



GUSTAVO RAFAEL DE ALBUQUERQUE SANTOS

**O DESEQUILÍBRIO FATAL: REFLEXÃO SOBRE AS DOENÇAS  
NEGLIGENCIADAS**

João Pessoa

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

**GUSTAVO RAFAEL DE ALBUQUERQUE SANTOS**

**O Desequilíbrio Fatal: Reflexão sobre as Doenças Negligenciadas**

Trabalho apresentado como requisito para a conclusão do curso de Relações Internacionais pela Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes.

João Pessoa

2019

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S237d Santos, Gustavo Rafael de Albuquerque.  
O Desequilíbrio Fatal : reflexão sobre as doenças negligenciadas / Gustavo Rafael de Albuquerque Santos.  
- João Pessoa, 2019.  
48 f. : il.

Orientação: Henrique Zeferino de Menezes.  
Monografia (Graduação) - UFPB/CCSA.

1. Doenças Negligenciadas. 2. Propriedade Intelectual.  
3. Direito à Saúde. I. Menezes, Henrique Zeferino de.  
II. Título.

UFPB/CCSA

GUSTAVO RAFAEL DE ALBUQUERQUE SANTOS

**O DESEQUILÍBRIO FATAL: REFLEXÃO SOBRE AS DOENÇAS  
NEGLIGENCIADAS**

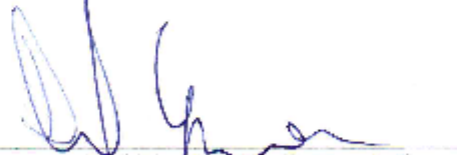
Monografia apresentada ao Curso de Relações Internacionais da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel (a) em Relações Internacionais.

Aprovada em: 10 / 05 / 2019


**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes – (Orientador)  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof. Me. Daniel de Campos Antiquera  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Me. Luciana Correia Borges  
SEECT – Secretaria de Estado da Educação e da Ciência  
e Tecnologia da Paraíba – PB

## RESUMO

O presente trabalho realiza, em perspectiva teórica, um estudo de revisão da literatura e das produções científicas acerca do pertencimento e do impacto das doenças negligenciadas no contexto internacional, tomando por base as incursões da temática de propriedade intelectual e os rescaldos comerciais no eixo de saúde e acesso a medicamentos, focalizando em um trabalho de exegese conceitual. Nesse sentido, com a globalização dos direitos de propriedade intelectual, ao final do século XX, e com a conformação de um novo regime internacional referente ao resguardo das produções industriais, o acesso ao progresso científico se tornou cada vez mais precário e as assimetrias norte-sul cristalizaram, assim, o atraso e o esquecimento das questões enfrentadas pelo terceiro mundo. Dessa maneira, com a ausência de financiamento público e com a carência de incentivos econômicos no sentido de providenciar mais atenção aos problemas endêmicos de países com baixa renda, persistem, majoritariamente nesses países periféricos, as denominadas doenças negligenciadas, que representam um flagelo persistente no histórico das populações excluídas. Assim, realiza-se uma trajetória histórica dos esforços que foram desenvolvidos sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o propósito de abordar questões urgentes de saúde pública com o enfoque característico de articular projetos para o enfrentamento de desafios arborizados no sistema internacional. Esse trabalho, portanto, examina a interação entre as disparidades econômicas e o ônus das doenças negligenciadas, a estrutura de saúde nos países em desenvolvimento e a maneira pela qual os direitos de propriedade intelectual se relacionam com o direito à saúde nos países pobres. A priorização do tema do trabalho parte da urgência de se perceber algo tão importante quanto a saúde humana e tão próximo, uma vez que o Brasil é o país de maior prevalência dessas doenças nas Américas e pretende depositar luz para a atual alocação de recursos materiais e imateriais, conformando uma análise sobre como a subordinação da esfera de saúde à esfera econômica é oposta ao desenvolvimento e ao bem-estar da população global, como assim demonstram os resultados.

**Palavras-chave:** Doenças Negligenciadas; Propriedade Intelectual; Direito à Saúde.

## ABSTRACT

The present work, in theoretical perspective, is a study of the literature and the scientific production about the belonging and impact of neglected diseases in the international context, based on the incursions of the theme of intellectual property and the commercial aftermath in the health axis and access to medicines, focusing on a conceptual exegesis work. In this sense, with the globalization of intellectual property rights, at the end of the twentieth century, and with the formation of a new international regime regarding the protection of industrial production, access to scientific progress became increasingly precarious and the North-South asymmetries thus crystallized the backwardness and forgetfulness of the issues facing the Third World. Therefore, with the lack of public funding and the lack of economic incentives to provide more attention to the endemic problems of low-income countries, the majority of these neglected diseases persist in the peripheral countries, which represent a persistent scourge in the historical of excluded populations. Accordingly, a historical trajectory of the efforts that have been developed under the auspices of the World Health Organization (WHO) with the purpose of addressing urgent questions of public health with the characteristic focus of articulating projects to the confrontation of tree-lined challenges in the international system is performed. This paper consequently examines the interaction between economic disparities and the burden of neglected diseases, the health structure in developing countries, and the way in which intellectual property rights relate to the right to health in poor countries. The prioritization of the topic of work starts from the urgency of perceiving something as important as human health and so close, since Brazil is the country with the highest prevalence of these diseases in the Americas and intends to shed light on the current allocation of material and imaterial resources making an analysis of how the subordination of the sphere of health to the economic sphere is opposed to the development and well-being of the global population, as the results demonstrate.

**Keywords:** Neglected Diseases; Intellectual Property; Right to Health.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1. DOENÇAS NEGLIGENCIAS: O ÔNUS PARA OS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. ECONOMIA POLÍTICA: O MONOPÓLIO .....</b>	<b>26</b>
2.1 MEANDROS DA PROPRIEDADE INTELECTUAL.....	26
2.2 TRIPS: PADRÕES IGUAIS EM CONTEXTOS DIFERENTES .....	28
<b>3. DO DIREITO À SAÚDE.....</b>	<b>32</b>
<b>4. DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO BRASIL .....</b>	<b>37</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>

## INTRODUÇÃO

A saúde mundial encontra-se em um estado de convalescença. A vida se integrou ao escambo que se tornou a supervivência, e o degrado humano por externalidades banais é a regra; ainda mais quando falamos do infortúnio que é nascer em um contexto em que os meios para sobreviver estão atados aos interesses de uma minoria.

Imaginar o desnível brutal que se consolidou entre os eixos globais e perceber o precipício de oportunidades que várias populações no mundo têm que encarar todos os dias, reflete a realidade que se conforma em nosso sistema. Sobre tal configuração confecciona-se o presente trabalho, tendo como farol que norteia a presente análise, o lastro ético e os direitos humanos fundamentais, e o objeto à deriva sobre o qual se observa, à luz daquele, as doenças negligenciadas.

Nesse sentido, em ataque ao tema, o fato de que afetam uma maioria substancial da população mundial sem se dar a devida atenção faz com que estas se tornem um tema precípua de análise. As Doenças Negligenciadas, apesar de não apresentarem níveis de mortalidade tão altos em comparação com outras doenças, detêm uma carga global em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) – resultado da soma dos anos de vida perdidos por morte prematura mais os anos perdidos por incapacidade –, que excede em muito o impacto que doenças mais visadas, como a AIDS/HIV, tem sobre a população afetada (FENWICK, 2012).

As deficiências decorrentes das Doenças Negligenciadas são reveladas através de dor crônica, disfunção de órgãos e outras condições que podem levar a longos períodos de invalidez e permanência em unidades de saúde, quando disponíveis. Além disso, algumas dessas doenças apresentam sintomas ostensíveis, como a desfiguração de partes do corpo, o que não apenas cria um fardo para a pessoa que carrega a doença, como também gera um estigma com graves efeitos psicológicos no paciente infectado, o qual com frequência é obrigado a se retirar da vida social (SILVA, 2013).

A pobreza desempenha claramente um papel importante, quando se analisa o espaço amostral das classes da sociedade ou grupos étnicos afetados por este grupo de doenças. Nesse sentido, a maioria dessas enfermidades é transmitida devido à falta de medidas sanitárias apropriadas e à ausência de água potável e infraestrutura adequada de moradia.

Disparidades na saúde sempre existiram dentro de países e em todo o mundo. O gradiente social é disposto em causa da distribuição desigual de poder, renda, bens e

serviços e a conseqüente injustiça nas circunstâncias imediatas e visíveis da vida das pessoas (MARMOT *et al*, 2008). Nesse sentido, a problemática é formatada por uma confluência de aspectos, os quais importam para a compreensão da questão, não sendo o provimento de infraestrutura e aparatos materiais, em si, emancipadores de pessoas.

De acordo com Marmot (2008, p.1):

Essa distribuição desigual de experiências prejudiciais à saúde não é, em nenhum sentido, um fenômeno natural, mas é o resultado de uma combinação de políticas e programas sociais deficientes, arranjos econômicos injustos e políticas ruins. Juntos, os determinantes estruturais e as condições da vida cotidiana constituem os determinantes sociais da saúde e causam grande parte da desigualdade de saúde entre e dentro dos países.

Por isso, aliada a essas causas está a falta de ação por parte dos governos locais em tomar medidas simples nesses campos identificados e melhorar o processo informativo-educacional acerca de como evitar os hábitos que possibilitam a proliferação dessas máculas, cristalizando, assim, um circuito de descaso e falta de informação que perpetua a sistematicidade do problema.

Desse modo, é verdade que a corrupção e a organização insuficiente do sistema de saúde ajudam a perpetuar as doenças negligenciadas, mas é importante não perder de vista que há também uma insuficiência material e de recursos orçamentários que impede os governos dos países em desenvolvimento, especialmente os de baixa e média renda, que ao não disporem de somas pecuniárias consideráveis se encontram em um contexto impeditivo para realizar o que se espera da sua parte.

Em que pese ainda mais a balança, os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPs) aumentaram notadamente o poder e a influência das empresas farmacêuticas de países desenvolvidos em todo o mundo, aumentando a gravidade e o enredamento da discussão.

Nesse ínterim, uma perspectiva mais vantajosa de lucros favoreceu o desenvolvimento de medicamentos em todos os mercados desenvolvidos, enquanto as necessidades da grande maioria das pessoas, especialmente aquelas infectadas com as doenças em questão, nos países pobres, foram deixadas desacompanhadas, o que contribuiu significativamente para o crescente aumento das disparidades na saúde global (HOEN, 2009).

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, cerca de 90% da pesquisa e desenvolvimento de medicamentos é direcionada para os 20% mais ricos da população global, demonstrando de quem deve partir a iniciativa de transformar a realidade e expondo que, de fato, a consecução dos instrumentos de ajuda externa tornou-se imprescindível para salvar e melhorar vidas em países em necessidade (HOTZ, 2014).

Essa disparidade no acesso à saúde e a um conjunto de outros direitos humanos fundamentais entre populações abastadas e pobres, especialmente em relação a doenças infecciosas e doenças negligenciadas, desencadeou a questão do acesso a medicamentos em muitos países em desenvolvimento (SELL, 2002). Assim que, sendo a aplicação do TRIPS a tradução dos interesses de companhias farmacêuticas e países desenvolvidos, a implicação desses dois atores é uma condição *sine qua non* para reduzir o fardo sobre os países pobres sem condições de fornecer medicamentos aos seus.

