UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA

Ações Conjuntas no Varejo Farmacêutico: Cenário de Mudanças

Autora: **Érica Maria Varise**
Orientador: **Prof. Dr. Miguel Juan Bacic**

07/2007

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA

Ações Conjuntas no Varejo Farmacêutico: Cenário de Mudanças

Autora: **Érica Maria Varise**
Orientador: **Prof. Dr. Miguel Juan Bacic**

Curso: Engenharia Mecânica
Área de concentração: Gestão da Qualidade Total

Dissertação de mestrado profissional apresentada à comissão de Pós Graduação da Faculdade de Engenharia Mecânica, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Engenharia Mecânica.

Campinas, 2007
São Paulo – Brasil

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA ÁREA DE ENGENHARIA E ARQUITETURA - BAE - UNICAMP

V428a

Varise, Érica Maria
Ações conjuntas no varejo farmacêutico: cenário de mudanças / Érica Maria Varise. --Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientador: Miguel Juan Bacic.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Mecânica.

1. Farmácias, drogarias, etc - Administração. 2. Franquia (Comércio varejista). I. Bacic, Miguel Juan. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Engenharia Mecânica. III. Título.

Ttulo em Inglês: Associative actions in the pharmaceutical retail: scenery of changes
Palavras-chave em Inglês: Drugstores, Associativism, Franchising
Área de concentração: Gestão da Qualidade Total
Titulação: Mestre em Engenharia Mecânica
Banca examinadora: Maria Carolina de Azevedo Ferreira de Souza e Leonel Mazzali
Data da defesa: 22/02/2007
Programa de Pós-Graduação: Engenharia Mecânica

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA

Trabalho Final de Mestrado Profissional

Ações Conjuntas no Varejo Farmacêutico: Cenário de Mudanças

Autora: **Érica Maria Varise**
Orientador: **Prof. Dr. Miguel Juan Bacic**

Prof. Dr. Miguel Juan Bacic
Instituto de Economia, UNICAMP

Profa. Dra. Maria Carolina de Azevedo Ferreira de Souza
Instituto de Economia, UNICAMP

Prof. Dr. Leonel Mazzali
UNESP

Campinas, 22 de fevereiro de 2007

2008 038860

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os meus familiares e amigos.

Agradecimentos

Este trabalho não poderia ser terminado sem a ajuda de diversas pessoas às quais presto minha homenagem:

À minha família, aos meus amigos e colegas de trabalho pelo incentivo, em especial àqueles que contribuíram com informações valorosas para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Bacic, pela orientação e amizade, mostrando os caminhos a serem seguidos na elaboração desta dissertação, enriquecendo e complementando o trabalho.

À professora Carolina pelas relevantes sugestões.

Aos representantes das drogarias pesquisadas, pela oportunidade de concretizar este estudo.

Só é útil o conhecimento que nos torna melhores

Sócrates

Resumo

VARISE, Érica Maria, *Ações conjuntas no varejo farmacêutico: cenário de mudanças;* Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, 2006, 98p. Dissertação (Mestrado).

O objetivo deste trabalho consiste em descrever as possíveis formas de organização das drogarias no varejo farmacêutico e a influência que o meio externo exerce sobre elas. O estudo retrata a trajetória de drogarias em cada um dos quatro modelos estudados (Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismos, Drogarias em Franquia e Grandes redes), enfatizando as que aderiram ao modelo do Associativismo, abrangendo o período de transição, o planejamento, a implantação, os primeiros efeitos e as medidas tomadas para ajustar e/ou modificar os resultados das primeiras experiências. Cada formato é exemplificado com a apresentação de casos, destacando as vantagens, as desvantagens e as diferenças entre eles. Descreve-se o processo de migração de parte das Drogarias Independentes para o formato em rede (Drogarias em Associativismo) e alianças por franquia (Drogarias por Franquia). Essas mudanças foram desencadeadas pela ação combinada de três fatores ambientais: pela implantação do Plano Real (devido à estabilização econômica), pela alteração das condições básicas para obter lucro (devido à perda dos ganhos inflacionários) e pelo perfil do novo consumidor (que ficou mais exigente, possivelmente devido ao Código de Defesa do Consumidor). Observou-se que as Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismos e Drogarias em Franquia buscam as mesmas vantagens das Grandes Redes, mas não necessariamente as obtêm na mesma proporção.

Palavras-Chave

- Drogarias, associativismo, franquia

Abstract

VARISE, Érica Maria, *Associative actions in the pharmaceutical retail: scenery of changes;* Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, 2007, 98p. Dissertação (Mestrado).

The aim of this work is to describe the possible forms of organization of drugstores in the pharmaceutical retail and the influence that the external environment has on them. The study portrays the trajectory of drugstores in each of the patterns studied (Independent Drugstores, Drugstores in Associativism, Drugstores in Franchising, and Great Chains), emphasizing those which adopted the Associativism pattern, encompassing the transition period, planning, implementation, first effects, and steps taken to adjust / modify the results of the first experiences. Each format is exemplified with case presentation, highlighting advantages and disadvantages among them. The process of migration of part of the Independent Drugstores into the chain format (Drugstores in Associativism), and alliances by franchising (Drugstores for Franchising) is described. These changes were triggered by the combined action of three environmental factors: the implementation of the Real Plan (due to economic stability), changes in the basic conditions for obtaining profit (due to losing inflationary gains), and the profile of a new consumer (more demanding, possibly due to the Consumer Defense Code). It was observed that the Independent Drugstores, Drugstores in Associativism, and Drugstores in Franchising aim at the same advantages as the Great Chains, but they not necessarily get it in the same degree.

Key Words

- Drugstores, associativism, franchising

Sumário

Lista de Tabelas xi

Lista de Quadros xii

Lista de Figuras xiii

Nomenclatura xiv

1. Introdução 1

2. Revisão da Literatura 4

2.1 Trajetórias de inserção 4

2.2 Alianças entre empresas 6

2.3 Aliança por rede de empresas (Drogarias em Associativismo) 9

2.4 Alianças em Franquia (Drogarias em Franquia) 13

2.5 O modelo associativo como estratégia para as PEs 15

3. A Cadeia Farmacêutica: Panorama Setorial 16

3.1 Fornecedores e Laboratórios Farmacêuticos 17

3.2 Transportadoras e Distribuidoras 21

3.3 Farmácias e Drogarias 24

4. Análise dos Modelos Vigentes no Varejo Farmacêutico 31

4.1 Método e Fontes 32

4.2. Perfil do varejo farmacêutico 37

4.3 Análise dos modelos 41

4.4 Comparação entre os modelos 65

5. Conclusões e Sugestões para Próximos Trabalhos **70**

Referências Bibliográficas **78**

Anexos **81**

Anexo I – Questionário-guia 81

Lista de Tabelas

4.1 – Evolução do número de drogarias e vendas por categoria 37

Lista de Quadros

3.1 – Fusões e aquisições na indústria farmacêutica, entre os anos de 1990 e 2000 20
4.1 – Caracterização do varejo farmacêutico antes e depois do Plano Real 31
4.2 – Categorização das drogarias por volume médio mensal de compras 34
4.3 – Drogarias que compõem este estudo 35
4.4 – Grandes Redes de drogarias que compõem o estudo 44
4.5 – Perfil das DI estudadas 48
4.6 – Redes de Associativismo que fazem parte do estudo. 55
4.7 – Redes de franquia que participaram do estudo 63
4.8 – Formas de coordenação de recursos 65
4.9 – Comparação entre os modelos 66
4.10 – Vantagens entre os modelos 68
5.1 – Abordagem dos autores sobre alianças verificadas neste estudo 75

Lista de Figuras

2.1 – Propósito é a chave para o gerenciamento de redes. 11
2.2 – Dinâmica da *co-opetition.* 12
3.1 – Cadeia farmacêutica. 17
3.2 – Interior de farmácia / drogaria e fachada dos anos 40 do século XX. 25
4.1 – Evolução da porcentagem de drogarias por categoria. 39
4.2 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jul. 2000 por categoria. 40
4.3 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jun. 2002 por categoria. 40
4.4 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jun. 2003 por categoria. 41
4.5 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jan. 2004 por categoria. 41

Nomenclatura

Abreviações

PME – Pequena e Média Empresa
GR – Grandes Redes
DI – Drogaria Independente
DA – Drogaria em Associativismo
DF - Drogaria em Franquia
GE – Grandes Empresas
P&D – Pesquisa e Desenvolvimento
BPF – Boas Práticas de Fabricação
URV – Unidade Real de Valor
OTC – *out the count* (venda livre)
IMS - *Intercontinental Marketing Service*
PDR - *Pharmacy Distribuition Report*
TACC – Taxa Anual de Crescimento Composto

Siglas

ABF - Associação Brasileira de Franquia
ABRAFARMA - Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias
AFIBAS – Associação de Farmácias da Baixada Santista
AFIMOR - Associação de Farmácias de Mogi das Cruzes
ALANAC - Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APROFAR - A Associação dos Proprietários, Oficiais e Profissionais de Farmácia do Estado de São Paulo
ASSOFAR - Associação de Farmácias e Drogarias Independentes da Região do ABCD
ASSIFARMA - Associação das Redes Independentes de Farmácias e Drogarias
FAESP - Federação Paulista das Associações de Farmácias e Drogarias Independentes
FEBRAFAR - Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias
FEBRAFARMA – Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica
IDEM - Instituto de Desenvolvimento Empresarial
RIFASO - Associação de Farmácias da zona oeste de São Paulo
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio à Micro e Pequenas Empresas
SINCOFARMA - Sindicato do Comércio de Produtos Farmacêuticos

Capítulo 1

Introdução

Até o início dos anos 90 do século XX, tradicionalmente o varejo farmacêutico era constituído por dois modelos: as Grandes Redes de drogarias e as Drogarias Independentes. Após 1994, incorporou-se ao segmento outros dois modelos, derivados das Drogarias Independentes, que são as Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia. Com isso, o varejo farmacêutico passou a ser representado por esses quatro modelos.

A criação deste novo arranjo, em que drogarias independentes se unem com o objetivo de ganhar vantagem competitiva, pelo fato de passar a trabalhar em um ambiente de economia estabilizada e com diminuição do grau de flexibilidade dos ganhos financeiros, foi a reação do varejo farmacêutico em resposta às mudanças econômicas no país, decorrentes da implantação do Plano Real.

O objetivo deste trabalho consiste em mostrar as possíveis formas de organização das drogarias no varejo farmacêutico, como se deu essa organização e a influência que o meio externo exerce sobre elas. Adicionalmente, estudar por quê ocorreram mudanças no modelo de organização das drogarias e apresentar os fatores desencadeadores dessas mudanças, as dificuldades encontradas pelos dirigentes, bem como a contribuição que todo o processo acarretou para o desenvolvimento das drogarias e de toda a cadeia farmacêutica.

Para entender a razão pela qual surgiram os novos modelos, parte-se do pressuposto básico de que a mudança ocorrida no varejo farmacêutico obrigou as drogarias a procurar formas alternativas de operação para sobreviverem. Nesse caminho, encontraram as formas associativas.

Partindo do princípio de que as mudanças acarretadas por fatores ambientais afetam organizações, pessoas e comércio, nota-se que a cadeia farmacêutica também foi influenciada por eles, desde os fornecedores de matérias-primas, com a acirrada concorrência pela abertura de mercado; os laboratórios farmacêuticos, que tiveram que conviver em um novo cenário modificado pela lei das patentes, pela criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela lei dos genéricos, pela fusão entre laboratórios (para compartilhar pesquisa e desenvolvimento – P&D) e outros; as transportadoras e distribuidoras de medicamentos e, finalmente, as drogarias, que com a mudança das condições ambientais, desencadeada, dentre outros, pela instituição do Plano Real, procuraram formas alternativas de operação para sobreviver.

A hipótese central é que mudanças ambientais induziram as Drogarias Independentes a abandonar o modelo tradicional isolado e a migrar para um novo, representado pelas Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia, que conseguiu proporcionar outras vantagens, além daquelas existentes no trabalho isolado, compensando o fim dos lucros do modelo anterior. Os modelos em rede foram úteis na tentativa de obter custos menores na compra de medicamentos, comunicação e divulgação da marca da rede, desenvolvimento gerencial, auto-serviço, venda de novos produtos, estoques mínimos, reposição diária, dentre outros fatores, descritos no quarto capítulo. Esse foi o "pacote" para compensar a perda do ganho inflacionário.

A metodologia utilizada neste trabalho visou reunir elementos necessários para melhor caracterizar o setor, utilizando-se de fontes primária e secundária. A fonte primária refere-se a entrevistas realizadas em drogarias do Estado de São Paulo, seguindo um questionário orientativo e a fonte secundária refere-se à revisão bibliográfica da literatura *geral* (livros e artigos), *setorial* (*Panorama Setorial* da *Gazeta Mercantil*, *Estudo da Competitividade de Cadeias Integradas no Brasil – Cadeia Farmacêutica*, *Pharmaceutical Market Brazil* e *Pharmacy Distribution Report*) e *cotidiano* em revistas especializadas que retratam o cotidiano do setor (*Revista Farmacêutica Kairos*, *Revista Pharma Business* e *Revista M.F.*), *sites*, bem como em entrevista com consultor e ex-dirigente de drogaria.

O estudo retrata a trajetória de drogarias em cada um dos quatro modelos, enfatizando as que aderiram ao modelo do Associativismo, abrangendo o período de transição, o planejamento, a implementação, os primeiros efeitos e as medidas tomadas para ajustar e/ou modificar os

resultados das primeiras experiências, diante da nova cultura em que prevaleceria (ou deveria prevalecer) o bem-estar coletivo ao individual.

O desenvolvimento desta dissertação está dividido em cinco capítulos.

O primeiro traz esta introdução que focaliza os objetivos e a metodologia deste trabalho.

O segundo capítulo é dedicado a rever a literatura referente às Pequenas Empresas (PEs), ressaltando as trajetórias de inserção no sistema econômico. São abordadas as formas de relacionamento e coordenação de cada uma das formas de inserção, bem como os conceitos de alianças entre empresas.

O terceiro capítulo descreve os componentes da cadeia farmacêutica, sua estrutura e como os agentes interagem entre si. Trata das mudanças que ocorreram nesse segmento, trazendo um novo cenário para as empresas, empresários, colaboradores e clientes. Além disso, relata o processo de migração de parte das drogarias independentes para os modelos de Associativismo e Franquia.

O quarto capítulo expõe a configuração atual do varejo farmacêutico, que é composto pelas Grandes Redes (GR), Drogarias Independentes (DI), Drogarias em Associativismo (DA) e Drogarias em Franquia (DF). Cada formato é caracterizado pela descrição de casos, ressaltando as vantagens e a desvantagens e as diferenças entre eles.

No quinto capítulo, apresentam-se as conclusões e reflexões geradas pelo trabalho.

Capítulo 2

Revisão da Literatura

Neste capítulo comentam-se as trajetórias de inserção das Grandes Redes de drogarias, Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia no varejo farmacêutico, a partir do ponto de vista de Souza (1995). Abordam-se os conceitos de alianças entre empresas, as vantagens competitivas atreladas às alianças e as dificuldades inerentes aos trabalhos compartilhados.

Com este capítulo de revisão da literatura, pretende-se estabelecer uma base conceitual sobre o tema da pesquisa, por meio de levantamento do conhecimento já produzido pelos autores da área.

2.1 Trajetórias de inserção

De acordo com Souza (1995), existem quatro possíveis trajetórias de inserção para as Pequenas e Médias Empresas (PMEs), que sintetizam as possibilidades de desenvolvimento. Essas trajetórias indicam condições em que as PMEs podem buscar vantagens competitivas capazes de permitir-lhes desempenhar um papel atuante num cenário de transformação. Surgem alternativas estimulantes para as empresas, fazendo-as repensar suas estratégias e analisar formas de reduzir e compartilhar riscos e custos. Para a autora, o trabalho altamente qualificado e bem remunerado passará a ser, cada vez mais, fator decisivo na determinação da competitividade; será uma vantagem competitiva.

A abordagem concentra-se na terceira e quarta trajetórias: modelo comunitário (Drogarias em Associativismo) e modelo de coordenação (Drogarias em Franquia), respectivamente. Para Souza (1995), a terceira e quarta trajetórias representam possíveis formas de organizações coletivas de PMEs. Essas formas vêm sendo remodeladas com o passar do tempo, tornando-se mais eficientes, e ganham novo realce, em termos de contribuição para o desenvolvimento da atividade econômica, no meio da reestruturação industrial.

A primeira trajetória, classificada como *PMEs em mercados competitivos*, refere-se às PMEs cuja flexibilidade e estratégia competitiva se associam a menores custos de mão-de-obra. Nela se incluem as Drogarias Independentes. Segundo Souza (1995) empresas que se enquadram nessa trajetória podem, oportunamente, associar-se ao modelo comunitário (terceira trajetória) e possivelmente comprometer o seu desempenho. Tal aspecto está abordado no quarto capítulo.

A segunda trajetória, classificada como *PMEs independentes em estruturas industriais dinâmicas*, refere-se àquelas empresas cujo surgimento, continuidade e desempenho estão associados às características de seus empresários. Há, no caso, segundo Souza (1995), espaço garantido para a inserção positiva de Pequenas Empresas e a sobrevivência dos pequenos capitais.

A terceira trajetória, denominada de *modelo comunitário*, diz respeito àquelas PMEs que tiveram acesso às condições que permitiram sua inserção no mercado em forma de organizações coletivas e cooperativas. É a trajetória seguida pelas Drogarias em Associativismo, evidenciando que, se essas empresas conseguirem superar as restrições do varejo farmacêutico, terão maior probabilidade de sobrevivência. Entretanto, para que tenham uma vantagem competitiva como fruto da união, é necessário que sejam mais que simples aglomerações geográficas e setoriais. Imprescindivelmente, as ações conjuntas e coordenadas devem permitir a obtenção de ganhos e vantagens que, de outra forma, seriam inacessíveis a uma pequena unidade individual. Dois componentes se sobressaem no modelo, que são a cooperação (no processo) e a concorrência (por clientes). Esta abordagem é conhecida como *co-opetition* e é discutida mais adiante, neste mesmo capítulo.

Importa ressaltar que a noção de eficiência coletiva não pode ser associada diretamente à ausência de conflitos ou de competição entre as empresas do agrupamento.

Na quarta trajetória, classificada como *modelo de coordenação*, incluem-se todas as PMEs que interagem com as Grandes Empresas (GEs), fazendo parte de suas estratégias e ficando, de alguma forma, sob seu controle, com maior ou menor grau de dependência e autonomia. Nesse modelo, inserem-se, dentre outros, os *franchisees*. Foi a trajetória seguida pelas Drogarias em Franquia.

2.2 Alianças entre empresas

Lipnack e Stamps (1994), Lynch (1994) e Casarotto Fillho e Pires (2001) consideram a formação de alianças estratégicas uma forma de diminuir os riscos e ganhar sinergia diante deste cenário altamente competitivo, pois nenhuma empresa pode, isoladamente, fazer tudo o tempo todo. Trabalhar unilateralmente significa perder oportunidades.

Para Casarotto Fillho e Pires (2001), rede de empresas representa o conjunto de empresas entrelaçadas por relacionamentos formais ou simplesmente negociais, podendo ou não ser circunscritas a uma região.

Lipnack e Stamps (1994) definem esta cooperação entre empresas como *teamnet*, traduzida como "rede de equipes", que é uma reunião de pessoas e grupos que transpõem fronteiras convencionais para benefício mútuo, ao mesmo tempo em que preservam sua independência individual. Qualquer tarefa que envolva planejamento, reuniões e ações conjuntas com pessoas localizadas fora da sua própria organização (fornecedores, clientes ou concorrentes) considera-se rede.

Candido e Abreu (2000) definem uma rede de Pequenas e Médias Empresas (PMEs) como "um conjunto de empresas, participando de um mesmo negócio, de forma autônoma e harmônica, operando em um regime de intensa cooperação, em que cada uma das firmas executa uma ou mais etapas do processo de produção, comercialização e distribuição de produtos / serviços, assim como a complementariedade de práticas gerencias".

Lynch (1994) esclarece que aliança estratégica constitui a forma mais básica, simples e direta de empreendimento cooperativo. Todas as suas variantes – *joint ventures*, parcerias acionárias e alianças por franquia – são construídas sobre a base operacional da aliança

estratégica. Segundo o autor, a natureza do empreendimento assumido, e não a forma de contrato, determina o tipo de aliança existente. Muitas alianças são bastante informais, não tendo nenhum estatuto legal, além de um contrato de fornecimento de um produto ou serviço. Alianças criadas para equilibrar finanças em perigo produzirão resultados insatisfatórios. Considera um dos maiores inconvenientes do processo encontrar o parceiro adequado.

Casarotto Fillho e Pires (2001) apontam a globalização da economia e os avanços tecnológicos, especialmente nas comunicações, como os fatores que impulsionaram as mudanças dos conceitos mercadológicos e de produção, o que forçou um comportamento sólido por parte das empresas.

Para Lipnack e Stamps (1994), o ritmo das mudanças constitui uma amostra de muitas tendências da tecnologia, dos mercados e da sociedade, e apresenta impacto ambiental sobre a natureza das organizações. Tais tendências afetam as organizações e as pessoas, e as empresas precisam ser capazes de se ajustar com rapidez e flexibilidade.

A solução foi encontrada nas empresas em redes (modelo comunitário), representadas pelas Drogarias em Associativismo e pelas alianças por franquia (modelo de coordenação), representadas pelas Drogarias em Franquia, caracterizadas no quarto capítulo.

Segundo Lynch (1994), uma empresa pode crescer de três maneiras: por meio de expansão interna, de aquisições e fusões e de alianças, descritas abaixo.

