

## **Estado e produção de medicamentos no Brasil: entre a produção da saúde e a produção de mercadorias**

Dra. Sônia Aparecida Lôbo<sup>1</sup>

### **Resumo**

Neste trabalho, oferecemos um retrospecto histórico da ação do Estado brasileiro frente à produção de medicamentos tendo como referência as contradições do capital. No Brasil, a ação corretiva do Estado frente às contradições inerentes à produção da mercadoria medicamento tem sido feita de maneira sistemática, mas não sem conflitos entre os que defendem uma intervenção mais profunda sobre a produção, o consumo e o controle da produção e aqueles que defendem a liberalização completa do mercado.

**Palavras-chave:** Medicamentos. Capital. Estado Brasileiro.

### **Abstract**

In this study we offer a historical retrospective view of the Brazilian State action in relation to the production of medicines taking as reference the contradictions of the capital. In Brazil, the corrective action of the State relating to the inherent contradictions to the production of the goods medicine has been done in a systematic way, but not without conflicts between those who are in favor of a deeper intervention on the production, consumption and control of the production and those who support a complete removal of all restrictions or obstructions to the free market.

**Keywords:** Medicines. Capital. The Brazilian State.

A produção de medicamentos se dá na órbita da produção capitalista da mercadoria. Nesse sentido, a finalidade primeira da indústria de medicamentos é a produção de mais valia. Porém, simultaneamente, o medicamento é uma mercadoria que se relaciona com a reprodução societal. Encontra-se no limiar entre os objetivos do capital e as condições de sobrevivência da humanidade.

Frente a essa contradição, o Estado se apresenta como mediador. Segundo Mészáros (2006:106), a existência do Estado moderno é uma exigência para assegurar e proteger, permanentemente, a produtividade do sistema do capital. O Estado atua no sentido de controlar as próprias contradições do funcionamento desse sistema. Estas se dão na órbita da produção e controle, produção e consumo e produção e circulação de mercadorias e se manifestam sob a forma de antagonismos sociais. O Estado moderno complementa de forma

---

<sup>1</sup> O presente texto faz parte de pesquisa realizada nos anos de 2005/06 para tese de Doutorado defendida em 2007 na Universidade Federal de Santa Catarina sob a orientação da Prof. Dra. Bernardete W. Aued. A autora é professora do Instituto Federal de Educação, Tecnologia e Ciência de Goiás (IFGoiás) e da Universidade Estadual de Goiás (UEG).

indispensável esse sistema, estabelecendo uma relação única na história entre economia e política. Nesse sentido, pensar a intervenção do Estado na produção de medicamentos é pensar essa complementaridade, em que as forças do capital, personalizadas pela indústria farmacêutica, influenciam e disputam esse espaço, mas também o constituem, buscam nele a solução para seus impasses e contradições. Dessa maneira, a contradição entre a alta e sofisticada produção de medicamentos e o não acesso de grande parte da população do planeta a esse bem se torna exemplar para percebermos a contradição que dissocia produção e consumo, restando ao Estado tentar equacionar esse problema sem prejuízo ao capital.

A ação corretiva do Estado frente às contradições inerentes à produção da mercadoria medicamento tem sido feita de maneira sistemática, mas não se realiza sem conflitos, no interior do próprio Estado. O embate se dá entre aqueles setores da sociedade que defendem uma intervenção mais profunda sobre a produção, o consumo e o controle do processo produtivo, além de ações no sentido de estabelecer políticas que garantam o acesso aos medicamentos essenciais pelas populações pobres, e aqueles que defendem a liberalização completa do mercado.

Em diferentes momentos o Estado brasileiro procurou controlar a interferência do capital em aspectos relativos à saúde pública. Podemos assim destacar: em 1923, a criação do Departamento Nacional de Saúde; em 1937, a criação do Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; em 1961, a promulgação do Código Nacional de Saúde, que procurava estabelecer padrões básicos para controle sanitário de medicamentos e alimentos; em 1969, o Decreto Lei 986/69 que descentraliza a fiscalização sanitária para as secretarias de saúde dos estados, territórios e municípios; em 1976, o Decreto 79.056, que criou a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária; em 1977, o Decreto 74.170, que dispunha sobre a produção de medicamentos. A existência de uma rede de laboratórios públicos no país e a própria criação da CEME ( Central de Medicamentos), nos anos de 1970, podem também ser consideradas expressões da mediação realizada pelo Estado frente à produção e consumo de medicamentos.

