

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

JOSÉ BATISTA DE OLIVEIRA FILHO

**O MERCADO FARMACÊUTICO DE VAREJO NO DISTRITO FEDERAL
DO BRASIL DE 2000 A 2012**

Brasília, 2013

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

JOSÉ BATISTA DE OLIVEIRA FILHO

**O MERCADO FARMACÊUTICO DE VAREJO NO DISTRITO FEDERAL
DO BRASIL DE 2000 A 2012**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Janeth de Oliveira Silva Naves.

Brasília, 2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino, estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1010129.

Oliveira Filho, José Batista de.
O48m O mercado farmacêutico de varejo no Distrito Federal do Brasil de 2000 a 2012 / José Batista de Oliveira Filho. -- 2013.
83 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2013.
Inclui bibliografia.
Orientação: Janeth de Oliveira Silva Naves.

1. Farmácias, drogas, etc. - Distrito Federal (Brasil).
2. Comércio varejista. I. Naves, Janeth de Oliveira Silva. II. Título.

CDU 615.011

JOSÉ BATISTA DE OLIVEIRA FILHO

**O MERCADO FARMACÊUTICO DE VAREJO NO DISTRITO FEDERAL
DO BRASIL DE 2000 A 2012**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 23 de julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Janeth de Oliveira Silva Naves

Universidade de Brasília – UnB (orientadora)

Prof^a. Dr^a. Noemia Uruth Leão Tavares

Universidade de Brasília – UnB (membro)

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro

Universidade de Brasília – UnB (membro)

Prof^a. Dr^a. Damaris Silveira

Universidade de Brasília – UnB (suplente)

Ao Eterno e Poderoso Deus, meu Pai Celestial.

Ao Mestre Jesus Cristo, Deus Filho, salvador e consumidor da minha fé.

Ao Espírito Santo, meu inspirador, ajudador e consolador.

Ao meu querido e saudoso pai natural, José Batista de Oliveira.

À minha amada mãe, Antônia Batista de Oliveira.

Aos meus queridos irmãos, Paulo Jorge Batista, Nara Rejane Batista de Araújo Marinho, Jorge Antônio Batista de Araújo e Sandro Bezerra da Silva e, em especial, à minha amada esposa, Hércia Chrystiane Corrêa Silva de Oliveira, e aos meus queridos filhos, Samuel Silva de Oliveira e Davi Silva de Oliveira.

AGRADECIMENTOS

Ao Rei dos séculos, Senhor dos senhores, imortal, invisível, ao único Deus sábio, que domina sobre tudo e todos.

À Jesus Cristo, Nome sobre todo nome, Mestre e Senhor, Maravilhoso, Conselheiro, Deus forte, Pai da eternidade, Príncipe da paz.

Ao Espírito Santo, Intercessor, que convence, conforta, consola, direciona, inspira. A honra, a glória, o louvor e a gratidão para sempre.

À minha orientadora professora doutora Janeth de Oliveira Silva Naves: um bom exemplo de farmacêutica, professora e pesquisadora –, que admiro e respeito. Muito obrigado pelos ensinamentos, acompanhamento, parceria, paciência, dedicação, atenção, orientações, conselhos, correções, profissionalismo e por propiciar as condições necessárias para o desenvolvimento e a execução deste trabalho.

À Marília Gabriela Pereira Godinho, estudante de Farmácia, pela parceria e colaboração na pesquisa com drogarias.

À Fernanda Laísa Ferreira Lustosa, estudante de Farmácia, pela parceria e colaboração na pesquisa com farmácias magistrais.

Ao Kiko Nascimento, designer gráfico, pela ajuda na confecção do mapa com as 30 Regiões Administrativas (RAs) do Distrito Federal.

À minha sobrinha, Priscilla Sales Romão Silva, pelas dicas com o Microsoft Excel.

Ao professor Elcias Rodrigues Silva, pela revisão estatística executada e incentivos dispensados.

À Aline Duarte Folle, doutoranda em ciências farmacêuticas, pela revisão crítica realizada e o apoio dedicado.

Aos professores da Universidade de Brasília (UnB): Edgar Merchán-Hamann, Pedro Luiz Tauil, Elisabeth Carmen Duarte, Daphne Rattner, Margarita Urdaneta, Maria Regina Fernandes de Oliveira, Janeth de Oliveira Silva Naves, Maria Inês de Toledo, Rafael Mota Pinheiro, Silvana Nair Leite Contezini, Dayde Lane Mendonça

da Silva, Eloisa Dutra Caldas, Maurício Homem de Mello, Francisco Assis Rocha Neves, Guilherme Martins Santos, Cláudio Lorenzo, Guilherme Martins Gelfuso, Marcílio Sérgio Soares da Cunha Filho, pela generosa contribuição na minha formação profissional.

Ao farmacêutico Rogério Hoefler, do Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos (CEBRIM), pela prontidão na ajuda sempre que precisei.

À farmacêutica Cláudia Serafin, assessora técnica do Conselho Federal de Farmácia (CFF), pela gentileza das informações sobre o número de farmácias e drogarias brasileiras.

Aos colegas dos cursos de pós-graduação, mestrandos e doutorandos, pelos incentivos e companheirismo.

A todas as pessoas que, de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram com esta etapa da minha formação.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde (PPGCF/FS) da UnB, Iris e Kirla, pela disponibilidade e atenção.

Ao doutor Hélio José de Araújo – Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF), ao doutor Cláudio Marques Chaveiro – diretor tesoureiro do CRF-DF, e ao administrador do referido Conselho, o senhor Weverton de Lima Silva, por possibilitarem a execução desta pesquisa.

À gerente de fiscalização do CRF-DF, Vanessa Navarro de Miranda, pelo apoio, incentivo, colaboração e companheirismo durante o período do estudo, bem como aos demais colegas e amigos fiscais do CRF-DF, Kelly Cristina Costa Borges e Maurício Coelho Ferreira.

Aos servidores do CRF-DF: Paulo Roberto de Medeiros – Centro de Processamento de Dados (CPD); Kleber Divino Felisberto Teixeira, Patrick Fabiano Marcelino dos Santos, Maria Luciene de Carvalho Porto, Iria Castro Marin – Departamento de Fiscalização; Maria Neusa Gomes da Silva – Departamento Jurídico, pelo apoio, incentivo e companheirismo no decorrer do trabalho.

Ao meu saudoso e respeitável pai, José Batista de Oliveira, e à minha mãe querida, Antônia Batista de Oliveira, mulher forte e batalhadora. Obrigado por me guiarem pelo caminho certo.

Aos meus irmãos, Paulo Jorge Batista, Nara Rejane Batista de Araújo Marinho, Jorge Antônio Batista de Araújo e Sandro Bezerra da Silva, pelas oportunidades de concretizar sonhos.

À Hércia Chrystiane Corrêa Silva de Oliveira, minha esposa amada, pela ajuda, força, convívio, compreensão e paciência, mas, principalmente, por me ensinar a amar e a ser amado.

Aos meus queridos filhos, Samuel Silva de Oliveira e Davi Silva de Oliveira, por aceitarem a minha ausência durante a pesquisa e os estudos.

Enfim, à minha família e a todos os meus amigos, minha gratidão!

*“Aquele que começou a boa obra em mim é fiel pra completá-la
até o fim”
(Diante do Trono, Filipenses 1.6)*

*“Como um farol que brilha à noite,
Como ponte sobre as águas,
Como abrigo no deserto,
Como flecha que acerta o alvo,*

*Eu quero ser usado, da maneira que Te agrade,
Em qualquer hora e em qualquer lugar,
eis aqui a minha vida,
Usa-me, SENHOR, usa-me...”
(Aline Barros)*

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo investigar o comércio varejista de medicamentos e ofertar elementos para o conhecimento do estado atual e de distribuição das farmácias e drogarias no Distrito Federal. Faz-se importante salientar que as farmácias são percebidas como os locais de busca por cuidados para a saúde, e devem ser observadas como cenário para a promoção do uso racional de medicamentos e educação em saúde das comunidades a que servem. Neste sentido, fez-se uma investigação sobre os aspectos do comércio varejista de medicamentos nas farmácias e drogarias da referida Unidade da Federação, no período 2000-2012, utilizando-se de informações fornecidas pelo Conselho de Farmácia local. Como norte metodológico, a pesquisa concretizou-se por meio de um estudo transversal descritivo retrospectivo, do tipo levantamento de dados, obtidos pelo banco de dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal. Verificou-se o crescimento de 353,7% do número de drogarias e de 138% para farmácias magistrais no período analisado. A razão do número de drogarias por habitantes em 2000 era de 1/8.044; em 2004, de 1/5.376; e em 2012, de 1/2.647 habitantes. A razão de farmácias magistrais por habitantes no ano 2000 passou de 1/638.635 para 1/437.191, em 2004 e, em 2010, era de 1/717.670. Foi possível observar a concentração dos estabelecimentos nas regiões de maior renda ou maior atividade econômica. Até o ano de 2012, as farmácias magistrais concentravam-se em doze das trinta Regiões Administrativas existentes no Distrito Federal. Naquele ano, também se identificou que 76,5% das drogarias e 20,9% das farmácias magistrais eram de propriedade de leigos, sendo a minoria destas registradas na categoria de rede. As fiscalizações do Conselho de Farmácia local no período analisado cresceram 145.700%, uma vez que as autuações mais frequentes foram a ausência do farmacêutico e a falta de farmacêutico como responsável técnico. Observou-se, por fim, uma expansão do mercado farmacêutico na referida Unidade da Federação, o que pode facilitar o acesso aos medicamentos, mas também contribuir para o uso irracional dos mesmos, aumentando a competição entre os estabelecimentos e estimulando o emprego de práticas agressivas de venda e indução do consumo desnecessário dos produtos ali ofertados.

Palavras-chave: Farmácia; serviços comunitários de Farmácia; assistência farmacêutica; farmácia comunitária; farmácia magistral; varejo farmacêutico; mercado farmacêutico.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the retail sale of medicines and offer elements for understanding the current status and distribution of pharmacies and the Federal District. It is important to note that pharmacies are perceived as places of seeking health care, and should be seen as a backdrop to promote rational use of medicines and wholesome education of the communities they serve. In this sense, it was an investigation into aspects of the retail trade of medicines in pharmacies said Unit of the Federation in the period 2000-2012, using information provided by the Board of Pharmacy site. As North methodological research materialized through a retrospective descriptive cross-sectional study, the type of survey data obtained from the database of the computerized system of the Regional Council of Pharmacy of the Federal District. There was growth of 353.7% in the number of drugstores and pharmacies to 138% in the analyzed period. The ratio of the number of pharmacies per inhabitant in 2000 was 1/8.044, in 2004, 1/5.376, and in 2012, 1/2.647 inhabitants. The reason of pharmacies per inhabitant in 2000 went from 1/638.635 to 1/437.191 in 2004 and in 2010 was 1/717.670. It was possible to observe the concentration on regions with higher income and greater economic activity. By the year 2012, the pharmacies were concentrated in twelve of the thirty Administrative Regions in the Federal District. That year also found that 76.5% of drugstores and 20.9% of pharmacies were owned by laymen, being the minority of these registered in the category network. Audits of the Board of Pharmacy site in the analyzed period increased 145,700% since the assessments were more frequent absence of the pharmacist and the lack of responsible pharmacist technician. There is, finally, an expansion of the pharmaceutical market in that unit of the Federation, which can facilitate access to medicines, but also contribute to the irrational use of the same, increasing competition among institutions and encouraging the use of aggressive practices sales and induction of wasteful consumption of food products offered.

Keywords: Pharmacy, Community Pharmacy Services, pharmaceutical services, community pharmacy, teaching pharmacy, retail pharmacy, pharmaceutical care, pharmaceutical practice, pharmacy practice; pharmaceutical market.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa com as Regiões Administrativas do Distrito Federal.....	34
Figura 2 -	Número de drogarias em atividade no Distrito Federal, período 2000-2012.....	43
Figura 3 -	Drogarias independentes e em rede no Distrito Federal, período 2000-2012.....	47
Figura 4 -	Propriedade de drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.....	48
Figura 5 -	Fiscalizações realizadas em drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.....	49
Figura 6 -	Autos de infração em drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.....	51
Figura 7 -	Número de farmácias magistrais em atividade nas Regiões Administrativas do Distrito Federal, período 2000-2012...	52
Figura 8 -	Porcentagem de farmácias magistrais quanto ao tipo de propriedade no Distrito Federal, período 2000-2012.....	56
Figura 9 -	Fiscalizações realizadas em farmácias magistrais no Distrito Federal, período 2000-2012.....	56
Figura 10 -	Autos de infração em farmácias magistrais do Distrito Federal, período 2000-2012.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exigências legais para a abertura de farmácias e drogarias em relação à constituição da firma.....	27
Quadro 2 - Exigências legais para a abertura de farmácias e drogarias em relação ao responsável técnico.....	28
Quadro 3 - Exigências legais para a abertura de farmácias e drogarias perante o Corpo de Bombeiros Militar.....	28
Quadro 4 - Exigências legais para abertura de farmácias e drogarias perante a Vigilância Sanitária.....	29
Quadro 5 - Relação das Regiões Administrativas segundo o Governo do Distrito Federal.....	35
Quadro 6 - Divisão administrativa do Distrito Federal.....	37
Quadro 7 - Considerações sobre a divisão administrativa do Distrito Federal....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Faturamento do mercado farmacêutico brasileiro: vendas do mercado total em bilhões de dólares (U\$), período 2003-2013....	21
Tabela 2 -	Número de drogarias em atividade no Distrito Federal por Região Administrativa, período 2000-2012.....	44
Tabela 3 -	Distribuição de drogarias por população e Região Administrativa no Distrito Federal.....	45
Tabela 4 -	Relação de drogarias abertas por Região Administrativa no Distrito Federal, período 2000-2012.....	46
Tabela 5 -	Tipo de propriedade das drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.....	48
Tabela 6 -	Fiscalizações realizadas e número de infrações por drogaria no Distrito Federal, período 2000-2012.....	50
Tabela 7 -	Número de farmácias magistrais em atividade nas Regiões Administrativas do Distrito Federal, período 2000-2012.....	53
Tabela 8 -	Número de farmácias magistrais abertas por Região Administrativa do Distrito Federal, período 2000-2012.....	54
Tabela 9 -	Razão entre o número de farmácias magistrais em atividade por Região Administrativa do Distrito Federal, e a população correspondente.....	54
Tabela 10 -	Tipo de propriedade das farmácias magistrais no Distrito Federal, período 2000-2012.....	55
Tabela 11 -	Fiscalizações realizadas e número de infrações por farmácia magistral no Distrito Federal, período 2000-2012.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPF	- Anotação de Atividade Profissional de Farmacêutico
ABCFARMA	Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico
ABRAFARMA	- Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias
AE	- Autorização Especial de Funcionamento
AFE	- Autorização de Funcionamento
AFP	- Associação de Farmácias de Portugal
ANF	- Associação Nacional de Farmácias
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
art.	- Artigo
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CBMDF	- Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CF-DF	- Cadastro Fiscal do Distrito Federal
CF	- Constituição Federal
CFF	- Conselho Federal de Farmácia
CLDF	- Câmara Legislativa do Distrito Federal
CNPJ	- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CODEPLAN	- Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CPD	- Centro de Processamento de Dados
CRF	- Conselho Regional de Farmácia
CRF-DF	- Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal
CRF-PR	- Conselho Regional de Farmácia do Paraná
DECON	- Delegacia do Consumidor
DF	- Distrito Federal
DODF	- Diário Oficial do Distrito Federal
DOU	- Diário Oficial da União
EUA	- Estados Unidos da América
GDF	- Governo do Distrito Federal
GPUE	- <i>Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne</i>

IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de Confiança
ICMS	- Imposto sobre Circulação de Mercadorias
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IMS Health	- Empresa sediada em Danbury, uma cidade no norte do Condado de Fairfield, Connecticut, EUA, que fornece informações, serviços e tecnologia para o setor de saúde
ISS	- Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza
Km	- Quilômetro
km ²	- Quilômetro quadrado
LODF	- Lei Orgânica do Distrito Federal
M	- Metro
MS	- Ministério da Saúde
MYSQL	- <i>My Structured Query Language</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PGEU	- Pharmaceutical Group of the European Union
PHP	- <i>Personal Home Page</i>
PIB	- Produto Interno Bruto
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNM	- Política Nacional de Medicamentos
PPGCF/FS	- Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde
PROCON	- Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
PRODECON	- Procuradoria de Defesa do Consumidor
RA	- Região Administrativa.
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada.
RT	- Responsável Técnico
SAAN	- Setor de Armazenagem e Abastecimento Norte
SIA	- Setor de Indústria e Abastecimento
SC	- Santa Catarina

SCIA	- Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
SEAE	- Secretaria de Acompanhamento Econômico
SEBRAE	- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEDUMA	- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente
SEFAZ-DF	- Secretaria de Estado de Fazenda do Distrito Federal
SHLN	- Setor Hospitalar Local Norte
SHLS	- Setor Hospitalar Local Sul
SIG	- Setor de Indústrias Gráficas
SINDIFAR-DF	- Sindicato dos Farmacêuticos de Brasília
SINDUSFARMA	- Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo
SMAS	- Setor de Múltiplas Atividades Sul
SMU	- Setor Militar Urbano
SOF	- Setor de Oficinas
SRF	- Secretaria da Receita Federal
SVS	- Secretaria de Vigilância Sanitária
EU	- União Europeia
UF	- Unidade da Federação
UnB	- Universidade de Brasília
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
VISA	- Vigilância Sanitária
WHO	- <i>World Health Organization</i>

APRESENTAÇÃO

O estudo apresentado a seguir oferta os resultados de uma pesquisa que pretendeu conhecer os principais aspectos do mercado farmacêutico de varejo do Distrito Federal, verificando-se o quantitativo de drogarias e farmácias, sua distribuição e densidade por Região Administrativa (RA) e por habitante; identificando os estabelecimentos que pertencem a redes ou que são independentes, investigando a formação dos proprietários, quantificando a abertura e o fechamento das empresas e sua localização, bem como caracterizando e quantificando as autuações do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF) nos referidos estabelecimentos.

A presente pesquisa, incentivada e orientada pela professora doutora Janeth de Oliveira Silva Naves, é resultado da experiência profissional do presente autor, que despertou o interesse em compreender mais profundamente as questões relacionadas às farmácias e drogarias.

Estruturado a partir da Introdução, que traz conceitos e revisão bibliográfica concernente, realizada continuamente ao longo do desenvolvimento do projeto, o presente estudo fez uso das bases de dados Pubmed, Scielo e Google Scholar, utilizando para a busca de combinações de pesquisa os seguintes termos, em português, inglês e espanhol: Farmácia, farmácia comunitária, farmácia magistral, varejo farmacêutico, assistência farmacêutica, atenção farmacêutica, prática farmacêutica, mercado farmacêutico e uso racional de medicamentos. Também se utilizou o acervo da Biblioteca Central da Universidade de Brasília (UnB), em busca de livros e trabalhos acadêmicos acerca dos temas descritos, bem como os portais da rede mundial de computadores (internet) das seguintes instituições: CRF-DF, Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central/Companhia de Desenvolvimento do Distrito Federal (CODEPLAN), Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA), Casa Civil, Receita Federal, Secretaria de Estado de Fazenda do

Distrito Federal (SEFAZ-DF), Imprensa Nacional, Diário Oficial do Distrito Federal (DODF), Sindicato dos Farmacêuticos de Brasília (SINDIFAR-DF), Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde (MS), Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR), Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF), Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae), *World Health Organization* (WHO), Guia da Farmácia, *The Wall Street Journal*, *Folha Online*, *The New York Times*, Associação de Farmácias de Portugal (AFP), entre outros.

