

TRANSFORMAÇÕES DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL E O GERENCIAMENTO DA SAÚDE

CHANGES IN THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN BRAZIL AND HEALTH MANAGEMENT

Carlos Pappini Júnior¹, Maria Cristina Sanches Amorim²

RESUMO

Transformações na base tecnológica da indústria e na produção de medicamentos e vacinas, na aquisição de medicamentos e no acesso à saúde iniciadas em 2000 estão mudando o negócio farmacêutico no Brasil. Da relação entre indústria e consumidores finais mediada pelo médico (conhecida como B2C), estamos diante da organização de relações entre indústria e outras organizações, principalmente públicas (denominadas B2B). Entre as consequências da transformação estão o redesenho das estratégias das empresas farmacêuticas, participação de outros profissionais (além dos médicos) na decisão da indicação dos medicamentos e necessidade de competências na área de farmacoeconomia e gestão de projetos para os profissionais envolvidos com saúde. Descritores: indústria farmacêutica; farmacoeconomia; economia da saúde.

ABSTRACT

Transformations in the technological basis of industry and in the production of drugs and vaccines, in the purchase of medications and access to health that started in 2000 are transforming the pharmaceutical business in Brazil. From the relationship between industry and consumers mediated by the doctor (known as B2C), we are faced with the organization of relations between industry and other organizations, mainly public (so-called B2B). Among the consequences of the transformation, there are the redesign of the strategies of pharmaceutical companies, the participation of other professionals (other than physicians) in the decision of indication of medicines and the need of specific skills in the area of Pharmacoeconomics and project management for professionals involved with health.

Key-words: drug industry, pharmaceutical economics; health economics.

AS TRANSFORMAÇÕES DA DÉCADA

A introdução dos genéricos em 2000, a criação do Profarma em 2004, o aumento dos gastos governamentais com a compra de medicamentos desde 2005, a emergência dos produtos de base biotecnológica e o crescimento dos programas de consumo subsidiado de medicamentos por empresas privadas estão mudando o negócio farmacêutico no Brasil. Esses fatos estão ampliando a relação comercial da indústria farmacêutica com outras organizações, públicas e privadas, fenômeno conhecido como *business to business* – B2B. O padrão convencional, o *business to consumer* – B2C – caracteriza-se pela interação comercial entre indústria farmacêutica na oferta e médicos e farmácias na demanda. Nosso objetivo é apresentar o B2B e suas consequências sobre a prestação de serviços de saúde.

Há mais de uma década, em 2000, a introdução do produto genérico no Brasil produziu alterações importantes no mercado e nas políticas públicas de acesso aos medicamentos.¹ O produto ampliou a participação das indústrias nacionais nas vendas e levou as multinacionais para segmentar seus portfólios. Os dados disponíveis não permitem avaliar se o aumento de vendas produziu aumento do consumo de medicamentos (melhorando o acesso) ou apenas migração de consumidores dos produtos de marca para o genérico.

O vencimento de patentes de drogas importantes nos próximos anos alimenta a expectativa de aumento da produção dos genéricos para 40% do mercado em 2017.² O crescimento das empresas nacionais por sua vez, ajudou a efetivação das políticas públicas de fomento à inovação da indústria farmacêutica local, como veremos mais adiante.

A quantidade e a qualidade dos gastos governamentais com a assistência à saúde são um tema polêmico, a maioria dos argumentos é posicionada, isto é, defende interesses – por isso mesmo, vale uma reflexão sobre uso de indicadores de gastos na análise dos serviços de saúde.

De acordo com a OCDE,³ nos sistemas de saúde da Austrália, Canadá e França mais de 70% do total de gastos são governamentais (dados coletados no período 2005/2011). No Brasil, os gastos públicos estão abaixo de 50%. Dado que presumivelmente os primeiros ofertam serviços de saúde de melhor qualidade, o padrão de gastos acima de 50% é usado como um parâmetro para os demais países. Assim, o Brasil gastaria pouco ou abaixo do ideal. O mesmo raciocínio vale para a comparação internacional dos gastos *per capita*, o Brasil posiciona-se abaixo dos níveis considerados ideais. Em contra partida, o sistema privado de saúde brasileiro é o segundo maior do mundo, atingindo 48 milhões de usuários em 2012, conforme dados da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que o leva a ficar abaixo apenas do sistema americano privado de saúde.

Vamos à análise. Primeiro, indicadores de gastos são proxies, isto é, não medem o fenômeno, a saber, o acesso e a qualidade dos serviços e, muito menos, o bem-estar do cidadão. Medem apenas os gastos, na suposição que quanto mais se gasta, melhores os serviços. Programas de prevenção e promoção de saúde, mais baratos que os curativos, podem derrubar o índice e rebaixar a posição do país no *ranking* internacional.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 3, p. 45 - 48, 2013

1. Administrador, mestre em Administração - PUC/SP, especialização em Economia e Gestão da Saúde - UNIFESP, sócio diretor da In Health Business Ltda., professor da BSP - Business School São Paulo.

