

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE
DO SUL – UNIJUÍ**

Departamento de Economia e Contabilidade
Departamento de Estudos Agrários
Departamento de Estudos da Administração
Departamento de Estudos Jurídicos

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DESENVOLVIMENTO

**DIREITO À SAÚDE E PROPRIEDADE INTELECTUAL:
UMA ANÁLISE SOBRE O IMPACTO DAS PATENTES FARMACÊUTICAS
NO BRASIL**

MARCIO ZANOELLO

Ijuí

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARCIO ZANOELLO

**DIREITO À SAÚDE E PROPRIEDADE INTELECTUAL:
UMA ANÁLISE SOBRE O IMPACTO DAS PATENTES FARMACÊUTICAS
NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Desenvolvimento, linha de pesquisa Direito, Cidadania e Desenvolvimento, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento, sob a orientação da Professora Doutora Raquel Fabiana Lopes Sparemberger.

Ijuí

2007

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE
DO SUL – UNIJUÍ**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM DESENVOLVIMENTO**

DIREITO, CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO

**DIREITO À SAÚDE E PROPRIEDADE INTELECTUAL:
UMA ANÁLISE SOBRE O IMPACTO DAS PATENTES FARMACÊUTICAS
NO BRASIL**

MARCIO ZANOELLO

Banca examinadora:

Professora Doutora Raquel Fabiana Lopes Sparemberger – UNIJUÍ – Orientadora

Professora Doutora Liane Beatriz Righi – UNIJUÍ – Examinadora

Professor Doutor Germano André Doederlein Schwartz – ULBRA e UPF – Examinador

Ijuí

2007

RESUMO

O sistema de patentes se destina a servir como recompensa para o inventor e, acima de tudo, como meio para estimular a pesquisa e promover o desenvolvimento tecnológico. Fatores sociais, no entanto, podem eventualmente prevalecer sobre esse aspecto econômico, colocando em discussão o sistema de patentes, sobretudo quando envolve medicamentos. O direito à saúde conduz à necessidade e ao direito ao acesso a medicamentos. Nos dias atuais, entretanto, até mesmo medicamentos essenciais não estão ao alcance de grande parte da população, devido ao seu elevado preço. A patente possibilita a prática de elevados preços na medida em que o produtor não precisa temer a concorrência. Todavia, no caso dos medicamentos, essa é uma prerrogativa cruel, uma vez que exclui grande parte da população, sem condições financeiras de arcar com o tratamento que pode salvar vidas. A maior preocupação é a de que o fortalecimento do sistema de patentes afete negativamente os esforços dos países em desenvolvimento para melhorar a saúde pública e seu desenvolvimento econômico e tecnológico. Por esse motivo, é de essencial importância estabelecer uma discussão sobre o impacto das patentes farmacêuticas para os países em desenvolvimento, principalmente para o Brasil. Como no Brasil a saúde é um direito fundamental, garantido constitucionalmente e necessitando de eficácia plena e imediata, nos termos dos artigos 6º e 196, combinado com o artigo 5º, § 1º, da Constituição Federal, não importa de que meios o Estado irá se utilizar para garantir o acesso da população a medicamentos indispensáveis, inclusive através da licença compulsória de patentes, bastando que o faça, em busca de soluções viáveis para preservar a vida da população, valor máximo da humanidade.

Palavras-chave: direito à saúde – propriedade intelectual – patentes farmacêuticas.

ABSTRACT

The system of patents works as a reward for the inventor and, most of all, is intended to stimulate research and promote technological development. Social factors, however, can eventually prevail over this economical aspect, questioning the system of patents, mainly when it comes to medicines. The right to health leads to the need for and the right to the access to medicines. Nowadays, however, even the most essential medicines are not within the reach of most people, due to their high prices. The patent enables the medicine maker to keep the prices high as there is no competition. Nevertheless, in the case of medicines, this is a cruel prerogative, for a great part of the population is excluded, not being able to afford the treatment that can save their lives. The biggest concern is that the strengthening of the system of patents affects negatively the efforts of the developing countries to improve the public health and their economic and technological development. For this reason, it is of essential importance to establish a discussion on the impact of the pharmaceutical patents for developing countries, mainly for Brazil. As in Brazil health is a basic right, guaranteed constitutionally and which demands full and immediate effectiveness, according to the 6th article and to the article 196, combined with the 5th article , § 1º (first paragraph), of the Federal Constitution, it does not matter how the State will guarantee the access of the population to the indispensable medicines, even through the obligatory license of patents, as long as the State does it, in search of viable solutions to preserve the life of the population, which is the ultimate value of humanity.

Key Words: right to health – copyright – pharmaceutical patents.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	10
1.1 Conceito de saúde.....	10
1.2 Histórico e origem do direito à saúde no Brasil	15
1.3 A saúde como direito fundamental social.....	18
1.4 A necessidade do direito à saúde para o desenvolvimento com cidadania	24
2 A PROTEÇÃO DAS PATENTES NO BRASIL	31
2.1 Propriedade intelectual e desenvolvimento	31
2.2 Origem e evolução histórica do direito de propriedade industrial.....	33
2.3 A discussão sobre o sistema de patentes	37
2.4 Acordo TRIPs e o sistema de patentes	44
2.4.1 Matéria patenteável.....	45
2.4.2 Direitos conferidos	46
2.4.3 Condições para a solicitação de patentes.....	47
2.4.4 Exceções aos direitos exclusivos conferidos pela patente.....	48
2.4.5 Uso da patente sem autorização do titular	48
2.4.6 Nulidade e caducidade das patentes	49
2.4.7 Vigência da patente	49
2.5 Regulação das patentes na Lei 9.279, de 14 de maio de 1996	50
2.5.1 Patenteabilidade.....	50
2.5.2 Proteção conferida pela patente	51
2.5.3 Pedido de patente.....	52
2.5.4 Concessão e vigência da patente	53
2.5.5 Licença voluntária e licença compulsória	53
3 O IMPACTO DAS PATENTES FARMACÊUTICAS NO BRASIL	57
3.1 Sistema de patentes e dependência tecnológica	57
3.2 A peculiaridade das patentes sobre produtos farmacêuticos	63
3.3 Declaração de Doha e saúde pública	65
3.4 Direito à saúde e licenças compulsórias	69
3.5 Patentes farmacêuticas: perspectivas e desafios para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, no que se refere ao acesso a medicamentos	75
CONCLUSÃO.....	80

REFERÊNCIAS85

INTRODUÇÃO

O sistema de patentes é um dos mecanismos legais de proteção à propriedade intelectual que visa garantir ao inventor os direitos de reprodução e comercialização de seu invento. A lógica econômica desse mecanismo de proteção é o de recompensar os esforços realizados pelo inventor e, com isso, promover o desenvolvimento tecnológico, estimulando a descobertas de novas substâncias e produtos tecnologicamente mais avançados.

As patentes no setor farmacêutico geram fortes conseqüências sobre a economia dos países, influenciando em seu desenvolvimento científico e tecnológico. Seus efeitos atingem a população como um todo, uma vez que o consumo de medicamentos independe da vontade do consumidor, que tem que comprá-los mesmo a preços mais elevados, pois são indispensáveis à manutenção da vida.

Existe uma grande dificuldade em se encontrar um ponto de equilíbrio entre o interesse público de se dispor de medicamentos cada vez mais eficazes e os interesses econômicos das grandes empresas que investem na pesquisa e no desenvolvimento de novos produtos. A maior preocupação é a de que o fortalecimento do sistema de patentes afete negativamente os esforços dos países em desenvolvimento para melhorar a saúde pública, bem como o seu desenvolvimento econômico e tecnológico.

O direito à saúde conduz à necessidade e ao direito ao acesso a medicamentos. Atualmente, entretanto, medicamentos essenciais não estão ao alcance de grande parte da população, devido ao seu elevado preço. Por esse motivo, é de fundamental importância estabelecer uma discussão sobre o impacto das patentes farmacêuticas para os países em desenvolvimento, principalmente para o Brasil.

O método de abordagem utilizado na presente dissertação foi o indutivo, partindo-se do particular e colocando a generalização como um produto posterior do trabalho de coleta de dados particulares. Como método de procedimento utilizou-se o monográfico, sendo utilizada, também, a modalidade teórica de pesquisa.

Assim, o presente estudo divide-se em três capítulos.

No primeiro capítulo é analisado o conceito de saúde, bem como o histórico e a origem do direito à saúde no Brasil, além da sua relação com o Estado Democrático de Direito. É estudada, também, a saúde como direito fundamental social e a necessidade desse direito para o desenvolvimento com cidadania.

A segunda parte do trabalho estuda a relação da propriedade intelectual com o tema do desenvolvimento, além de verificar a origem e a evolução histórica do direito de propriedade industrial. Traz à tona, também, a discussão a respeito do sistema de patentes, bem como analisa os mecanismos contemplados no TRIPs (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio) e na Lei 9.279, de 14 de maio de 1996.

No terceiro e último capítulo da dissertação é estudada a dependência tecnológica dos países em desenvolvimento e o monopólio do conhecimento técnico criado pelo sistema de patentes. São analisadas as peculiaridades das patentes sobre produtos farmacêuticos e a possibilidade de obtenção de licenças compulsórias. Por fim, levando-se em conta o cenário atual sobre as patentes farmacêuticas, são traçadas algumas perspectivas e desafios com vistas ao desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, relativamente ao acesso da população a medicamentos indispensáveis à continuidade da vida.

1 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo analisa o conceito de saúde, bem como o histórico e a origem do direito à saúde no Brasil, além da sua relação com o Estado Democrático de Direito. Por fim, estuda a saúde como direito fundamental social e a necessidade desse direito para o desenvolvimento com cidadania.

1.1 Conceito de saúde

Embora a expressão “direito à saúde” seja empregada referindo-se a situações diversas, firmou-se o entendimento de que o conceito de saúde não implica somente na ausência de doenças, mas no completo bem-estar físico, mental e social (LUCENA, 2004).

A discussão sobre um conceito para saúde atravessou séculos. Dos pensadores da Grécia Antiga aos dias atuais, a imprecisão do termo “saúde” revela pensamentos distintos sobre o tema: “de um lado o entendimento de que a saúde relacionava-se como o meio ambiente e as condições de vida dos homens; do outro lado, o conceito de saúde como ausência de doenças” (ROCHA, 1999, p. 43).

Nos termos do inciso I do artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem:

Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

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.

Na Antigüidade, Hipócrates, considerado o pai da Medicina, já estava absolutamente convencido de que a saúde implicava uma harmonia do homem com a natureza. Para Hipócrates, o bem-estar dependia tanto de fatores internos quanto de fatores externos, sendo os hábitos de vida extremamente importantes para a definição da saúde: o clima, a qualidade da água, do solo, do ar (DALLARI, 1988).

Hipócrates passou a dar cientificidade à doença, sem mais se atrelar a aspectos religiosos. Suas idéias cruzaram os séculos, perdurando até os tempos atuais, sobretudo a noção de que a doença é algo palpável, com causalidade natural, conceito este que ainda é utilizado pela medicina contemporânea (SCHWARTZ, 2001, p. 30).

Na Idade Média, Paracelsus, outro cientista famoso no século XVI, estudou a relação existente entre algumas doenças físicas e certas profissões e também o meio-ambiente. Paracelsus demonstrou que algumas doenças estavam diretamente relacionadas com determinadas profissões ou que algumas doenças se relacionavam imediatamente ao meio-ambiente (DALLARI, 1988).

Entretanto, o reconhecimento de que a saúde de uma população está relacionada às suas condições de vida e de que os comportamentos humanos podem constituir-se em ameaça à saúde do povo e, conseqüentemente, à segurança do Estado fica claramente estabelecido ao

término da chamada “Segunda Guerra Mundial”¹. A experiência de uma guerra apenas vinte anos após a anterior forjou um consenso na sociedade que sobreviveu a 1945, a qual sentiu a necessidade de promover um novo pacto, personificado na Organização das Nações Unidas (ONU). Esse organismo incentivou a criação de órgãos especiais destinados a promover a garantia de alguns direitos considerados essenciais aos homens, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), que declarou a saúde o primeiro princípio básico para a “felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos” (DALLARI; FORTES, 1997, p. 187-188).

No Brasil, as primeiras referências sobre as terras e os indígenas descobertos em 1500 por Pedro Álvares Cabral davam a idéia de um paraíso terreno, tendo em vista a beleza e a grandiosidade das paisagens, a riqueza da alimentação, a pureza das águas e o clima ameno, que, aos olhos do europeu, combinavam com a saúde dos habitantes do “Novo Mundo”. Segundo as descrições, “os índios que ocupavam a região litorânea do Brasil eram robustos e ágeis, desconhecendo as mortais enfermidades que naquele período ceifavam milhares de vidas em todo o continente europeu” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 5).

A forte tendência idealizadora que marcou a composição das primeiras imagens do Brasil não durou muito, pois o “paraíso tropical” anunciado pelos marinheiros quando retornavam para seus portos de origem foi logo substituído pela versão oposta. No século XVII a colônia portuguesa da América já era identificada com o “inferno”, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência. Os

¹ Ocorrida no século XX (1939-1945). O austríaco Adolf Hitler, líder do Partido Nazista Alemão, pretendia criar uma “nova ordem” na Europa, baseada em princípios racistas que consideravam os arianos, em especial os alemães, como uma raça superior. A postura expansionista alemã, que fazia apelo à violência e baseava-se no irracionalismo, ficou marcada, principalmente, pela perseguição de algumas minorias étnicas e religiosas, como os judeus e os ciganos. A guerra opôs as Potências do Eixo (Alemanha, Itália e Japão) aos Aliados (Inglaterra, França, Estados Unidos, União Soviética, entre outros). O Brasil se integrou aos Aliados em 1943. A guerra teve seu fim com o lançamento das duas bombas atômicas americanas sobre o Japão, em agosto de 1945, nas cidades de Hiroshima e Nagasaki, causando a morte de cerca de 400 mil pessoas instantaneamente (VIZENTINI, 1989).

conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais da vida na região e, sobretudo, as múltiplas e freqüentes enfermidades “eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 5).

A Revolução Industrial² mudou o mundo. Mudou tanto que alterou o modo de se tratar a saúde e o modo de se compreender a saúde. O ambiente industrial gerando o acúmulo de pessoas nas cidades mostrou que os proprietários das indústrias teriam problemas em manter a sua força de trabalho produzindo. O industrial não queria ver sua linha de produção parada ou retardada pela falta do trabalho especializado, o que gerou a preocupação com a manutenção da saúde dos operários (DALLARI, 1988).

A idéia de que a população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do Brasil, a elaborar planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva da população. Diferentemente dos períodos anteriores, “a participação do Estado na área de saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 14).

Em maio de 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Todavia, a nova pasta contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 50, confirmando o descaso das autoridades para com a saúde do povo. Apesar da diminuição de casos de doenças infecto-contagiosas e

² Iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII. Consistiu em um conjunto de mudanças tecnológicas que marcou a separação entre a propriedade e o trabalho, com a superação da produção feudal e o início da mecanização da indústria, inaugurando uma nova sociedade, com novos meios de produção e novas relações sociais decorrentes do processo de produção capitalista (ARRUDA, 1994).

parasitárias, na maior parte do território nacional a mortalidade estava muito acima dos índices dos países desenvolvidos (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 42).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi positivado, sendo inserido no Título dos Direitos Sociais (artigo 6º). Em seu artigo 196, dispõe a Constituição que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, a saúde é reconhecida como direito social de toda a população, cabendo ao Estado adotar políticas que assegurem a efetivação da saúde pública.

Então, conforme Schwartz (2001, p. 43), a saúde, para efeitos de aplicação do artigo 196 da Constituição Federal, pode ser conceituada como um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, além de visar a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição “a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar”.

Nesse sentido, são importantes as lições de Dallari (1995, p. 30-31):

A Lei Maior da República estipulou critérios para que a saúde seja corretamente determinada em seu texto. Assim, vinculou sua realização às políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados, não só à sua recuperação, mas também à sua promoção e proteção. Em outras palavras, adotou-se o conceito que engloba tanto a ausência de doença, quanto o bem-estar, enquanto derivado das políticas públicas que o têm por objetivo, seja apenas a política, seja sua implementação, traduzida na garantia de acesso – universal e igualitário – às ações e serviços com o mesmo objetivo (CF, art. 196).

É princípio constitucional que dá unidade ao sistema e influi diretamente sobre o conceito de saúde e que – exatamente por exprimir os valores fundamentais dos constituintes – reflete a ideologia inspiradora da Constituição, a opção pelo “Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais... o bem-estar... a igualdade” (CF, preâmbulo). A leitura mais superficial desse princípio esclarece que o termo *saúde*, empregado em qualquer conceito constitucional, deve ser

precisado com a necessária consideração de sua natureza de direito reconhecido igualmente a todo o povo. Isto por decorrência lógica e imediata de tal princípio, eventualmente expresso no preâmbulo da Constituição.

