

3
UFRJ/IEI
TD133

043991-6

Instituto Federal do Rio de Janeiro

INSTITUTO DE ECONOMIA INDUSTRIAL

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 133

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS VERSUS
POLÍTICA DE PRODUÇÃO DE FÁRMACOS

Cid Manso de Mello Vianna

Novembro/1987



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA INDUSTRIAL

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS
VERSUS
POLÍTICA DE PRODUÇÃO DE FÁRMACOS

Cid Manso de Mello Vianna*

Novembro/1987.



43 - 016303

(*) Pesquisador do IEI/UFRJ e professor do Instituto de Medicina Social da UERJ.

ANPEC

Associação Nacional de Economistas do Brasil

Este trabalho foi impresso
com a colaboração da ANPEC
e o apoio financeiro do PNPE

PROGRAMA NACIONAL DE
PNPE
Pesquisa Econômica

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS VERSUS
POLÍTICA DE PRODUÇÃO DE FÁRMACOS

As principais propostas, hoje, para o setor saúde estão centradas em uma intervenção estatal, a mais ampla possível. Em consequência, tem sido necessário mostrar o difícil estado em que se encontra a saúde da população brasileira, resultado de um projeto incoerente, inoperante e privatizante do governo federal na área social.

Neste contexto, o diagnóstico da ação do Estado sobre o ramo industrial (a indústria farmacêutica e a de equipamentos médicos é idêntico ao das áreas da previdência e prestação de serviços médicos. A ausência de uma estratégia coerente, permite que o "capital internacional oligopolista" ocupe o espaço existente para a produção de medicamentos, impedindo o desenvolvimento de uma indústria nacional capaz de oferecer à população os remédios que atendam as suas reais necessidades. As propostas, entretanto, de política industrial e tecnológica subdividem-se em dois segmentos, priorizando-se ora a estatização do setor, ora os incentivos à formação de uma indústria nacional.

Confunde-se, na verdade, duas questões que, embora correlatas, não são necessariamente convergentes: a política de medicamentos e a política de produção de fármacos. Esta última procura responder a necessidade de uma oferta autônoma de fármacos vis-à-vis os interesses do mercado internacional. A política

FEA-UFRJ
BIBLIOTECA

Data: 5 / 7 / 88

N.º Registro:

043991-6
NS98351

FICHA CATALOGRÁFICA

Vianna, Cid Manso de Mello
Política de medicamentos versus política de
produção de fármacos / Cid Manso de Mello
Vianna. - Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1987.
18 p.; 21 cm. - (IEI/UFRJ. Texto para Discussão, 133).
1. Indústria Farmacêutica - Brasil. 2. Política Salarial - Brasil. I. Título II. Série.
ocial

tica de medicamentos deve buscar, por outro lado, um perfil de produtos compatíveis e eficazes para o tratamento da maioria das doenças que afligem a população brasileira.

O nosso objetivo, aqui, é de, através de uma pequena resenha da literatura, entender a estrutura, as características e obstáculos à implantação de uma indústria farmacêutica nacional. Este, entretanto, é um conhecimento já acumulado e que tem sido, na maioria das vezes, esquecido nas discussões sobre a viabilidade de uma política para o setor. Neste sentido, o problema fundamental está na existência de uma espécie de "gangorra" onde se encontra o país — a definição de uma efetiva política de medicamentos pode inviabilizar o desenvolvimento, pelo menos a curto prazo, da indústria. A resolução desta contradição deve não só orientar, como dar a base a partir da qual pode ser definida uma política industrial e tecnológica para o setor.

1 - Características da Indústria Farmacêutica

Da produção ao consumo de medicamentos, as atividades da indústria farmacêutica são divididas normalmente em quatro fases:

- 1 - a pesquisa e o desenvolvimento de novos fármacos;
- 2 - a produção industrial dos fármacos;
- 3 - a produção industrial de medicamentos;
- 4 - a distribuição e comercialização dos produtos finais.