Dessa maneira, a pauta dos direitos humanos, como uma ferramenta que poderia atenuar alguns dos efeitos deletérios do TRIPS, poderia ser uma estratégia para aumentar os resultados humanitários para as populações pobres. No entanto, a conquista dos direitos humanos, assim como o direito à saúde, não acompanha necessariamente o crescimento econômico, da mesma forma que não ajustou o sistema de proteção à propriedade intelectual aos seus princípios elementares (SMITH, BOLYARD, IPPOLITO, 1999).

Nessa conjuntura, as doenças negligenciadas, bem como uma série de outras questões nucleares para o funcionamento contínuo e digno de muitas comunidades, não recebem atenção pois, elas não são propriamente abordadas como uma ameaça à saúde mundial, destacando a preocupação deserta que se tem com o outro.

Partindo desse arcabouço conceitual internacional, o presente trabalho irá dispor como essa conjunção de fatores é disposta globalmente, apontando para além, de maneira ilustrativa, a situação do Brasil, país que, no bloco regional em que se encontra, é o mais afetado pelas doenças negligenciadas e que apresenta uma dinâmica peculiar em relação aos Acordos multilaterais de proteção aos direitos de propriedade intelectual em comparação aos demais estados que serão incorporados na análise sob o termo de países subdesenvolvidos.

Nesse diapasão, o presente trabalho tem por objetivos principais, na ordem da disposição dos capítulos: (i) Apresentar o debate doutrinário sobre as doenças negligenciadas; (ii) Indicar a atual condição e prevalência de doenças negligenciadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento; (iii) Explorar o regimento de propriedade

intelectual e seus padrões internacionais setorizados à questão em análise; (iv) Abordar a aglutinação da esfera de saúde pela esfera econômica; e (v) Abarcar um compilado final sobre a realidade da questão dentro do Brasil.

Para obtenção de tais objetivos, foi empenhada, mediante análise documental, revisão bibliográfica, discussão teórica e exegese conceitual, uma metodologia de caráter exploratório-descritivo visualizada pelo propósito de sondagem e identificação da problemática e o estabelecimento, uma vez conhecido o assunto, de uma compreensão particular sobre a realidade existente. Ademais, conforma-se uma abordagem qualitativa de pesquisa porquanto se abarca um tipo de investigação pautado na subjetividade do problema, sem se voltar para um aporte estatístico de mensuração numérica.

Assim, mesmo reconhecendo as limitações do trabalho diante do campo de análise, busca-se apresentar um apanhado abrangente da discussão sobre o tema com a finalidade de contribuir com o debate sobre a questão.

## **1. DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: O ÔNUS PARA OS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO.**

As doenças negligenciadas constituem um rol taxativo de dezessete doenças infecciosas – que serão listadas mais a frente no trabalho – que afetam a vida de centenas de milhões de pessoas no mundo pobre. As razões para a sua disseminação variam, mas sua aparição pode ser atribuída à pobreza, a moradias precárias, à alta densidade populacional e às condições de vida inseguras ou inadequadas, juntamente com condições ambientais (THAKUR, 2011).

A adjetivação dessas doenças em nome da sua negligência se dá porque o desenvolvimento de produtos farmacêuticos é privativo a empresas, governos, universidades e outras partes interessadas que não percebem o progresso nos setores carentes como suficientemente atraente para a realização de investimentos – que partem em sua abundância da rede privada. Ademais, uma vez que o mercado potencial para essas doenças é composto por pessoas vivendo abaixo ou em torno da linha da pobreza, pesquisas e fundos insuficientes são dispensados ao aperfeiçoamento dos meios de enfrentamento contra essas doenças, especialmente quando se põe em perspectiva os mercados de países desenvolvidos rentáveis.

Em perspectiva geográfica, essas doenças afetam principalmente pessoas que vivem em países tropicais, contidos em um cinturão de subdesenvolvimento, onde a falta de infraestrutura aumenta a probabilidade de doenças infecciosas, sobretudo diante do bioma nativo completo de condições favoráveis para a proliferação de vetores transmissores. Assim, doenças como malária, esquistossomose, cegueira dos rios e febre amarela não são facilmente controláveis porquanto nas regiões tropicais a disseminação de mosquitos transmissores é constantemente prevalente devido a um clima sem estações definidas. Contudo, é importante não cair na retórica amplamente difundida do determinismo geográfico, visto que essa situação é resultante da conjunção das dimensões de desenvolvimento econômico, social e político, não se restringindo a sobreposição geográfica (MOREL, 2006).

Estima-se que o impacto das doenças negligenciadas seja considerado significativo na vida de aproximadamente um bilhão de pessoas por meio de incapacidades e deformidades graves e permanentes (OMS, 2003). Atualmente, o prognóstico deve ser ainda mais aterrador, com esse grupo de 17 doenças arraigado em

locais com padrões socioeconômicos desfavoráveis, os quais não têm acesso suficiente a água potável e saneamento adequado.

Nesse contexto, visto que investir em pesquisa e desenvolvimento para uma doença específica ou tratamentos para diminuir seus efeitos envolve quantias consideráveis de dinheiro que esses países não possuem, sobretudo por causa de uma concentração na renda que não cria um mercado consumidor significativo, não se percebe incentivos para aplicar empenho de capital na resolução desse tópico.

Em contraste, nos países desenvolvidos, onde uma classe média difundida consolida um mercado atraente para o desenvolvimento de produtos, medicamentos de ordem secundária como os referentes ao combate da calvície e profiláticos estéticos acabam detendo grande parte dos empenhos privados, e, por compreensão tácita, as doenças de países em estágios de baixa difusão tecnológica não recebem o mesmo tipo de atenção por não fornecer retorno suficiente para os investimentos em P&D invertidos.

É válido ressaltar que, melhores resultados de saúde são um pré-requisito para que os países alcancem taxas mais altas de desenvolvimento social e econômico, entretanto, por não possuírem meios suficientes para investir em saúde, os países em desenvolvimento ficam presos dentro do ciclo da pobreza (OCDE, 2003). De mais a mais, colocar ênfase no crescimento econômico não é suficiente, já que um país atormentado por doenças dessa espécie não pode ter condições de prosperar de forma sustentável.

Como consequência, o rescaldo dessa falha social transborda para a esfera econômica desses países, provocando perda de produtividade e comprometimento da população economicamente ativa, posto que as populações com deficiências de saúde são certamente menos produtivas e, frequentemente, incapazes de participar do estrato populacional economicamente prolífico do país. Nesse cenário, é improvável que haja crescimento econômico alinhado a um desenvolvimento difundido, cristalizando, por conseguinte, o conceito de “países geograficamente desfavorecidos” (HAUSSMANN, 2001).

Desassistidos e conformados a sua situação precária de falta de tratamento apropriado, recursos significativos e diversos outros inconvenientes, o preço que os países pobres precisam pagar vai muito além das despesas fixadas com saúde e com a produtividade dos empregados. Nessas condições, é importante entender que a saúde é um contribuinte ainda mais importante para o desenvolvimento econômico de uma nação do que pode parecer, especialmente quando a força motriz dessa economia é composta

significativamente de uma população envolvida em trabalho manual (BLOOM, CANNING, JAYPEE, 2004).

Outrossim, o fluxo de investimentos, como forma de atenuar as disparidades de saúde em todo o mundo, não leva em conta, necessariamente, as condições locais. Pelo contrário, em certos casos, pode legitimar regimes corruptos, financiando-os e comprometendo ainda mais a escassez de recursos disponíveis para os cuidados com a saúde.

É assim, com a ausência de financiamento público e com a carência de incentivos econômicos no domínio de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), no sentido de providenciar mais atenção a infraestrutura e ao desenvolvimento de novos medicamentos destinados a problemas endêmicos de países com baixa renda, que perduram, majoritariamente nos países periféricos, as denominadas doenças negligenciadas – foco da presente análise –, que representam um flagelo persistente no histórico das populações excluídas.

Mecanismos de mercado, e também pesquisas de financiamento público, resultam coletivamente em muito pouco investimento no âmbito de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) sobre doenças que afetam principalmente países em desenvolvimento. Significa dizer que, as pessoas pobres sofrem e morrem porque não há tecnologias de saúde eficazes como medicamentos, vacinas ou diagnósticos, e quando se tem, não são acessíveis.

Os mercados falham porque os direitos de propriedade intelectual não são um incentivo eficaz nessas circunstâncias, e o investimento público é, ademais, dominado pelo mundo rico e suas próprias necessidades de saúde. Este é o desafio para o mundo como um todo que guiou a presente discussão. A argumentação e o debate aqui apresentados foram moldados através da constatação que encontrar soluções é responsabilidade de todos neste mundo interdependente, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “doenças negligenciadas” é o termo adotado para designar o grupo de doenças infecciosas que afetam quase que exclusivamente populações pobres de países em desenvolvimento, configurados por uma situação remota distante do alcance de um sistema de saúde minimamente adequado. Nesse sentido, são doenças fortemente associadas às condições de pobreza e se proliferam em ambientes evidenciados pela exclusão social (ANDRADE, 2015).

Em perspectiva conceitual, nas palavras de Vasconcelos, “estas são doenças negligenciadas pelo capital, isto por sua irrelevância enquanto nicho de rendimento

econômico, conferindo elevada morbidade às populações acometidas” (2015, p.114). Em decorrência disso, a negligência acaba por representar, no âmbito pragmático, um reflexo da ausência de tratamentos adequados suportados por medicamentos velhos e de difícil administração.

Segundo Andrade (2015, p. 106),

a negligência que permeia o histórico de determinadas doenças transmissíveis associadas à pobreza impacta diretamente as condições sociais e econômicas de populações marginalizadas, que habitam, em sua grande maioria, as áreas pobres de países de baixa e média renda.

Cruz (2010), incursionando sua análise ao contexto brasileiro, apresenta que:

Os fatos que levam essas doenças negligenciadas a terem maior incidência nos países pobres é o baixo índice de saneamento básico, pouco ou nenhum investimento na pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, baixa produção de medicamentos nos laboratórios oficiais e insuficiente financiamento às empresas privadas de pesquisa e desenvolvimento (CRUZ, 2010, p.33).

Além disso, sob o prisma econômico, essas são doenças negligenciadas pela lei de mercado, que por afetarem quase que exclusivamente populações pobres, sem poder de compra, acabam não gerando, de maneira natural, incentivos para que o setor farmacêutico invista em inovação e concentre esforços e capital no desenvolvimento de novos medicamentos. Nesse sentido, institui-se, dentro desse cenário, um preocupante mal funcionamento da lei de demanda e oferta e, dessa maneira, milhões de pessoas são largadas dentro do domínio do esquecimento.