Assim, o constituinte federal de 1988 orientou sobremaneira a precisão do conceito de saúde, tendo em várias hipóteses elucidado seu conteúdo. A saúde implica a definição de uma política pública que vise seu cuidado, sua defesa e sua proteção, ou seja, “reforça-se, como requisito da legalidade, a obrigação de prestar serviços de atendimento à população (CF, art. 30, VII) que incluam ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (DALLARI, 1995, p. 32).

1.2 Histórico e origem do direito à saúde no Brasil

O direito à saúde pode ser entendido, segundo Rocha (1999, p. 49), como o conjunto de normas jurídicas reguladoras da atividade do Poder Público, “destinada a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e asseguradores deste direito”.

Todavia, a incorporação constitucional dos direitos sociais, no Brasil, foi sobremaneira lenta. Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, nenhum texto constitucional se referia explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social. A primeira república ignorou completamente qualquer direito social, evitando, igualmente, referir-se à saúde (DALLARI, 1995, p. 23).

A Constituição de 1934 incorporou algumas garantias ao operariado, tais como a assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Posteriormente, foram incluídos outros benefícios na legislação trabalhista, como o

salário mínimo, culminando com o estabelecimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, o que tornou obrigatória a indenização aos acidentados, bem como o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas, entre outros direitos, a todos os operários portadores de carteira de trabalho (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 34).

A Constituição de 1937, entretanto, silenciou sobre o tema, bem como a Constituição de 1946. Na Constituição de 1967, a única referência ao direito à saúde encontrava-se no artigo 8º, inciso XIV, onde se delegava à União a competência de estabelecer planos nacionais de educação e saúde. Ou seja, inexistiu avanço algum no campo da proteção sanitária (SCHWARTZ, 2001, p. 46).

Cabe ressaltar que foi a Constituição italiana, em 1948, a primeira a reconhecer, em seu artigo 32, a saúde como fundamental direito do indivíduo e interesse da coletividade. Após, várias Constituições recepcionaram o tema, sendo que a Constituição portuguesa, em seu artigo 64, deu à saúde uma formulação universal mais precisa do que a espanhola (artigo 64) e a da Guatemala (artigos 93-100). Essas quatro constituições relacionavam o direito à saúde com a seguridade social (SILVA, 2001, p. 312).

Com a promulgação da denominada Constituição Cidadã, em 1988, finalmente foi positivado o tema no Brasil, declarando a saúde como direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além do acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196).

A Constituição estabelece expressamente, em seu artigo 7º, XXII, que é direito dos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. Dentre os princípios gerais da atividade econômica, dispõe o artigo 170 que a ordem econômica tem por fim assegurar a todos existência digna, observados os princípios da função social da propriedade, defesa do consumidor, defesa do meio ambiente, redução das desigualdades regionais e sociais e busca do pleno emprego.

A Constituição Federal estabelece, ainda, como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde (artigo 227, *caput*), bem como assegurar ao idoso a defesa de sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhe o direito à vida (artigo 230). O artigo 225 estabelece que o meio ambiente ecologicamente equilibrado é essencial à sadia qualidade de vida (ROCHA, 1999, p. 45).

Como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção, devendo as pessoas serem livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, que tipo de vida pretendem viver, que recurso médico ou tratamento se submeterão, entre outros. Por outro lado, em seus aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade, sendo que, para preservar a saúde de todos, é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer. A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam responde à exigência da igualdade. Nesse sentido, somente o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido e assegurado “poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo” (DALLARI, 1997, p. 190).

Consoante conclui Dallari (1997, p. 190), a evolução do conceito de saúde e o reconhecimento da responsabilidade do Estado “muito contribuíram na construção do direito à saúde, que não pôde, entretanto, prescindir da evolução dos movimentos que reivindicavam direitos humanos”.

Assim, a saúde passou a ser reconhecida como um direito fundamental do homem, nos termos da Constituição Brasileira e da Declaração Universal dos Direitos do Homem.

1.3 A saúde como direito fundamental social

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana, como a saúde, somente tenha sido elevado à condição de direito fundamental do homem na Constituição Federal de 1988. Conforme Silva (2001, p. 311), pelo princípio do direito igual à vida de todos os seres humanos, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independente de sua situação econômica, “sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas constitucionais”.

Primeiramente, cabe estabelecer a conexão existente entre o direito à saúde e o Estado Democrático de Direito. Nas palavras de Moraes (1996, p. 83), o Estado de Direito, quando assume o feitiço democrático, “tem como objetivo a igualdade, e assim, não lhe basta a limitação ou a promoção da atuação estatal, mas referenda a pretensão à transformação do *status quo*”, aparecendo a lei como instrumento de transformação da sociedade.

Nesse sentido, são importantes as lições de Leal (2001, p. 226), o qual assevera que, “na medida em que as sociedades crescem em tamanho e complexidade, os conceitos de

Estado e Democracia começam a sofrer uma transformação radical”, com as ações e os relacionamentos assumindo caráter mais coletivo do que individual. Tal movimento, segundo o autor, “se dá no sentido de reconhecer os direitos e deveres sociais dos governantes, comunidades, associações e indivíduos” (LEAL, 2001, p. 226).

Assim, o Estado Democrático de Direito é uma modalidade estatal que procura transformar a realidade, onde a lei passa a ser um instrumento fundamental de mudança do *status quo*, abrindo a perspectiva de realização social profunda pela prática dos direitos sociais e pelo exercício dos instrumentos oferecidos à cidadania, o que possibilita concretizar as exigências de um Estado de justiça social, fundado na dignidade da pessoa humana. Sua tarefa fundamental consiste em superar as desigualdades sociais e regionais, instaurando um regime democrático que realize a justiça social (SILVA, 2001, p. 124).

O Estado Democrático de Direito, portanto, é um compromisso assumido pela sociedade brasileira “no sentido da busca de uma justiça social efetiva, de uma qualidade de vida que se faça presente; logo, da saúde também” (SCHWARTZ, 2001, p. 50).

Cabe observar que, nos últimos anos, tem-se acelerado o processo de multiplicação dos direitos, gerando um grande aumento da complexidade social. Esse processo, segundo Bobbio (1992, p. 68), tem por base três razões principais: aumento de bens merecedores de tutela; aumento do número de sujeitos de direito e ampliação do *status* dos sujeitos. Assim, dos direitos individuais passou-se a considerar também os direitos sociais.

Ocorre que, consoante leciona Bobbio (1992, p. 72), a proteção dos direitos sociais requer uma intervenção ativa do Estado, “que não é requerida pela proteção dos direitos de

liberdade, produzindo aquela organização dos serviços públicos de onde nasceu até mesmo uma nova forma de Estado, o Estado social”. Além disso, afirma o referido autor que, enquanto os direitos de liberdade nascem com o objetivo de limitar o poder do Estado, os direitos sociais “exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, a ampliação dos poderes do Estado” (BOBBIO, 1992, p. 72).

Assim, Bobbio (1992) constata a enorme defasagem entre a amplitude do debate teórico sobre os direitos do homem, principalmente quanto aos direitos sociais, e os limites dentro dos quais se processa a efetiva proteção dos mesmos nos Estados particulares e no sistema internacional. Essa defasagem só pode ser superada pelas forças políticas. Mas, segundo Bobbio (1992), os sociólogos do direito são, entre os cultores de disciplinas jurídicas, os que estão em melhores condições para documentar essa defasagem, explicar suas razões, e, graças a isso, reduzir suas dimensões.

É importante mencionar, também, que a saúde é um direito fundamental do homem, nos termos da Constituição Brasileira e da Declaração Universal dos Direitos do Homem. O Título II da nossa Constituição trata dos direitos e garantias fundamentais, estando os direitos sociais elencados no Capítulo II do referido Título. Assim, se os direitos sociais estão elencados em um capítulo que está sob o amparo dos direitos e garantias fundamentais, é certo que os direitos sociais, como a saúde, são direitos fundamentais do homem, sendo normas de aplicabilidade imediata e de eficácia plena, consoante o disposto no artigo 5º, § 1º, da Constituição Federal (SCHWARTZ, 2001, p. 62).

Conforme leciona Barcellos (2002, p. 114), uma das categorias a compor a idéia de

direitos fundamentais é a que congrega os direitos sociais, econômicos e culturais, sendo a noção de *mínimo existencial* “um conjunto formado por uma seleção desses direitos, tendo em vista principalmente sua essencialidade, dentre outros critérios”. Conclui a autora que os direitos sociais não estão em oposição aos direitos individuais e políticos, mas eles se complementam, uma vez que “os direitos sociais viabilizam o exercício real e consciente dos direitos individuais e políticos e que todos, conjuntamente, contribuem para a realização da dignidade humana” (BARCELLOS, 2002, p. 115).

Pode-se demonstrar, então, que o conteúdo jurídico da dignidade se relaciona com os chamados direitos fundamentais ou humanos, ou seja, “terá respeitada a sua dignidade o indivíduo cujos direitos fundamentais forem observados e realizados, ainda que a dignidade não se esgote neles” (BARCELLOS, 2002, p. 110). Nas palavras de Andrade, citado por Barcellos (2002, p. 111), o

princípio da dignidade da pessoa humana está na base de todos os direitos constitucionalmente consagrados, quer dos direitos e liberdades tradicionais, quer dos direitos de participação política, quer dos direitos dos trabalhadores e direitos a prestações sociais.

Como se verifica, a responsabilidade do Estado encontra-se reconhecida tanto em instrumentos internacionais, como também na própria legislação brasileira. O conceito de saúde implica a definição de uma política pública que vise seu cuidado, sua defesa e sua proteção, o que reforça, como requisito da legalidade, a obrigação de o Estado prestar serviços de atendimento à população que incluam ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde (DALLARI, 1995, p. 32).

Para Lucena (2004), restando clara a responsabilidade do Estado na organização e prestação de serviços públicos, se apresenta como absurda a eventual exigência de provisão

financeira em orçamento público referente a despesas oriundas de direito tão complexo, como o direito à saúde. A referida autora acrescenta que, “se o Estado reclamou pra si a tarefa de promover o direito à saúde, não poderá se escusar de seu cumprimento, mediante a tese de que não existem verbas alocadas em orçamento prévio” (LUCENA, 2004, p. 246).

Nesse sentido, são importantes as lições de Morais (1998, p. 84):

[...] devemos considerar a saúde como um direito social próprio ao Estado do Bem-Estar Social, além de propô-la como inserida no novo âmbito dos direitos humanos de terceira geração, ou seja, como vinculada ao caráter de solidariedade, tendo como número central de sua elaboração a idéia de cidadania que implicaria no direito à promoção de uma vida digna às pessoas, fazendo parte do patrimônio comum da humanidade, referendando uma pretensão inapropriável exclusivamente por algum(ns) indivíduo(s), em especial aquele que têm condições de pagar por ela.

Assim, a saúde e o acesso aos meios de promovê-la, recuperá-la ou preveni-la compõem o elenco dos direitos humanos e dos direitos constitucionalmente garantidos, razão pela qual devem ser percebidos como “um conjunto de estratégias que visam assegurar uma vida digna ao cidadão enquanto tal, compondo parcela de seu patrimônio comum” (MORAIS, 1998, p. 84).

Entretanto, a realidade é diferente, uma vez que as condições de saúde não são as mesmas para toda a população, tendo as classes mais abastadas o privilégio de escolherem melhores serviços de saúde, ou seja, a saúde privada, restando à grande maioria da população a precária assistência fornecida pelo Estado.

O que preocupa é a possibilidade de os interesses econômicos sobreporem-se aos interesses sociais. Um exemplo disso é justamente a luta pela quebra de patentes dos medicamentos, tendo em vista o caos vivido pelos países em desenvolvimento no combate às epidemias da modernidade. No enfrentamento ético entre o social e o capital “devem

prevalecer sempre os interesses da população em detrimento dos benefícios dos grandes conglomerados econômicos, pois se trata de uma questão de calamidade mundial” (PILAU SOBRINHO, 2003, p.140).

Ressalta-se que o direito à saúde compreende o acesso gratuito à sua promoção e recuperação, ou seja, o direito de utilizar gratuitamente os medicamentos indispensáveis à continuidade da vida e recuperação da saúde. Adotando-se o critério da proporcionalidade e da harmonização dos valores em jogo estabelecido por Alexy (1997), o papel da eficácia e aplicabilidade do direito à saúde é essencial, pois é variante elementar do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, princípio que norteia a nossa Constituição Federal. Como a vida é o objetivo maior da sociedade brasileira, sempre que o princípio da preservação da vida e do respeito à dignidade humana estiver ameaçado, “o Estado deve agir para estabelecer as mínimas condições de existência” (SCHWARTZ, 2001, p. 82).

Embora o conceito de saúde compreenda o completo bem-estar físico, mental e social, o que nos chama a atenção no momento é o questionamento acerca do acesso aos instrumentais tecnológicos desenvolvidos no âmbito das ciências médicas e os seus vínculos com o referencial dos direitos humanos. O direito à saúde assegurado constitucionalmente impõe ser pensado tanto sob o aspecto do conteúdo que engloba, quanto no que diz com o acesso aos progressos tecnológicos (MORAIS, 1998, p. 83).

Dessa forma, a saúde é direito fundamental, previsto nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, necessitando de eficácia plena e imediata, nos termos do artigo 5º, § 1º, do mesmo diploma legal. Para isso, não importa de quais meios o Estado se utilizará, inclusive através da licença compulsória ou quebra das patentes dos medicamentos, bastando

que o faça, em busca de soluções viáveis para preservar a vida da população, valor máximo da humanidade.

1.4 A necessidade do direito à saúde para o desenvolvimento com cidadania

Ao contrário do que normalmente se pensa, a luta pela cidadania³ é uma invenção moderna, tendo surgido e se institucionalizado no decorrer do século XVIII. Seu surgimento constitui-se, no que se refere à história, em uma verdadeira ruptura com o passado, tendo em vista que a figura deontica originária é o dever e não o direito. As leis, códigos e mandamentos da Antigüidade estabelecem deveres e não direitos. Todavia, apesar de todas as dificuldades, a luta pela cidadania “tem progredido de forma extraordinária, tendo sido enriquecida por várias gerações de direitos cada vez mais amplas. Nesse sentido, pode falar-se em uma evolução expansiva da cidadania” (BEDIN, 1998, p. 130).

Conforme Bobbio (1992, p. 61), é com o nascimento do Estado de direito “que ocorre a passagem final do ponto de vista do príncipe para o ponto de vista dos cidadãos”. No Estado despótico, os indivíduos singulares não possuem direitos, somente deveres. No Estado absoluto, os indivíduos possuem somente direitos privados em relação ao soberano. No Estado de direito, todavia, o indivíduo tem, em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos, ou seja, “o Estado de direito é o Estado dos cidadãos” (BOBBIO,

³ Para Correa (2000, p. 217), a cidadania significa “a realização democrática de uma sociedade, compartilhada por todos os indivíduos ao ponto de garantir a todos o acesso ao espaço público e condições de sobrevivência digna, tendo como valor-fonte a plenitude da vida”. Conforme Viera (1999, p. 27), ser cidadão é ser membro de pleno direito da cidade, além de ter acesso à decisão política, ser um possível governante, um homem político, ou seja, o cidadão “tem direito não apenas a eleger representantes, mas a participar diretamente na condução dos negócios da cidade”. Carvalho (2004, p. 8) afirma que o exercício de certos direitos, como a liberdade de pensamento e o voto, não gera automaticamente o gozo de outros, como a segurança e o emprego, ou seja, “a liberdade e a participação não levam automaticamente, ou rapidamente, à resolução de problemas sociais”, pois a cidadania inclui várias dimensões, podendo algumas estarem presentes sem as outras. Uma cidadania plena, segundo o autor, “que combine liberdade, participação e igualdade para todos, é um ideal desenvolvido no Ocidente e talvez inatingível”, porém “ele tem servido de parâmetro para o julgamento da qualidade da cidadania em cada país e em cada momento histórico” (2004, p. 9).

1992, p. 61).

Assegurar minimamente os direitos capazes de consolidar a dignidade da pessoa humana exige do próprio Estado a execução de ações que permitam que o cidadão possa confiar no Direito e no Estado. Essa confiança tem que ser clara e segura, pois o cidadão espera do próprio Estado o cumprimento da sua função de proteção e concretização da pauta mínima de direitos sociais esculpidos na Constituição Federal. O indivíduo e o corpo social como um todo necessitam dessa confiança na ordem jurídica e na ordem constitucional.

A conceituação da saúde deve ser entendida como a concretização da sadia qualidade de vida, uma vida com dignidade, que deve ser continuamente buscada diante da profunda miséria por que atravessa a maioria da população. A discussão e a compreensão da saúde passa pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos direitos sociais da Constituição Federal (ROCHA, 1999, p. 43).