A fase de P&D compreende não só a identificação e a síntese de novas substâncias quimicamente ativas, como também todas as necessidades de estudos de farmacologia clínica, etc. Já a 2a. etapa inclui desde a produção em planta-piloto até a feita em nível industrial, utilizando-se rotas tecnológicas distintas: a fermentativa e a química (e em alguns casos, uma combinação das duas). A produção de medicamentos, por conseguinte, é o estágio onde se processam as transformações físicas dos agentes terapêuticos, em formas capazes de permitir a absorção dos produtos pelos consumidores, incluindo as associações e modelos de apresentação.

A partir desta caracterização é possível, então, classificar os países de acordo com a presença da indústria em uma ou mais das fases acima. Assim os países presentes no Estágio Evolutivo I, são aqueles "que estão na vanguarda da investigação química e farmacológica... (onde) a infra-estrutura de investigação acadêmica, o nível de sofisticação e complexidade do aparelho regulatório estatal, e vários outros núcleos comunitários relacionados com o desenvolvimento do setor farmacológico, tem seguido um processo de amadurecimento inter-relacionado e simultâneo".¹

No estágio evolutivo II, existe uma indústria de medicamentos já consolidada, capaz de formular e sintetizar algumas substâncias ativas utilizadas para a formulação de produtos finais de especialidades terapêuticas. A importação destes

1) Katz, J. "Hacia una estrategia industrial y tecnologica en el campo farmacológico Ibero Americano", CEPAL-ICI - OPS, mimeo, Buenos Aires, 1984, págs. 2 e 3.

produtos finais é quase nula, mas o setor ainda é bastante dependente de matérias primas de origem externa. As atividades da 1.ª fase, de pesquisa e desenvolvimento, são marginais e não produzem impacto sobre a estrutura produtiva.

No estágio evolutivo III, existe uma pequena indústria nascente voltada para a produção de medicamentos, mas com um nível de complexidade inferior ao estágio anterior. O país é completamente dependente da fonte externa para suprir as suas necessidades de matérias primas. No último estágio evolutivo encontram-se aquelas nações onde não existe uma produção de especialidades terapêuticas, e a oferta de medicamentos é função exclusiva da importação.

A indústria farmacêutica no Brasil encontra-se, já a algum tempo, no estágio II, embora ainda não se consiga ver no horizonte a possibilidade da sua passagem para uma fase mais avançada. Quais são as dificuldades para a implantação efetiva de um parque produtor nacional? A resposta depende da própria história da evolução da indústria.

2 - Os Obstáculos à Mudança

A compreensão das barreiras à entrada na passagem do estágio evolutivo II para o primeiro encontram-se na própria história do crescimento da indústria. Assim, a produção de medicamentos antes da II Guerra Mundial era realizada ainda em moldes artesanais e, em boa parte, elaborada em pequenas farmá-

cias (as boticas do início do século). As principais matérias primas eram obtidas a partir da extração vegetal ou mineral, preparadas nas próprias farmácias ou em laboratórios especializados. Não havia, portanto, grandes diferenças tecnológicas entre as indústrias farmacêuticas brasileira e americana, ambas se encontravam ao nível das boticas.¹

Com o advento da quimioterapia — através do estudo da influência de novas drogas no corpo humano — iniciou-se a mudança da própria base técnica que sustentava o ritmo de crescimento e acumulação de capital da indústria. Agora, devido a busca de novas substâncias ativas, as atividades de pesquisa e desenvolvimento tornaram-se necessárias e constantes. Os altos custos e incertezas envolvidos neste processo, faziam com que o principal esforço na busca de novas descobertas estivesse centralizado nas universidades e nos centros de pesquisa. Não tinha se constituído ainda na indústria a fase I de produção, conforme vimos anteriormente.

