

Comunicação com o doente em Farmácia Clínica

Celina Luís Ferreira da Costa Leite

Comunicação com o doente em Farmácia Clínica



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2014

Celina Luís Ferreira da Costa Leite

Comunicação com o doente em Farmácia Clínica



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2014

Aluno:

Celina Luís Ferreira da Costa Leite

Orientador:

Professor Doutor Pedro Barata

Título da Dissertação:

Comunicação com o doente em farmácia clínica

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas.

Resumo

O papel do Farmacêutico evoluiu de modo considerável ao longo das últimas décadas, passando de uma prática focada no medicamento para a de uma relação com o doente que abrange, entre outros aspetos, a monitorização da medicação. É sabido que a maioria dos doentes, particularmente, os crónicos, idosos, deficientes e polimedicados, apresentam baixos níveis de adesão ou de cumprimento do tratamento. A profissão farmacêutica aceitou a responsabilidade de proporcionar a informação, a educação, o aconselhamento e a orientação do doente no contexto da assistência farmacêutica, para motivar e melhorar a adesão do doente à terapêutica, reduzir os problemas relacionados com medicamentos e, desse modo, prestar uma melhor qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Nesta dissertação pretende-se, através de uma revisão bibliográfica, relacionar as competências da comunicação clínica do Farmacêutico com a intervenção farmacêutica no seguimento do tratamento farmacológico do doente, através da realização da entrevista clínica, conducente à melhoria da saúde dos doentes. Neste trabalho relacionam-se as competências de comunicação com a intervenção farmacêutica, uma vez que a comunicação é um elemento chave na prestação de cuidados de saúde.

A comunicação com o doente em Farmácia Clínica é uma área a desenvolver e a expandir na prestação de cuidados farmacêuticos, centrando no doente toda a intervenção que possa repercutir-se no seu benefício clínico. O desenvolvimento deste conhecimento no ensino deve ser objeto de implementação na carreira universitária, considerando a sua repercussão no desempenho profissional do Farmacêutico e na melhoria dos cuidados de saúde prestados em Portugal.

Palavras-chave: comunicação clínica, cuidados farmacêuticos, entrevista clínica, problemas relacionados com medicamentos, cuidados de saúde.

Abstract

Community pharmacist's work has evolved greatly over the last decades, moving from a practice essentially based on preparing and dispensing medicines to patients towards to a clinically based relationship, which comprises monitoring of patient's conditions and concomitant medication use. It is known that most patients, particularly those with chronic illnesses, elderly and deficient people or with multiple medications have low levels of adherence to the therapy. The pharmacy profession has accepted the responsibility for providing patient information, education and counselling in the context of pharmaceutical care to improve adherence to therapy and minimize drug related problems.

This dissertation is intended, through a literature review, to relate the skills of clinical communication of the pharmacist with a pharmaceutical intervention to follow up the pharmacologic effects by conducting clinical interviews, leading to improved health-related outcomes of the patients. Communication skills have a relationship with the pharmaceutical intervention, considering it as a key element in the delivery of health care.

Patient communication in Pharmacy is a developing area to be considered and expanding in health care, concentrating on the patient the intervention to maximize the clinical benefit. The development of this knowledge in the educational institution must be implemented, considering its impact in the professional performance of the Pharmacist and in the health care benefits in Portugal.

Keywords: clinical communication, pharmaceutical care, clinical interview, drug related problems, clinical care.

Agradecimentos

Agradeço reconhecidamente ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Barata, todo o seu ensinamento, dedicação e tempo despendidos para a realização da presente Dissertação de Mestrado. Ao meu marido fico grata pelo apoio incondicional que tornou possível a realização desta dissertação. À minha mãe Jesuína e às minhas irmãs Ana e Francisca agradeço o seu suporte e a paciência demonstrada ao longo do meu curso. Ao meu pai Luís, a quem dedico este trabalho, a minha homenagem e a minha gratidão pelos valores preciosos que sempre me transmitiu ao longo da minha vida. Ao meu Padrinho, Professor Doutor António Mota Miranda, o meu reconhecimento por todos os conselhos dados durante esta caminhada.

Índice

Índice de Tabelas	X
Índice de Figuras.....	XI
Lista de Siglas e Abreviaturas	XII
I. Introdução	13
II. Componentes Básicos da Comunicação	18
III. A comunicação Interpessoal	21
3.1 Comunicação verbal	21
3.1.1 Níveis de escuta	21
3.1.2 Diálogo	22
3.1.3 Técnicas inquisitivas.....	22
3.1.4 Saber ouvir	24
3.1.5 Interrupções	24
3.1.6 Resposta ao doente	25
3.1.7 Paternalismo versus igualdade.....	25
3.2 Comunicação não verbal.....	25
3.2.1 Proxémica.....	28
3.2.2 Cinésia	29
3.2.3 Postura e aparência	29
3.2.4 Expressões e olhar	29
3.2.5 Tempo	30
3.2.6 Formulação das palavras.....	30
3.3 Comunicação não verbal do doente.....	30
IV. A comunicação na Farmácia Comunitária	32
4.1 Estratégia terapêutica.....	33
4.1.1 História do doente	33
4.2 Pharmaceutical Care/Cuidados Farmacêuticos.....	37
4.2.1 Recomendações para a investigação de “Pharmaceutical Care”	38
4.2.2 Conceito de “Pharmaceutical Care”.....	38
4.2.3 Definição de Problema Relacionado com o Medicamento	40
4.3 Comunicação com o Médico	42
4.3.1 Barreiras na comunicação com o Médico	42
4.3.2 Estratégia e procedimentos.....	43
4.3.3 Facilitadores da comunicação com o Médico	44