Ainda conforme Rocha (1999, p. 43-44):

Quando se menciona desde o preâmbulo que a Assembléia Nacional Constituinte se reuniu “para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar”, efetivamente a determinação do conteúdo do direito à saúde tem de levar em conta a responsabilidade do Estado em assegurar o “bem-estar”.

Nos princípios norteadores do sistema, observamos que a Carta Constitucional enfatiza o ser humano em sua tutela: o Estado Democrático de Direito tem como fundamentos, dentre outros, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º, II e III), bem como, constituem objetivos fundamentais da República construir uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza e a marginalização (...), promover o bem estar de todos (...) (art. 3º, I, III, IV).

Um dos maiores problemas da efetivação do direito à saúde no Brasil reside justamente em seu aspecto político, ou seja, na vontade de os Poderes implantarem políticas

públicas⁴ condizentes com os problemas sanitários. Assim, devido à insuficiência ou ausência dessas políticas, o cidadão possui um resguardo para efetivar seu direito à saúde: a atuação judicial.

Uma vez provocado, caberá ao Poder Judiciário a função de corrigir as eventuais desigualdades ocorridas no campo sanitário, pois é o órgão com competência e legitimação para tal tarefa. Sua atuação far-se-á em um momento posterior ao da constatação de que as ações positivas estatais não garantiram efetivamente o direito à saúde (SCHWARTZ, 2001, p. 162).

Ressalta-se que a Constituição é a Lei Maior, uma construção de uma ação de determinada sociedade, que deve ser cumprida de acordo com os seus princípios. Não basta apenas promulgar uma Constituição, sem lhe dar vigência material. Torna-se necessário dar-lhe eficácia e obediência, a fim de que a mesma seja uma verdadeira Constituição e que seja totalmente cumprida. Nesse sentido é que o Poder Judiciário assume papel fundamental, principalmente nas questões sanitárias, devendo ter como premissa de atuação a dignidade humana e a saúde como bens maiores da população, tendo em vista que são princípios fundamentais de nossa nação, nos termos do inciso III, do artigo 1º, da Constituição Federal (SCHWARTZ, 2001, p. 169).

As condições fundamentais de vida não podem ser negadas à grande parte da população brasileira em nome da neutralidade e da inércia processuais, cabendo ao Poder Judiciário, portanto, “a função precípua de zelar, de forma eficiente e dinâmica, pela constante

⁴ Programas de ação governamental, com vistas a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, sobretudo a implementação dos direitos fundamentais dispostos na Constituição Federal (BUCCI, 2002).

materialização do pacto social constitucionalmente formulado no artigo 3º da Constituição Federal de 1988” (CORRÊA; MASSAFRA, 2004, p. 60).

Nesse sentido, são importantes as lições de Pilau Sobrinho (2003, p. 139):

A ética social coloca frente a frente os pobres e os superprivilegiados para dirimir os conflitos existentes diante da complexidade da realidade social, que se torna cada vez mais desigual nos países de Terceiro Mundo os quais lutam para sobreviver diante da exploração do mercado. Perante essa realidade, deve-se falar na ética capitalista, que prima pelo livre mercado, ainda que, com isso, tenham-se de ultrapassar as demais éticas.

Diante do exposto, observam-se os conflitos existentes entre os vários tipos de ética, mas a questão fundamental é a preocupação de que os interesses sociais ultrapassem os econômicos.

Por esse motivo é que, conforme Lucena (2004), o direito à saúde deve ser enfatizado pelo Poder Judiciário quando for necessário um juízo de ponderação de bens e interesses para verificar a constitucionalidade da restrição de outros direitos fundamentais. Em outras palavras, “com base no direito à saúde, pode-se e deve-se justificar limites à iniciativa privada ou a outros direitos de natureza econômica” (LUCENA, 2004, p. 263).

Essa premissa vem sendo aplicada pelos tribunais brasileiros, conscientes de sua responsabilidade transformadora da realidade e da justiça social, aplicando o princípio da dignidade humana como fio condutor do texto constitucional (SCHWARTZ, 2001, p. 170).

Nesse sentido é a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul:

APELAÇÃO CÍVEL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO. APLICAÇÃO IMEDIATA E INCONDICIONADA DE DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL. O acesso às ações e serviços de saúde é universal e igualitário (CF - art. 196), do que deriva a responsabilidade solidária e linear dos entes federativos, como já assentou o Supremo Tribunal Federal (RE 195.192/RS- rel. Min. Marco Aurélio). As despesas com fornecimento de medicamentos excepcionais para pessoas carentes devem correr por conta dos recursos destinados ao Fundo de Desenvolvimento Social do Estado (Leis Estaduais 9.908/93 e 9.828/93). Saúde é direito de todos e

dever do Estado e do Município (art. 241, CE). Elevado à condição de direito social fundamental do homem, contido no art. 6º da CF, declarado por seus artigos 196 e seguintes, é de aplicação imediata e incondicionada, nos termos do parágrafo 1º do artigo 5º da C. Federal, que dá ao indivíduo a possibilidade de exigir compulsoriamente as prestações asseguradas. Apelos desprovidos. Unânime (TJRS, 21ª Câm. Cív., Ap. Cív. nº 70016843765, Rel. Des. Genaro José Baroni Borges, j. em 11/10/2006).

O Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça também reconhecem a efetividade do artigo 196 da Constituição Federal, declarando a saúde como direito de todos e dever do Estado:

[...] FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS INDISPENSÁVEIS EM FAVOR DE PESSOAS CARENTES. [...] O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional [...]. (STF, 2ª T., RE-AgR 393175, Rel. Min. Celso de Mello, j. em 12/12/2006, DJ 02/02/2007, p. 1524).

[...] FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS. [...] Nos termos do art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Tal premissa impõe ao Estado a obrigação de fornecer gratuitamente às pessoas desprovidas de recursos financeiros a medicação necessária para o efetivo tratamento de saúde [...]. (STJ, 1ª T., REsp 439833, Rel. Min. Denise Arruda, j. em 28/03/2006, DJ 24/04/2006, p. 354).

Assim, as questões ligadas ao cumprimento das tarefas sociais não estão relegadas apenas ao governo e à administração, tendo seu fundamento nas próprias normas constitucionais sobre direitos sociais. Onde há falha ou omissão do processo político (Legislativo e Executivo) na implementação de políticas públicas, negligenciando direitos sociais básicos por incompetência administrativa, “cabe ao Poder Judiciário tomar uma atitude ativa na realização desses fins sociais através da correção da prestação dos serviços sociais básicos” (LIPPEL, 2004, p. 12).

Portanto, o Poder Judiciário, pela sua natureza, estrutura e função, não pode deixar de decidir quando acionado pela sociedade, mesmo que as normas a serem aplicadas tenham uma textura aberta. As decisões judiciais são formuladas com base nas premissas oferecidas pelo sistema político, sob a forma de normas, leis e códigos. Se essas premissas não são claras, precisas e coerentes, o Judiciário não pode ser responsabilizado por problemas que, do ponto de vista substantivo, não são de sua competência (FARIA, 2004, p. 110).

Especificamente com relação ao direito à saúde, quando estiver em risco a continuidade da vida humana, torna-se necessária a intervenção estatal para garanti-la. Nesses casos, segundo Lucena, o fundamento encontra-se na obrigação de o Estado garantir um nível de vida para seus cidadãos que seja compatível com o princípio da dignidade da pessoa humana, “cabendo ao Judiciário determinar o cumprimento dessa obrigação” (LUCENA, 2004, p. 266).

Assim, para Sarlet (1998, p. 298):

Em relação aos habituais argumentos da ausência de recursos e da incompetência dos órgãos judiciários para decidirem sobre a alocação de recursos e destinação de recursos públicos, não nos parece que esta solução possa prevalecer, ainda mais nas hipóteses em que está em jogo a preservação da vida humana.

Não resta dúvida de que, conforme adverte Lucena (2004), sempre haverá a necessidade de realizar um juízo de ponderação para identificar as situações em que o direito à saúde deve realmente prevalecer sobre a distribuição de competências entre o Poder Judiciário e os demais Poderes. Todavia, em situações nas quais a intervenção judicial se torna a única via para a garantia do mínimo necessário para a vida digna, “está justificado impor ao Estado o cumprimento de suas obrigações constitucionais referentes aos direitos a prestações” (LUCENA, 2004 p. 267).

Analisada a questão do direito à saúde no Brasil, passa-se ao estudo do sistema de patentes como um todo, sobretudo os mecanismos contemplados nos acordos internacionais e na legislação nacional.

2 A PROTEÇÃO DAS PATENTES NO BRASIL

A segunda parte do trabalho estuda a relação da propriedade intelectual com o tema do desenvolvimento, além de verificar a origem e a evolução histórica do direito de propriedade industrial. Também traz à tona a discussão a respeito do sistema de patentes, bem como analisa os mecanismos contemplados no TRIPs⁵ (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio) e na Lei 9.279, de 14 de maio de 1996.

2.1 Propriedade intelectual e desenvolvimento

A propriedade intelectual é uma importante ferramenta para a promoção do desenvolvimento, devendo cada Estado decidir quando reforçar ou não esse direito, de acordo com seus interesses. O referido tema ganhou importância estratégica a partir da criação da Organização Mundial do Comércio e da universalização dos direitos de propriedade intelectual, através do Acordo TRIPs (VARELLA, 2005, p. 3).

Segundo Hammes, reconhecer o direito de propriedade intelectual é, antes de qualquer coisa, uma questão de respeito, estando o progresso de um país, há mais de cem anos, diretamente relacionado com o grau de proteção desse direito. Conforme o autor, esse é um fato histórico que independe da análise do fenômeno propriamente dito (2002, p. 39).

Com relação ao sistema de patente, Hammes (2002, p. 40) assevera que:

⁵ Conforme Basso (2000), o TRIPs (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*) integra o Acordo Constitutivo da Organização Mundial do Comércio, sendo conhecido nos países de língua latina pela sigla ADPIC (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio). No presente estudo será adotada a sigla em inglês TRIPs, por ser mais conhecida e usualmente empregada.

Os países que mais progrediram são os que mais protegiam seus inventores, e os que hesitavam em fazê-lo menos progrediram.

[...]

O que mais mostra a importância do sistema de patentes é o interesse público e social. Sem ele, o inventor, desprotegido, manterá em segredo o que inventou. Enquanto isso, outros continuarão gastando fortunas para inventar o que já foi inventado. A única forma para fazer com que revele e publique o que inventou é garantir-lhe um privilégio exclusivo, ainda que por algum tempo apenas.

Também, segundo Pimentel (1999), o regime de patentes apresenta uma série de efeitos negativos, uma vez que, visando promover a produção de inventos, acaba limitando artificialmente a sua difusão. Para o autor, a restrição do uso do conhecimento pela patente acarreta um custo social muito grande, pois o uso dos inventos é restringido depois de patenteados, o que, de certo modo, bloqueia qualquer pesquisa futura na mesma matéria, ainda que publicados os seus documentos. Além disso, a administração do sistema de patentes supõe um custo econômico, bem como o seu uso pode levar ao abuso de práticas restritivas da concorrência.

Para o Brasil, a propriedade intelectual tem uma função muito importante, pois ela pode limitar ou estimular o ritmo de desenvolvimento tecnológico do país, em decorrência de políticas favoráveis e diferenciadas para os setores estratégicos da indústria nacional, com vistas a alavancar esse desenvolvimento (VARELLA, 2005, p. 4).

A propriedade intelectual pode ser conceituada como o direito de uma pessoa sobre um bem imaterial, ou seja, ela volta-se para o estudo das concepções inerentes aos bens intangíveis que, de modo geral, podem ser enquadrados nas seguintes categorias: artísticas, técnicas e científicas (DI BLASI, 2002, p. 16).

O termo “propriedade intelectual” contém tanto o conceito de criatividade privada como o de proteção pública para os resultados daquela criatividade. Segundo Sherwood

(1992, p. 22), “a invenção e a expressão criativa, mais a proteção, são iguais à propriedade intelectual”.

Nesse sentido, os bens protegidos pela propriedade intelectual têm em comum a imaterialidade, o fato de resultarem de atividade intelectual humana e não de força física. Assim, são abrangidos pelo direito de propriedade intelectual: “o direito do autor, o direito da propriedade industrial (direito do inventor, de marcas, expressões e sinais de propaganda, a concorrência desleal) e o direito antitruste ou repressão ao abuso do poder econômico” (HAMMES, 2002, p. 18).

Portanto, a propriedade intelectual abrange o direito de propriedade industrial, no qual está inserido o direito do inventor, sendo uma importante ferramenta para a promoção do desenvolvimento dos países.

2.2 Origem e evolução histórica do direito de propriedade industrial

A propriedade industrial teve sua pré-história nos chamados “privilégios feudais”, porém somente veio a surgir historicamente com a Revolução Industrial, como resposta de cunho liberal às necessidades do capitalismo, “tornando-se uma instituição no direito privado mercantil” (PIMENTEL, 1999, p. 233-134).

Os privilégios, originários da Idade Média, eram concedidos por corporações e senhores feudais de forma bastante arbitrária, o que, na prática, mais impedia do que promovia o progresso técnico. As “cartas abertas”, por meio das quais eram concedidos os

privilégios, não asseguravam uma proteção eficaz ao inventor, além de que este recebia apenas parte do valor resultante do privilégio (HAMMES, 2002, p. 25).

As codificações de Veneza (1474) e da Inglaterra (1623) acabaram com a antiga sistemática de privilégios, tornando-se as primeiras codificações de patentes. As duas leis, especialmente a inglesa, já apresentavam as características essenciais e fundamentais do sistema atual de patentes, ou seja, a proteção era limitada no tempo e as patentes somente eram concedidas para as invenções novas que possibilitassem uma utilização industrial (OLIVEIRA, 2000, p. 22).

As novas idéias trazidas pela Revolução Francesa, associadas ao processo de industrialização em curso na Europa, fizeram com que os inventos e as marcas assumissem seu verdadeiro papel na história do Direito interno e internacional. O reconhecimento e a proteção do direito de propriedade industrial apenas no âmbito interno não eram mais suficientes, tendo em vista que as legislações dos países eram diversas, sendo que alguns sequer reconheciam esses direitos (BASSO, 2000, p. 73).

Sentiu-se, então, a necessidade da criação de um direito internacional que harmonizasse as regras de propriedade industrial. Conforme o professor Foyer, citado por Basso (2000), foi a exposição internacional de Viena de 1873 o acontecimento que desencadeou o processo de conscientização da necessidade de harmonização dessas normas:

[...] antes da Conferência de Viena, foram realizadas conferências provadas e diplomáticas, nas quais se viam dois projetos distintos. Um deles, que logo foi abandonado, até mesmo porque era irrealizável, propunha a unificação internacional dos direitos patentários. O outro, mais realista, considerando as diversidades dos sistemas nacionais de patentes, de marcas, de desenhos e modelos, tendia a facilitar, entre estes sistemas, a osmose indispensável à proteção internacional das novas criações e dos sinais distintivos (BASSO, 2000, p. 73).

A Convenção de Paris, criada em 1883, foi o principal instrumento internacional de proteção à propriedade industrial, estabelecendo princípios e garantias mínimas sobre a matéria, sem prejuízo das legislações internas, pois cada país signatário da Convenção poderia resguardar os seus direitos de acordo com as necessidades do mercado interno (HERINGER, 2001, p. 21).

A Convenção de Paris já foi objeto de seis revisões e uma emenda: Revisão de Bruxelas (1900); Revisão de Washington (1911); Revisão de Haia (1925); Revisão de Londres (1934); Revisão de Lisboa (1958); Revisão de Estocolmo (1967); Emenda de 2 de outubro de 1979 (BASSO, 2000, p. 74).

Dentre as principais disposições da Convenção de Paris, é estabelecido, em seu artigo 2º, que os nacionais de cada um dos países membros gozarão, em todos os outros países da União, no que se refere à proteção da propriedade industrial, das vantagens concedidas pelas suas leis, sem prejuízo dos direitos previstos na Convenção. Em consequência, “terão a mesma proteção que estes e os mesmos recursos legais contra qualquer atentado dos seus direitos, desde que observem as condições e formalidades impostas aos nacionais” (artigo 2º).

A Convenção de Estocolmo, de 14 de julho de 1967, criou a Organização Mundial de Propriedade Intelectual – OMPI, com sede em Genebra, a qual adquiriu o *status* de Organismo Especializado da ONU em 17 de dezembro de 1974. Segundo Basso (2000, p. 130), “a OMPI unifica conceitos, abolindo a tradicional divisão existente no modelo tradicional ou histórico que separava os direitos dos autores e dos inventores”.