Dois fatores mudaram, entretanto, estas condições: o primeiro foi o grande crescimento da demanda por antibióticos durante a II Guerra Mundial e, conseqüentemente, o apoio econômico e financeiro do governo americano; o outro, foi o reconhecimento de que uma substância quimicamente ativa seria propriedade privada de quem a descobrisse, através do regime de patentes. Criou-se, portanto, um efetivo instrumento de barreiras institucionais à produção de novos fármacos. A conjugação

1) Ver Kupfer, D. "A Indústria de Biofármacos no Brasil", FTI, texto não publicado.

destes dois fatores permitiu às indústrias a se engajarem, com toda a sua capacidade e recursos, na busca e desenvolvimento de novos fármacos. Assim, embora os custos de P&D ainda fossem altos, a certeza de que elevadas taxas de lucros seriam obtidas — através de um monopólio concedido, em um mercado com altas taxas de crescimento — levou a uma diminuição do risco de se produzir novas drogas.²

A necessidade de desenvolvimento de novas drogas tornou-se obsessiva, intensificando o próprio processo de diferenciação de produtos. A expansão, a rentabilidade e a sobrevivência das firmas no mercado passaram a depender da sua capacidade de encontrar um novo fármaco e produzi-lo industrialmente. Não bastava, entretanto, "inventar" um novo produto. Era preciso utilizar toda a potencialidade existente em uma substância, mesmo que ela tivesse que ser criada artificialmente.

A diferenciação subjetiva dos medicamentos³ — seja através de propaganda e marketing, seja através da produção de substâncias compostas — tornou-se o principal mecanismo de competição da indústria. Em consequência, o ritmo de renovação

2) Efetivamente, desde a II Guerra Mundial a indústria farmacêutica apresenta uma das mais elevadas taxas de lucro de todo o parque industrial dos países desenvolvidos.

3) A capacidade de diferenciação é uma característica intrínseca a cada produto, e depende do número de "qualidades" com que ele pode ser julgado por um consumidor potencial. Assim, os fatores que entram na escolha de um mesmo tipo de aço são o preço e o prazo de entrega. Para um medicamento diversos outros elementos podem ser considerados importantes, como por exemplo: a apresentação; a eficácia; a forma como é consumido; efeitos colaterais existentes; grau de eficiência sobre outros sintomas ou doenças; a disponibilidade no mercado; a capacidade de prevenção; a confiança na marca; a difusão do consumo, etc. O que surpreende entretanto não é a existência desta diferenciação ao nível do consumidor-paciente, mas sim da capacidade do consumidor-médico de ser envolvido por ela.

da oferta de produtos atingiu níveis elevadíssimos, gerando uma obsolescência precoce de fármacos comprovadamente eficazes, por novos de resultados duvidosos.⁴ Esta obsolescência era produto, na maioria das vezes, de um desgaste apenas psicológico, tornando precária a posição de qualquer laboratório. Assim, nesta estratégia de competição não mais tratava-se de apresentar o lançamento de um produto "como uma nova opção terapêutica para um canal de indicações já existentes, mas como a terapêutica de um novo canal de indicações".⁵

Esta corrida sem fim produziu paradoxalmente um aumento dos riscos e dos custos de P&D de novos fármacos.⁶ A fim de minimizar estes efeitos, a grande maioria dos laboratórios farmacêuticos decidiu expandir as suas atividades para o mercado externo, através da exportação de capital, iniciando a produção de medicamentos em diversos países subdesenvolvidos.⁷ Neste contexto, a produção no exterior passou a responder a uma estratégia global de aumento de rentabilidade da indústria farmacêutica. Os principais mecanismos utilizados são então: o sistema de preço de transferência, através do qual o preço das matérias primas importadas é sobrefaturada; o aumento da vida média de fármacos e medicamentos; e pela possibilidade de utili-

4) A vida média de utilização de uma droga no mercado americano é muito baixa, em torno de 4 a 5 anos, embora este tempo esteja, hoje, aumentando, em função até da própria queda da taxa de descoberta de novas drogas.

5) Citado em Kupfer, D. "A indústria de biofármacos no Brasil", F.T.I., op.cit.

6) Posteriormente, o próprio aumento de controle por parte dos governos dos países industrializados elevou os custos de P&D, à medida que não era mais aceita a combinação de duas ou mais drogas, sem a realização, de novo, de todos os testes que comprovassem a sua eficácia.

7) O Brasil aparece contudo como uma exceção nesse movimento, embora ele tenha ocorrido no início da década de 60, quase todos os grandes laboratórios já se encontravam aqui no final da década de 50.

zar substâncias ativas proibidas em países com legislação e controle mais rígidos.