4.4	Comunicação com o doente.....	44
4.4.1	Empatia	45
V.	Entrevista com o doente	47
5.1	Entrevista focada no doente	48
5.2	Comunicação com populações especiais.....	51
5.2.1	Doentes tímidos.....	51
5.2.2	Doentes excessivamente faladores	53
5.2.3	Idosos	54
5.3	Recolha e organização da informação específica sobre o doente	55
VI.	Conclusão.....	56
VII.	Bibliografia.....	59

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tabela das Siglas e Abreviaturas.....	XII
--	-----

Índice de Figuras

Figura 1 – Pilares do Seguimento Farmacoterapeutico e Indicação Farmacêutica	17
Figura 2 – Componentes básicos da comunicação.....	20
Figura 3 – Análise da história do doente e estabelecimento da estrutura terapêutica.	35
Figura 4 – Entrevista focada no doente.....	51

Lista de Siglas e Abreviaturas

Tabela 1 - Tabela das Siglas e Abreviaturas.

Acrónimos/Abreviaturas	Definição
AAMC	Association of American Medical Colleges
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
CF	Cuidados Farmacêuticos
EC	Entrevista Clínica
ET	Estratégia Terapêutica
FC	Farmácia Comunitária
IF	Indicação Farmacêutica
IMC	Índice de Massa Corporal
NBME	National Board of Medical Examiners
NRM	Necessidade Relacionada com o Medicamento
NV	Não Verbal (comunicação)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Pharmaceutical Care
PF	Prática Farmacêutica
PRM	Problema Relacionado com o Medicamento
PS	Profissional de Saúde
SF	Seguimento Farmacoterapêutico

I. Introdução

Na atualidade o papel do Farmacêutico encontra-se mais focado no medicamento do que no doente. Esta atitude não é própria nem adequada à realidade e deve ser alterada por uma postura centrada na pessoa. Desta forma, compete ao Farmacêutico desenvolver capacidades de comunicação com o doente que possibilite essa concretização (Hasan, 2008).

O papel do Farmacêutico na comunidade, como também um prestador de cuidados de saúde, deve acompanhar não só o doente mas também a sua família. Assim, é imprescindível para o Farmacêutico saber como comunicar e interagir com essas pessoas e saber como lidar com as diversas situações que possam surgir. O aconselhamento e a orientação do doente, e a interação centrada no doente são elementos chave para um bom desempenho do Farmacêutico. Desta forma, o objetivo do Farmacêutico passa pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde através do aperfeiçoamento das suas capacidades de comunicação (Hasan, 2008).

É indiscutível que uma boa comunicação entre o profissional de saúde (PS) e o doente influencia positivamente os cuidados de saúde prestados aos doentes (Epstein, 2002). PS com boas capacidades comunicacionais identificam os problemas dos doentes com mais rapidez e eficiência, tornando a ação mais eficaz e condicionando uma maior satisfação por esses cuidados (Pitceathly, 2002). Essa particularidade beneficia a atenção recebida, a decisão terapêutica, o grau de seguimento e de adesão dos planos, assim como reduz as más práticas e as suas reclamações (Baile, 2005). O bem estar do PS também aumenta significativamente (Barker, 1995) (Cull, 1996) e é determinante de uma maior satisfação profissional.

Ao longo dos anos, tem-se tentado estabelecer um conjunto de competências de comunicação clínica necessárias para uma prática de saúde eficaz, independentemente do meio envolvente, aspetos socioculturais ou condições de formação, nível religioso e económico (Barbosa, 2011).

Através de um trabalho conjunto entre a Association of American Medical Colleges (AAMC) e a National Board of Medical Examiners (NBME), que requerem objetivos para a avaliação destas competências, e o Accreditation Council for Graduate Medical

Education (ACGME), definiram-se seis competências básicas de comunicação clínica, sendo elas (Brock, 2005):

1. Estabelecer uma relação entre o PS e o doente;
2. Abrir uma consulta/entrevista clínica (EC) e recolher a história clínica;
3. Compreender a perspetiva do doente sobre o seu problema e doença;
4. Partilhar e discutir informações clínicas com o doente;
5. Negociar com o doente sobre o seu diagnóstico e plano terapêutico;
6. Fechar a entrevista/consulta (Epstein, 2002).