No lançamento da Rodada Uruguai do GATT (Acordo Geral de Tarifas e Comércio), em 20 de setembro de 1986, foi dado início às negociações para a elaboração de normas destinadas a fortalecer os direitos de propriedade intelectual. A referida rodada de negociações somente foi encerrada em 1994, culminando com a criação da Organização Mundial do Comércio – OMC. Até então a Propriedade Intelectual era tratada exclusivamente no âmbito da OMPI, sendo esta a única administradora dos tratados internacionais sobre Propriedade Intelectual (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 279).

Outro resultado da Rodada Uruguai foi a assinatura do Acordo TRIPs, o qual entrou em vigor em janeiro de 1995. O TRIPs integra o Acordo Constitutivo da OMC, sendo considerado o diploma internacional sobre propriedade intelectual mais abrangente até então (DOMINGUES, 2005, p. 31).

Nos termos do artigo 7º do TRIPs, o objetivo do fortalecimento dos direitos de propriedade intelectual defendido pelos países desenvolvidos, principalmente pelos Estados Unidos, seria o de contribuir para a promoção da inovação tecnológica e para a transferência e difusão de tecnologia, em benefício de todos:

Artigo 7º. A proteção e a aplicação de normas de proteção dos direitos de propriedade intelectual devem contribuir para a promoção da inovação tecnológica e para a transferência e difusão de tecnologia, em benefício mútuo de produtores e usuários de conhecimento tecnológico e de uma forma conducente ao bem-estar social e econômico e a um equilíbrio entre direitos e obrigações.

Conforme Basso (2000, p. 169), “o TRIPs representa um documento fundamental na consolidação da proteção dos direitos de propriedade intelectual na sociedade internacional contemporânea, e a vinculação definitiva desses direitos ao comércio internacional”. Segundo a autora, “com ele as partes ganharam e perderam alguma coisa, e os interesses contrapostos acabaram chegando ao consenso” (BASSO, 2000, p. 169).

O texto da Rodada Uruguai foi ratificado pelo Congresso Nacional brasileiro em dezembro de 1994 e encontra-se em vigor no país desde janeiro de 1995, assim como nos mais de 140 países que a ele aderiram, passando o Acordo TRIPs a integrar o ordenamento jurídico brasileiro desde então (OLIVEIRA, 2000, p. 60).

Com a entrada em vigor do TRIPs no Brasil, acirrou-se a discussão a respeito da adoção do sistema de patentes nele previsto.

2.3 A discussão sobre o sistema de patentes

A concessão de privilégios através do sistema de patentes diz respeito às criações e invenções levadas a efeito pelo intelecto humano, razão pela qual pertencem à categoria “propriedade intelectual”, pois a criação inventiva relaciona-se com as concepções originárias a partir do intelecto humano (DEL NERO, 2004, p. 49). Consoante leciona Silva, citado por Del Nero (2004, p. 49),

genericamente, a qualificação intelectual se refere a toda espécie de propriedade, que se origina ou provenha de qualquer concepção ou produto da inteligência, para exprimir o conjunto de direitos, que competem ao intelectual (escritor, artista ou inventor) como autor da obra imaginada, elaborada ou inventada. Assim, não se designa como propriedade intelectual somente a quem tem sobre a obra literária, científica, filosófica ou artística, mas toda concepção produzida pelo cérebro humano, da qual possa resultar uma exploração comercial ou uma vantagem econômica, como as invenções.

O sistema de patentes se destina a servir como recompensa para o inventor e, acima de tudo, como meio para estimular a pesquisa e promover o desenvolvimento tecnológico. Todavia, para poder justificá-lo politicamente e do ponto de vista socioeconômico (pois interfere nos princípios de um mercado livre), precisa ser encontrado um balanço ou equilíbrio entre os interesses dos titulares de patentes e os da sociedade (CHAMAS, 2003, p. 15).

No estudo do sistema de patentes é importante diferenciar a descoberta da invenção, pois somente as invenções são protegidas. As descobertas ocorrem sobre os fenômenos ou sobre as teorias, consistindo, basicamente, na revelação de alguma coisa já existente na natureza, ou seja, não há uma criação. A inovação, por outro lado, é a criação de alguma coisa até então inexistente, é todo o ato criativo do indivíduo que não seja conhecido da comunidade científica e que, além da novidade, tenha atividade inventiva e aplicação industrial (PIMENTEL, 1999, p. 132). Nesse sentido, são importantes as lições de Hammes (2002, p. 280-281) de que

o inventor resolve um problema técnico. O descobridor põe à luz algo existente que não era conhecido. É o que fazem os cientistas. Pesquisam a natureza, o mundo (físicos, matemáticos, botânicos, etc.). Quem acha uma jazida de ouro ou outro material precioso não inventa, descobre. As leis da natureza foram tornadas conhecidas pela atividade dos cientistas. O inventor, ao conhecer as leis da física, cria um mecanismo que torna as leis da física úteis ao homem. Um cientista descobriu a eletricidade. O inventor criou uma lâmpada, que ilumina, uma resistência, que gera calor, etc.

Assim, a patente é um dos mecanismos legais de proteção à propriedade intelectual que visa garantir ao inventor os direitos de reprodução e comercialização de seu invento. A lógica econômica desse mecanismo de proteção é o de retribuir os esforços realizados pelo inventor e, com isso, estimular novas descobertas de substâncias e produtos tecnologicamente mais avançados (BARBOSA, 2003, p. 335). Fatores sociais, no entanto, podem eventualmente prevalecer sobre esse aspecto econômico, colocando em discussão o sistema de patentes, sobretudo quando envolve medicamentos.

Apesar de o tema relativo ao patenteamento de produtos e processos farmacêuticos ser praticamente pacífico nos países desenvolvidos, ainda surgem discussões sobre o assunto nos países em desenvolvimento. Verificam-se, atualmente, conflitos entre países como o Brasil e algumas empresas detentoras de patentes de medicamentos que compõem o coquetel

utilizado para combater o vírus da AIDS. É justamente nesses momentos que surgem questionamentos sobre os custos sociais que as patentes acarretam (HERINGER, 2001, p. 45).

Nesse sentido, quando a saúde das pessoas é exposta, o direito do inventor pode sofrer restrições, principalmente quando se trata de patentes de produtos farmacêuticos. Existe uma grande dificuldade em se encontrar um ponto de equilíbrio entre o interesse público de se dispor de medicamentos cada vez mais eficazes e os interesses econômicos das grandes empresas que investem na pesquisa e no desenvolvimento de novos produtos (OLIVEIRA, 2000, p. 83-84).

As patentes no setor farmacêutico geram fortes conseqüências sobre a economia dos países, influenciando em seu desenvolvimento científico e tecnológico. Seus efeitos atingem a população como um todo, uma vez que os produtos farmacêuticos fazem parte dos chamados produtos de consumo inelásticos⁶, ou seja, “a população tem que comprá-los, mesmo a preços mais elevados, pois são indispensáveis à manutenção da vida, à própria existência humana” (VARELLA, 1996, p. 143). Segundo Varella (1996, p. 144), em um país como o Brasil, de dimensões continentais e com um dos maiores índices populacionais do planeta, onde a pobreza e o conseqüente grande número de doenças assolam milhões de pessoas diariamente, “o desenvolvimento deste setor atinge prioridade ímpar, situando-se lado a lado com os problemas mais importantes de nossa nação”.

Mesmo após a entrada em vigor da lei de propriedade industrial no Brasil, é possível identificar questões controvertidas relacionadas ao assunto. As principais críticas ao patenteamento de produtos farmacêuticos dizem respeito ao alto custo imposto pelas patentes,

⁶ Independem da vontade do consumidor em adquiri-los. Inelástico: que não tem elasticidade; inflexível (FERREIRA, 1986, p. 940).

às altas taxas de lucros dos laboratórios que as detém, além do elevado preço dos medicamentos (HAMMES, 2002, p. 296).

A patente possibilita a prática de elevados preços na medida em que o produtor não precisa temer a concorrência. Todavia, no caso dos medicamentos, essa é uma prerrogativa cruel, uma vez que exclui grande parte da população, sem condições financeiras de arcar com o tratamento que pode salvar vidas. Nesse sentido, o remédio não pode ser tratado como outra mercadoria qualquer, pois o consumidor não tem escolha, estando sujeito à prescrição médica, além de a sua existência depender, muitas vezes, do ato de comprar ou não tal mercadoria (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 285).

Essa é a real peculiaridade dos produtos farmacêuticos. Por isso, conforme Macedo e Pinheiro (2005, p. 285), “as patentes farmacêuticas devem ser encaradas pela essencialidade dos objetos que protegem. Neste campo, mais do que em outros campos tecnológicos, o equilíbrio entre o interesse público e a força do monopólio deve ser buscado”.

Outro aspecto que se discute é o real benefício da adoção do sistema de patentes para os países de baixa tecnologia. Além da questão do monopólio, que normalmente resulta em aumento dos preços dos medicamentos, a maioria das patentes é detida por empresas transnacionais que praticamente não produzem fármacos nos países em desenvolvimento. Da mesma forma, a concessão de patentes não se traduz por aumento de pesquisa e desenvolvimento (P&D) nesses países, tornando mais cara a aquisição de novas tecnologias.

Assim, além das dificuldades constantes da simples concorrência com as gigantes multinacionais, “as empresas brasileiras também não têm condições para realizar inovações

na área farmacêutica, devido aos altos custos das mesmas, à falta de um número razoável de doutores e de incentivos governamentais para as inovações” (VARELLA, 1996, p. 160).

Acrescenta-se a isso o fato de que a grande maioria das transnacionais possui origem em países desenvolvidos, tendo pouco interesse de investir seus recursos nos países em desenvolvimento. Assim, os países em desenvolvimento, sem capacidade de inovar, por falta de recursos e pelo pouco incentivo do governo na área, acabam por não apresentar capacidade de produzir bens, o que impossibilita a concorrência com as grandes empresas produtoras de tecnologias. Esse fato resulta na dependência tecnológica cada vez maior dos países em desenvolvimento, incapazes de adquirir autonomia ou poder de competição para a produção de novos bens (PIMENTEL, 1999, p. 231).

Além das empresas transnacionais dominarem, na maioria das vezes, mais da metade de todos os mercados, as pesquisas se concentram em produtos com maior valor de mercado em escala mundial. Por esse motivo, segundo Varella, doenças graves que atingem praticamente todo o Hemisfério Sul não são efetivamente combatidas, “como a cólera, febre tifóide e desintéria amebiana, que, juntas, são responsáveis por cerca de 20 milhões de mortes por ano” (VARELLA, 1996, p. 160). Nesse sentido, são alarmantes os dados trazidos por Macedo e Pinheiro (2005, p. 278):

Em 2003, o mercado mundial de medicamentos foi estimado em US\$ 469 bilhões, dos quais 20% são referentes a países em desenvolvimento. As grandes indústrias farmacêuticas consideram que não vale a pena investir em pesquisa para um mercado abaixo de US\$ 1 bilhão em vendas anuais. Isso explica o fato de que, no período de 1975 a 1999, somente 1% dos novos medicamentos aprovados para comercialização foram destinados a doenças tropicais. De fato, apesar de se estimar que 8 milhões de pessoas são acometidas pela tuberculose em países em desenvolvimento, não surgiu nenhum medicamento novo nos últimos 30 anos.

Sendo assim, os defensores do sistema de patentes chamam a atenção para os diversos fatores que conduzem ao aumento dos gastos na produção de novos medicamentos,

entre eles o elevado custo em P&D de novos medicamentos, o longo lapso temporal entre o início da pesquisa de um novo produto até lançá-lo no mercado, a imprevisibilidade dos investimentos num novo produto e a facilidade de cópia de processos. Segundo eles, esses elementos já demonstram a necessidade da adoção do sistema de patentes de medicamentos (OLIVEIRA, 2000, p. 150).

Para Sherwood (1992, p. 159), o argumento de que um ambiente de ausência de proteção geraria uma redução de custos deixa de levar em conta a possibilidade de que os padrões de atividade e as instituições, que seriam encorajadas caso a proteção fosse disponível, podem ser tolhidos em sua ausência. Da mesma forma, tal argumento não considera a possibilidade de que, na ausência da concorrência tecnológica entre segmentos de mercado, a concorrência em si possa estagnar, levando a uma alta geral dos preços. Além disso, se a pesquisa dentro das empresas for cerceada pela fraca proteção à propriedade intelectual, a concorrência tecnológica não florescerá.

Sherwood (1992) assevera, ainda, que as empresas com algum nível de proteção para a sua propriedade intelectual estão plenamente conscientes de que, se os preços de seus produtos se desalinharem, produtos semelhantes aos seus, em aplicação ou função, podem os dejalojar do mercado. Acrescenta o autor que, “no mercado farmacêutico, os pacientes podem trocar um remédio por outro, se o preço atingir um nível inaceitável. Para a maioria das doenças e problemas médicos, existe uma opção de medicamento” (SHERWOOD, 1992, p. 159).

Com relação ao supremo interesse da saúde, os defensores das patentes argumentam que os países produtores de remédios, como os Estados Unidos, nunca proibiram a patente de

medicamentos. Alegam que nenhum país apresenta casos em que seus habitantes ficassem privados de receber medicamentos pela utilização de patentes. As patentes, segundo seus defensores, não representam um impedimento ao acesso dos cidadãos ao sistema de saúde (HAMMES, 2002, p. 298).

Da mesma forma, no que se refere à formação de monopólio, entendem os defensores que o direito exclusivo do inventor de explorar sua invenção não seria antiético, uma vez que a falta de ética é uma atitude do ser humano que se utiliza de um direito exclusivo de forma abusiva. Alegam, ainda, que, como o objetivo das patentes é a promoção do progresso técnico, econômico e social em proveito de todos, se torna “paradoxal e absurdo excluir da proteção de patentes as invenções em área tão importante, vital para a humanidade, como a medicina” (HAMMES, 2002, p. 298-299).

Acrescentam os defensores que somente com a certeza de poder cobrir os custos de P&D, através de preços garantidos pelas patentes, é que as empresas têm condições de colocar novos produtos no mercado. Somente com a segurança das patentes há interesse em se investir na produção desses novos produtos e de se pesquisar novos usos para produtos já existentes (OLIVEIRA, 2000, p. 150).

Todavia, não há como negar que o direito do inventor interessa muito aos países desenvolvidos, pois estes montaram forte estrutura de ciência e tecnologia. Já para os países em desenvolvimento o que interessa é o direito de aprender, que consiste no direito de reprodução na ciência, pois esta é a responsável pelo ensino. A restrição da informação através das patentes não constitui um meio de propagação do ensino, da ciência e da tecnologia, mas, sim, uma forma de inibi-los (HERINGER, 2001, p. 94).

Nesse sentido, são importantes as lições de Barbosa (2005, p.135), o qual afirma que as idéias foram sempre consideradas como patrimônio comum da Humanidade:

Por muitos anos, os próprios Estados Unidos não protegiam os direitos autorais dos estrangeiros; a Suíça não reconhecia patentes a nenhum inventor; a Holanda considerava imoral conceder privilégios na indústria, até que a massa de invenções e criações intelectuais de seus próprios nacionais tornasse mais interessante dar a proteção em termos gerais.

Dentro desse contexto, a maior preocupação é a de que o fortalecimento do sistema de patentes afete negativamente os esforços dos países em desenvolvimento para melhorar a saúde pública e seu desenvolvimento econômico e tecnológico, “especialmente com relação ao efeito que a patente causa no aumento dos preços dos remédios e na disponibilidade de fontes de fornecimento de produtos farmacêuticos” (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 277).

É importante mencionar, também, o crescimento das desigualdades dentro dos países e entre eles, com evidente aumento das disparidades do estado de saúde entre as pessoas. Atualmente, medicamentos essenciais não estão ao alcance de grande parte da população, principalmente nos países em desenvolvimento, devido ao seu elevado preço. Em decorrência disso, verificam-se mortes em grande escala, por doenças que poderiam ser evitadas.

2.4 Acordo TRIPs e o sistema de patentes

A seção 5 do Acordo TRIPs (artigos 27 a 34) regula os diversos aspectos relacionados às patentes, dispondo sobre as invenções passíveis de serem patenteáveis, os direitos conferidos pelas patentes, as condições para os requerimentos de patentes, as exceções aos direitos conferidos, o prazo de vigência das patentes, etc.

Segundo Basso (2000, p. 228), a área das patentes foi a mais discutida e a mais complicada de se chegar a um consenso durante a Rodada Uruguai, principalmente por causa do interesse dos países desenvolvidos, em especial os Estados Unidos, em dar alcance mundial às patentes de produtos farmacêuticos. Por esse motivo, a seção 5 é a mais detalhada do TRIPs, apresentando obrigações mais precisas.

2.4.1 Matéria patenteável

Conforme o disposto na primeira parte do parágrafo 1º do artigo 27 do TRIPs, é patenteável a invenção de produto ou de processo, “desde que seja nova, envolva um passo inventivo e seja passível de aplicação industrial”. Para fins do artigo, “passo inventivo” deve ser entendido como sinônimo do termo “não óbvio”.