Este último instrumento explica bem como a rentabilidade das empresas pode ser afetada. Assim, as subsidiárias podem transferir indiretamente os lucros obtidos no mercado local. Além disso, e talvez o mais importante, é que a produção destes fármacos permite a redução do custo unitário de outros produtos. Como normalmente as plantas industriais são do tipo "multipurpose", deixar de produzir alguma das substâncias para as quais elas foram projetadas significa aumento da capacidade ociosa e, portanto, um maior comprometimento dos outros fármacos ali produzidos com a lucratividade geral da firma.

A partir deste resumo da história da indústria farmacêutica e da resenha da literatura de alguns autores verifica-se que as causas da ausência de um ciclo completo da produção local dividem-se em duas: as relacionadas com a lucratividade das empresas multinacionais; e aquelas ligadas às formas do capital nacional. Para as primeiras, parece existir consenso que as multinacionais — em função de sua estratégia global — não teriam interesse em investir em uma produção local de fármacos. De acordo com Cordeiro⁸, "A ausência de desenvolvimento... faz parte de uma das estratégias principais de acumulação da indústria farmacêutica multinacional: as transferências de matérias-primas para as filiais, através de expediente de superfaturamento, além disso, é uma situação que permite manter o controle financeiro sobre a subsidiária e o

8) Cordeiro, H. "A indústria da saúde no Brasil", Graal, Rio de Janeiro, 1980, pág. 123.

processo de divisão internacional do trabalho".

A argumentação de Kupfer⁹, embora semelhante, é mais sofisticada e consistente. Assim, acredita que as subsidiárias tenham não só capacidade tecnológica e financeira para iniciar a produção nacional, não o fazem porque mesmo que a lógica de competição no mercado farmacêutico exija uma integração vertical, esta exigência poderia ser cumprida em qualquer mercado, de um país qualquer. A dificuldade desta hipótese é que embora seja válida para explicar porque as firmas multinacionais não investem, ela não explica porquê algumas destas subsidiárias investem na produção em mais de um local. Portanto, é sempre possível através de incentivos externos ao mercado (tarifas, crédito subsidiado, barreiras institucionais e etc.), promover a produção local de fármacos.

Por outro lado, embora estes argumentos estejam corretos na sua essência, eles têm um fraco poder explicativo sobre o porque da falta de investimento das filiais no Brasil. As características descritivas acima são bastante comuns e constantes no grupo de multinacionais que atuam em mercados de oligopólio diferenciados. Todas elas têm interesse em utilizar instrumentos, como preço de transferência, que lhes permita a remessa de lucros em forma disfarçada. Mas nem por isso, elas deixaram de realizar os investimentos para a produção do país.¹⁰

9) Kupfer, op. cit., pág. 59.

10) Exemplo de empresas multinacionais que investiram no Brasil podem ser encontrados em diversos setores industriais: na automobilística; na alimentar; na eletrônica, etc.

Por outro lado, a própria utilização de mecanismos, como o preço de transferência, não é exclusivo aos países em desenvolvimento pelas firmas transnacionais. Katz¹¹ mostra, por exemplo, o uso de sobrefaturamento na importação de matéria-prima por firmas farmacêuticas suíças na Inglaterra, como forma de transferência indireta de lucro. Neste sentido, a afirmação de que a estratégia global de rentabilidade das multinacionais é que impede a produção local de fármacos não tem grande validade. Assim, sem qualificações adicionais que provassem que as indústrias farmacêuticas não têm interesse em produzir em mercados distintos do seu de origem, podemos admitir que só com novas pesquisas se poderá gerar outras explicações da ausência de produção de fármacos pelas multinacionais.

Já para as firmas nacionais as razões pelas quais não se produzem localmente os fármacos são distintas: no início de sua análise Cordeiro¹² descarta a falta de conhecimento tecnológico como uma efetiva barreira à entrada das empresas locais. O problema é que a indústria farmacêutica internacional impõe um determinado padrão de competição no mercado nacional, fazendo com que as estratégias adotadas pelo empresariado brasileiro seja semelhante ao das subsidiárias. Além deste mercado ter uma estrutura de oligopólio diferenciado, embora menos concentrado do que nos mercados centrais, as atividades de promoção e comercialização dos medicamentos assumem uma relevância particular no setor.