2. Economista, professora titular do Depto. de Economia e do Programa de Pós-graduação em Administração, coordenadora do Curso de Economia e Comércio Internacional e do Núcleo de Pesquisa, Regulação Econômica e Estratégias Empresariais da PUC/SP.

Recebido em 2/8/2013. Aceito para publicação em 27/8/2013.
Contato: cris.amorim@puosp.br

Os EUA, por exemplo, têm elevado gasto *per capita* e sabidamente, um dos piores sistemas de saúde quanto ao atendimento universalizado e equânime.

Segundo, comparações internacionais, são frequentemente desatualizadas, têm bases estatísticas frágeis, comparam sistemas de saúde, custos, preços, rubricas orçamentárias e perfis epidemiológicos muito distintos e por medirem apenas os gastos, premiam os sistemas perdulários, e não os mais eficazes. Terceiro, a amplitude dos gastos públicos no sistema de saúde não é causa certa de maior acesso da população aos serviços. Assim, as comparações internacionais de gastos não deveriam ter muita importância na análise das políticas de saúde.

No Brasil, os gastos governamentais com medicamentos não apenas cresceram como evoluíram acima da média do crescimento do PIB e dos gastos totais com saúde. O fato, somado à aquisição quase exclusiva de biológicos (de alto custo) e aos programas de gratuidade e/ou subsídio à compra (provavelmente, irreversíveis), ampliam a importância do governo, notadamente o federal, como cliente da indústria farmacêutica.

No âmbito das políticas de saúde pública, o governo federal vem se pautando pelo fomento e gestão não apenas das atividades assistenciais, mas também do complexo econômico industrial da saúde – CEIS. O CEIS é o conjunto de atividades econômicas, notadamente da indústria farmacêutica, necessárias à superação dos problemas na oferta dos serviços de atenção à saúde. Trata-se de fomentar a produção nacional de medicamentos, vacinas e equipamentos para criar um ciclo virtuoso de redução de importação e custos das compras, de desenvolvimento e internalização da produção de produtos de média e alta intensidade tecnológica. Para leituras sobre o CEIS, sugerimos do artigo de Gadelha,⁴ pesquisador da Fiocruz e, atualmente, secretário do Ministério da Saúde. O Programa BNDES de apoio ao desenvolvimento do CEIS – Profarma – é a linha de crédito para o financiamento dessa política. Desde 2013, o foco do Profarma é a inovação, em particular, a biotecnologia.

A biotecnologia farmacêutica, por sua vez, é a produção de medicamentos e vacinas obtidas a partir da manipulação de microrganismos ou células geneticamente modificadas. São produtos de alto custo, a maioria é comprada apenas por governos e oferecida gratuitamente aos pacientes. É uma das principais tendências da indústria mundial e o governo brasileiro oferece incentivos de R\$ 7,6 bilhões às instituições públicas e privadas para o desenvolvimento de fármacos biotecnológicos, segundo o Ministério da Saúde.⁵

Os limites do subsistema de saúde pública (o SUS), as deficiências da regulamentação econômica do subsistema privado (a saúde complementar), a inoperância do direito do consumidor e a histórica baixa renda *per capita* resultam em severas dificuldades no acesso ao medicamento para muitos brasileiros. Por isso mesmo, o subsídio ao consumo de medicamentos oferecido pelas organizações aos seus funcionários é um benefício importante na gestão de recursos humanos.

A consultoria Towers Perrin,⁶ em sua Pesquisa de Benefícios (realizada em 2009, com 262 grandes corporações de capital nacional, multinacional e estatal), apontou que 61% das empresas oferecem programas de benefícios de medicamentos para funcionários e dependentes, e 41% dessas empresas oferecem algum tipo de subsídio, e 2% delas fazem o reembolso total do valor gasto com remédios. O *ticket* médio mensal do benefício farmácia foi de R\$ 31,35 (valor próximo do consumo da classe A, conforme apontado no estudo da Interfarma,⁷ de R\$ 31,62).

O subsídio de medicamentos pelas empresas impactam positivamente não apenas no aspecto clínico por conta do acesso efetivo do paciente à medicação prescrita pelo médico, mas também pela redução dos custos de absenteísmo que a enfermidade mal tratada pode gerar sobre o trabalhador.