A segunda parte do parágrafo 1º do artigo 27 introduz uma cláusula de “não-discriminação”, estabelecendo que “as patentes serão disponíveis e os direitos patentários serão usufruíveis sem discriminação quanto ao local de invenção, quanto a seu setor tecnológico e quanto ao fato de os bens serem importados ou produzidos localmente”. Essa cláusula, segundo Basso, “assegura a patenteabilidade de todos os tipos de invenções, independente do setor industrial ou tecnológico ao qual pertençam, e do fato de os bens serem importados ou produzidos localmente” (2000, p. 229-230). Como se verifica, essa norma é um exemplo dos interesses que predominaram na composição do TRIPs, ou seja, os interesses dos países desenvolvidos, os quais não permitiram a inclusão do uso nacional da patente como obrigatório (PIMENTEL, 1999, p. 212).

Os parágrafos 2º e 3º do artigo 27 trazem as exceções à patenteabilidade, ou seja, estabelece as invenções que podem ser consideradas não patenteáveis pelas legislações nacionais dos Países-Membros:

2 - Os Membros podem considerar como não patenteáveis invenções cuja exploração em seu território seja necessário evitar para proteger a ordem pública ou a moralidade, inclusive para proteger a vida ou a saúde humana, animal ou vegetal ou para evitar sérios prejuízos ao meio ambiente, desde que esta determinação não seja feita apenas por que a exploração é proibida por sua legislação.

3 - Os Membros também podem considerar como não patenteáveis:

a) métodos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos para o tratamento de seres humanos ou de animais;

b) plantas e animais, exceto microorganismos e processos essencialmente biológicos para a produção de plantas ou animais, excetuando-se os processos não biológicos e microbiológicos. Não obstante, os Membros concederão proteção a variedades vegetais, seja por meio de patentes, seja por meio de um sistema 'sui generis' eficaz, seja por uma combinação de ambos. O disposto neste subparágrafo será revisto quatro anos após a entrada em vigor do Acordo Constitutivo da OMC.

O primeiro grupo de exceções (parágrafo 2º) refere-se aos casos de invenções que podem ser excluídas da patenteabilidade para proteger a ordem pública, a saúde, a moralidade e o meio ambiente. O segundo grupo (parágrafo 3º, letra *a*) refere-se aos métodos de diagnósticos, de tratamento, de terapia e de cirurgia, animal ou humana. E o terceiro grupo de exceções (parágrafo 3º, letra *b*) trata das plantas, animais e processos essencialmente biológicos que poderão ser considerados como não-patenteáveis pelos Estados-Membros (DOMINGUES, 2005, p. 73-75).

Portanto, essas são as matérias que podem ser excluídas da patenteabilidade, com vistas a proteger a ordem pública, a saúde, a moralidade e o meio ambiente.

2.4.2 Direitos conferidos

O artigo 28 do TRIPs dispõe sobre os direitos exclusivos conferidos ao titular de uma patente. Quando o objeto da patente for um produto, o titular tem o direito de evitar que

terceiros sem seu consentimento produzam, usem, coloquem à venda, vendam, ou importem os bens (parágrafo 1º, letra *a*). Quando o objeto da patente for um processo, o terceiro não autorizado está impedido de utilizá-lo, bem como de usar, vender ou importar o produto obtido diretamente por tal processo (parágrafo 1º, letra *b*).

Os titulares de patente poderão cedê-la ou transferi-la por sucessão, além de efetuar contratos de licença, nos termos do parágrafo 2º do artigo 28. O referido dispositivo, de caráter geral, tem limites de validade que poderão ser previstos nas legislações internas dos Países-Membros, “sem perder de vista ‘os legítimos interesses de terceiros’ e atentar, injustificadamente, contra a exploração normal da patente” (BASSO, 2000, p. 234).

Assim, os direitos exclusivos decorrentes da patente podem ser cedidos ou transferidos pelo seu titular, devendo as legislações nacionais estabelecer limites de validade para as referidas concessões.

2.4.3 Condições para a solicitação de patentes

Segundo Basso (2000, p. 234), o “princípio da revelação ou divulgação da invenção”, previsto no parágrafo 1º do artigo 29 do TRIPs, é um dos pilares do sistema de patentes:

1 - Os Membros exigirão que um requerente de uma patente divulgue a invenção de modo suficientemente claro e completo para permitir que um técnico habilitado possa realizá-la e podem exigir que o requerente indique o melhor método de realizar a invenção que seja de seu conhecimento no dia do pedido ou, quando for requerida prioridade, na data prioritária do pedido.

Além disso, os Estados-Membros tem a faculdade de exigir que o requerente de uma patente forneça informações relativas a seus pedidos e às correspondentes concessões de patentes no exterior (parágrafo 2º do artigo 29).

2.4.4 Exceções aos direitos exclusivos conferidos pela patente

Conforme o artigo 30 do TRIPs, os Estados-Membros podem conceder exceções limitadas aos direitos exclusivos conferidos pelas patentes. Todavia, tal faculdade somente pode ser usada desde que não venha criar conflito de forma não razoável com sua exploração normal, bem como não prejudique de forma não razoável os interesses legítimos de seu titular e leve em conta os interesses legítimos de terceiros.

2.4.5 Uso da patente sem autorização do titular

O artigo 31 do TRIPs regulamenta o uso da patente sem autorização de seu titular, inclusive o uso pelo Governo ou por terceiros autorizados pelo Governo. Quando isso ocorrer, devem ser observados os seguintes requisitos: 1) a solicitação para obtenção da licença obrigatória deve levar em conta seu mérito individual; 2) o usuário deve ter previamente buscado obter autorização do titular em condições razoáveis; 3) o alcance e a duração da licença será restrito ao objetivo para o qual foi autorizada; 4) a licença não terá caráter exclusivo, nem será transferível; 5) a licença será concedida predominantemente para suprir o mercado interno do Estado-Membro que a autorizou; 6) a licença será retirada tão logo cessem os motivos que ensejaram a sua concessão; 7) o titular será adequadamente remunerado, levando-se em conta o valor econômico da licença; 8) a validade legal de qualquer decisão relativa à licença ou à sua remuneração estará sujeita a recurso judicial ou de

autoridade superior àquela que concedeu a licença no Estado-Membro; 9) a licença pode ser concedida para remediar um procedimento determinado como sendo anticompetitivo ou desleal, após um processo administrativo ou judicial.

2.4.6 Nulidade e caducidade das patentes

Nos termos do artigo 32 do TRIPs, “haverá oportunidade para recurso judicial contra qualquer decisão de anular ou de caducar uma patente”. Ou seja, o referido dispositivo assegura a disponibilidade de uma revisão judicial de toda decisão que anular ou declarar a caducidade de uma patente, deixando, porém, os Países-Membros livres “para estabelecerem em seus ordenamentos jurídicos as causas substantivas ou processuais de nulidade e caducidade das patentes” (DOMIGUES, 2005, p. 86).

Assim, tal dispositivo garante o direito de discussão, através de recuso judicial, de qualquer decisão que anular ou declarar a caducidade de uma patente.

2.4.7 Vigência da patente

A vigência da patente está prevista no artigo 33 do TRIPs, a qual “não será inferior a um prazo de 20 anos, contados a partir da data do depósito”.

A adoção desse prazo mínimo de 20 anos para proteção das patentes reflete os interesses defendidos pela indústria farmacêutica nos anos que antecederam a Rodada Uruguai (DOMINGUES, 2005, p. 86). Os países em desenvolvimento consideravam esse prazo demasiadamente longo e defendiam a idéia de que o mesmo deveria ser diferenciado

por setores tecnológicos. Todavia, as propostas encabeçadas pelo Brasil e pela Índia nesse sentido não foram aceitas (PIMENTEL, 1999, P. 217).

Analisados os dispositivos do TRIPs referentes ao sistema de patentes, passa-se agora ao estudo dos mecanismos contemplados na Lei 9.279/96.

2.5 Regulação das patentes na Lei 9.279, de 14 de maio de 1996

A Lei 9.279, de 14 de maio de 1996, regula os direitos e as obrigações relativos à propriedade industrial, dispondo no seu Título I (artigos 6º a 93) sobre o sistema de patentes adotado no Brasil.

2.5.1 Patenteabilidade

De acordo com o artigo 6º da Lei 9.279, o direito de obtenção da patente será assegurado ao autor de invenção ou modelo de utilidade, nas condições estabelecidas na Lei. Os requisitos para a patenteabilidade da invenção são a novidade, a atividade inventiva e a aplicação industrial (artigo 8º).

Nos termos do artigo 10, não são considerados invenção, nem modelo de utilidade:

- I - descobertas, teorias científicas e métodos matemáticos;
- II - concepções puramente abstratas;
- III - esquemas, planos, princípios ou métodos comerciais, contábeis, financeiros, educativos, publicitários, de sorteio e de fiscalização;
- IV - as obras literárias, arquitetônicas, artísticas e científicas ou qualquer criação estética;
- V - programas de computador em si;
- VI - apresentação de informações;
- VII - regras de jogo;
- VIII - técnicas e métodos operatórios ou cirúrgicos, bem como métodos terapêuticos ou de diagnóstico, para aplicação no corpo humano ou animal; e

IX - o todo ou parte de seres vivos naturais e materiais biológicos encontrados na natureza, ou ainda que dela isolados, inclusive o genoma ou germoplasma de qualquer ser vivo natural e os processos biológicos naturais.

Além disso, não são patenteáveis as invenções contrárias à moral, aos bons costumes, à segurança, à ordem e à saúde públicas, bem como as substâncias, matérias, misturas, elementos ou produtos de qualquer espécie. Também não podem ser patenteados seres vivos, no todo ou em parte, exceto os microorganismos transgênicos (artigo 18).

2.5.2 Proteção conferida pela patente

A patente confere ao seu titular o direito de impedir que terceiros, sem o seu consentimento, produzam, usem, coloquem à venda, vendam ou importem o produto objeto da patente, ou o processo ou produto obtido diretamente por processo patentado (artigo 42).

O artigo 43 enumera uma série de casos em que não se aplica a proteção acima mencionada, como, por exemplo, aos atos praticados por terceiros não autorizados, em caráter privado e sem finalidade comercial, desde que não acarretem prejuízo ao interesse econômico do titular da patente, ou ainda atos com finalidade experimental, relacionados a estudos ou pesquisas científicas ou tecnológicas. Também não se aplica o disposto no artigo 42 à “preparação de medicamento de acordo com prescrição médica para casos individuais, executada por profissional habilitado, bem como ao medicamento assim preparado” (artigo 43, III).

Em caso de exploração indevida do objeto patentado, o titular da patente tem direito à indenização, “inclusive em relação à exploração ocorrida entre a data da publicação do pedido e a da concessão da patente” (artigo 44).

2.5.3 Pedido de patente

Conforme o disposto no artigo 19 da Lei 9.279, o pedido de patente deve conter os seguintes requisitos, respeitadas as condições estabelecidas pelo INPI – Instituto Nacional da Propriedade Intelectual:

- I - requerimento;
- II - relatório descritivo;
- III - reivindicações;
- IV - desenhos, se for o caso;
- V - resumo; e
- VI - comprovante do pagamento da retribuição relativa ao depósito.

O pedido é apresentado e submetido a um exame formal pelo INPI. Se devidamente instruído, o pedido será protocolado, considerando-se a data de depósito a da sua apresentação (artigo 20).

O depósito realizado em país estrangeiro ou em organização internacional assegura ao requerente a prioridade no Brasil, sendo que o acordo internacional estipula, para isso, um prazo que para a invenção é de um ano. Portanto, mesmo que em outro país ou no Brasil venha a ter depósito de invenção idêntica, a prioridade fica assegurada, nos termos do artigo 16 da Lei 9.279 (HAMMES, 2002, p. 322-323).

O pedido que não atender todos os requisitos do artigo 19, mas que contiver dados relativos ao objeto, ao depositante e ao inventor, poderá ser entregue, mediante recibo datado, ao INPI, que estabelecerá as exigências a serem cumpridas, no prazo de 30 dias, sob pena de arquivamento da documentação (artigo 20). Uma vez cumpridas as exigências, o depósito será considerado como efetuado na data do recibo (parágrafo único do artigo 20).

2.5.4 Concessão e vigência da patente

Deferido o pedido de patente pelo INPI, o requerente deve comprovar o pagamento da retribuição correspondente dentro de 60 dias, contados da data do deferimento, sob pena de arquivamento definitivo do pedido (artigo 38).

Comprovado o pagamento da retribuição, expedir-se-á a respectiva carta-patente, na qual deverão constar o número, o título e a natureza da patente, o nome, a qualificação e o domicílio do inventor, o prazo de vigência, o relatório descritivo, as reivindicações e os desenhos, bem como os dados relativos à prioridade (artigo 39).

Com a expedição da carta-patente, o titular pode obter indenização dos eventuais danos causados por terceiros que, antes mesmo da concessão, utilizaram-se da invenção sem a devida autorização (HAMMES, 2002, p. 326).

O prazo de vigência da patente de invenção é de vinte anos, sendo que a de modelo de utilidade é de quinze anos, contados da data de depósito. Ou seja, expirado o prazo, a invenção passa a ser de domínio público (artigo 40).

2.5.5 Licença voluntária e licença compulsória

O titular da patente ou o depositante poderá celebrar contrato de licença para exploração, podendo conferir ao licenciado todos os poderes para agir em defesa da patente (artigo 61). Para que produza efeitos com relação a terceiros, o contrato de licença deve ser averbado no INPI, nos termos do artigo 62.

O titular da patente poderá, também, colocá-la em oferta para fins de exploração. Tal requerimento deve ser realizado junto ao INPI, que promoverá a publicação da oferta. Enquanto o titular não desistir da oferta, nenhum contrato de licença voluntária de caráter exclusivo será averbado no INPI. A desistência da oferta pode ser realizada a qualquer tempo, desde que ainda não tenha ocorrido expressa aceitação pelo interessado (artigo 64).

Concedida a licença, se o licenciado não der início à exploração efetiva dentro de um ano, ou interromper a exploração por prazo superior a 1 um ano, ou, ainda, se não forem obedecidas as condições para a exploração, o titular da patente poderá requerer o cancelamento da licença (artigo 67).

A Seção III, do Capítulo VIII, do Título I, da Lei 9.279 (artigos 68 a 74) enumera os casos em que a patente pode ser licenciada compulsoriamente, ou seja, contra a vontade do titular. Assim, ficará sujeito a ter a patente licenciada compulsoriamente o titular que exercer os direitos dela decorrentes de forma abusiva, ou por meio dela praticar abuso de poder econômico, comprovada a abusividade por decisão administrativa ou judicial (artigo 68).

Também pode ocorrer a licença compulsória quando o objeto da patente não é explorado no território brasileiro, por falta de fabricação ou fabricação incompleta do produto, ou, ainda, por falta de uso integral do processo patenteado, ressalvados os casos de inviabilidade econômica, quando será admitida a importação. Da mesma forma, quando a comercialização não satisfizer às necessidades do mercado, a patente fica passível de licenciamento compulsório (artigo 68, § 1º). Nesses casos, a licença somente será requerida após decorridos três anos da concessão da patente (artigo 68, § 5º).

O requerimento de licença somente poderá ser realizado por pessoa que tenha legítimo interesse e capacidade técnica e econômica para realizar a exploração eficiente do objeto da patente, cuja exploração deve destinar-se, predominantemente, ao mercado interno (artigo 68, § 2º).

Todavia, se o titular da patente, à data do requerimento da licença, justificar o desuso por razões legítimas, ou comprovar a realização de sérios e efetivos preparativos para a exploração, ou, ainda, justificar a falta de fabricação ou comercialização por obstáculo de ordem legal, a licença compulsória não será concedida (artigo 69).

O artigo 70 permite o licenciamento compulsório para o caso de se verificarem, cumulativamente, as seguintes hipóteses:

- I - ficar caracterizada situação de dependência de uma patente em relação a outra;
- II - o objeto da patente dependente constituir substancial progresso técnico em relação à patente anterior; e
- III - o titular não realizar acordo com o titular da patente dependente para exploração da patente anterior.

Considera-se patente dependente aquela cuja exploração depende obrigatoriamente da utilização do objeto de patente anterior, tendo o titular da patente licenciada direito à licença compulsória cruzada da patente dependente (artigo 70, §§ 1º e 3º).

A licença compulsória poderá ser concedida, de ofício, nos casos de interesse público ou emergência nacional, declarados em ato do Poder Público Federal. Essa licença não será exclusiva, devendo o ato de concessão estabelecer seu prazo de vigência, sem prejuízo dos direitos do titular da patente (artigo 71). Além disso, não se admitirá o sublicenciamento (artigo 72).