11) Katz, J.M., op.cit., pág. 15.

12) Cordeiro, H., op.cit., pág.123.

Este esforço de venda é feito com a utilização de três estratégias distintas: a venda, através de agentes promocionais, das "qualidades" dos remédios junto à classe médica¹³; a promoção no mercado varejista, via descontos por prazo de venda; e pela distribuição de amostra grátis. Assim, "os mecanismos de difusão das especialidades farmacêuticas funcionam através dos agentes de saúde, em particular do médico, e das agências de comercialização (atacadistas e farmácias) configurando uma rede bastante complexa na qual o paciente é socializado em práticas de consumo, incluindo a automedicação".¹⁴ O custo deste esforço de venda, ligado aos problemas de operabilidade e logística da existência de uma vasta rede de agentes tornou-se a principal barreira ao pleno crescimento das firmas nacionais.

Para Kupfer, um possível "gap" tecnológico entre o Brasil e os países industrializados não é também uma grande dificuldade à produção de fármacos. Ao contrário de Cordeiro, não se vê aqui como obstáculo, as semelhanças verificadas entre as características da indústria farmacêutica brasileira e a dos centros industriais mais avançados. Em primeiro lugar, por que a própria indústria não é homogênea, coexistindo segmentos de empresas tecnologicamente modernas com outras menos evoluídas; em segundo, embora as subsidiárias das firmas multinacionais tenham a tendência de reproduzir as técnicas e estratégias de vendas das suas matrizes, isto não significa que elas a reproduzam. A barreira à entrada de novas firmas seria então o

13) Ibid, pág.123.

14) Ibid, pág.134.

resultado do próprio processo de competição via diferenciação do produto. Neste contexto, a indústria brasileira encontra-se frente a barreiras quase que intransponíveis na produção de fármacos. Os principais entraves estão na dificuldade de interiorizar o processo de diferenciação de produtos, promovendo u ma contínua renovação qualitativa no mercado, substituindo as antigas categorias farmacêuticas por novas; e no consequente aumento dos requisitos de capital necessários para se engajar no jogo da diferenciação do produto. Na verdade as dificuldades acima apontadas são o resultado da reprodução das práticas de concorrência capitalista, em um Estado politicamente fraco para conter os abusos desta indústria.

Já em Katz os fatores limitativos são de outra natureza: "o tamanho do mercado e economias de escala, tanto na produção de matéria-prima, como em pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos"¹⁵. Embora assim enunciado nas primeiras páginas do seu trabalho, o autor não explicita como efetivamente estes fatores constituem uma barreira à entrada de novos produtores. Sua análise desemboca em considerações onde o problema real estaria na ausência de empresários ousados e dinâmicos "à Schumpeter" capazes de empreender e enfrentar os riscos inerentes a este tipo de mercado. O principal avanço do seu trabalho entretanto é de mostrar — embora ele confunda a política de medicamentos com a política de produção destes medicamentos — a necessidade de que os países em desenvolvimento têm de implementar um rígido controle no uso e na distribuição de novos produtos, como forma de, pelo menos a curto prazo, resolver algumas das carências da população de cada país.

15) Katz, op.cit., pág.1.



3 - Conclusão

Este trabalho partiu da hipótese de que havia uma dicotomia entre a política de medicamentos e a de produção destes medicamentos. Esta dicotomia fica agora mais fácil de ser observada, principalmente a partir de algumas indicações aqui apresentadas das dificuldades existentes na produção de fármacos. A indústria brasileira tem se movido numa direção que, ao invés de superar as barreiras existentes, procurou contorná-las por caminhos nem sempre confiáveis. Assim, exacerbou-se a diferenciação subjetiva dos produtos; existem mais de 3000 remédios à disposição do mercado consumidor; criaram-se novas classes terapêuticas de eficácia duvidosa, como os antidistônicos por exemplo, e a produção de medicamentos proibidos em outros países tornou-se uma constante. Ou seja, apoiado em um Estado sem poder de controle é numa sociedade politicamente desorganizada, a indústria buscou as possibilidades mais fáceis.