Diante do exposto, o presente estudo apresenta nas linhas a seguir um tratamento original à temática abordada, uma vez que se realizou uma pesquisa exaustiva nas bases de dados supracitadas e não foram encontrados trabalhos semelhantes realizados no Brasil. Assim, este pode fornecer maiores contribuições se desenvolvido em outras Unidades da Federação (UFs), bem como em âmbito nível nacional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 MERCADO FARMACÊUTICO DE VAREJO	25
1.2 DISTRITO FEDERAL	34
2 OBJETIVOS	40
2.1 OBJETIVO GERAL	40
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3 MÉTODO	41
4 RESULTADOS	43
4.1 DROGARIAS NO DISTRITO FEDERAL	43
4.2 FARMÁCIAS MAGISTRAIS NO DISTRITO FEDERAL	51
5 DISCUSSÃO	59
6 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	72

1 INTRODUÇÃO

Denomina-se “farmácia comunitária” aquele estabelecimento que fornece medicamentos e itens correlatos de prescrição ambulatorial, que atendem diretamente o paciente na dispensação de medicamentos industrializados, em suas embalagens originais, os quais não estão inseridos em hospitais, unidades de saúde ou equivalente, podendo também manipular medicamentos. O atendimento ao paciente se dá no nível de atenção primária à saúde, com a responsabilidade técnica, legal e privativa ao profissional farmacêutico.

A farmácia ou drogaria é um local de exercício profissional do farmacêutico, onde este atua em contato direto com a população usuária de medicamentos (SCHROEDER *et al*, 2009).

A farmácia comunitária tem fundamental importância como porta de acesso da população em relação ao consumo de medicamentos, e deve ser entendida como um estabelecimento de atenção primária, integrado ao sistema de saúde (BASTOS; CAETANO, 2010). As farmácias e drogas são responsáveis por 76% do fornecimento direto de medicamentos à população, assumindo grande importância no cenário da saúde pública brasileira – local de dispensação de medicamentos, constituindo-se um ambiente ideal para a realização de práticas que fomentem o uso seguro e racional de medicamentos (BASTOS; CAETANO, 2010).

No Brasil, a Lei nº. 5991/1973 dispõe sobre o controle sanitário do comércio de medicamentos e traz em seu art. 4º, as definições dos termos “farmácia” e “drogaria”, adotados para fim de legislação. A lei define a drogaria como o estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais (BRASIL, 1973; CFF, 2001) e também aponta que a farmácia é o estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o ato de dispensação e de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica (BRASIL, 1973; CFF, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera as farmácias comunitárias (farmácias e drogarias) não apenas como estabelecimentos comerciais de venda de medicamentos e produtos para saúde, mas também um importante local para a educação da comunidade, para a promoção do uso racional de medicamentos e como cenário de promoção da saúde (HALLOWAY, 2011).

A disponibilidade e o uso racional de medicamentos são elementos críticos para a saúde de uma população (NAVES *et al.*, 2008). As consequências sanitárias e econômicas do uso irracional de medicamentos são relevantes, destacando-se: o aumento da incidência de reações adversas a medicamentos; as admissões hospitalares; o aumento de bactérias multirresistentes, provocando infecções hospitalares graves, prolongamento e complicações das doenças, sofrimento desnecessário e mortes, bem como a manutenção da cadeia de transmissão das doenças. Tais aspectos conduzem para o aumento dos gastos com saúde, individuais e coletivos, e a uma diminuição da credibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde (NAVES *et al.*, 2008).

O uso irracional pode assumir formas diferentes, como, por exemplo, a polifarmácia (utilização de muitos medicamentos ao mesmo tempo), o uso excessivo de antibióticos e injeções, o uso de medicamentos não prescritos de acordo com diretrizes clínicas, a prescrição inadequada e a automedicação não orientada. No entanto, apesar do problema global do uso inadequado, poucos países monitoram adequadamente o uso de medicamentos ou tomam medidas suficientes para corrigir a situação (WHO, 2006).

O mercado farmacêutico tem um grande poder no contexto econômico contemporâneo. A indústria farmacêutica tem oscilado entre o primeiro e o quarto lugar entre as principais atividades lucrativas no mundo, competindo, na maioria das vezes, apenas com os grandes bancos internacionais (ST-ONGE, 2008). Em 2005, o mercado farmacêutico movimentou cerca de US\$ 590 bilhões, e apenas oito empresas do ramo foram responsáveis por 40% de todo o faturamento mundial naquele ano (MELLO *et al.*, 2007). Em 2011, o faturamento global chegou a US\$ 956 bilhões. No Brasil, apesar da crise econômica mundial, o mercado farmacêutico cresceu consideravelmente de 2003 a 2013, de acordo com a tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Faturamento do mercado farmacêutico brasileiro: vendas do mercado total em bilhões de dólares (US\$) (*), período 2003-2013 (**).

Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013(**)
Total	\$4.9	\$5.9	\$7.9	\$9.9	\$12.2	\$14.6	\$15.4	\$20.6	\$25.7	\$25.4	\$26.0

(*) Preços Fábrica (sem desconto com impostos inclusos)

(**) 12 meses móveis até Maio de 2013

Fonte: SINDUSFARMA/IMS Health (2013).

Segundo Moynihan (2003), há cerca de oitenta mil representantes das indústrias farmacêuticas nos Estados Unidos da América (EUA), o que proporciona uma relação de um representante para cada sete/oito médicos. Proporção similar foi encontrada na Alemanha, Grã-Bretanha e França (WILLERROIDER, 2004), o que demonstra o grau de investimentos que as empresas têm realizado em publicidade e promoção de vendas. Tais dados permitem compreender a gravidade dos conflitos de interesse envolvendo a indústria farmacêutica, pesquisadores e profissionais da área de saúde, uma vez que as indústrias são, em geral, as patrocinadoras dos estudos; os pesquisadores, seus executores; e os médicos e outros profissionais da área de saúde, os prescritores dos resultados positivos obtidos das pesquisas realizadas.

Em âmbito mundial, estima-se que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente (WHO, 2002; WHO, 2009). Estima-se ainda que a metade de todos os pacientes deixe de tomar o medicamento conforme prescrito ou dispensado (SABATÉ, 2003).

O setor privado é o principal responsável pelo fornecimento de medicamentos à população brasileira. Estima-se que 76% dos medicamentos consumidos são fornecidos pela rede privada, sem reembolso (SEAE, 2009), o que pode sugerir tanto uma lacuna no fornecimento de medicamentos à população pelo setor público quanto à falta de barreiras ao consumo no setor privado.

Segundo Giovanni (1980), o afastamento do farmacêutico da prática de orientação e seguimento dos usuários de medicamentos nas farmácias, aliado ao excessivo investimento em publicidade pela indústria farmacêutica direcionada aos prescritores e consumidores, bem como o incentivo por meio de brindes e prêmios aos responsáveis pelas vendas no varejo e a falta de controle legal sobre as vendas, criaram um terreno fértil para o uso desnecessário de medicamentos no Brasil. A

publicidade, que pode ser explícita ou implícita, influencia cada vez mais os hábitos de prescrição e consumo, e criam demandas definindo as condições e doenças que precisam de tratamento, promovendo a ideia de que os medicamentos representam a melhor opção, em oposição às terapias não medicamentosas, enfatizando a sua eficácia e minimizando os seus riscos.

Nas farmácias e drogarias do Brasil, o controle da comercialização de medicamentos e os serviços farmacêuticos são normatizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esta, fazendo uso de sua atribuição legal de regular o mercado farmacêutico (AOJPF, 2007), tem por costume publicar Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs), regulamentando as práticas de comercialização e de dispensação de medicamentos.

De fato, as farmácias e drogarias são os locais onde a assistência farmacêutica é exercida. Assim, entende-se por assistência farmacêutica a prática de atenção à saúde que inclui os medicamentos, a gestão e os serviços relacionados a estes. Segundo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a

Assistência farmacêutica é um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

As farmácias e drogarias têm sua abertura e funcionamento ordenado por legislação federal através de leis, decretos, portarias, resoluções, instruções normativas, deliberações, entre outros ditames legais. Como lidam com medicamentos – uma classe de produtos essenciais para a recuperação da saúde e imprescindíveis para o tratamento da maioria das enfermidades – tais estabelecimentos podem ser fiscalizados por diversos órgãos e instituições da administração direta e indireta governamental, a saber: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Vigilâncias Sanitárias municipais, estaduais ou distritais (VISAs); Conselho Federal de Farmácia (CFF), por meio dos Conselhos Regionais de Farmácia (CRFs); Procuradorias de Defesa do Consumidor (PRODECONs), Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON);

Delegacias do Consumidor (DECONs); entre outros, quanto ao cumprimento da legislação para a proteção da população.

Em geral, o principal serviço prestado nas farmácias e drogarias é a dispensação de medicamentos, e a qualidade desta prática pode ser considerada inferior, caso os farmacêuticos estejam ausentes dos referidos estabelecimentos (CASTRO, 2007). A ausência de farmacêuticos em farmácias e drogarias – situação proibida por lei (BRASIL, 1960; 1973), demonstra que a fiscalização deve ser mais efetiva quanto à presença daqueles profissionais, não somente por cumprimento à questão legal, mas também pelas consequências da falta de assistência ao paciente (FARINA, 2009).

Em países com índice de desenvolvimento humano (IDH) classificado como ‘muito alto’, como, por exemplo, França, Suécia, Austrália e em algumas províncias canadenses, a lei estabelece que apenas farmacêuticos possam ser proprietários de farmácias, existindo normas demográficas para permitir a abertura de farmácias (FARRIS *et al.*, 2005; JONES *et al.*, 2005). Assim, a possibilidade de abertura de farmácias por leigos, a ausência de critérios demográficos para a abertura dos referidos estabelecimentos e a falta de qualificação para balconistas podem ser fatores que contribuem para a grande comercialização de medicamentos no varejo, o uso irracional de medicamentos e a alta densidade de farmácias e drogarias no território brasileiro (NAVES, 2005; SILVA, 2004).

Alguns estudos tem apresentado a melhoria do fornecimento de medicamentos no Brasil, mas sugerem a necessidade de progressos na qualidade da assistência prestada nas farmácias e drogarias nacionais, principalmente no âmbito de infraestruturas físicas, como lugar privativo para atendimento e da oferta de serviços de qualidade, incluindo a assistência farmacêutica (NAVES *et al.*, 2005). Embora a legislação em vigor desde 1973, já exija a presença física de um farmacêutico durante todo o horário de funcionamento das farmácias e drogarias (BRASIL, 1973) – a denominada “assistência farmacêutica plena” – os órgãos de fiscalização profissional (como, por exemplo, os CRFs) e sanitária (VISAs locais), até recentemente vinham admitindo o funcionamento de drogarias por até vinte e quatro horas por dia, com a assistência farmacêutica de apenas oito horas diárias. Os motivos para os descumprimentos da legislação são distintos, sendo difícil apontar, de forma precisa, as causas para a referida ação.

Quanto ao caráter comercial das farmácias e drogarias, embora o código de ética da profissão farmacêutica (BRASIL, 2005) determine que a farmácia “não pode ser exercida exclusivamente como comércio”, a Lei nº. 5991/1973 (BRASIL, 1973) denomina a farmácia – um local para o exercício técnico, científico e profissional do farmacêutico – como “farmácia comercial”, ou seja, um local mercantil para a venda dos produtos da indústria farmacêutica. Portanto, o farmacêutico, como profissional da área de saúde, vive inteiramente uma incerteza entre os sistemas de valores, que se traduz em seu agir, naquilo que corresponde à sua fidelidade ao juramento hipocrático, e à sua adesão a um sistema econômico que privilegia o lucro, as relações de mercado, a maximização de benefícios e a diminuição de custos *versus* a orientação e dedicação em favor do paciente, visando atenuar e diminuir a dor e o sofrimento humanos, lutar contra a enfermidade e a morte e, ainda, obter lucro.

No Brasil, devido à dificuldade de acesso de grande parte da população aos serviços de saúde de qualidade, as farmácias e drogarias assumem uma grande importância, sendo locais comumente utilizados pela população para cuidados com a saúde, embora se evidencie ainda a insatisfação com a qualidade da assistência nos referidos estabelecimentos (NAVES, 2010).

Além do papel de fornecer medicamentos, as farmácias e drogarias poderiam ser pontos de acesso ao sistema de saúde e, portanto, de serviços de atenção primária da rede. Mesmo com sua função de prevenção, redução de custo na detecção de populações em risco, vigilância epidemiológica, educação em saúde e cunho comercial – visando lucro, os referidos estabelecimentos não são regulamentados adequadamente. Neste sentido, a farmácia comunitária deveria ser um ponto de prevenção de riscos associados principalmente ao medicamento e à prestação de serviços relacionados à saúde.

Diante do exposto, a presente pesquisa investigou o comércio varejista de medicamentos, ofertando elementos para o conhecimento do estado atual e de distribuição das farmácias e drogarias no Distrito Federal.

Os resultados aqui obtidos poderão contribuir para a formulação de hipóteses, desencadear ações educativas e estimular a elaboração de políticas de reorientação do setor farmacêutico local.

1.1 MERCADO FARMACÊUTICO DE VAREJO

A Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973, em seu art. 5º, dispõe que os estabelecimentos farmacêuticos podem comercializar, além dos medicamentos, correlatos, produtos de higiene pessoal e do ambiente, odontológicos, veterinários, para fins diagnósticos e analíticos, perfumaria e cosméticos (Brasil, 1973).

Conforme o referido ditame, os estabelecimentos farmacêuticos se diferenciam pela manipulação de medicamentos. As drogarias são responsáveis pela dispensação de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e as farmácias, além de exercer as mesmas atividades das drogarias, ainda podem manipular fórmulas magistrais e oficinais (BRASIL, 1973).

No Brasil – um dos países que está entre os maiores consumidores de produtos farmacêuticos –, os principais meios de acesso da população aos medicamentos são as farmácias e drogarias. Segundo dados estatísticos do CFF, sintetizados em um Relatório da Comissão de Fiscalização, emitido em dezembro de 2010, o número de farmácias e drogarias abertas no Brasil era de 82.204 estabelecimentos. Destes, 18.598 estabelecimentos estavam nas capitais brasileiras e 8.404 eram farmácias magistrais. Em dezembro de 2011, o número de farmácias e drogarias era de 85.036, dos quais 19.167 estavam nas capitais e 8.383 eram farmácias magistrais. Neste sentido, é possível observar o crescimento do setor farmacêutico no Brasil, quando comparado, por exemplo, ao ano de 2000 (58.000 farmácias e drogarias, sendo que 4.000 eram farmácias magistrais) (CFF, 2010; SERAFIN, 2013). No entanto, observou-se uma tendência de queda no número de farmácias magistrais brasileiras no período 2010-2011.

Vale destacar também o número de farmácias e drogarias de propriedade de não farmacêuticos, totalizando em 46.451 estabelecimentos em 2010, e 46.933 em 2011, em relação ao número de estabelecimentos de propriedade de farmacêuticos, correspondente a 21.743 em 2010, e 23.643 em 2011 (CFF, 2010; SERAFIN, 2013). As informações referentes ao ano de 2012 ainda não foram disponibilizadas pelo CFF.

No CRF-DF, os estabelecimentos farmacêuticos são registrados por categorias, que recebem numeração arábica: a categoria 1 é de drogaria; a categoria 2 é de farmácia privativa; e, a categoria 20 é de farmácia comercial. No entanto, tais estabelecimentos funcionam conforme a definição legal de drogaria. Sendo assim, o presente estudo utilizou a caracterização de drogarias para todos os estabelecimentos pesquisados.

Para a abertura de um estabelecimento farmacêutico no Brasil, segundo o art. 4º da Resolução RDC n.º 238, de 27 de dezembro de 2001, os documentos necessários para expedir a Autorização de Funcionamento (AFE) são: via original do Formulário de Petição preenchido; cópia de Licença Sanitária; cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), e comprovante de pagamento da taxa de fiscalização sanitária (BRASIL, 2002).

O art. 23 da Lei nº. 5.991/1973 estabelece que para o pedido da Licença são necessários os seguintes documentos: prova de constituição da empresa; prova de relação contratual entre a empresa e seu responsável técnico, quando for o caso; e, prova de habilitação legal do responsável técnico, expedida pelo CRF. Faz-se necessário também, segundo o art. 25, a comprovação de: localização conveniente sob o aspecto sanitário; instalações independentes e equipamentos que satisfaçam os requisitos técnicos adequados à manipulação e comercialização pretendidas; assistência de técnico responsável (BRASIL, 1973).

Outros aspectos técnico-legais podem ser verificados nos quadros 1 a 4, a seguir.

Quadro 1 – Exigências legais para a abertura de farmácias e drogarias em relação à constituição da firma.

CONTITUIÇÃO DA FIRMA/EMPRESA				
Documento	Exigência	Instituição	Observação	Legislação
CNPJ	Emissão	Receita Federal	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)	Art. 37 da Lei n.º 9.250/95 (Brasil, 2012); IN's SRF n.ºs 27 e 54, ambas de 1998 (Brasil, 1998; Brasil, 1998b).
CF-DF	Emissão	Secretaria de Fazenda	Cadastro Fiscal do Distrito Federal – equivale a Inscrição Estadual	Decreto 18.955, de 22/12/1997 (Brasil, 1997) e Decreto 25.508, de 19/01/2005 (Brasil, 2005).
Contrato Social	Registro	Junta Comercial	É prova de RT para o CRF e VISA, quando o farmacêutico é proprietário.	Lei 10.406, de 10/01/2002, Código Civil (Brasil, 2002).
Licença para Funcionamento	Emissão	Administração local (municipal)	Substituiu o Alvará	Lei 4.457, de 23/12/2009 (Brasil, 2009) e Decreto 31.482, de 29/03/2010 (Brasil, 2010).

Fonte: Do autor.

Quadro 2 – Exigências legais para a abertura de farmácias e drogarias em relação ao responsável técnico.

RESPONSÁVEL TÉCNICO				
Documento	Exigência	Instituição	Observação	Legislação
Prova de responsabilidade técnica	Averbação no Contrato de trabalho ou contrato social	Sindicato dos farmacêuticos, CRF-DF e VISA		Lei 3.820, de 11/11/1960 (Brasil, 1960); Lei 5.991, de 17/12/1973 (Brasil, 1973); Lei 6.839, de 30/10/1980 (Brasil, 1980); Convenção Coletiva de Trabalho (Sindifar, 2011).
Registro	Inscrição da empresa no CRF	CRF-DF		Lei 6.839, de 30/10/1980 (Brasil, 1980); Resolução CFF nº 521, de 16/12/2009 (CFF, 2009).
Certidão de regularidade	Emissão	CRF-DF		Resolução CFF nº 494, de 26/11/2008 (CFF, 2008).
AAPF	Emissão	CRF-DF	Anotação de Atividade Profissional de Farmacêutico. Substituiu a CHL (Certidão de Habilitação Legal).	Alínea “C” art. 22 da Lei 5991, de 17/12/1973 (Brasil, 1973).

Fonte: Do autor.

Quadro 3 – Exigências legais para a abertura de farmácias e drogarias perante o Corpo de Bombeiros Militar.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (CBM)				
Documento	Exigência	Instituição	Observação	Legislação
Vistoria técnica prévia	Vistoria prévia	CBM-DF	Segurança, proteção contra incêndio, equipamentos, sinalização e rotas de fuga.	Boletim geral nº 140, de 30/07/2008 (CBM-DF, 2008).

Fonte: Do autor.

