que são perceptíveis apenas na prática. Isso significa que mesmo se atestando a bioequivalência de um genérico ao medicamento de referência, é possível que pacientes mais sensíveis, susceptíveis a variações em seu estado basal caso a dose do medicamento seja alterada, possam sentir no caso da troca de um medicamento por outro,



tanto do ponto de vista de referência por genérico, quanto de um genérico por um de referência (AL-BARADIE, 2008; CRAWFORD, 2006; JOHSTON; STAFYLAS; STERGIOU,2010).

Voltando a relacionar a prática clínica com o conceito econômico de assimetria de informação, percebe-se outro problema no que diz respeito aos medicamentos disponibilizados na rede pública de saúde ou mesmo em hospitais que são obrigados a efetuarem suas compras observando o menor preço dos medicamentos.

Os clínicos devem estar atentos para esse fato, pois a prescrição por nome genérico não garante a continuidade do tratamento com o mesmo produto. Os responsáveis por compras em hospitais públicos, obrigados a comprar lotes de medicamentos pelo menor preço, deveriam avisar o corpo clínico da troca de empresa fornecedora e manter um estoque estratégico para pacientes com doenças crônicas que apresentem problemas que possam ser atribuídos à troca do medicamento (medida relevante em hospitais psiquiátricos) (RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006).

Medicamentos *Me-Too*: a dificuldade de se estabelecer um consenso sobre sua importância

Alguns medicamentos são lançados com pequenas alterações em sua molécula quando comparados a medicamentos já existentes no mercado. Esses são chamados de *me-too*, ou seja, eu também.

As exigências mais criteriosas dos órgãos que regulamentam o setor, quanto aos testes que garantam a segurança do medicamento, tornam cada vez mais difícil a pesquisa de medicamentos que realmente apresentem grandes diferenças terapêuticas, quando comparados aos já existentes (ANGELL, 2006).

Calcula-se que para lançar um ou dois produtos no mercado faz-se necessário investigar aproximadamente 10.000 moléculas, trabalho este realizado em cerca de 10 a 15 anos (BARROS, 2004).

Partindo dessa constatação, Angell (2006) argumenta que a indústria farmacêutica mundial não tem apresentado grandes avanços terapêuticos com relação a moléculas já existentes. Muitos medicamentos aprovados seriam resultados de pequenas modificações em moléculas já pesquisadas. Para tanto, comenta que no período de 1998 a 2002 foram aprovados 415 novos medicamentos (uma média de 83 por ano), destes, 133 (32%) foram resultado de novas pesquisas e o restante, foram variações de moléculas já existentes. Entre 2001 e 2002 foram aprovados apenas sete fármacos inovadores. Estas variações de moléculas já existentes são conhecidas como “eu-também” e, ainda para a autora, podem funcionar como uma estratégia comercial para as indústrias que têm suas patentes a vencer e necessitam de novos medicamentos em substituição àqueles com êxito nas vendas.

Para a Anvisa (2012f), apesar de a denominação *me-too* ser amplamente utilizada, tanto na literatura internacional quanto nacional, não existe um consenso sobre o que sejam especificamente esses medicamentos. Diante de tal perspectiva, a agência reguladora, no sentido de defini-los afirma: “[...] entende-se como *me-too* um medicamento que embora seja apresentado como inovador não acrescenta nenhum benefício claro, no que diz respeito aos seus perfis de eficácia e segurança, em relação a outros medicamentos já registrados. Por esta definição não são, portanto, considerados como *me-too* os medicamentos genéricos ou similares” (ANVISA, 2012f).

Ainda segundo informações divulgadas no site da Anvisa, existem correntes que defendem o não registro desse tipo de medicamento, dado que não acrescentam diferenciais



terapêuticos frente às opções já existentes e não possuem um histórico de evidências em relação à segurança. Portanto, tais produtos apenas serviriam para confronto entre “mais uma opção” de prescrição, o que seria desnecessário ao mercado. Contudo, a Agência não corrobora dessa opinião, uma vez que considera difícil a classificação de um produto como *me-too*, no ato do registro, sendo necessária sua comercialização e utilização em escala para tal constatação. Portanto, para a Agência, a dificuldade de se classificar um produto como *me-too* no momento de seu registro impossibilita o estabelecimento de regras que regulem o registro de medicamentos sob tal ótica. Além disso, a legislação brasileira vigente não subsidia o indeferimento de pedidos de registro de medicamentos por este argumento. Por esses motivos, a Anvisa não faz restrição a analisar pedidos de registro de medicamentos que, preliminarmente, pareçam ser *me-too*s e nem respalda o indeferimento de tais pedidos por este motivo (ANVISA, 2012f).