O PS deve ser capaz de adotar um conjunto de técnicas chave de comunicação, tais com, explorar os principais problemas do doente e esclarecer a sua repercussão física, emocional e social, bem como fornecer toda a informação que o doente deseje saber, verificando sempre se a percebeu ou não, e atentar na sua reação perante a informação dada (Pitceathly, 2002). O PS deve expressar empatia e incentivar o doente a revelar informações, crenças e preferências de tratamento, maximizando as suas oportunidades em participar na definição de um plano terapêutico mais eficaz (Mauksch, 2008). São também importantes técnicas não verbais que mostrem maior proximidade (Pitceathly, 2002), tais como, posturas corporais - menor distância entre o PS e doente, inclinação para a frente e orientação do corpo (Barker, 1995).

Nos dias de hoje a comunicação entre Farmacêuticos e PS de outras áreas torna-se difícil e complexo, sobretudo, devidos às interferências de conhecimentos, responsabilidades e possibilidade de mal entendidos. Outros PS podem considerar uma afronta o papel do Farmacêutico centrado no doente por acharem que os Farmacêuticos podem dar informações erróneas e que, ao fornecerem aconselhamento ao doente, este possa entrar em conflito com o conselho médico dado anteriormente. Este aspeto resulta, às vezes, por os Médicos sentirem que os Farmacêuticos não têm o conhecimento científico necessário para prestar esse aconselhamento ao doente, mas ainda pela sua condição profissional que pode influenciar a gestão dos serviços de saúde (Hasan, 2008). Por outro lado, os Médicos podem não concordar em disponibilizar toda a informação clínica necessária aos Farmacêuticos para que estes possam fornecer assistência farmacêutica adequada aos doentes. Todos estes fatores podem resultar numa distante relação de trabalho entre os profissionais que poderá afetar negativamente o doente e a sua condição de saúde. No entanto, estudos já realizados

sugerem que os Médicos também aceitam as opiniões e sugestões do Farmacêutico, mesmo que se suspeite que as suas sugestões não sejam tidas em consideração. Habitualmente, estas sugestões prendem-se com o tratamento farmacológico dos doentes (Hasan, 2008).

Após a consulta de vários estudos referentes à comunicação entre o PS e o doente verificou-se que durante a EC apenas metade das preocupações dos doentes é discutida e elucidada (Draper, 1998) e menos de metade da morbilidade psicológica é reconhecida (Crowther, 1989). Estes estudos referem ainda que, normalmente se obtém pouca informação sobre as perceções e problemas dos doentes (Roter, 1989), conduzindo a que estes não adiram ao tratamento (Pitceathly, 2002). Uma barreira que poderá agravar a comunicação entre o PS e o doente são as questões com elevado impacto social e emocional dos seus problemas, devido ao receio de lhes causar uma angústia que não consigam gerir (Pitceathly, 2002), assim como ao tempo limitado a que os PS estão sujeitos na prática clínica (Booth, 1996). Mesmo com as competências adequadas, torna-se difícil, nos dias de hoje, a sua aplicação por condicionantes a que estamos sujeitos, sobretudo, disponibilidade de tempo para promover a continuidade desse apoio emocional (Booth, 1996).

No entanto, é indiscutível que é necessário desenvolver competências de comunicação clínica na prática farmacêutica. Tradicionalmente, o ensino de tais competências realizava-se de modo informal, sem focar especificamente técnicas de comunicação per se, interpretando a capacidade de comunicar como uma questão de vocação e não como alvo de aprendizagem (Meryn, 1998). Porém, cada vez mais, a comunicação é avaliada para promoção e graduação profissional (Epstein, 2002). O crescimento do interesse na comunicação clínica conduziu à necessidade de tornar este tipo de aptidões como uma componente relevante do ensino (Mota Cardoso, 2012).

Em resumo, é fundamental ter em conta três fundamentos essenciais (Mota Cardoso, 2012), que passo a citar:

1. Boas competências de comunicação clínica estão relacionadas de forma positiva com os resultados, tanto para os doentes como para PS;
2. As competências de comunicação nem sempre são adequadas e, portanto, podem ser melhorados alguns resultados para PS e doentes;
3. As competências de comunicação podem e devem ser ensinadas.

Ao longo dos anos, os Farmacêuticos começaram a colaborar com os Médicos como uma forma de integrar os seus serviços para o atendimento ao doente. Em cenários de prática clínica, onde os Farmacêuticos foram integrados com sucesso na gestão do tratamento farmacológico, melhoraram os resultados de eficácia terapêutica (Hasan, 2008).

Há componentes essenciais para praticar neste tipo de colaboração, incluindo uma comunicação eficaz, partilha de responsabilidades de cuidados do doente, assim como visitar doentes de outros Médicos. A colaboração pode levar a uma melhor monitorização da terapêutica medicamentosa, uma troca mais rápida de informações respeitantes ao doente e uma resolução mais eficaz de todos os problemas que surgem com o tratamento (Hasan, 2008).