Quadro 4 – Exigências legais para abertura de farmácias e drogarias perante a Vigilância Sanitária.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA				
Documento	Exigência	Instituição	Observação	Legislação
Inspeção prévia	Inspeção prévia	VISA	Condições sanitárias, acesso, equipamentos, produtos, serviços e segurança trabalhista e das pessoas em geral	Art. 24 e 26 da Lei 5.991, de 17/12/1973 (Brasil, 1973).
Licença Sanitária	Emissão	VISA		Art. 21 ao 34 da Lei 5.991, de 17/12/1973 (Brasil, 1973).
AFE	Publicação no DOU	ANVISA	Autorização de Funcionamento	Portaria SVS/MS nº 344, de 12/05/1998 (Anvisa, 2010; Brasil, 1998); Lei 9.782, de 26/01/1999 (Brasil, 1999); RDC nº 1, de 13/01/2010 (Anvisa, 2012).
AE	Publicação no DOU	ANVISA	Autorização Especial de Funcionamento	Portaria SVS/MS nº 344, de 12/05/1998 (Brasil, 1998); Lei 9.782, de 26/01/1999 (Brasil, 1999); RDC nº 1, de 04/01/2012 (Anvisa, 2012).

Fonte: Do autor.

Qualquer pessoa pode habilitar-se a ser proprietário de uma farmácia ou drogaria, desde que cumpra a determinação do art. 15 da Lei nº. 5.991/1973, e que possua a presença de um farmacêutico que se responsabilize tecnicamente pelo estabelecimento (BRASIL, 1973). No entanto, a possibilidade de abertura de farmácias por leigos, a ausência de critérios geográficos ou populacionais para a abertura dos referidos estabelecimentos e a falta de exigências de qualificação para os funcionários e farmacêuticos, são aspectos que facilitam a abertura e a manutenção do grande número de estabelecimentos farmacêuticos no Brasil, além da criação de acirrada concorrência nos grandes centros. Tais aspectos diferenciam o Brasil da maioria dos países com alto IDH, onde a abertura de farmácia passa por um processo de aprovação com critérios mais rigorosos (NAVES *et al.*, 2005; SILVA *et al.*, 2004).

Em relação à abertura dos estabelecimentos farmacêuticos vinculada à densidade populacional ou ao número de farmácias já existentes, não foram encontrados parâmetros nacionais (CASTRO *et al.*, 2007), porém, existem recomendações de pesquisadores brasileiros para a proporção de um estabelecimento para cada oito mil habitantes (CFF, 2012; RBT, 2004; SILVA, 1995).

No Brasil, para a abertura de farmácias e drogarias, exige-se a contratação de um farmacêutico como responsável técnico, uma AFE expedida pela ANVISA – órgão regulador criado para a missão de proteger e promover a saúde da população, e de uma licença para funcionamento expedida pela VISA local, liberando-as para o comércio de medicamentos ao público (ANVISA, 2005; ANVISA, 2011).

Segundo a RDC ANVISA nº. 328, de 22 de julho de 1999, são responsabilidades e atribuições do farmacêutico: supervisionar a dispensação e aquisição dos medicamentos e demais produtos; assegurar condições adequadas de sua conservação, em especial, os medicamentos controlados que possuem legislação específica; fazer cumprir a legislação pertinente; avaliar a prescrição médica; participar de estudos sobre os medicamentos; manter documentos que disponham de informações necessárias ao trabalho; prestar assistência farmacêutica; promover treinamento contínuo dos funcionários; manter atualizada a escrituração; e, organizar e operacionalizar as áreas e atividades da drogaria (BRASIL, 1999).

A RDC nº. 44/2009 ampliou as possibilidades de atuação do farmacêutico, permitindo a realização de outras atividades, tais como: verificação de parâmetros bioquímicos e pressão arterial, administração de medicamentos, colocação de brincos, atenção farmacêutica domiciliar entre outros (BRASIL, 2009). Em 1993, a OMS reconheceu o papel do farmacêutico na atenção à saúde, podendo o profissional ser parte ativa de uma equipe multiprofissional que promova a saúde (OMS, 1993).

Apesar do que é permitido pela legislação e recomendado pela OMS, no Brasil, o farmacêutico ainda é pouco reconhecido como profissional da saúde, e tem pouca atuação na prevenção e promoção da saúde (OPAS, 2002). A prática farmacêutica é focada no serviço de dispensação de medicamentos e em seus

aspectos logísticos (CASTRO *et al.*, 2007), quando tal ação não se dá por mera atividade de balcão.

A demanda por medicamentos no Brasil tem estado em constante crescimento, o que se deve, entre outros fatores, ao envelhecimento populacional e à difusão da automedicação estimulada principalmente pela propaganda publicitária, que promove a ideia de que o consumo de medicamentos leva à boa saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Em um estudo de projeção realizado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), estima-se que as vendas no comércio farmacêutico dobrarão até 2015, favorecendo, principalmente, as grandes redes (Guia da Farmácia, 2013; GODOY, 2012).

Dados da Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA) indicam um aumento crescente nas vendas e faturamento dos referidos estabelecimentos. Com vinte e seis grandes redes associadas, a entidade se refere a um movimento de mais de R\$17 bilhões, sendo que as maiores altas percentuais no período 2009-2010 foram provenientes da venda de medicamentos genéricos, representando 21,21%, e de outros produtos para saúde, 20,93% (ABRAFARMA, 2010).

De acordo com a Pesquisa Mensal do Comércio, uma realização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o acompanhamento da conjuntura do comércio varejista, a seção de artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos, apresentou grande crescimento em 2010, se posicionando como a sexta maior participação na taxa global de varejo. Tal crescimento dá-se pela diversificação nos produtos comercializados nos estabelecimentos e pela expansão da massa de salários (IBGE, 2011).

No Brasil, a atividade das farmácias tem um enfoque de mercado (SILVA; VIEIRA, 2004), distorcendo a função dos medicamentos de parte integrante da recuperação da saúde. Segundo Ribeiro e Prieto (2009), citando pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tem-se o predomínio do interesse econômico, dissociado do interesse em saúde coletiva, que caracteriza o medicamento como um bem de consumo, desvinculado do processo de atenção à saúde (RIBEIRO; PRIETO, 2009).

Tal fato, associado às deficiências de controle de venda dos produtos, torna o Brasil um dos maiores mercados consumidores de medicamentos do mundo (MESSEDER, 2004). As drogarias tem se caracterizado por serem lojas de produtos para a saúde e cuidados pessoais, e que, com o aumento crescente da concorrência, ampliam seus aportes e serviços (RIBEIRO; PRIETO, 2009).

Em alguns estudos, verificou-se a inadequação de práticas farmacêuticas, principalmente no que se refere à indicação de medicamentos nos balcões das farmácias comerciais. Observa-se, também, uma política de remuneração dos trabalhadores das farmácias, que estimula a indicação e a venda de produtos farmacêuticos inadequados ou desnecessários (OSHIRO; CASTRO, 2002; NAVES *et al.*, 2008).

No Brasil, muitos trabalhadores das farmácias e drogarias têm sua remuneração com base em comissão sobre as vendas (CASTRO; CORRER, 2007; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; NAVES *et al.*, 2008), o que pode influenciar na indicação dos produtos aos consumidores e estimular o uso de medicamentos desnecessários (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; NAVES *et al.*, 2008). Tal prática, incentivada pela indústria farmacêutica, não vem acompanhada da exigência de escolaridade dos atendentes nos referidos estabelecimentos.

Além do afastamento do farmacêutico das práticas preventivas e promocionais de saúde nas farmácias, a publicidade permissiva de medicamentos, as barreiras frágeis para o acesso aos medicamentos, os interesses econômicos e os hábitos culturais de consumo da população brasileira, estimulam o consumo e a venda de medicamentos, e fazem do mercado farmacêutico um dos mais lucrativos (NAVES *et al.*, 2008).

No Brasil, para melhor diferenciação das drogarias – que são estabelecimentos que não manipulam medicamentos –, as farmácias receberam outros adjetivos, tais como: farmácias magistrais, farmácias de manipulação ou farmácias homeopáticas. Apesar da redundância, para melhor compreensão, a presente pesquisa fez uso da denominação “farmácia magistral”.

As farmácias magistrais possuem o papel complementar às indústrias, e são responsáveis pelo atendimento direto ao cliente. Estas devem ser responsáveis pela manipulação de produtos quando “[...] não há formulação industrializada em

concentrações ou formas adequadas a certos pacientes cujo estado clínico particular e excepcional exige uma medicação que foge à padronização” (ANVISA, 2005).

As farmácias magistrais também representam um importante local de busca por soluções dos problemas de saúde e, por isso, deveriam manter serviços farmacêuticos essenciais para garantir que o paciente seja orientado de forma adequada sobre a terapia farmacológica e cuidados com a saúde.

O farmacêutico encontra-se na interface entre o preparo, o fornecimento dos medicamentos e sua utilização adequada (PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2000). Os farmacêuticos, antes limitados ao abastecimento, controles de gestão e de direito, especialmente sobre as substâncias controladas, devem ser responsáveis pela promoção da saúde, com a participação direta no uso racional de medicamentos (MSH, 1997). No Brasil, o farmacêutico permanece mais envolvido com a gestão burocrática do medicamento e focado demasiadamente nas tarefas administrativas, faltando pro atividade de muitos para agir no interesse do paciente e do uso racional de medicamentos.

Ao farmacêutico magistral, que resgata a prática de preparar, conservar, manipular e dispensar, torna-se relevante o comprometimento com o paciente, agindo com responsabilidade e ética, priorizando um produto farmacêutico manipulado com total qualidade e segurança (CRF-PR, 2009; FRANÇA FILHO *et al.*, 2008; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2008).

A Constituição Federal (CF) de 1988, inseriu o conceito de saúde como direito social, estabelecendo como dever do Estado a garantia de tal direito mediante políticas sociais e econômicas (CALDEIRA, 2008). Assim, as farmácias que são bastante procuradas pela população para resolução de seus problemas de saúde (OSHIRO; CASTRO, 2002; NAVES *et al.*, 2008) deveriam ser responsáveis por garantir o referido direito social, e ainda, responsabilizar-se pelo uso racional de medicamentos (NAVES; SILVER, 2005; ANGONESI; SEVALHO, 2010). Porém, no Brasil, as farmácias são, em geral, reconhecidas como estabelecimentos comerciais, quando pertencentes ao setor privado, ou depósitos de medicamentos, quando do setor público (PEREIRA; FREITAS, 2008).

1.2 DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal (DF) é uma unidade federativa do Brasil localizada na Região Centro-Oeste, e em seu território está localizado a capital federal, Brasília. É uma unidade autônoma onde tem sede o Governo Federal, composto pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e é regido por Lei Orgânica. Segundo dados do IBGE, do censo de 2010, o DF possui uma área de 5.787,784 km². A população neste mesmo ano correspondia a 2.570.160 habitantes (IBGE, 2010).

O DF, para fins de gestão, encontra-se dividido em trinta Regiões Administrativas (RAs), conforme a figura 1, a seguir, embora muitas destas não possuam limites físicos legalmente definidos, fazendo com que o IBGE trabalhe, para fins de divulgação de dados, com apenas dezenove RAs.

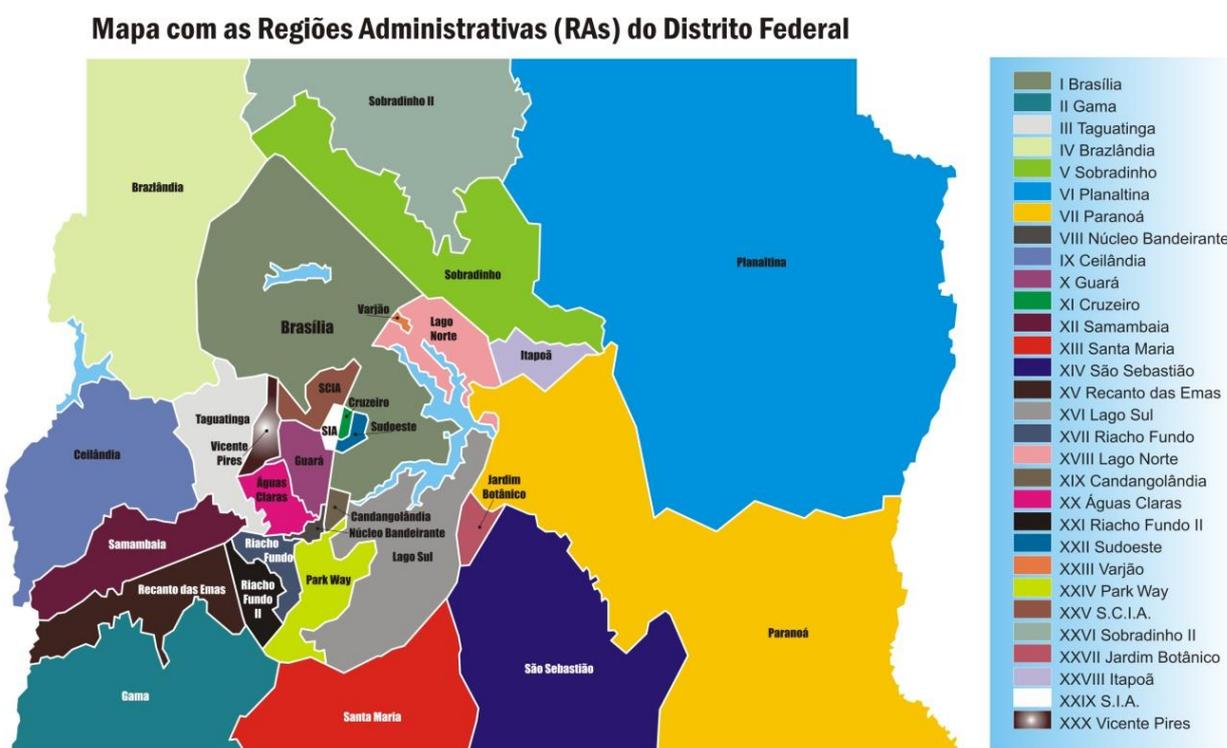


Figura 1 – Mapa com as Regiões Administrativas do Distrito Federal.

Fonte: Adaptado por José Batista de Oliveira Filho e Kiko Nascimento. Mapa com as Regiões Administrativas (RAs) do Distrito Federal [mapa]. Brasília: 2010.

Cada uma das trinta RAs possui um Administrador Regional, nomeado pelo governador, responsável pela promoção e coordenação dos serviços públicos da região (CODEPLAN, 2010). O quadro 5, a seguir, descreve tal distribuição.

Quadro 5 – Relação das Regiões Administrativas segundo o Governo do Distrito Federal.

Número	Região Administrativa	Abrangência	População em 2010
XX	Águas Claras	Águas Claras e Areal	*
I	Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Setor Militar Urbano (S.M.U.), Setor de Oficinas Norte (S.O.F. Norte), Vila Planalto, Esplanada dos Ministérios, Zona Industrial, Setor de Armazenagem e Abastecimento Norte (S.A.A.N.), Setor de Indústria Gráfica (S.I.G.) e Setor de Múltiplas Atividades Sul (S.M.A.S.)	209.855
IV	Brazlândia	Brazlândia	57.542
XIX	Candangolândia	Candangolândia	15.924
IX	Ceilândia	Ceilândia, Ceilândia Centro, Ceilândia Norte, Ceilândia Sul, Setor O, Setor P Norte, Setor P Sul, Pôr do Sol, Sol Nascente e Condomínio Privê	402.729
XI	Cruzeiro	Cruzeiro Novo e Cruzeiro Velho	81.075
II	Gama	Gama	135.723
X	Guará	Guará I, Guará II e Lúcio Costa	142.833
XXVIII	Itapoã	Itapoã	*
XXVII	Jardim Botânico	Jardim Botânico	*
XVIII	Lago Norte	Lago Norte	41.627
XVI	Lago Sul	Lago Sul	29.537
VIII	Núcleo Bandeirante	Núcleo Bandeirante	43.765
VII	Paranoá	Paranoá	53.618
XXIV	ParkWay	Park Way	*
VI	Planaltina	Planaltina	171.303
XV	Recanto das Emas	Recanto das Emas	121.278
XVII	Riacho Fundo I	Riacho Fundo I	71.854
XXI	Riacho Fundo II	Riacho Fundo II	*
XII	Samambaia	Samambaia	200.874
XIII	Santa Maria	Santa Maria	118.782
XIV	São Sebastião	São Sebastião	100.659
XXV	S.C.I.A.	Cidade Estrutural e Cidade do Automóvel	*
XXIX	S.I.A.	S.I.A.	*
V	Sobradinho	Sobradinho e Granja do Torto	210.119
XXVI	Sobradinho II	Sobradinho II	*
XXII	Sudoeste/Octogonal	Sudoeste/Octogonal	*
III	Taguatinga	Taguatinga Centro, Taguatinga Norte e Taguatinga Sul	361.063
XXIII	Varjão	Varjão	*
XXX	Vicente Pires	Vicente Pires	*

* Regiões Administrativas não participantes do Censo Demográfico do ano de 2010 realizado pelo IBGE.

Fonte: CODEPLAN, GDF, SEDUMA - Distrito Federal: Síntese de Informações Socioeconômicas 2010 (Codeplan, 2010); IBGE, Censo Demográfico 2010 – DF (IBGE, 2010).

O DF é a unidade da federação (UF) que possui a maior densidade demográfica do Brasil: 422,1 habitantes/km², seguido do Rio de Janeiro, com 352,9 habitantes/km², e São Paulo, com 160.5 habitantes/km². Tal fato se deve, em parte, à questão da área física ser pequena, essencialmente urbana e densamente povoada. Segundo a CODEPLAN (2011), durante a transição do ano de 2000 a 2004, houve uma diminuição da densidade populacional.

Segundo o Capítulo II da Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF), que trata da organização administrativa do DF, em seu art. 10, expõe a organização do DF em Regiões Administrativas (RAs) com vistas aos seguintes objetivos: descentralização administrativa, utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e melhoria da qualidade de vida (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Até o ano de 2010, a divisão Administrativa do DF compreendia trinta RAs, organizadas em numeração romana, conforme o quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Divisão administrativa do Distrito Federal.

Regiões Administrativas	Lei de Criação	Data⁽¹⁾
RA I-Brasília	4.545	10/12/1964
RA II-Gama	4.545	10/12/1964
RA III-Taguatinga	4.545	10/12/1964
RA IV-Brazlândia	4.545	10/12/1964
RA V-Sobradinho	4.545	10/12/1964
RA VI-Planaltina	4.545	10/12/1964
RA VII-Paranoá	4.545	10/12/1964
RA VIII-Núcleo Bandeirante	049	25/10/1989
RA IX-Ceilândia	049	25/10/1989
RA X-Guará	049	25/10/1989
RA XI-Cruzeiro	049	25/10/1989
RA XII-Samambaia	049	25/10/1989
RA XIII-Santa Maria	348	04/11/1992
RA XIV-São Sebastião	467	25/06/1993
RA XV-Recanto das Emas	510	28/07/1993
RA XVI-Lago Sul	643	10/01/1994
RA XVII-Riacho Fundo	620	15/12/1993
RA XVIII-Lago Norte	641	10/01/1994
RA XIX-Candangolândia	658	27/01/1994
RA XX-Águas Claras	3.153	06/05/2003
RA XXI-Riacho Fundo II	3.153	06/05/2003
RA XXII-Sudoeste/Octogonal	3.153	06/05/2003
RA XXIII-Varjão	3.153	06/05/2003
RA XXIV-Park Way	3.255	29/12/2003
RA XXV-SCIA (Estrutural) ⁽²⁾	3.315	27/01/2004
RA XXVI-Sobradinho II	3.314	27/01/2004
RA XXVII-Jardim Botânico	3.435	31/08/2004
RA XXVIII-Itapoã	3.527	03/01/2005
RA XXIX-SIA ⁽³⁾	3.618	14/07/2005
RA XXX-Vicente Pires	4.327	26/05/2009

(1) Equivale a data de regularização (legal, de direito) das RAs, no entanto, de fato, os bairros ou cidades satélites já existiam.

(2) SCIA – Setor Complementar de Indústria e Abastecimento.

(3) SIA – Setor de Indústria e Abastecimento.

Fonte: CODEPLAN, GDF, SEDUMA - Distrito Federal: Síntese de Informações Socioeconômicas 2010 (Codeplan, 2010); IBGE, Censo Demográfico 2010 – DF (IBGE, 2010).