A primeira, expandir-se *internamente*, requer aplicação de capital em tecnologias superiores e / ou mercado em expansão. Ela depende de mercados fortes, de boas margens de lucros, da capacidade de contratar, treinar, organizar e controlar um grupo de recursos humanos continuamente crescente. Nesse grupo, incluem-se as Grandes Redes de drogarias.

A segunda opção, o crescimento por *aquisições e fusões,* requer grandes somas de dinheiro vivo e produz lucros excelentes, particularmente se as vendas declinarem em um mercado ruim. Segundo o autor supracitado, muitas empresas experimentaram esta técnica e, as taxas de fracasso sempre excederam às taxas de sucesso por uma margem significativa.

A terceira opção de crescimento, por *alianças,* requer a alavancagem de recursos e uma superioridade competitiva de forma inovadora. Com relativa rapidez, e poucos recursos em espécie, múltiplas alianças podem ser formadas horizontalmente ou verticalmente em inúmeros mercados. Porém, alianças necessitam de métodos de gerenciamento novos, tornando-se, portanto, inerentemente mais arriscadas para aqueles que não possuem experiência anterior. Incluem-se nesse grupo, as Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia.

Lynch (1994) explica que, para uma relação ser considerada aliança, devem existir os seguintes fatores-chave: a) *ligação operacional forte entre os parceiros*, como treinamento entre empresas, coordenação de desenvolvimento de produtos, contratos de longo prazo baseados em qualidade e não só no preço; b) *interesse legítimo no futuro do parceiro,* cada empresa precisa reconhecer que seu crescimento futuro está intimamente ligado ao êxito do parceiro; c) uma aliança é uma *relação estratégica*, com horizontes em longo prazo e vantagens competitivas significativas (relações com finalidades táticas não são alianças); d) *apoio por parte dos altos cargos da organização* para que a aliança realmente exista, devendo haver um contato freqüente entre os níveis superior e médio; e) *estilos gerenciais coordenativos e colaborativos*, organizados em torno de colaboração e não de poder hierárquico.

As redes de empresas, neste trabalho representadas pelas Drogarias em Associativismo, proporcionam três vantagens competitivas básicas, apontadas por Lipnack e Stamps (1994): poder, velocidade e flexibilidade. Com mais de uma organização trabalhando em direção a um mesmo propósito, beneficiam-se do poder das partes e do poder do todo; ganham velocidade por simplificar o processo decisório; são capazes de moldar-se, configurando-se de modo a poder dar resposta às necessidades do momento. Entretanto, outros fatores complementares são importantes para obter vantagem competitiva, descritos neste capítulo.

Consoante Casarotto Filho e Pires (2001), a formação de alianças aplica-se especialmente entre as Pequenas Empresas, e, particularmente no Brasil, onde, desde 1994, com a implantação do Plano Real, as empresas convivem em um ambiente de economia estabilizada, com diminuição do grau de liberdade dos ganhos financeiros. Entretanto, afirma ser um processo de longa duração, exigindo maturação e considera que, culturalmente, no Brasil, a prática da cooperação não é enraizada.

O trabalho coletivo pode estender-se ao desenvolvimento local pela maior aderência à localidade, pela contribuição positiva para a geração de empregos e renda e na geração de receitas (SOUZA; BACIC, 2000).

Por outro lado, os autores estudados citam as dificuldades que existem quanto à prática do trabalho compartilhado, as quais estão arroladas a seguir.

Lipnack e Stamps (1994) apontam o temor de mudanças como o maior impedimento ao êxito. Segundo os autores, é necessário coragem para acreditar que trabalhar com concorrentes seja mutuamente proveitoso para os negócios e que trabalhar com outros grupos internos seja a melhor alternativa para o empreendimento, quando isso significa que seu próprio grupo deverá abrir mão de alguma parcela de poder de controle.

Em conformidade com Souza e Bacic (2000), uma das razões para que boa parte das potencialidades das Pequenas Empresas não se transforme em vantagens competitivas efetivas são as resistências dos dirigentes à atuação conjunta, mesmo nas situações em que são claras as limitações para a continuidade de uma Pequena Empresa isolada no mercado e a possível superação por ações conjuntas entre empresas de um mesmo setor, pelo fato de não conseguirem visualizar os benefícios da especialização, das relações de complementariedade e de cooperação. Asseveram que ações coletivas exigem disposição, responsabilidade e participação ativa dos empresários, reforçando a afirmação de Lipnack e Stamps (1994) sobre a necessidade de métodos de gerenciamento novos.

Pretende-se, neste capítulo, expor alguns fatores básicos para que uma aliança por redes de empresas – modelo associativo (Drogarias em Associativismo) – e uma aliança por franquia (Drogarias em Franquia) consigam sucesso, conforme abordagem dos autores estudados, arrolados a seguir.

2.3 Aliança por rede de empresas (Drogarias em Associativismo)

Depois de ter explorado o conceito de aliança entre empresas, serão inventariadas as características básicas descritas por Lipnack e Stamps (1994) para uma aliança obter sucesso e

também a abordagem de *co-opetition* (cooperação e competição) comentada por Lewis (1992), Lynch (1994), Lipnack e Stamps (1994) e Casarotto Filho e Pires (2001).

Lipnack e Stamps (1994) declaram que o segredo das empresas em rede consiste em trabalhar em conjunto sem trazer à tona os segredos essenciais do negócio, compartilhar abertamente áreas bem definidas e cooperar, sem esmorecimento, até obter um pensamento comum entre os participantes. Para os autores, essas redes devem fazer seus negócios em conjunto, porém mantendo-se independentes, com suas próprias finanças, funcionários e, ao mesmo tempo, atuando como se fossem uma só, somando recursos e fazendo intercâmbios complementares. Dessa forma, tais organizações podem alcançar metas que considerariam inatingíveis, caso agissem isoladamente. Entretanto, enfatiza-se que essas equipes requerem um novo modo de pensamento para que possam ter êxito, considerando-se as características e atitudes expostas.

Lipnack e Stamps (1994) enumeram cinco princípios fundamentais atrelados às redes de sucesso: propósito unificador (missão), participantes independentes empenhados, sistema voluntário de interligação, multiplicidade de líderes (pessoas que assumem responsabilidades específicas) e interação entre diferentes níveis. Segundo os autores, a mais rudimentar rede exige pelo menos os três elementos: propósito, participantes e interligações. Não basta, contudo, ter claros esses cinco princípios, mas sim, é necessário equilibrá-los com a cooperação e competição, caso contrário, o resultado será o fracasso. As vantagens competitivas da cooperação surgem da realização conjunta de fatores que não podem ser realizados isoladamente e a vantagem cooperativa da competição surge da capacidade de inovação e da luta pela excelência.

O *propósito* constitui o centro vital de uma rede, expresso como um alvo unificador e um conjunto de valores compartilhados pelos participantes. Se o propósito não for renovado, as metas morrem e, eventualmente, o projeto também. São exemplos de propósito: comprar cooperativamente, comercializar conjuntamente, combinar recursos de Pesquisa e Desenvolvimento, proporcionar treinamentos específicos do setor, estabelecer programas de qualidade, realizar atividades conjuntas de *marketing*, transferir tecnologia, efetuar aquisições conjuntas, compartilhar equipamentos de alto preço. A Figura 2.1 ilustra que o propósito é a chave para o gerenciamento das redes.

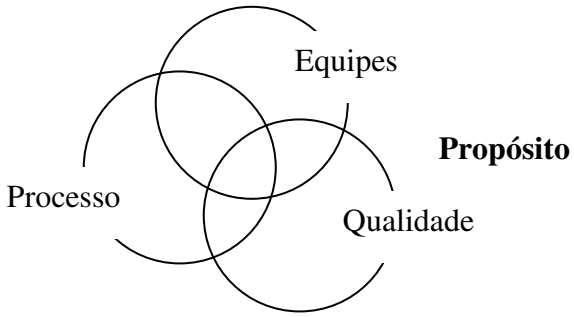

Figura 2.1 – Propósito é a chave para o gerenciamento de redes.
Fonte: Lipnack e Stamps (1994).

O segundo princípio, *participantes independentes,* reúne grupos que cooperam com competências específicas para que se atinja o propósito desejado por todos. Um paradigma muito comum é relacionar compartilhamento do trabalho com a perda da independência. No entanto, sem independência não há rede. Quando cessar a independência dos participantes, passará a existir uma hierarquia ou uma fusão e não mais uma aliança. Segundo os autores, as empresas de pequeno porte dão alto valor à independência e isto é uma fonte de grande força para a rede. Entretanto, quando não existe cooperação para contrabalançar, a competição pode desestruturar as redes.

Lynch (1994) faz a mesma abordagem quanto à preocupação preponderante dos atores com a percepção de uma perda de controle e independência, quando o assunto é aliança. Reforça a idéia de que a empresa, que esteja em declínio e procure uma aliança para sobreviver, se torna um parceiro impossível.

Na opinião de Lipnack e Stamps (1994), analisando a relação entre os cinco propósitos fundamentais para o sucesso das empresas em rede, ilustrada na Figura 2.2, pode-se dizer que *participantes independentes* e *múltiplos líderes* dão suporte à **competição**; *propósito unificador* e *interligações voluntárias* refletem **cooperação,** que é a tendência integradora; o quinto princípio, *níveis interativos,* proporciona equilíbrio entre as forças antagônicas entre cooperação e competição.

Participantes são pessoas e grupos que cooperam com competências específicas para que o propósito compartilhado seja alcançado.

Propósito é o espírito vital de uma rede expresso como um alvo unificador e um conjunto de valores compartilhados pelos participantes.

Líderes são participantes que assumem e mantêm compromissos e que podem participar do processo decisório de uma rede. A liderança é crítica para o sucesso das redes que, sem liderança direta, fracassam. Porém, não havendo algum suporte externo, freqüentemente, torna-se difícil grupos privados satisfazerem o requisito de definir um terreno comum que viabilize a atuação em rede. Além de diversos líderes de uma rede, também se faz necessário contar com o envolvimento de consultores. Segundo Lynch (1994), para aqueles líderes que não estavam preparados nem qualificados para a tarefa, o resultado final, muitas vezes, foi o fracasso.

As *Interligações ou elos* conectam os participantes da rede por meio de relacionamentos voluntários, interações repetitivas e vínculos físicos. As redes devem ter muitos e bons canais para comunicação e relacionamentos entre seus membros, ou isso pode transformar-se em um fator crítico para o sucesso da rede.

Níveis são a sucessão de partes e todos que constituem as redes complexas. Alguns participantes podem relacionar-se com níveis hierárquicos diferentes, que se encontram um, dois ou três níveis acima na hierarquia da organização e com parceiros de outras empresas. As redes são organizadas segundo níveis de inclusão sucessiva; significam conjuntos dentro de conjuntos, do mesmo modo que células em tecidos de órgãos. Proporciona equilíbrio entre as forças antagônicas: competição e cooperação (LIPNACK; STAMPS, 1994).

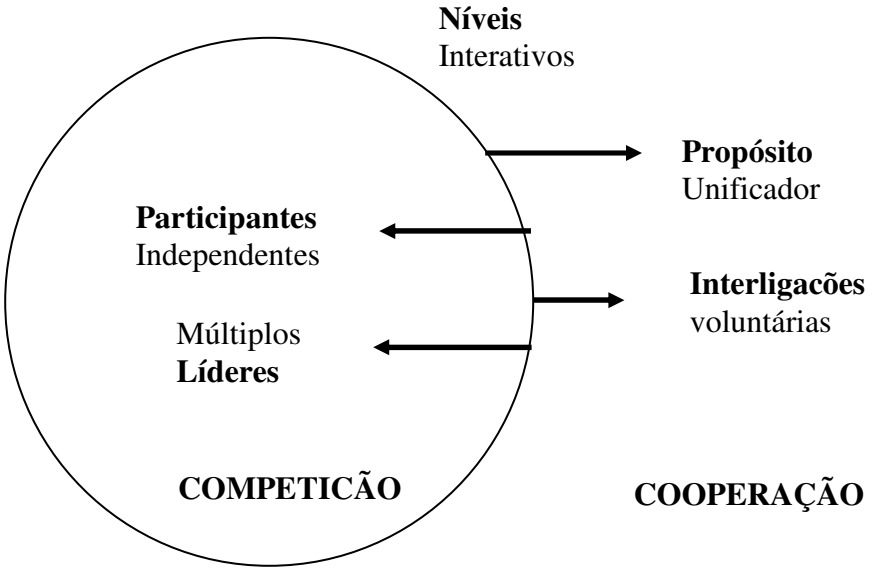

Figura 2.2 – Dinâmica da *co-opetition.*

Fonte: Lipnack e Stamps (1994).

Diante do exposto, Lipnack e Stamps (1994) consideram importante refletir sobre algumas questões a respeito de redes: Há algum propósito compartilhado que seja desejado por todos os envolvidos? O grupo é constituído por participantes capazes de autogerenciamento? Quando os participantes deixam a equipe, têm algum lugar para ir, ou então, podem arranjar os recursos para prosseguir? Em caso positivo, são independentes.

2.4 Alianças em Franquia (Drogarias em Franquia)

Segundo a Lei da Franquia (lei nº. 8.955/94, de 15 de dezembro de 1994), franquia empresarial é o "sistema pelo qual um franqueador cede ao franqueado o direito de uso da marca ou patente, associado ao direito de distribuição exclusiva ou semi-exclusiva de produtos ou serviços e, eventualmente, também ao direito de uso de tecnologia de implantação e administração de negócio ou sistema operacional, desenvolvidos ou detidos pelo franqueador, mediante remuneração direta ou indireta, sem que, no entanto, fique caracterizado vínculo empregatício" (BRASIL, 1994).

Franchising é uma estratégia para a distribuição e comercialização de produtos e serviços. O franqueador é a empresa detentora da marca, que idealiza, formata e concede a franquia do negócio ao franqueado que é uma pessoa física ou jurídica, que adere à rede de franquia. No sistema de *franchising*, o franqueado investe recursos em seu próprio negócio, o qual será operado com a marca do franqueador e de acordo com todos os padrões estabelecidos e supervisionados por ele.

Segundo Lynch (1994), alianças por franquia são sistemas de alianças múltiplas, nos quais os parceiros estão ligados por meio de acordos encadeados de licença. A forma típica é uma empresa-mãe com múltiplos franqueados geográficos menores ou dois interlicenciadores iguais. A empresa-mãe, no caso de aliança por franquia, assume o papel dos múltiplos líderes do modelo associativo. Os contratos garantem direitos de oferecer, vender ou distribuir produtos e serviços, freqüentemente com a obrigação de adquirir bens em troca de licenças que proporcionam assistência de implementação em longo prazo, além de acesso a novos produtos e tecnologias futuras.

Lynch (1994) admite que a aliança por franquia, consolidada por meio de contratos de licenciamento, contribuiu para a proliferação rápida de produtos e serviços em inúmeros mercados mundiais, pela utilização de talento gerencial e investimento de capital local. Além disso, esse tipo de aliança superou os problemas organizacionais de estabelecer subsidiárias ou o tempo tomado e os problemas financeiros das aquisições.

Para o autor, por ser a maioria das novas interfaces altamente estruturada, administrada e gerenciada, com os riscos bem controlados com antecedência, representa um dos principais motivos para a taxa de sucesso de alianças por franquia. Procedimentos, metodologias, papéis e sistemas já estão funcionando, mesmo antes que as interfaces estejam efetivamente formadas. Alianças por franquias alcançaram resultado extraordinário, freqüentemente com uma taxa de sucesso de 90%, cinco anos após o começo do empreendimento. O contrário ocorreu nos negócios independentes, que sofreram uma trágica taxa de fracasso de 90%, no mesmo período de tempo.

Lynch (1994) pondera, ainda, que o sucesso é construído sobre a premissa de independência mútua, capitalizando em cima das forças organizacionais, técnicas, financeiras e de *marketing* da empresa-mãe e da disposição do franqueado para contribuir com capital, energia empreendedora e compartilhamento de riscos. Constitui um fator exemplar na aliança por franquia o comprometimento mútuo com o sucesso e crescimento um do outro.

As franquias envolvem a concessão e transferência de marca, tecnologia, consultoria operacional, produtos ou serviços ao franqueado. As taxas que envolvem o negócio são: a taxa de franquia, *royalties* e taxa de publicidade, propaganda e promoção.

A *taxa de franquia* é um valor único, pago na assinatura do contrato. Permite ao franqueado a licença para operacionalizar a franquia. Os *royalties* correspondem aos valores periodicamente pagos pelo franqueado ao franqueador, que remunera a continuidade dos serviços de tecnologia prestados. Constitui-se em um percentual fixo, sobre o faturamento bruto da franquia. A *taxa de publicidade, propaganda e promoção* refere-se a um valor periódico, pago pelo franqueado para remunerar esses serviços. A taxa é rateada entre os franqueados, na divulgação da marca e dos produtos e/ou serviços, podendo ser fixa ou não, dependendo da forma de administração do franqueador.

A franquia existente nas Drogarias em Franquia caracteriza-se por ser de conversão. Na franquia de conversão, a experiência empresarial e investimentos do franqueado revertem-se para o franqueador, num mesmo ramo de negócio. O empresário independente transfere sua tecnologia de negócio isolado para o franqueador, em uma troca de experiências. Aproveita e valoriza o ponto comercial já existente, visando à maior rentabilidade e menor investimento das partes.

2.5 O modelo associativo como estratégia para as PEs

Consoante Souza e Bacic (1998), um conjunto de problemas típicos das PMEs inseridas em mercados competitivos como a baixa produtividade, deficiências de *marketing*, baixa qualidade, tendência à imitação entre os competidores, dentre outros, explica a razão pela qual a sobrevivência individual de cada empresa está permanentemente ameaçada. Para os autores, tais empresas não atingem os dois requisitos básicos para acumular: geração de valor e diferenciabilidade da oferta individual, pois têm dificuldade de gerar novos valores para os seus clientes e apresentam permanente tendência à igualação dos valores oferecidos.

No caso das Pequenas Empresas há uma relevante diferença. Não há como separar a propriedade da gestão e a interferência de interesses familiares no negócio. O desafio, nesta forma de empresa, é distinto: passar de uma gestão baseada na experiência para uma gestão que, além da experiência, seja capacitada tecnicamente e que possa dominar parte importante da cadeia de valor.

Casarotto Filho e Pires (2001) afirmam que o grande problema da pequena empresa é a falta de competência para dominar todas as etapas da cadeia de valor. O projeto de negócio não envolve apenas os componentes tradicionais de um projeto de fábrica, mas também novos componentes como logística, parcerias, marcas, franquias, etc. A complexidade crescente de um conjunto de funções recomenda a estratégia de formar alianças e trabalhar de forma associativa e/ou cooperada. Esta é uma razão para adotar modelos associativos, que permitam, a um conjunto de PEs, dominar uma parte relevante da cadeia de valor.

No terceiro capítulo, descreve-se o panorama setorial da cadeia farmacêutica e a trajetória em direção aos modelos associativos.

Capítulo 3

A Cadeia Farmacêutica: Panorama Setorial

Este capítulo visa a descrever a cadeia farmacêutica, como é composta e como está estruturada, focando fundamentalmente as drogarias, objeto principal deste estudo. Serão abordados as mudanças que ocorreram no segmento e os fatores que as desencadearam, trazendo um novo cenário para as empresas, empresários, colaboradores e clientes.

A indústria farmacêutica é uma das indústrias mais globalizadas, tendo começado o processo ainda na década de vinte do século passado, estando presente na maioria dos países do mundo. Do ponto de vista do progresso técnico e analisando-a na configuração global, representa uma das indústrias tecnologicamente mais dinâmicas, estando há muitos anos entre aquelas com maiores proporções de despesas de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), no tocante ao faturamento (FRENKEL, 2002). Grande parte desse avanço deve-se aos laboratórios farmacêuticos.

No Brasil, a indústria farmacêutica encontra-se dominada por laboratórios estrangeiros e é relativamente concentrada. Assim, segundo a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (ALANAC), existem cerca de 350 laboratórios concorrendo no mercado brasileiro, dos quais 56 são multinacionais, responsáveis por cerca de 70% do faturamento setorial. Em 1999, as 40 maiores empresas farmacêuticas, tanto de capital nacional, quanto estrangeiro somavam participação de 88% sobre as vendas totais (CALLEGARI, 2000).

Os laboratórios farmacêuticos transformam as matérias-primas em formas farmacêuticas. Até o produto chegar ao consumidor final, participam também as transportadoras e as

distribuidoras de medicamentos, as quais os disponibilizam para as drogarias. Esta é a cadeia farmacêutica, representada na Figura 3.1. Neste capítulo, são descritas as particularidades de cada um dos atores da cadeia farmacêutica, entretanto, o foco estará, sempre, nas drogarias.

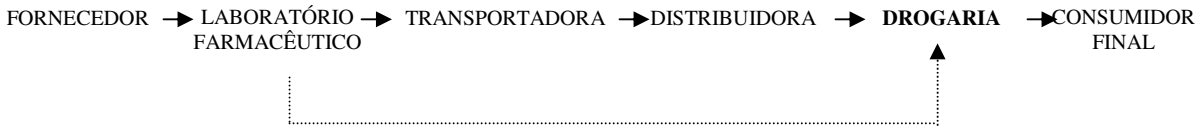

Figura 3.1 – Cadeia farmacêutica.

3.1 Fornecedores e Laboratórios Farmacêuticos

Segundo Frenkel (2002), a indústria farmacêutica pode atuar dentro de quatro estágios. As empresas incorporam as atividades de cada estágio, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico e tecnológico dos países onde operam e pelo nível tecnológico relativo que já atingiram na geração/utilização dos conhecimentos de cada estágio. Os estágios são:

1º estágio: Pesquisa e Desenvolvimento

2º estágio: Produção de fármacos

3º estágio: Produção de especialidades farmacêuticas

4º estágio: *Marketing* e comercialização das especialidades farmacêuticas

Em geral, os grandes *laboratórios multinacionais* da indústria farmacêutica operam nos quatro estágios e distribuem os medicamentos pelos países onde operam, de acordo com a infra-estrutura neles existente e de suas estratégias globais. No Brasil, a maioria das subsidiárias dessas empresas opera no terceiro e quarto estágios, algumas poucas operam também no segundo estágio.