A comunicação eficaz entre Farmacêuticos e Médicos ocorre, muitas vezes, por telefone, o que em si poderia ser uma barreira para a comunicação. O Farmacêutico deve, antes de entrar em contato com o Médico sobre possíveis problemas no tratamento farmacológico, verificar fontes de referência para que o clínico possa recomendar com confiança planos de terapêutica alternativa. Durante a conversa, o Farmacêutico deve manter o foco da discussão no doente, proporcionar informação significativa, de forma clara e concisa deve descrever o problema que o doente apresenta e propor uma solução para a situação (Hasan, 2008).

Especificamente, a nível da Farmácia Comunitária (FC), o Farmacêutico poderá intervir em dois segmentos: Indicação Farmacêutica (IF) e Seguimento Farmacoterapêutico (SF). Estes dois segmentos assentam em dois pilares essenciais, tais como, o conhecimento e a comunicação. Estes dois pressupostos são essenciais na medida em que são dependentes um do outro, pois poderá existir o conhecimento sobre a prática clínica, mas sem a capacidade de comunicação não há possibilidade de transmissão desse mesmo conhecimento ao doente. Por outro lado, havendo capacidade de comunicação e não havendo o conhecimento da prática clínica, o doente não irá ficar elucidado relativamente à sua condição médica.

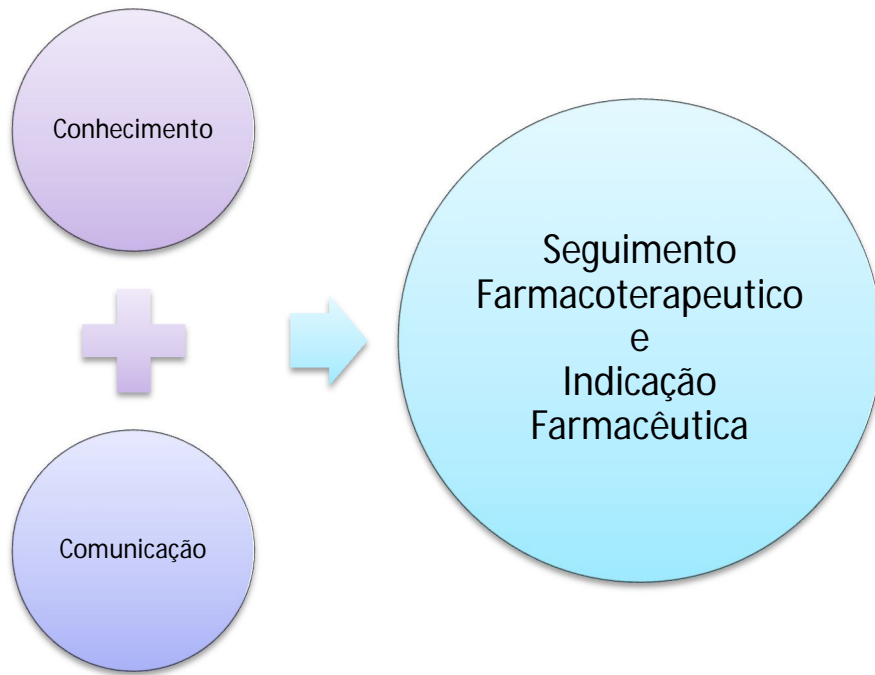


Figura 1 – Pilares do Seguimento Farmacoterapeutico e Indicação Farmacêutica

II. Componentes Básicos da Comunicação

Comunicar significa partilhar com alguém um certo conteúdo de informações, tais como, pensamentos, ideias, intenções, desejos e conhecimentos. Por via de um ato de comunicação, experimentamos o sentido de uma comunhão com aquele a quem nos dirigimos, porque com ele passamos a ter algo em comum.

Além de satisfazer a necessidade de saber, o estudo da comunicação pode ser importante por outras razões. A comunicação é uma forma de linguagem que usa as funções cognitivas para emitir e receber informação, e que está presente no nosso comportamento. É a nossa aptidão para comunicar num nível superior e que possibilita a separação dos seres humanos de outros animais. As nossas vidas são afetadas da maneira mais séria pelas nossas próprias comunicações com outros, assim como pela comunicação de pessoas distantes e desconhecidas.

A capacidade de comunicar compreende não só a habilidade linguística e gramatical (produzir e interpretar frases bem formadas), como também uma série de habilidades extralinguísticas com elas correlacionadas que são sociais (saber adequar a mensagem a uma solução específica) ou semióticas (saber utilizar outros códigos para além do linguístico, como por exemplo, o cinésico, as expressões faciais, os movimentos do rosto, das mãos, entre outros) (Ricci e Zani, 1997, p.19-20).