Deve-se considerar, para o entendimento da divisão administrativa do DF, a abrangência de algumas Regiões (vide quadro 7, a seguir), segundo o Governo do Distrito Federal (GDF):

Quadro 7 – Considerações sobre a divisão administrativa do Distrito Federal.

Região Administrativa	Abrangência
RA I-Brasília	Asa Sul, Asa Norte, Esplanada dos Ministérios, Setor Militar Urbano (SMU), Setor de Oficinas Norte (SOF Norte), Vila Planalto, Setor de Armazenagem e Abastecimento Norte (SAAN), Setor de Indústria Gráfica (SIG) e Setor de Múltiplas Atividades Sul (SMAS)
RA V-Sobradinho I	Sobradinho e Granja do Torto
RA IX-Ceilândia	Ceilândia Centro, Ceilândia Norte, Ceilândia Sul, Setor O, Setor P Sul, Setor P Norte, Por do Sol, Sol Nascente e Condomínio Privê
RA X-Guará	Guará I, Guará II e Lúcio Costa
RA XXV-SCIA	Cidade Estrutural e Cidade do Automóvel

Fonte: CODEPLAN, GDF, SEDUMA - Distrito Federal: Síntese de Informações Socioeconômicas 2010 (Codeplan, 2010); IBGE, Censo Demográfico 2010 – DF (IBGE, 2010).

A população do DF apresenta um padrão de distribuição por faixa etária, semelhante ao que ocorre no restante do Brasil, registrando a redução no número de nascimentos e acréscimo no percentual da população idosa. No quinquênio, 1997/2002, o número de crianças no grupo de idade de 0 a 4 anos cresceu 13,7% e em, 2002/2007, reduziu para 11,4%. Quanto à população de 60 anos ou mais, registrou-se o inverso, ou seja, em 1997, representava 4,8%, e em 2007, 7,2%, configurando aumento de 94,3% no referido período. Segundo a Taxa Média Geométrica de Crescimento da População, observada no Distrito Federal por meio das informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)/IBGE, tem-se um decréscimo contínuo ao longo dos anos no período 1997-2007. Porém, é preciso destacar que a esperança de vida, ao nascer, demonstra um significativo aumento como consequência da melhoria da qualidade de vida (CODEPLAN, 2012).

No ano 2000, a população do DF era de 2.051.146 habitantes, e em 2010, era de 2.570.160, evidenciando um crescimento de 25,3%. Em 2010, as RAs com maior população eram: Ceilândia, com 402.729 habitantes; Taguatinga, com 361.063 habitantes; Sobradinho, com 210.119 habitantes; Brasília, 209.855 habitantes; e, Samambaia, com 200.874 habitantes. Apesar do GDF trabalhar com trinta RAs, o

IBGE trabalha com dezenove, por possuírem delimitações de fronteiras aprovadas pela Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF), por meio de ditame específico.

Segundo a síntese de dados socioeconômicos do Distrito Federal (CODEPLAN, 2011), o DF, face às peculiaridades de sediar a capital do país e de desempenhar funções preponderantemente institucionais e administrativas, concentra 93,16% do Produto Interno Bruto (PIB) no segmento de serviços. O PIB *per capita* do DF é o maior do país.

A renda média domiciliar bruta mensal no DF era, em 2004, da ordem de nove salários mínimos. As maiores rendas foram detectadas no Lago Sul, 43,4; Sudoeste/Octogonal, 24,1; e, Brasília 19,3. De forma similar, as maiores rendas domiciliares *per capita* também ocorrem nas RAs apontadas acima (CODEPLAN, 2011).

Segundo a Pesquisa Mensal do Comércio, realizada pelo IBGE com o objetivo de fornecer indicadores de acompanhamento do comércio varejista, a atividade de artigos farmacêuticos representava a sexta maior participação na taxa global do varejo, apresentando grande crescimento em 2010. A expansão da massa de salários e a diversificação na linha de produtos comercializados são os principais fatores explicativos do desempenho positivo do segmento. Analisando o volume de vendas do varejo, sem determinações de segmentos, destaca-se a posição do DF, possuindo uma média superior a média identificada em âmbito nacional (IBGE, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o mercado farmacêutico de varejo do Distrito Federal (DF).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o número total de drogarias e farmácias no DF; estabelecer a distribuição e densidade dos referidos estabelecimentos por Região Administrativa (RA) e por habitante, comparando tais dados com parâmetros internacionais.
- Identificar os estabelecimentos que pertencem a redes ou que são independentes.
- Investigar a formação dos proprietários das farmácias e drogarias, estabelecendo a propriedade (leigo, farmacêutico e mista).
- Quantificar a abertura e o fechamento de empresas por ano, bem como sua localização, no Plano Piloto ou cidades satélites (RAs);
- Caracterizar e quantificar as autuações às farmácias e drogarias do DF por meio de fiscalizações do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF).

3 MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal descritivo retrospectivo. Para melhor conhecimento do setor varejista de medicamentos foram utilizados os seguintes indicadores: distribuição (quantidade e localização) de farmácias e drogarias no DF, razão do número de farmácias e drogarias por habitante, número de estabelecimentos abertos e fechados ao longo do período, afiliação à rede, formação do proprietário e as infrações à legislação sanitária mais frequentes.

Os indicadores foram expressos na forma de médias, porcentagens e taxas utilizando-se o Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

As informações foram obtidas por levantamento no banco de dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF) – PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4, por pessoa autorizada pela diretoria do referido Conselho, avaliando-se o período de 2 de janeiro de 2000 a 31 dezembro de 2012.

Foram também utilizados dados referentes aos portais existentes na rede mundial de computadores (internet) pertencentes ao Governo do Distrito Federal (GDF), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Companhia de Planejamento do Planalto Central/Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para determinação da densidade de farmácias e drogarias por habitantes, foram utilizados dados populacionais dos censos de 2000 e 2010, realizado pelo IBGE. Para o ano de 2004, como não foi realizado qualquer tipo de censo, utilizou-se um levantamento populacional por Região Administrativa (RA), realizado pela CODEPLAN. Neste sentido, ressalta-se, para o presente estudo, a existência de discordâncias entre as informações disponibilizadas pelo IBGE e pela CODEPLAN em relação ao número de RAs do DF, ou seja, a CODEPLAN trabalha com trinta RAs, e o IBGE considera apenas as dezenove RAs que possuem delimitação de fronteiras aprovadas pela Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF). Assim, utilizou-se o número de RAs adotado pela CODEPLAN, uma vez que tal quantitativo é aquele adotado pelo sistema do CRF-DF.

Para a classificação da forma de organização considerou-se que o estabelecimento pertencente a rede é aquele que tem ligação administrativa/comercial e usa a mesma placa, com nome comercial ou de fantasia, podendo ser matriz e filial. Possuem a mesma razão social ou são ligadas por franquia, parceria, associação ou cooperativa, com razões sociais diferentes. O estabelecimento independente é aquele único, que não tem ligação administrativa/comercial com outros.

Com relação a formação do proprietário, foi verificado se o estabelecimento era de propriedade exclusiva de leigo, quando o dono ou donos são não-farmacêuticos; de propriedade exclusiva de farmacêutico, quando o dono ou donos são farmacêuticos; e mista, quando os sócios proprietários são farmacêuticos e leigos, independentemente da quantidade deles ou das quotas societárias que cada um possui.

4 RESULTADOS

4.1 DROGARIAS NO DISTRITO FEDERAL

De acordo com os dados obtidos na presente pesquisa, verificou-se que no Distrito Federal (DF), o número de drogarias apresentou considerável crescimento, conforme a figura 2, a seguir. O número de estabelecimentos passou de 255 no ano 2000, para 1157 no ano de 2012, evidenciando um crescimento de 353,72%. Neste sentido, vale salientar que a população da referida Unidade da Federação (UF) cresceu mais de 25% no período 2000-2010, conforme a tabela 3 – pág. 45.

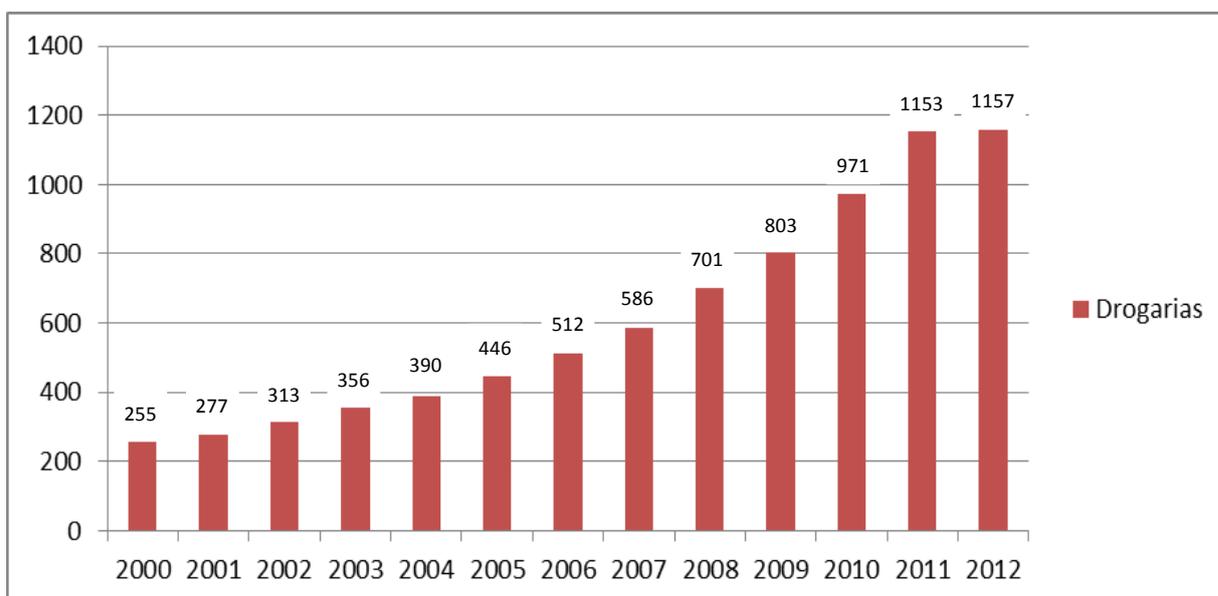


Figura 2 –Número de drogarias em atividade no Distrito Federal, período 2000-2012.

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

No período analisado, em todas as Regiões Administrativas (RAs) do DF, existiam drogarias em funcionamento, exceto na RA Park Way. As informações detalhadas por RA encontram-se descritas na tabela 2, a seguir, onde se observou que todas as taxas de crescimento foram acima de 100%.

Tabela 2 – Número de drogarias em atividade no Distrito Federal por Região Administrativa, período 2000-2012. (N = 1157)

Região Administrativa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Taxa de Crescimento
Águas Claras	3	3	3	3	3	5	11	14	16	18	26	32	31	933,33%
Brasília	51	54	62	74	81	90	96	107	130	144	164	179	180	252,94 %
Brazlândia	6	6	7	7	7	8	8	8	8	11	13	15	16	166,67%
Candangolândia	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	4	4	300,00%
Ceilândia	32	37	43	48	52	57	68	82	93	105	134	158	160	400,00%
Cruzeiro	6	7	7	7	8	8	9	9	10	11	12	13	13	116,67%
Gama	15	15	16	17	19	22	24	29	34	40	50	62	62	313,33%
Guará	21	22	26	27	29	30	31	34	37	39	43	49	49	133,33%
Itapoã	-	-	-	-	-	-	1	2	2	3	7	12	13	1300,00%
Jardim Botânico	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	4	300,00%
Lago Norte	-	-	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	9	800,00%
Lago Sul	2	3	3	3	3	4	5	6	10	11	13	15	15	650,00%
Núcleo Bandeirante	2	2	2	2	2	3	4	7	11	11	11	13	13	550,00%
Paranoá	5	6	6	6	7	9	9	12	13	16	17	19	19	280,00%
Park Way	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00%
Planaltina	18	19	22	24	24	25	26	34	40	45	53	63	62	244,44%
Recanto das Emas	1	3	5	7	8	11	24	18	22	29	35	42	42	4100,00%
Riacho Fundo I	4	4	4	6	7	7	8	8	10	10	15	19	20	400,00%
Riacho Fundo II	1	1	1	1	2	2	4	4	6	7	10	15	15	1400,00%
Samambaia	6	7	7	10	10	15	21	26	37	45	59	71	71	1083,33%
Santa Maria	6	6	7	8	12	13	14	17	24	30	39	51	51	750,00%
São Sebastião	5	6	6	7	8	9	9	12	17	20	26	35	35	600,00%
S.C.I.A.	-	1	1	1	1	1	3	5	7	8	11	12	12	1200,00%
S.I.A.	2	2	3	3	3	3	3	4	7	8	8	10	10	400,00%
Sobradinho	17	18	19	22	24	30	32	33	37	41	50	59	59	247,10%
Sobradinho II	1	1	1	1	2	3	3	3	4	4	6	9	9	800,00%
Sudoeste/Octogonal	7	7	8	8	8	11	11	12	14	17	19	23	23	228,57%
Taguatinga	41	44	48	57	60	69	73	82	92	106	123	142	142	246,34%
Varjão	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	200,00%
Vicente Pires	-	-	1	2	4	4	6	7	8	10	12	15	15	1500,00%
Total	255	277	313	356	390	446	512	586	701	803	971	1153	1157	353,72%

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

Observa-se que a RA Brasília, que manteve números mais elevados desde o primeiro ano analisado, obteve um crescimento de 252,94%, passando de 51 drogarias em atividade, em 2000, para 180 drogarias, em 2012, porém, a maior taxa apresentada foi a da RA Recanto das Emas, que elevou seu número de drogarias de 1, no primeiro ano analisado, para 42 no último ano analisado, apresentando a um aumento de 4100%.

A tabela 3, a seguir, evidencia a distribuição e o aumento do número de drogarias em relação a população.

Tabela 3 – Distribuição de drogarias por população e Região Administrativa no Distrito Federal.

Região Administrativa	2000			2004			2010		
	Habitantes	Número de Drogarias	Razão drogaria/habitante	Habitantes	Número de Drogarias	Razão drogaria/habitante	Habitantes	Número de Drogarias	Razão drogaria/habitante
Águas Claras	-	3	-	43.623	3	14.541	-	26	-
Brasília	198.422	51	3.891	198.906	81	2.456	209.855	164	1.280
Brazlândia	52.698	6	8.783	48.958	7	6.994	57.542	13	4.426
Candangolândia	15.634	1	15.634	13.660	1	13.660	15.924	3	5.308
Ceilândia	344.039	32	10.751	332.455	52	6.393	402.729	134	3.005
Cruzeiro	63.883	6	10.647	40.934	8	5.117	81.075	12	6.756
Gama	130.580	15	8.705	112.019	19	5.896	135.723	50	2.714
Guará	115.385	21	5494.52	112.989	29	3.896	142.833	43	3.322
Itapoã	-	-	-	46.252	-	-	-	7	-
Jardim Botânico	-	1	-	-	1	-	-	3	-
Lago Norte	29.505	-	-	23.000	3	7.667	41.627	7	5.947
Lago Sul	28.137	2	14.069	24.406	3	8.135	29.537	13	2.272
Núcleo Bandeirante	36.472	2	18.236	22.688	2	11.344	43.765	11	3.979
Paranoá	54.902	5	10.980	39.630	7	5.661	53.618	17	3.154
ParkWay	-	-	-	19.252	-	-	-	-	-
Planaltina	147.114	18	8	141.097	24	5.879	171.303	53	3.232
Recanto das Emas	93.287	1	93.287	102.271	8	12.784	121.278	35	3.465
Riacho Fundo I	41.404	4	10.351	26.093	7	3.728	71.854	15	4.790
Riacho Fundo II	-	1	-	17.386	2	8.693	-	10	-
Samambaia	164.319	6	27.387	147.907	10	14.791	200.874	59	3.405
Santa Maria	98.679	6	16.447	89.721	12	7.477	118.782	39	3.046
São Sebastião	64.322	5	12.864	69.469	8	8.684	100.659	26	3.872
S.C.I.A.	-	-	-	14.497	1	14.497	-	11	-
S.I.A.	-	2	-	-	3	-	-	8	-
Sobradinho	128.789	17	7.576	61.290	24	2.554	210.119	50	4.202
Sobradinho II	-	1	-	71.805	2	35.903	-	6	-
Sudoeste/Octogonal	-	7	-	46.829	8	5.854	-	19	-
Taguatinga	243.575	41	5.941	223.452	60	3.724	361.063	123	2.935
Varjão	-	1	-	5.945	1	5.945	-	2	-
Vicente Pires	-	-	-	-	4	-	-	12	-
Total	2.051.146	255	8.044	2.096.534	386	5.376	2.570.160	959	2.647

Fonte: CODEPLAN, Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (Codeplan, 2010); IBGE, Censo Demográfico 2000 – DF (IBGE, 2000); IBGE, Censo Demográfico 2010 – DF (IBGE, 2010); Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2011).

Conforme a tabela 4, a seguir, identificou-se o aumento no número de drogarias abertas e em atividade, em especial, nos anos 2008 e 2011, porém, houve quedas nos anos de 2001, 2004, 2009 e 2012. Nos anos de 2005 e 2006, os números totais se mantiveram constantes. As RAs Brasília, Ceilândia, Recanto das

Emas, Sobradinho e Taguatinga foram as cinco regiões onde ocorreram aberturas de drogarias em todos os anos analisados.

Tabela 4 – Relação de drogarias abertas por Região Administrativa no Distrito Federal, período 2000-2012.

Região Administrativa	Ano												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Águas Claras	1	-	-	-	-	2	6	3	2	2	8	6	3
Brasília	8	3	8	12	9	9	6	11	22	14	20	15	2
Brazlândia	1	-	1	-	-	1	-	-	-	3	2	2	1
Candangolândia	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Ceilândia	5	5	6	5	4	5	11	14	11	12	29	24	3
Cruzeiro	1	1	-	-	1	-	1	-	1	1	1	-	-
Gama	1	-	1	1	4	4	2	5	5	6	10	15	2
Guará	1	1	4	1	-	-	1	3	3	2	4	6	1
Itapoã	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	4	5	1
Jardim Botânico	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-
Lago Norte	-	-	2	-	1	-	1	-	1	1	1	2	-
Lago Sul	-	1	-	-	-	1	1	1	4	1	2	2	-
Núcleo Bandeirante	-	-	-	-	-	1	1	3	4	-	-	2	-
Paranoá	2	1	-	-	1	2	-	3	1	3	1	2	1
ParkWay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Planaltina	3	1	3	2	-	1	1	8	6	5	8	11	2
Recanto das Emas	1	2	2	2	1	3	3	4	4	7	6	8	3
Riacho Fundo I	-	-	-	2	1	-	1	-	2	-	5	6	2
Riacho Fundo II	1	-	-	-	1	-	2	-	2	1	3	9	1
Samambaia	-	1	-	3	-	5	6	5	11	8	14	7	3
Santa Maria	1	-	1	1	4	1	1	3	7	6	9	12	2
São Sebastião	2	1	-	1	1	1	-	3	5	3	6	10	1
S.C.I.A.	-	1	-	-	-	-	2	2	2	1	3	1	-
S.I.A.	1	-	1	-	-	-	-	1	3	1	-	2	-
Sobradinho	4	1	1	3	2	6	2	1	4	4	9	9	2
Sobradinho II	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	2	3	-
Sudoeste/Octogonal	1	-	1	-	-	3	-	1	2	3	2	4	-
Taguatinga	13	3	4	6	4	9	4	9	10	14	17	22	3
Varjão	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Vicente Pires	-	-	1	1	2	-	2	1	1	2	2	4	2
Total	49	22	36	40	37	56	56	84	114	102	168	191	35

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

Um dos objetivos desta pesquisa era levantar o indicador de estabelecimentos fechados, mas após análise dos dados de drogarias e farmácias magistrais fechadas, observou-se não ser possível alcançar tal objetivo por inconsistência dos dados. Foram avaliadas as informações de fechamento desses estabelecimentos, no entanto foram verificadas contradições que inviabilizaram o cálculo desse indicador.