Porém, como destaca Costa (1999), esse processo normativo que historicamente teve o poder executivo na dianteira, criando e encaminhando projetos de leis em momentos de crise aguda da saúde pública, freqüentemente foi descumprido com a omissão do próprio Estado. Vejamos o que ocorreu em período recente.

Nas duas últimas décadas do século passado e início deste não ocorreu nenhuma mudança estrutural no que diz respeito ao lugar ocupado pela produção brasileira de

medicamentos no mercado internacional, que se consolidou desde os anos de 1930.<sup>2</sup> Ao contrário, apesar de mudanças no que diz respeito à legislação sanitária, a lei de patentes, a produção de genéricos e às mudanças tecnológicas e organizacionais das empresas, o que se viu foi o aprofundamento da centralização de capitais no setor da produção de medicamentos impostas pela economia globalizada.

Na década de 1980, o Estado começou a abandonar a política desenvolvimentista assumida desde os anos de 1930 e passou a ter que se reajustar a outro modelo global de desenvolvimento econômico. Segundo Lamonier (1990), nesse período passam a coexistir, no Brasil, dois projetos econômicos, sendo um estatizante, em crise, e o liberal, em ascensão, que teve sua efetivação nas políticas que se seguiram nos anos de 1990. De maneira geral, podemos caracterizar essa crise do modelo desenvolvimentista/estatizante pelos altíssimos índices de recessão vivida desde o governo Figueiredo (1979-1985), associados a uma situação de crescimento inflacionário.

No governo Sarney (1985-1990), a continuação do quadro de elevada inflação desencadeou sucessivas tentativas de estabilização econômica por meio de planos econômicos, como Cruzado I e II e o Plano Bresser. Em 1988 a taxa de inflação chegou a 684,6% e no fim do governo Sarney atingiu a cifra diária de 2%, acumulando ainda um déficit público gigantesco.

O resultado dessa situação se fez sentir no setor de saúde. Apesar de a Constituição de 1988 representar avanços nas políticas públicas no que diz respeito ao capítulo da saúde, a década foi marcada por uma das piores crises do sistema previdenciário no Brasil, incluindo a atuação da CEME. Durante o Plano Cruzado, a situação referente aos medicamentos chegou a um ponto crítico. Por um lado, porque os fabricantes deixaram de produzir vários produtos que estavam com preços congelados; por outro, havia também a falta de frascos e de vidros para embalagens. No âmbito governamental, a CEME sofria sérios revezes, enfrentando um forte *lobby* da indústria farmacêutica privada, que não desejava a auto-suficiência do Estado na produção de medicamentos, nem mesmo daqueles considerados essenciais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1991).

---

<sup>2</sup> Desde esse período o Brasil alcançou uma posição de destaque no mercado mundial, no que diz respeito a produção e consumo de medicamentos, ao mesmo tempo em que apresentava forte dependência de matérias-primas importadas e incipiente produção e pesquisa de novos fármacos. Na década de 1950 o Capital Monopolista se faria expandir em todas as esferas da produção, inclusive o farmacêutico. Em 1969, todos os grandes laboratórios farmacêuticos europeus e estadunidenses estavam instalados no Brasil. No período de 1957 a 1975, o número de empresas de capital local, entre as vinte maiores, cai de cinco para apenas uma. Em 1977, dos vinte e três laboratórios instalados no país, que respondiam por 50% do faturamento total do setor, apenas um era nacional.

Nos anos de 1990, sob os governos Collor (1990-1992) e FHC (1994-2002), teve início a implantação das políticas liberalizantes no Brasil, seguindo orientação adotada pelos organismos internacionais desde a década anterior e que tinham como referência o receituário ditado pelo Consenso de Washington.

No que diz respeito à produção industrial, a política de estabilização do Plano Real sob o governo Fernando Henrique Cardoso produziu efeitos negativos. Segundo dados do governo, a indústria nacional perdeu, de 1994 a 1997, um mercado de 17,7 bilhões de dólares, fechou 450 mil postos de trabalho e acumulou um déficit comercial de mais de sete bilhões de dólares em 1996 (FIORI, 1997:92).