Como já foi referido anteriormente a comunicação exige conhecimento. De acordo com o modelo apresentado por Kjolseth (cit in Ricci e Zani, 1997) existem quatro tipos de conhecimento base para a comunicação (Ricci e Zani, 1997, p.21-22), (Mota Cardoso, 2012):

1. *Background knowledge*, ou seja, aqueles conhecimentos que todos possuímos, quer como verdadeiros universais de conversação, válidos em toda a parte. São pré-condições da comunicação que têm a função de permitir o evoluir ordenado e racional da conversação. São de utilização contínua;
2. *Foreground knowledge* é o conhecimento daquelas regras de comunicação que se adequam a uma situação, mas não a outras, sendo muito importante na comunicação entre PS e doente devido ao estatuto social dos seus intervenientes;

3. *Emergent grounds* são os conhecimentos “especificamente” necessários num determinado momento da troca comunicativa, como por exemplo, o uso de vocabulário médico específico;
4. *Transcendent grounds* são os conhecimentos que os intervenientes da conversação consideram fulcrais num dado momento da interação. Estes definem os limites daquilo que é apropriado numa situação e têm, portanto, um papel fundamental na descrição da competência comunicativa.

Outro tipo de conhecimento, além dos indicados por Kjolseth (cit in Ricci e Zani, 1997), necessário para o desenvolvimento apropriado, autêntico e adequado da comunicação, é o dos conhecimentos “socio situacionais” (Ricci e Zani, 1997), ou seja, uma espécie de cultura da situação, constituída por uma série de pressupostos referentes aos elementos que fazem parte do contexto imediato, isto é, os interlocutores, o auditório, o lugar físico em que se realiza a comunicação, os objetos aí presentes e o momento em que decorre a conversação (Ricci e Zani, 1997, p. 23). Este tipo de conhecimento é muito importante se pensarmos na EC, uma vez que, há muitas condicionantes a nível da FC que podem levar a que se estabeleça uma relação de confiança e empatia entre o PS e o doente (Mota Cardoso, 2012).

O ato comunicativo é a mais pequena unidade capaz de fazer parte de uma troca comunicativa e que uma pessoa pode produzir com uma única e bem definida intenção. Pode ser constituído apenas pela emissão de uma única palavra ou de um só gesto, mas é mais frequente compor-se de uma combinação de elementos verbais e não verbais. Pode representar uma interrogação, uma afirmação, uma ameaça, uma promessa (Ricci, 1997).

De uma forma simples os elementos que constituem o ato comunicativo são (Ricci, 1997):

1. Emissor: corresponde a quem produz a mensagem;
2. Código: sistema de referência com base na qual se produz a mensagem;
3. Mensagem: informação produzida e transmitida segundo as regras do código;
4. Contexto: forma como a mensagem é inserida e ao qual ela se refere;
5. Canal: meio físico ambiental que possibilita a transmissão da mensagem;

6. Recetor ou ouvinte: quem recebe e interpreta a mensagem.



Figura 2 – Componentes básicos da comunicação

III. A comunicação Interpessoal

A comunicação interpessoal é uma interação de um para um em que as mensagens são geradas e transmitidas por uma pessoa e, posteriormente, recebidas e traduzidas por outra. Pode ser verbal, não verbal ou por escrito. Nas suas interações com o outro, o PS precisa de ser assertivo (Mota Cardoso, 2012). A assertividade é um estado intermediário entre a agressão e a passividade. Pessoas agressivas vencem por dominarem e intimidarem o outro, assim como por promoverem as suas próprias opiniões em detrimento da dos outros. Por outro lado, as pessoas passivas tentam evitar o conflito a todo o custo (Hasan, 2008) (Mota Cardoso, 2012). Não dizem o que realmente pensam, temendo que o outro possa não concordar e levando a que esperem sempre pelos outros para iniciar uma interação (Hasan, 2008). A assertividade envolve a expressão direta de ideias e opiniões, respeitando os direitos dos outros numa atmosfera de confiança (Hasan, 2008). Há uma série de habilidades técnicas necessárias para a comunicação assertiva. Estas incluem iniciar e manter conversas, incentivando a assertividade nos outros, responder adequadamente às críticas, dando feedback negativo e respeitosamente expressando apreço ou prazer, ser persistente, fixando limites ou recusando pedidos, e expressar opiniões de forma concreta e adequada (Mota Cardoso, 2012).

3.1 Comunicação verbal

A comunicação verbal consiste no diálogo que se estabelece entre pessoas e que obriga a regras para que tenha êxito. Entre elas, destaca-se a forma como se cria uma empatia, como se colocam perguntas e se responde às perguntas efetuadas pelo doente, assim como à linguagem empregue (Cavaco, 2010) (McDonough, 2006).

3.1.1 Níveis de escuta

Ouvir é a dimensão fisiológica da escuta. Ocorre quando as bandas sonoras atingem o ouvido numa determinada frequência e altura. O Ouvir é também influenciado pelo

ruído no ambiente. Se há outros ruídos altos, especialmente na mesma frequência das mensagens que estamos a tentar ouvir, torna-se difícil separar os sinais importantes dos outros sons. O Ouvir é também influenciado pela fadiga auditiva, uma perda temporária de audição causada pela contínua exposição ao mesmo tom ou volume (McDonough, 2006).

Desta forma, aquando da conversa com um doente, devemos garantir um ambiente tranquilo e sem ruído externo, para que o doente fique focado no conselho e na conversação com o PS (Puspitasari, 2006).