O titular da patente poderá requerer a cassação da licença caso o licenciado não iniciar a exploração do seu objeto no prazo de um ano, contado da data da concessão da licença, salvo razões legítimas (artigo 74). Conforme Hammes (2002, p. 335), o efeito da licença compulsória é mais psicológico do que real:

O efeito da licença obrigatória é, em verdade, muito mais psicológico do que real. O simples fato de sua existência leva os titulares de patentes a negociarem com interessados, de modo que quase não acontecem as licenças obrigatórias. Para o titular é sempre mais interessante negociar livremente do que se ver constrangido a conceder a licença.

Nesse sentido, a licença compulsória serve, pelo menos, como forma de embargo, sendo uma arma nas mãos dos países em desenvolvimento para lutar contra os excessivos valores dos produtos patenteados, decorrentes do direito de exclusividade, principalmente no que se refere a medicamentos, pois, nesse caso, o que está em jogo é a saúde da população.

Portanto, a utilização da licença compulsória, conhecida vulgarmente como quebra de patente, representa um freio para barrar eventuais práticas abusivas que possam vir a ocorrer, sobretudo com relação a produtos essenciais como os medicamentos.

Assim, analisada a questão do direito à saúde e do sistema de patentes como um todo, passa-se ao estudo do impacto das patentes farmacêuticas no Brasil.

3 O IMPACTO DAS PATENTES FARMACÊUTICAS NO BRASIL

O último capítulo da dissertação estuda a dependência tecnológica dos países em desenvolvimento e o monopólio do conhecimento técnico criado pelo sistema de patentes. Analisa as peculiaridades das patentes sobre produtos farmacêuticos e a possibilidade de obtenção de licenças compulsórias. Por fim, levando-se em conta o cenário atual sobre as patentes farmacêuticas, traça algumas perspectivas e desafios com vistas ao desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, relativamente ao acesso da população a medicamentos indispensáveis à continuidade da vida.

3.1 Sistema de patentes e dependência tecnológica

O sistema de patentes transforma o invento de bem tecnológico em bem econômico. Cada vez mais o desenvolvimento das nações vincula-se ao progresso tecnológico de suas indústrias e centros de pesquisa, estando os países em desenvolvimento dependentes de transferência de tecnologia, que nada mais é do que a exportação dos resultados da pesquisa tecnológica desenvolvida em determinado país (PIMENTEL, 1999, p. 102).

Entretanto, segundo Pimentel (1999), quando se trata de adquirir tecnologia, o vendedor pode reservar para si o segredo dos métodos e processos, ou a fabricação é tão complexa que o comprador não tem condições de produzir sozinho aquilo que adquire. “Em ambos os casos, gera-se a dependência tecnológica” (1999, p. 102).

O impacto da adoção de regras e normas de proteção à Propriedade Intelectual na saúde da população dos países em desenvolvimento tem gerado muita discussão, não apenas

no que se refere à Aids, mas também com relação a outras doenças infecto-parasitárias como a tuberculose e a malária, as quais são responsáveis pela morte ou incapacidade de um grande número de indivíduos. Essas doenças, além de outras prevalentes em países em desenvolvimento, como o sarampo, doença do sono, Doença de Chagas, etc., são denominadas “doenças negligenciadas” (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 277).

As empresas transnacionais concentram suas pesquisas em produtos com maior valor de mercado em escala mundial, deixando de lado o combate às doenças que atingem praticamente todo o Hemisfério Sul, “como a cólera, febre tifóide e desintéria amebiana, que, juntas, são responsáveis por cerca de 20 milhões de mortes por ano” (VARELLA, 1996, p. 160).

Nesse sentido, há uma grande divergência sobre o real benefício da adoção do sistema de patentes para os países de baixa tecnologia, pois a maioria delas é detida por empresas transnacionais que praticamente não produzem fármacos nos países em desenvolvimento. Além disso, a patenteabilidade não vem se traduzindo em aumento de pesquisa e desenvolvimento nesses países, tornando mais cara a aquisição de novas tecnologias.

As empresas dos países em desenvolvimento não possuem condições de concorrer com as gigantes multinacionais. O alto custo para a aquisição de novas tecnologias, a falta de pessoal especializado e a ausência de incentivos governamentais em pesquisa e desenvolvimento, impossibilitam a realização de inovações na área farmacêutica (VARELLA, 1996).

Ocorre que a melhoria da saúde pública nos países em desenvolvimento depende, além do acesso a medicamentos já existentes, de consideráveis investimentos em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos. Todavia, os recursos destinados às doenças tropicais são mínimos em todo o mundo, o setor público dos países em desenvolvimento possui limitação financeira para esse investimento e o setor privado não tem interesse em pesquisar novos medicamentos cuja demanda, em termos de tamanho de mercado, é pequena (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 278).

Nos últimos 30 anos não surgiu nenhum medicamento novo para o tratamento da tuberculose, embora a constatação de que 8 milhões de pessoas são acometidas pela doença nos países em desenvolvimento. No mesmo sentido, de 1975 a 1999, somente 1% dos novos medicamentos aprovados para comercialização foram destinados a doenças tropicais, o que comprova o desinteresse das grandes indústrias farmacêuticas em investir em pesquisa para um mercado considerado pequeno (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 278).

Este quadro representa a concentração das pesquisas em produtos que interessam mais aos países que produzem tecnologia, e não para as doenças que atacam um número maior de pessoas, até porque, se houvesse pesquisa unicamente para os problemas típicos dos países pobres, como tuberculose, malária, hanseníase, mal de Chagas, os consumidores desses países não teriam condições financeiras de pagar os preços almejados pelas grandes empresas farmacêuticas (VARELLA, 2005, p. 176).

Segundo Varella (2005, p. 176-177), os números concretos exemplificam a situação: “dos 1.220 medicamentos produzidos entre 1975 e 2000, somente 11 eram destinados a

combater doenças tropicais”, sendo que “apenas 0,2% das pesquisas foram orientadas para o combate da tuberculose e diarreia, que atingem 18% do total dos doentes no terceiro mundo”.

Assim, além de a grande maioria das transnacionais possuir origem em países desenvolvidos, os países em desenvolvimento, sem capacidade de inovar, por falta de recursos e pelo pouco incentivo do governo na área, acabam por não apresentar capacidade de produzir bens, o que impossibilita a concorrência com as grandes empresas produtoras de tecnologias. Esse fato resulta na dependência tecnológica cada vez maior dos países em desenvolvimento, incapazes de adquirir autonomia ou poder de competição para a produção de novos bens (HERINGER, 2005).

Pimentel (1999, p. 231) acrescenta que:

No contexto da estrutura econômica mundial de mercado, se confirma a hipótese de que a patente tem por função implícita servir de instrumento do poder econômico para o controle do conhecimento, abrindo o caminho para a manutenção da dependência tecnológica nos Estados não industrializados e das empresas sem recursos para a pesquisa, cujo efeito é o predomínio dos grupos empresariais transnacionais como proprietários da tecnologia.

Dessa forma, embora os países desenvolvidos defendam a tese de que o respeito aos direitos de propriedade intelectual seria o instrumento impulsor das atividades de pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, não é o que está ocorrendo. Não há a propagada “repartição de benefícios”, na medida em que a indústria farmacêutica não tem interesse em aplicar recursos na investigação de novos medicamentos para doenças prevalentes nos países em desenvolvimento (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 278).

O aumento da proteção à tecnologia nem sempre se traduz na sua efetiva transferência, principalmente pela ausência de um mecanismo que regule essa transferência.

Para Pimentel e Barral (2007), a solução poderia ser a introdução de requisitos para a efetiva transferência de tecnologia, porém, este é um intuito de difícil consolidação prática. Tal constatação, segundo os autores, “leva a afirmar a necessidade de políticas públicas, com investimentos correspondentes nos países em desenvolvimento, para melhorar a capacidade tecnológica dos centros de pesquisa local” (PIMENTEL; BARRAL, 2007, p. 27).

Barbosa (2005) chama atenção para o movimento de uniformização de muitos sistemas nacionais de proteção jurídica de novas tecnologias, colocado em prática nas décadas de 80 e 90, decorrente especialmente da ação direta, diplomática e econômica dos Estados Unidos. A esta tendência patrimonialista se somaram as restrições à difusão e uso da tecnologia, derivadas das legislações de segurança militar ou política. A exportação de conhecimentos tecnológicos passou a ser cada vez mais controlada, dificultando o acesso de pesquisadores estrangeiros a determinados segmentos da informação científica.

Em suma, nos últimos 20 anos, o processo de repartição de conhecimentos científicos e tecnológicos entre a indústria e a universidade, que aparentemente vinha se intensificando, sofreu considerável reversão. O tempo foi de recrudescimento da noção de propriedade privada e, simultaneamente, de aumento do controle estatal, militar e político dos fluxos de tecnologia (BARBOSA, 2005, p. 138-140).

Não há dúvida de que normas rígidas de propriedade intelectual interessam muito mais aos países desenvolvidos, pois estes montaram forte estrutura de ciência e tecnologia. Aos países em desenvolvimento o que interessa é o direito de aprender, que consiste no direito de reprodução na ciência, pois esta é a responsável pelo ensino. Entretanto, a restrição da informação através das patentes, além de levar ao monopólio do mercado por algumas poucas empresas, acaba por inibir a propagação do ensino, da ciência e da tecnologia, gerando o enfraquecimento da indústria nacional, incapaz de competir em igualdade de condições com as empresas estrangeiras (HERINGER, 2001, p. 94).

As recentes evoluções mostram claramente que o sistema de patentes se transformou em instrumento essencial para as empresas transnacionais no âmbito da concorrência internacional, tornando as mesmas o centro de interesse dos regimes de propriedade intelectual. A maioria das modificações efetuadas nos últimos anos no direito de patentes deu-se no sentido de reforçar sistematicamente os direitos do titular da patente, reduzindo as obrigações e os deveres que lhe eram impostos. Assim, segundo Remiche, “podemos perguntar-nos se, legitimamente, o interesse geral tem sido considerado” (2005, p. 79).

Portanto, o monopólio conferido pelas patentes está longe de promover o livre mercado, constituindo-se em verdadeira estratégia dos países desenvolvidos e das grandes corporações “para dificultar o acesso ao conhecimento tecnológico e assegurar ganhos às empresas detentoras de tecnologia de ponta e com grande capacidade inovadora” (DOMINGUES, 2005, p. 126).

Com relação a medicamentos, é importante mencionar que muitos países hoje desenvolvidos optaram durante anos pela não concessão de patentes enquanto suas bases industriais e tecnológicas não estivessem consolidadas, objetivando, com isso, a proteção da saúde pública de sua população. Nesse sentido, países como o Japão valeram-se de um regime de baixa proteção à propriedade intelectual, onde era permitida a cópia, enquanto suas indústrias se desenvolviam (GUISE, 2007, p. 45).

Assim, além do questionável grau de favorecimento que o sistema de patentes traz para os países em desenvolvimento em matéria de transferência de tecnologia, estes também sofrem com os efeitos negativos das normas, representados pelo alto preço dos produtos

protegidos, o que se torna extremamente perverso para a saúde pública, principalmente quando se trata de produtos farmacêuticos (CAVALCANTE, 2007, p. 282).

Como se verifica, é bastante questionável o real benefício da adoção do sistema de patentes para os países de baixa tecnologia, sobretudo no que se refere a medicamentos, cuja peculiaridade será estudada a seguir.

3.2 A peculiaridade das patentes sobre produtos farmacêuticos

Conforme já mencionado no segundo capítulo, existe uma grande divergência nos países em desenvolvimento com relação ao patenteamento de produtos e processos farmacêuticos, mesmo sendo esse tema praticamente pacífico nos países desenvolvidos. O que se discute são os custos sociais que as patentes acarretam, principalmente para a saúde pública dos países de baixa tecnologia. Da mesma forma, existe uma grande dificuldade em se encontrar um ponto de equilíbrio entre o interesse público de se dispor de medicamentos cada vez mais eficazes e os interesses econômicos das grandes empresas que investem na pesquisa e no desenvolvimento de novos produtos.

Os efeitos das patentes no setor farmacêutico atingem a população como um todo, pois os produtos farmacêuticos fazem parte dos chamados produtos de consumo inelásticos, ou seja, a população tem que comprá-los, mesmo a preços mais elevados, uma vez que indispensáveis à manutenção da vida (VARELLA, 1996, p. 143).

Assim, as patentes farmacêuticas geram fortes conseqüências sobre a economia dos países, influenciando em seu desenvolvimento científico e tecnológico. Nos países em

desenvolvimento, como o Brasil, onde a pobreza e o conseqüente grande número de doenças assolam milhões de pessoas diariamente, o setor farmacêutico atinge prioridade ímpar, situando-se lado a lado com os principais problemas da nação (VARELLA, 1996, p. 144).

Para Campilongo (2001), os medicamentos constituem elemento importante da política sanitária do Estado, pois estão intrinsecamente ligados à manutenção da saúde da população, sendo produtos de primeira necessidade, razão pela qual transcendem os direitos civis para alcançarem o patamar de coisa pública.

Há, portanto, necessidade de maior controle, zelo e atenção, por parte do Estado, nas políticas de preços, distribuição e fiscalização, entre outros fatores que interfiram ou possam interferir no acesso aos medicamentos. Assim englobados pelo direito à saúde, as políticas adotadas no mercado de medicamentos possuem importância não só econômica como também social (CAMPILONGO, 2001, p. 156).

A exploração comercial do conhecimento e o compromisso com os direitos de propriedade intelectual, conforme Domingues (2005), não podem ter valor maior do que a vida humana. No caso das patentes farmacêuticas, um equilíbrio entre o interesse econômico do inventor e o interesse social da população é notadamente sensível, uma vez que o sistema de patentes, do ponto de vista social, deve garantir não apenas a produção de novas drogas para tratamento e prevenção de doenças, “mas também a disponibilidade de tratamentos e o direito de todos terem acesso a medicamentos com preços compatíveis ao seu poder aquisitivo” (DOMINGUES, 2005, p. 126).

Benetti (2007) afirma que a função da patente de medicamentos é bastante questionável e paradoxal, no sentido de que está evidente a insuficiência conceitual do próprio termo patente. Para este autor, não há como compreender um sistema que assegura direito de exploração sobre aquilo que é considerado bem coletivo: “como tratar a apropriação, para fins

de exploração comercial, do conhecimento científico e tecnológico ligado à preservação da vida ou da saúde humana?” (BENETTI, 2007, p. 346-347).

Dessa forma, não há como negar a peculiaridade das patentes farmacêuticas. Por isso, conforme Macedo e Pinheiro, “as patentes farmacêuticas devem ser encaradas pela essencialidade dos objetos que protegem. Neste campo, mais do que em outros campos tecnológicos, o equilíbrio entre o interesse público e a força do monopólio deve ser buscado” (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 285).

Nesse sentido, quando a saúde das pessoas é exposta, o direito do inventor pode sofrer restrições, principalmente quando se trata de patentes de produtos farmacêuticos. É o que será estudado a seguir.

3.3 Declaração de Doha e saúde pública

Durante a IV Conferência Ministerial da OMC, realizada em Doha, no Catar, nos dias 09 a 14 de novembro de 2001, foi tratado pela primeira vez na história da Organização um tema social dentre assuntos que até então tinham propósitos unicamente comerciais. Dessa Conferência nasceu a Declaração sobre o Acordo TRIPs e Saúde Pública, a qual dispõe em seu parágrafo 4º que o Acordo TRIPs deve ser interpretado e implementado “de modo a implicar apoio ao direito dos Membros da OMC de proteger a saúde pública e, em particular, de promover o acesso de todos aos medicamentos”.

A Declaração de Doha reconhece a gravidade dos problemas de saúde pública enfrentados pelos países em desenvolvimento e pelos menos desenvolvidos, principalmente

no que se refere àqueles decorrentes da Aids, da tuberculose, da malária, entre outras epidemias (parágrafo 1º). A Declaração ressalta, também, a necessidade de o Acordo TRIPs integrar a mais ampla ação nacional e internacional voltada para o trato desses problemas, reconhecendo que a proteção à propriedade intelectual é importante para a produção de novos medicamentos, porém apresenta efeitos sobre os preços dos mesmos (parágrafos 2º e 3º).

Nesse sentido, com a adoção de uma declaração autorizada, esclarecendo o alcance das flexibilidades constantes no Acordo TRIPs, referentes à defesa da saúde pública, foi atendida uma das mais relevantes reivindicações dos países em desenvolvimento (DOMINGUES, 2005, p. 112).

O parágrafo 5º da Declaração de Doha esclarece alguns aspectos sobre essas flexibilidades. Cada cláusula do TRIPs deverá ser entendida à luz do objeto e da finalidade do acordo, na forma expressa em seus objetivos e princípios (alínea a). Cada membro tem o direito de conceder licenças compulsórias, bem como liberdade para determinar as bases em que tais licenças são concedidas (alínea b). Além disso, cada membro tem o direito de determinar o que constitui emergência nacional ou outras circunstâncias de extrema urgência (alínea c). Por fim, declara que cada membro é livre para fixar suas próprias diretrizes quanto à prescrição dos direitos de propriedade intelectual, sem qualquer interferência (alínea d).