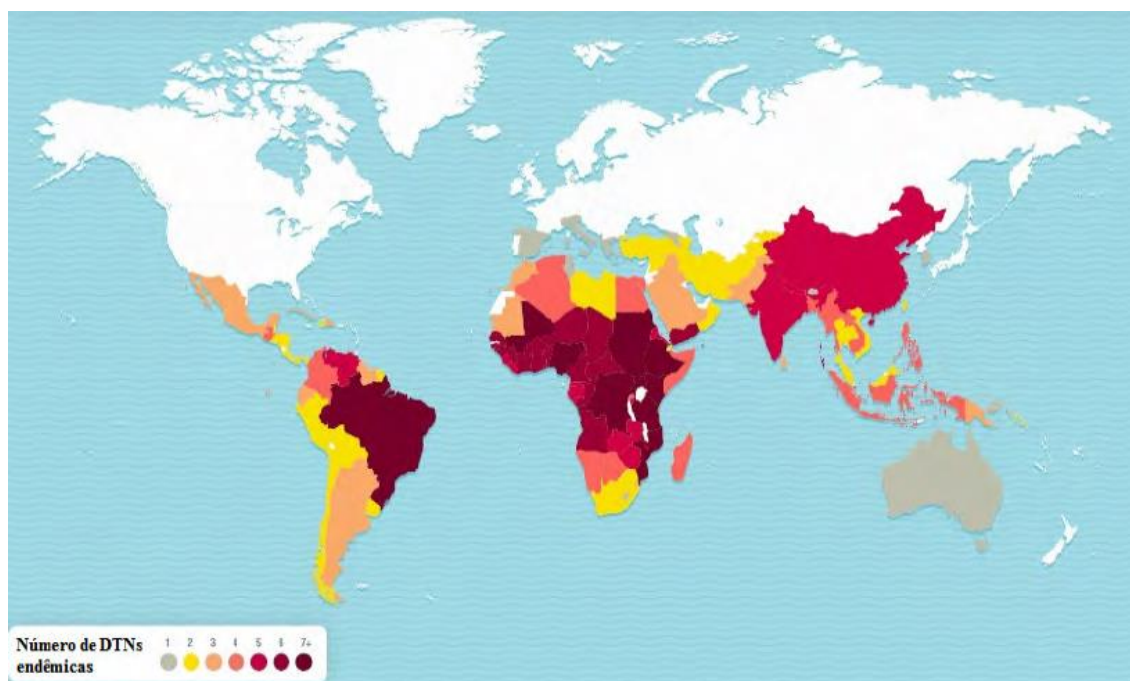
Desse modo, é importante notar que, a marginalização acontece tanto a nível econômico, com a falta de estímulos em P&D por ambos os setores – governos e indústrias –, quanto a nível político ao se constatar a escassez de interesse por parte dos atores primeiro-mundistas em reverter a situação de omissão estabelecida, perpetuando, portanto, as disparidades e a pouquidade de recursos desses países de terceiro mundo. Cooperar para a solução das dificuldades enfrentadas do mundo adjacente, então, faz-se necessário.

O quadro abaixo apresenta a lista de doenças negligenciadas consideradas pela Organização Mundial de Saúde:

<b>Doenças Tropicais Negligenciadas</b>	
Úlcera de Buruli	Teníase e Neurocisticercose
Doença de Chagas	Dracunculíase
Dengue	Equinococose
Raiva	Filariose Linfática
Tracoma	Micetoma
Bouba	Oncocercose
Hanseníase	Esquistossomose
Tripanossomíase humana africana (Doença do Sono)	Helmintíase transmitida pelo solo
Leishmaniose	-----

Fonte: NORRIS, 2012

A imagem a seguir aponta a distribuição geográfica das Doenças Negligenciadas no mundo:



Fonte: MELO, 2015

Nessa toada, a temática de doenças negligenciadas é envolta em um amplo conflito de esferas que se originam no âmago das iniquidades e das injustiças, que, por sua vez e em geral, nascem das constituintes assimetrias de poder. Relações numa sinergia negativa de causa e consequência, nas quais “os avanços da ciência no campo da saúde ocorrem de maneira dessemelhante, conforme cada contexto social, fazendo com que os frutos desse avanço não estejam disponíveis aos que mais precisam” (ANDRADE, 2010, p.110).

Apesar das iniciativas desenvolvidas, o progresso ainda é parco e as doenças negligenciadas permanecem dentro do quadro de saúde como uma das principais causas

de enfermidade e mortalidade do globo. Em adição às dificuldades de provisão de medicamentos apropriados para doenças específicas, muitos outros fatores contribuem para a prevalência dessas doenças e a manutenção desses obstáculos que impedem a redução desse fardo comum.

Fatores como a influência da má governança e das opressões politicamente motivadas na perpetuação das doenças negligenciadas, numa cristalização de um *status quo* desprovido de quaisquer compromissos morais, que levam a frente violações sistemáticas de direitos humanos. Aliado a isso, tem-se uma atividade predatória de mercado das empresas que lideram o progresso científico da humanidade, que, ao que parece, fecham os olhos para o presente de muitas pessoas e representam apenas um avanço científico para aqueles em que o avanço é um luxo e não uma necessidade.

Para a indústria farmacêutica, que carrega a maior parte das aplicações em P&D para novas drogas, é muito custoso e arriscado investir em medicamentos para as doenças negligenciadas, que ocorrem essencialmente em países de baixa renda nos quais o gasto com remédios é contabilizado em menos de 6 dólares, em contraste aos 240 dólares gastos em média nos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (BOUTAYEB, 2007)

Assim, acaba por haver uma sub-categorização das doenças negligenciadas, dentro das quais apenas uma pequena parcela é contemplada pelo mercado farmacêutico mundial e o restante não é nem ao menos investigada ou estudada.

Essa subdivisão, de acordo com relatório da OMS<sup>1</sup>, se dá da seguinte maneira: as doenças do tipo I são comuns em países com diferentes níveis de renda, com um grande número de populações vulneráveis naquelas nações, por exemplo, algumas doenças transmissíveis (sarampo e hepatite B) e doenças não transmissíveis (diabetes, doenças cardiovasculares e doenças relacionadas ao tabagismo). Embora várias vacinas tenham sido desenvolvidas contra essas doenças nas últimas décadas, sua disponibilidade ainda é limitada em países em desenvolvimento devido a seus custos. Doenças do tipo II, como HIV / AIDS e tuberculose, dizem respeito a países ricos e pobres, mas são mais prevalentes em países em desenvolvimento. Finalmente, as doenças do Tipo III são aquelas que ocorrem principalmente ou exclusivamente em países pobres, como a doença de Chagas e a doença do sono. (KAMEDA, 2014)

Skolnik (2010), então, ressalta o transbordamento da questão para outras áreas,

---

<sup>1</sup> Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. **Macroeconomia e Saúde**: investindo em saúde para o desenvolvimento econômico. Geneva, 2001.

propondo a implementação de programas integrados, capazes de mobilizar medidas singulares efetivas no combate de múltiplas doenças, reduzindo assim o custo de ação. Ademais, o autor destaca:

É preciso haver vontade política tanto global quanto dentro dos países afetados para intensificar a luta contra as Doenças Negligenciadas. Os formuladores de políticas e os principais interessados precisam entender o ônus excepcional das DNs, seu terrível efeito sobre os pobres e até que ponto eles ajudam a aprisionar os pobres na pobreza (SKOLNIK, 2010, p.5)

Dessa maneira, é insustentável pensar em mudanças partindo de atores como os supracitados, que existem dentro de uma dinâmica em que a saúde está intrinsecamente atrelada ao lucro. Logo, a responsabilidade tem que ser puxada para perto dos demais atores de tomada de decisão, numa requisição em que a demanda social efetivamente movimenta as transformações esperadas.

Faz-se necessário, portanto, preencher essa lacuna provocada pela ausência de aperfeiçoamentos e renovações, a partir da construção de modelos alternativos de inovação e estratégias coordenadas tanto a nível internacional quanto local, sendo imperativo a criação de um âmbito positivo e virtuoso de parcerias público-privadas (PPPs) e um sistema de ações integradas de políticas públicas que convirjam para a resolução de problemas pontuais de cada Estado, a fim de combater a penúria que assola uma grande parcela da população mundial.

É de enorme importância, desse modo, estender esse diálogo entre as doenças negligenciadas e a área de relações internacionais para campos de acesso da sociedade civil, para que a comunidade possa aderir a essas iniciativas globais e possa cobrar de seus gestores medidas pontuais em suas regiões, uma vez que este se constitui como um problema de relevância social e que causa impacto no desenvolvimento global.

Franco-Paredes e Santos-Apreciado (2011, p.6) asseveram que:

muitos indivíduos socialmente excluídos, contando com poucas opções e raras oportunidades de impedir o próprio adoecimento, não recebem tratamento para evitar a incapacidade e as mortes prematuras causadas pelas doenças relacionadas à pobreza. Portanto, com base nessas necessidades, o Estado, como agente promotor do bem-estar social, junto com a sociedade organizada, deve intervir na tentativa de eliminar ou reduzir ao mínimo possível as diferenças que, apesar de desnecessárias, evitáveis e injustas, se evidenciam no cotidiano e no histórico das populações pobres e marginalizadas.

É ainda importante frisar que o Brasil é o país de maior prevalência dessas doenças nas Américas (CRUZ, 2010), doenças que, como já mencionado, afetam as camadas mais pobres e mais isoladas do sistema de saúde, muitas delas sendo transmitidas por vetores em decorrência de problemas de infraestrutura, como ausência de saneamento básico e água tratada, e falta de atendimento médico-educacional que possa auxiliar às pessoas tanto no combate efetivo das enfermidades quanto na orientação de cuidados básicos de profilaxia que, se bem inculcados no seio da sociedade impediriam muitas contaminações. Nesse sentido, é nuclear entender a urgência dessa temática que está tão presente na realidade do nosso próprio país e depositar mais atenção a necessidade do acesso universalizado à saúde.

Nas palavras de Boutayeb (2007, p.4),

Para superar essa situação ímpar e reduzir o ônus das doenças negligenciadas que afligem principalmente as populações pobres dos países em desenvolvimento, são necessárias estratégias pragmáticas e eficientes. Além de grandes campanhas de educação e sensibilização, as medidas podem incluir compromissos de compra antecipada, créditos fiscais, isenção de taxas, transferência parcial de direitos de patente, prêmios de inovação, transferência de tecnologia, inovação em saúde e vários incentivos para investimento. Estes promoveriam o desenvolvimento de medicamentos e vacinas para doenças negligenciadas, melhorando a colaboração com a indústria farmacêutica de países desenvolvidos e incentivando a pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos em países em desenvolvimento.

Ademais, é crucial perceber que “o medicamento enquanto um produto que ultrapassa as dimensões bioquímicas, está inserido em uma realidade sociocultural, epidemiológica e econômica” (ANÍCIO, 2013, p.3) e que para além disso é essencial para a conformação de uma vida digna para milhares de pessoas ao redor do mundo. Um compromisso ético que, ainda que não unívoco, é sensível para aqueles que queiram enxergar essa realidade de omissão, de incúria e de negligência.

Além disso, vale notificar que, a aceitação de doenças negligenciadas é infundida em um problema social complexo, uma vez que são essas doenças uma consequência ulterior de múltiplas causas simultâneas, reveladas pela assimetria social e por distintos padrões de vida historicamente estabelecidos (CRUZ, 2010). Sendo assim, as soluções destacadas dependem de atuações sinérgicas e convergentes entre atores e agentes que compõem o quadro do dinâmico sistema internacional.

Essa é uma discussão fundamental para compreender a persistência da negligência e registrar como são incipientes os investimentos no âmbito de Pesquisa e

Desenvolvimento. Segundo Pedrique (2013), a falta de investimento apropriado sobre P&D é atribuída tanto a ausência de retorno financeiro para as companhias farmacêuticas e de biotecnologia, quanto uma falha no processo de formulação e implementação de políticas públicas eficazes, no qual a indústria farmacêutica destina maior parte dos seus esforços às demandas de retorno do mercado.

No entanto, os fatores que, de modo geral, contribuem para a prevalência das doenças negligenciadas e perpetuam as dificuldades encontradas em reduzir esse fardo para a saúde global se concentram na má gestão pública e no aviltamento politicamente instigado (BEYRER, 2007); dois aspectos nucleares que explicam a estagnação de diversos temas da pauta internacional, e que, para além, são mais complicadamente engendrados por serem problemas também marcados pela desatenção da população mundial.