3.1.2 Diálogo

Deve ser iniciado pelo PS adotando uma metodologia que permita conhecer o nome do doente, para que este seja utilizado. Em todas as circunstâncias o diálogo deve ser dirigido pelo PS para que não saia das normas estabelecidas e do tempo disponível (Mota Cardoso, 2012).

3.1.3 Técnicas inquisitivas

O bom comunicador sabe colocar as perguntas de forma a que o seu interlocutor lhe responda convenientemente. O doente deve sentir que as perguntas se destinam a auxiliá-lo, pois se ele sentir que se trata de simples curiosidade pode recusar-se ou escusar-se a responder. Por conseguinte, deve explicar-se o porquê das perguntas colocadas à pessoa (McDonough, 2006).

Geralmente, justifica-se a utilização de dois tipos principais de perguntas, usadas alternadamente e de acordo com as necessidades (Mota Cardoso, 2012):

- Perguntas abertas;
- Perguntas fechadas.

As perguntas abertas permitem que o doente fale livremente sobre um dado assunto, fazendo, por exemplo, uma descrição dos seus sintomas. Estas são as que permitem

obter mais informação e dados inesperados, e que podem vir a ser fundamentais para um adequado e eficaz aconselhamento e orientação.

No início do diálogo pode ser difícil conseguir informação por este meio, pelo que é necessária uma certa habilidade, particularmente, se o doente tiver dificuldades ou não desejar falar abertamente (MacLeod-Glover, 2006).

A terminologia que o doente adota ao responder livremente às perguntas abertas permite que, posteriormente, o PS a use para facilitar o diálogo e a comunicação com ele. Apesar destas perguntas permitirem obter muita informação, apresentam o inconveniente de se poder obter informação excessiva, difícil de gerir e desnecessária (Higdon, 2005). Para os doentes faladores, é necessário gerir o tempo e adequar o discurso, de forma a que o doente não se afaste da informação que se pretende obter (MacLeod-Glover, 2006).

As perguntas fechadas, diretas e específicas, permitem obter dados mais precisos sobre um determinado aspeto. Pergunta-se diretamente para se obter a resposta concisa que se pretende (MacLeod-Glover, 2006). Estas perguntas não podem ser sempre usadas, mas apenas em ocasiões específicas. Este tipo de pergunta, por si só, leva a que o doente não se incomode muito com a resposta e possa responder “sim” ou “não” a essas questões, deixando o PS com dados muito limitados (Cavaco, 2010) (McDonough, 2006).

As perguntas fechadas são empregues em alternância com as abertas para clarificar alguns aspetos menos precisos. De um modo geral, é necessário utilizar os dois tipos de perguntas, ou uma associação das duas, isto é, perguntas abertas-fechadas, como por exemplo “Há quanto tempo tem a dor?” (Cavaco, 2010) (McDonough, 2006).

Deve colocar-se uma só pergunta de cada vez, porque, caso contrário, o doente fica confuso e só responde a uma delas, restringindo assim a comunicação e a possibilidade de se obter mais informação (Airaksinen, 2004).

As perguntas de “*Follow up*” podem não permitir obter informação específica, mas são necessárias para permitir clarificação de algumas particularidades. São consideradas dentro deste grupo, questões como “pode dar-me mais detalhe acerca do tipo de dor?”. São perguntas vagas, colocadas em termos gerais, para que não sejam respondidas com um “sim” ou um “não” (Cavaco, 2010).

As perguntas sugestivas não devem ser usadas, porque induzem o doente à resposta sugerida pela pergunta. Consideram-se perguntas deste tipo, frases como “costuma tomar os medicamentos como lhe foram prescritos?” (Cavaco, 2010) (MacLeod-Glover, 2006) (Hulten, 2011).

As perguntas começadas por “Porquê” devem ser evitadas. São exemplos, “Porque não toma os medicamentos como o médico lhe prescreveu?”. Estas perguntas obrigam o doente a justificar-se e podem interromper a comunicação estabelecida por aquele se sentir comprometido ou em falta (Cavaco, 2010) (MacLeod-Glover, 2006) (Hulten, 2011).

3.1.4 Saber ouvir

Um dos componentes mais importantes e mais difíceis da comunicação consiste na capacidade de saber ouvir. A grande dificuldade de ouvir consiste na maior velocidade com que o pensamento anda, face ao discurso do doente. Deve ter-se atenção ao que o doente diz, mostrando-o com a expressão corporal e facial. Se o doente sentir que não está a ser escutado, a comunicação perde-se de imediato, por desmotivação da pessoa ao notar que não é escutado. Assim, interrompe-se a comunicação, obstando ou limitando a continuidade de prestação de informação (Mota Cardoso, 2012) (Cavaco, 2010).

A escuta deve ser ativa, isto é, deve escutar-se com os ouvidos, mas também com o pensamento e expressões corporais e faciais, para que o doente se aperceba que o PS está interessado no que ele está a transmitir (Cavaco, 2010) (McDonough, 2006).

3.1.5 Interrupções

As interrupções não devem ser permitidas, qualquer que seja o motivo. A interrupção do diálogo quebra a comunicação. É o fator mais prejudicial para uma comunicação, acabando com ela, particularmente, quando foi de estabelecimento difícil (Mota Cardoso, 2012).