As referidas disposições remetem aos objetivos e princípios do Acordo TRIPs, os quais determinam que os direitos de propriedade intelectual devem contribuir para a promoção da inovação tecnológica e para a transferência e difusão de tecnologia, em benefício mútuo e de uma forma conducente ao bem-estar social e econômico e a um equilíbrio entre direitos e obrigações (artigo 7º). Além disso, conforme o artigo 8º do TRIPs,

os membros podem adotar medidas necessárias para proteger a saúde e nutrição públicas e para promover o interesse público em setores de importância vital para seu desenvolvimento sócio-econômico e tecnológico.

Assim, tornou-se ponto pacífico a utilização das flexibilidades do Acordo TRIPs pelos governos signatários no combate às epidemias e outras doenças que afetam, principalmente, os países pobres, reafirmando a possibilidade do licenciamento compulsório de medicamentos nos casos de interesse público ou emergência nacional (MERCER, 2007, p. 363).

O parágrafo 6º da Declaração de Doha reconhece a dificuldade enfrentada pelos membros da OMC com pouca ou nenhuma capacidade de produção no setor farmacêutico para a efetiva utilização do licenciamento compulsório previsto no Acordo TRIPs. Por esse motivo, foi determinado ao Conselho do TRIPs que definisse uma solução imediata para esse problema, submetendo-a à apreciação do Conselho Geral antes do final de 2002 (parágrafo 6º).

É importante enfatizar que, à época da Declaração de Doha, os únicos países em desenvolvimento que tinham capacidade industrial no setor farmacêutico para fazer uso efetivo da licença compulsória eram a África do Sul, o Brasil, a Índia, o Quênia e a Tailândia (MERCER, 2007, p. 363).

Dentro desse contexto, o ponto crucial de Doha veio a ser o parágrafo 6º da referida Declaração, o qual foi regulamentado pela decisão do Conselho do TRIPs de 30 de agosto de 2003, que permite a exportação de produtos farmacêuticos sob licença compulsória por

qualquer membro da OMC, desde que respeitadas determinadas condições. O país importador deverá declarar a sua impossibilidade de fabricar o bem licenciado compulsoriamente, notificando previamente o Conselho TRIPs (BARBOSA, 2005, p. 165).

A referida decisão impõe, ainda, que os instrumentos nela previstos sejam utilizados de boa-fé, para o fim específico de cuidar dos problemas de saúde pública. Além disso, uma série de cuidados formais foi introduzida para viabilizar a licença por importação, como, por exemplo, a notificação prévia à OMC, especificando a natureza da demandada, o produto licenciado, a quantidade necessária, os países importadores e prazo de duração da licença, além da exigência de embalagens e rótulos especiais identificando os medicamentos licenciados (BARBOSA, 2005, p. 166).

Conforme Domingues, embora a Decisão do Conselho TRIPs ainda seja recente, contata-se que o novo texto “é um verdadeiro retrocesso em relação às conquistas de Doha”, pois “o sistema proposto impõe um número excessivo de obstáculos, o que torna praticamente inviável a exportação de medicamentos genéricos para países em desenvolvimento”, demonstrando estar fortemente influenciado pela força econômica das indústrias farmacêuticas e por interesses comerciais (2005, p. 121).

Por fim, no último parágrafo da Declaração de Doha é ratificado o compromisso dos países desenvolvidos em conceder incentivos às suas empresas e instituições, com vistas a promover e estimular a transferência de tecnologia aos países com menor desenvolvimento. Além disso, estende o prazo de aplicação ou implementação do Acordo TRIPs pelos países menos desenvolvidos, no que se refere a produtos farmacêuticos, até 1º de janeiro de 2016 (parágrafo 7º).

Assim, pela Declaração de Doha, as políticas de saúde pública devem ter preferência em relação aos interesses comerciais. Embora ainda se discuta muito sobre os graves problemas da saúde humana global, este documento foi uma resposta aos países em desenvolvimento com relação ao comércio dos direitos de propriedade intelectual, “proporcionando certa flexibilidade em acomodar-se a diferentes leis nacionais” (BENETTI, 2007, p. 352).

Portanto, a Declaração de Doha esclarece o alcance das flexibilidades constantes no Acordo TRIPs, dando maior autonomia para que os países concedam legitimamente licenças compulsórias e adotem as medidas necessárias para a defesa da saúde pública, promovendo o interesse público e o bem-estar social da população.

3.4 Direito à saúde e licenças compulsórias

Neste ponto, cabe retomar algumas considerações feitas nos dois capítulos anteriores.

A primeira delas é que a saúde e o acesso aos meios de promovê-la, recuperá-la ou preveni-la compõem o elenco dos direitos humanos e dos direitos constitucionalmente garantidos, razão pela qual devem ser percebidos como um conjunto de estratégias que visam assegurar uma vida digna ao cidadão, compondo parcela de seu patrimônio comum (MORAIS, 1998). Entretanto, a realidade é diferente, uma vez que as condições de saúde não são as mesmas para toda a população, tendo as classes mais abastadas o privilégio de

escolherem melhores serviços de saúde, ou seja, a saúde privada, restando à grande maioria da população a precária assistência fornecida pelo Estado.

A Constituição Federal de 1988 positivou o direito à saúde, colocando-o no Título dos Direitos Sociais (artigo 6º), destacando em seu artigo 196 que a saúde “é direito de todos e dever do Estado”. Nesse sentido, a saúde é reconhecida como direito social de toda a população, cabendo ao Estado adotar políticas que assegurem a efetivação da saúde pública. Ou seja, o Estado reclamou para si a tarefa de promover o direito à saúde, não podendo escusar-se de seu cumprimento, nem mesmo sob a alegação de inexistência de provisão financeira em orçamento público.

Ressalta-se que o direito à saúde compreende o acesso gratuito à sua promoção e recuperação, ou seja, o direito de utilizar gratuitamente os medicamentos indispensáveis à continuidade da vida e recuperação da saúde. Como a vida é o objetivo maior da sociedade brasileira, sempre que o princípio da preservação da vida e do respeito à dignidade humana estiver ameaçado, o Estado deve agir para estabelecer as mínimas condições de existência (SCHWARTZ, 2001, p. 82).

Conforme Moraes (1998), o direito à saúde assegurado constitucionalmente impõe ser pensado tanto sob o aspecto do conteúdo que engloba, quanto no que diz com o acesso aos progressos tecnológicos, ou seja, embora o conceito de saúde compreenda o completo bem-estar físico, mental e social, o que está sendo analisado no momento é o direito de acesso aos instrumentais tecnológicos desenvolvidos no âmbito das ciências médicas, sobretudo o acesso a medicamentos.

Dentro desse contexto, o fortalecimento do sistema de patentes pode afetar negativamente os esforços na busca pela melhoria da saúde pública em países como o Brasil, onde o Estado chamou para si a responsabilidade de promover o direito à saúde, principalmente pelo efeito que a patente causa no aumento dos preços e na disponibilidade de fontes de fornecimento de medicamentos.

O direito de propriedade intelectual não pode ser abusado, devendo ser utilizado de acordo com a sua função social, estando sujeito aos imperativos do interesse coletivo. Assim, para assegurar que a patente cumpra a sua função social, as legislações internas de muitos países prevêm a concessão de licenças compulsórias, ou seja, a utilização da patente contra a vontade de seu titular (DOMINGUES, 2005, p. 96).

Conforme Pimentel (1999, p. 215):

O direito de patentes, ao proteger a tecnologia e colocá-la à disposição do seu proprietário, permite um monopólio cujo efeito é a limitação da concorrência no mercado. No entanto, todo direito de propriedade gera o dever de não ser exercido abusivamente. No caso da patente facilmente se verificam abusos e os remédios para corrigir as distorções que possam ocorrer no mercado são as licenças e a caducidade da patente.

A Lei 9.279/96 enumera os casos em que a patente pode ser licenciada compulsoriamente, como, por exemplo, quando o seu titular exercer os direitos dela decorrentes de forma abusiva, ou por meio dela praticar abuso de poder econômico (artigo 68). Também pode ocorrer a licença compulsória quando o objeto da patente não é explorado no território brasileiro ou quando a comercialização não satisfizer às necessidades do mercado (artigo 68, § 1º, I e II). A licença poderá ser concedida, ainda, quando houver dependência de patentes (artigo 70, I, II e III), bem como nos casos de interesse público ou emergência

nacional, declarados em ato do Poder Público Federal, desde que o titular da patente não atenda a essa necessidade (artigo 71).

Nesse sentido, a licença compulsória representa um freio para barrar eventuais práticas abusivas que possam vir a ocorrer, sendo uma arma nas mãos dos países em desenvolvimento para lutar contra os excessivos preços dos produtos patenteados, decorrentes do direito de exclusividade, principalmente no que se refere a medicamentos, pois, nesse caso, o que está em jogo é a saúde da população.

A indústria farmacêutica argumenta que, à medida que uma licença compulsória reduz os preços dos produtos patenteados e dos lucros do proprietário da patente, também reduz os incentivos para a pesquisa e desenvolvimento de novos produtos. Todavia, um estudo desenvolvido por Scherer, citado por Correa (2005), envolveu 70 empresas e demonstrou que a pesquisa e o desenvolvimento nas empresas sujeitas a licenças compulsórias não pareceram ter sofrido efeitos negativos. Pelo contrário, houve um significativo aumento na pesquisa e desenvolvimento dessas empresas, quando comparadas com empresas de tamanho semelhante não sujeitas a licenças compulsórias (CORREA, 2005, p. 68).

Ressalta-se que as empresas investem grandes somas de dinheiro para inventar em torno das patentes de seus concorrentes, sendo que, sob o efeito do licenciamento compulsório generalizado, esses gastos seriam desnecessários, o que poderia aumentar os benefícios do bem-estar para a população (CORREA, 2005, p. 68).

Nos últimos anos, utilizando-se desse instrumento de negociação para com os grandes laboratórios farmacêuticos, o governo brasileiro vem conseguindo reduzir de forma significativa os preços dos medicamentos integrantes do coquetel de combate à AIDS, tendo a mortalidade decorrente da doença caído em torno de 60% no país. Atualmente, dos dezesseis medicamentos de combate à AIDS, sete são desenvolvidos e produzidos em laboratórios públicos brasileiros, como genéricos, reduzindo dessa forma o seu custo em até 70% (MERCER, 2007, p. 369).

Como exemplo, podemos citar o episódio ocorrido em 22 de agosto de 2001, quando o Brasil anunciou, após cerca de seis meses de negociações, que forneceria licença compulsória para o medicamento de combate à AIDS Nelfinavir, fabricado pela empresa suíça Roche, caso o laboratório não reduzisse o preço. Em 31 de agosto do mesmo ano, as duas partes chegaram a um acordo, tendo a Roche baixado o preço do medicamento em 40% e o Brasil deixou de fornecer a licença compulsória (CEPALUNI, 2006, p. 90).

Ressalta-se que, na Assembléia Mundial de Saúde realizada em 18 de maio de 2001, a Organização Mundial de Saúde já havia declarado que o acesso a medicamentos para pacientes com AIDS era um direito humano fundamental (CEPALUNI, 2006, p. 90).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde conseguiu reduzir o preço de cinco medicamentos de combate à AIDS (Nelfinavir, Lopinavir, Efavirenz, Tenofovir e Atazanavir), representando uma redução de 37% no valor dos anti-retrovirais. Em outro embate, em julho de 2005, o Ministério da Saúde emite comunicado sobre a conclusão da negociação com o laboratório Abbott, fabricante do anti-retroviral Kaletra, garantindo a

redução do preço do medicamento, acesso à nova formulação e transferência de tecnologia (GONZATTO; LISBOA, 2007).

Em 04 de maio de 2007, em uma decisão histórica, o governo brasileiro decretou pela primeira vez a licença compulsória de uma patente. O licenciamento compulsório do medicamento de combate à AIDS Efavirenz, fabricado pelo laboratório americano Merck Sharp&Dohme, foi anunciado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que fundamentou: “Não é possível alguém ficar rico com a desgraça dos outros. Não só do ponto de vista ético é uma grosseria, como do ponto de vista político e econômico é um desrespeito” (GONZATTO; LISBOA, 2007, p. 12). E completou o presidente:

Hoje é o Efavirenz, mas amanhã pode ser qualquer outro comprimido, ou seja, se não tiver com os preços que são justos, não apenas para nós, mas para todo ser humano no planeta que está infectado, nós temos que tomar essa decisão. Afinal de contas, entre o nosso comércio e a nossa saúde, nós vamos cuidar da nossa saúde (RIBEIRO; GUERREIRO, 2007, p. 18).

A licença compulsória de patentes referentes ao Efavirenz foi concedida através do Decreto nº 6.108, de 04 de maio de 2007, o qual dispõe em seu artigo 1º: “Fica concedido, de ofício, licenciamento compulsório por interesse público das Patentes nºs 1100250-6 e 9608839-7”. Já a Portaria nº 866 do Ministro da Saúde, que também declarou o interesse público em relação ao Efavirenz, apresenta, dentre outras, as seguintes motivações: I - A droga Efavirenz é indispensável para o tratamento dos portadores de HIV e o preço atualmente praticado compromete a viabilidade do Programa Anti-Aids; II - Foram envidados todos os esforços, sem êxito, para chegar a um acordo sobre o preço com o fabricante; III - O Estado deve garantir o acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde.

Com o licenciamento compulsório, projeta-se uma redução de cerca de 70% no preço do medicamento Efavirenz, que é o anti-retroviral mais utilizado pelos portadores de HIV no

Brasil, englobando 38% dos tratamentos. Inicialmente, a intenção do governo é importar o medicamento da Índia, onde três laboratórios contam com licença da Organização Mundial de Saúde para a venda de versões genéricas aprovadas em testes de qualidade. A previsão é que, dentro de um ano, o laboratório Farmanguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz, tenha condições de produzir o medicamento (GONZATTO; LISBOA, 2007).

Dessa forma, sendo a saúde um direito fundamental, garantido constitucionalmente e necessitando de eficácia plena e imediata, nos termos dos artigos 6º e 196, combinado com o artigo 5º, § 1º, da Constituição Federal, não importa de que meios o Estado irá se utilizar para garantir o acesso da população a medicamentos indispensáveis, inclusive através da licença compulsória de patentes, bastando que o faça, em busca de soluções viáveis para preservar a vida da população, valor máximo da humanidade.

3.5 Patentes farmacêuticas: perspectivas e desafios para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, no que se refere ao acesso a medicamentos

É importante enfatizar mais uma vez que, embora o conceito de saúde compreenda o completo bem-estar físico, mental e social, o que está sendo analisado no presente estudo é o direito de acesso da população ao desenvolvimento tecnológico produzido na área farmacêutica, sobretudo o acesso a medicamentos indispensáveis à preservação e manutenção da vida.

Os produtos e processos relacionados com medicamentos não eram patenteáveis no Brasil até 14 de maio de 1997, data da entrada em vigor da Lei 9.279 (Lei de Propriedade Industrial). Essa exclusão de patenteabilidade, que havia vigorado por 20 anos no país, não foi

devidamente acompanhada de uma política industrial, de ciência e tecnologia, o que impossibilitou o crescimento da indústria farmacêutica nacional (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 293).

Ressalta-se que o Brasil deixou, também, de aproveitar o prazo de transição previsto no Acordo TRIPs. Conforme o disposto no artigo 65, “nenhum Membro estará obrigado a aplicar as disposições do presente Acordo antes de transcorrido um prazo geral de um ano após a data de entrada em vigor do Acordo Constitutivo da OMC” (parágrafo 1º), sendo que “um país em desenvolvimento Membro tem direito a postergar a data de aplicação das disposições do presente Acordo, estabelecida no parágrafo 1º, por um prazo de quatro anos” (parágrafo 2º).

Assim, o período de transição para a entrada em vigor do TRIPs se estenderia até 1º de janeiro de 2000 (um ano do regime transitório geral, mais 4 anos do regime transitório especial) (BASSO, 2000, p. 285). O país poderia ter aproveitado esse período de transição para implementar uma política industrial adequada, com investimentos maciços em ciência e tecnologia, incentivando a pesquisa e o desenvolvimento de novos produtos, visando a consolidação de sua base industrial e tecnológica e o crescimento da indústria farmacêutica nacional.

Entretanto, com a entrada em vigor da Lei 9.279, em 14 de maio de 1997, o Brasil se antecipou e passou a proteger as invenções no setor farmacêutico, além de criar mecanismos para a obtenção de patentes retroativas, como é o caso das patentes *pipeline*, previstas nos artigos 230 e 231 da Lei 9.279. Os referidos dispositivos possibilitaram o depósito de pedido de patente relativo a produtos e processos químico-farmacêuticos e medicamentos de qualquer

espécie, ficando assegurada a data do primeiro depósito no exterior, desde que seu objeto não tenha sido colocado no mercado.