Quanto *aos laboratórios nacionais*, da mesma forma operam no terceiro e quarto estágios, existindo, entretanto, laboratórios que operam no segundo estágio, na sua maioria originários das políticas industrial e de incentivo, realizadas durante a década de oitenta do século XX.[1]

Há também empresas que operam, exclusivamente, no segundo estágio fornecendo matérias-primas (fármacos) para os laboratórios farmacêuticos as transformarem em especialidades farmacêuticas (medicamentos). Essas matérias-primas são fornecidas para o laboratório farmacêutico por importação direta ou compra em fornecedor nacional ou mesmo por importadoras (atacadistas de fármacos).

Segundo Bacci (2000)[2], a estrutura de empresas fornecedoras dos laboratórios farmacêuticos sofreu visíveis mudanças após a abertura do mercado no governo Collor que possibilitou a ampliação do número de fornecedores, aumentando, conseqüentemente, a oferta de produtos de qualidade a custos compatíveis com o mercado, surgindo assim uma acirrada concorrência. Para Bacci (2000), antes da abertura do mercado, comprar qualquer item no exterior era financeiramente inviável.

Devido à política de liberalização indiscriminada do comércio exterior, ocorrida durante a década de noventa do século passado, os fornecedores de fármacos foram submetidos a um processo intenso de concorrência externa. Para a sua sobrevivência, houve uma redução inicial da sua linha de produtos, um abandono de certas operações/reações químicas básicas, com diminuição do valor agregado final, e conseqüentemente aumento das importações de matérias-primas intermediárias (FRENKEL, 2002).

No mesmo período, além da liberação do comércio exterior, transformações adicionais foram desencadeadas por outros fatores, dentre os principais estão a liberação dos preços; o Plano Real; a constituição do Mercosul; a aprovação da lei nº. 9279 de 14 de maio de 1996 (Lei de Patentes); a criação da ANVISA; os medicamentos genéricos em 1999; as fusões e aquisições (CALLEGARI, 2000). Cada um desses fatores está descrito a seguir.

---

[1] Recentemente, alguns laboratórios passaram a atuar também no primeiro estágio, com descobrimento de novos medicamentos, a partir de plantas, conhecidos como fitomedicamentos e, conseqüentemente no estágio 2, pela produção de extratos. Este estágio pode também ser terceirizado pelo laboratório, por empresas produtoras de extratos (fornecedores).

[2] Entrevista realizada em 2000 com Waldemir Bacci, que é funcionário do setor de suprimentos de um laboratório farmacêutico nacional.

Os laboratórios têm como responsabilidade garantir a qualidade a cada fase de transformação das matérias-primas em medicamentos, no *marketing* e na comercialização desses medicamentos[3]. Os padrões internos de especificação, bem como as exigências da ANVISA para o cumprimento das Boas Práticas de Fabricação (BPF), devem ser rigorosamente seguidos. Isso inclui procedimentos desde a chegada da matéria-prima até a expedição do produto acabado e cada etapa deve ser registrada com a finalidade de monitorar e garantir as características dos produtos e a rastreabilidade.

O fim do controle dos preços e a abertura do mercado aos produtos importados aconteceram no início dos anos 90 do século passado, proporcionaram impactos positivos sobre as estratégias das empresas em relação ao Brasil, induzindo investimentos no setor. A continuação do Plano Real alavancou as vendas das empresas. Segundo Mello[4] (2001), a indústria farmacêutica teve um crescimento expansivo durante o Plano Real, ou seja, ficou muito claro que o crescimento estava intimamente ligado ao poder aquisitivo da população de baixa renda, pois o fim das altíssimas taxas de inflação aumentou o poder de compra da população. À medida que os efeitos do Plano Real sobre o poder de compra da população foram perdendo fôlego, caiu o consumo de medicamentos. Isso foi observado a partir de 1997, quando o setor entrou num período de baixo crescimento das vendas.

A formação do Mercosul foi um elemento importante, porque abriu a perspectiva de racionalização das estruturas fabris localizadas dentro do bloco. Outro evento relevante foi a sanção, em 1996, da Lei de Patentes. Até 1996, o patenteamento de medicamentos era rejeitado na maioria dos países, por se tratar de produtos essenciais à população. Até então, qualquer empresa podia copiar a formulação de um determinado medicamento de outro laboratório, denominado medicamento similar. Com a nova legislação, medicamentos patenteados no exterior e cuja patente ainda não esteja vencida, não podem ser copiados, devendo esperar o prazo de vencimento da patente que é de 20 anos, a partir do depósito do pedido de patente. Destaca-se, ainda, outro elemento, a criação da ANVISA, num formato mais moderno do que a antecessora Secretaria de Vigilância Sanitária.

[3] Isso se aplica aos laboratórios nacionais ou filiais de laboratórios multinacionais. As matrizes atuam, geralmente, nos quatro estágios descritos anteriormente.
[4] Entrevista realizada em São Paulo com ex-presidente da Febrafarma José Eduardo Bandeira de Mello, 2001.

Outro evento que alterou significativamente a estrutura do setor, ao possibilitar a diminuição das barreiras de entrada foi a Lei dos Genéricos (lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999). Essa lei, além de ter facilitado a entrada de novos atores e aumentado a competição na indústria, obrigou os laboratórios estabelecidos a revisar suas estratégias.

Outro movimento internacional que tem tido impactos no mercado brasileiro são as fusões e aquisições que vêm ocorrendo desde os anos 80 do século passado e tendem a reforçar a concentração setorial. O Quadro 3.1 apresenta as principais fusões / aquisições na indústria farmacêutica, entre 1990 e 2000.

Quadro 3.1 – Fusões e aquisições na indústria farmacêutica, entre os anos de 1990 e 2000

Ano	Empresas
2000	Pfizer e Warner-Lambert
2000	Glaxo Wellcome e Smithkline Beecham, formando a ClaxoSmithKline
1999	Monsanto e Pharmacia & Upjohn, formando a Pharmacia Corporation
1998	Hoechst AG e Rhone-Poulenc, formando a Aventis
1998	Sanofi e Synthélabo, formando a Sanofi-Synthélabo
1998	Astra e Zeneca, formando a Astra Zeneca
1997	Nycomed e Amersham
1997	Hoffmann-La Roche e Boeheringer Mannheim
1996	Ciba Geigy e Sandoz, formando a Novartis
1995	Knoll e Boots Company pic
1995	Glaxo e Burroughs Wellcome, formando a GlaxoWellcome
1995	Gynopharma e Ortho-McNeil
1995	Hoechst-Roussel e Marion Merrel Dow, formando a Hoechst Marion Roussel
1995	Pharmacia AG e Upjohn Co, formando a Pharmacia & Upjohn
1995	Rhone-Poulenc Rorer e Fisons
1995	Schwars Pharma e Reed & Carnrich
1994	American Home e American Cyanamid
1994	Pharmacia e Erbamont
1994	Sanofi e Sterling
1994	SmithKline e Sterling
1991	SmithKline e Beecham, formando a SmithKline Beecham
1990	Boots e Flint
1990	Pharmacia e Kabi
1990	Rhone-Poulenc e Rorer

Fonte: Callegari (2000).

3.2 Transportadoras e Distribuidoras

Estão envolvidos com a distribuição de medicamentos as empresas de transporte, empresas de logística, distribuidoras e os varejistas.

O transporte dos medicamentos dos laboratórios para as distribuidoras compõe uma etapa bastante importante dentro do processo de distribuição, uma vez que é um serviço especializado, por causa das próprias características para a conservação do produto. Quem faz esse trabalho são as transportadoras. Cerca de 95% da produção nacional de medicamentos é distribuída por 12 a 15 transportadoras (CALLEGARI, 2000).

Com a modernização do setor farmacêutico e a crescente busca de redução de custos, verifica-se uma tendência para a terceirização dos estoques. A Unidock's é uma das maiores operadoras logísticas da América Latina, especializada em medicamentos e produtos hospitalares (CALLEGARI, 2000). Ela gerencia, para a indústria farmacêutica, todas as etapas de armazenamento e distribuição de produtos (recepção, estocagem, separação e expedição), em todo o território nacional e nos países do Mercosul.

As distribuidoras têm a função de intermediar a distribuição dos medicamentos dos laboratórios para as drogarias. Armazenam os medicamentos produzidos pelos laboratórios e os fracionam, conforme pedido dos clientes, para entregá-los às drogarias, com processos modernos, obtidos por investimentos em informática, *telemarketing*, logística e automação de estoques. A distribuição demanda grande especialização, devido à ação da fiscalização sanitária e às características para conservação que requerem uma logística sofisticada e equipamentos de última geração.

De acordo com a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA), existem 1,5 mil distribuidoras de medicamentos e produtos de higiene pessoal e correlatos. Estima-se que existam 200 distribuidoras especializadas em medicamentos no Brasil. As distribuidoras atendem 98% das drogarias existentes no país. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDES DE FARMÁCIAS E DROGARIAS, 2003).

Nos anos 60 do século XX, grande parte da venda dos laboratórios era realizada diretamente para as drogarias, ficando o propagandista responsável por visitar, vender e cobrar

cada estabelecimento. Porém, o número de drogarias aumentou e ficou inviável atender dessa forma a aproximadamente 52 mil drogarias. Foi na exploração dessa oportunidade que as distribuidoras se expandiram e se especializaram para poder atender às drogarias.

As distribuidoras tiveram um crescimento significativo no período de inflação elevada (década dos 80 do século passado até o Plano Real). As condições para se obter lucro eram claras e simples de serem atingidas, pois a inflação mostrava-se altíssima, havia controle de preços e os aumentos eram sempre anunciados e ocorriam em datas certas. Compravam dos laboratórios dias antes do aumento do preço e revendiam com o preço já atualizado. Muitas vezes, as distribuidoras negociavam com os laboratórios, comprando parte dos medicamentos no preço novo e parte no preço antigo.

O sucesso da ação das distribuidoras pode ser observado pelo fato de que absorvem 80% das vendas dos laboratórios. A venda direta dos laboratórios para as drogarias não passa de 20%[5], sendo específica para Grandes Redes de drogarias.

Segundo Mello (2001), a média de desconto que os laboratórios oferecem ao distribuidor é de 12 a 15% sobre o preço-fábrica – preço de venda do laboratório. Quando vendem direto para as Grandes Redes, elimina-se o custo com o distribuidor. Em vez de oferecer os 12 a 15% de desconto, oferecem 7-8% diretamente para a drogaria, que também ganha, porque não paga a distribuidora. Dessa forma, pode-se dizer que as distribuidoras sofrem impacto da compra direta por parte das Grandes Redes de drogarias.

Com isso, as distribuidoras foram descobrindo estratégias para se contrapor ao poder das Grandes Redes, visando a manter a fidelidade dos seus clientes. Essas estratégias consistiram no aprofundamento das relações com as Drogarias Independentes, auxiliando no *marketing* e desenvolvendo tecnologia e *know-how* para atender as drogarias de forma mais eficiente e rápida, desde o *telemarketing*, até o sistema automático de separação dos pedidos. Para ilustrar estas estratégias, apresentamos casos de algumas das distribuidoras principais atuantes no Brasil, de importante participação no setor.

[5] Entrevista realizada em São Paulo com ex-presidente da Febrafarma José Eduardo Bandeira de Mello, 2001. As Grandes Redes de drogarias, em geral, compram medicamentos diretamente dos laboratórios, fato justificado pelo volume de compras.

A Distribuidora FARMED (Mercantil Farmed Ltda.), uma das maiores distribuidoras de medicamentos da América Latina, está no mercado desde 1975. Em 1999, era a única no Estado de São Paulo credenciada por todos os laboratórios. Faz parceria com as pequenas e médias drogarias do Estado de São Paulo, oferecendo serviços de apoio que resultem em aumento das vendas e melhoria dos serviços prestados, uma vez que sofrem cada vez mais com a concorrência das Grandes Redes.

No mesmo período, criou-se o Programa de Desenvolvimento Farmed, com o objetivo de viabilizar recursos para a modernização das instalações das drogarias, desde a fachada até a informatização. Inicialmente 50 drogarias foram escolhidas, e ofereceu-se crédito para pagar em até 12 prestações mais juros, sem compromisso de reciprocidade de compras ou exclusividade. O projeto pretendia atender, em 1999, cerca de 200 pontos de vendas.

Atende em todo o estado dez mil clientes. Os pedidos feitos até às 14 horas, são entregues no mesmo dia (*REVISTA Farmacêutica Kairos*, 1999).

Em 2000, a FARMED criou a Garantia Fomento Comercial, com o objetivo de ampliar o poder de crédito das farmácias menores e orientá-las em casos de reformas, sinistros e aplicações, além de dar apoio promocional gratuito, para aumentar a sua atuação ante as Grandes Redes. Todo esse processo começou com a experiência interna, quando a distribuidora passou a oferecer o programa de financiamento destinado a reformas e informatização de farmácias independentes (SERPENTINO*,* 2000).

A Distribuidora PROFARMA K+F (em 1999, Profarma assumiu o controle da distribuidora K+F), que atua no mercado desde 1960, é a terceira maior distribuidora de medicamentos do país. Iniciou suas atividades no Rio de Janeiro e hoje concentra sua atuação em toda a Região Sudeste.

Garante entregas em toda a Região Sudeste do país num prazo médio de quatro horas, em função do sistema de automação de estoque em quatro dos seus cinco Centros de Distribuição, do sistema de transporte monitorado via satélite e de sua frota de veículos.

Os pedidos podem ser feitos por meio de televendas ou pelo serviço de pedido eletrônico, que estabelece uma ligação direta entre farmácia e o estoque da distribuidora. Essa sistemática

proporciona rapidez na solicitação do pedido. Esse sistema de pedido eletrônico é utilizado por mais de 1200 drogarias em toda a Região Sudeste.

A Distribuidora PANARELLO, com sede em Goiânia, é uma empresa que atua em quase todo o território nacional, encontrando-se entre as maiores distribuidoras de medicamentos do país (DISTRIBUIDORA Farmacêutica Panarello, 2004).

A empresa atende farmácias, drogarias, hospitais públicos e particulares, entidades públicas. As drogarias atendidas representam 85% das vendas da empresa, que realiza a distribuição para as principais farmácias do país, entre Independentes e Grandes Redes. O seu *mix* de produtos é constituído exclusivamente por medicamentos e opera com cerca de 158 laboratórios farmacêuticos (BARROS, 1999).

3.3 Farmácias e Drogarias

Farmácias e drogarias são a ponta final da cadeia farmacêutica e o mais importante canal de distribuição de medicamentos no país, representando 82% do total produzido pelos Laboratórios (CALLEGARI, 2000).

De acordo com a lei nº 5991 de 17 de dezembro de 1973, capítulo I, artigo 4º, item XI, drogaria é definida como o "estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais" e segundo o item X da mesma lei, farmácia é definida como o "estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica".

Verifica-se, portanto, que a diferença entre farmácias e drogarias acha-se na manipulação de medicamentos, ou seja, enquanto as drogarias vendem medicamentos industrializados (produtos acabados), as farmácias, além de realizar a venda desses produtos, dedicam-se à manipulação de fórmulas.

Até meados da década de quarenta do século XX, eram as farmácias que produziam medicamentos manipulados por farmacêuticos, conforme prescrição médica. A área do laboratório interno da farmácia era, muitas vezes, maior que a reservada ao atendimento, revelando o papel predominante da manipulação de fórmulas nesses estabelecimentos. A Figura 3.2 mostra a fachada e o interior de uma farmácia dessa época. Esse período foi caracterizado pelo forte relacionamento pessoal do farmacêutico com o cliente, quando o farmacêutico recebia a receita do médico e preparava artesanalmente a medicação.

Figura 3.2 – Interior de farmácia / drogaria e fachada dos anos 40 do século XX.
Fonte: *site* www.drogaraia.com.br, maio de 2001.

No mesmo período, a instalação dos laboratórios farmacêuticos foi um importante desencadeador de transformações nas farmácias, modificando-as significativamente. Com o incentivo à instalação de laboratórios farmacêuticos no país, os medicamentos manipulados pelas farmácias foram sendo substituídos pelos produzidos em escala industrial. Com isso, diminuiu a relevância das farmácias na produção de medicamentos e intensificou-se a da indústria. O farmacêutico responsável pela manipulação dos medicamentos foi deixando as farmácias para atuar na indústria.

A farmácia de manipulação começou a conviver com a drogaria, que comercializava produtos industrializados. A substituição de um modelo de atendimento artesanal por outro mais ágil e menos personalizado só seria questão de tempo. Os profissionais atuantes nas farmácias passaram a migrar para a indústria, dando lugar aos seus auxiliares, denominados “oficiais de farmácia”, que são aqueles que detêm a experiência prática e não de formação.

Com o passar do tempo, algumas drogarias foram crescendo e seus proprietários fundando novas unidades, que receberam o mesmo nome fantasia, surgindo então as Grandes Redes. Assim

surgiu a constituição tradicional do setor: Grandes Redes (GR) e Drogarias Independentes (DI). As GR passaram a operar dentro de um modelo de gestão mais estruturado e as DI dentro de um modelo de gestão pouco profissionalizado e familiar.

Do mesmo modo, os processos adotados pelas drogarias sofreram mudanças. Nos tempos de inflação, os medicamentos eram comprados na pré-alta e em grande quantidade, formando estoques. Em seguida, havia alta de preços, e o dono da drogaria obtinha lucro pelo que havia sido estocado, além da margem normal do negócio, e assim, os deslizes da administração das drogarias eram encobertos (ZIDOI, 1995). A falta de controle dos custos operacionais era uma característica forte, encoberta pelos ganhos financeiros gerados a partir da inflação (BARROS, 1999).

A concorrência entre as drogarias fazia-se por preços e prazos oferecidos aos clientes.

Assim, pode-se dizer que as características predominantes no período anterior a 1994 eram:

- Existência das Grandes Redes e Drogarias Independentes.
- Forma de gestão não profissionalizada e familiar nas Drogarias Independentes e mais estruturadas nas Grandes Redes.
- GR saem na frente quanto à profissionalização.
- Expansão das Grandes Redes.
- Estoques altos.
- Compra de medicamentos na pré-alta e venda já com o novo preço; comprava-se "barato" e vendia-se "caro".
- Perda da relação com o cliente.
- Concorrência por preço e prazo.

A partir de 1994, com a instituição da Unidade Real de Valor (URV) e a estabilização econômica, o setor sofreu significativas mudanças.

As drogarias não podiam mais reajustar diariamente o preço dos medicamentos. O prazo oferecido aos clientes foi drasticamente reduzido, dado que as distribuidoras diminuíram o

crédito comercial concedido, pois o valor a ser pago era o da URV do dia do vencimento da duplicata. A drogaria comprava sem saber o quanto ia pagar. Segundo empresários do setor, a média de lucro líquido das lojas, que era de 10%, caiu para cerca de 2% (ibidem).

Diante desse novo cenário, o dono da drogaria passou a diminuir o volume de compras junto aos atacadistas e estes, conseqüentemente, junto às indústrias. As drogarias passaram a fazer compras diárias, eliminando os estoques, além de rever os descontos oferecidos. A drogaria deixava de ser gerenciada como simples depósito de medicamentos à disposição do cliente, mudando-se a forma de administração.

A situação mencionada obrigou os donos de drogarias a tomar novas decisões e novos direcionamentos em seus negócios, exigindo um rigor administrativo e financeiro que não tinham (MELLO, 2001). Além disso, reconheceu-se que os profissionais estavam pouco preparados, perante as transformações gerenciais pelas quais as PMEs passavam (MARIANO, 1997).

As Drogarias Independentes foram descobrindo estratégias para contrapor à nova situação econômica do país e ao poder das Grandes Redes, visando a manter a fidelidade dos seus clientes. Perceberam que o cliente, por mais tradicional que fosse, migraria para outra drogaria que lhe desse algo a mais do que apenas o remédio. O "novo consumidor", que freqüentava a drogaria para comprar medicamento prescrito, venda livre – OTC (*out the counter*) e perfumaria, estava mais informado, ciente de seus direitos e com opção de escolha, suportado pelo Código de Defesa do Consumidor, Decreto Nacional nº 2.181 de 20 de março de 1997.

Nas drogarias, a chegada da informática foi um catalisador do processo de mudança, pois permitiu uma atividade operacional mais dinâmica e ágil, fortalecendo os laços com o consumidor e flexibilizando toda a administração, principalmente no controle de estoque (MARIANO, 1995). As Grandes Redes saíram na frente no processo de modernização. Em 1987, a Droga Raia foi uma das primeiras empresas varejistas do país a concluir, de ponta a ponta, o processo de automação comercial. As máquinas registradoras foram substituídas por terminais de computador que, ao registrarem a venda, acusavam no estoque da drogaria a baixa da mercadoria vendida, possibilitando a imediata reposição dessa mercadoria na loja e gerando os correspondentes relatórios de compra destinados ao fabricante. Dessa forma, a administração dos

estoques tornou-se informatizada desde a compra, passando pela distribuição nas unidades da rede, até a saída no ponto de venda (DROGA RAIA, 2001).

Outros fatores contribuíram para impulsionar o processo. Percebeu-se que a agilidade no *check out* pelo uso do código de barras, preenchedor de cheque e empacotamento, somados ao auto-serviço, poderiam aumentar o faturamento (CERQUEIRA, 1997). Dados do ACNielsen (2000) mostram que aumentou o número de estabelecimentos que adotam o auto-serviço[6], enquanto diminuiu o número dos que adotam o sistema tradicional[7]. Da mesma forma isso ocorreu com o volume de vendas, que cresceu nos estabelecimentos que adotaram o auto-serviço e diminuiu nos que adotaram o sistema tradicional, apresentados no Quadro 3.2.