A fim de explorar o debate de maneira aplicada, a seção a seguir do trabalho abordará de maneira sucinta como o debate foi conduzido dentro da Organização Mundial de Saúde (OMS) em seus esforços de estabelecer um aparato institucional que pudesse contemplar as necessidades imperativas em saúde.

## **1.1 O DEBATE DENTRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**

Diante dessa conjuntura, a Organização Mundial de Saúde, até o presente ano de 2019, identifica no rol de doenças negligenciadas um número de 17 patologias infecciosas, as quais sobrevivem sob a égide do esquecimento e do desinteresse. Nessa contabilização também aponta grande parte da literatura que se propõe a analisar e estudar as causas e efeitos desse pujante problema de saúde global. Entretanto, em investigação importante para a área, Pedrique *et al* (2013) reúnem elementos de diferentes fontes e combinam os termos de definição da OMS e de outros pesquisadores para realizar uma identificação mais ampla, detectando um número de 49 doenças negligenciadas, as quais foram agrupadas em cinco diferentes grupos: malária, tuberculose, doenças *diarrhoeal*, doenças tropicais negligenciadas e um grupo final com as doenças que não se encaixavam nas categorias anteriores.

Percebido o quadro somatizado de enfermidades, a busca de fontes de financiamento novas, inovadoras e sustentáveis e uma melhor utilização dos recursos existentes para P&D para as necessidades específicas de saúde dos países em desenvolvimento, conformou-se uma agenda inacabada de negociações que levaram à Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (GSPA-PHI) acordado em 2008. Essas negociações foram a resposta dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde ao relatório, publicado em 2006, pela Comissão de Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação Saúde Pública (CIPIH), criada em 2003, e que já apontava para a premência da questão.

Nesse sentido, toma-se por base evidências empíricas prospectadas nas atas de reunião e nos pareceres registrados dos encontros, em especial nas resoluções da Assembleia Mundial de Saúde (WHA), nos termos específicos da ata WHA58.34, que pensa o padrão sobre o aporte de P&D em saúde; das atas WHA59.26 e WHA60.30 – sobre comércio internacional e o impacto de PI no âmbito de saúde – e das atas WHA61.21, WHA62.16 e WHA63.28 que estabelecem a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Coordenação e Financiamento.

A confecção do longo processo de negociação e os, consequentes, dados compilados pelo Grupo de Trabalho Consultivo de Especialistas em Pesquisa e Desenvolvimento (CEWG), estabeleceram as razões pelas quais a ação é necessária para lidar com o fato de que sistemas de incentivo não geram pesquisa e desenvolvimento suficientes, seja em setores privado ou público, para atender às necessidades de saúde dos países.

A constatação norteadora apregoada pela discussão dentro da AMS é a de que, no caso dos países em desenvolvimento, a falha de mercado, que os direitos de propriedade intelectual tentam corrigir, é composta por uma falta de demanda confiável para os produtos gerados pela Pesquisa & Desenvolvimento (P & D). Assim, o incentivo oferecido pelos direitos de propriedade intelectual é ineficiente na correção desse desacerto.

A trajetória de debate dentro da organização indicou uma série de impostos que poderiam aumentar o financiamento para fins globais, no entanto com a condição prévia de que se deveria primeiro considerar, a nível nacional, quais opções fiscais poderiam ser apropriadas para cada Estado como um meio de aumentar a receita e assim estabelecer a condição de se estipular uma taxa de renda dedicada à P & D em saúde.

Desse modo, no contexto de financiamento geral de P & D por parte dos governos, apresentado no Relatório do Grupo de Especialistas (2012), verificou-se o desempenho em relação aos vários objetivos e metas que foram propostos em relação ao financiamento internacional em saúde, como, por exemplo, a meta de Abuja para gastos com saúde de 15% das despesas do governo, e as metas da Comissão de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde (CHRD, 2012).

Na realidade, contudo, segundo o Relatório do CEWG (2012), para possibilitar a instituição de termos financiadores, é importante conceber metas que relacionam o esforço de Pesquisa & Desenvolvimento com o PIB de cada país, sendo essa a melhor medida disponível de contribuição para bens públicos globais, uma vez que grande parcela de investimento canalizada através das organizações de pesquisa são financiadas pelo governo dos próprios países desenvolvidos, detentores de elevados PIBs.

No entanto, porquanto o denominador em si não está necessariamente no nível de seu alvo, foi pensada durante as sessões da instituição uma abordagem que estabeleça metas que relacionem os gastos em P&D a um conceito que é aplicável a países desenvolvidos e em desenvolvimento e leve em consideração o bem público internacional que pode ser gerado pela própria pesquisa e desenvolvimento de cada país.

Ademais, à luz das ações propostas no Plano Estratégico Global (GSPA-PHI, 2008), identifica-se o histórico de esforços de coordenação no campo de saúde, incluindo o Fórum Global para Pesquisa em Saúde - agora parte do Conselho de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde (COHRED) - e, em particular, o importante papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) e suas iniciativas, incluindo Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais (TDR) e o Comitê Consultivo para a Investigação em Saúde (ACHR). Compreendendo, assim, que a coordenação como caminho é provavelmente mais eficaz quando está associada a um mecanismo de financiamento mais amplo, o qual constitui parte significativa do financiamento total para os desdobramentos nas áreas afins das doenças negligenciadas.

Existem, no entanto, grandes desafios, especialmente para a OMS abordar a proposta da Segunda Assembleia Mundial da Saúde, a qual propugna que “a pesquisa e a coordenação da pesquisa são essenciais funções da Organização Mundial de Saúde”(OMS, 2012), posto que a OMS tem dificuldade em desempenhar um papel central mais forte na melhoria da coordenação de P & D voltado para as necessidades de saúde dos países em desenvolvimento. Significando que, é necessário atentar para momentos oportunos para definir a atribuição apropriada da organização em relação à coordenação

da P & D global. Enfatizar, portanto, a necessidade de considerar esta tarefa como parte do processo de reforma da consequente ação e alocação de recursos é imprescindível.

Nesse sentido, a proposta de uma convenção e um fundo internacional de financiamento é vista, atualmente, não como substitutos para o sistema de direitos de propriedade intelectual existente, mas como um instrumento complementar nas áreas onde o sistema atual não funciona. P & D sob a convenção proposta deve focar no desenvolvimento de tecnologias em saúde para doenças do Tipo II e Tipo III bem como as necessidades específicas dos países em desenvolvimento relacionadas com as doenças do Tipo I. (WHA66.22, 2013)

De acordo com o CEWG (2012), a construção de um mecanismo de financiamento vinculativo busca enquadrar a investigação em saúde, inclusive sistemas de saúde pública, e limitar o escopo para financiamento de P&D em necessidades de saúde específicas dos países em desenvolvimento apenas para determinadas tecnologias ou opções e, não implicar dispersões de recursos de importantes áreas de pesquisa em saúde.

Consoante o mesmo relatório do CEWG (2012), o Fórum Global para Pesquisa em Saúde, criado em 1998, cunhou a frase “o intervalo 10/90”, indicando que 10% das pesquisas foram dedicadas a 90% dos problemas de saúde do mundo, subvertendo a relação que deveria ser proporcional entre incidência e acuidade de pesquisa. O que foi mais radicalmente atestado pela Comissão de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde, a qual estimou que “93% da carga mundial de mortalidade evitável (medida como anos potenciais de vida perdidos) ocorra no mundo em desenvolvimento”.<sup>2</sup>

Em um espectro mais empírico, levanta-se um importante contrassenso existente nessa questão específica de saúde global pública:

Se for considerado que quanto maior a necessidade humana por saúde, maiores seriam os volumes de pesquisa e produção, a realidade das doenças negligenciadas seria incompreensível. De acordo com o relatório da CHRD, nos anos 1990, a realidade era bastante diferente, mostrando que 90% dos recursos na procura por novos remédios eram investidos para pesquisar doenças prioritárias de 10% da população mundial. Ademais, apenas 10% [...] eram destinados às doenças que afetam 90% da humanidade (CRUZ, 2010, p.10)

---

<sup>2</sup> **Health Research: Essential Link to Equity in Development.** Relatório da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento. New York, University Press, 1990.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2006, 16% da população mundial que vive em países de alta renda representava mais de 78% dos gastos globais com medicamentos, refletindo que 71% da população mundial em países de baixa e média renda meramente representava uma participação de 11% nos gastos mundiais com medicamentos (OMS, 2011). Assim, enraizado em uma contradição, não pode haver um sistema de patentes idealmente benéfico, estando ele fadado a produzir resultados negativos em instâncias particulares.

Nesse sentido, a preocupação da instituição de fortalecer a capacidade de P & D e a transferência de tecnologia para os países em desenvolvimento, desvela a necessidade de apoio para a promoção de parcerias e colaborações baseadas em agendas conjuntas, de capacitação e transmissão de tecnologia para países em desenvolvimento, da definição de prioridades relacionadas às necessidades de saúde dos países em desenvolvimento e aos planos nacionais para a pesquisa essencial em saúde e do desenvolvimento institucional e de infraestrutura, isto é, colaborações sustentáveis de ampla gama de médio - longo prazo (OMS, 2012)

Desse modo, estabelece-se como objetivos do acordo multilateral vinculativo da OMS (i) obrigações e compromissos dos estados de implementação decorrentes de instrumentos internacionais de direitos humanos com disposições relevantes para a saúde; (ii) a promoção de P & D disruptiva para o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, abordando os desafios constituídos pelas necessidades de saúde dos países em desenvolvimento; (iii) a garantia de acesso e acessibilidade através da redução de custos de pesquisa e do repasse para os preços dos produtos.

Além disso, o debate dentro das repartições da instituição prevê como necessário garantir o financiamento sustentável para atender às prioridades identificadas de P & D nos países em desenvolvimento, numa busca de melhorar a coordenação das esferas pública e privada, definindo com mais precisão as prioridades com base nas necessidades de saúde pública dos países em desenvolvimento, para isso lhes dando uma voz mais forte e tornando as estruturas de governança mais transparentes e responsivas, elemento essencial tendo em conta o saldo negativo ocasionado pela corrupção e má gestão financeira nesses países.

Até o momento da feitura do presente trabalho, nenhum avanço concreto foi logrado no sentido do estabelecimento do Acordo Multilateral de Financiamento pensado no GSPA, nem mesmo para a construção de uma convenção ad hoc e as discussões nos

órgãos da descentralização e da desconcentração da Organização Mundial de Saúde encontram-se em hiato.

## 2. ECONOMIA POLÍTICA: O MONOPÓLIO

Nessa seção serão albergados os elementos comerciais e econômicos da discussão, apresentados como os principais empecilhos de ordem negocial que impedem que a resolução da problemática das doenças negligenciadas escape de seu ciclo vicioso. Assim que, na perspectiva deste trabalho, é a interseção entre as esferas da economia e da saúde, que transforma os serviços de saúde e os medicamentos em *commodities*, possibilitando o fenômeno de chutar a escada e a subsequente cristalização do *status quo*, causador de impactos sociais profundos.

Nesse sentido, com o macrofenômeno da globalização e com a evolução dos Direitos de Propriedade Intelectual, mormente resguardados pelo Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (1994), que o passivo causador das iniquidades no globo pôs finco no fardo mundial da negligência.