Ilustrativos, também do processo de liberalização, abertura e internacionalização econômica dos anos de 1990 são os dados sobre o Investimento Direto Estrangeiro no Brasil - IDE. Segundo Sarti e Laplane (2002:64), desde a segunda metade da década de 1990 o IDE teve uma trajetória ascendente, chegando, em 2000, à casa dos US\$32 bilhões líquidos. No caso brasileiro, parte considerável do IDE foi destinada à aquisição de empresas existentes, muitas delas empresas públicas cuja privatização em 1999, atingiu 30,7% do valor líquido do IDE. Nesse sentido, o IDE aprofundou o grau de internacionalização produtiva da economia brasileira. No ano 2000, 46% das 500 maiores empresas, no Brasil, eram estrangeiras, e em 1989 esse índice chegava a apenas 30%. O processo de internacionalização por meio do IDE atingiu, particularmente, o setor de serviços, com a privatização dos setores financeiros e de telecomunicações. Esse processo foi preponderante no setor farmacêutico, com resultados diretos sobre sua estrutura.

A abertura comercial que facilitou a importação de matérias-primas (fármacos), a liberalização dos preços de medicamentos<sup>3</sup>, bem como a nova Lei de Patentes e de genéricos, marcaram uma forte expansão do setor. O resultado desse conjunto de mudanças foi a retomada dos investimentos (QUEROZ E GONZÁLES, 2001).

Nesse contexto, a criação da Lei de Patentes se constituiu em um marco legal importante para a indústria farmacêutica no Brasil. A lei nº 9.279 foi aprovada em 1997 e trata de proteção da propriedade industrial. Até a promulgação dessa lei o Brasil agia de acordo com a lei nº 5.772/71.<sup>4</sup> Essa lei, no entanto, proibia a concessão de patentes, no Brasil,

---

<sup>3</sup> A liberalização dos preços nos anos 90 apresentou uma característica peculiar: o aumento do faturamento das empresas associado à diminuição das quantidades vendidas. Esse fato só ocorreu em virtude da elevação do preço médio dos medicamentos.. Cabe ainda lembrar que, no período a população brasileira aumentou em quinze milhões de pessoas, o que mostra uma forte restrição ao acesso a medicamentos pela população. Ver Frenkel (2001).

<sup>4</sup> Em 1884, a Convenção de Paris, fundou a União Geral para proteção da Propriedade Industrial, a qual incluía o setor farmacêutico na proteção às invenções e à propriedade industrial. Os produtos e processos da área

para os setores da indústria química, de alimentos, farmacêutica, nuclear, de misturas metálicas, técnicas operatório-cirúrgicas e terapêuticas e usos de microorganismos. Conseqüentemente, qualquer invenção nessas áreas era de domínio público no Brasil. Tal política visava permitir um salto tecnológico no setor. Na área de transformação obteve-se significativa transferência de tecnologia, mas o mesmo não ocorreu com a produção de fármacos.

Os Estados Unidos da América, desde os anos de 1970, passaram a exigir mudanças na forma de concessão de patentes. As discussões sobre a propriedade industrial passaram a ser feitas pelo GATT (Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio), que era um ambiente favorável aos estadunidenses. Segundo Bermudez (2004:69):

*Em Abril de 1994, encerrou-se a mais longa e complexa rodada de negociações sobre o comércio internacional – conhecida como Rodada Uruguai – no âmbito do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT), culminando na assinatura de uma série de acordos multilaterais e na criação da Organização Mundial do Comércio (OMC). Dentre os diversos acordos assinados pelos 123 países signatários, está o Acordo sobre Aspectos da Propriedade Intelectual Relacionadas ao Comércio (Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights) – o Acordo TRIPS.*

Para fazer parte da OMC os países tiveram que aceitar as condições impostas sobre a propriedade industrial. A adesão do Brasil à OMC levou à aprovação da atual Lei de Patentes. Pelo acordo firmado a partir da TRIPS os países não poderiam excluir nenhuma área tecnológica da concessão de patentes. No caso brasileiro, isso significava que teria que conceder patentes de medicamentos, substâncias químicas e alimentos. Essa lei instituiu o patenteamento de produtos e processos de forma generalizada pelo prazo de 20 anos. O objetivo político dessa adesão era atrair investimentos externos.