Macedo e Pinheiro (2005) criticam tal disposição, pois a possibilidade de obtenção de patentes retroativas causa evidente prejuízo para a sociedade, uma vez que, além de não ser aproveitado o período de transição permitido pelo TRIPs, o país antecipou a concessão de patentes farmacêuticas.

Por exemplo, os anti-retrovirais Nelfinavir e Efavirenz, utilizados nos regimes de tratamento de Aids no Brasil, só foram patenteados porque existiu o dispositivo *pipeline*, o que tem acarretado muita dificuldade para o Ministério da Saúde manter a elevada qualidade do Programa Nacional de Aids, que é considerado pela ONU uma referência para os países em desenvolvimento. Na mesma situação desses medicamentos, encontram-se muitos outros produtos que estão protegidos por mais de mil patentes *pipeline* concedidas pelo INPI (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 294).

Conforme Domingues (2005), a adoção de padrões universais mínimos de proteção à propriedade intelectual em países que estão em diferentes estágios de desenvolvimento gera graves distorções no comércio internacional. A aplicação uniforme das regras estabelecidas no TRIPs, sem levar em conta as diferenças existentes, tende a aprofundar ainda mais as assimetrias entre os países, podendo causar impactos negativos na saúde pública dos países em desenvolvimento (DOMINGUES, 2005, p. 125).

Assim, para que o TRIPs não represente uma ameaça à saúde pública dos países em desenvolvimento, torna-se necessária uma interpretação flexível de seus dispositivos, com vistas a aumentar o acesso da população aos medicamentos indispensáveis à preservação e manutenção da vida. Domingues conclui que as regras de proteção aos direitos de propriedade intelectual não podem se sobrepor aos direitos humanos, e, “uma interpretação flexível do Acordo TRIPs é a melhor estratégia para garantir a efetiva promoção de políticas sociais e econômicas de proteção à saúde e de acesso universal a medicamentos” (2005, p. 127).

Da mesma forma, deve-se buscar a efetiva implementação da Declaração de Doha, com vistas a harmonizar a proteção dos direitos de propriedade intelectual com o objetivo maior de defesa da saúde pública. A referida declaração, além de tratar dos problemas de saúde pública, também foi adotada para dar uma resposta aos países em desenvolvimento com relação ao comércio dos direitos de propriedade intelectual, proporcionando certa flexibilidade em acomodar-se a diferentes leis nacionais (BENETTI, 2007, p. 352).

Outro fato importante foi a adoção pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), no ano de 2002, de critérios de concessão de patentes na área farmacêutica, os quais eram apropriados para países desenvolvidos e foram transferidos para a prática brasileira sem levar em conta se realmente seriam do interesse do país, como é o caso da adoção da fórmula suíça para patentes de segundo uso (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 298).

No caso do segundo uso, onde é possível o patenteamento de um novo efeito terapêutico de um produto farmacêutico conhecido, há evidente extensão da vida de patentes farmacêuticas. Essa possibilidade é de grande interesse das empresas detentoras de patentes, as quais passam a buscar novos usos para fármacos antigos, deixando de investir na pesquisa e no desenvolvimento de novas entidades terapêuticas. Ressalta-se que não há qualquer disposição no TRIPs que obrigue os países a adotarem tal abordagem, razão pela qual é necessária uma reformulação dessas diretrizes, evitando o prolongamento de patentes (MACEDO; PINHEIRO, 2005, p. 300).

Por fim, é importante enfatizar que o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, no que se refere ao acesso da população aos medicamentos indispensáveis à preservação e

manutenção da vida, passa, primeiramente, pelo fortalecimento da capacidade de produção local, com a implementação de uma política industrial adequada de incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento de novos produtos, através de investimentos maciços em ciência e tecnologia, visando o crescimento da indústria farmacêutica nacional.

Portanto, a implementação de uma política industrial adequada, juntamente com a adoção da Declaração de Doha e a exploração das flexibilidades contidas no Acordo TRIPs, sobretudo o uso efetivo do licenciamento compulsório de patentes, são algumas das estratégias para garantir a proteção da saúde e o acesso universal da população aos medicamentos no Brasil.

CONCLUSÃO

Conforme se constatou no decorrer do presente estudo, as patentes no setor farmacêutico geram fortes conseqüências sobre a economia dos países, influenciando em seu desenvolvimento científico e tecnológico. Seus efeitos atingem a população como um todo, uma vez que o consumo de medicamentos independe da vontade do consumidor, que tem que comprá-los mesmo a preços mais elevados, pois são indispensáveis à manutenção da vida.

A saúde e o acesso a medicamentos essenciais compõem o elenco dos direitos humanos e dos direitos constitucionalmente garantidos, razão pela qual devem ser percebidos como um conjunto de estratégias que visam assegurar uma vida digna ao cidadão, compondo parcela de seu patrimônio comum.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito social de toda a população, cabendo ao Estado adotar políticas que assegurem a efetivação da saúde pública. O Estado reclamou para si a tarefa de promover o direito à saúde, não podendo escusar-se de seu cumprimento, nem mesmo sob a alegação de inexistência de provisão financeira em orçamento público.

Ressalta-se que o direito à saúde compreende o acesso gratuito à sua promoção e recuperação, ou seja, o direito de utilizar gratuitamente os medicamentos indispensáveis à continuidade da vida e recuperação da saúde. Como a vida é o objetivo maior da sociedade brasileira, sempre que esta estiver ameaçada, o Estado deve agir para estabelecer as mínimas condições de existência aos cidadãos.

Conforme já mencionado, embora o conceito de saúde compreenda o completo bem-estar físico, mental e social, o que foi analisado no presente estudo é o direito de acesso da população ao desenvolvimento tecnológico produzido na área farmacêutica, sobretudo o acesso a medicamentos.

Dentro desse contexto, o fortalecimento do sistema de patentes afeta negativamente os esforços na busca pela melhoria da saúde pública em países como o Brasil, onde o Estado chamou para si a responsabilidade de promover o direito à saúde, principalmente pelo efeito que a patente causa no aumento dos preços e na disponibilidade de fontes de fornecimento de medicamentos.

A licença compulsória, conhecida vulgarmente como quebra de patente, é um forte instrumento para assegurar que a patente cumpra a sua função social. Sua utilização representa um freio para barrar eventuais práticas abusivas que possam vir a ocorrer.

Nos últimos anos, utilizando-se desse instrumento de negociação para com os grandes laboratórios farmacêuticos, o governo brasileiro vem conseguindo reduzir de forma significativa os preços dos medicamentos integrantes do coquetel de combate à AIDS, tendo a mortalidade decorrente da doença caído significativamente.

Nesse sentido, sendo a saúde um direito fundamental, garantido constitucionalmente e necessitando de eficácia plena e imediata, nos termos dos artigos 6º e 196, combinado com o artigo 5º, § 1º, da Constituição Federal, não importa de que meios o Estado irá se utilizar para garantir o acesso da população a medicamentos indispensáveis, inclusive através da licença compulsória de patentes, bastando que o faça, em busca de soluções viáveis para preservar a vida da população, valor máximo da humanidade.

Cabe enfatizar que a exclusão de patenteabilidade no Brasil, que vigorou até 14 de maio de 1997 (data da entrada em vigor da Lei 9.279), não foi devidamente acompanhada de uma política industrial, de ciência e tecnologia, o que impossibilitou o crescimento da indústria farmacêutica nacional.

O Brasil deixou, também, de aproveitar o prazo de transição previsto no artigo 65 do Acordo TRIPs, que se estenderia até 1º de janeiro de 2000. O país poderia ter aproveitado esse período de transição para implementar uma política industrial adequada, com investimentos maciços em ciência e tecnologia, incentivando a pesquisa e o desenvolvimento de novos produtos, visando a consolidação de sua base industrial e tecnológica.

Todavia, com a entrada em vigor da Lei 9.279, o Brasil se antecipou e passou a proteger as invenções no setor farmacêutico, além de criar mecanismos para a obtenção de patentes retroativas, como é o caso das patentes *pipeline*.

É importante enfatizar que a aplicação uniforme das regras estabelecidas no TRIPs, em países que estão em diferentes estágios de desenvolvimento, gera graves distorções no

comércio internacional, além de causar impactos negativos na saúde pública dos países em desenvolvimento.

Assim, para que o TRIPs não represente uma ameaça à saúde pública dos países em desenvolvimento, torna-se necessária uma interpretação flexível de seus dispositivos, com vistas a aumentar o acesso da população aos medicamentos indispensáveis à preservação e manutenção da vida.

Da mesma forma, deve-se buscar a efetiva implementação da Declaração de Doha, com vistas a harmonizar a proteção dos direitos de propriedade intelectual com o objetivo maior de defesa da saúde pública.

Além disso, torna-se necessária uma reformulação das diretrizes adotadas pelo INPI, sobretudo a questão das patentes de segundo uso, onde há evidente extensão da vida de patentes farmacêuticas. Ressalta-se que não há qualquer disposição no TRIPs que obrigue os países a adotarem tal abordagem.

Dentro desse contexto, verifica-se que o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, no que se refere ao acesso da população aos medicamentos indispensáveis à preservação e manutenção da vida, passa, primeiramente, pelo fortalecimento da capacidade de produção local, com a implementação de uma política industrial adequada de incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento de novos produtos, através de investimentos maciços em ciência e tecnologia, visando o crescimento da indústria farmacêutica nacional.

A implementação de uma política industrial adequada, juntamente com a adoção da Declaração de Doha e a exploração das flexibilidades contidas no Acordo TRIPs, sobretudo o uso efetivo do licenciamento compulsório de patentes, são algumas das estratégias para garantir a proteção da saúde e o acesso universal da população aos medicamentos no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**. Tradução de Ernesto Garzón Valdes. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997.
- ARRUDA, José Jobson de Andrade. **A revolução industrial**. 3.ed. São Paulo: Ática, 1994.
- BARBOSA, Denis Borges. TRIPs e a experiência brasileira. In: VARELLA, Marcelo Dias. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. São Paulo: Aduaneiras, 2005.
- _____. **Uma introdução à propriedade intelectual**. 2.ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- BASSO, Maristela. **O direito internacional da propriedade intelectual**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.
- BEDIN, Gilmar Antonio. Estado, cidadania e globalização do mundo: algumas reflexões e possíveis desdobramentos. In: OLIVEIRA, Odete Maria de (coord.). **Relações internacionais e globalização: grandes desafios**. Ijuí: UNIJUÍ, 1998.
- BENETTI, Daniela Vanila Nakalski. Proteção às patentes de medicamentos e comércio internacional. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei 9.279, de 14 de maio de 1996**. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em 09 nov. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Direito à vida e à saúde**. Recurso Extraordinário n. 393175. Relator: Ministro Celso de Mello. 12 de dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.stf.gov.br>> Acesso em 20 jul. 2007.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Fornecimento gratuito de medicamentos**. Recurso Especial n. 439333. Relatora: Ministra Denise Arruda. 28 de março de 2006. Disponível em: <<http://www.stj.gov.br>> Acesso em 20 jul. 2007.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Fornecimento de medicamentos**. Apelação Cível n. 70016843767. Relator: Desembargador Genaro José Baroni Borges. 11 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://www.tj.rs.gov.br>> Acesso em 20 jul. 2007.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Assistência à saúde**. Apelação Cível n. 70016103434. Relatora: Desembargadora Maria Berenice Dias. 10 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://www.tj.rs.gov.br>> Acesso em 20 jul. 2007.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Direito à saúde e à vida**. Apelação Cível n. 70016208654. Relator: Desembargador Adão Sérgio Nascimento Cassiano. 27 de setembro de 2006. Disponível em: <<http://www.tj.rs.gov.br>> Acesso em 20 jul. 2007.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. Política de patentes e o direito da concorrência. In: PICARELLI, Márcia Flávia Santili; ARANHA, Márcio Iorio (org.). **Política de patentes em Saúde Humana**. São Paulo: Atlas, 2001.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 5.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CAVALCANTE, Milene Dantas. Patentes de medicamentos e as políticas de desenvolvimento: estudo de caso da controvérsia entre Índia e Estados Unidos. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

CEPALUNI, Gabriel. **Regime de patentes: Brasil x Estados Unidos no tabuleiro internacional**. São Paulo: Lex Editora, 2006.

CHAMAS, Claudia Inês (coord.). **Scientia 2000: propriedade intelectual para a academia**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CORREA, Carlos. Aperfeiçoando a eficiência econômica e a equidade pela criação de leis de propriedade intelectual. In: VARELLA, Marcelo Dias. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. São Paulo: Aduaneiras, 2005.

CORRÊA, Darcísio. **A construção da cidadania: reflexões histórico-políticas**. 2.ed. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2000.

_____; MASSAFRA, Cristiane Quadrado. O direito à saúde e o papel do poder judiciário para a sua efetividade no Brasil. **Desenvolvimento em Questão**, Ijuí, v. 2, n. 3, p. 45-70, jan.-jun. 2004.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 22, 1988.

_____; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Direito Sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

DEL NERO, Patrícia Aurélia. **Propriedade intelectual: a tutela jurídica da biotecnologia**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

DI BLASI, Gabriel. **A propriedade industrial: os sistemas de marcas, patentes e desenhos industriais analisados a partir da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

DOMINGUES, Renato Valladares. **Patentes farmacêuticas e acesso a medicamentos no sistema da Organização Mundial do Comércio: a aplicação do Acordo TRIPs**. São Paulo: Aduaneiras, 2005.

FARIA, José Eduardo. O sistema brasileiro de Justiça: experiência recente e futuros desafios. **Revista estudos avançados da USP**, São Paulo, vol. 18, n. 51, maio-ago. 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GONZATTO, Marcelo; LISBOA, Sílvia. Decisão polêmica barateia remédio. **Zero Hora**, Porto Alegre, 05 maio 2007.

GUISE, Mônica Steffen. Comércio internacional e propriedade intelectual: limites ao desenvolvimento? In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

HAMMES, Bruno Jorge. **O direito de propriedade intelectual**. 3.ed. São Leopoldo: Unisinos, 2002.

HERINGER, Astrid. **Patentes farmacêuticas e propriedade industrial no contexto internacional**. Curitiba: Juruá, 2001.

_____. Patentes de medicamentos: aspectos jurídicos e sociais. In: ANNONI, Danielle (coord.). **Direitos humanos & poder econômico: conflitos e alianças**. Curitiba: Juruá, 2005.

LEAL, Rogério Gesta. **Teoria do Estado**: cidadania e poder político na modernidade. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

LIPPEL, Alexandre Gonçalves. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade. **Revista de doutrina da 4ª Região** – Publicação da Escola da Magistratura do TRF da 4ª Região – EMAGIS, 2004.

LUCENA, Cíntia. Direito à saúde no constitucionalismo contemporâneo. In: ROCHA, Cármen Lúcia Antunes (coord.). **O direito à vida digna**. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

MACEDO, Maria Fernanda Gonçalves; PINHEIRO, Eloan dos Santos. O impacto das patentes farmacêuticas em países em desenvolvimento e as perspectivas para o Brasil. In: VARELLA, Marcelo Dias. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. São Paulo: Aduaneiras, 2005.

MERCER, Henrique da Silva. Patente de medicamentos conforme o TRIPS: o caso da gripe aviária. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

MORAIS, José Luis Bolzan de. **Do direito social aos interesses transindividuais**: o Estado e o direito na ordem contemporânea. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

_____; MORAIS, Eliane Pinheiro de. Direitos humanos e saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 22, v. 22, n. 2, mar.-abr. 1998.

OLIVEIRA, Ubirajara Mach de. **A proteção jurídica das invenções de medicamentos e de gêneros alimentícios**. Porto Alegre: Síntese, 2000.

PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde**: uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003.

PIMENTEL, Luiz Otávio. **Direito industrial**: as funções do direito de patentes. Porto Alegre: Síntese, 1999.

_____; BARRAL, Welber. Direito de propriedade intelectual e desenvolvimento. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

REMICHE, Bernard. Revolução tecnológica, globalização e direito das patentes. In: VARELLA, Marcelo Dias. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. São Paulo: Aduaneiras, 2005.

RIBEIRO, Ana Paula; GUERREIRO, Gabriela. Governo federal quebra patente de medicamento anti-Aids. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 04 maio 2007.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: LTr, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SHERWOOD, Robert M. **Propriedade intelectual e desenvolvimento econômico**. São Paulo: Edusp, 1992.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2001.

VARELLA, Marcelo Dias. **Propriedade intelectual e desenvolvimento**. São Paulo: Aduaneiras, 2005.

_____. **Propriedade intelectual de setores emergentes**: biotecnologia, fármacos e informática. São Paulo: Atlas, 1996.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

VIZENTINI, Paulo Gilberto Fagundes. **A segunda guerra mundial**: 1931-45. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1989.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)