Quadro 3.2 – Número de estabelecimentos e volume de vendas, nos períodos de 1998/1999 e 1999/2000

Áreas ACNielsen	**Número de estabelecimentos**		**Volume de Vendas Varejo (%)**	
PERÍODO	**1998/1999**	**1999/2000**	**1998/1999**	**1999/2000**
TOTAL BRASIL	60.722	60.045	100	100
AUTO-SERVIÇOS	5.451	7.385	26,0	30,5
TRADICIONAIS	55.271	52.660	74,0	69,5

Fonte: ACNIELSEN (2000).

Algumas drogarias começaram a dispor espaços destinados a públicos específicos, como os diabéticos, com folhetos orientadores, prateleiras com linha de produtos específicos e exames gratuitos de glicemia. O exemplo evidencia a nova postura diante do cliente, agregando valor ao serviço prestado pelas drogarias, não apenas fornecendo-lhes os medicamentos, mas também oferecendo outros serviços, com o intuito de fidelização.

Para Marins Filho (2000), preço e *delivery* não são mais diferenciais competitivos. O número de concorrentes aumentou. A qualidade dos produtos vendidos em uma drogaria é basicamente a mesma que em outra. Então, o desafio é trabalhar com algo que não se relacione diretamente com o produto da drogaria – serviço agregado. O produto fará parte de um *mix* de ações. Todos vão continuar atrás do balcão, tentando lançar o cliente numa guerra de preços que não agrega valor e que é uma espiral descendente, porque pode empurrar todas para baixo. A

[6] *Auto-serviços* são aqueles existentes nas drogarias que tenham como características fundamentais o *check-out* e a maioria dos produtos dispostos de maneira acessível ao cliente.
[7] *Tradicionais* são aquelas drogarias que têm como principal característica o balcão ou presença do vendedor.

idéia é incentivar o cliente a ir para o lado de dentro do balcão. Varejistas dizem que o cliente procura só preço e é verdade quando o diferencial está no preço.

Outro dispositivo utilizado pelas drogarias foi um *marketing* mais atuante, pela mídia, com divulgação da marca e dos serviços prestados.

Assim, observa-se que, após o Plano Real, as principais características de gestão, de processo, de recursos humanos e postura perante ao cliente, adotadas pelas drogarias, foram:

Relacionadas à gestão

- Concorrência não mais apenas por preço e prazo,
- Atuação em nichos específicos (por exemplo, diabéticos),
- Ênfase maior no *marketing*.

Relacionadas ao processo

- Eliminação de estoques,
- Informatização da drogaria,
- Agilidade com *check out,*
- Auto-serviço,
- Diversificação dos serviços oferecidos pela drogaria,
- Exposição dos produtos em gôndolas – obtenção de vantagem com o *layout.*

Relacionadas aos recursos humanos

- Despertar para profissionalização do segmento,
- Preocupação com a capacitação dos gestores das drogarias,
- Treinamento e capacitação dos profissionais.

Relacionadas ao cliente

- Retomada da relação com o cliente,
- Fidelização do cliente.

Após 1994, a análise do cenário comprovou que os marcos desencadeadores das transformações no segmento foram:

a) A mudança na economia brasileira com o Plano Real,
b) A alteração nas condições básicas para obter lucro,
c) Perfil do "novo consumidor".

A mudança do modelo de organização das drogarias representado pelas Grandes Redes e Drogarias Independentes levou as empresas a procurar formas alternativas de operação que possibilitassem a sua sobrevivência, como tentativa de substituir o que haviam perdido no período inflacionário, e nesse caminho, as empresas encontraram novos modelos, compostos pelas formas associativas: Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia.

Esses novos modelos possibilitaram a diminuição dos custos em algumas etapas de suas operações e outras vantagens, que serão discutidas no capítulo seguinte, compensando de alguma forma, o fim dos lucros obtidos no modelo anterior.

Isso permitiu que as drogarias se mantivessem atuantes e mais preparadas para enfrentar a nova realidade do segmento e a forte concorrência das Grandes Redes melhor estruturadas. Entretanto, não sabiam como fazer isso. O processo de migração para os novos modelos, bem como a configuração atual estão expostas no capítulo seguinte.

Capítulo 4

Análise dos Modelos Vigentes no Varejo Farmacêutico

O presente capítulo propõe-se a expor a configuração atual do varejo farmacêutico, que é composto pelas Grandes Redes, Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia[8], resultantes das reações ante o Plano Real, das condições básicas de obtenção de lucro e do novo perfil do consumidor. Cada formato será exemplificado com a apresentação de casos, destacando as vantagens, as desvantagens e diferenças entre eles. Será descrito o processo de migração de parte das Drogarias Independentes para o formato em rede (Drogarias em Associativismo) e alianças por franquia (Drogarias por Franquia). O Quadro 4.1 mostra a composição do varejo farmacêutico antes e depois do Plano Real.

Quadro 4.1 – Caracterização do varejo farmacêutico antes e depois do Plano Real

Modelos	
Antes do Plano Real	**Depois do Plano Real**
(A) Grandes Redes	(A) Grandes Redes (GR)
(B) Drogarias Independentes	(B_1) Drogarias Independentes (DI) (B_2) Drogarias em Associativismo (DA) (B_3) Drogarias em Franquia (DF)

Fonte: Elaboração própria.

[8] Constatou-se uma experiência de Drogarias em Cooperativismo que foi descontinuada. É o caso da drogaria Farto, que surgiu em 1995 com 33 drogarias. Chegou a 70 drogarias cooperadas e em 2002 estava com 26, quando houve a mudança. Com a mudança, um único dono manteve o nome fantasia Farto, que agora opera com características de Grande Rede, ou seja, pertencente a um único dono. Os demais dirigentes voltaram a atuar no modelo anterior, como Drogaria Independente.

O objetivo do estudo realizado neste capítulo é compreender o funcionamento dos diferentes modelos relativos a:

- Base Normativa,
- Solução de conflitos,
- Grau de flexibilidade (possibilidade de as partes mudarem as regras),
- Facilidade para as partes abandonarem a rede,
- Grau de compromisso com as regras operacionais estabelecidas,
- Clima de relacionamento das partes da rede,
- Ganhos das partes da rede com a relação,
- Ações entre agentes,
- Capacidade de coordenação as partes envolvidas.

Este estudo possibilitará avançar em relação às mudanças dos modelos de organização das drogarias.

Para entender a estruturação dos modelos, é necessário responder a uma série de questões, que surgem da literatura comentada no segundo capítulo. Essas questões abrangem os aspectos comentados a seguir, bem como a abordagem dos autores consultados sobre alianças entre empresas.

O varejo farmacêutico brasileiro tem características de oligopólio diferenciado, com presença de empresas líderes e concentradas (Grandes Redes), mas simultaneamente convivendo com uma estrutura atomizada (Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia).

4.1 Método e Fontes

Para a elaboração deste estudo, adotaram-se os procedimentos seguintes: revisão bibliográfica em revistas especializadas, coleta de dados em fontes disponíveis no setor farmacêutico, de forma a descrever o perfil do varejo, pesquisa direta nas drogarias selecionadas, com aplicação de questionário e outros, todos descritos a seguir.

A pesquisa nas revistas especializadas (*Revista Farmacêutica Kairos*, Revista *Pharma Business*, *Revista M.F.*) foi desenvolvida de forma a levantar os dados históricos que mostrassem o início do aparecimento das formas associativas, bem como a evolução desse processo e informações sobre as drogarias e distribuidoras. A partir do segundo semestre de 1993, pesquisaram-se para este trabalho as principais mudanças e transformações no segmento. Com início em 2001, observou-se a diminuição das reportagens sobre a "revolução das drogarias". O *site* dessas drogarias foi igualmente consultado para fins de atualização das informações.

As fontes principais de dados sobre o perfil do varejo farmacêutico foram o *Intercontinental Marketing Service* (*IMS*) e o censo ACNielsen. Os relatórios emitidos pelo *IMS* são os principais consultados pela indústria farmacêutica e o instrumento utilizado para avaliar a evolução do mercado farmacêutico (varejo) é o *Pharmacy Distribuition Report* (PDR)[9], o qual retrata exclusivamente as drogarias em atividade no Brasil. Segundo o *IMS*, a captação das informações processa-se por meio de distribuidores, atacadistas, redes nacionais, que cobrem 95% do mercado total (informação pessoal)[10]. Verifica-se o repasse dos produtos farmacêuticos por ponto de venda, ou seja, a compra dos produtos farmacêuticos pelas drogarias.

O PDR classifica as drogarias em seis categorias em função do volume mensal de compras. As Drogarias Independentes são segmentadas em cinco categorias e as Grandes Redes em uma única, apresentadas no Quadro 4.2. O PDR considera as Drogarias em Associativismo, Drogarias em Franquia e Drogarias Independentes dentro das categorias um a cinco, com a classificação "Independentes".

No Quadro 4.2 são apresentadas as categorizações das drogarias por volume médio mensal de compra, no período de 2000 a 2004. O intervalo de valores de cada categoria foi alterado no decorrer dos anos.

---

[9] O PDR é um relatório desenvolvido pelo *IMS Health* que reporta a distribuição dos produtos farmacêuticos, em trinta e seis regiões de todo o território nacional e em seis categorias de drogarias, as quais foram segmentadas pelo potencial de compras, além de ser um instrumento mercadológico que possibilita avaliar os resultados da pré, durante e pós-propaganda, publicidade e *merchandising*, de todos os produtos farmacêuticos nos pontos de vendas. É possível extrair desse instrumento o número de drogarias ativas do país, agrupadas por região, categorias e volume de vendas.

[10] INTERCONTINENTAL MARKETING SERVICE. *Pharmacy Distribution Report.* São Paulo. Informações e dados enviados por *e-mail* pela *IMS* em 8/3/2004.

Quadro 4.2 – Categorização das drogarias por volume médio mensal de compras

Categorias	Volume médio mensal de compras julho 2000	Volume médio mensal de compras julho 2001 e junho 2002	Volume médio mensal de compras junho 2003	Volume médio mensal de compras janeiro 2004
1	menos que US$ 4.499	menos que US$ 3.999	menos que US$ 3.399	menos que US$ 4.000
2	US$ 4.500 a US$ 8.999	US$ 4.000 a US$ 7.999	US$ 3.400 a US$ 6.999	US$ 4.000,01 a US$ 8.000
3	US$ 9.000 a US$ 17.999	US$ 8.000 a US$15.999	US$ 7.000 a US$ 13.999	US$ 8.000,01 a US$ 16.000
4	US$ 18.000 a US$ 35.999	US$16.000 a US$ 31.999	US$ 14.000 a US$ 27.999	US$ 16.000,01 a US$ 31.960
5	acima de US$ 36.000	acima US$ 32.000	acima US$ 28.000	acima US$ 31.960,01
8	redes (mais de 6 lojas)	redes (mais de 6 lojas)	mais de 6 lojas	mais de 6 lojas

Fonte: *IMS*, *Pharmacy Distribution Report (PDR)* jul. 2000, jul. 2001, jun. 2002, jun. 2003 e jan. 2004 (informação pessoal).

Para a escolha das drogarias que participaram deste estudo, utilizaram-se os critérios mostrados a seguir.

Os critérios de seleção das **Grandes Redes** foram: a) redes com o maior tempo de existência no mercado nacional; b) redes com as maiores quantidades de drogarias; c) redes associadas à ABRAFARMA; d) redes com matriz no Estado de São Paulo; e) redes com destaque nas revistas especializadas.

Sobre as Drogarias **Independentes** foram escolhidas aquelas localizadas na zona sul da cidade de São Paulo, região que possui o maior número de drogarias da cidade, com 982 lojas. Em função do grande número de Drogarias Independentes na capital, constituída por 2.810 drogarias (INTERCONTINENTAL MARKETING SERVICE, 2002) e por ser um segmento atomizado, escolheram-se duas drogarias para participar do estudo de caso e assim retratar o modelo de Drogarias Independentes.

Sobre o **Associativismo** foram eleitas quatro redes, obedecendo ao critério de seleção: a) redes associadas à Federação Paulista das Associações de Farmácias e Drogarias Independentes (FAESP); b) redes com matriz no Estado de São Paulo; c) redes com destaque nas revistas especializadas.

Sobre as **Franquias** elegeu-se uma, obedecendo ao critério de seleção: a) associadas à Associação Brasileira de Franquia (ABF); b) com maior destaque nas revistas especializadas; c) redes cuja matriz se localiza no Estado de São Paulo.

As drogarias que compõem o estudo estão relacionadas no Quadro 4.3, agrupadas pelo modelo adotado.

Quadro 4.3 – Drogarias que compõem este estudo

Modelo de atuação	**Empresa**	**Matriz**	**Local de realização da entrevista / questionário**	**Fonte de informação**
Grande Rede	Drogaria São Paulo	São Paulo	Campinas	Funcionário (gerente da loja)
	Drogasil	São Paulo	Campinas	Funcionário (gerente da loja)
	Droga Raia	São Paulo	Campinas	Funcionário (gerente da loja)
	Drogal	Piracicaba	Campinas	Funcionário (gerente da loja)
Drogaria Independente	Droga Kleber	São Paulo	São Paulo	Proprietário
	Drogaria Soares	São Paulo	São Paulo	Funcionário (gerente da loja)
Associativismo	Farmáxima	Campinas	Campinas	Proprietário
	Farma 100	São Paulo	São Paulo	Ex-dirigente
	Farma Vip	Piracicaba	-	Revista especializada
	Net Farma	Descalvado	-	Revista especializada
Franquia	Farmais	São Paulo	Campinas	Funcionário

Fonte: Elaboração própria.

Outra fonte de coleta de dados foi composta por entrevistas de dirigentes e/ou funcionários das drogarias, aplicando-se o questionário-guia (anexo 1), com questões que ajudaram a caracterizar cada modelo adotado, bem como a descrever as suas particularidades e o contexto institucional. Essa caracterização, particularidades e contexto institucional estão descritos na seqüência.

Sobre a **caracterização dos modelos**, o escopo adotado envolveu informações sobre a matriz, sobre as próprias drogarias com seus fornecedores e concorrentes.

a) Matriz

Capacidade de coordenação das partes envolvidas, base normativa, grau de flexibilidade (possibilidade de as partes mudarem as regras), clima de relacionamento das partes da rede, solução de conflitos, ações entre agentes. Objetiva-se caracterizar o perfil e forma de gestão de cada modelo.

b) Drogarias

Clima de relacionamento das partes, grau de compromisso com as regras operacionais estabelecidas, facilidade de abandono das redes, ganho das partes da rede com a relação. Objetiva-se verificar a relação entre as drogarias com as suas respectivas matrizes.

c) Fornecedores

Quais são e como se realiza a distribuição de medicamentos para as unidades. O intuito é verificar a diferença entre as formas de fornecimento / abastecimento de cada modelo.

d) Concorrentes

Quais são os principais concorrentes. Objetiva-se verificar qual é o modelo que mais parece ameaçador para os entrevistados.

Sobre as **particularidades de** cada modelo, o escopo adotado envolveu informações do histórico, distribuição geográfica, *marketing*, número de drogarias, área média das drogarias, fornecedores, serviços oferecidos. Além disso, faz-se a correlação do que foi apresentado na revisão da literatura descrita no segundo capítulo.

Sobre o **contexto institucional**, discutiu-se como se organiza e como está caracterizado o setor. Esclarece-se a evolução do número de drogarias e a análise dos modelos que constituem o segmento atual.

4.2. Perfil do varejo farmacêutico

O perfil do varejo farmacêutico é traçado pelo histórico do número de drogarias em cada categoria e valor das vendas.

Os dados da Tabela 4.1 e Figura 4.1 mostram a evolução do número de drogarias das Grandes Redes e das independentes (Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia) no período de julho de 2000 a janeiro de 2004, bem como a evolução das vendas em reais por categoria e a taxa anual de crescimento composto (TACC), tanto da quantidade de drogarias, como de suas vendas. O valor das vendas refere-se ao mercado total, formado por medicamentos éticos e populares. A conversão do valor de vendas de dólar para a moeda local (Real) foi baseada no valor médio de compra do dólar do mês, sendo julho de 2000 (1,797), junho de 2002 (2,713), junho de 2003 (2,882) e janeiro de 2004 (2,851).

A relação entre a porcentagem de drogarias por categoria e a porcentagem das suas vendas, no período de julho de 2000 a janeiro de 2004, está apresentada nas Figuras 4.2, 4.3, 4.4, 4.5.

Tabela 4.1 – Evolução do número de drogarias e vendas por categoria

Mês Ano	Categoria	Independentes						Redes	
		1	2	3	4	5	Total	8	Total Geral
Julho 2000	Nº drogarias	20.195	12.087	8.522	3.872	1.467	46.143	2.561	48.704
	% de drogarias	41,5	24,8	17,5	8,0	3,0	94,91	5,3	100
	Vendas R$ (000)	71.864	116.750	161.695	143.729	152.712	646.779	251.525	898.304
	% de vendas	8	13	18	16	17	72	28	100
	Média Venda/drogaria	3.559	9.662	18.974	37.120	104.097	34.682	98.214	45.271
Julho 2001	Nº drogarias	25.935	11.324	6.576	2.634	917	47.386	2.974	50.360
	% de drogarias	51,5	22,5	13,0	5,2	1,8	94,09	5,9	100
	Vendas R$ (000)	-	-	-	-	-	-	-	-
	% de vendas	-	-	-	-	-	-	-	-
	Média Venda/drogaria	-	-	-	-	-	-	-	-

Junho 2002	Nº drogarias	28.470	10.908	6.159	2.582	958	49.077	3.293	52.370
	% de drogarias	54,4	20,8	11,8	4,9	1,8	93,71	6,3	100
	Vendas R$ (000)	144.083	166.250	177.333	144.083	133.000	764.750	343.584	1.108.334
	% de vendas	13	15	16	13	12	69	31	100
	Média Venda/drogaria	5.061	15.241	28.793	55.803	138.831	48.745	104.338	58.011
Junho 2003	Nº drogarias	28.169	10.522	5.924	2.362	898	47.875	3.399	51.274
	% de drogarias	54,9	20,5	11,6	4,6	1,8	93,4	6,6	100
	Vendas R$ (000)	132.327	152.685	162.863	132.327	122.148	702.349	315.548	1.017.897
	% de vendas	13	15	16	13	12	69	31	100
	Média Venda/drogaria	4.698	14.511	27.492	56.023	136.022	47.749	92.836	55.264
Jan 2004	Nº drogarias	28.612	10.411	5.792	2.355	938	48.108	3.685	51.793
	% de drogarias	55,2	20,1	11,2	4,5	1,8	92,9	7,1	100
	Vendas R$ (000)	129.622	164.973	176.757	141.406	153.189	765.947	412.433	1.178.380
	% de vendas	11	14	15	12	13	65	35	100
	Média Venda/drogaria	4.530	15.846	30.517	60.044	163.315	54.851	111.922	64.636
	TACC* (%) drogarias	**9,1**	**-3,7**	**-9,2**	**-11,0**	**-10,6**	**1,0**	**9,5**	**1,5**
	TACC** (%) vendas	**15,9**	**9,0**	**2,25**	**-0,40**	**0,08**	**4,3**	**13,1**	**7,0**
	% média drogarias	**51,6**	**21,7**	**13,0**	**5,4**	**2,0**	**93,7**	**6,3**	**100**
	% média vendas	**11,4**	**14,3**	**16,1**	**13,4**	**13,3**	**68,5**	**31,5**	**100**

Fonte 1 referentes ao número de drogarias: *IMS*, *Pharmacy Distribution Report (PDR),* (informação pessoal)[11].

Fonte 2 referente às vendas: *IMS, Pharmaceutical Market Brazil (PMB).*

TACC = Taxa anual de crescimento composto.

*TACC = {[(nº de drogarias do último ano / nº de drogarias do 1º ano) $^{(1 / \text{nº total de anos})}$] - 1} x 100.

**TACC = {[(valor das vendas do último ano / valor das vendas do 1º ano) $^{(1 / \text{nº total de anos})}$] - 1} x 100.

A Tabela 4.1 revela que houve um crescimento de 1,0% na quantidade de Drogarias Independentes (categorias um a cinco) no período de julho de 2000 a janeiro de 2004, lembrando que estes números incluem aquelas drogarias que não aderiram aos modelos associativimso e franquia, Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia. Observa-se um acentuado crescimento no número das drogarias da categoria um, com uma taxa de crescimento composto de 9,1% e das Grandes Redes, com 9,5% no mesmo período. As categorias dois a cinco apresentaram uma taxa de crescimento composto negativa, com -3,7, -9,2, -11,0 -10,6, respectivamente. Essa evolução também está apresentada na Figura 4.1.

[11] INTERCONTINENTAL MARKETING SERVICE. *Pharmacy Distribution Report*. São Paulo. Informações e dados enviados por *e-mail* pela *IMS* em 8/3/2004 (dados de janeiro de 2004), 3/3/2004 (dados de junho de 2003), 26/2/2003 (dados de junho de 2002) e 28/2/2000 (dados de julho de 2000).