Segundo Bermudez (2004), foi o setor de medicamentos que esteve por detrás das pressões estadunidenses para a inserção do tema da propriedade industrial no âmbito do GATT. Vale a pena destacarmos que, na indústria farmacêutica, a proteção patentária é um forte instrumento de apropriação dos resultados de inovação, uma vez que os produtos recentemente lançados e protegidos por patente atingem um alto preço de comercialização e podem retardar a concorrência por parte de outras empresas. Nesse sentido, o acordo TRIPS representa uma barreira ao acesso aos medicamentos. As patentes possibilitam às empresas

---

farmacêutica ficaram patenteáveis no Brasil até 1945, com prazos de quinze anos para patentes de medicamentos e de dez anos para processos. A partir do Decreto Lei nº. 7.903 de 28/08/45 os produtos químicos farmacêuticos de qualquer tipo passaram a não ter mais patente reconhecida. O patenteamento de processos porém, vigorou até 1969, quando foram revogadas todas as formas de patentes existentes na área farmacêutica, através do decreto lei nº 1.005 de 1969. Relatório Final da CPI dos Medicamentos, Brasília, 2000.

farmacêuticas estabelecerem altos preços porque a demanda por medicamentos é inelástica ao preço. Ou seja, independente do preço, sempre haverá uma parcela da população disposta e com necessidade de consumi-los. No entanto, em países pobres como o Brasil existem poucos recursos para alocar nos sistema de saúde e os preços altos representam uma importante barreira ao acesso aos mesmos. Assim, nos anos de 1990, o Acordo TRIPS e a nova Lei de Patentes representaram uma vitória dos interesses da indústria farmacêutica mundial dentro do próprio Estado brasileiro. Porém, face aos aumentos abusivos de preços, a falência dos programas públicos de saúde e a pressão da sociedade, o Estado viu-se na posição de intervir como controlador da produção de medicamentos.

No período ocorreram três CPIs (Comissão Parlamentar de Inquérito) que tratavam da questão dos medicamentos. A primeira em 1993-94 e outra logo em seguida, em 1995. Em 1999 foi instalada uma última, que tinha como objetivo investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios. Nesse mesmo contexto foi criada a Lei dos Genéricos, como parte de uma política de assistência farmacêutica para o país.

Outras duas ações merecem atenção: primeiro a criação da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – em 1999, em substituição à VISA – Vigilância Sanitária, e o programa de revitalização dos Laboratórios Oficiais. A criação da Agência se insere dentro de uma proposta de modernização da vigilância sanitária no Brasil.<sup>5</sup>

É importante percebermos que toda essa movimentação ocorreu dentro do âmbito da formação do Mercosul e da necessidade de uma regulamentação e fiscalização claras quanto às questões sanitárias. Como nos indica Costa (1999:433), o sistema produtivo constitui o principal alvo da Vigilância Sanitária. Para a autora:

Os processos de trabalho desenvolvidos pelo aparato institucional estão fundamentalmente voltados para atender as demandas do segmento produtivo e o mercado revela-se a maior força impulsionadora de mudanças de práticas e normas.

Os destinatários finais, ou seja, os consumidores, vêm sendo mantidos ausentes das prescrições normativas e da construção regulamentadora. Não são informados dos riscos ou benefícios do consumo de determinados produtos, havendo uma espécie de usurpação de

---

<sup>5</sup> Segundo Gemal (2004:175): “O governo federal moderniza o sistema de vigilância que já existia – que uns consideravam cartorial, ineficaz, ineficiente, corrupto, enfim, todo uma série de adjetivos não muito agradáveis, mas que a qualificavam no passado. A criação da ANVISA[...]além do processo de modernização do ponto de vista administrativo, modernização do ponto de vista técnico e financeiro, na fonte de receita, da fórmula com que poderia trabalhar com a chamada independência financeira. São criadas novas taxas, são criados novos mecanismos para tornar a vigilância sanitária auto-suficiente.”

direitos e negação de elementos que poderiam concorrer para a elevação da consciência sanitária.