É evidente então que uma política de medicamentos voltada para as reais necessidades da população brasileira impõe barreiras institucionais à produção de novos fármacos: uma política que impedisse a difusão de substâncias ativas comprovadamente perigosas à saúde; e que exigisse testes de avaliação da eficácia da mistura de fármacos. Neste contexto, os custos e as dificuldades aumentam de forma significativa para o setor produtivo. Mas, na escolha destas duas opções não deveira haver dúvidas, embora o governo pareça ter se decidido pela outra.

Como observação final gostaria ainda de discutir uma importante questão não devidamente explorada nos textos anteriores. Isto é, a transformação ocorrida na indústria farmacêutica após a II Guerra Mundial (e posteriormente na indústria de equipamentos médicos e no próprio setor prestador de serviços médicos) foi equivalente a passagem da manufatura à grande indústria.

Do contrário, portanto, que observa Oliveira e Teixeira¹, não foi o Estado brasileiro que através de sua política privatizante que constituiu o complexo médico-industrial. Este complexo é o resultado de modificações no setor saúde, a partir da sua base industrial, que aparece agora como um típico setor capitalista, cujo objetivo é a geração de lucro e a acumulação de capital. Assim, foram as exigências de altas taxas de acumulação de capital das empresas industriais que permitiram a formação do complexo e a transformação da prática médica.

Esta passagem significa que o complexo médico industrial está vinculado a uma rentabilidade do setor produtivo e a critérios de lucratividade próprios como instrumentos definidores de um processo autônomo do crescimento. Os impedimentos anteriormente apontados são apenas reflexos dessas mudanças, que levaram a indústria farmacêutica da manufatura ao capitalismo monopolista em menos de 20 anos. Na verdade, a implementação

1) "Podemos resumir a terceira característica deste período: a intervenção estatal na área de saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da previdência social, propiciou a criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos". Oliveira, J. e Teixeira, S. "(IM) Previdência Social - 60 anos de História da Previdência no Brasil", Vozes, Petrópolis, 1986, pág.209.

de uma efetiva política de produção de fármacos insere-se em uma questão mais geral, isto é, como pôr o país no núcleo do capitalismo central, no mesmo nível das nações industrializadas.

Nesta problemática a ação do Estado entretanto é fundamental na definição do horizonte da indústria nacional. Mas, "a atuação estatal não deve se limitar, todavia, ao papel do árbitro mais generoso com os capitais nacionais na disputa desigual que travam com o sistema de filiais de laboratórios multinacionais. Mais além, a intervenção estatal deve vislumbrar o mercado farmacêutico globalmente, em busca prioritariamente de mecanismos regulatórios que propiciem efetivo controle da oferta de medicamentos e a convergência desta aos seus objetivos médico-sanitários e de economia popular".¹⁶

Como este é um problema de difícil resolução no curto prazo, resta ao país definir uma política de medicamentos condizente com a sua população. E, por mais paradoxal que possa ser, se esta política puser um freio sobre a diferenciação subjetiva no setor, talvez — à medida que uma firma nacional não fique sujeita às mudanças psicológicas da demanda — uma base estável à produção de novos fármacos possa ser criada.

16) KUPFER, D. - "A indústria de medicamentos no Brasil: aspectos da estrutura industrial, TDI nº 71-IEI, 1985.

BIBLIOGRAFIA

- CORDEIRO, H. - "A indústria da saúde no Brasil", Graal, Rio de Janeiro, 1980.
- KATZ, J. - "Hacia una estrategia industrial y tecnologica en el campo farmaceutico Ibero Americano", CEPAL-ICI-OPS, mimeo Buenos Aires, 1984.
- KUPFER, D., et alli - "A indústria do bio fármacos no Brasil", FTI, texto não publicado, 1982.
- _____ - "A indústria de medicamentos no Brasil: Aspectos da estrutura industrial", TDI nº 71-IEI, 1985.