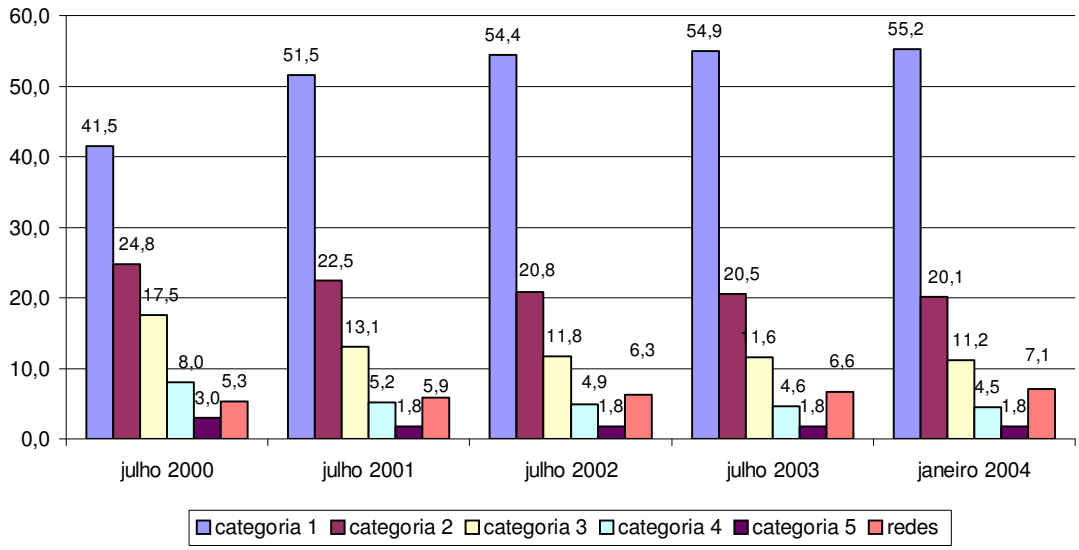

Figura 4.1 – Evolução da porcentagem de drogarias por categoria.
Fonte: *IMS, Pharmacy Distribution Report (PDR)*, (informação pessoal).

Nota-se que, no varejo farmacêutico, predominam as Independentes, comprovando ser um segmento atomizado. As Grandes Redes representam, em média, 6,3% do total das drogarias do Brasil e as Independentes 93,7%. As Drogarias Independentes, bem como as Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquias encontram-se distribuídas dentro das categorias um a cinco, sem, entretanto, ter sido discriminado o percentual de cada uma delas, separadamente.

As Grandes Redes ostentam um percentual de vendas superior, quando comparadas com as demais categorias citadas neste trabalho, com média de 31,5%, seguidas pela categoria três (16,1%), categoria dois (14,3%), categoria quatro (13,4%), categoria cinco (13,3%) e categoria um (11,4%). As Figuras 4.2, 4.3, 4.4 e 4.5 mostram esses resultados.

As drogarias da categoria cinco são as que exprimem a maior média mensal de vendas *per capita* (venda por drogaria), com valores em janeiro de 2004 de R$ 163.315,00, seguidos pelas Grandes Redes (R$ 111.922,00), categoria quatro (R$ 60.044,00), categoria três (R$ 30.517,00), categoria dois (R$ 15.846,00) e categoria um (R$ 4.530,00).

A taxa anual de crescimento composto em vendas das Drogarias Independentes foi de 4,3% e das Grandes Redes, de 13,1%, totalizando no geral das drogarias um crescimento de 7,0%. Dentro das Drogarias Independentes, as da categoria um foram as que mais cresceram,

com 15,9%, seguidas pela categoria dois (9,0%), categoria três (2,25%), categoria cinco (0,08%) e categoria quatro, com taxa de crescimento negativa (-0,40%).

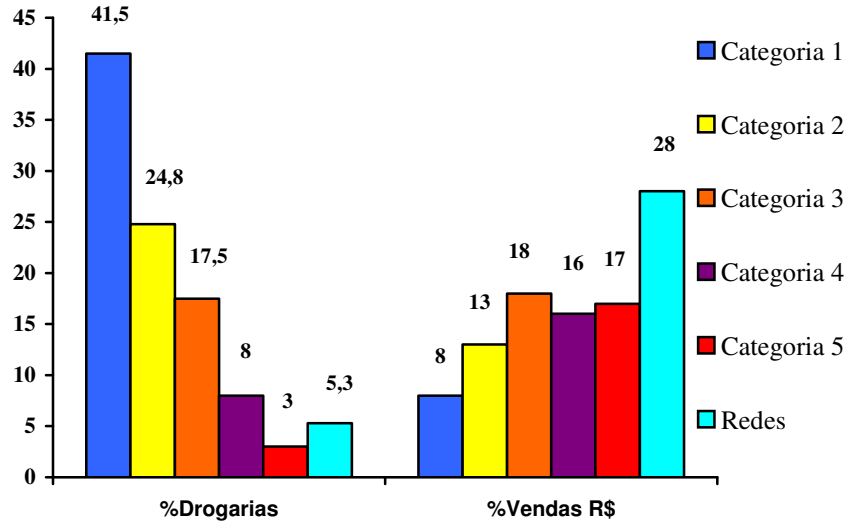

Figura 4.2 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jul. 2000 por categoria.
Fonte: *IMS, Pharmacy Distribution Report (PDR)*, (informação pessoal).

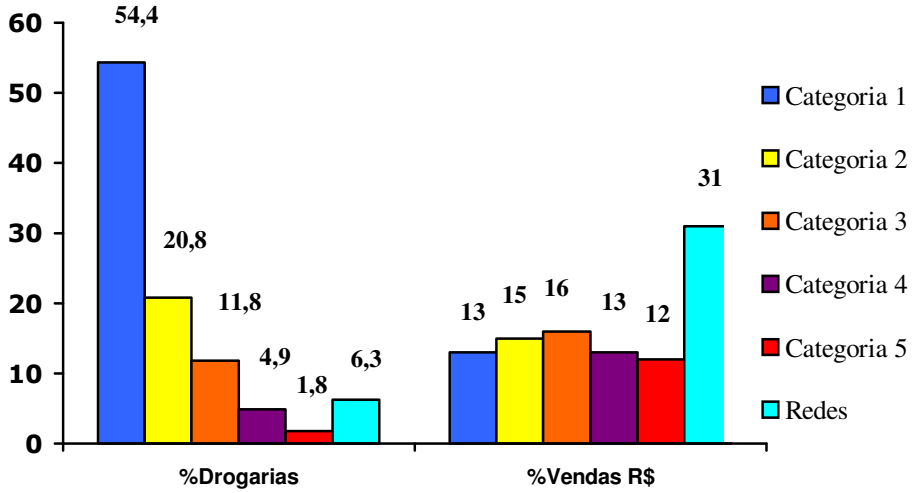

Figura 4.3 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jun. 2002 por categoria.
Fonte: *IMS, Pharmacy Distribution Report (PDR)*, (informação pessoal).

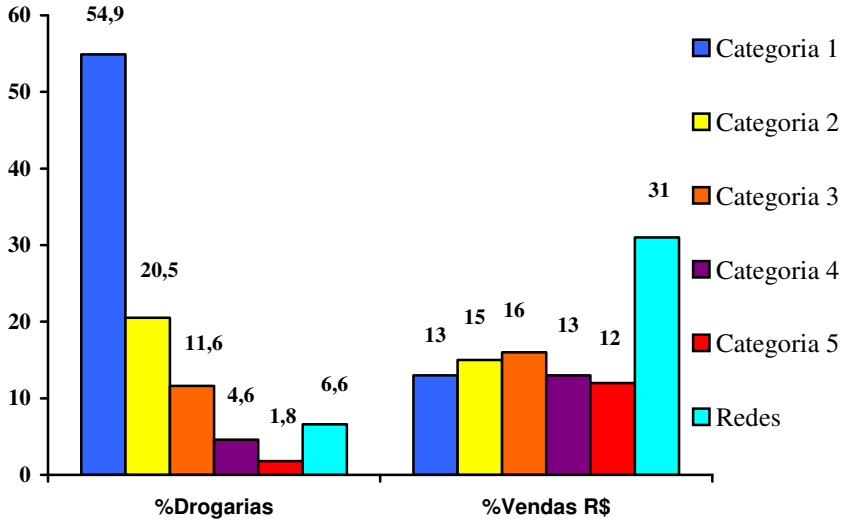

Figura 4.4 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jun. 2003 por categoria.
Fonte: *IMS, Pharmacy Distribution Report (PDR)*, (informação pessoal).

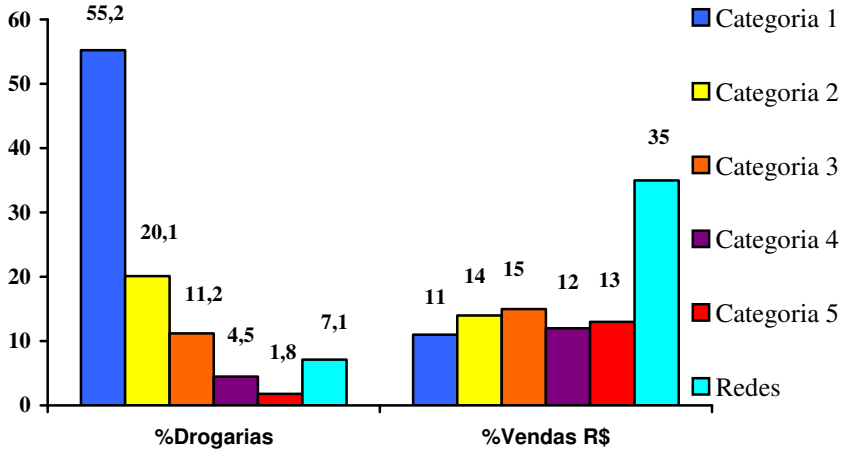

Figura 4.5 – Relação entre a porcentagem de drogarias e a porcentagem de suas vendas em jan. 2004 por categoria.
Fonte: *IMS, Pharmacy Distribution Report (PDR)*, (informação pessoal).

4.3 Análise dos modelos

Após a análise do perfil do varejo, serão analisados os quatro modelos de drogarias incluídos neste estudo.

4.3.1 Grandes Redes (GR)

O início dos anos 80 do século passado foi marcado pela expansão das Grandes Redes de drogarias. O aumento significativo do número de lojas possibilitou a compra de medicamentos em grandes quantidades diretamente da indústria e conseqüentemente, a oferta de melhores preços aos clientes. Isso acrescentado a outras ações, como a introdução do conceito de auto-serviço em suas lojas, oferecendo um *mix* maior de produtos, aumentando a participação dos produtos não medicamentosos e ampliando a gama de serviços oferecidos como entrega em domicílio, atendimento 24 horas e campanhas de fidelização do cliente entre outros, contribuiu para o seu êxito.

Já nos anos 90, as Grandes Redes tiveram um crescimento acentuado por sua força de comunicação junto ao consumidor e pelo poder de negociação junto aos fornecedores.

Em sua maioria, as Grandes Redes são fechadas e pertencentes a um único proprietário ou grupo controlador. Segundo a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (2003), Grandes Redes são aquelas que possuem, no mínimo, dez drogarias de um mesmo dono ou grupo controlador.

Para a ACNielsen (2000), as Grandes Redes são aquelas que possuem cinco ou mais drogarias, com a mesma razão social e CGC. A diferença básica entre esses conceitos está na quantidade mínima de drogarias por rede.

Já a *Intercontinental Marketing Service (2000a)*, a principal fonte de dados utilizada neste estudo, considera Grandes Redes aquelas que possuem mais de seis drogarias com a mesma razão social e mesmo CGC e a classifica na categoria oito (redes).

4.3.1.1 Caracterização do modelo

Nas Grandes Redes, o grau de compromisso com as regras operacionais estabelecidas é alto e são seguidas igualmente pelas drogarias, obedecendo a uma hierarquia, demonstrando que o grau de flexibilidade das drogarias em mudar as regras estabelecidas pela matriz é baixo. O fato de as drogarias pertencerem ao mesmo dono facilita o cumprimento do que é determinado. A

base normativa bem como a solução de conflitos fundamentam-se no direito individual de propriedade. A capacidade de coordenação das partes envolvidas é alta.

O clima de relacionamento entre a matriz e as drogarias é formal e burocrático. Entre as drogarias da mesma rede, que são concorrentes entre si manifesta-se a mesma atitude, porém evitando a concorrência predatória. Para uma unidade deixar de fazer parte da rede, depende apenas da decisão do(s) dono(s). Os ganhos são colhidos pelo proprietário. Todas possuem *layout* interno e fachada padronizada.

Segundo Lynch (2004), seu crescimento ocorre por expansão interna, o que requer investimento em tecnologias superiores e envolve boas margens de lucros, capacidade de treinar e controlar um grupo de recursos humanos, comentado no segundo capítulo.

Embora não haja dados sobre a margem de lucros das Grandes Redes, percebeu-se que ostentam um percentual de vendas superior quando comparadas com os demais modelos e que apresentam uma taxa anual de crescimento composto em vendas de 13,1% contra 4,3% das Independentes. Adicionalmente, proporciona uma sistemática de treinamento de funcionários (RIBEIRO, 1998).

Os fornecedores das GR são os laboratórios farmacêuticos e as distribuidoras. Em geral, possuem depósito próprio, e dele, os medicamentos são levados até as drogarias por frota própria ou terceirizada. Consultando o histórico de vendas do dia anterior, repõem-se os itens vendidos.

As GR localizam-se em grandes centros e regiões da cidade onde há grande movimento de pessoas. Segundo os entrevistados, os principais concorrentes são as demais drogarias das outras GR.

Para caracterizar o modelo, foram pesquisadas as seguintes empresas: Drogaria São Paulo, Drogasil, Droga Raia e Drogal. O Quadro 4.4 mostra o perfil dessas drogarias, considerando ano da fundação, área média por drogaria, total de unidades, cidades, fornecedores e abastecimento de medicamentos.

Todas as drogarias mencionadas representam a categoria oito da classificação do Pharmacy Distribution Report (PDR), descrita neste quarto capítulo.

Quadro 4.4 – Grandes Redes de drogarias que compõem o estudo

Empresa	Fundação	Área média por loja m^2	Total unidades	Cidades situadas	Fornecedores	Abastecimento de medicamentos
Drogaria São Paulo	1943	150 a 200	178	São Paulo e interior	Laboratórios	Depósito e Distribuição próprios
Drogasil	1937	146	143	São Paulo e interior e MG	94% Direto de Laboratório 6% distribuidoras	Depósito central próprio - distribuição com frota terceirizada
Droga Raia	1905	150	116	São Paulo e interior, RJ, PR e MG	Laboratórios Distribuidoras	Depósito próprio Distribuição própria e por distribuidoras
Drogal	1935	85	25	Piracicaba e interior de SP	Distribuidoras	Depósito próprio

Fontes: Barros (1999); entrevistas; *site* das drogarias.

4.3.1.2 Particularidade das Grandes Redes

A Drogaria São Paulo Ltda foi fundada em 1943 e é a maior rede de drogarias do país, considerando-se as redes com lojas próprias, com 178 unidades distribuídas em 34 municípios do Estado de São Paulo, com área média por drogaria de 150 a 200 m^2. Na década de 70 do século passado, começou a operar 24 horas e, atualmente, grande parte de suas drogarias opera dessa forma. Em 1987, instituiu o desconto para aposentados.

A empresa possui dois depósitos de medicamentos e caminhões próprios que fazem a distribuição para cada uma das unidades. Os laboratórios abastecem os depósitos.

Entre as ações promocionais da Drogaria São Paulo encontrava-se o DSP *Plus*, pelo qual o cliente que comprava acima de uma quantia pré-determinada recebia pontos e depois trocava por prêmios e também oferecia desconto aos clientes cadastrados, para fidelizá-los. Essa prática foi descontinuada. Não possui convênio com empresas.

A **Drogasil S.A.** foi fundada em 1935, com a fusão de duas drogarias de São Paulo, a Drogaria Bráulio e a Drogaria Brasil e passou a operar com o nome de Drogasil Ltda. Em 1937, uniram-se a ela mais outras cinco drogarias. A empresa chegou a atuar no atacado e varejo ao

mesmo tempo, encerrando sua atividade no setor atacadista em 1997. Em 1967, a Drogasil possuía uma rede composta por 68 filiais. Em julho de 1972, a Drogasil transformou-se em sociedade anônima. Possui unidades distribuídas em São Paulo, interior e em Minas Gerais. O tamanho médio das unidades é de 146 m^2.

Foi uma das primeiras a lançar o conceito do sistema de auto-serviço em drogarias. Em 1995, iniciou a modernização visual, a implantação de processos tecnológicos. Parte das drogarias opera no sistema de 24 horas.

A empresa possui uma central de distribuição em São Paulo, por meio da qual distribui os medicamentos para todas as suas unidades, com transporte terceirizado.

Dentre os serviços oferecidos aos clientes estão incluídos:

Cartões especiais para os clientes, que participam de promoções e descontos.

Oferece também o serviço de *delivery* e convênio para empresas.

O *Beauty Center* da Drogasil é um espaço de cosméticos, que reúne diversos produtos, com consultoras de beleza, dando explicações sobre novidades no segmento e produtos específicos para cada tipo de pele e cabelo.

Algumas drogarias da rede oferecem avaliação de pele gratuitamente, por meio de um centro de diagnóstico da pele, instalado nesses locais, em parceria com um dos fabricantes de cosméticos, para o cliente conhecer e entender melhor seu tipo de pele e comprar o produto adequado.

A Central de Relacionamento com Clientes encaminha diretamente à direção da empresa todas as manifestações de clientes, sejam reclamações, sugestões, solicitações, que podem ser feitas por telefone ou *e-mail*.

A **Droga Raia** é a terceira maior rede de drogarias de São Paulo em número de lojas e a mais antiga. A primeira loja da futura rede, a Pharmácia Raia, foi fundada em Araraquara em 1905. Em 1984, o nome da empresa passou a ser Droga Raia. A rede conta com 116 lojas,

distribuídas na cidade de São Paulo e interior, Rio de Janeiro, Paraná e Minas Gerais, com uma área média de 150 m^2 cada. O atendimento em grande parte das lojas estende-se 24 horas.

A rede possui uma central de abastecimento na Grande São Paulo. É abastecida diretamente pela indústria e também por distribuidoras. A distribuidora leva as mercadorias ao depósito central da Droga Raia, que as distribui às filiais da rede, usando sua frota própria de caminhões.

Em 1988, a Droga Raia introduziu em suas lojas o desconto para aposentados. Atualmente, a rede utiliza cartões para promover a fidelização dos seus clientes, canal aberto para informação, sugestões, dúvidas ou reclamações; serviço de vendas por telefone.

A **Drogal Farmacêutica Ltda** tem a sua sede em Piracicaba (SP) e está no mercado desde 1935. Atualmente, a rede é composta por 25 filiais, distribuídas por 11 cidades do interior de São Paulo. Todas as lojas são próprias e medem em média 85 m^2 cada. Algumas lojas têm atendimento 24 horas. Investimentos na área da informática possibilitaram interligação de todas as filiais ao Centro de Processamento de Dados da empresa, bem como maior agilidade, rotatividade e segurança na reposição de estoques, contribuindo para a análise dos resultados da empresa. Possuem depósito próprio abastecido pelas distribuidoras.

A Drogal oferece alguns serviços aos seus clientes, dentre os quais estão o "Diabetical" e "Disk Drogal". Diabetical é um espaço destinado especialmente ao atendimento e fornecimento de produtos e serviços para diabéticos ou pessoas em dietas especiais, priorizando a informação e educação aos clientes, inclusive forma correta de utilização dos produtos prescritos pelo médico. O Disk Drogal é um serviço pelo qual o medicamento é entregue na casa do cliente, sem custo adicional.

4.3.1.3 Contexto institucional

Em 21 de outubro de 1991, a ABRAFARMA foi fundada por redes de drogarias paulistanas pois perceberam não dispor de uma entidade defensora de seus interesses e posições, não só no plano municipal, como no estadual e no federal, e que, se não se organizassem,

estariam sempre fora de consultas nas deliberações e determinações legais que restringiriam, cada vez mais, sua capacidade de atuação.

Segundo a ABRAFARMA (2003), para se associar, é necessário que a rede de drogarias tenha pelo menos dez lojas em funcionamento, todas de propriedade de um só dono ou grupo controlador, ou seja, exclui o modelo associativista ou franquia.

4.3.2 Drogarias Independentes

As Drogarias Independentes subdividem-se em:

a) Drogarias Independentes que não se associaram a nenhum modelo (DI)
b) Drogarias Independentes que se associaram ao modelo de Associativismo (DA)
c) Drogarias Independentes que se associaram ao modelo de Franquia (DF)

4.3.2.1 Drogarias Independentes (DI)

Drogarias Independentes são aquelas que não aderiram ao Associativismo nem à Franquia.

4.3.2.1.1 Caracterização do modelo

O mecanismo de coordenação e base normativa equivale ao que ocorre nas Grandes Redes, pois todas dependem das decisões dos donos. Em geral, os donos possuem pouca experiência de gerenciamento, conduzindo o negócio mais por instinto do que por uma metodologia ou ferramentas de gestão. Tomam-se decisões sem planejamento, acompanhamento e avaliação dos resultados. Evidencia-se a necessidade de o pequeno empresário ser realmente ajudado tanto política (ações governamentais), quanto econômica (crédito) e gerencialmente (ferramentas).

Os fornecedores das DI são as distribuidoras e, quase sempre, são escolhidas pelo preço e prazo de pagamentos oferecidos. Diariamente fazem-se as compras, baseadas no histórico de vendas do dia anterior, repondo os itens vendidos. Algumas distribuidoras possuem ações específicas na orientação dessas drogarias, como questões de *marketing*.

Freqüentemente, as Drogarias Independentes, situam-se em regiões de pouco movimento, geralmente em bairros, e procuram manter fortes laços com o público, pois a rotatividade é pequena. Os entrevistados citaram como os principais concorrentes as drogarias de Grandes Redes.

As DI podem ser classificadas dentro das categorias de um a cinco, conforme volume médio mensal de compras das distribuidoras. As DI estudadas fazem parte das categorias um e entre a três e a quatro, conforme classificação do PDR, descritas neste quarto capítulo. A trajetória de inserção dessas drogarias é classificada como PMEs em mercados competitivos, cuja flexibilidade e estratégia competitiva em geral se associam a menores custos de mão-de-obra.