Integrante desse processo, a questão da qualidade total aparecerá como central nas novas normatizações sanitárias. Assim, por exemplo, a regulamentação da Lei de Genéricos pela Resolução 391/99 da ANVISA avança no sentido de aprofundar esse aspecto. No passado a qualidade era pensada apenas do ponto de vista do princípio ativo, sua correta identificação e pureza. A composição química era vista como uma garantia da qualidade desse medicamento. Posteriormente a técnica avança para a equivalência farmacêutica dos medicamentos. Com a política de genéricos e a discussão sobre a bioequivalência, outros aspectos físico-químicos, alguns aspectos da tecnologia de produção e da farmacologia passam a fazer parte da qualidade (GEMAL, 2004:178). Essa mudança incidirá sobre as rotinas e os fazeres dos trabalhadores da indústria farmacêutica.

Ainda no contexto de atuação do Estado é relevante enfocarmos a inserção dos Laboratórios Públicos Oficiais frente à produção de medicamentos no Brasil. Hoje a rede conta com 16 laboratórios oficiais. O surgimento desses laboratórios esteve relacionado à necessidade de combate a epidemias e produção de medicamentos, sendo que o mais antigo, o do Exército, surgiu ainda em 1808. Alguns centros de pesquisa também foram pioneiros: o Laboratório Bacteriológico, criado em 1892 (hoje Instituto Adolfo Lutz), foi o primeiro na pesquisa sobre a peste bubônica. Em 1899 um surto dessa peste em Santos, diagnosticado por Adolfo Lutz e Vital Brazil, precipitaria a criação do Instituto Soroterápico, na fazenda Butantã, para a produção de soros e vacinas, até então só produzidos no Instituto Pasteur, de Paris. No mesmo ano e com o mesmo objetivo seria criado um Instituto Soroterápico no Rio de Janeiro, na fazenda Manguinhos, desde 1908 Instituto Oswaldo Cruz (REVISTA RETRATOS DO BRASIL, 1980).

Em 1971 foi criada a CEME, numa tentativa de solucionar o problema do acesso a medicamentos por parte da população carente do país. A produção desses medicamentos deveria ser suprida pela rede de laboratórios oficiais. Segundo relatório elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz (1991), havia na sua fundação uma idéia nacionalista de autonomia do setor que, embora priorizasse a dimensão social da questão dos medicamentos, tinha desenvolvido uma proposta que considerava a perspectiva de um planejamento para o desenvolvimento científico e tecnológico acoplado ao desenvolvimento de uma indústria nacional de matérias-primas e medicamentos. A partir de 1975, esse projeto autonomista viria a enfrentar seguidos reveses e resistências em consequência de um novo arranjo político no interior do regime militar. A partir do Governo Geisel a CEME assumiu apenas as funções de

compra e venda de medicamentos, e os objetivos mais amplos constantes do projeto inicial foram colocados em segundo plano. Mesmo assim a CEME, que tinha uma estrutura centralizada de gestão, exerceu, juntamente com os laboratórios oficiais, influência na composição de preços de medicamentos.

Nos anos de 1980 e 1990 esses laboratórios passaram por um processo crescente de sucateamento e utilização limitada de sua capacidade de produção instalada. A extinção da CEME, que ocorreu no contexto de diminuição da intervenção do Estado, também significou um golpe para os laboratórios oficiais que perderam a sua principal fonte de financiamento e tiveram sua ação política fragmentada por falta de um órgão que os congregasse.

Segundo consta no Relatório Final da CPI dos Medicamentos (2000), a falta de investimento no campo da pesquisa e desenvolvimento, além da importação de fármacos, mantêm os laboratórios públicos reféns dos laboratórios internacionais, o que encarece os custos e inviabiliza a linha de produção. Além disso, os baixos ou quase inexistentes incentivos à produção e à distribuição são determinantes para a obsolescência ou mesmo ausência de equipamentos na maioria dos laboratórios. Agrava o quadro uma força de trabalho insuficiente, mal qualificada e mal remunerada. Apesar dessa situação, os laboratórios oficiais produzem a um custo muito inferior ao dos laboratórios privados.