A restituição dos gastos com medicamentos de parte das operadoras de seguro saúde (medicina de grupo, cooperativas e seguradoras) ainda é incipiente quando comparada a outros países, mas aponta para a mesma tendência. Apenas 24% da população brasileira, aproximadamente, possui cobertura suplementar de saúde, mas representa em torno de 48 milhões de pessoas,⁸ número que dá a dimensão do mercado real e potencial para a indústria farmacêutica. A saúde suplementar cresceu no período de 2003 a 2010, de 33.673.600 para 47.943.091 usuários,⁸ sem reduzir o número de usuários, mesmo durante a recessão econômica de 2008/2009.

O segmento das operadoras de planos e seguros é crescentemente concentrado, portanto, os clientes institucionais privados das farmacêuticas são principalmente, grandes empresas. Atualmente a relação comercial entre indústria farmacêutica e as grandes empresas operadoras de saúde se concentra na negociação da cobertura de medicamentos inclusos no rol de procedimentos da ANS, especificamente, drogas para uso hospitalar onde se concentra a obrigatoriedade determinada pelo rol.

AINDÚSTRIA FARMOQUÍMICA E O B2C

O negócio farmacêutico iniciado nos anos 50 do século 20 era um braço da indústria química voltado para a produção e comercialização de produtos para consumidores finais cuja demanda era influenciada pela farmácia e pelos médicos. Desde então, as indústrias organizaram grandes contingentes de vendedores e propagandistas voltados para o convencimento e persuasão dos médicos, que podem prescrever marcas, fenômeno denominado eloquentemente de “geração de demanda”. Não raro, encontramos companhias, principalmente aquelas sem fábricas instaladas no país, em que o volume de representantes de vendas representa de 30% a 50% de todo o número de colaboradores da empresa.²

O medicamento é pago pelo paciente nas farmácias, que são abastecidas pelos distribuidores (com exceção de algumas grandes redes de varejo) – é o chamado “ato de venda”. Assim, a venda real é constituída por duas etapas, a geração da demanda e a efetivação da venda. O acesso aos clientes é organizado sobre a frequência e sequência das visitas ao cadastro dos médicos. No geral, as visitas não são agendadas e duram em média de cinco a dez minutos. O foco do trabalho do vendedor é o produto, concentrado na construção de marcas impulsionadoras das vendas. A necessidade do cliente é secundária, a argumentação é feita pelas características e benefícios clínicos do produto.

A principal competência do vendedor é a capacidade de persuasão para a construção de relacionamentos sustentados pelo carisma e troca de favores. O conhecimento determinante é sobre os produtos e a abordagem ao cliente, treinada pela indústria é padronizada.

O B2C

A indústria farmoquímica ainda é a base do negócio, mas compartilha crescentemente o espaço com a indústria biotecnológica na produção do valor. O vetor mais importante rumo ao B2C é a emergência dos clientes institucionais que

alteram o processo de vendas, ou seja, da realização do valor.

O pagador institucional interfere na prescrição e decide a aquisição e pagamento dos medicamentos (parcial ou total), instituindo o B2B (*business to business*), interlocução comercial entre organizações de porte econômico e organizacional semelhantes. O ciclo das vendas é ampliado no tempo e no rol de argumentos de vendas, que inclui aspectos farmacoeconômicos (área da economia que avalia a relação custo-benefício dos medicamentos).

As vendas são consolidadas a médio e longo prazo, uma vez que, na maioria das vezes, o processo do mapeamento do cliente, prospecção, negociação e fechamento leva um tempo maior que o padrão, dados os volumes negociados e a formalidade das relações corporativas.

O contato com os clientes ocorre conforme a demanda de uma das partes ou de ambas e também pela necessidade de conclusão do negócio. As visitas devem ser previamente agendadas e chegam a durar mais de uma ou duas horas. Diversos são os interlocutores, devendo ser classificados em decisores e influenciadores em uma mesma conta — cliente. O cliente é um executivo com agenda rigorosa, a obtenção do primeiro acesso possui dificuldade maior e, não raro, com restrições dadas pelo cargo ou função.

O foco do trabalho do vendedor (ou, do profissional de acesso, na terminologia da indústria) é o cliente, a equipe comercial deve abordá-lo para compreender necessidades e estar pronta para adaptar produtos, propiciar valor agregado por meio de serviços e diferenciar-se dos concorrentes. A venda assemelha-se à consultoria, distanciando-se da transação comercial simples.⁹

As competências fundamentais da equipe de venda são de negociação e visão estratégica dos negócios da indústria. Trata-se de construir relações de médio e longo prazo. No campo técnico, o profissional deve conhecer farmacoeconomia e gestão de projetos, cada negociação será inédita. No campo comportamental, a abordagem é de representação institucional e de consultor capaz de propiciar soluções particularizadas e inéditas a cada um dos clientes.