Em relação ao enquadramento das empresas, as drogarias independentes estão em maior número em todos os anos do que aquelas ligadas a alguma rede. Na figura 3, a seguir, constata-se o crescimento desta categoria de estabelecimento. É possível observar que no DF, são frequentes as drogarias que fazem parte de alguma rede registrada no CRF-DF, como drogarias independentes.

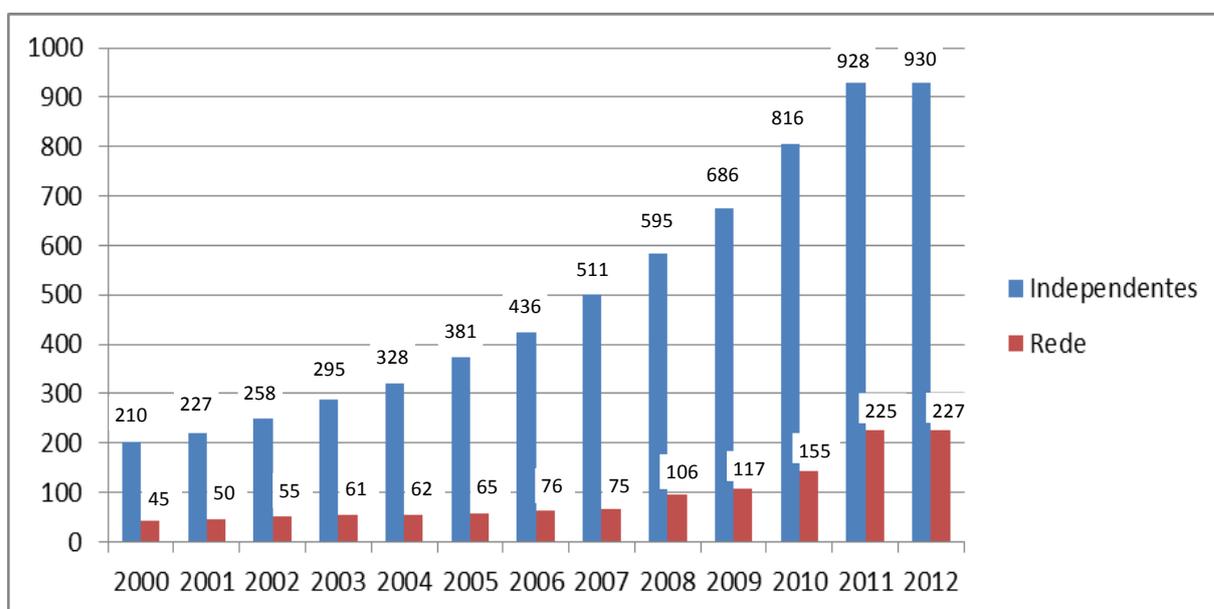


Figura 3 –Drogarias independentes e em rede no Distrito Federal, período 2000-2012.

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

Apesar da prevalência das empresas independentes, o arranjo em rede também vem aumentando, como pode ser observado na figura apresentada anteriormente, com maior expressão no período 2008-2012.

A propriedade exclusiva de leigos é predominante nas drogarias do DF, com uma média de 76,5% dos estabelecimentos, e, apesar da queda ao longo dos anos analisados, a variação mostrou-se pequena, conforme a tabela 5, a seguir.

Os estabelecimentos exclusivos de farmacêuticos foram aqueles que representaram a menor porcentagem das drogarias do DF, com uma tendência de queda ao longo dos anos, passando de 13,3%, em 2000, para 7,6%, em 2010.

Tabela 5 – Tipo de propriedade das drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.

Propriedade	Ano												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =
Exclusiva de Farmacêutico	13,30	13,00	13,40	13,80	13,60	12,30	12,10	10,90	9,00	8,70	7,60	8,40	8,90
Mista	4,70	4,30	3,80	5,90	8,00	10,10	14,30	17,90	18,10	21,40	21,90	22,80	23,60
Exclusiva de leigo	82,00	82,70	82,80	80,30	78,40	77,60	73,60	71,20	72,90	69,90	70,50	68,80	67,50

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

Na figura 4, a seguir, é possível perceber que a associação entre leigos e farmacêuticos foi o tipo de propriedade que mais cresceu no período analisado. Assim, em 2000, era de apenas 4,7%, e em 2012, já representava 23,6% do total de drogarias existentes no DF.

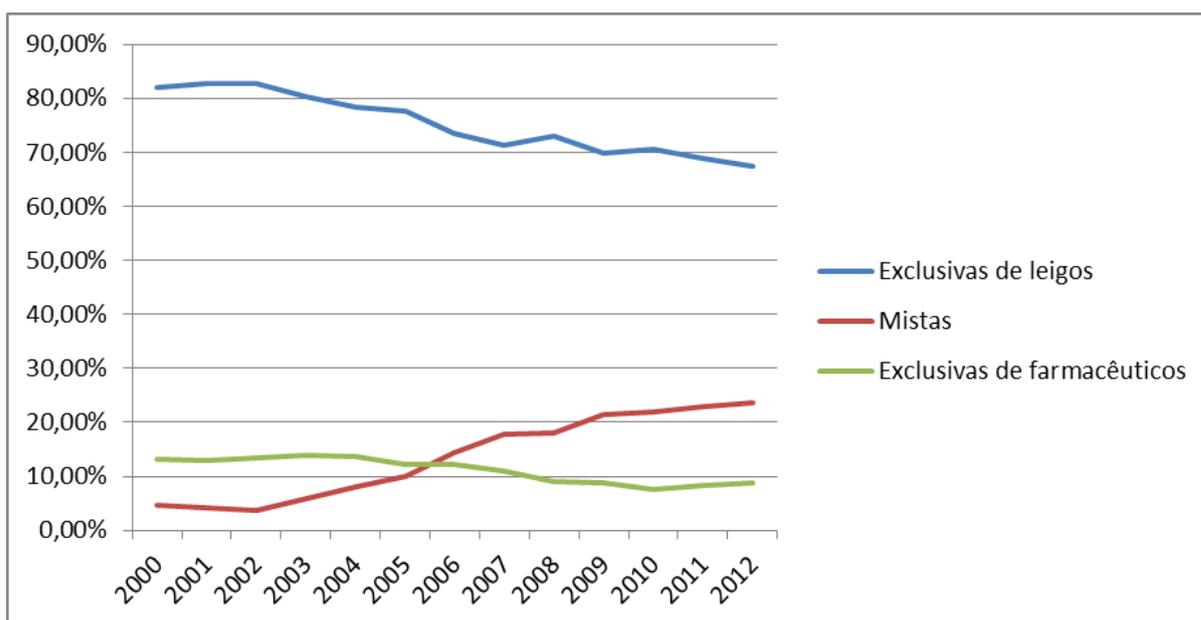


Figura 4 –Propriedade de drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

O número de fiscalizações do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF), no período analisado, cresceu no decorrer dos anos com picos em 2003, 2005, 2008 e 2010, conforme observado na figura 5, a seguir. Estes correspondem também aos anos com maior número de autuações, acrescidos de 2011 e 2012, que, embora tenha caído, permaneceu alto, apresentando 1445 e 1463 autuações em 4371 e 4374 fiscalizações, respectivamente.

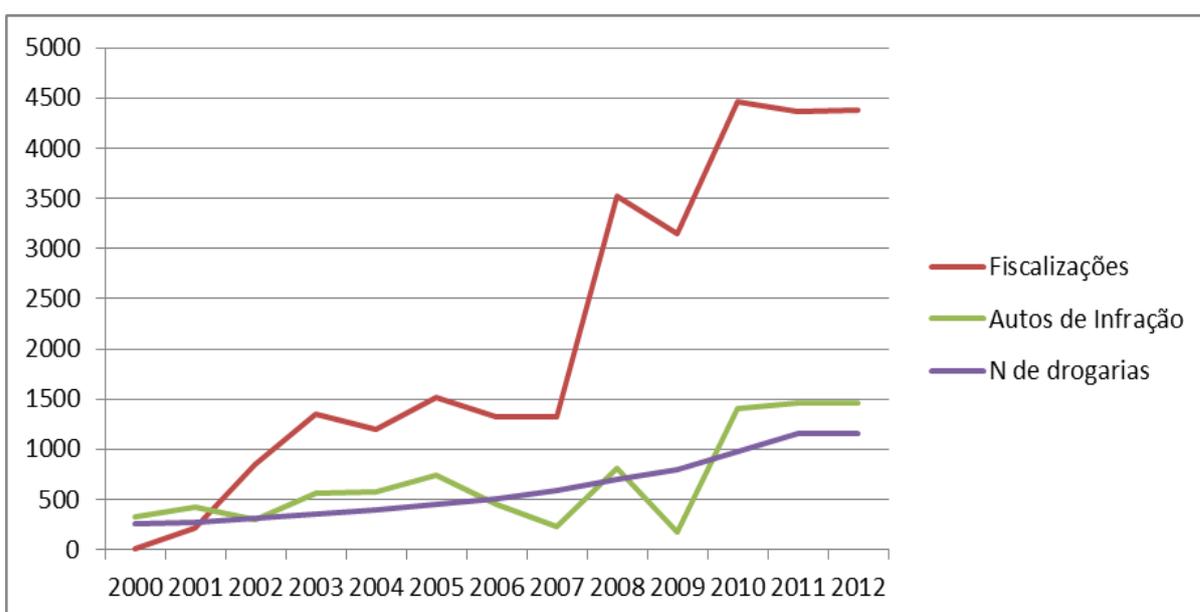


Figura 5 –Fiscalizações realizadas em drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

A taxa de crescimento das fiscalizações no período analisado foi de 145.700%, conforme a tabela 6, a seguir, passando de 03 fiscalizações, em 2000, para 4.374, em 2012. O número de drogarias cresceu 353,72%, variando de 255, em 2000, para 1157, em 2012. E as autuações cresceram 355,76%, sendo 321, em 2000, e 1463, em 2012, conforme a tabela 6, a seguir. Esta última revela as divergências existentes na média de autuações por fiscalização no período analisado, observando-se maior variação nos anos 2000, 2001, 2004, 2007 e 2009.

Tabela 6 – Fiscalizações realizadas e número de infrações por drogaria no Distrito Federal, período 2000-2012.

Ano	Fiscalizações	Número de drogarias	Fiscalização por estabelecimento	Autos de infração	Números de infrações por visita	Autos de infração por estabelecimento
2000	3	255	0,01	321	107	1,26
2001	216	277	0,78	419	1,94	1,51
2002	853	313	2,73	297	0,35	0,95
2003	1354	356	3,80	561	0,41	1,58
2004	1202	390	3,08	569	4,66	1,46
2005	1519	446	3,41	749	0,49	1,68
2006	1321	512	2,58	445	0,34	0,87
2007	1324	586	2,26	230	0,17	0,39
2008	3528	701	5,03	814	0,23	1,16
2009	3143	803	3,91	174	0,05	0,22
2010	4459	971	4,59	1411	0,32	1,45
2011	4371	1153	3,79	1445	0,33	1,25
2012	4374	1157	3,78	1463	0,33	1,26
Taxa de crescimento	145.700	353,72	37.700	355,76	-99,69	000

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

Os principais motivos das autuações do CRF-DF foram:

- ausência do Responsável Técnico (RT) – quando o estabelecimento possui um farmacêutico responsável técnico e o mesmo está ausente no horário previsto;
- falta de RT – quando o estabelecimento não possui farmacêutico responsável técnico; e
- falta de registro – quando o estabelecimento não é registrado no CRF-DF.

O principal motivo da autuação é a ausência do responsável técnico durante o horário previsto, com picos em 2001, de 352 autuações; em 2005, de 622 autuações; em 2008, de 651 autuações; em 2010, de 1280 autuações; e, em 2012, com 1356 autuações, conforme a figura 6, a seguir.

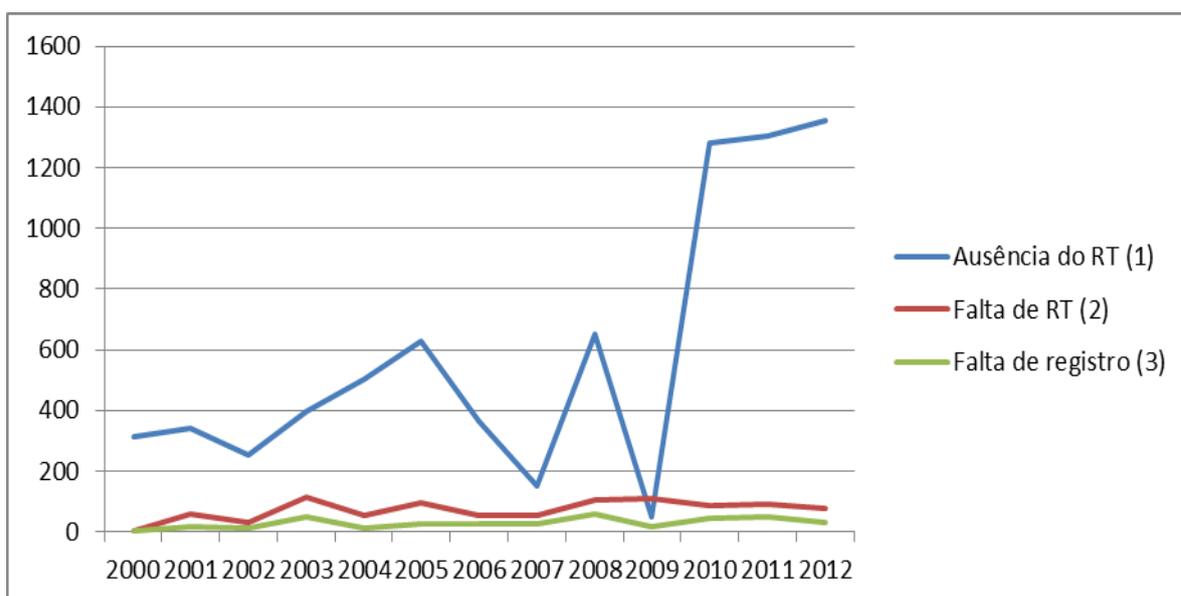


Figura 6 – Autos de infração em drogarias no Distrito Federal, período 2000-2012.

(1) Ausência do RT, quando o estabelecimento possui um farmacêutico responsável técnico e o mesmo está ausente no horário previsto.

(2) Falta de RT, quando o estabelecimento não possui farmacêutico responsável técnico.

(3) Falta de registro, quando o estabelecimento não é registrado no CRF-DF.

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

4.2 FARMÁCIAS MAGISTRAIS NO DISTRITO FEDERAL

Conforme os dados obtidos na presente pesquisa, deu-se no DF um aumento do número de farmácias magistrais entre os anos de 2000 e 2012. Verificou-se um crescimento constante com taxas cada vez maiores no fim do período em estudo, passando de 34 estabelecimentos no ano 2000, para 81 estabelecimentos em 2012, conforme demonstrado na figura 7, a seguir.

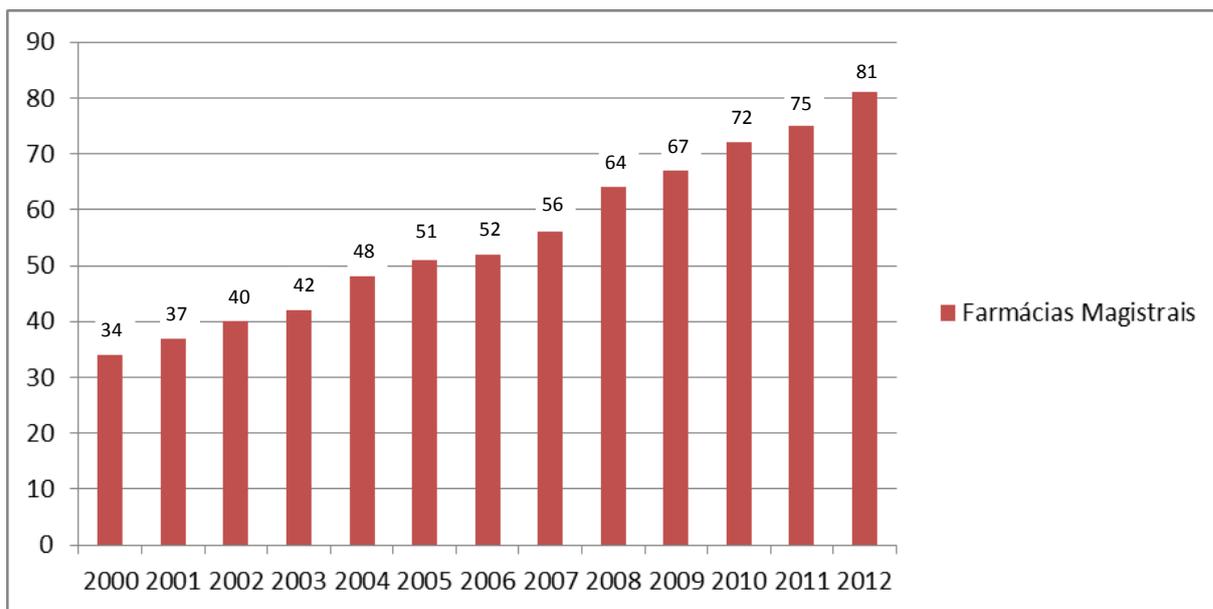


Figura 7 – Número de farmácias magistrais em atividade nas Regiões Administrativas do Distrito Federal, período 2000-2012.

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal. Período de 2000 a 2012 (CRF-DF, 2013).

Os dados coletados para o desenvolvimento do presente estudo revelam que as farmácias magistrais localizadas no DF concentram-se apenas em doze das trinta RAs existentes até o ano de 2012.

Segundo a tabela 7, a seguir, entre as trinta RAs do DF, doze regiões possuem farmácias magistrais em atividade até 2012 – último ano analisado. Somente as RAs Brasília, Ceilândia, Gama, Guará e Taguatinga, apontam a presença de farmácias desde o ano 2000. Tais regiões apresentaram crescimento do número de farmácias, exceto a RA Guará, que manteve o mesmo número identificado em análise anterior.

Tabela 7 – Número de farmácias magistrais em atividade nas Regiões Administrativas do Distrito Federal, período 2000-2012.

Região Administrativa	Ano													Taxa de crescimento
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
RA I-Brasília	25	26	27	28	30	32	32	35	40	42	44	44	46	84%
RA II-Gama	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	400%
RA III-Taguatinga	6	7	8	8	9	9	9	9	10	10	11	11	12	100,0%
RA V-Sobradinho I	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	100%
RA VI-Planaltina	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	2	2	2	200%
RA VIII-Núcleo Bandeirante	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
RA IX-Ceilândia	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	300%
RA X-Guará	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0%
RA XVI-Lago Sul	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
RA XX-Águas Claras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	400%
RA XXII-Sudoeste	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	3	3	3	300%
RA XXIX-S.I.A.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	100%
Total	34	37	40	42	48	51	52	56	64	67	72	75	81	138%

Fonte: Bando de Dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia-DF (CRF-DF, 2013).

Em números absolutos, verificou-se o maior crescimento das farmácias na RA Brasília, embora a maior taxa percentual de crescimento tenha sido verificada nas RAs Gama e Águas Claras, aumentando de um para cinco e de zero para quatro estabelecimentos existentes, respectivamente, a uma taxa de 400%. As RAs Brasília e Taguatinga, apesar de apresentarem as menores taxas de crescimento, 84% e 100%, respectivamente, são as RAs com maior número de farmácias em seu território. A RA Brasília concentra 56,79% das farmácias magistrais do Distrito Federal. A RA Guará é a única região com farmácia onde não houve alteração na quantidade de farmácia magistral, permanecendo um estabelecimento desde o início até o fim do estudo.