Considerações Finais

Partindo da abordagem apresentada no escopo deste trabalho, discutir o mercado farmacêutico brasileiro significa inicialmente entender suas imperfeições. Apesar do grande número de fármacos existentes, percebe-se tratar de um mercado concentrado, com predominância de oligopólios e monopólios. No caso de monopólios, alguns efetivamente são temporários, como para o princípio ativo, tendo em vista a garantia da patente. Por outro lado, é possível se considerar também o monopólio da marca, este de propriedade da firma. Apesar de se ter bem definido o que seria um medicamento inovador, parece não haver a mesma convergência quanto à quais produtos se enquadrariam nessa “categoria”.

A existência da figura do balconista em substituição a pessoa do farmacêutico constitui um alvo importante a se pensar em termos de políticas públicas, relacionando-se aos órgãos dispensadores de medicação. Se a automedicação não é uma prática correta, e se, a substituição da prescrição médica por um genérico apenas pode ser efetivada por um profissional habilitado, ou seja, por um farmacêutico, cabe aos órgãos competentes a fiscalização e educação quanto a realização correta desta prática.

Pode-se afirmar que em distintos momentos existe desigualdade de informação entre os agentes envolvidos na transação. Tanto a indústria produtora do fármaco inicialmente possui mais informações sobre o mesmo em relação ao médico prescritor; quanto o médico possui mais informações quando comparado ao paciente, e; este último, no momento da compra está em desvantagem em relação ao farmacêutico ou balconista.

Ainda, para a rede pública de saúde, o prescritor não detém todas as informações necessárias a respeito do fármaco que tem disponível, pois, sua compra depende do menor preço, e, conforme identificado, é possível atestar a bioequivalência entre o medicamento genérico e o respectivo de referência, porém, esta já não se faz possível entre dois genéricos ou entre similares.

Pode-se inferir que assimetria de informação seja compreensível quando considerados médicos e pacientes como atores, pois nesse caso específico, cabe aos primeiros a identificação da melhor possibilidade terapêutica, pois são habilitados para tal. Seguindo a mesma lógica, acredita-se que os farmacêuticos (e somente estes, não os balconistas) poderiam contribuir com os pacientes no sentido de esclarecer dúvidas pertinentes ao fármaco, no momento da compra.

Contudo, sobre os demais aspectos, incluindo nesses, a assimetria de informação entre médicoprescritor e indústria farmacêutica e a presença dos balconistas nas farmácias,



substituindo a função exclusiva dos farmacêuticos, infere-se que sejam prejudiciais tanto à conduta adequada do prescritor, quanto aos pacientes ou consumidores de fármacos no momento da compra e futuro consumo responsável.

Seria pertinente a realização de estudos com os profissionais de saúde para se constatar a efetividade das notificações junto à ANVISA. Certamente este é um importante instrumento para o órgão, no que se refere a detecção de irregularidades, na comercialização de produtos farmacêuticos. Contudo, esse apenas será eficiente caso seja devidamente utilizado pelos profissionais de saúde, tanto no que se refere à qualidade do relato, quanto a quantidade de relatos em função de notificações percebidas.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **O que devemos saber sobre medicamentos**. Cartilha elaborada pela Unidade Técnica de Regulação e Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/024b520047457be888c1dc3fbc4c6735/Cartilha+BAIXA+revis%C3%A3o+24_08.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 28 de ago. 14.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (a). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+genericos/Medicamento+Generico>> . Acesso em 28 de ago. 14.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (b). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+similares>> . Acesso em 28 de ago. 14.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (c). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Propaganda>>. Acesso em 28 de ago. 14.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (d). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Propaganda/Assunto+de+Interesse/Publicacoes>>. Acesso em 27 de ago. 14.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (e). Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>>. Acesso em 27 de ago. 14.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (f). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+novos/Posicionamento+da+Anvisa+quanto+ao+registro+de+medicamentos+novos+considerados+como+me-toos>>. Acesso em 27 de ago. 14.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (g). Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm>>. Acesso em 01 de ago. de 2014.