### 2.1 MEANDROS DA PROPRIEDADE INTELECTUAL

As leis que protegem os direitos de propriedade intelectual frequentemente permearam a história da civilização ocidental e não eram desconhecidas na Grécia Antiga, onde, segundo Aristóteles, “a criação de monopólios é uma arte frequentemente praticada pelas cidades quando estão sem dinheiro” (*apud* SILVA, 2013). Nesse sentido, foi notado que a concessão de direitos exclusivos poderia levar a incentivos a mais invenções (PRAGER, 1950).

Embora o escopo e a amplitude da propriedade intelectual tenham variado ao longo da história, é possível sustentar que espírito da lei sobre esse resguardo nas produções na maioria dos regimes anteriores ao TRIPs consistia em promover o bem-estar nacional e induzir mais esforços inventivos (PRAGER, 1950).

Nesse diapasão, a moderna proteção desses direitos surgiu primeiramente como uma legislação nacional nos países desenvolvidos, posteriormente seguida por acordos internacionais como as Convenções de Paris, Roma e Berna. (ALSEGARD, 2004). As patentes, no entanto, tal qual são conhecidas hodiernamente, somente se constituíram proeminentes internacionalmente na década de 1980, com a introdução de direitos dessa alçada durante as negociações da Rodada Uruguai do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT) (SHIVA, 2001).

O objetivo do referido Acordo, conforme apresenta Vodovkin (2004), era o de reduzir as barreiras nacionais ao comércio e impedir as políticas comerciais que haviam prejudicado a economia global antes da Segunda Guerra Mundial. Todavia, as operações do GATT, assim como seus métodos de negociação, serviram para marginalizar ainda mais os países em desenvolvimento e consolidar a participação e os interesses dos principais comerciantes (NARLIKAR, 2005), levando, ao longo das quatro décadas de existência do GATT, a uma mudança de perspectiva, saindo da ideia de que os monopólios patentários deveriam ser usados com moderação, para a visão de que o sistema de patentes não era suficientemente forte para apoiar a comercialização de investimentos em novas tecnologias competitivas.

Atualmente, grandes mudanças tecnológicas são, em geral, provocadas pelos países industrializados, enquanto o papel das economias de industrialização interrompidas ou tardias é, na maioria das vezes, limitado à absorção e melhoria das inovações já existentes. Para além disso, a fim de ser competitivo e aumentar o bem-estar das pessoas, não basta que as inovações estejam simplesmente disponíveis, é necessário que estejam também acessíveis aos países em desenvolvimento. Logo, é importante frisar que as iniciativas de padronização de propriedade intelectual em todo o mundo têm dificultado o progresso e o desenvolvimento em diversas áreas do conhecimento.

Assim, ao contrário do que foi postulado mais fortemente nas rodadas de negociação do GATT, é válido destacar que a proteção ideal aos direitos de propriedade intelectual não significa necessariamente padrões de PI mais fortes. De acordo com o estudo de Lai e Qiu (2003), uma proteção abrangente aos direitos de Propriedade Intelectuais pode ser atingida por um “equilíbrio entre os ganhos do aumento dos esforços de P & D e as perdas de peso resultantes do poder monopolista prolongado dos inovadores” (p.183).

Para mais, um nível eficiente de proteção à propriedade intelectual deve levar em consideração os interesses da sociedade, maximizando o bem-estar de todos os países (GOULD, GRUBEN, 1996). Reconciliar os efeitos dos padrões de propriedade intelectual em países em diferentes níveis de desenvolvimento provavelmente levará a melhores padrões de bem-estar e crescimento sustentável.

Pode parecer legítimo para as economias industrializadas e desenvolvidas advogar por padrões de PI mais fortes e universais, com o fim imediato de ter incentivos suficientes para se envolver em Pesquisa & Desenvolvimento em nome dos países em desenvolvimento, mas também para criar mecanismos globais de apropriação de riqueza.

No entanto, uma proteção mais forte da propriedade intelectual que não é seguida por medidas regionais inovadoras não altera o cenário atual e mantém o ciclo da pobreza.

Existe, portanto, um caso econômico, baseado em falhas de mercado, mas sobretudo suportado por uma visão mercadológica fortemente influenciada pelo lobby das grandes empresas de fármacos que, apesar de não terem tomado parte como membros nas rodadas de negociação, conseguiram implementar perfeitamente a sua pauta.

Desse modo, mesmo defendendo a intrínseca relação entre patente e inovação, tendências recentes na indústria farmacêutica, de forma mais geral, demonstram uma queda na aprovação de novos medicamentos, incluindo aqueles com novos efeitos terapêuticos, enquanto, paradoxalmente, até recentemente, as despesas com P & D continuavam a aumentar em um momento em que muitos remédios amplamente vendidos estão gradualmente tendo seus vistos de patente vencidos (MUNOS, 2009).

Em vista disso, novas respostas da indústria farmacêutica são necessárias, aplicando um maior foco nos mercados emergentes e a buscando por novos e melhores modelos de inovação. Enveredar para uma abordagem de “inovação aberta” e envolver a colaboração com parceiros externos, incluindo fusões e aquisições a fim de reverter o quadro inversamente proporcional de resultado e investimento é o que propõe o debate corrente condensado no Relatório do CEWG (2012).

## **2.2 TRIPS: PADRÕES IGUAIS EM CONTEXTOS DIFERENTES**

Historicamente, as patentes farmacêuticas estão entre as questões mais controversas em relação a proteção da propriedade intelectual (IP), especialmente nos países em desenvolvimento. Durante as negociações do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS), as patentes de produtos farmacêuticos representaram uma das questões mais controversas, sendo refutada pelos países em desenvolvimento devido a preocupações de que uma proteção mais forte das patentes iria dificultar o acesso a determinados medicamentos e prevenir o desenvolvimento de uma indústria farmacêutica doméstica.

Nesse sentido, o TRIPS forçou os países em desenvolvimento membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) a conceder patentes com vida legal de 20 anos a partir do pedido de patente, inclusive para compostos farmacêuticos, isto é, patentes

secundárias<sup>3</sup>. Quase três décadas depois do TRIPS, a evidência empírica sobre seu efeito nos países em desenvolvimento é, na melhor das hipóteses, equívoca (ABUD, HALL, HELMERS, 2015).

Antes do advento do Acordo sobre Aspectos da Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, não havia regra internacional que obrigasse a concessão de patentes para medicamentos e outras tecnologias relacionadas à saúde, o que desencadeou o desenvolvimento de indústrias nacionais baseadas em interesses locais estratégicos (SILVA,2013). Essas medidas abriram o caminho para preços acessíveis de medicamentos, relativamente abaixo daqueles medicamentos de marca assumidos em países desenvolvidos, e mais de acordo com a renda das populações mais pobres.

Eventualmente, contudo, a fim de reduzir os efeitos do *free-riding*, ou o uso livre de invenções patenteadas de países desenvolvidos pelos países em desenvolvimento, o Acordo TRIPs, no âmbito do GATT (Acordo Geral sobre Comércio e Tarifas), declarou seu propósito no artigo 7 do TRIPS:

A proteção e aplicação dos direitos de propriedade intelectual deve contribuir para a promoção da inovação tecnológica e para a transferência e disseminação de tecnologia, para benefício mútuo dos produtores e utilizadores de conhecimentos tecnológicos e de uma forma conducente ao bem-estar social e económico, em um equilíbrio de direitos e obrigações (TRIPS, 1994, p. 4)

Além disso, o monopólio é concedido por meio de patentes para incentivar inventores a tornar as invenções públicas e também autorizar o detentor de uma patente a impedir que outras pessoas, sem a devida autorização, participem de atividades comerciais em torno de sua patente.

A maioria dos países em desenvolvimento não concordava com as regras estabelecidas no TRIPs por acreditar que reduziria sua autonomia política sobre propriedade intelectual (SELL, 2002) e que o acesso a tecnologias e produtos de medicina seria seriamente enfraquecido. Assim, com o objetivo de acomodar diferentes interesses dentro de um período de adaptação, o TRIPs reconhece “as necessidades especiais dos Países-Membros de menor desenvolvimento relativo à máxima flexibilidade na

---

<sup>3</sup> Ao contrário das patentes primárias que protegem diretamente um ingrediente ativo, as patentes secundárias protegem uma gama de produtos químicos relacionados a determinado ingrediente ativo (como formas cristalinas do composto original) até métodos de uso, formulações, dosagens, etc.

implementação nacional de leis e regulamentos, a fim de capacitá-los a criar uma base tecnológica sólida e viável.” (OMC, 2001, p.3)

Apesar disso, não há como fugir do fato de que, o estabelecimento de padrões globais para propriedade intelectual surgiu para proteger os interesses das economias industrializadas, possuindo grande parte de todo o PI no mundo e para impedir que outros países adotassem livremente suas tecnologias. Beneficiando-se de sua força econômica em reuniões internacionais, os países desenvolvidos conseguiram estabelecer padrões de PI que melhor se adequavam a seus interesses.

Nesse sentido, os países desenvolvidos endossaram a necessidade de proteção mais forte argumentando que outros países apresentavam

cobertura setorial seletiva na legislação nacional; inadequados recursos e sanções em caso de violação da legislação; inadequados remédios e sanções em caso de violação de DPIs; dificuldades processuais e administrativas que impedem o acesso aos tribunais; e arbitrariedade e discriminação na aplicação dos estatutos nacionais (RODRIK, DIWAN, 1991, p.5)

A razão para esta posição é que padrões internacionais mais fortes não só protegeriam a propriedade intelectual dos países desenvolvidos nos países mais pobres, mas também enfatizariam que a inovação seria buscada em nome dos atrasados – o que não ocorreu, especialmente com relação às necessidades de pessoas infectadas com doenças negligenciadas.

No setor farmacêutico, por exemplo, os países desenvolvidos mantiveram sua posição como produtores, exportadores e inovadores de medicamentos patenteados com alto valor, enquanto os países em desenvolvimento estão até hoje envolvidos na produção de genéricos de menor valor, cuja produção é majoritariamente dependente do vencimento da patente de medicamentos produzidos nos países desenvolvidos (SMITH, CORREA, OH, 2009).

Conformou-se, desse modo, um desequilíbrio pujante entre as necessidades das populações do hemisfério sul e a proteção dos direitos de PI do Norte. Com um número considerável de produtos e processos patenteados, o TRIPS protegeu os interesses dos países desenvolvidos com procedimentos de patentes mais rigorosos promovidos em países em desenvolvimento, oferecendo assim mais proteção a empresas contra imitações em países pobres.

Dessa forma, como os mercados em desenvolvimento não têm concorrentes no mesmo nível dos desenvolvidos, sua dependência diminui o incentivo das empresas para realizar pesquisas e desenvolvimentos sobre os medicamentos que constituem as necessidades dos mercados do Sul, especialmente considerando a pequena parte que esses países ainda desempenham no mercado mundial.

Isto posto, com a globalização dos direitos de propriedade intelectual, ao final do século XX, e com a conformação de um novo regime internacional referente ao resguardo das produções industriais, as assimetrias norte-sul e o acesso ao progresso científico se tornou cada vez mais precário, cristalizando, assim, o atraso e o esquecimento das questões enfrentadas pelo terceiro mundo.

Destarte, com a ausência de financiamento público e com a carência de incentivos econômicos no sentido de providenciar mais atenção aos problemas endêmicos de países com baixa renda, persistem, majoritariamente nesses países periféricos, as denominadas doenças negligenciadas – foco da presente análise –, que representam um flagelo persistente no histórico das populações excluídas.