Neste sentido, o número de farmácias abertas no DF apresentou uma variação irregular, tendo sido maior nos anos de 2004, 2008, 2010 e 2012. A RA Brasília, que possui o maior número de farmácias magistrais em atividade, também possui o maior número de estabelecimentos abertos durante o período, apresentando um número total de vinte e duas farmácias abertas, ou seja, quase quatro vezes maior que o número de estabelecimentos abertos na RA Taguatinga – a segunda região com maiores números, conforme evidenciado na tabela 8, a seguir.

Tabela 8 – Número de farmácias magistrais abertas por Região Administrativa do Distrito Federal, período 2000-2012.

Região Administrativa	Ano												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RA I-Brasília	1	1	1	1	2	2	-	3	5	2	2	-	2
RA II-Gama	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	1
RA III-Taguatinga	-	1	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1
RA V-Sobradinho I	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
RA VI-Planaltina	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
RA VIII-Núcleo Bandeirante	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RA IX-Ceilândia	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-
RA XVI-Lago Sul	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XX-Águas Claras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
RA XXII-Sudoeste	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-
RA XXIX-S.I.A.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Total	2	3	3	2	6	3	1	4	8	3	5	3	6

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF, 2013).

A tabela 9, a seguir, descreve as razões entre o número de farmácias magistrais e a densidade populacional do DF referente aos anos 2000, 2004 e 2010.

Tabela 9 – Razão entre o número de farmácias magistrais em atividade por Região Administrativa do Distrito Federal, e a população correspondente.

Região Administrativa	2000			2004			2010		
	Habitantes	Número de Farmácias	Razão Farmácia/Habitante	Habitantes	Número de Farmácias	Razão Farmácia/Habitante	Habitantes	Número de Farmácias	Razão Farmácia/Habitante
RA I-Brasília	198.422	25	7.936	198.906	30	6.630	209.855	44	4.769
RA II-Gama	130.580	1	130.580	112.019	2	56.009	135.723	4	33.930
RA III-Taguatinga	243.575	6	40.595	223.452	9	24.828	361.063	11	32.823
RA V-Sobradinho I	128.789	-	-	61.290	-	-	210.119	1	210.119
RA VI-Planaltina	147.114	-	-	141.097	-	-	171.303	2	85.651
RA VIII-Núcleo Bandeirante	36.472	-	-	22.688	1	22.688	23.765	1	43.765
RA IX-Ceilândia	344.039	1	344.039	332.455	2	166.227	402.729	3	134.243
RA X-Guará	115.385	1	115.385	112.989	1	112.989	142.833	1	142.833
RA XVI-Lago Sul	28.137	-	-	24.406	1	24.406	29.537	1	29.537
RA XXII-Sudoeste	-	-	-	46.829	2	23.414	-	-	-
RA XXIX-S.I.A.	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Total	1.372.513	34	638.635	1.276.131	48	437.191	1.706.927	72	717.670

Fonte: Banco de dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística para o período de 2000 e 2010 (IBGE, 2000 e 2010). Companhia de Planejamento do Distrito Federal para o período de 2004 (CODEPLAN, 2004).

Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) (2004), durante a transição do ano de 2000 a 2004, observa-se a diminuição da densidade populacional do DF, ao contrário do que ocorre, no mesmo período, com o número de farmácias, que apresenta crescimento constante até 2010. É justamente até o ano de 2004 que se observa uma diminuição da razão, representando um aumento do número de farmácias por habitantes. Neste sentido, é possível verificar um expressivo crescimento populacional após 2004, conforme os dados apresentados em tabela anterior.

De acordo com a CODEPLAN, as RAs com maiores rendas médias domiciliares do DF são: Lago Sul, Sudoeste/Octogonal e Brasília. Observa-se que nas referidas regiões, as razões são as menores entre as demais RAs, destacando-se a RA Brasília – região que apresentou a maior densidade de farmácias por habitantes.

A tabela 10, a seguir, descreve o perfil das farmácias magistrais quanto ao tipo de propriedade, classificando-as em: exclusiva de farmacêutico (um ou mais farmacêuticos), mista (sociedade entre farmacêuticos e leigos) ou exclusiva de leigo (um ou mais leigos).

Tabela 10 – Tipo de propriedade das farmácias magistrais no Distrito Federal, período 2000-2012.

Propriedade	Ano												
	2000 (%) N=34	2001 (%) N=37	2002 (%) N=40	2003 (%) N=42	2004 (%) N=48	2005 (%) N=51	2006 (%) N=52	2007 (%) N=56	2008 (%) N=64	2009 (%) N=67	2010 (%) N=72	2011 (%) N=75	2012 (%) N=81
Exclusivas de farmacêuticos	67,64	67,56	70,00	69,04	62,50	58,82	59,61	57,14	50,00	49,25	45,83	46,66	46,91
Mistas	00,00	00,00	00,00	00,00	12,50	15,68	17,30	21,43	26,56	31,34	30,55	32,00	32,10
Exclusivas de Leigos	32,36	32,44	30,00	30,96	25,00	25,50	23,09	21,43	23,44	19,41	23,62	21,34	20,99

Fonte: Banco de dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF, 2013).

Segundo os dados percentuais apresentados em tabela anterior, as farmácias magistrais são, em sua maioria, de propriedade exclusiva de farmacêuticos. Neste sentido, é possível observar na figura 8, uma tendência de diminuição do número de farmácias de propriedade exclusiva de farmacêuticos, bem como na de propriedade exclusiva de leigos, no período 2000-2012, enquanto tem-se um aumento, a partir de

2004, de farmácias magistrais de propriedade mista. Os dados evidenciam que a partir do ano de 2008, a percentagem de farmácias magistrais de propriedade mista superou a percentagem de estabelecimentos exclusivos de leigos.

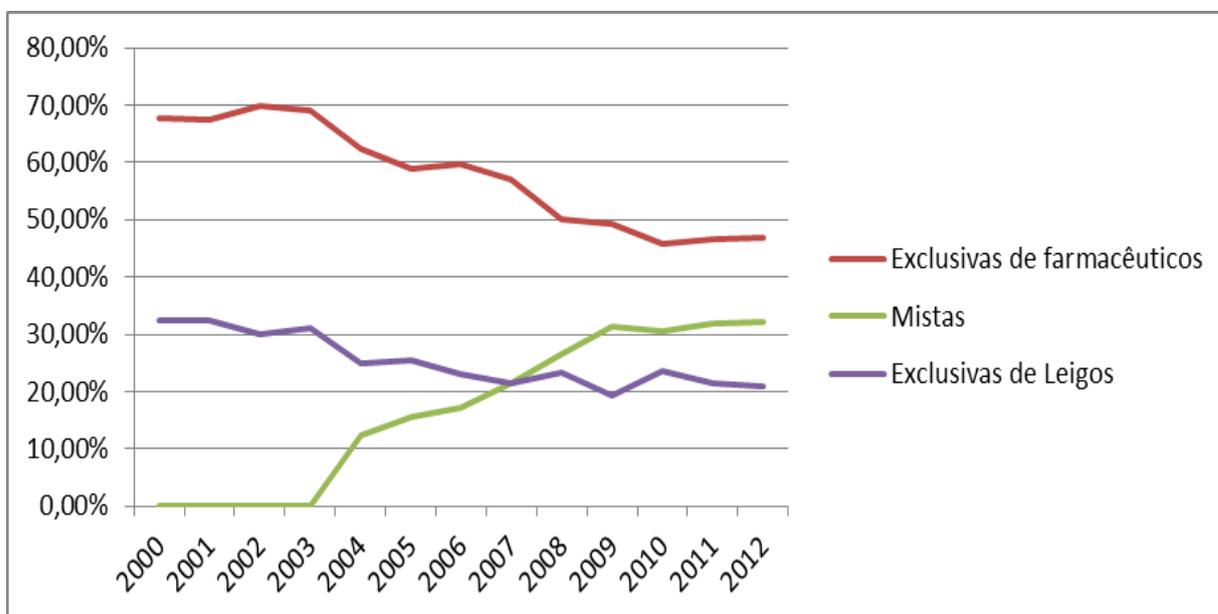


Figura 8 – Percentagem de farmácias magistrais quanto ao tipo de propriedade no Distrito Federal, período 2000-2012.

Fonte: Banco de dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF, 2013).

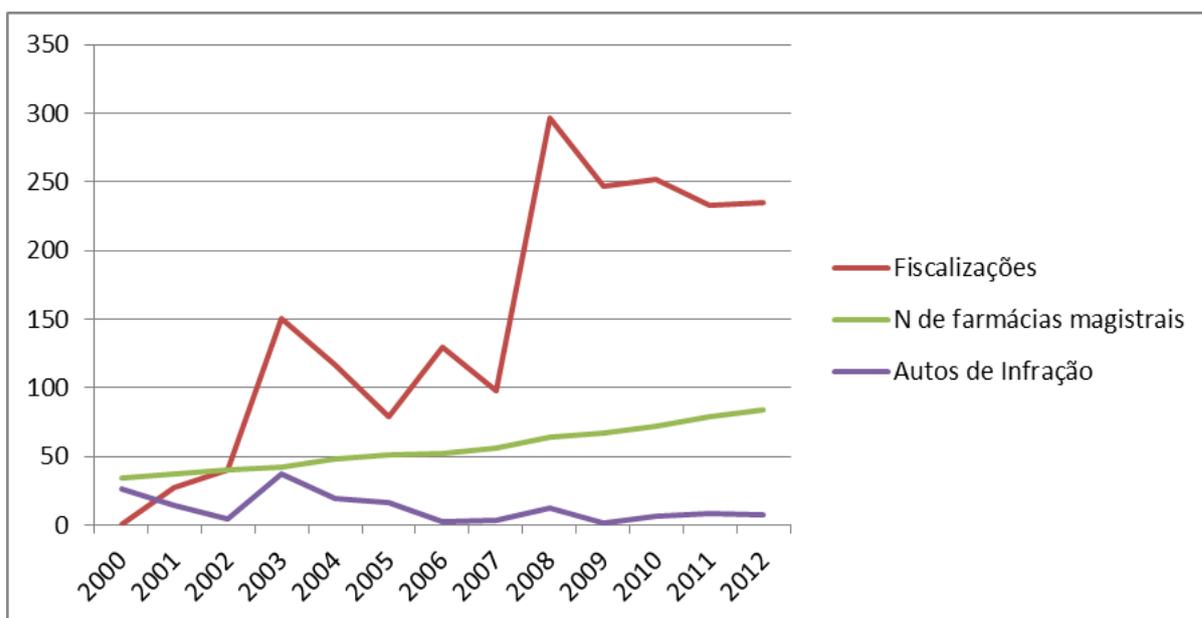


Figura 9 – Fiscalizações realizadas em farmácias magistrais no Distrito Federal, período 2000-2012.

Fonte: Banco de dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF, 2013).

As fiscalizações às farmácias magistrais cresceram até 2008, observando-se uma leve queda no número de fiscalizações de 2009 a 2012, conforme a figura apresentada anteriormente. Embora o quantitativo de farmácias tenha crescido desde o primeiro até o último ano estudado, as autuações diminuíram uma taxa de 169%, segundo a tabela 11, a seguir.

Tabela 11 – Fiscalizações realizadas e número de infrações por farmácia magistral no Distrito Federal, período 2000-2012.

Ano	Fiscalizações	Número de farmácias magistrais	Fiscalização por estabelecimento	Autos de infração	Números de infrações por visita	Autos de infração por estabelecimento
2000	0	34	0,00	26	0,000	0,76
2001	27	37	0,73	14	0,519	0,38
2002	40	40	1,00	4	0,100	0,10
2003	150	42	3,57	37	0,247	0,88
2004	117	48	2,44	19	0,162	0,40
2005	79	51	1,55	16	0,203	0,31
2006	130	52	2,50	2	0,015	0,04
2007	98	56	1,75	3	0,030	0,05
2008	296	64	4,63	12	0,040	0,19
2009	247	67	3,69	1	0,004	0,01
2010	252	72	3,50	6	0,024	0,08
2011	233	79	2,95	8	0,034	0,10
2012	235	84	2,80	7	0,030	0,08
Taxa de crescimento	235	147	280	-169	0,030	-89,5

Fonte: Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4 (CRF-DF, 2013).

O enquadramento de autuação que mais prevalece entre as farmácias magistrais é a ausência do responsável técnico. No entanto, tal modalidade de autuação experimenta uma queda no seu quantitativo ao longo dos anos. As autuações nas categorias “sem registro” zeraram a partir de 2005 e, o tipo “sem responsável técnico”, a partir de 2010, conforme a figura 10, exposto a seguir.

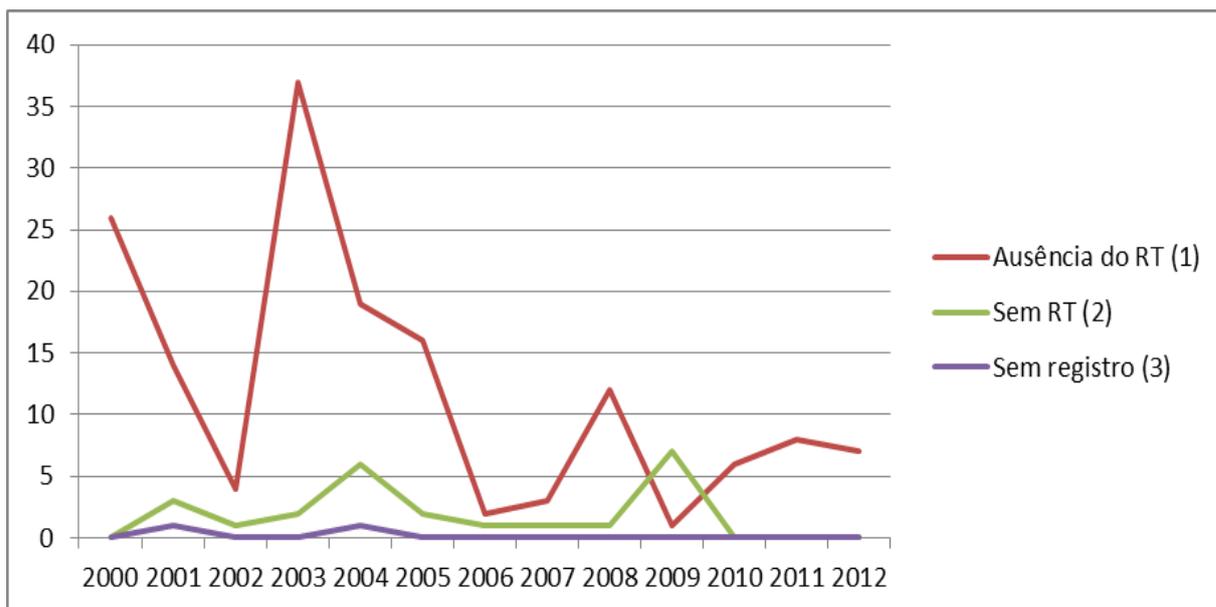


Figura 10 – Autos de infração em farmácias magistrais do Distrito Federal, período 2000-2012.

(1) Ausência do RT, quando o estabelecimento possui um farmacêutico responsável técnico e o mesmo está ausente no horário previsto.

(2) Falta de RT, quando o estabelecimento não possui farmacêutico responsável técnico.

(3) Falta de registro, quando o estabelecimento não é registrado no CRF-DF.

Fonte: Banco de dados do sistema informatizado do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF, 2013).

5 DISCUSSÃO

A presente pesquisa observou nos dados obtidos no período 2000-2012, um aumento contínuo do número de drogarias e farmácias magistrais, notadamente nos períodos de 2006 a 2011. Com o passar dos anos, proporcionalmente, o número de drogarias aumentou mais do que a população. Neste sentido, as Regiões Administrativas (RAs) do Distrito Federal (DF) que apresentaram maiores taxas de crescimento percentual do número de drogarias foram: Recanto das Emas, Vicente Pires, Riacho Fundo II, Itapoã e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA). Tais RAs são bairros de povoamento recente. Foi constatado que nas RAs onde o número inicial era pequeno, o crescimento percentual era maior.

O número de farmácias magistrais no DF também apresentou crescimento, especialmente, a partir de 2008. No entanto, apenas doze das trinta RAs do DF apresentam farmácias magistrais, sendo as RAs de maior poder aquisitivo ou maior atividade econômica.

É preciso destacar que, de acordo com o último senso do IBGE, o crescimento populacional do DF está sendo acima da média do restante do País (IBGE, 2010). No entanto, verificou-se que a razão de drogaria por habitantes passou de 1/8044, no ano 2000, para 1/5.376, em 2004, e 1/2.647, em 2010.

Contudo, não foram encontradas recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) para valores desejáveis da razão de habitantes por farmácia ou drogaria, mas alguns países estabelecem valores e regulamentações. De fato, algumas nações que possuem alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como, por exemplo, Áustria, Austrália, França, Itália e Luxemburgo, adotam valores que variam de 3.500 a 5.500 habitantes por farmácia, além de critérios geográficos para abertura de novos estabelecimentos, adotando valores entre 500 e 1.500 metros de distância entre estes (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2011; PGEU-GPUE, 2010; CRF-DF, 2001). Neste sentido, o Brasil ainda não adotou critérios oficiais, mas têm-se recomendações de especialistas para a proporção de um estabelecimento para cada oito mil habitantes (CFF, 2012).

Segundo Giovanni (1980), o aumento acima do desejável do número de estabelecimentos farmacêuticos no Brasil se deve, em parte, à necessidade

crescente da indústria farmacêutica em comercializar seus produtos. Neste sentido, a drogaria existe como entreposto de medicamentos industrializados. As relações entre os produtores, distribuidores e os pontos de venda direta ao consumidor, coloca o setor de comercialização final em total dependência da indústria, obrigando, especialmente os varejistas, a desenvolverem políticas agressivas de vendas.

As práticas comerciais da indústria farmacêutica e seu esforço persuasivo junto à classe médica e o varejo farmacêutico, contribuiu, no curso do tempo, para a constituição de um conjunto de concepções e hábitos de consumo da população, propiciadores e receptivos ao consumo exacerbado e indiscriminado de medicamentos industrializados. Destarte, conforme Agonesi e Sevalho (2010), a produção crescente de tecnologias necessita de um mercado capaz de absorver a demanda de consumo, que lhe é incessantemente imposta e que, assim, deve ser permanentemente, ajustado ao poder da mídia e do poder instrumental simbólico da propaganda. Outros autores citam a estreita relação entre a indústria farmacêutica e os responsáveis pela venda de medicamentos, principalmente os balconistas, na forma de treinamentos, cursos, incentivos, prêmios e comissões (NAVES, 2008; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009). Tal prática contraria a legislação, que proíbe o oferecimento de incentivos financeiros, prêmios e comissões para vendedores do varejo (BRASIL, 2008).

A falta de critérios populacionais e geográficos para abertura de farmácias no Brasil e a pouca exigência em relação aos conhecimentos e a formação do proprietário (XAVIER, 2005; NAVES, 2008) são fatores que podem contribuir para o crescimento acentuado do número de estabelecimentos. Segundo a OMS, um grande número de estabelecimentos de comercialização de medicamentos pode favorecer o uso irracional e abusivo, considerando-se as estratégias de mercado que necessitarão ser empregadas para poder obter lucro diante da grande competição entre estes.

Diante do exposto, no caso particular do DF, em relação à concepção da capital federal e das cidades satélites localizadas ao seu redor, tem-se a concentração de determinadas atividades em áreas específicas. No setor farmacêutico, tal fato também ocorre, podendo-se destacar a Rua das Farmácias no bairro Asa Sul, em Brasília, com a presença de trinta e sete estabelecimentos farmacêuticos localizados em duas quadras, praticamente, lado a lado. O mesmo

fenômeno se dá nos Setores Hospitalares Locais Sul (SHLS) e Norte (SHLN) de Brasília, e na área central, no setor C Norte e na região do centro comercial Taguacenter, em Taguatinga.