AL-BARADIE, R. S. Generic Substitution of anti-epileptic drugs. **Neurosciences**, v. 13, n. 3. Disponível em: <<http://www.neurosciencesjournal.org/PDFFiles/Jul08/Generic.pdf>>. Acesso em 01 de jul. de 2014.

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. As Especificidades de inovação do Setor Saúde. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 4, out./dez. 2002.

ANDRADE, R. R. **A Política de Medicamentos Genéricos como Instrumento de Regulamentação Econômica do Setor Farmacêutico Brasileiro**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

ANGELL, M. **La Verdad Acerca de la Industria Farmacêutica**. Como nos engaña y qué hacer al respecto. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS – PROGENÉRICOS. Disponível em <<http://www.progenericos.org.br/index.php/medicamento-generico/faq>>. Acesso em 31 de jul. 13.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA – INTERFARMA. **Guia 2013**. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/33-guia-interfarma-2013-site.pdf>>. Acesso em 29 de jul. 2014.

BARROS, B. T. **Fusões e Aquisições no Brasil – Entendendo as Razões dos Sucessos e Fracassos**. São Paulo: Atlas, 2003.

BARROS, J. A. C. **Políticas Farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** 264 p. UNESCO. Brasília: 2004.

BASTOS, V. D. Inovação Farmacêutica: padrão social e perspectivas para o caso brasileiro. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 271-296, set. 2005.

COASE, R. H. The Nature of the Firm. *Economica*, **New Series**, v. 4, n. 16, pp. 386-405, nov. 1937.

COUTINHO, L.; FERRAZ, J. C. **Estudo da Competitividade da Indústria Brasileira**. 4. ed. Campinas: Pipurus, 2002.

CRAWFORD, P. *et al.* Are these potential problems with generic substitution of antiepileptic drugs? Seizure: **European Journal of Epilepsy**, vol. 15, n. 3, p. 165-176, abr. 2006. Disponível em <[http://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311\(06\)00003-3/fulltext#back-bib2](http://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311(06)00003-3/fulltext#back-bib2)>. Acesso em 06 de ago. 14.

FARIAS, M. R. (Coord.) **Estudo Comparado: Regulamentação de Propaganda de Medicamentos**. Série E. Legislação e Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2005.



FIÚZA, E. P. S.; LISBOA, M. B. Bens. **Credenciais e Poder de Mercado: Um Estudo Econométrico da Indústria Farmacêutica Brasileira**. Rio de Janeiro, 79p. Artigo – IPEA, 2001.

FUNDACIÓN ISALUD. **Estudios de la Economía Real: El Mercado de Medicamentos en la Argentina**, nº 13, setembro. 1999. Buenos Aires: ISALUD.

GAGNON, M. A.; LEXCHIN, J. The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. **PLoS Med**, v. 5, n. 1, jan. 2008.

GARCIA, J.; BERMUDO, V.; COURA, B. **Opções Estratégicas para a Indústria Farmacêutica Brasileira após a Lei de Patentes e Genéricos**. Anais do VI SEMEAD. São Paulo, 2003.

GRABOWSKI, H. Patents, innovation and access to new pharmaceuticals. **Journal of International Economic Law**, v. 5, n. 4, pp. 849-860, 2002

JANNUZZI, A. H. L.; VASCONCELLOS, A. G.; SOUZA, C. G. Especificidades do patenteamento no setor farmacêutico: modalidades e aspectos da proteção intelectual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008.

JOHSTON, A.; STAFYLAS, P.; STERGIOU, G. S. Effectiveness, safety and cost of drug substitution in hypertension. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 70, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=17&sid=60f4947b-4ec1-42d5-91ab-2458b592f100%40sessionmgr15>>. Acesso em 10 de ago. de 2014.

KUPFER, D. **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002. Capítulo 12, p. 267-286.