A transação comercial dá-se entre organizações, a negociação das vendas é centralizada nos órgãos governamentais ou nas operadoras de saúde. O elevado preço do produto e o grau de complexidade da patologia requerem um cuidado maior por parte do gestor da saúde, seja ele público ou privado. Essa nova relação corporativa-institucional passa a ser atendida por intermédio de uma equipe especializada e exclusiva, chamada de acesso, que tem sob sua responsabilidade não apenas uma linha de produtos, mas o portfólio inteiro de produtos da companhia.

A relação B2B estabelece forma própria para a realização do valor. Perdem espaço instrumentos como apoios e patrocínios médicos e ganham as técnicas e recursos para negociações institucionais. A missão principal da equipe é ampliar o acesso dos pacientes aos produtos da companhia e, na sequência, abordar o pagador institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o desenvolvimento das políticas públicas de saúde está transformando os medicamentos em bens públicos, no sentido que o acesso é assegurado independentemente da renda individual e que o consumo individual traz benefícios coletivos: pessoas saudáveis são mais produtivas, por exemplo, contribuindo para o bem-estar de todos.

A consequência imediata da emergência do B2B é alteração do negócio da indústria farmacêutica, sujeito e ao

mesmo tempo objeto do processo, levada a readequar as equipes de vendas, os critérios para fixação de preços e as receitas para negociar com os clientes institucionais.

Nos anos 70, no Brasil, a organização das primeiras operadoras de planos de saúde inseriu uma importante intermediação na relação médico – paciente e no exercício da profissão de medicina. O B2B também tem potencial para alterar a relação entre o médico que prescreve medicamentos e o paciente, substituindo-a por relações entre organizações que, por sua vez, estabelecem os produtos e as dosagens consumidas pelos pacientes, os chamados protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento.

A demanda por medicamentos pelo cidadão é, de acordo com a teoria econômica, assimétrica quanto à informação necessária para a melhor escolha possível para o dinheiro disponível. Dito de outra forma, o paciente não sabe o suficiente para escolher sua medicação, pode pagar pelo produto, mas a escolha é feita pelo médico (exceção feita aos medicamentos isentos de prescrição), que conhece os critérios de prescrição. Na falta do médico, o funcionário da farmácia pode interferir na escolha. No B2B, a assimetria entre pacientes e prescritores não é relevante e outros saberes, como a farmacoeconomia e a gestão dos sistemas de saúde, tornam-se necessários à decisão pelo medicamento. A decisão antes restrita ao médico e baseada na medicina, agora tende a ser compartilhada com outros profissionais.

Clientes institucionais colhem e organizam informações estruturadas sobre o uso de medicamentos, adquirindo capacidades de rever protocolos (e intensificar seu uso) e fazer sugestões para políticas de saúde (veja-se por exemplo, a experiência das empresas gerenciadoras de benefício farmácia no artigo de Jorge Sousa, em 2009, referenciado na bibliografia).¹⁰ Os vetores selecionados indicam a tendência de maior gerenciamento institucional da saúde do indivíduo e uma interferência direta no ato médico enquanto escolha de procedimentos e medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências [internet]. Brasília, DF; 1999 [acesso em 25 set. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm.
2. Pappini Jr C. Liderança e indicadores de desempenho da equipe de acesso e vendas institucionais da indústria farmacêutica no Brasil [dissertação]. São Paulo: PUC-SP; 2012.
3. Organization for Economics Co-operation and Development [Internet]. Paris: OECD; 2013 [acesso em 25 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.oecd.org/>.
4. Gadelha CG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):521-35.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Dados da Secretaria Ciência Tecnologia e Insumos estratégicos com base nos dados do DAF, DECIIS e NIVES/SV. Carlos Gadelha, apresentador. São Paulo: Evento Interfarma; 2013.
6. Towers Perrin. Planos de benefícios no Brasil: 27ª pesquisa. São Paulo: Towers Perrin; 2009.
7. Interfarma. Relatório do estudo sobre acesso ao mercado. São Paulo: Interfarma; 2008.
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro: ANSS; 2011.
9. Ingram TB, LaForge RW, Avila RA, Schwepker CH Jr, Williams MR. Gerenciamento de vendas: análise e tomada de decisão.

10. São Paulo: Cengage Learning; 2008.
Sousa JAR. Gerenciamento do benefício em medicamentos: instrumento de informações para prevenção e promoção de saúde. In: Perillo EBF; Amorim MCS, organizadores. Para entender a saúde no Brasil. São Paulo, LCTE; 2009. v. 3.



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes da PUC-SP

Diretoria

*Enio Marcio Maia Guerra
João Luiz Garcia Duarte
Celeste Gomes Sardinha Oshiro
José Eduardo Martinez
Dirce Setsuko Tacahashi
Nelson Boccato Jr.*