PUBLICAÇÕES DO IEI EM 1987

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

	Nº de páginas
107. PROCHNIK, Victor. <u>O macrocomplexo da construção civil.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 107)	143
108. TAVARES, Ricardo A.W., <u>Aritmética política ou natural? (Demografia: Fuga em quatro movimentos).</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 108)	26
109. TAUILLE, José Ricardo e OLIVEIRA, Carlos Eduardo Melo de. <u>Difusão de automação no Brasil e os efeitos sobre o emprego. Uma resenha da literatura nacional.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 109)	47
110. SILVEIRA, Caio César L. Prates de. <u>Plano Cruzado : A gramática reversão de expectativas.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 110).	30
111. TAUILLE, José Ricardo. <u>Automação e Competitividade: uma avaliação das tendências no Brasil.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 111).	150
112. ALMEIDA, Júlio Gomes de e ORTEGA, José Antonio. <u>Financiamento e desempenho financeiro das empresas industriais no Brasil.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 112)	119
113. PROCHNIK, Victor. <u>Estrutura e dinâmica dos complexos industriais na economia brasileira.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 113)	51
114. FONSECA, Manuel Alcino da. <u>Uma análise das relações estruturais da economia brasileira.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 114)	25
115. JAGUARIBE, Anna Maria. <u>A política tecnológica e sua articulação com a política econômica. Elementos para uma análise da ação do estado.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 115)	76
116. SOUZA, Isabel R.O. Gómez de. <u>Referencial teórico para a análise da política social.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 116)	28
117. FIORI, Jorge e RUIREZ, Ronaldo. <u>Notes for a comparative research on self-help housing policies in Latin America.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 117)	26
118. BENETTI, Carlo. <u>Valor, excedente e moeda.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 118)	19

	Nº . de páginas
119. MOREIRA, Maurício Mesquita. <u>Progresso Técnico e Estrutura de mercado: a indústria internacional de telecomunicações</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 119)	81
120. LOPES, Fernando Reis; SERRANO, Franklin Leon Peres. <u>Marx e a Mercadoria Força de Trabalho</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 120)	34
121. FIGUEIREDO, José B.; TAVARES, Ricardo. <u>O Componente Demográfico no Desenho das Políticas de Desenvolvimento Urbano</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 121)	35
122. CORIAT, Benjamin; SABOIA, João. <u>Régime d'accumulation et rapport salarial au Brésil - un processus de fordisation forcée et contrariée</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 122)	52
123. PROCHNIK, Victor. <u>A Contribuição da Universidade para o Desenvolvimento da Informática no Brasil</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 123)	39
124. FABRIANI, Carmen Beatriz; PEREIRA, Vera Maria C.- <u>Tendências e Divergências Sobre o Modelo de Intervenção Pública no Saneamento Básico</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 124)	45
125. TOLOSA, Hamilton C. <u>Condicionantes Econômicas e Opções da Política Urbana no Brasil</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 125)	34
126. SALM, Cláudio; SILVA, Luiz Carlos Eichenberg. <u>Industrialização e Integração do Mercado de Trabalho Brasileiro</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 126)	51
127. CARVALHO, Fernando J. Cardim de. <u>Keynes on probability and uncertainty</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 127).	29
128. LEITE, Antonio Dias. <u>Plano Cruzado - Esperança e Decepção</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 128)	144
129. CARVALHO, Fernando J. Cardim de. <u>O Caminho da Revolução: O Treatise on Money na Revolução Keynesiana</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 129).	24
130. CARVALHO, Fernando J. Cardim de. <u>Keynes on the Instability of Capitalism and the Theory of Business Cycles</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão 130)	39
131. FIORI, José Luís; JAGUARIBE, Anna Maria. <u>Repensando o Papel do Estado no Desenvolvimento Brasileiro: uma Agenda de Estudos</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 131).	53



Nº de
páginas

132. MEDEIROS, Carlos Aguiar de. Os Impactos Sociais da Crise Econômica, Políticas Sociais e Transição Democrática. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 132). 78
133. VIANNA, Cid Manso de Mello. Política de Medicamentos versus Política de Produção de Fármacos. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 133). 17
134. MEDICI, André Cezar. O Custeio da Política Social ao Nível Regional: Subsídios Para uma Estratégia de Descentralização. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987. (Discussão, 134) 51