LIOW, K. Understanding patients' perspective in the use of generic antiepileptic drugs: compelling lessons for physicians to improve physician/patient communication. **BMC Neurol.**, v. 9, n. 11, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2662789/pdf/1471-2377-9-11.pdf>>. Acesso em 10 de ago. de 2014.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 1, pp. 55-62, 2002 Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n1/8116.pdf>>. Acesso em 10 de ago. de 2014.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. vol. 42, n.4, out/dez. 206. p. 476-485.

MOTA, D. M. *et al.* Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência e Saúde Coletiva**. 13 (Sup): 589-601, 2008.



NISHIOKA, S. A.; SANTOS, A. A. M. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n.5, out. 2006.

PAULA, G. N. Os desafios da indústria farmacêutica global e o redesenho do negócio pela Merck. São Paulo: **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n.01, p. 76-87, Jan/Mar. 2001.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. **Microeconomia**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

PINTO, M. **Relatório Setorial – Final**. FINEP Financiadora de Estudos e Projetos. Setor – Farmacêutica: Laboratórios Nacionais. Fev. 2004.

RAMALHO, W. **Modelos de Atitude em Mercados de Produtos Novos Entrantes – Análise com Medicamentos Genéricos, Contribuições Teóricas e Validação Nomológica**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Belo Horizonte, 2006.

REGO, E. C. L. Políticas de Regulação do Mercado de Medicamentos: A Experiência Internacional. **Revista do BNDS**. Rio de Janeiro, v.7, n. 14, dez. 2000, p. 367-400.

ROSENBERG, G.; FONSECA, M. G. D.; D' AVILA, L. A. Análise comparativa da concentração industrial e de turnover da indústria farmacêutica no Brasil para os segmentos de medicamentos de marca e genéricos. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 1, apr. 2010, p. 2-28.

SANTOS, S. C. M. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. 180 p.

SHAW S.; KRAUSS, G. L. Generic antiepileptic drugs. **Neurology**, v. 10, n. 4, pp. 260-268, 2008.

SIMON, H. A. A behavioral model of rational choice. **Quarterly Journal of Economics**, v. 69, pp. 99-118, 1955

SIMON, H. A. Theories of Decision-Making in Economics and Behavioral Science. **American Economic Review**, v. 49, n. 3, pp. 253-283, 1959.

SIMON, H. A. Motivational and emotional controls of cognition. **Psychological Review**, v. 74, pp. 29-39, 1967.

SIMON, H. A. **Comportamento Administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Serv. De publicações, 1971.

SIMON, H. A. **Models of bounded rationality**. Cambridge, MA: MIT Press, 1982.



SOUSA, C. V.; SOUSA, E. V. Estratégias de Competição na Indústria Farmacêutica: das cadeias verticais as parcerias flexíveis. **Anais do XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 09 a 11 de outubro de 2007.

TOLEDO, F. J. **Perfil, hábitos e atitudes de consumidores de medicamentos e produtos comercializados em farmácias**. São Paulo: FEBRAFARMA – Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, 2004.

WAACK, R. S. Fusões e Aquisições na Indústria Farmacêutica Veterinária. São Paulo: **Caderno de Pesquisas em Administração**, v.07, n.3, p. 82-98 jul./set. 2000.

ⁱA bioequivalência farmacêutica diz respeito a idêntica composição qualitativa e quantitativo de princípio ativo com o fármaco de comparação (no caso o medicamento de referência). Ainda, estes devem ter comparável biodisponibilidade em estudos que apresentem desenhos experimentais iguais. A biodisponibilidade, por sua vez, pode ser mensurada por meio de exame sanguíneo ou de urina e se refere a velocidade e a extensão da absorção de um princípio ativo em determinada forma e dosagem (ANVISA, 2013g).

ⁱⁱA fitoterapia utiliza exclusivamente princípios ativos de plantas medicinais. Já a homeopatia, além dos princípios ativos de origem vegetal, utiliza outros de origem mineral e animal, sendo todos submetidos a uma técnica de preparo própria, a “dinamização” (ANVISA, 2010).

ⁱⁱⁱElasticidade preço da demanda é a medida de sensibilidade da demanda em relação às alterações no preço, definida por: $E_p = \%Q / \%P$ (PINDYCK; RUBINFELD, 2002 p.117). A demanda inelástica pressupõe pouca influência do preço em relação à variação da quantidade demandada, ou seja: $E_p < |1|$.