A sobrevivência das Drogarias Independentes depende de uma estratégia bem focada, independentemente de seu porte (*REVISTA M.F.*, 1999)

4.3.2.1.2 Particularidades das Drogarias Independentes (DI)

Droga Kleber e **Drogaria Soares** foram as Drogarias Independentes (DI) estudadas, localizadas na zona sul de São Paulo e caracterizadas conforme demonstrado a seguir no Quadro 4.5.

Quadro 4.5 – Perfil das DI estudadas

Drogaria	Fundação	Área média por loja m^2	Cidade	Fornecedores	Abastecimento medicamentos
Droga Kleber	1968	65	SP	Sagra Medical Farmed Santa Cruz	Distribuidoras
Drogaria Soares	1983	150	SP	Ita, Profarma Santa Cruz	Distribuidora

Fonte: Elaboração própria.

A **Droga Kleber** está no mercado há mais de 35 anos e há seis anos é administrada pelo filho do dono, herdeiro do negócio. Possui duas unidades operantes na cidade de São Paulo, a matriz e a filial, com dez anos de existência. Está classificada na categoria 1, com volume mensal de compras inferior a US$ 4.000,00, conforme classificação do PDR.

A matriz emprega seis funcionários e ocupa área média de 65 m^2. Seus principais fornecedores são as distribuidoras Sagra, Medical, Farmed e Santa Cruz. Citou-se a Drogaria São Paulo como a principal concorrente, por estar mais próxima da drogaria estudada. Para competir no mercado, oferece descontos aos clientes.

O dirigente entrevistado afirmou que, após o Plano Real, passou a fazer compras diárias e a controlar melhor o estoque. Ressaltou que a informática agilizou bastante os processos internos, principalmente pela consulta de preços, que constitui o uso principal. Evidenciou-se que não se aproveita essa ferramenta em sua totalidade. A matriz oferece serviços personalizados aos clientes tradicionais, formados por pessoas mais idosas. A empresa é filiada ao Sindicato do Comércio de Produtos Farmacêuticos (SINCOFARMA).

Segundo o dirigente, optou-se por não participar do associativismo ou franquia, a fim de preservar a liberdade comercial (comprar do fornecedor que quiser), ou seja, ter autonomia. Isso confirma o pensamento de Souza e Bacic (2000), quando dizem que boa parte das potencialidades das PE em não se transformarem em vantagem competitiva são as resistências dos dirigentes à atuação conjunta. O conceito é aplicado às demais drogarias incluídas neste estudo. Citou como vantagens das franquias o maior prazo de pagamento e *know-how*.

A **Drogaria Soares** está há 20 anos no mercado. Exibe fachada e interior modernos, com mais diversidade de produtos expostos em gôndolas à disposição do cliente que a Droga Kleber e área interna maior, com 150m^2. É administrada por um gerente que não faz parte da família dos proprietários. Mostra uma forma de gestão mais profissional que a drogaria anterior. Está classificada entre as categorias três (com volume mensal de compras entre US$ 8.000,01 a US$ 16.000,00) e quatro (com volume mensal de compras entre US$ 16.000,01 a US$ 31.960,00), conforme classificação do PDR.

Os principais fornecedores são as distribuidoras ITA, Profarma e Santa Cruz. A decisão de compra baseia-se, primeiramente, em preços e, em segundo lugar, em prazos de pagamentos.

Utiliza a informática para consultar preços dos medicamentos (principal uso) e contagem de estoque. Oferece serviços de *delivery*, sem acréscimo no preço do produto e desconto médio de 15%, quando solicitado.

Segundo o gerente entrevistado, optou-se por não participar do associativismo ou franquia para preservar a liberdade comercial (comprar do fornecedor que quiser) e para não ser forçado a cumprir obrigações impostas, além das despesas com *royalties* e participação de campanhas. Acrescentou que seria como deixar de ser dono e passar a ser empregado.

Uma vez mais fica explicita a preferência do proprietário em manter o seu negócio independente, sem a ação conjunta. Isso é explicado por Casarotto Filho e Pires (2001), que afirma ser um processo de longa duração, requerendo maturação, pelo fato de, culturalmente no Brasil, a prática de cooperação não ser enraizada.

4.3.2.1.3 Contexto institucional

A Associação dos Proprietários, Oficiais e Profissionais de Farmácia do Estado de São Paulo (APROFAR) constitui uma entidade sem fins lucrativos, criada em 12 de outubro de 1929, reconhecida como utilidade pública em 7 de junho de 1966, pela lei n° 9.383 de 7 de junho de 1966.

A APROFAR direciona suas atividades para ações e iniciativas para a preservação do setor representado pelas Drogarias Independentes, atuando ainda na capacitação e desenvolvimento profissional de seus proprietários e profissionais do mercado farmacêutico.

4.3.2.2 Drogarias em Associativismo (DA)

Denomina-se Associação de Drogarias a união de Drogarias Independentes que passam a operar sob o mesmo nome fantasia. Surgiu no estado de São Paulo em 1994, com a criação da Multidrogas em São José do Rio Preto.

No varejo farmacêutico, a associação começou a ser delineada, quando algumas Drogarias Independentes encontraram na prática do associativismo uma forma de competir com as Grandes Redes privadas e superar o novo cenário do varejo comentado no terceiro capítulo. O proprietário continua sendo dono do negócio, porém segue as orientações de uma diretoria eleita e de uma equipe de profissionais contratados para planejar, desenvolver e operar o sistema.

O associativismo constitui a forma mais adotada dentre os modelos estudados. Em 1994, quando surgiu no Brasil, havia quatro redes. Em 1998, aumentou para 30 e esse valor se mantém, com aproximadamente 2.500 drogarias associadas no ano de 2001, segundo Kobayashi (2001), presidente da rede Farmáxima (informação verbal).

Para associar-se, é necessário apresentar certidão negativa do cartório, provando que o estabelecimento não possui nenhum protesto; obedecer ao código de ética definido para cada rede; realizar modificações no *layout* da loja, conforme a padronização visual determinada pela rede. O investimento refere-se à padronização visual e às mensalidades, que variam de acordo com a rede. A dissolução ou extinção ocorre por deliberação em assembléia geral. A intenção inicial era que a compra de produtos fosse feita em conjunto, com consultoria da Associação (pela central de compras), entretanto, percebe-se que prevalece a decisão do proprietário e não da rede, segundo Bonacella (1998) (informação verbal).

4.3.2.2.1 Caracterização do modelo

Em geral, há uma diretoria eleita pelos proprietários, que se reúnem periodicamente em assembléia com os demais integrantes para tratar de assuntos em comum. O estatuto estabelece as bases normativas. A flexibilidade de as drogarias mudarem as regras estabelecidas em assembléia oscila de médio a alto grau, ou seja, há infidelidade aos compromissos da rede, como, por exemplo, não realizar o potencial de compra negociado com um determinado fornecedor (distribuidora). Fica evidente que a capacidade de coordenação das partes envolvidas é de média a baixa.

As diretrizes são traçadas, mas as drogarias muitas vezes não as seguem e essas infrações permanecem impunes, demonstrando ser o grau de compromisso com as regras entre médio e baixo. Trata-se da principal dificuldade indicada pelos coordenadores das redes associativistas incluídas neste estudo. O fato de haver donos distintos dificulta o cumprimento do que é determinado. O clima de relacionamento das partes da rede é aberto. As ações entre agentes são articuladas. Cabe ao conselho procurar a solução de conflitos e negociá-la.

Entre as drogarias ocorre o mesmo. Apesar de as drogarias serem concorrentes entre si, há uma relação de parceria entre elas, como por exemplo, “empréstimo” de algum medicamento,

quando um item é procurado e não encontrado pelo cliente. Para não deixar de vender, manda buscá-lo em outra unidade da rede. Para uma unidade deixar de fazer parte da rede, depende apenas da deliberação em assembléia geral, ou seja, há facilidade para abandonar a rede. Todas possuem *layout* próprio e padronizado.

Este modelo é constituído pela multiplicidade de líderes, pela independência e interligação que conectam os participantes da rede, características descritas no segundo capítulo, além da pouca expressividade do propósito unificador, que é o conjunto de valores compartilhados pelos participantes.

Percebe-se maior tendência para competição e menor para cooperação, além da baixa tendência integradora. O desequilíbrio desses fatores dificulta o êxito do modelo comentado.

Os fornecedores das redes associativistas são as distribuidoras. Em geral, a central de negociações da rede mantém contato com algumas distribuidoras específicas, a fim de estabelecer um determinado volume de compra para conseguir melhores preços e prazos. Cada drogaria efetua sua própria compra com as distribuidoras pré-determinadas. Muitas não seguem tal decisão e acabam comprando de outras distribuidoras. Assim, não se consegue atingir a cota de compra combinada entre a central de negociação e a distribuidora, acarretando problemas de relacionamento e de comércio.

Os principais concorrentes das Drogarias em Associativismo são as drogarias das Grandes Redes.

As Drogarias em Associativismo estudadas estão classificadas basicamente nas categorias um e dois, com volume mensal de compras inferior a US$ 4.000,00 e entre US$ 4.000,01 a US$ 8.000,00, respectivamente, conforme classificação do PDR.

Os diferentes autores consultados neste trabalho abordam as vantagens das alianças estratégicas e suas deficiências, descritas a seguir, as quais são comprovadas no item “Particularidade das Redes de Associativismo” deste capítulo.

Segundo Souza (1995), a noção de eficiência coletiva não pode ser associada diretamente à ausência de conflitos ou de competição entre as empresas do agrupamento – umas crescem e

outras decrescem; “aglomerações” é diferente de “ações conjuntas e coordenadas”; PME em cenário competitivo (primeira trajetória) podem oportunamente, associar-se ao modelo comunitário (DA) e comprometer o desempenho do modelo, pois o sucesso coletivo é obtido pela somatória do sucesso individual de cada drogaria. Isso é explicado por Lynch (1994), quando diz que alianças para criar equilíbrio financeiro em perigo produzirão resultados insatisfatórios; crescimento por alianças (DA e DF) requer métodos de gerenciamento novos, tornando-se arriscado aos que possuem pouca experiência; empresa que esteja em declínio e procure uma aliança para sobreviver, será parceiro impossível.

Segundo Lynch (1994), Lipnack e Stamps (1994) e Casarotto Filho e Pires (2001), alianças estratégicas (DA e DF) estabelece uma forma de diminuir riscos e ganhar sinergia, pois nenhuma empresa pode isoladamente, fazer tudo o tempo todo. Para Souza (1995), PMEs que integram o modelo comunitário estão mais protegidas relativamente às PMEs não organizadas em rede.

Lipnack e Stamps (1994) acrescentam que é necessário coragem para acreditar que trabalhar com concorrentes seja mutuamente proveitoso, tendo que abrir mão de alguma parcela do poder de controle.

Para Souza e Bacic (1998, 2000), ações coletivas exigem disposição, responsabilidade e participação ativa dos atores; aspectos estruturais diminuem as forças que elevam a rivalidade; cooperação competitiva diminui a rivalidade e aumenta a ação conjunta. Não há como separar a propriedade da gestão e a interferência de interesses familiares no negócio.

Os fatores críticos deste modelo referem-se à oposição ao trabalho compartilhado, ao temor dos dirigentes a mudanças, bem como à resistência de ações em conjunto e à dificuldade de encontrar o parceiro adequado.

4.3.2.2.2 Contexto institucional

Em março de 1998, foi criada a Federação Paulista das Associações de Farmácias e Drogarias Independentes (FAESP), com sede em Piracicaba e congregava 12 redes de DI do Estado de São Paulo, composta por 874 drogarias. Conscientes dessa nova tendência, as redes de

drogarias, formadas pela união de pequenos e médios empresários, viraram o leme em outra direção: resolveram unir-se.

Para Kobayashi e Carvalho (1998), a FAESP é fruto da união entre redes que juntas atuam em mais de 300 cidades do Estado de São Paulo. As redes associadas levam vantagem, já que diminuem os gastos individuais com *marketing* e promoções e permitem a troca de experiências entre as redes. Segundo Laerte de Carvalho, gerente da Multidrogas de São José do Rio Preto, o crescimento dessa prática fez com que a associação passasse a ser vista com mais seriedade pela indústria.

Kobayashi (2001) relata que a Federação lançou seu primeiro produto de marca própria (marca FAESP), que é a fralda descartável, comercializada apenas nas drogarias associadas à FAESP. O objetivo reside em ampliar a linha desses produtos (informação verbal).

No início de 2001, iniciou-se a discussão sobre a viabilidade da formação de uma federação nacional entre as redes que atuam no sistema de associativismo, englobando as redes do país. O objetivo principal será exercer maior influência sobre os órgãos que definem a política de medicamentos no Brasil, como Congresso Nacional, Senado Federal, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Farmácia e Sindicato de Proprietários de Farmácias e, principalmente sobre os laboratórios (CERQUEIRA, 2001).

Outras duas federações: Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias (FEBRAFAR) e a Associação das Redes Independentes de Farmácias e Drogarias (ASSIFARMA).

4.3.2.2.3 Particularidades das Redes de Associativismo

Para caracterizar o modelo, realizou-se estudo de caso nas seguintes empresas: Farmáxima, Farma 100, Farma Vip e Net Farma, todas com *layout* próprio e padronizado. O Quadro 4.6 faz uma comparação entre essas drogarias que compõem distintas redes associativas, com ano da fundação, área média, total de unidades, principais fornecedores e como é feito o abastecimento de medicamentos.

Quadro 4.6 – Redes de Associativismo que fazem parte do estudo.

Empresa	Fundação	Área média por loja m^2	Total unidades	Cidades situadas	Fornecedores	Abastecimento de medicamentos
Farma 100	1994	-	140	São Paulo e interior	Panarello Santa Cruz Audifar	Por distribuidoras diretamente nas drogarias – não possui depósito central
Farma Vip		-	-	-	-	Por distribuidoras diretamente nas drogarias – não possui depósito central
Farmáxima	1994	-	67	Campinas e região	Sagra Santa Cruz	Por distribuidoras diretamente nas drogarias – não possui depósito central
Net Farma		-	31	Interior de SP	Distribuidoras	Por distribuidoras diretamente nas drogarias – não possui depósito central

Fonte: Elaboração própria.

Em seqüência, resume-se a história de cada uma delas, com depoimentos de atores sobre o processo de desenvolvimento da rede, lembrando as regras e as principais dificuldades.

Fundada em 1994, a **Farma 100**[12] surgiu a partir da Associação de Farmácias e Drogarias Independentes da Região do ABCD (ASSOFAR). Mais tarde, integraram-se à Farma 100 as drogarias que faziam parte de associações de Drogarias Independentes da RIFASO (Associação de Farmácias da zona oeste de São Paulo) – com 47 drogarias associadas, da Associação de Farmácias da região de Mogi das Cruzes (AFIMOR) da região de Mogi das Cruzes e Associação de Farmácias da Baixada Santista (AFIBAS). Com isso, formou-se uma rede com aproximadamente 350 drogarias associadas. Atualmente, conta com 140 drogarias, distribuídas pelo Estado de São Paulo.

[12] Entrevista concedida pela farmacêutica Maria do Carmo Cunha Pires Okada, ex-presidente da FABRIFAR (Federação Brasileira das Associações de Redes Independentes de Farmácias e Drogarias) e ex-dirigente da Farma 100, 2000.

A união dessas associações independentes constitui a ASSOFARMA, entidade que administra as atividades da rede.

As drogarias contrataram o Instituto de Desenvolvimento Empresarial (IDEM) para assessorá-las na implantação desse projeto. O projeto do associativismo constava de mudança de *layout*, *marketing*, treinamento, controle de compras. As fases foram:

- Palestra de conscientização para os donos de drogarias – Associação dos donos de drogarias da região de Osasco, enfocando a idéia do projeto Associativismo, bem como a força que teriam, junto aos laboratórios e distribuidoras de medicamentos;
- Para adesão e participação no projeto era necessário assinar o contrato e pagar mensalidade durante um ano para o IDEM, para assessorar as drogarias associadas;
- Escolha do nome fantasia da rede, bem como delimitação de área, ou seja, distância mínima entre as drogarias, para não ocorrer concentração de muitas unidades da mesma rede na mesma área.
- Padronização do *layout*[13];
- Treinamento de funcionários;
- Determinação do valor da mensalidade dos associados;
- Todas as etapas para adequação das drogarias seguiam um cronograma.

Para fazer parte dessa rede associativista, era necessário possuir um faturamento mínimo mensal de R$ 30.000,00, porém, concedeu-se exceção para drogarias com faturamento abaixo desse valor, e o resultado não foi positivo pelo fato de não agregar valor ao negócio. Com o tempo, perceberam o erro e resolveram excluir da associação as drogarias com faturamento mensal abaixo de R$ 10.000,00.

Formou-se uma central de negócios, cuja função era negociar com os fornecedores (distribuidoras e laboratórios farmacêuticos), contatar mídia e agência de publicidade, descobrir vantagens das distribuidoras e laboratórios farmacêuticos, por exemplo, a margem de desconto na compra com o fornecedor variava com o volume de compras, ou seja, quanto mais as drogarias comprassem do mesmo fornecedor, o desconto seria proporcional, podendo variar de 8% a 30%.

[13] Com a mudança de *layout* foi comprovado um aumento do faturamento de 30%, segundo Okada (2000).

Contudo, parte das drogarias não cumpriu o trato de comprar das distribuidoras indicadas pela central de negócios. O volume de itens comprados que fora pré-acordado entre central de negócios e distribuidora não foi atingido. Desse modo, a rede passou a perder a credibilidade junto à distribuidora e, com o decorrer do tempo, a margem de descontos foi diminuindo, caindo também a margem de lucro das drogarias, além de dificultar o repasse de desconto aos clientes.

Como solução para contornar esses problemas e fazer com que os donos de drogarias participassem mais das decisões dos assuntos em comum, passou-se a diferenciar as mensalidades, partindo-se de uma mensalidade padrão e acrescentando-se descontos para os donos de drogarias que participassem da assembléia mensal, mais descontos da mensalidade se comprassem da distribuidora negociada.

Segundo Okada (2000a), a idéia de associação era favorável em virtude de se poder aprender uma nova forma de fazê-lo, diante da nova situação econômica, que era desenvolver um novo perfil do administrador da drogaria. Notificou-se como uma das dificuldades a tendência do grupo diretor em procurar vantagem individual, em detrimento do bem-estar coletivo. Afirma que

> "novas estratégias dentro do atual conceito associativista são necessárias para que este processo de trabalho empresarial conjunto realmente cresça, justifique e seja a saída para o desenvolvimento de pequenas e microempresas no Brasil, utilizando a ética, a transparência, a informação, a mudança de hábitos arcaicos, e entrando numa realidade nova que levantará o Brasil (informação pessoal)". (OKADA, 200b)

Segundo o consultor Bonacella (1999), a grande vantagem do associativismo é manter o nome da rede na mídia e não fortalecer o poder de compra. E isso foi confirmado pelas entrevistas.

Já na **Farma Vip**, segundo o então presidente Edson Gonçalves Tamascia, o melhor resultado referente aos treinamentos constituiu em compreender que "vários pobres não se transformam em um rico, mas vários empresários têm que ser dinâmicos o suficiente para fazer da associação uma grande empresa". Iniciou-se com 38 drogarias e, agrupando donos de drogarias com formas independentes de pensar, chegou-se a 63.

Diante do exposto, as atitudes tomadas foram: eliminar do quadro as drogarias que não agregavam valor ao negócio e centralizar no mínimo de parceiros considerados por eles

eficientes. Direcionou-se o foco de trabalho para treinamento, *layout*, apoio de *marketing* no ponto de venda e, principalmente, orientação administrativa.

Por parte dos dirigentes, o aprendizado consistiu em:

- Os proprietários não aceitavam, de bom grado, que a central negociasse pacote de produtos para suas drogarias, mesmo que isso significasse repasse de verba da indústria para propaganda;
- Por mudar constantemente de fornecedores, não tinham histórico para pedir apoio para qualquer tipo de campanha. A partir disso, centralizou-se o negócio no mínimo de parceiros possível;
- O foco do trabalho foi direcionado para treinamento, execução de *layout* das drogarias, apoio de *marketing* e, principalmente, orientação administrativa às drogarias, com implantação do curso de Qualidade Total ministrado pelo SEBRAE;
- Associativismo jamais foi tábua de salvação para drogarias com dificuldade financeira;
- Participar de uma rede implica custos (mensalidades e *layout*);
- Partilhar tempo livre com colegas para reuniões e treinamentos.

Como não faz pacotes para compras, a central não negocia direto com os laboratórios.

A rede **Farmáxima** surgiu em 1994 com 12 lojas, com auxílio da consultoria do SEBRAE. Em 1998, faziam parte da associação 67 drogarias situadas em Campinas e região. No ano de 2002, eram 60.

Para fazer parte da associação, os proprietários devem ser éticos e idôneos[14], com faturamento mínimo por loja, pagamento de mensalidade, tempo mínimo no mercado de dois anos. As drogarias associadas devem estar num raio mínimo de ação de 300 metros no centro da cidade e de 700 metros em bairros. Além disso, há contrato, estatuto de direitos e deveres.

A associação é dirigida por uma diretoria, composta por seis proprietários de drogarias e cinco comitês, que são os de *marketing*, negócios, ética, fiscal e administração financeira.

[14] Não foi explicitado objetivamente como isso é avaliado.

Possuem central de negócios em vez de central de compras. A central de compras exige alto investimento e manutenção com mão-de-obra e logística, enquanto central de negócios consiste em um escritório onde se recebe visita dos distribuidores / representantes de laboratórios para negociar condições de compra. Os associados reúnem-se mensalmente.

Trabalham em geral com duas distribuidoras de medicamentos, Sagra e Santa Cruz. Cada drogaria tem um valor mensal pré-determinado para comprar de cada fornecedor. Segundo Kobayashi (2001), esse é o ponto nevrálgico na associação. O desafio é estimular os associados a realmente comprar dos fornecedores pré-determinados.