Desta forma, devem ser dadas instruções a todos os colaboradores para que nunca interrompam o doente, mesmo na comunicação através de chamadas telefónicas.

3.1.6 Resposta ao doente

Para responder às perguntas que o doente coloca, o PS deve fazê-lo com empatia, podendo parafrasear o doente e para que ele perceba melhor a informação prestada, usando a sua linguagem (Cavaco, 2010) (Mota Cardoso, 2012).

Deve haver a preocupação de incentivar o doente a colocar perguntas para que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. No final do diálogo, o PS deve ainda disponibilizar-se para esclarecer todas as dúvidas que venham a surgir posteriormente (Mota Cardoso, 2012).

3.1.7 Paternalismo versus igualdade

O doente deve ser tratado com igualdade e responsabilidade. Deve também ser mostrada compreensão pelo sofrimento do doente, não desvalorizando as suas queixas, mesmo que estas pareçam pouco importantes e sobrevalorizadas por ele. Contudo, o doente deve ser tratado em plano de igualdade e sem paternalismos (Mota Cardoso, 2012) (Cavaco, 2010), para que o doente sinta que é um análogo nas decisões terapêuticas e que a sua saúde e bem estar também são da sua responsabilidade (Cavaco, 2010) (McDonough, 2006).

3.2 Comunicação não verbal

A designação de comunicação não verbal (NV) refere todo o tipo de atividade motora ou física de várias partes do corpo que, na interação face a face, tem um papel comunicativo importante. Os movimentos do corpo dão informações sobre o estado de espírito de um indivíduo e sobre as suas atitudes e intenções comunicativas, assim como sobre questões relacionadas com a informação transmitida pela fala. Está associada a fatores que veiculam informações relacionadas com todos estes aspetos e que são importantes para o desenrolar da interação (Roter, 2006).

A comunicação NV é constituída por um conjunto de medidas que devem ter-se em consideração para não haver fracasso da comunicação, pois cerca de 90% da mensagem é captada pela comunicação NV, a qual começa mesmo antes da primeira palavra ser articulada (Mast, 2007). A comunicação NV é a mais espontânea e verdadeira, transmitindo os sentimentos de forma mais transparente que as próprias palavras. Esta deve ser cuidada, porque os sinais da comunicação NV podem também dar origem a mal entendidos e a interpretações erradas, que põem em causa a ligação PS-doente (Finset, 2007) (Henry, 2012).

Os diferentes componentes do comportamento não verbal (expressão facial, gestual e postural, entoação da voz, respiração, entre outros) tendem a conjugar-se em padrões próprios que surgem no doente, consoante a avaliação que este faz da sua situação atual. De um modo geral, não interessa ao PS discernir o comportamento não verbal do doente nos padrões seguro e não seguro (Mast, 2007). O padrão seguro está presente naquelas situações em que o doente se sente confortável. Nas situações em que isso não se verifica, o doente apresenta um padrão de comportamento do tipo não seguro que, por sua vez, se subdivide nos tipos de luta, fuga, proteção/retraimento e misto (uma combinação de componentes que integram os padrões anteriores) (Roter, 2006) (Hall, 1995).

O padrão de comportamento não verbal pode ser reconhecido através da análise de três variáveis: envolvimento na interação, tensão e postura corporal. O PS pode determinar o envolvimento do doente na relação, atendendo aos seguintes aspetos (Roter, 2006) (Mota Cardoso, 2012):

- Se o doente demonstra estar a ouvir aquilo que é dito, absorvendo informação e participando com respostas adaptadas em conteúdo e tonalidade à interação, considera-se que se encontra envolvido e interessado na comunicação;
- Se o doente fornece respostas lacónicas e/ou tangenciais, não demonstrando atenção por aquilo que é dito, considera-se que está pouco envolvido nessa interação.

O PS pode também avaliar a tensão corporal do doente, determinando se este se apresenta numa posição rígida, músculos contraídos ou corpo tenso, ou se, pelo contrário, se apresenta com os músculos relaxados (corpo descontraído). De facto, a

postura assumida pelo doente (encostado para trás na cadeira; sentado na ponta da cadeira; corpo projetado para a frente; entre outras posições) está intimamente associada à tensão corporal (Roter, 2006) (Mast, 2007).

Assim, se o doente, além de estar envolvido, se apresenta relaxado, numa postura aberta (braços e pernas não cruzados) e sem tensão corporal, estamos perante um padrão seguro do comportamento. Este padrão caracteriza-se também por distância interpessoal reduzida, tranquilidade, cor facial neutra, gestos amplos e tom de voz ressonante e não monocórdico (Roter, 2006) (Mast, 2007).

Se, pelo contrário, o doente se apresenta envolvido mas, simultaneamente, com tensão corporal aumentada, assumindo uma postura de ataque ou retaliação, estamos perante um padrão de luta. Neste padrão o doente tende a inclinar-se para a frente, apresenta rubor facial, mandíbula saliente, punhos cerrados, sobrelhas apertadas, narinas dilatadas, boca tensa, volume de voz elevado e respiração profunda (Roter, 2006) (Mast, 2007).