No entanto, em 1999 sua produção equivalia a 10% do total das compras de medicamentos efetivadas pelo Ministério da Saúde. Em síntese, os laboratórios perderam a capacidade de servirem como reguladores de preços devido à porcentagem pequena de sua produção. Para se ter uma noção desse problema, no que diz respeito aos medicamentos essenciais e de alto custo, como os relacionados à diabetes e às doenças hipertensivas, cerca de 56% da demanda nacional não está contemplada na produção total da país, somadas as produções privadas e pública. Desses, 85% do total é produzido por laboratórios privados. Estima-se que no país existem cerca de 9,5 milhões de hipertensos e diabéticos que não têm acesso a esses medicamentos. Fica assim evidenciada a disparidade entre uma demanda crescente e a capacidade produtiva dos laboratórios oficiais (RELATÓRIO FINAL DA CPI DOS MEDICAMENTOS, 2000:83).

Em 1999, o governo federal deu início a um processo de modernização de seis laboratórios oficiais. Além de prever investimentos para reestruturar a gestão e a produção, a medida previa ainda reestruturar o seu modelo institucional, transformando os laboratórios em sociedades de economia mista e a instituição de contratos de gestão, em que estariam definidas as metas de produção, os investimentos e demais aspectos da relação entre os laboratórios e os governos estaduais e federal.



Na mesma direção caminham as conclusões do Relatório Final da CPI (2000:89), que em sua primeira recomendação às autoridades competentes diz:

*Os laboratórios públicos devem cumprir uma missão social, sob a ótica da indissociabilidade da política industrial com a política de saúde, mas operando sem subsídios e à base de contratos de gestão [...] Deve-se sanear financeiramente o conjunto dos laboratórios oficiais como forma de inseri-los no mercado, vedando-se, a partir daí, qualquer tipo de subsídio [...] Deve-se realizar investimentos permanentes na atualização tecnológica dos laboratórios públicos, cujos recursos devem ser gerados pela própria entidade, salvo situações excepcionais.*

Enfim, reconhece-se a necessidade da existência dos laboratórios oficiais para a consecução das políticas públicas relativas à saúde, mas, ao mesmo tempo, busca-se um modelo de funcionamento afinado com as regras e o princípio da produção privada de medicamentos, isentando o Estado da responsabilidade pela sua gestão.

### **Bibliografia**

- BERMUDEZ, Jorge; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora e CHAVES, Gabriela Costa. **O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública**. In: BERMUDEZ, Jorge.A.Z. (org). Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: ENESP, 2004.
- COSTA, Ediná Alves da Costa. **Vigilância Sanitária. Proteção e defesa da saúde**. São Paulo, Hucitec, 1999.
- FIORI, José Luís. **Os Moedeiros falsos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- FRENKEL, Jacob. **O mercado farmacêutico brasileiro: sua evolução recente, mercados e preços**. In: NEGRI Barjas e GIOVANNI, Geraldo. Brasil: radiografia da saúde. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Representação de interesses privados e formulação de políticas: o caso da indústria farmacêutica**. Relatório Final. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Fevereiro de 1991.
- GEMAL, André L. **Situação atual do sistema nacional de vigilância sanitária e a política de medicamentos genéricos no Brasil**. In: BERMUDEZ, Jorge.A.Z. (org). Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: ENESP, 2004.
- LAMOUNIER, Bolívar. **Antecedentes, riscos e possibilidades do governo Collor**. In: LAMOUNIER, Bolívar (org). De Geisel a Collor: o balanço da transição. São Paulo, Ed. Sumaré, 1990.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital. Rumo a uma teoria da transição.** São Paulo: Boitempo/Ed.Unicamp, 2002.

QUEIROZ, Sérgio e GONZÁLES, Aléxis J. Velazques. **Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica.** In: NEGRI Barjas e GIOVANNI, Geraldo. Brasil: radiografia da saúde. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

RELATÓRIO FINAL DA CPI DOS MEDICAMENTOS. **Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios.** Brasília, 2000.

REVISTA RETRATOS DO BRASIL. **A Ciência no Brasil.** Encarte. São Paulo: Política editora de livros, jornais e revistas, 1980.

SARTI, Fernando e LAPLANE, Mariano F. **O Investimento Direto Estrangeiro e a internacionalização da economia brasileira nos anos 1990.** Economia e Sociedade, Campinas, vol. 11, n. 1 (18), p. 63-94, jan/jun. 2002.