No DF, verificou-se ainda a maior concentração de drogarias e farmácias magistrais, em relação ao número de habitantes, nas regionais de Brasília e Lago Sul – regiões que também concentram as taxas de maior poder aquisitivo na referida Unidade da Federação (UF). Em terceiro e quarto lugares, encontram-se duas regionais de grande população e atividade econômica: Taguatinga e Gama. Neste sentido, infere-se que a concentração de estabelecimentos farmacêuticos no DF está relacionada com o poder aquisitivo, densidade populacional e atividade econômica existente nas diferentes regiões.

Se por um lado, o aumento do número de drogarias causa a impressão de uma economia ao usuário de medicamentos devido à concorrência, por outro, a fragmentação do lucro por estabelecimento pode induzir a criação de estratégias agressivas de venda, acarretando o uso desnecessário e irracional de medicamentos (ST-ONGE, 2008; NISHIJIMA, 2008; MELO *et al.*, 2007). Outra consequência da diminuição do lucro seria a crescente tentativa das farmácias e drogarias em diversificar o elenco de produtos oferecidos, alheios aos permitidos pela legislação federal vigente (BRASIL RDC 44, 2009; BRASIL RDC 41, 2012).

Segundo Barberato-Filho e Lopes (2007), a margem de lucro dos medicamentos situa-se entre 44 e 57% - referência, 98-199% - genéricos, 49-57% - similares A, e 147-236% - similares B. Destacando-se a importância do governo no controle da qualidade e na regulação do mercado farmacêutico brasileiro, é possível constatar que as regras de comercialização, muitas vezes, se contrapõem aos compromissos social, ético e legal necessários para caracterizar as farmácias e drogarias como estabelecimentos de saúde.

Em alguns países – que podem ser considerados modelos, como, por exemplo, a França, uma nação que apresenta um sistema de saúde em acelerada mudança desde os anos 1990, a aprovação para abertura de estabelecimentos farmacêuticos é concedida segundo critérios rígidos. Quanto à propriedade, o critério definido é que as farmácias devem ser exclusivamente de um farmacêutico ou grupo de farmacêuticos, seguindo também critérios demográficos, sendo a licença de abertura concedida pelo prefeito do município. A abertura ou compra dos

estabelecimentos é permitida somente aos farmacêuticos franceses, e cada profissional pode ser proprietário de um único estabelecimento, porém, é permitido a este a participação em uma sociedade, desde que não seja o sócio de maior participação (CRÉMADEZ, 2010).

Portugal apresenta normas de planificação para a abertura de farmácias regidas em distância (250 m) e população (seis mil habitantes). Tal exigência visa impossibilitar a concentração de farmácias em áreas urbanas, além de promover uma distribuição homogênea no território nacional. Também existem restrições quando à propriedade, definindo que os estabelecimentos podem ser somente de farmacêutico nato, e a presença do farmacêutico responsável pela farmácia é sempre obrigatória em todo o horário de funcionamento. Segundo pesquisa da Associação Nacional das Farmácias (ANF) de Portugal, no ano de 2010, havia naquela nação uma farmácia para cada 3.725 habitantes (CRF-DF, 2001; ANF, 2011).

A farmácia no Reino Unido pode ser propriedade de um farmacêutico ou de uma sociedade civil. Tanto naquela nação como em alguns países europeus, os medicamentos são pagos, integralmente ou na forma de copagamento, pelo Estado, ou seja, cada trabalhador paga mensalmente uma quantia para o serviço sanitário. Os recursos, então, são destinados, em parte, à aposentadoria e ao serviço médico, que também inclui o custo de alguns medicamentos. Logo, algumas farmácias acabam trabalhando para o serviço sanitário. Uma farmácia pode ser aberta para atender aos pacientes do Serviço Nacional de Saúde, mas o profissional deve obter uma autorização, apresentando, para tanto, um estudo de necessidades que justifique a abertura. Entretanto, não existe nenhum critério de planificação para a abertura de uma farmácia nem restrições para sua venda. Os farmacêuticos pertencentes aos países da União Europeia (UE) podem ser proprietários de farmácia no Reino Unido somente se esta já estiver aberta e em funcionamento por um período superior a três anos.

Na Suécia, todas as farmácias estão associadas ao órgão governamental *Apoteksbolaget*; somente os farmacêuticos podem dispensar os medicamentos e não há publicidade neste setor. As farmácias são reconhecidas como estabelecimentos integrados ao sistema de saúde (CRF-DF, 2001; BJORKMAN *et al.*, 2008).

Na Espanha, o proprietário de uma farmácia deve ser um farmacêutico. Para a abertura de uma farmácia, é preciso ser aprovado em um concurso de méritos. No caso da planificação, o Ministério da Saúde local aplica determinados critérios, como, por exemplo, densidade demográfica e distância. A transferência de titularidade só pode ocorrer após três anos da abertura. Ainda naquele país, qualquer farmacêutico da UE pode ser proprietário de farmácia, em caso de morte do farmacêutico proprietário, com exceção das duas regiões espanholas de Estremadura e Castilla la Mancha, onde este tipo de transmissão é proibida. E ainda, cada farmacêutico pode ser dono de apenas uma farmácia e a substituição do farmacêutico responsável está prevista somente em casos excepcionais.

Somente um profissional habilitado pode obter a licença de abertura de uma farmácia na Áustria. As autoridades levam em conta fatores geográficos e demográficos: as farmácias devem estar distantes 500 m entre si e/ou atender um raio de 5.500 pacientes (no mínimo). E ainda, a passagem do ponto só pode ser efetuada depois de cinco anos de abertura. Vale salientar que farmacêuticos de outros países europeus não podem abrir uma farmácia na Áustria, porém, podem adquiri-la após cinco anos de sua abertura. Caso o farmacêutico responsável seja afastado, ele pode ser substituído por outro farmacêutico durante seis semanas. Se o período de substituição for superior àquele prazo, o substituto poderá solicitar e obter a autorização para dirigir a farmácia em definitivo (CRF-DF, 2001).

O presente estudo observou que no DF é destacado o ano de 2008, em que houve grande aumento do número de farmácias e drogarias, onde naquele ano deu-se uma grande crise econômica internacional.

Alguns economistas consideram que a crise de 2008, que se faz sentir até os dias de hoje, tem sua causa primeira no estouro da “bolha da *internet*” (em inglês, *dot-com bubble*), em 2001, quando o índice Nasdaq (que mede a variação de preço das ações de empresas de informática e telecomunicações) despencou (KRUGMAN, 2002). Mas, em poucas semanas, a crise norte-americana já atravessava o Atlântico. No Brasil, as empresas Sadia (Folha Online, 2008), Aracruz Celulose (BIANCONI, 2008) e Votorantim (Folha Online, 2008) anunciaram perdas bilionárias. O Produto Interno Bruto (PIB) da zona do Euro apresentou uma queda de 1,5% no quarto trimestre de 2008, em relação ao trimestre anterior – a maior contração da história da economia da zona europeia (WESSEL, 2010).

Aquela crise mundial afetou também diversos setores econômicos no Brasil, entretanto os números apresentados nesse estudo demonstram que as drogarias não foram prejudicadas por tal crise, pois houve um crescimento sustentado de mais de uma década, conforme evidenciado na figura 2, apresentado anteriormente. Em relação às farmácias magistrais, a diminuição do número de abertura coincide com os anos de 2003, 2006 e 2009, podendo estar relacionada a edição de normas sanitárias mais exigentes, bem como a crise econômica de 2008, que se reflete em queda acentuada no ano de 2009.

Em 2012, apesar de ainda haver reflexos da crise, a diminuição de abertura de drogarias pode ter como causa também a ação da fiscalização por parte dos órgãos competentes, além da contratação de farmacêuticos para todo o horário de funcionamento dos referidos estabelecimentos (CRF-DF, 2012). Soma-se a tais acontecimentos a publicação das RDCs nº. 33, de 19 de abril de 2000, e nº. 67, de 08 de outubro de 2007, ambas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Uma das limitações de nosso trabalho foi não ser possível levantar o indicador de fechamento de drogarias e farmácias magistrais devido a inconsistência dos dados coletados. Observou-se que fechamentos temporários eram contabilizados como definitivos e sobreposição de dados. Porém, com relação a abertura e número total de estabelecimentos os dados foram confrontados com as fiscalizações realizadas e mostraram-se fidedignos.

A presente pesquisa encontrou no DF a seguinte estrutura do varejo farmacêutico: de um lado, um número relativamente reduzido de grandes empresas que, em conjunto, dominam a maioria do mercado e que, individualmente, controlam grandes parcelas do comércio de medicamentos e produtos para saúde; e, de outro lado, um grande número de pequenas e médias empresas, que disputam, acirradamente, as fatias menores do mercado (CRF-DF, 2013).

As pequenas empresas aparentemente não padecem de uma limitação na capacidade de cumprimento da lei, inovação e crescimento, principalmente aquelas de propriedade de farmacêuticos, mas o que dificulta sua atividade, possivelmente, é a diferença de potenciais econômico-financeiros variáveis de umas para outras. Tem-se uma distinção entre as estratégias de vendas das grandes e das pequenas empresas. As farmácias e drogarias independentes utilizam-se mais de promoção

no próprio ponto de venda e, as grandes redes, além disso, fazem uso de propagandas e *marketing* que atinge grande massa populacional.

A maioria dos estabelecimentos de varejo farmacêutico do DF são independentes, não pertencentes a redes. Um estudo realizado por França Filho *et al.* (2008) também observou que a maioria das drogarias de Santa Catarina (SC) são independentes (61,6%). Contudo, o aumento da disputa por consumidores dificulta a sobrevivência de grande parte das drogarias, em especial, aquelas independentes. A movimentação para a formação de redes é um dos principais motivos de fechamento e substituição por novas lojas. Segundo a Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA), a vida média de uma drogaria gira em torno de cinco anos (SEBRAE, 2012).

A tendência do setor das drogarias se associarem para a formação de redes de alcance nacional é vantajosa para os proprietários no sentido de se conseguir descontos na aquisição do produto junto ao fornecedor, além da redução de gastos com publicidade (SEBRAE, 2012). As maiores redes do país constantemente distribuem suas lojas além de seus Estados originais, sendo os mercados mais visados as regiões Sul e Sudeste. No entanto, a partir de 2008, tais redes passaram a entrar também no mercado do DF (CRF-DF, 2013).

No que se refere à propriedade, as drogarias de propriedade de leigos são a maioria no DF, diferente do que ocorre com as farmácias magistrais; nas quais os leigos são a minoria. Há uma tendência de crescimento dos estabelecimentos (drogarias e farmácias magistrais) em que a propriedade é mista, o que pode se tornar uma oportunidade para o farmacêutico empreender e adquirir experiência em tal área. No entanto, também existem aqueles profissionais que aceitam uma sociedade minoritária, onde o leigo se beneficia financeiramente porque o *pro labore* do farmacêutico situa-se abaixo do piso da categoria – menos de 30% do valor estipulado na convenção coletiva de trabalho, cujo valor, em 2013, é R\$ 3.733,65, para 44 horas semanais, e R\$ 3.489,71, para 40 horas semanais.

Os Conselhos Regionais de Farmácia (CRFs) são responsáveis pela fiscalização dos estabelecimentos farmacêuticos em relação aos aspectos profissionais. A quantidade de fiscalizações do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF) aumentou nas drogarias no decorrer dos anos, com destaque para 2003, 2005, e, notadamente, em 2008 e 2010. Tem-se ainda neste

período o aumento no quantitativo de autuações, sofrendo uma leve queda em 2011 e 2012. Nas farmácias magistrais, deu-se um crescimento nas fiscalizações até o ano de 2008, com picos em 2003, 2006 e 2008, observando-se uma leve queda no número de fiscalizações de 2009 a 2012. No entanto, apesar da quantidade de farmácias magistrais terem aumentado, as autuações diminuíram em tais estabelecimentos. A modalidade de autuação que predomina nas drogarias é a ausência do responsável técnico (RT) durante a fiscalização, com tendência de aumento até 2012. O mesmo comportamento se dá nas farmácias magistrais, mas com tendência de queda.

A quantidade de fiscalização por farmácias magistrais foi maior em 2008, seguido pelos anos de 2009, 2003 e 2010. Neste sentido, é possível inferir que os anos supramencionados foram os anos do período estudado em que a fiscalização do CRF-DF foi mais atuante. No entanto, observa-se a falta de regularidade da filosofia de trabalho nos treze anos analisados.

A ausência do farmacêutico RT durante a fiscalização é a infração à lei de maior incidência no DF e, na maioria das vezes, praticada deliberadamente. Em segundo lugar, encontra-se a falta de RT. No DF, formam-se aproximadamente quinhentos farmacêuticos por ano, e o número de farmacêuticos inscritos no CRF-DF, atualmente, passa de cinco mil (CRF-DF, 2013). Portanto, há condições e profissionais suficientes para o cumprimento da lei, que se configura também em um direito do consumidor.

Embora a legislação federal, há quarenta anos, exija, por meio do art. 15 da Lei nº. 5.991/1973, a presença física de farmacêutico RT durante todo o horário de funcionamento das farmácias e drogarias, na prática, a maioria dos estabelecimentos do DF mantinham farmacêuticos RTs apenas de segunda a sexta-feira, no regime de oito horas diárias de trabalho, sendo o horário de funcionamento de aproximadamente de quatorze a vinte e quatro horas diárias. Para tentar solucionar tal questão, o CRF-DF, por meio da Deliberação nº. 02/2012, de 28 de março de 2012 (CRF-DF, 2012), passa a exigir, de fato, que tais estabelecimentos cumpram o art. 15 da Lei nº. 5.991/1973, mantendo farmacêuticos RTs suficientes para todos os dias e horários de funcionamento (CRF-DF, 2013). A referida exigência começou a vigorar ainda em 2012, para as empresas que abriram a partir

da data de publicação da deliberação. Para as farmácias que já estavam em funcionamento, a exigência se deu a partir do dia 02 de fevereiro de 2013.

Para a renovação anual do licenciamento das farmácias e drogarias no DF, em 2013, exige-se a apresentação de tantos farmacêuticos quantos forem necessários para cobrir todo o horário de funcionamento dos referidos estabelecimentos. Esta é uma primeira ação, que necessita ser complementada por outras medidas, como, por exemplo, a educação continuada e outros critérios a serem discutidos como requisitos para a renovação de registro profissional, capazes de atender às mudanças na sociedade.

As alterações nas legislações sanitária e profissional incentivam a presença do farmacêutico nas farmácias e drogarias, como, por exemplo, a Lei dos Genéricos (Lei nº. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999), que permite a intercambialidade do medicamento de referência pelo genérico apenas na presença do profissional farmacêutico (BRASIL, 1999). A presença e a atuação do farmacêutico em tais estabelecimentos se fundamentam no fato de que o uso racional do medicamento requer a aplicação de um conhecimento técnico-científico aprofundado sobre as suas características intrínsecas, pelas reações e interações adversas que podem desencadear, e sobre as doenças para as quais são úteis (BASTOS; CAETANO, 2010). Neste sentido, o objetivo da farmácia comunitária é a dispensação de medicamentos em condições que possam minimizar os riscos do uso dos medicamentos e que permitam a avaliação dos resultados clínicos, de modo que possa ser reduzida a morbimortalidade associada aos medicamentos.

A profissão farmacêutica tem evoluído cada vez mais, abrangendo uma escala maior de atribuições e responsabilidades. Além da tradicional atuação na fabricação e dispensação de medicamentos, o farmacêutico é um membro integrante da equipe de saúde, assumindo funções variadas, fornecendo serviços de cuidado farmacêutico e ajudando a garantir o melhor tratamento e o bem estar para os pacientes, a informação e o assessoramento adequados aos usuários, e a observação dos efeitos do uso de produtos dispensados. Os farmacêuticos, nas farmácias e drogarias, precisam exercer plenamente suas atribuições para tornarem-se promotores eficazes de saúde. O farmacêutico é um profissional que deve se qualificar continuamente para enfrentar grandes desafios e para assumir maiores responsabilidades.

No Brasil, tem-se uma necessidade histórica de resgate da relação farmacêutico-paciente nas farmácias e drogarias, em prol da valorização daquele profissional. Mesmo tais estabelecimentos sendo consideradas de cunho comercial, as farmácias comunitárias devem manter os serviços farmacêuticos essenciais a fim de garantir que o usuário de medicamentos receba produtos de qualidade, e sejam orientados adequadamente a respeito do uso correto de medicamentos e cuidados com a saúde (AGONESI; SEVALHO, 2010).

A relação profissional que vem se estabelecendo entre farmacêuticos e a população deve ser sanitária – com capacitação, atitude e ética na postura profissional – e não apenas mercadológica, com prioridade da venda sobre a saúde do usuário (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2008). Tratar a farmácia e a drogaria como simples comércio tem sido um grande equívoco e tem contribuído para a adoção de práticas comerciais abusivas ou inadequadas, para a garantia de acesso seguro e qualificado da população a produtos ligados à saúde. A saúde pública estará comprometida se o consumidor for estimulado, mediante exposição a medicamentos, à automedicação sem a correta orientação farmacêutica. Portanto, faz-se urgente reorientar as farmácias e drogarias a fim de torná-las capazes de atuar verdadeiramente como estabelecimentos de saúde e de auxiliar o Estado na implementação de diversas políticas de orientação, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos.

A mudança necessária depende da prática do farmacêutico e do serviço como um todo, em prol da promoção de uma relação de confiança e respeito mútuo, entre o proprietário, o usuário e o provedor do cuidado, permitindo a superação das barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo. Neste sentido, o farmacêutico precisa estar consciente de sua responsabilidade no processo desde a sua formação (PEREIRA; FREITAS, 2008). Ser farmacêutico não significa ser vítima impotente diante das pressões do mercado e do capital, dos desafios impostos pela pressão da inovação, das distorções sanitárias, pelas dificuldades impostas pela formação inadequada, pelas exigências da regulação, pela realidade do sistema de saúde.

É preciso desenvolver mecanismos para evitar que medicamentos sejam comercializados sem os devidos cuidados, como se fossem apenas mais um item de mero consumo. A natureza do medicamento e o seu papel na saúde das pessoas

exigem dos profissionais e estabelecimentos que os dispensam, regime de controle específico e rigoroso feito por farmacêuticos capacitados. É necessária uma nova forma de pensar, de estruturar, de desenvolver, de produzir serviços e assistência farmacêutica no DF, com as farmácias e drogarias como promotoras de saúde. Os farmacêuticos precisam estar preparados para suprir as necessidades do sistema de saúde com conhecimentos e competências que viabilizem a implementação da assistência farmacêutica como uma política de promoção da saúde, como, por exemplo, por meio da atividade de aconselhamento farmacêutico.

6 CONCLUSÃO

No Distrito Federal (DF), conforme a presente pesquisa, constatou-se o aumento do número de drogarias e farmácias magistrais em atividade no período analisado (2000-2012), observando-se uma concentração de estabelecimentos nas Regiões Administrativas (RAs) de maior poder aquisitivo, atividade econômica e concentração populacional.

O aumento do número de drogarias no DF superou o crescimento populacional. As razões do aumento do quantitativo dos referidos estabelecimentos por habitante demonstraram que houve um grande aumento na densidade de distribuição das drogarias no período analisado. A quantidade de estabelecimentos abertos impulsionou o crescimento do número de drogarias e de farmácias magistrais.

Devido a inconsistência dos dados observados para o item de estabelecimentos fechados, conclui-se que o sistema eletrônico de informação do CRF-DF precisa ser aperfeiçoado e/ou a sua alimentação ser aprimorada.

O mercado farmacêutico no DF tende à formação de redes, apesar da quantidade de drogarias independentes ainda ser maior e tendência de crescimento. Parte das drogarias independentes atualmente existentes pode ser explicada pelo fato de ser algo comum os proprietários de drogarias participantes de uma rede registrarem os estabelecimentos no CRF-DF enquadrado como independente.