Explanado a lógica presente no debate comercial sobre propriedade intelectual, patentes, medicamentos e sua conexão com o núcleo do trabalho que são as doenças negligenciadas, é precípuo demarcar a seguir o porquê de não podermos limitar a discussão aos Acordos de proteção como fins em si mesmo, uma vez que esses desaguarão necessariamente na realidade de convívio prático que é a saúde, sem a qual se tolhe a vida e o direito de viver.

### 3. DO DIREITO À SAÚDE

Para além do aspecto financeiro previamente analisado, permeia também nos limites da questão um quadro moral, porquanto existem meios técnicos materialmente desenvolvidos para fornecer acesso a medicamentos que efetivamente aplicados salvam vidas, e há, do mesmo modo, condições para se desenvolver novos produtos adequados às urgências dos países, mas ainda assim milhões de pessoas sofrem e morrem por falta de acesso a produtos e medicamentos que já estão disponíveis – perceba que a problemática não se dá simplesmente pelo fato de não se pesquisar sobre determinada doença e portanto inexistência de tratamento, pelo contrário, estamos frente a casos explícitos de negação à vida.

Assim que, esse é também um tema de direitos humanos, como articulado, por exemplo, na constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que:

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados (OMS, 1946).<sup>4</sup>

Nesse sentido, juntamente com recursos insuficientes para abordar problemas de saúde dentro de suas próprias fronteiras, os países em desenvolvimento também sofrem com a falta de disposição política e com o mau funcionamento das instituições. Por conseguinte, os cidadãos desses países têm que assumir os custos da ineficiente e ineficácia daqueles que foram incumbidos de conduzir para o desenlace de questões.

Sendo esse o caso, o que os países desenvolvidos e menos desenvolvidos podem fazer para fornecer a seus cidadãos o mais alto padrão de saúde possível? Inicialmente, é importante notar que a realização de alguns direitos humanos depende cada vez mais da abnegação de medidas protecionistas e egoístas em prol de um retorno e um futuro coletivo.

Não é posto em dúvida aqui que as inovações beneficiam a sociedade e que se deve respeitar o direito do inventor. As leis de PI, no entanto, têm privilegiado principalmente o direito do indivíduo sobre o direito da coletividade por monopólio

---

<sup>4</sup> **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>> Acesso em: 22 Fevereiro 2019.

limitado, enquanto que a prioridade deveria recair sobre os direitos que são atemporais e inalienáveis, tais quais os direitos humanos fundamentais.

O Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) assinala que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida adequado à saúde e ao bem-estar de si mesmo e de sua família, inclusive alimentação, vestuário e moradia, e assistência médica e serviços sociais necessários, e o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outra falta de sustento em circunstâncias fora de seu controle.<sup>5</sup>

O advento do TRIPS trouxe à tona os possíveis conflitos com a implementação de tratados de direitos humanos ratificados pelos países em desenvolvimento. A Subcomissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, por exemplo, foi a primeira a demonstrar, em 2001, sua preocupação nos seguintes termos:

A necessidade de esclarecer o alcance e o significado de várias disposições do Acordo TRIPS, em particular os artigos 7 e 8 sobre os objetivos e princípios subjacentes ao Acordo, a fim de assegurar que a obrigação dos Estados no âmbito do Acordo não contradiga sua obrigação de direito humano vinculante.<sup>6</sup>

Dado o desafio representado pelos indicadores de saúde precários e o ônus das Doenças Negligenciadas nos países em desenvolvimento, as flexibilidades oferecidas pelo TRIPS não conseguem resolver os problemas decorrentes da sua relação com os direitos humanos. O alto gasto com produtos farmacêuticos nos países em desenvolvimento – cerca de 66% do gasto total em saúde (WATAL, 2000) – já é um fardo pesado na vida de milhões em todo o mundo em desenvolvimento, aliado ao fato da medicina, como forma de mitigar condições crônicas e salvar vidas não fazer parte do cotidiano de parcela significativa da humanidade.

Nesse sentido, não se pode perder de vista que, embora as patentes sejam necessários para cobrir os custos incorridos pelas empresas farmacêuticas, esse sistema resulta na exclusão de bilhões de pessoas dos benefícios de saúde, conflitando com os direitos assegurados no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e outros tratados que reconhecem o direito à saúde, incluindo o próprio TRIPS. As flexibilidades oferecidas pelo TRIPS, dentro do contexto da propriedade intelectual

---

<sup>5</sup> Declaração Universal de Direitos Humanos, 1948.

<sup>6</sup> Relatório da Subcomissão de Direitos Humanos, Organização das Nações Unidas, n. 3, 2001.

padrão, certamente não foram suficientes para trazer resultados substanciais em relação ao direito à saúde.

Evidentemente, faltam recursos para atender a atual demanda por melhoria da saúde para a população atual do planeta, e isso não é de hoje. Há um bom tempo, os recursos de saúde e a distribuição de habilidades, qualidade, gênero e localização raramente acompanham as demandas por cuidados de saúde na distribuição de necessidades globais. Além disso, em países de alta e baixa renda, os gastos públicos em saúde tendem a beneficiar mais os ricos, cujas necessidades de saúde são menores, mas consomem mais, do que os pobres, cujo consumo é o mínimo (FILMER, 2004).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, Declaração de Alma-Ata, estabelece como um de seus princípios a atenção primária à saúde como sendo um cuidado basilar baseado em métodos e tecnologias práticas, cientificamente corretas e socialmente aceitas tornadas universalmente acessíveis a indivíduos e famílias.<sup>7</sup> Esse e outros princípios presentes na Declaração foram reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde não apenas pela importância que têm, mas também pela urgência que carregam.

Como já foi enfatizado, a globalização está aproximando as pessoas independentemente das fronteiras nacionais, aumentando a urbanização não planejada e o fluxo de pessoas internacionalmente, o que aumenta significativamente a transmissão mundial de doenças transmissíveis e aumenta a carga de transtornos crônicos (WHA84.6).

Dessa forma, não há como restringir o combate à propagação de doenças às suas próprias fronteiras, porque a globalização aumentou a disseminação das ameaças que a humanidade enfrenta. Com o movimento de pessoas, animais, capital e outros bens, as doenças negligenciadas estão mais do que nunca desassociadas a um único território.<sup>8</sup>

De acordo com a resolução 58.33 da Assembleia Mundial da Saúde de 2005 foi instituído, por consenso, que os Estados membros têm o dever de prover não apenas atenção primária à saúde, como também um plano para adotar cobertura universal para todos os seus cidadãos. Consequentemente, o combate às doenças negligenciadas e aos seus impactos não é parte de uma mera sugestão, mas sim uma obrigação.

---

<sup>7</sup> Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

<sup>8</sup> Acompanhamento do resultado da Cúpula do Milênio. Assembleia Geral das Nações Unidas, 59ª sessão, 2004

Desse modo, deve-se dar atenção tanto à prevenção quanto ao tratamento e adaptar a estrutura existente de saúde pública a objetivos e metas compartilhados que possam ser medidos e melhorados, como a redução do número de novas DN's. A prevenção, juntamente com a saúde pública universal, é fundamental para abordar essas questões, que afetam os mais pobres.

A atual crise econômica que passamos colocou em evidência os sacrifícios que estão sendo feitos. Na maioria dos casos, os serviços públicos, como educação e saúde são os primeiros a serem submetidos a cortes orçamentários, a fim de manter as finanças saudáveis. Como consequência, pessoas em áreas mais remotas ficam mais comprometidas e mais expostas a condições de vida que favorecem a falta de controle de vetores e falta de tratamento das populações afetadas, e por conseguinte a disseminação de doenças.

A Assembleia Mundial da Saúde aponta como duas as prioridades nas quais os países devem se concentrar para melhorar seus sistemas de saúde, notadamente: acesso igual a serviços de saúde essenciais e proteção dos indivíduos contra os custos dos cuidados de saúde que estão aumentando em muitos países em desenvolvimento. No entanto, não se pode deixar enganar com dados crus que apresentam o aumento nas somas de investimento público, porque muitas vezes esses dispêndios não necessariamente beneficiam aqueles que mais precisam (CASTRO *et al*, 2000).

Como esperado, os gastos privados em saúde são consideravelmente maiores nos países em desenvolvimento. resultado do baixo gasto público em saúde, como ocorre em países como o Brasil (CURRAT, 2004). A atenção à saúde privada desempenha um papel significativo na garantia da saúde das populações de países pobres nos quais a maioria dos hospitais é de propriedade privada.

Populações afetadas por doenças negligenciadas são aquelas que têm menos acesso a serviços de saúde públicos devido à distância geográfica de onde a infraestrutura de saúde está localizada, a falta de informações adequadas e custos proibitivos. A prevalência dos cuidados de saúde privados nos países pobres, aliada a poucos investimentos em saúde pública, tem o efeito indesejável de afastar as pessoas dos serviços de saúde e aumentar a carga global de doenças.

No nível legal, os países não estão cumprindo a Declaração de Alma Ata e outros acordos internacionais que asseguram o acesso universal aos cuidados de saúde. A não conformidade dos governos para criar um sistema de saúde privado melhor, acessível e coordenado e / ou um sistema de saúde com financiamento público funcional tem levado

as pessoas a depender de pagamentos diretos para assistência médica. Pagamentos de bolso para a saúde constituem, assim, a maneira pela qual os serviços de saúde são oferecidos em áreas pobres do mundo.

A dependência elevada dos pagamentos diretos resulta em maior empobrecimento, pois reduz recursos financeiros já escassos que não serão investidos na economia ou em outros setores essenciais à mobilidade social, por exemplo, como a educação. Segundo estudo mobilizado pelo Banco Mundial, o custo dos cuidados de saúde é a terceira causa que leva as pessoas à pobreza no mundo depois do analfabetismo e do desemprego (NARAYAN *et al*, 1999)

Nesse sentido, a fim de mudar este cenário em que as pessoas em muitos países dependem quase exclusivamente de cuidados de saúde privados, é imperativo chegar a uma combinação de despesas baixas e serviços eficientes. Deve-se dizer, no entanto, que não há panaceia para a melhoria da saúde - a realidade de cada país deve ser levada em conta para formular políticas específicas que funcionariam em um contexto distinto, regime político e cultura. O baixo dispêndio com a saúde não explica, por si só, por que os mais pobres não têm acesso à saúde e melhores padrões de vida, uma vez que os resultados positivos podem ser alcançados por meio de medidas simples.

#### 4. DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO BRASIL

Apresentando a sétima maior economia mundial, o Brasil é um exemplo paradigmático sobre tudo que foi exposto nos capítulos anteriores, apresentando uma íntima relação com as Doenças Negligenciadas e um combo destacado dos fatores que possibilitam a difusão dessa marca da correlação entre a pobreza e a exclusão, da invisibilidade de sua população, do estigma e da discriminação e de sistemas de saúde frágeis (HOTEZ, 2008).

Sem embargo, o Brasil participou ativamente dos diferentes fóruns de negociação sobre direitos de propriedade intelectual desde suas criações. No entanto, os diplomatas brasileiros viram seu país empurrado para as margens da tomada de decisões, especialmente devido a estratégia amplamente utilizada de *forum shifting* – tática de transferir deliberadamente a pauta de negociações de um fórum a outro, com o objetivo de desenvolver a negociação de maneira mais vantajosa (MENEZES, BORGES, CARVALHO, 2015). Isso levou a um desejo natural de equilibrar as assimetrias de poder no nível internacional e, conseqüentemente, à formulação de estratégias e iniciativas voltadas para a criação de um sistema multilateral mais equilibrado.