Informaram como principais conquistas pela associação, a melhor qualidade de atendimento ao cliente e competitividade pelo poder de compra.

A rede **Net Farma** foi fundada em 1995, mas começou a operar somente no início do ano seguinte, com 17 lojas associadas. Um ano depois, o número de adeptos subiu para 73. Serpentino (2000), o administrador da Net Farma, revela que, entre os associados, falta uma visão única em relação aos negócios.

Ainda segundo Serpentino (2000), a rede teve que decidir entre manter o quadro inchado e arcar com o ônus da desunião causada pela divergência nos processos de gestão ou partir para uma depuração da rede e crescer sobre uma base sólida. O processo culminou no desligamento de quase metade dos associados. Ao final, a rede contava com 45 drogarias.

Os principais investimentos foram: a adoção de um programa constante de treinamento e aperfeiçoamento para os níveis operacionais e gerenciais e a transformação da Central Administrativa da rede em uma prestadora de serviços para os associados, além de maciços investimentos em mídia, buscando a consolidação da marca.

Os associados conscientizaram-se de que, sem investimento, não se construiria nada. Entenderam que era necessário investir, para poder competir em igualdade. A primeira providência tomada foi a padronização visual externa e interna.

Corroborando com o que foi comentado neste trabalho sobre Drogarias em Associativismo, destaca-se a pesquisa promovida por Domingues e Bacic (2006) junto a drogarias adeptas do modelo de associativismo.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar:

- se há vantagem competitiva dessas drogarias pelo fato de pertencerem a uma rede;
- se as farmácias pertencentes à rede são melhores que as concorrentes;
- se os clientes dessas drogarias estão mais satisfeitos.

Foram estudados 87 pontos de venda dentro dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, sendo 29 pertencentes a redes e 58 concorrentes. Os fatores determinantes da competitividade estudados foram a fachada, o ambiente interno, os atendentes, o atendimento no balcão, o atendimento por telefone e os preços dos produtos. A metodologia adotada foi por análise comparativa observacional.

Em todos os seis itens avaliados, as Drogarias em Associativismo mostraram-se melhores, quando comparadas com as suas concorrentes. Sobre a satisfação dos clientes, 88% deles manifestaram-se satisfeitos, contra 73% de satisfação dos clientes das drogarias concorrentes. Esta pesquisa identificou que há uma correlação positiva entre ter maior vantagem competitiva e participar da rede.

4.3.2.3 Drogarias de Franquia (DF)

A lei nº 8.955/94 de 15 de dezembro de 1994 define franquia empresarial como o "sistema pelo qual um franqueador cede ao franqueado o direito de uso da marca ou patente, associado ao direito de distribuição exclusiva ou semi-exclusiva de produtos ou serviços e, eventualmente, também ao direito de uso de tecnologia de implantação e administração de negócio ou sistema operacional, desenvolvidos ou detidos pelo franqueador, mediante remuneração direta ou indireta, sem que, no entanto, fique caracterizado vínculo empregatício".

O franqueador é a empresa detentora da marca, que idealiza, formata e concede a franquia do negócio ao franqueado que é uma pessoa física ou jurídica, que adere à rede de franquia. No sistema de *franchising*, o franqueado investe recursos em seu próprio negócio, o qual será

operado com a marca do franqueador e de acordo com todos os padrões estabelecidos e supervisionados por ele.

De acordo com a ABF, em 1994 havia 500 drogarias e em 2002, havia 716 drogarias operando no modelo de Franquia.

4.3.2.3.1 Caracterização do modelo

A Drogaria em Franquia é gerenciada pela matriz franqueadora (empresa-mãe), que possui a capacidade de coordenação. A base normativa é ditada pelo contrato de adesão. Assim, as drogarias têm baixo grau de flexibilidade para mudar as regras estabelecidas pela matriz franqueadora. As diretrizes são traçadas e as unidades as seguem. Dessa forma, estabelece-se um alto grau de compromisso com as regras operacionais, por meio de procedimentos definidos e seguidos por todos. Porque as drogarias pertencem a donos diferentes, pode haver algum desvio no cumprimento das determinações. Conflitos não solucionados são resolvidos sob a ótica jurídica.

O relacionamento entre a matriz e as drogarias é formal e burocrático; entre as drogarias ocorre o mesmo. As drogarias de uma mesma rede são concorrentes entre si. Para uma unidade deixar de fazer parte da rede deve pleitear rompimento de contrato, cuja facilidade de obtenção classifica-se como média. A maior parte dos lucros destina-se ao franqueador. Todas as drogarias possuem *layout* próprio e padronizado.

Os fatores-chave para o sucesso das franquias, descritos no segundo capítulo, foram encontrados na Drogaria em Franquia, destacando-se a ligação operacional forte entre parceiros, relação estratégica, suporte por parte dos altos cargos, estilos gerenciais coordenativos e colaborativos, embora ainda pouco visualizado o interesse no futuro do parceiro.

Este modelo é caracterizado por já possuir de maneira estruturada a assistência de implementação, acesso a novos produtos e tecnologia; procedimentos, metodologias, papéis e sistemas já funcionando antes mesmo do estabelecimento das interfaces.

A franqueadora possui força organizacional, técnicas, financeiras e de *marketing*, somadas à disposição do franqueado para contribuir com capital, energia empreendedora e

compartilhamento de riscos, além da independência mútua, que, segundo Lynch (1994), são fatores que contribuem para o sucesso.

Os fornecedores das franquias são as distribuidoras. As drogarias são abastecidas de medicamentos, produtos de higiene, cosméticos e outros, porém, para este estudo, serão considerados apenas os medicamentos. As distribuidoras abastecem diretamente as drogarias, baseadas no histórico de vendas do dia anterior, repondo os itens vendidos. Localizam-se em grandes centros e bairros. Os Quadros 4.8, 4.9 e 4.10 assinalam a comparação entre Drogarias em Franquia, Grandes Redes, Drogarias Independentes e Drogarias em Associativismo.

Geralmente, as DF estão localizadas em bairros e consideram como principais concorrentes as drogarias das GR. Não há dados sobre o tamanho da sua área interna.

As DF estudadas estão classificadas basicamente nas categorias um e dois, com volume mensal de compras inferior a US$ 4.000,00 e entre US$ 4.000,01 a US$ 8.000,00, respectivamente, conforme classificação do PDR.

Souza (1995) diz que o modelo de coordenação, comentado no segundo capítulo e representados pelas Drogarias em Franquias e Drogarias em Associativismo, tem maior chance de sobrevivência. Isso é explicado por Lynch (1994), quando afirma que interfaces altamente estruturadas, administradas e gerenciadas, com riscos controlados com antecedência representam um dos principais motivos para a taxa de sucesso de alianças por franquia.

Para Lynch (1994), Lipnack e Stamps (1994) e Casarotto Filho e Pires (2001), aliança estratégica é uma forma de diminuir riscos e ganhar sinergia, pois nenhuma empresa pode isoladamente fazer tudo o tempo todo.

Por outro lado, para Lynch (1994), alianças para criar equilíbrio financeiro em perigo produzirão resultados insatisfatórios. Crescimento por alianças requer métodos de gerenciamento novos, tornando-se arriscado aos não iniciados.

Observou-se, de maneira clara, a presença dos cinco princípios fundamentais descritos por Lipnack e Stamps (1994), presentes nas redes de sucesso: propósito unificador, participantes independentes, interligação, níveis interativos e líderes.

Segundo Lipnack e Stamps (1994), é necessário coragem para acreditar que trabalhar com concorrentes seja mutuamente proveitoso tendo que abrir mão de alguma parcela do poder de controle, comentado no modelo DF.

4.3.2.3.2 Particularidades da Rede de Franquia

O Quadro 4.7 apresenta a rede de Drogaria em Franquia que faz parte do estudo. Pesquisou-se também a Drogaria Estrela Galdino[15], mas não foi incluída no estudo pelo fato de não pertencer ao Estado de São Paulo.

Quadro 4.7 – Redes de franquia que participaram do estudo

Empresa	Fundação	Modelo	Total unidades	Cidades situadas	Fornecedores	Abastecimento de medicamentos
Farmais	1994	Franquia	613	Estados de SP, RJ, SC e PR, MS, MG, RS	Predimar Dist. Farmacêutica (mesmo grupo)	Distribuidora

Fonte: Elaboração própria.

Farmais Franchising S/C Ltda., a primeira a adotar o sistema de franquia de conversão, foi fundada no Rio de Janeiro em 1994. Possui unidades também nos estados de São Paulo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Difere da franquia convencional, ficando o franqueado responsável pelos custos de mudança do *layout* (RIBEIRO, 1999). Atualmente possui 613 drogarias franqueadas. Nenhuma delas é unidade própria.

A matriz franqueadora tem a sua sede em São Paulo, ficando o franqueado responsável pela administração do ponto de venda.

A recepção dos pedidos é feita *on line*, diretamente para o escritório central da Farmais em São Paulo. Uma rede de comunicação, estabelecida entre a franqueadora e os distribuidores, garante o abastecimento diário das lojas em todas as regiões de atuação.

[15] A Drogaria Estrela Galdino tem sua sede na cidade de Salvador (BA), com 26 drogarias, sendo 10 unidades próprias e 16 franqueadas.

Conforme a ABF (2004), o faturamento médio de uma drogaria é de R$ 75.000.00 e requer um capital de instalação de R$ 3.500,00 - R$ 70.000,00, com retorno em 18 –30 meses. A taxa de franquia varia de R$ 4.500,00 a R$ 9.000,00; para uma franquia de conversão, isto é, para a transformação de uma drogaria existente em uma unidade da Farmais, a taxa é menor e para uma nova loja, a taxa é maior. Além disso, há uma taxa de propaganda e taxa de *royalties*.

Requer-se do candidato franqueado:

- Ter experiência anterior de, no mínimo, dois anos à frente de uma drogaria;
- Ter conhecimentos profissionais na área farmacêutica;
- Gerir, na própria unidade, todas as ações da franquia;
- Possuir capacitação financeira, em condições de assumir compromissos de investimento em longo prazo;
- Ter domínio conceitual e prático de princípios organizacionais e de gestão, no que se refere ao planejamento, direção e controle de seu negócio, entre outros.

Segundo a assistente de *marketing* da Farmais, Yamazaki (1998), o sistema de *franchising* é utilizado pela Farmais com o objetivo de conceder a outras empresas a oportunidade de aplicar uma metodologia e uma filosofia de trabalho bem sucedida. É uma estratégia viável para a empresa crescer e se desenvolver a custos relativamente baixos, sem perda de qualidade no atendimento ou abastecimento, uma vez que o franqueado, por ser o dono da drogaria, seguramente fará o melhor possível para seguir os padrões administrativos e operacionais adotados na rede.

Comenta ainda que a Farmais está franqueando seu *know-how* na forma de conversão de drogarias já em operação, ao sistema operacional Farmais. Cita como vantagens oferecidas: o serviço de seleção e avaliação de pontos comerciais; transferência de direito de uso da marca, logotipo e outros sinais visuais; projeto arquitetônico; apoio comercial, promocional e publicitário; assessoria por meio dos consultores comerciais – assessoria de campo; manuais; treinamento de atualização e reciclagem dos funcionários da Franquia, além da central de negociações e compras e assessoria de imprensa.

A Farmais tem uma linha com produtos de marca própria, que inclui cosméticos, produtos de beleza e primeiros socorros. Para Paulo Shima, diretor da rede, segue todos os requisitos exigidos pela legislação e faz os registros de todos os produtos que devem ser regulamentados pela ANVISA. Segundo ele, o objetivo de ter marcas próprias é o consumidor ter contato com a marca da rede e associá-la a produtos de qualidade.

4.3.2.3.3 Contexto institucional

Na divulgação e promoção da franquia, atua a Associação Brasileira de Franquia (ABF), que é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 1987. Sua missão é divulgar, defender e promover o desenvolvimento técnico e institucional desse moderno de sistema de negócios.

Para isso, congrega todas as partes envolvidas na franquia, franqueadores, franqueados, consultores e prestadores de serviços.

A entidade dedica-se à promoção de conferências, simpósios, seminários, palestras, cursos, além de encontro de formação técnica sobre o *Franchising*.

4.4 Comparação entre os modelos

No Quadro 4.8 estão apresentadas as formas de coordenação dos recursos das Grandes Redes, Associativismo e Franquia. O Quadro 4.9 faz comparação entre GR, DI, DA e DF, em localização, principais concorrentes, relação com o cliente, fluxo de clientes, área interna útil, fornecedores, fundação.

Quadro 4.8 – Formas de coordenação de recursos

Atributos	Grandes Redes	Franquias	Associativismo
Base Normativa	Direito individual de propriedade	Contrato de adesão	Estatuto
Solução de conflitos	Com base na propriedade	Jurídicos	Negociado no Conselho
Grau de flexibilidade (possibilidade de mudança de regras)	Baixo	Baixo	Médio a alto
Facilidade para as partes abandonarem a rede	Baixo	Médio	Alto

Grau de compromisso com as regras operacionais estabelecidas	Alto	Alto	Médio para baixo
Clima de relacionamento das partes da rede	Formal e burocrático	Formal e burocrático	Aberto
Ganho das partes da rede com a relação	Colhidos pelo proprietário da empresa	Na maior parte com o franqueador	Distribuídos na rede
Ações entre agentes	Hierárquico	Coordenadas pelo franqueador	Articuladas
Capacidade de coordenação das partes envolvidas	Alta	Alta	Média a baixa

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 4.9 – Comparação entre os modelos

Item	GR	DI, DA, DF
Localização	Grandes centros	Bairros
Principais concorrentes	Drogarias das Grandes Redes	Drogarias das Grandes Redes
Relação com o cliente	Comercial	Fortes laços
Fluxo de clientes	Alto	Médio / Baixo
Área interna útil	Maior	Menor
Fornecedores	Laboratórios / Distribuidoras	Distribuidoras

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que as estratégias de mercado procuradas pelas GR e pelas drogarias dos outros três modelos (DI, DA, DF) são diferentes. A estratégia das GR é obter alta rotatividade de público, manter seus estabelecimentos em local de alta concentração de pessoas, não estabelecer laços com o cliente, ou seja, procura manter um relacionamento profissional / comercial, enquanto os outros modelos, estão situados em regiões de pouco movimento, geralmente em bairros, procurando manter fortes laços com o público e tendo pouca rotatividade. As GR, por terem um volume de compras representativo quando comparado com os outros modelos, conseguem comprar diretamente dos laboratórios farmacêuticos, sem intermediação das distribuidoras, trazendo vantagens competitivas.

Nesse ponto, sobre o fornecimento de medicamentos, percebeu-se que o modelo de DA pouco explora a suposta vantagem de se conseguir melhores preços, devido ao volume da compra em conjunto. Fica evidente a dificuldade da prática do trabalho em conjunto.

A princípio, imaginou-se que a união de Drogarias Independentes pudesse proporcionar maior poder de negociação com os laboratórios e distribuidoras, trazendo vantagens comercias,

como ocorre com as GR. Entretanto, tal não ocorreu na prática, possivelmente pelo fato da grande dificuldade dos dirigentes em trabalhar pelo coletivo. Por esse motivo, as DA perderam oportunidades comerciais e credibilidade por parte dos laboratórios e distribuidoras. Deve-se entender que o ocorrido fez parte do aprendizado dos microempresários pouco qualificados quanto à forma de gestão e pouco preparados para lidar com o novo cenário que surgiu com a implantação do Plano Real.

Em todas as DA estudadas, constataram-se pontos em comum quanto às expectativas e dificuldades encontradas na implementação da Associação.

As expectativas eram:

- Contratação de consultoria para apoiar e orientar a formação da rede;
- Idéia pré-concebida de que quanto mais drogarias associadas, mais poder de negociação teriam junto aos fornecedores;
- Resolução de todos os problemas já instalados com a implementação do Plano Real, pelo simples fato de pertencerem a uma associação;
- Proprietários achavam que sozinhos administrariam toda a rede, esquecendo-se de que há profissionais especializados nesse tipo de negócio;

Os problemas encontrados foram:

- Recusa dos proprietários em aceitar investir na associação;
- Recusa dos proprietários em aceitar que a central de compras negociasse para o grupo e comprasse dos fornecedores escolhidos;
- Despreparo dos funcionários e proprietários devido à falta de profissionalização do setor;
- Falta de visão empreendedora por parte dos proprietários;
- Inexperiência de todo o grupo;
- Dificuldade de reunir os associados em reuniões / assembléias;
- Reconhecimento de ser um erro a tentativa de reunir o máximo possível de associados;
- Dificuldade em acreditar que seria necessário investir;
- Interesses individuais sobrepondo-se ao interesse coletivo.

Medidas tomadas pela associação:

- Eliminar do quadro as drogarias menos eficientes;
- Investir em treinamento.

As razões pelas quais todos os modelos citam as Grandes Redes como as principais concorrentes podem ser explicadas pelo fato de possuírem uma área útil maior, com *layout* interno moderno e padronizado, pelo qual os clientes podem circular com maior facilidade e também pelos serviços prestados como cartões de fidelidade, produtos dedicados a públicos específicos, canal de comunicação com o cliente, auto-serviço, além das vantagens de comprar diretamente dos laboratórios. Notou-se também que as GR foram pioneiras na informatização das suas drogarias, na introdução do auto-serviço, proporcionando maior liberdade aos clientes, por meio de gôndolas e no *check out*.

Em geral, os modelos DI, DA e DF têm a vantagem de poder notar essas mudanças e inovações iniciadas pelas GR e adaptá-las em suas drogarias, sendo mais evidente nas DI. Preferem manter o seu modelo, com liberdade de decisão e copiar o que for possível.

O Quadro 4.10 apresenta a comparação entre os modelos quanto às vantagens em imagem da drogaria, propaganda e *marketing*, organização da drogaria, *mix* de produtos, barganha na compra, operação com estoque baixo. Os modelos em rede (DA e DF) e GR mostram mais vantagens em relação às DI.

Os modelos DA e DF possuem maiores vantagens em relação às DI quanto à imagem, propaganda e *marketing* - devido à presença na mídia e padronização das drogarias. A barganha nas compras é maior nas GR e menores nas DF e DA.

Quadro 4.10 – Vantagens entre os modelos

Tipos de vantagem	**Modelos**		
	GR	**DA / DF**	**DI**
Imagem da drogaria	sim	sim	não
Propaganda e MKT	sim	sim	não
Organização	sim	sim	sim
Mix de produtos	sim	sim	sim
Barganha na compra	sim	parcial	não
Operação com estoque baixo	sim	sim	sim

Fonte: Elaboração própria.

As DA e DF levam grande vantagem em relação às DI por terem a comunicação fortalecida pela mídia e difundirem sua marca nas cidades onde atuam, além de migrarem para outras iniciativas, como a venda de produtos com marca própria, como a FAESP e Farmais, a fim de concorrer em um mercado atomizado.

A principal diferença entre DA e DF está na forma de coordenação, evidenciando que poder ser um fator determinante para o sucesso.

Capítulo 5

Conclusões e Sugestões para Próximos Trabalhos

O estudo do varejo farmacêutico demonstrou que o segmento, que era tradicionalmente composto pelas Grandes Redes e Drogarias Independentes, após 1994, incorporou outros dois novos modelos de drogarias, representados pelas Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia (surgidos a partir das Drogarias Independentes). Essas mudanças foram desencadeadas pela ação combinada de três fatores ambientais: pela implantação do Plano Real (devido à estabilização econômica), pela alteração das condições básicas para obter lucro (devido à perda dos ganhos inflacionários) e pelo perfil do novo consumidor (que ficou mais exigente, possivelmente devido ao Código de Defesa do Consumidor).

Houve necessidade de pensar novos arranjos organizacionais para atenuar as fragilidades identificadas. Em resposta a tais mudanças, as drogarias tiveram que buscar alternativas para substituir o que haviam perdido do período inflacionário, e nesse caminho, encontraram as alianças pelo Associativismo e pela Franquia..

Nesse novo cenário, observou-se que as Grandes Redes cresceram pela expansão interna, com a aplicação de capital em tecnologias, treinamento dos funcionários, saindo na frente na implantação das inovações. Parte das Drogarias Independentes depositou seus esforços em crescer por meio das *alianças,* do Associativismo e da Franquia, como forma de diminuir os riscos e ganhar vantagem competitiva. A outra parte decidiu não se associar a nenhum dos modelos.

No cenário tradicional, as DI eram conduzidas por uma gestão não profissionalizada e familiar, grandes estoques, concorrência por preço e prazo, relação pouco próxima ao cliente e altos ganhos devido ao processo inflacionário.

Já no cenário atual, ficam claras as mudanças concernentes à gestão, processo, pessoal e clientes. As DI, DA e DF passaram a operar não mais com estoques altos e por preço e prazo; preocupam-se com o valor agregado ao serviço prestado, atuam em nichos específicos, focam maior ênfase no *marketing*; visam à eliminação de estoques, à informatização da drogaria, à agilidade com *check out,* ao auto-serviço, à diversificação dos serviços oferecidos pela drogaria e à exposição dos produtos em gôndolas. Ademais, há preocupação com a capacitação dos gestores e funcionários das drogarias, alterações no relacionamento com o cliente e fidelização.

Essas mudanças foram positivas para o segmento, contribuindo imensamente para a modernização, profissionalização e amadurecimento dos envolvidos, gestores e funcionários.

Foram constatados alguns pontos em comum, quanto às expectativas dos gestores e dificuldades na pós-implantação das Drogarias em Associativismo. Quanto às expectativas iniciais, os dirigentes achavam que a associação seria a solução de todos os problemas, desconsiderando o fato de que, para a boa performance coletiva, é fundamental a boa performance individual. Quanto às dificuldades, as principais relatadas envolviam os gestores, que não aceitavam investir na associação, não aceitavam que a central de compras negociasse para a sua drogaria, não tinham, em geral, visão empreendedora, manifestavam dificuldade em reunir os associados em assembléias bem como a falta de profissionalização do setor.