As farmácias magistrais localizadas no DF são, em sua maioria, de propriedade exclusiva de farmacêuticos. Apesar de apresentar os maiores valores percentuais no período analisado, é uma categoria que se apresenta com tendência de declínio. Entretanto, a maioria das drogarias existentes na referida Unidade da Federação (UF) é de propriedade exclusiva de leigos, e a associação entre farmacêuticos e leigos, apesar de ainda possuir uma porcentagem pequena, demonstrou ser uma tendência no setor. A categoria exclusiva de farmacêutico é a que possui menor representação e diminuiu ao longo dos anos.

Na incursão da presente pesquisa, observou-se uma tendência de aumento do número de farmácias e drogarias no DF. No entanto, existe ainda a necessidade de progressos na qualidade da assistência farmacêutica. As farmácias e drogarias

deveriam se tornar um local não somente para a venda de medicamentos, mas também um estabelecimento que disponibilizasse informação e educação em saúde, bem como uma relação mais próxima entre farmacêutico e usuário.

Os medicamentos são indispensáveis para muitas atividades de prevenção e de recuperação da saúde, mas seu uso deve ser controlado a fim de que cumpra seu propósito. Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, houve um aumento do rigor na regulamentação do mercado farmacêutico no Brasil. Porém, ainda não se registra qualquer iniciativa no sentido de criação de normas para a abertura de estabelecimentos farmacêuticos, como na maioria dos países desenvolvidos, que adotam critérios geográficos ou populacionais para a permissão de criação de novas farmácias, e limitam tal permissão apenas a farmacêuticos.

A expansão do mercado farmacêutico facilita o acesso aos medicamentos, mas pode também contribuir para seu uso indiscriminado. Quanto maior o número de farmácias e drogarias, maior é a concorrência e mais pulverizados ficam os lucros, o que pode contribuir para práticas mais agressivas de venda, aumento ou indução do consumo desnecessário de medicamentos. Portanto, associado ao referido crescimento do setor, é preciso que se tenha o desenvolvimento da qualidade dos serviços farmacêuticos, a fim de que os pacientes façam bom uso daqueles estabelecimentos para a plena recuperação da saúde.

Em muitos países, as discussões da classe farmacêutica se concentram na melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos. No entanto, no Brasil, especificamente no DF, observou-se que ainda não se consegue cumprir uma exigência básica: a presença do farmacêutico nas farmácias e drogarias – fato comprovado pelos tipos de infrações mais recorrentes verificadas no presente estudo.

Diante dos resultados encontrados, recomenda-se a realização de novos estudos a nível nacional, para subsidiar a discussão da temática apresentada. Além de critérios para a abertura e propriedade das farmácias, é preciso ainda discutir a caracterização das farmácias como estabelecimento de saúde, atentando-se à qualidade dos serviços farmacêuticos e à implementação das medidas de promoção do uso racional de medicamentos já existentes na legislação brasileira.

REFERÊNCIAS

AÇÕES da Sadia despencam quase 30% com perdas milionárias. In: **Folha Online**. 26 de setembro de 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u449171.shtml>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Inspeção. Farmácias e Drogarias**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/inspecao/farmacias/AFE_AE.htm>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. Resolução RDC nº. 67, de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 29-58, 09 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://www.e-legis.brs.br/leis>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

_____. Subsídios à discussão sobre a proposta de regulamentação para farmácias magistrais. Informes Técnicos Institucionais. **Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 691-694, 2005.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.

Associação Brasileira de Rede de Farmácias e Drogarias – ABRAFARMA. **Abrafarma – 12 meses até Dezembro/10**. 2010. Disponível em: <http://www.abrafarma.com.br/Ranking_Abrafarma-2010.htm>. Acesso em: 26 abr. 2011.

Associação Nacional de Farmácias – ANF. **As farmácias portuguesas**. Disponível em: <<http://www.anf.pt>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health and Ageing. **Pharmacy Location Rules – Applicant’s Handbook**. Disponível em: <[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/61CA7651EF6FB41ECA256F180046DD4B/\\$File/DOHA022_11_complete_1.0.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/61CA7651EF6FB41ECA256F180046DD4B/$File/DOHA022_11_complete_1.0.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2013.

BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. A influência da margem de lucro na comercialização de medicamentos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, n. 1, p. 99-106, 2007.

BASTOS, C. R. G.; CAETANO, R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl. 3), p. 3541-3550, 2010.

BIANCONI, C. Aracruz: perdas poderiam ser de R\$ 1,95 bi em setembro. **Agência Estado**, São Paulo, 03 de outubro de 2008. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/noticias/>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BJÖRKMAN, I.; VIBERG, N.; RYDBERG, L.; LUNDBORG, C. S.; Helth promotion at Swedish pharmacies – views of the staff. **Pharmacy Practice**, v. 6, n. 4, p. 211-218, 2008.

BRANDÃO, A. Há farmacêuticos para todas as farmácias. In: Conselho Federal de Farmácia – CFF. **Notícias do CFF**. 16 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=585>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. **Instrução Normativa SRF nº. 27, de 05 de março de 1998. Dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ**. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/ins/ant2001/1998/in02798.htm>. Acesso em 13 out. 2012.

_____. Instrução Normativa SRF nº. 54, de 22 de junho de 1998. Dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 70, 26 de junho de 1998. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/ins/ant2001/1998/in05498.htm>>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Lei nº. 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 de novembro de 1960. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=143&menu=5&titulo=Lei+3820+-+Cria+o+Conselho+Federal+e+os+Conselhos+Regionais+de+Farm%C3%A1cia>>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 13049, 19 de dezembro de 1973.

_____. **Lei nº. 6.839, de 30 de outubro de 1980. Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6839.htm>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Lei nº. 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 de dezembro de 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9250.htm>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Brasília, 27 de janeiro de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782compilado.htm>. Acesso em: 14 out. 2012.

_____. Lei nº. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Lei dos Medicamentos Genéricos. Altera a Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 de fevereiro de 1999.

_____. Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico – SEAE. **Preços de medicamentos no Brasil e a atuação da SEAE em 1999**. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/sae/documentos>>. Acesso em: 27 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_3.916.1998>. Acesso em: 25 jun. 2013.

_____. Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção I, 31 de dezembro de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm>. Acesso em: 14 out. 2012.

_____. RDC ANVISA nº. 01, de 13 de janeiro de 2010. Dispõe sobre os critérios para peticionamento de Concessão, Renovação, Cancelamento a pedido, Alteração, Retificação de Publicação e Reconsideração de Indeferimento da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) dos estabelecimentos de comércio varejista de medicamentos: farmácias e drogarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de janeiro de 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0001_13_01_2010.html>. Acesso em: 14 out. 2012.

_____. RDC ANVISA nº. 01, de 04 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os critérios para peticionamento de concessão, renovação, cancelamento a pedido, alteração, retificação de publicação e recurso administrativo contra o indeferimento da autorização especial (AE) dos estabelecimentos de farmácias de manipulação. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 6, p. 67, 09 de janeiro de 2012.

_____. RDC ANVISA nº. 33, de 19 de abril de 2000. Regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para manipulação, fracionamento, conservação, transporte, dispensação e preparações magistrais e oficinais, alopáticas e ou homeopáticas, e de outros produtos de interesse da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de abril de 2000.

_____. RDC ANVISA nº. 41, de 26 de julho de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 145, p. 49, 27 de julho de 2012.

_____. RDC ANVISA nº. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, nº 157, p. 78-81, 18 de agosto de 2009.

_____. RDC ANVISA nº. 96, de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de dezembro de 2008. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=35664&word=>>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

_____. RDC ANVISA nº. 238, de 27 de dezembro de 2001. Uniformização dos critérios relativos à Autorização, Renovação, Cancelamento e Alteração da Autorização de Funcionamento dos estabelecimentos de dispensação de medicamentos: farmácias e drogarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 04 de março de 2002.

_____. RDC ANVISA nº. 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 26 de julho de 1999.

CALDEIRA, T. R.; NEVES, E. R. Z.; PERINI, E. Evolução histórica das bulas de medicamentos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 737-743, 2008.

CASTRO, M. S.; CORRER, C. J. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 41, n. 9, p. 1486-1493, 2007.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. **Distrito Federal 10 Anos. Aspectos demográficos da população, trabalho e rendimento, domicílios e posse de bens**, p. 1-42, 2010. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000446.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2012.

_____. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Caracterização da População Urbana**. Distrito Federal, 2004.

_____. **Síntese de Informações Socioeconômicas**, p. 1-94, 2010. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000445.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2011.

Conselho Federal de Farmácia – CFF. **A organização jurídica da profissão farmacêutica**. 5. ed. rev. e atual. Brasília, 2007.

_____. **Estatísticas. Estabelecimentos farmacêuticos no Brasil. Relatório da Comissão de Fiscalização emitido em dezembro de 2010**. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=138&menu=16&titulo=Estabelecimentos+farmac%C3%AAuticos+no+Brasil>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

_____. Resolução CFF nº. 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 24-30, 27 de abril de 2001.

_____. Resolução CFF nº. 417, de 06 de maio de 2005. Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 189-190, 09 de maio de 2005.

_____. **Resolução CFF nº. 494, de 26 de novembro de 2008. Substitui a Cédula de Identidade profissional do farmacêutico e não-farmacêutico, institui a Certidão de Regularidade Técnica e estabelece itens de segurança na Carteira de Identidade Profissional**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/res494_08.pdf>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Resolução CFF nº. 521, de 16 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento de inscrição e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 64, p. 71, 06 de janeiro de 2010.

Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal – CRF-DF. A farmácia no mundo. **Jornal Vide Bula**, Brasília, nov. 2001.

_____. **Banco de Dados do sistema informatizado do CRF-DF**: PHP versão 5 e Banco de Dados MYSQL versão 4. Brasília, 02 de janeiro de 2013.

_____. Deliberação nº. 02, de 2012. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, seção 3, p. 68, 28 de março de 2012 Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2012/03_Mar%C3%A7o/DODF%20N%C2%BA%20063%2028-03-2012/Se%C3%A7%C3%A3o03-%20063.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2013.

_____. Dirigentes do CRF-DF são pressionados a não exigir farmacêuticos em farmácias e drogarias. **Notícia**. 22 de março de 2013. Disponível em: <<http://www.crdf.org.br/site/noticia/dirigentes-do-crf-df-sao-pressionados-a-nao-exigir-farmaceuticos-em-farmacias-e-drogarias>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

Conselho Regional de Farmácia do Paraná – CRF-PR. **O farmacêutico em revista. Os desafios do setor farmacêutico**. Paraná, p. 1-20, jan./jul. 2009. Disponível em: <www.crf-pr.org.br/arquivopdf/farmacuticoemrevista/edicao0012009.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2012.

Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – CBMDF. **Boletim Geral**, Brasília, n. 140, 30 de julho de 2008. Disponível em: <<https://www.cbm.df.gov.br/servicos/analise-de-projetos/orientacoes-para-projetos>>. Acesso em: 13 out. 2012.

CRÉMADEZ, M. Strategic management of hospitals in France: balance and perspectives. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2285-2296, 2010.

DISTRITO FEDERAL. Câmara Legislativa do Distrito Federal – CLDF. **Lei Orgânica do Distrito Federal**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://sistemasweb.desenvolvimento.gov.br/investimento_web/arquivos/legislacao_ieiorganica.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2012.

_____. Decreto nº. 18.955, de 22 de dezembro de 1997. Regulamento do ICMS. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, 24 de dezembro de 1997. Disponível em: <<http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=18955&txtAno=1997&txtTipo=6&txtParte=.COMPILADO>>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Decreto nº. 25.508, de 19 de janeiro de 2005. Regulamento do ISS. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, n. 80, p. 1-24, 29 de abril de 2005. Disponível em:

<[http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=25508&txtAno=2005&txtTipo=6&txtParte=AB\)%20TEXT0%20COMPILADO](http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=25508&txtAno=2005&txtTipo=6&txtParte=AB)%20TEXT0%20COMPILADO)>.

Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Decreto nº. 31.482, de 29 de março de 2010. Regulamenta a Lei nº 4457, de 23 de dezembro de 2009, que dispõe sobre o licenciamento para funcionamento de atividades econômicas e atividades sem fins lucrativos no âmbito do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, seção 1, n. 64, p. 1-605 de abril de 2010.

_____. Lei nº. 4.457, de 23 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o licenciamento para funcionamento de atividades econômicas e atividades sem fins lucrativos no âmbito do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, seção 1, n. 248, p. 7-9, 24 de dezembro de 2009.

FARINA, S. S.; ROMANO-LIEBER, N. S. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2009.

FARRIS, K. B.; FERNANDEZ-LIMOS, F.; BENRIMOJ, S. I. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. **The Annals of Pharmacother.**, Cincinnati, v. 39, n. 9, p. 1539-1541, 2005.

FRANÇA FILHO, J. B.; CORRER, C. J.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHIORS, A. C.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Rev. Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 1, p. 105-113, 2008.

GIOVANNI, G. A. **A questão dos medicamentos no Brasil: produção e consumo**. São Paulo: Livraria e Editora Polis; 1980.

GODOY, G. *et al.* É Farmácia ou Supermercado? **Inter Players News**, p. 02, 05 de novembro de 2010. Disponível em <https://www.pharmalinkonline.com.br/PortalAdmin/Uploads/Documentos/News/News_7_edicao_PDF.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2012.

GUIA DA FARMÁCIA. **O futuro das farmácias**. Disponível em: <<http://www.guiadafarmacia.com.br/edicao-207-o-canal-farma-em-2015/o-futuro-das-farmacias>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

HOLLOWAY, K.; DIJK, L. V. The world medicines situation 2011: rational use of medicines. **WHO Press**, Geneva, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2000 - Resultados do Universo**.

_____. **Censo Demográfico 2010**.

_____. **Indicadores IBGE – Pesquisa Mensal de Comércio**. 2011.

_____. Resolução nº. 05, de 10 de outubro de 2002. Áreas dos Municípios e Estados Brasileiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 11 de outubro de 2002.

JONES, E. J. M.; MACKINNON, N. J.; TSUYUKI, R. T. Pharmaceutical care in community pharmacies: practices and research in Canada. **The Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 39, n. 9, p. 1527-1533, 2005.

KRUGMAN, R. P. Dubya's Double Dip? **The New York Times**, 02 de agosto de 2002. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2002/08/02/opinion/dubya-s-double-dip.html?scp=4&sq=krugman%20mcculley%20bubble&st=csee>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

MANAGEMENT Sciences for Health. **Managing drug supply**. 2. ed. Connecticut: Kumarian Press; 1997.

MELLO, D. R.; COUTINHO, A; SANTOS, G. E.; ARAÚJO T. Análise bioética do papel do Estado na garantia ao acesso a medicamentos. In: GARRAFA, V.; MELLO, D. R.; PORTO, D (Orgs.). **Bioética e vigilância sanitária**. Brasília: ANVISA/Cátedra Unesco de Bioética da UnB, 2007.

MESSEDER, A. M.; Osório, C. G. S. O.; Luiza, V. L. Arcabouço legal da Política Nacional de Medicamentos no Brasil: uma revisão. **Coleção Escola de Governo – Série Trabalhos de Alunos – Vigilância em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 13-41, 2004.

MOYNIHAN, R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 1: Entanglement. **BMJ.**, n. 326, p. 1189-1192, 2003.

NAVES, J. O. S.; CASTRO, L. L. C.; CARVALHO, C. M. S.; MERCHAN-HAMANN, E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 1, p. 1751-1761, 2010.

_____.; _____.; MELO, G. F.; GIAVONI, A.; MERCHÁN-HAMANN, E. Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: em estudo de intervenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 577-586, 2008.

_____.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

NISHIJIMA, M. Os preços dos medicamentos de referência após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2., abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402008000200004>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006.

Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: proposta. Brasília, 2002.

Organización Mundial de Salud – OMS. El papel del farmacéutico en la atención de salud. Informe de la reunión de la OMS. Buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmaceuticos. **Declaración de Tokio**. Tokio, 1993.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 287-297, 2002.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Farmacêutico: ser profissional de saúde e cidadão exige responsabilização. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13, p. 572-575, 2008.

PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 3, p. 601-612, 2008.

Pharmaceutical Group of the European Union – PGEU. Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne – GPUE. **Pielikums Nr. 2 Pharmacy Ownership and Establishment**. Ref. 09.07.06E 012FS. 2010. Disponível em: <<http://www.lbfa.lv/atteli/3-Pielikums%20Nr2%20Pharmacy%20Ownership%20%20Establishment.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2013.

Rede Bahia de Televisão. Farmácias e drogarias. As transformações do Setor. Estudo de Mercado. **Marketing Rede Bahia de Televisão**, p. 1-8, 2004.

RIBEIRO, B. B.; PRIETO, V. C. Franquia varejista como vantagem competitiva: múltiplos estudos de caso no segmento de farmácias e drogarias. **Gestão e Regionalidade**, v. 25, n. 75, p. 105-118, 2009.

SABATÉ, E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. **World Health Organization**, Geneva, 2003.

SERAFIN, C. Conselho Federal de Farmácia. **Informações sobre número de farmácias e drogarias**. Mensagem para: José Batista de Oliveira Filho. 21 de março de 2013. Acesso em: 22 mar. 2013.

SCHROEDER, A.; AWAD, C. S. A.; TOLENTINO, C. I.; CASER, D.; LOPES JÚNIOR, J. V. S.; SANTANA, V. O. A. **Atividades do farmacêutico na farmácia comunitária**. Farmácia Comunitária. Manual III. Pharmacia Brasileira, n. 72 – Jul./Ago. 2009. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/encarte_farmAcia_comunitAria.pdf. Acesso em: 06 mai 2013.

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE. **Ideias de Negócios: Drogaria**. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/momento/quero-abrir-um-negocio/que-negocio-abrir/ideias/integra_ideia/rs/Drogaria/id/1AA876EFE6FC562583257944006C1394/campo/impNeg>. Acesso em: 10 jan. 2012.

SILVA, C. A. T. Sistema de informação gerencial para uma drogaria (microempresa). **IV Congresso Internacional de Custos**, UNICAMP, 16 a 20 de outubro de 1995. São Paulo, 1995.

SILVA, L. R.; VIEIRA, E. M. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 429-437, 2004.

Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – SINDUSFARMA. **Indicadores Econômicos. Vendas Mercado Farmacêutico. Vendas em Dólares (US\$).** Disponível em: <<http://www.sindusfarmacomunica.org.br/indicadores-economicos/>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

Sindicato dos Farmacêuticos de Brasília – SINDIFAR-DF. **Convenção Coletiva de Trabalho 2011/2012.** Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.sindifardf.org.br/novosite/index.php/convencoes-e-acordos-coletivos>>. Acesso em: 13 out. 2012.

ST-ONGE, J. C. **L'Envers de la pilule: le dessous de l'industrie pharmaceutique.** 2. ed. Montreal: Les Editions Ecosociété, 2008.

VOTORANTIM admite perdas de R\$ 2,2 bi com operações de câmbio. In: Folha Online. 10 de outubro de 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u454722.shtml>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

WESSEL, D. Did 'Great Recession' Live Up to the Name?. **The Wall Street Journal**, 08 de abril de 2010. Disponível em: <<http://online.wsj.com/article/SB10001424052702303591204575169693166352882.html>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

WILLERROIDER, M. Making the move into drug sales. **Nature**, n. 430, p. 486-487, 2004.

World Health Organization – WHO. **Medicines use in primary care in developing and transitional countries: fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006.** Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/primary_care_8April09.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2013.

_____. Promoting rational use of medicines: Core components. **WHO Policy Perspectives on Medicines**, Geneva, n. 5. 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

_____. **Using indicators to measure country pharmaceutical situations: fact book on WHO Level I and Level II monitoring indicators.** Geneva, 2006. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14101e/s14101e.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

ZUBIOLI, A. O farmacêutico e a automedicação responsável. **Pharmacia Brasileira**, p. 23-26, 2000.