A Agenda de Desenvolvimento da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) e as negociações na Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam importantes ações empreendidas pelo governo brasileiro para promover um regime de PI inovador e equilibrado que apoie o acesso ao conhecimento e acesso a medicamentos, mas o empenho por si só não é suficiente (GUARAGNA, 2016).

Apesar dessa altivez internacional, não se pode negar que o advento da proteção global de patentes para a biotecnologia tornou ainda mais significativos os dilemas que o Brasil passou a enfrentar, tendo como consequência a extensão das camadas desiguais que compõem o sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, ao ter que cumprir os padrões internacionais de propriedade intelectual e, simultaneamente, proteger a indústria nacional ampliaram-se os óbices enfrentados para o desenvolvimento do país (ALMEIDA et al. 2001).

Nas palavras de Cruz (2010, p. 34),

Um problema fundamental em países como o Brasil é que houve pouca evolução em pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos pelo governo e pela indústria nacional. Por isso, o país tornou-se totalmente dependente de medicamentos

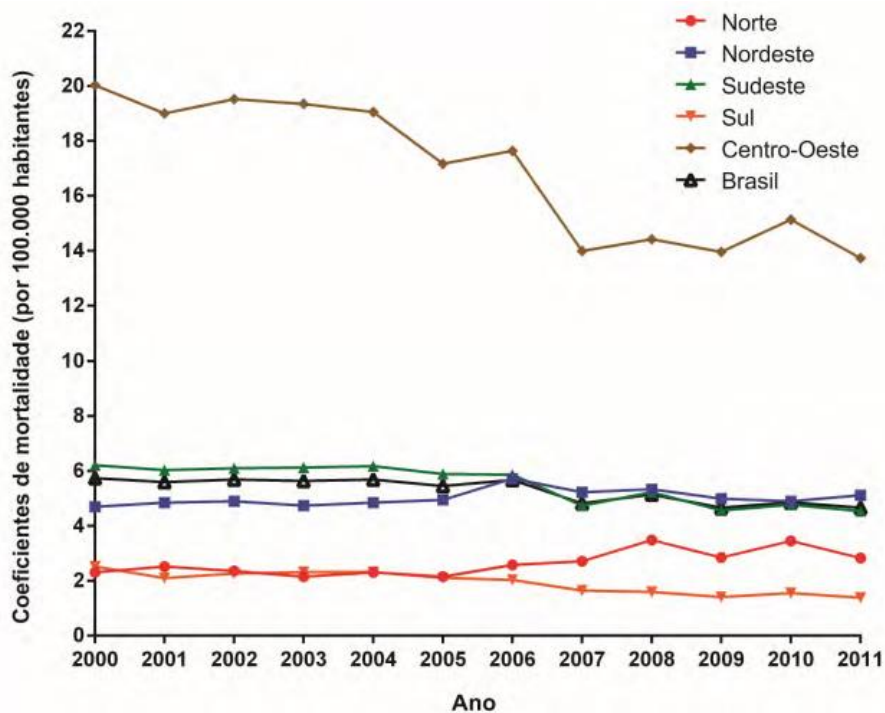
desenvolvidos pela indústria farmacológica internacional. Tal fato traz ao país disponibilidade de medicamentos para tratamento das doenças globais, mais pouco ou nenhum para tratamento de algumas doenças negligenciadas.

Nesse sentido, o Brasil sentiu sobremaneira o impacto decorrente da harmonização das regras de propriedade intelectual no mundo. Conquanto tenha feito resistência nos anos iniciais de vigência do TRIPS, os elevados preços dos medicamentos e o uso abusivo de estratégias de patenteamento pela indústria não tardaram a colocar em xeque a saúde pública brasileira. A dificuldade de acesso aos medicamentos e o concomitante estabelecimento de vantagens competitivas injustas acabaram por penalizar a população doente que necessitava de tratamento e não possuía dinheiro para custeá-lo (CASCIANO, BARROSO, 2013).

De acordo com Lindoso (2009), o Brasil alberga a maioria das doenças negligenciadas elencadas no rol taxativo da OMS, tendo sua distribuição focal e impacto variáveis ao longo de suas regiões; tendo maior profusão nas regiões Norte e Nordeste, que condensam de maneira mais acentuada as disparidades entre ricos e pobres e o baixo nível socioeconômico do país.

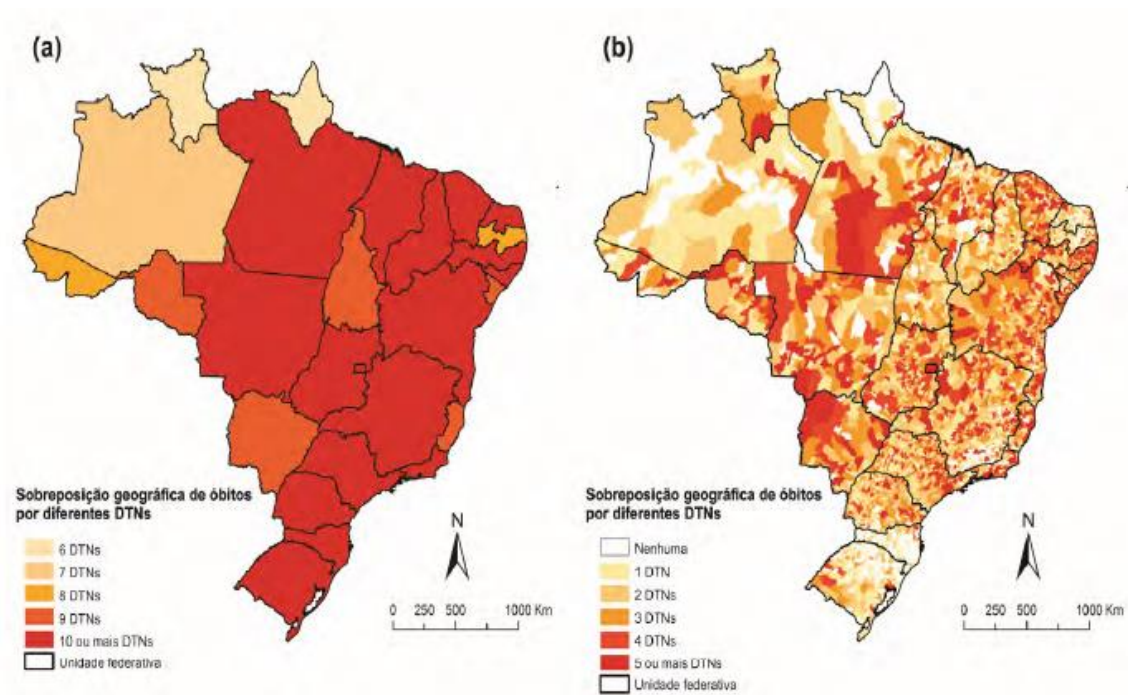
Apesar de responder por grande parte dos casos de DNs na América Latina, a carga de morbidade e mortalidade dessas doenças no Brasil ainda é subestimada, mesmo com estimativas de que mais ou menos 100 milhões de pessoas estão dentro do círculo de risco de desenvolver tal produto da negligência (ARAUJO-JORGE, 2012).

Em análise sistemática de base populacional dos padrões de impacto epidemiológicos, dentre os anos 2000 e 2011, o Brasil apresentou um alto índice de mortalidade relacionada às DNs, apontando para o tamanho do problema que se põe ao Estado.



Fonte: MELO, 2015

Transpondo a análise para uma representação imagética da sobreposição geográfica de óbitos relacionados às doenças negligenciadas endêmicas no Brasil, percebe-se, tanto na representação da figura (a) por Estados, quanto na (b) por municípios, que essa é uma questão amplamente alastrada no território nacional, despertando a exclamação de como pode haver atenção nula para tamanha carga patológica.



Fonte: MELO, 2015

Tendo em vista o impacto dessas doenças, o governo Brasileiro reconhece a necessidade de desenvolver estratégias de confronto às causas da problemática, tanto que colabora com o esforço global de controlar a disseminação das DN. Tal empenho é visualizado em programas como o Brasil Sem Miséria, o qual visa instituir políticas públicas integradas de enfrentamento às doenças prioritárias e garantia de acesso básico aos serviços de saúde às populações mais pobres (FIOCRUZ, 2011), contudo, muito se precisa fazer para que se alcance resultados expressivos.

Detido a uma análise étnica-sociológica, os coeficientes de mortalidade apresentados incidem de maneira mais elevada para os indivíduos de cor/raça preta e em regiões deslocadas do centro dinâmico da econômica, demarcando o peso que os fatores socioeconômicos têm sobre o desenvolvimento do problema (MARTINS-MELO *et al*, 2012). No entanto, não se pode descartar que há uma importante heterogeneidade na morbidade e na mortalidade causada pelas DN no país, registrando óbitos em todos os vinte e sete estados brasileiros e com tendências crescentes nas regiões mais desfavorecidas.

Dessa forma, a liberação do potencial econômico brasileiro por si só não auxiliaria na libertação do país do impacto social das doenças negligencias, porquanto este é um problema social complexo e a possibilidade de mais recursos a serem alocados em

infraestrutura e medicamentos não é condição suficiente para a superação do problema. Somente com um acréscimo do debate transportado para o campo ético e a verdadeira compreensão de que nos reunimos em sociedade em prol da coletividade que será possível conceber uma saída para essa trágica realidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao realizar uma abordagem sobre a problemática das doenças negligenciadas, é vital que abarque o tema em sua complexidade, compreendendo que o debate não se restringe ao subdesenvolvimento ou aos aspectos bioquímicos dos medicamentos. A discussão, vai além, e perpassa esferas atualmente contrastantes quando se pensa na questão: o âmbito econômico, e todo os seus dispositivos estruturais relacionados ao comércio e ao direito à propriedade intelectual; e a ordem humana, refletida no direito à saúde.

A calamidade da saúde pública global apresenta um cenário em que os desafios que os governos dos países em desenvolvimento apresentam precisam ser forçosamente enfrentados por meio de uma abordagem holística e integrada, sem a qual o distanciamento do mundo desenvolvido implicará na crescente degradação da expectativa e da qualidade de vida pelo mundo.

É imperativo reduzir a carga e o estigma que as doenças negligenciadas causam às pessoas afetadas, promovendo, em confluência ao acesso universalizado da saúde, melhoramentos à educação e ao acesso de informação, uma vez que sua falta também é fator decisivo para a transmissão dessas doenças infecciosas.

As estratégias devem ser pensadas de maneira pragmática, buscando serem eficazes desde o provimento de melhores condições estruturais e educacionais, como também partindo do estímulo tecnológico que vise o desenvolvimento sustentável e, acima de tudo, coletivo.

Está posto que o confronto envolve grandes conglomerados farmacêuticos e legislações internacionais que os protegem, aplicando padrões de propriedade intelectual em descompasso com a realidade de 90% da população mundial. Tais leis são certamente úteis para reconhecer inventores e creditá-los o mérito em suas inovações, ou mais contemporaneamente servindo como perspectivas para novas invenções.

Por outro lado, no entanto, especialmente em termos de medicamentos e tratamentos, as empresas farmacêuticas representam o caminho que traz os elementos

necessários para manter a qualidade de vida, combater doenças, mas também impõem altos custos com a potencialidade de limitar o acesso aos medicamentos existentes que possam dar cabo às doenças negligenciadas.