Soma-se a isso, a prevalência da concorrência à cooperação (*co-opetition*), considerada pelos autores um fator de equilíbrio.

Finalmente, com o passar do tempo, os dirigentes das DI perceberam que foi um erro a tentativa de reunir o máximo possível de associados, confirmando que uma associação forte e sólida se produz com parceiros também fortes, contrapondo a expectativa inicial (quanto mais, melhor) em que os interesses individuais se sobrepunham aos interesses do coletivo.

Dentre todos os obstáculos, a inexperiência administrativa dos gestores e o temor a mudanças foram os maiores a serem superados. Os dirigentes são resistentes a ações conjuntas

principalmente no que se refere à compra centralizada, não conseguindo visualizar os benefícios da especialização e das relações de complementariedade e de cooperação. Isso se torna mais nítido no Associativismo e menos na Franquia, pois nesta última as drogarias tinham todo o *know how* do franqueador, o que já não ocorria no Associativismo. Essa dificuldade foi encontrada nas Drogarias Independentes e não observada nas Grandes Redes.

Tomando como base as colocações de Lipnack e Stamps (1994), comentadas no segundo capítulo, como forma de resolver os problemas retratados, sugere-se que essas drogarias façam negócios em conjunto, porém mantendo-se independentes, com suas próprias finanças, funcionários e, ao mesmo tempo, atuando como se fossem uma só, somando recursos e fazendo intercâmbios complementares. Para tanto, é relevante frisar que essas equipes requerem uma nova modalidade de pensamento para que possam ter êxito, superando as barreiras descritas. O grupo precisa ter alguma razão para cooperar, propósito compartilhado por todos os envolvidos, grupo constituído por participantes capazes de autogerenciamento e independentes. Entretanto, essas características não foram observadas nas Drogarias em Associativismo estudadas.

Nas drogarias que optaram pela aliança por franquia, muitos dos problemas enfrentados pelas Drogarias em Associativismo não ocorreram, possivelmente pelo fato de estarem, desde o início, respaldadas pelo franqueador, com os procedimentos, metodologias, orientação em *marketing*, treinamento, papéis e sistemas funcionando antes que as interfaces fossem formadas efetivamente. Tais aspectos são encontrados também nas Grandes Redes, por já estarem bem estruturadas.

A análise do perfil do varejo farmacêutico comprovou que prevalecem as Drogarias Independentes, com 95% contra 5% das Grandes Redes. As drogarias da categoria cinco apresentaram as maiores vendas *per capita*. Comparando a média de vendas das Drogarias Independentes com as Grandes Redes, as Drogarias Independentes vendem em média 68,5% contra 31,5% das Grandes Redes.

Comparando os modelos em rede quanto à forma de coordenação dos recursos, o modelo das Grandes Redes e das Drogarias em Franquia são parecidos e mostraram-se como um fator fundamental para o sucesso do negócio. Em relação à localização, relação com o cliente, fluxo de clientes, área interna útil e fornecedores, as Drogarias Independentes, Drogarias em

Associativismo e Drogarias em Franquia se assemelham muito entre si e as Grandes Redes possuem características próprias nesses aspectos. Único ponto em comum entre os quatro modelos: julgaram as Grandes Redes como as principais concorrentes.

Refletimos que a estratégia de mercado procurada pelas Grandes Redes e pelas drogarias dos outros três modelos (Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismo, Drogarias em Franquia) é diferente. A estratégia das Grandes Redes consiste em: obter alta rotatividade de público, manter seus estabelecimentos em local de alta concentração de pessoas, não estabelecer laços com o cliente, mas sim procurar manter um relacionamento profissional e comercial, enquanto os outros modelos, situados em regiões de pouco movimento geralmente bairros, procuram manter laços com o público e a rotatividade é pequena.

As Grandes Redes, por terem um volume de compras representativo, quando comparado com os outros modelos, conseguem comprar diretamente dos laboratórios farmacêuticos, sem intermediação das distribuidoras. O modelo de Drogarias em Associativismo pouco explora o potencial de conseguir melhores preços em função do maior volume derivado das compras conjuntas, dadas as dificuldades de coordenação dos interesses distintos das partes envolvidas. Fica evidente a dificuldade da prática do trabalho em conjunto.

A princípio, imaginou-se que a união de Drogarias Independentes pudesse proporcionar maior poder de negociação com os laboratórios e distribuidoras, trazendo vantagens comerciais, como ocorre com as Grandes Redes. Entretanto, isso não ocorreu na prática, possivelmente pela grande dificuldade dos dirigentes em trabalhar pelo coletivo. Pelo motivo referido, as Drogarias em Associativismo perderam oportunidades comerciais e credibilidade por parte dos laboratórios e distribuidoras. Contudo, a experiência fez parte do aprendizado dos microempresários pouco qualificados quanto à forma de gestão e pouco preparados para lidar com o novo cenário surgido com a implantação do Plano Real.

As razões pelas quais os empresários que aderiram aos diferentes modelos, se referem às Grandes Redes como as principais concorrentes podem ser explicadas pelo fato de possuírem uma área útil maior, com *layout* interno moderno e padronizado, pelo qual os clientes podem circular com maior facilidade e também pelos serviços prestados como cartões de fidelidade, produtos dedicados a públicos específicos, canal de comunicação com o cliente, auto-serviço,

além da vantagem de comprar diretamente dos laboratórios. Observou-se, ainda, que as Grandes Redes foram pioneiras na informatização das suas drogarias, na introdução do auto-serviço, proporcionando maior liberdade aos clientes, por meio de gôndolas e no *check out*.

Em geral, os modelos Drogarias Independentes, Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia têm a vantagem de poder examinar essas mudanças e inovações iniciadas pelas Grandes Redes e adaptá-las em suas drogarias, sendo mais evidente nas Drogarias Independentes. Reparou-se que as Drogarias Independentes preferem manter o seu modelo, com liberdade de decisão e copiar o que for possível.

A grande vantagem das Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia em relação às Drogarias Independentes é a comunicação fortalecida por estar na mídia e sua marca difundida nas cidades onde atuam, além de migrarem para outras iniciativas, como a venda de produtos com marca própria, como a Farmais e associações vinculadas à FAESP, a fim de concorrer em um mercado atomizado.

Sobre a deficiência de *marketing*, as Grandes Redes, Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia ficaram respaldadas por haver um propósito em divulgar a sua marca na mídia, entretanto as Drogarias Independentes ficam descobertas. Pensando nisso, houve esforço por parte de algumas distribuidoras em auxiliar as Drogarias Independentes em questões de *marketing*, com o intuito de torná-las mais rentáveis e conseqüentemente, fazê-las comprar mais produtos.

Nota-se que preço e *delivery* não são mais diferenciais competitivos. A qualidade dos produtos que se vendem em uma drogaria é basicamente a mesma que em outra. Então, o desafio é trabalhar com algo que não se refira diretamente ao produto da drogaria – serviço agregado. O produto fará parte de um *mix* de ações. A idéia é incentivar o cliente a ir para o lado de dentro do balcão. Varejistas dizem que o cliente procura só preço e é verdade quando não existem outros diferenciais que possam interessá-lo.

Quanto à qualidade no atendimento, os empresários perceberam o grande despreparo dos funcionários, ficando evidente a urgência em investir no treinamento da equipe. Mesmo porque a

postura dos clientes havia mudado, ficaram mais exigentes e, assim, os funcionários não poderiam permanecer atuando da mesma forma.

Nas drogarias estudadas, prevalecem os problemas como as deficiências de *marketing*, baixa qualidade no atendimento ao cliente, tendência à imitação entre os competidores, baixa atualização de tecnologia e até mesmo a falta de preparo dos atores. Considerando a abordagem de Lipnack e Stamps (1994) sobre participantes independentes, por exemplo, serem pessoas e grupos que cooperam com competências específicas para que o propósito compartilhado seja alcançado, somado à abordagem de Souza e Bacic (1998) sobre o conjunto de problemas típicos das PMEs inseridos em mercados competitivos com baixa produtividade, deficiências de *marketing*, baixa qualidade, tendência à imitação entre os competidores, evidencia-se a contradição em se querer obter vantagem competitiva por meio das redes e não se ter estrutura que suporte isso. Constatou-se que os dirigentes entraram nos negócios de forma irrefletida.

Na franquia, *co-opetition* (cooperação e competição) é regulada pelo franqueador, ou seja, os franqueadores não aprendem o conceito, não faz parte do seu dia-a-dia. Já no associativismo o aprendizado é maior, ou seja, há maior possibilidade de aprendizado, entretanto, pouco explorado.

O Quadro 5.1 mostra os principais pontos citados pelos autores consultados, referenciados no segundo capítulo, os quais foram comprovados na prática.

Quadro 5.1 – Abordagem dos autores sobre alianças verificadas neste estudo

Autor	Pareceres dos autores
Souza (1995)	- A noção de eficiência coletiva não pode ser associada diretamente à ausência de conflitos ou de competição entre as empresas do agrupamento – umas crescem e outras decrescem. - "Aglomerações" diferem de "ações conjuntas e coordenadas". - Drogarias do modelo de coordenação (DF) que superarem as restrições do varejo farmacêutico, certamente terão existência assegurada. - PME em cenário competitivo (primeira trajetória) podem, oportunamente, associar-se ao modelo comunitário (DA) e comprometer o desempenho do modelo. - PMEs que integram o modelo comunitário estão mais protegidas relativamente às PMEs não organizadas em rede.
Lynch (1994), Lipnack e Stamps (1994) e Casarotto Filho e Pires (2001)	- Alianças estratégicas (DA e DF) são uma forma de diminuir riscos e ganhar sinergia, pois nenhuma empresa pode, isoladamente, fazer tudo o tempo todo.

Lynch (1994)	- Alianças para criar equilíbrio financeiro em perigo produzirão resultados insatisfatórios. - Crescimento por alianças (DA e DF) requer métodos de gerenciamento novos, tornando-se arriscado aos não iniciados. - Empresa que esteja em declínio e procure uma aliança para sobreviver será parceiro impossível. - Interfaces altamente estruturadas, administradas e gerenciadas, riscos bem controlados com antecedência, representam um dos principais motivos para a taxa de sucesso de alianças por franquia.
Casarotto Filho e Pires (2001)	- Cooperação não é prática enraizada no Brasil: processo de longa duração. - Em 1994, com o Plano Real, diminuiu o grau de liberdade dos ganhos.
Lipnack e Stamps (1994)	- É necessário coragem para acreditar que trabalhar com concorrentes seja mutuamente proveitoso, tendo que abrir mão de alguma parcela do poder de controle. - Temor de mudanças é o maior impedimento ao êxito. - Fatores para o sucesso: ▪ Propósito – ex: proporcionar treinamento em conjunto, efetuar aquisições conjuntas. ▪ Participantes independentes: compartilhar trabalho não significa perder a independência; entretanto, quando não existe cooperação para contrabalançar, a competição pode desestruturar a rede. ▪ Interligações – comunicação. ▪ Líderes – assumem e mantêm compromissos. Conta-se com ajuda de consultores. ▪ *Coopetition*
Souza e Bacic (1998; 2000)	- Ações coletivas exigem disposição, responsabilidade e participação ativa dos atores. - Aspectos estruturais = diminuir as forças que elevam a rivalidade. - Comportamentais = cooperação competitiva diminui a rivalidade e aumenta a ação conjunta. - Posicionamento estratégico = procura de posições competitivas individuais. - Potencialidade das PE não é transformada em vantagem competitiva devido à resistência dos dirigentes à ação conjunta. - Não há como separar a propriedade da gestão e a interferência de interesses familiares no negócio.

O objetivo desta pesquisa foi descrever as possíveis formas de organização das drogarias no varejo farmacêutico e a influência que o meio externo exerce sobre elas. Adicionalmente, estudar por quê ocorreram mudanças no modelo de organização das drogarias. Observou-se que as drogarias das categorias um a cinco conseguiram sobreviver. Elas buscam as mesmas vantagens das Grandes Redes, mas não necessariamente as obtêm na mesma proporção.

Desta forma, pode ser que os modelos em rede não propiciem às Drogarias em Associativismo e Drogarias em Franquia a mesma profundidade de vantagens obtidas pelas Grandes Redes, dado que obtêm custo de coordenação, dentre outros. Ficam em vantagem as Drogarias Independentes, mas não chegam ao nível das Grandes Redes.

Sugestões para trabalhos posteriores: avaliação do desempenho das drogarias dentro dos modelos estudados; avaliação estatística, discriminando as drogarias não apenas em suas categorias - pois se conseguem avaliar não somente Drogarias Independentes (DI, DA e DF) como um todo - mas também os modelos separadamente; avaliação da maneira como o modelo em rede se distribui no espaço geográfico, porque se nota que, no interior, não há a pressão das Grandes Redes sobre as pequenas, como ocorre nas grandes cidades.

Formula-se a hipótese: “a pressão competitiva das Grandes Redes leva à formação do modelo em rede”, cuja resposta pode ser desenvolvida em um estudo sobre o tema.

Referências Bibliográficas

ACNIELSEN. *Censo ACNielsen 2000*: índice ACNielsen farma-cosméticos. Disponível em: http://www.acnielsen.com.br/varejo/accosmetico.htm > Acesso em: fev. 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDES DE FARMÁCIAS E DROGARIAS. Disponível em: <http://www.abrafarma.com.br/nosassoc.htm>. Acesso em: 02 dez. 2003.

BACCI, W. Entrevista. São Paulo: s.ed., 2000. Concedida em: 20 dez.

BACIC, M. J. Pensando políticas para as PEs: importância das formas de inserção e as condições de apropriação dos benefícios. *Revista Estudos Empresariais*, Brasília, ano 3, n. 3, p.3-16, set./dez. 1998.

BARROS, F. C. Farmácias e drogarias. *Panorama setorial Gazeta Mercantil*, São Paulo, v. 1, p.178, jun. 1999.

BONACELLA, L. H. A força da união: depoimento. Entrevistador: Ana Maria Ribeiro. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, n. 117, p.82-86, ago. 1998.

BONACELLA, L. H. Entrevista. São Paulo: s.ed, 1999. Concedida em: 2 fev.

BRASIL. Lei nº 8.955, de 15 de dezembro de 1994, dispõe sobre o contrato de franquia empresarial (franchising) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 dez. 1994.

CALLEGARI, L. A indústria farmacêutica. *Panorama Setorial Gazeta Mercantil*, São Paulo, v. 1, p.198, maio 2000.

CANDIDO, G.; ABREU, A. Aglomerados industriais de pequenas e médias empresas como mecanismo para promoção de desenvolvimento regional. *Revista Eletrônica de Administração*, v. 6, n. 6, dez. 2000. Disponível em: <read.adm.ufrgs.br/read18/artigo/artigo4.PDF>. Acesso em: 30 jan. 2004.

CASAROTTO FILHO, N.; PIRES, L. H. *Redes de pequenas e médias empresas desenvolvimento local*: estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência italiana. São Paulo: Atlas, 2001. 173p.

CERQUEIRA, A. Associativismo em ascensão. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, p.44-48, mar. 2001.

DISTRIBUIDORA Farmacêutica Panarello. Disponível em: <www.panarello.com.br>. Acesso em: fev. 2004.

DOMINGUES, R.; BACIC, M. J. *Associativsimo*. São Paulo: Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias. Disponível em: <http://www.febrafar.com.br/telas/palestras.asp>. Acesso em: out. 2006.

DROGA RAIA. Disponível em: <www.drogaraia.com.br/site/>. Acesso em: jan. 2000.

DROGA RAIA. Disponível em: <www.drogaraia.com.br/site/>. Acesso em: mai. 2001.

FRENKEL, J. *Estudo da competitividade de cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas livre de comércio.* Campinas, 2002. Disponível em: < http://www.eco.unicamp.br/Neit/cadeias_integradas/NT_FINAL_Farmaceutica.pdf>. Acesso em: mar. 2006.

INTERCONTINENTAL MARKETING SERVICE. *Pharmaceutical Market Brazil*. Suiça: IMS Health I. G., 2000. 700p.

_____. *Pharmaceutical Market Brazil*. Suiça: IMS Health I. G., 2002. 700p.

_____. *Pharmaceutical Market Brazil*. Suiça: IMS Health I. G., 2003. 700p.

_____. *Pharmaceutical Market Brazil*. Suiça: IMS Health I. G., 2004. 700p.

KOBAYASHI, J. Entrevista. Campinas: s.ed. 1998. Concedida em: 07 jul.

KOBAYASHI, J. Entrevista. Campinas: s.ed. 2001. Concedida em: 29 set.

KOBAYASHI, J.; CARVALHO, L. FAESP promove encontro em São Paulo: depoimento. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, p.46, jul. 1998.

LEWIS, J. *Alianças estratégicas - estruturando e administrando parcerias para o aumento da lucratividade*. São Paulo: Pioneira, 1992. 359p.

LIPNACK, J.; STAMPS, J. *Rede de informações*. São Paulo: Makron Books, 1994. 422p.

LYNCH, R. P. *Alianças de negócios*: uma arma secreta, inovadora e oculta para vantagens competitivas – como planejar, negociar e gerenciar parcerias estratégicas. São Paulo: Makron Books, 1994. 451p.

MARIANO, J. A. A farmácia entra na infovia. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, p.48-50, fev. 1995.

MARIANO, J. A. Editorial. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, jan. 1997.

MARINS FILHO, L. A. É preciso se antecipar ao cliente: depoimento. Entrevistador: José Antonio Mariano. *Revista Pharma Business*, São Paulo, n. 3, p.7-9, jun. 2000.

MELLO, J. E. B. Entrevista. São Paulo: s.ed, 2001. Concedida em: 10 out.

OKADA, M. C. P. Entrevista. São Paulo: s.ed., 2000a. Concedida em: 01 abr.

OKADA, M. C. P. Ética no associativismo. S.l.: s.ed., 2000b. (Mensagem manuscrita).

REVISTA Farmacêutica Kairos. Farmed revoluciona setor farmacêutico. São Paulo, p.50-52, mai. 1999.

REVISTA M.F. Abrafarma. São Paulo, p.19, jun-jul. 1999.

RIBEIRO, A. M. Drogarias investem na qualificação dos funcionários. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, p.89-92, set. 1998.

RIBEIRO, A. M. Um futuro promissor. *Revista Farmacêutica Kairos*. São Paulo, p.78-82, out. 1999.

SERPENTINO, F. Crescendo no interior: depoimento. Entrevistador: Adimilson Cerqueira. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, n. 142, p.114-118, set. 2000.

SOUZA, M. C. A. F. *Influência da estrutura organizacional e perfil gerencial sobre o desempenho da empresa*: uma análise em empresas do setor de cerâmica branca no município de Pedreira. 1982. Tese (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1982.

_____. *Pequenas e médias empresas na reestruturação industrial*. Brasília: Edição SEBRAE, 1995. 255p.

SOUZA, M. C. A. F.; SUZIGAN, W.; ALVES, M. M. *Coordenadores inserção competitiva das empresas de pequeno porte.* Brasília: MICT; Campinas: UNICAMP, 1998.

SOUZA, M.C.; BACIC M. J. Potencialidades para induzir ações coletivas entre pequenas e médias empresas (PMEs) do setor de transformação de plástico do ABC paulista. In: Motta, Jorge (org). Lãs pequeñas y medianas empresas: Entorno, estrategias y potencial transformador. Córdoba: Instituto de Economia y Finanzas de la Universidad Nacional de Córdoba, 2000. p.131-154.

YAMAZAKI, A. Dados sobre drogarias em franquia. São Paulo: s.ed., 1998. (Mensagem manuscrita enviada por fax em 2 jun).

ZIDOI, P. Editorial. *Revista Farmacêutica Kairos*, São Paulo, fev. 1995.

Anexos

Anexo I – Questionário-guia

1 – Histórico da rede

- Desde quanto está no mercado?
- Quantas unidades há em Campinas, São Paulo?
- Em quais cidades estão localizadas?
- Como e por quê começou? Houve relação com o momento político da época?
- Quais foram as principais mudanças no setor farmacêutico?
- A rede é franquia, associativismo, capital do próprio dono, outros?. Explicar o processo.
- Quem coordena a rede?

2 – Matriz

- Quem coordena?
- Como é administrada?
- Missão da empresa?
- Onde está localizada a matriz?

3 – As drogarias

- Quantas são?

- Existe alguma relação de parceria entre as unidades, como troca de informações e de medicamentos?
- Quais são os direitos e deveres das unidades?

4 – Fornecedores

- Qual a relação mantida com os fornecedores?
- Quantos fornecedores a rede possui?
- Desde quando a distribuidora faz a intermediação na distribuição dos medicamentos?

5 - Clientes

- Qual o relacionamento com os clientes?

6 - Concorrentes

- Como encara a concorrência?
- Como se relaciona com a concorrência?
- Quais os principais concorrentes?
- Há cooperação entre os concorrentes? Há preservação do segmento farmacêutico?
- Quais as diferenças entre associativismo, franquia, independente? Citar outras formas existentes no mercado.

7 - Mercado

- Qual o público-alvo (clientes)?
- Qual o diferencial desta rede?
- O que é feito para aumentar as vendas?
- Qual é a estratégia de mercado?
- Quais as principais inovações que surgiram nos últimos anos no setor farmacêutico?
- Quais as perspectivas futuras?
- Diferenças e semelhanças entre os tipos de rede?

8 – Formação das redes

- Quais as estratégias?
- Quais as vantagens e desvantagens das redes?
- Como é feita a reposição de medicamentos?
- Possui depósito próprio?
- Faz estoque de medicamentos?
- Resultados antes e depois da formação da rede?
- Como é feito o *marketing*?
- Quais as principais dificuldades?
- O que é compartilhado entre as unidades, como aquisição de medicamentos e *marketing*?
- Qual o motivo que levou a formação da rede?
- Haverá mercado para as redes de drogarias e drogarias independentes?