A entrada em vigor do Acordo TRIPS levou a uma padronização das leis internacionais de propriedade intelectual, desconsiderando os diferentes níveis de desenvolvimento tecnológico empreendidos nas realidades nacionais, dificultando, mesmo que na existência da flexibilização prevista, o estabelecimento de centros endógenos de resolução das questões locais. Com o acordo, o direito de aproximadamente um bilhão de pessoas a padrões mínimos de saúde foi marginalizado, conformando um presente de poucos recursos e escassos medicamentos para os em desenvolvimento.

As doenças negligenciadas estão intrinsecamente relacionadas à pobreza e, como foi destacado aqui, não só afetam os pobres, como os prende as suas condições. Ao contrário de outras doenças, as DNs não estão sujeitas à atenção dos meios de comunicação e da sociedade em geral por afetar aqueles que estão à margem da sociedade e muitas vezes invisibilizados em áreas distantes dos centros urbanos, o que não está longe de significar que são pouco numerosos ou descartáveis.

Embora se reconheça a importância e a legitimidade das leis de propriedade intelectual, as disparidades e os conflitos entre a proteção de patentes e as obrigações de direitos humanos assumidas pelos países internacionalmente, põe em pauta uma contenda em escrutínio por prioridade. Sucede uma prevalência dos direitos de propriedade intelectual e, conseqüentemente, os acordos negociais sobre o direito básico à saúde, evidenciando a secundariedade que se apregoa à vida humana e à obtenção de direitos fundamentais.

O desequilíbrio fatal sobre o qual se discorre no presente trabalho reflete o prevalecimento da lógica de mercado em um contexto de crise imanente. A tentativa aqui empreendida de apresentar uma reflexão da realidade das doenças negligenciadas e seu impacto na vida das pessoas representa uma maneira de mostrar como elas as impactam e carregam adicionalmente uma imensa carga de estigma e preconceito, sem negar que o combate que deve ser implementado compreende uma transformação de hábitos e práticas agudamente enraizados na cultura de determinada sociedade.

Ainda que se entenda o papel nuclear do resguardo das produções intelectuais, modificar esse cenário é preciso, estimulando, por exemplo, que empresas biofarmacêuticas locais possam pesquisar sobre as demandas da sua região, em específico das doenças que acometem a população circundante, desengessando os constrangimentos

das patentes. Ademais, é posto em questão sobre até que ponto a propugnação do monopólio característico desse mercado está sendo benéfico e efetivamente está incorrendo em inovações.

Outrossim, o debate é válido para perceber que a principal contrariedade não se localiza exclusivamente na falta de arrecadação de fundos ou precariedade de recursos, mas, como ressaltado aqui, saber como administrá-lo localmente, sem cair nas armadilhas da má gestão e da ingerência externa. Assim, é essencial que os vários segmentos envolvidos (governos, organizações internacionais, empresas farmacêuticas e centros de pesquisa) nesta área trabalhem juntos para criar estratégias e conceber planos eficazes de médio e longo prazo.

Por fim, em arremate, o núcleo da reflexão consiste de transmitir que essa é, sobretudo uma questão humanitária. Muitas podem ser as razões para se regular o comércio e para se proteger o empenho intelectual do indivíduo, o que deve contar, entretanto, de partida, é o quanto tudo é malgrado quando se constrói acima de morte e sofrimento.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ABUD, M. HALL, B. HELMERS, C. An Empirical Analysis of Primary and Secondary Pharmaceutical Patents in Chile, Journal Plus One, 2015.**

ALMEIDA, C. TRAVASSOS, C. PORTO, S. LABRA, M. Health Sector Reform in Brazil: A Case Study of Inequity. International. **Journal of Health Services**, vol. 30, 2001.

ALSEGARD, E. Global Pharmaceutical Patents after the Doha Declaration: what lies in the future? **SCRIPT-ed**. vol. 1, 2004.

ANDRADE, B.; ROCHA, D. **Doenças Negligenciadas e Bioética**: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. Revista Bioética, Brasília, v. 23, p.105-113, 2015.

ANÍCIO, Vivian. **A Dinâmica Medicamentosa e o Produto Encapsulado**, 2013. Disponível em:<<https://cemedmg.wordpress.com/tag/medicamentos-me-too>>. Acesso em: 10 de março, 2019.

ARAÚJO-JORGE, T. **A ciência, a desigualdade e a pobreza**: Legitimação das doenças negligenciadas como promotoras da pobreza no Plano Brasil sem Miséria, 2012.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE (AMS). **Resolução WHA58.34**. Ministerial Summit on Health Research. Genebra, 2005

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução WHA59.26**. International Trade and Health, Genebra, 2006.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução WHA60.30**. Intellectual Property and Health, Genebra, 2007.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução WHA61.21**. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property, Genebra, 2008.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução WHA62.16**. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property, Genebra, 2009.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução WHA63.28**. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property, Genebra, 2010.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução WHA66.22**. Follow up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination, Genebra, 2013.

BEYRER, C. *et al.* **Neglected Diseases, Civil Conflicts, and the Right to Health**. Lancet, Nova Iorque, v. 370, p. 619-627, 2007.

BLOOM, D. CANNING, D. JAYPEE, S. **The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach**. World Development, 2004.

BOUTAYEB, A. **Developing Countries and Neglected Diseases: challenges and perspectives**. International Journal for Equity in Health, online, v. 6, p. 1-4, 2007.

CASCIANO, V. BARROSO, W. Propriedade Industrial: Oportunidades e Barreiras para a Produção de Medicamentos Genéricos no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde** – RGSS, São Paulo, vol. 2, 2013.

CASTRO, F. *et al.*, **Public spending on health care in Africa: do the poor benefit?** Boletim da Organização Mundial da Saúde, 2000.

COMISSÃO SOBRE MACROECONOMIA E SAÚDE. **Macroeconomia e Saúde: investindo em saúde para o desenvolvimento econômico**. Geneva, 2001.

CRUZ, A. **Doenças Negligenciadas no Brasil: responsabilidades pela persistência da negligência**. Tese de Mestrado PUC-SP, 2010.

CURRAT, L. A message to Ministers of Finance: health and health research are possibly the best economic investments In: **Relatório 10/90 sobre Pesquisa em Saúde 2003-2004**. Geneva: Fórum Global de Pesquisa em Saúde, 2004.

FENWICK, A. **The global burden of neglected tropical diseases**. Journal of Public Health, vol. 3, n. 126, 2012.

FILMER, D. The incidence of public expenditures on health and education. In: **Relatório do Desenvolvimento Mundial**. Washington, DC: Banco Mundial, 2003.

FRANCO-PAREDES, C. SANTOS-APRECIADO, J. **Freedom, justice and neglected tropical diseases**. PLoS Neglected Tropical Diseases, 2011.

GOULD, D. GRUBEN, W. The role of intellectual property rights in economic growth **Journal of Development Economics**, vol. 48, 1996.

GUARAGNA, M. **Stimulating Innovation in Brazil**: a study of intellectual property law, biotechnology and open scientific innovation. Tese (Doutorado em Filosofia do Direito). Londres: Universidade Queen Mary, 2016.

HAUSSMANN, R. **Prisoners of Geography**. Foreign Policy, 2001.

HOEN, E. **The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power**: Drug patents, access, innovation, and the application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health. Holanda: AMB Publishers, 2009.

HOTEZ, P. The Giant Anteater in the Room: Brazil's neglected diseases problem. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, vol. 2, 2008.

HOTEZ, P; FUJIWARA, R. Brazil's neglected tropical diseases: An overview and a report card. **Microbes Infect.**, vol. 16, 2014.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Nota técnica nº1/2011**. Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil, 2011.

KAMEDA, K. **Needs-Driven Versus Market-Driven Pharmaceutical Innovation**: the consortium for the development of a new medicine against malária in Brazil. *Developing World Bioethics*, vol. 4, n. 12, 2014.

LAI, E. QIU, L. The North's intellectual property rights standard for the South? **Journal of International Economics**, vol. 59, 2003.

LINDOSO, J. Neglected tropical diseases in Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, vol. 51, 2009.

MARMOT, M. *et al.* **Closing the gap in a generation**: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, n. 372, 2008

MARTINS-MELO, F. *et al.* Epidemiology of mortality related to Chagas' disease in Brazil, 1999-2007. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, vol. 6, 2012.

MELO, F. **Mortalidade relacionada às doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 2000-2011**: magnitude, padrões espaço-temporais e fatores associados. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, 2015.

MENEZES, H. BORGES, L. CARVALHO, P. Regime Internacional de Propriedade Intelectual: imposição normativa estadunidense através das cláusulas TRIPS-PLUS. **Revista de Estudos Internacionais**, vol. 6, 2015.

MOREL, C. **Inovação em Saúde e Doenças Negligenciadas**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, n. 22, 2006.

MUNOS, B. Lessons from 60 years of pharmaceutical innovation. **Nature Reviews**, vol. 8, 2009.

NARAYAN, D. *et al*, **Can Anyone Hear Us?** Geneva: Banco Mundial, 1999.

NARLIKAR, A. **The WTO**: a very short introduction. Oxford: OUP, 2005.

NORRIS, J. **Social and Economic Impact Review on Neglected Tropical Diseases**. Hudson Institute, Washington, p. 1-25, 2012.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Poverty and Health in Developing Countries**: Key Actions, OECD Observer, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório do grupo de trabalho de peritos consultivos em investigação e desenvolvimento: financiamento e coordenação** Research and Development to Meet Health Needs in Developing Countries: strengthening global financing and coordination, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento**. Health Research: Essential Link to Equity in Development. New York, University Press, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global defense against the infectious diseases threat**, OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Situação Mundial dos Medicamentos**, 2011.

PEDRIQUE, B. **The Drug and Vaccine Landscape for Neglected Diseases (2000-11): a systematic assessment.** *Lancet Global Health*, vol. 1, p. 371-379, 2013.

PRAGER, F. The Early Growth and Influence of Intellectual Property. **Journal of the Patent Office Society**, vol. 34, 1950.

RODRIK, D., DIWAN, I. Patents, Appropriate Technology, and North-South Trade. **Revista de Economia Internacional**, nº 30, 1991.

SELL, S. **Post-Trips Developments: The Tension between Commercial and Social Agendas in the Context of Intellectual Property.** *Fla. J. Int'l L*, n. 193, 2002.

SHIVA, V. **Protect or plunder? Understanding intellectual property rights.** África do Sul: David Phillip Publishers, 2001.

SILVA, G. **Economic Disparities and Intensifying Burden of Neglected Tropical Diseases.** Tese. Montreal: Universidade de McGill, 2013.

SKOLNIK, R. AHMED, A. **Ending the Neglect of Neglected Tropical Diseases,** Population Reference Bureau, 2010.

SMITH, J. BOLYARD, M. IPPOLITO, A. **Human Rights and the Global Economy: A Response to Meyer.** *Human Rights Journal*, 1999.

SMITH, R. CORREA, C. OH, C. **Trade, TRIPS, and pharmaceuticals.** *Lancet*, n. 373, 2009.

THAKUR, J. *et al*, Epidemiological investigation of cholera outbreak in a periurban slum colony in Chandigarh. **Indian Journal of Medical Science**, 2011.

VASCONCELOS, R. **Doenças Negligenciadas: revisão da literatura sobre as intervenções propostas.** *Health and Social Change*, vol. 6, núm. 2, 2015.

VODOVNIK, Z. **WTO derailed: a concise history.** ZMAG, 2004.

**WATAL, J. Access to Essential Medicines in Developing Countries: Does the WTO TRIPS Agreement Hinder it?** Documento de discussão sobre ciência, tecnologia e inovação, n.º. 8, Centro para o Desenvolvimento Internacional: Harvard University, 2000.