Nas situações em que o doente não se encontra envolvido e apresenta postura imóvel e uma tensão corporal reduzida, estamos perante um padrão de retraimento/proteção. Habitualmente apresenta braços e pernas caídos, corpo afundado, cor facial neutra, voz baixa, discurso bastante hesitante e ausência de defesas relativamente ao que é dito e ao que se passa na interação (Roter, 2006) (Mast, 2007).

Se ao não envolvimento na interação se associar uma postura defensiva, com tensão corporal aumentada, estamos perante um padrão de fuga. Estas características surgem frequentemente associadas a pernas e braços cruzados (postura fechada), tensão corporal elevada, inclinação para trás, palidez facial, queixo recolhido, cabeça virada, olhos desviados, tom de voz baixo e respiração acelerada (Finset, 2007) (Roter, 2006).

Quando um doente se apresenta num padrão do tipo não seguro, o PS vê os componentes desse padrão sob várias formas e deve atuar de modo adequado a essa situação (não contrapõe um tom de voz alegre e vibrante ao tom de voz baixo do doente, antes o baixando também; inclina-se para a frente se o doente também adota essa posição; cruza a perna, imitando o doente que está de perna cruzada, entre outras atitudes). No entanto, importa, nesta dinâmica, a naturalidade, genuinidade e os cuidados necessários para que o doente não se sinta ridicularizado por uma mímica que

possa ser percebida como sendo uma imitação da sua. Este processo é designado de sincronização e é uma forma de entrar em empatia, através da linguagem não verbal, com o doente e a sua situação. Deste modo, o profissional de saúde obtém no doente a sensação de que é compreendido e, portanto, a sua confiança (Hall, 1995) (Henry, 2012).

Este processo ajuda a atenuar a insegurança do doente, o que se vai refletir no seu padrão de comportamento progressivamente mais seguro, sempre acompanhado pelo PS, que espelha no seu comportamento não verbal essas mudanças. Este processo consiste na condução do doente rumo a um padrão de segurança, abrindo a oportunidade para uma exploração mais adequada das suas preocupações (Finset, 2007) (Henry, 2012).

Dos componentes da comunicação NV destacam-se a linguagem corporal, gestual e facial, com a qual se deve dar a entender ao doente que se está interessado no que diz, e que as suas preocupações são as mesmas do PS.

3.2.1 Proxémica

A proxémica é o estudo da maneira como as pessoas usam o espaço. Refere-se, então, a grandezas espaciais, como a distância que é mantida entre o PS e o doente, as suas orientações e posturas quando se encontram numa situação de interação. Assim, a proxémica refere-se a questões relacionadas com a distância entre pessoas (Roter, 2006) (Cavaco, 2010) (Mota Cardoso, 2012).

O diálogo deve realizar-se mantendo uma distância apropriada entre o PS e o doente, embora dependente da relação existente entre os dois, para manutenção da comunicação. Para que o diálogo se efetue adequadamente, deve existir um gabinete de atendimento, em particular para a abordagem e discussão de situações mais complexas ou delicadas. Na sua impossibilidade, escolher uma zona mais privada, usando um volume de voz que garanta a privacidade (Roter, 2006) (Mast, 2007) (Bensing, 2008).

3.2.2 Cinésia

A cinesia é a forma de linguagem corporal que se expressa por posturas, gestos, olhares e outros movimentos corporais e exige um espaço entre pessoas que é variável com múltiplos fatores, incluindo culturais. A orientação do corpo é o grau com que nos aproximamos ou nos afastamos de alguém e diz respeito a questões relacionadas com a movimentação corporal (Finset, 2007) (Hall, 1995).

Engloba as expressões faciais, gestuais e corporais que acompanham as palavras. Entre elas não deve adotar-se uma postura fechada, pois não permite que se estabeleça a comunicação. São posturas fechadas o falar com os braços cruzados, pernas cruzadas e com a face inclinada para baixo sem fitar o doente (Roter, 2006) (Finset, 2007).

3.2.3 Postura e aparência

Deve adotar-se uma postura com os braços e as pernas descruzadas, mostrando abertura, honestidade, franqueza e desejo de comunicar com o doente. O PS e o doente devem estar ao mesmo nível. Idealmente, o diálogo deve processar-se com o PS e o doente sentado, se possível numa zona isolada, privada ou num gabinete de atendimento (Roter, 2006) (Mast, 2007).

A aparência do PS deve ser cuidada e sem exageros.

3.2.4 Expressões e olhar

Devem adotar-se expressões de interesse, preocupação, desejo de colaborar e de confiança nas soluções propostas. Deve haver o cuidado de não mostrar expressões de recriminação, espanto ou qualquer outra emoção negativa, qualquer que seja a situação, pois estas contribuem para que o doente deixe de colaborar e prestar a informação de forma aberta e franca (Roter, 2006) (Mast, 2007) (Finset, 2007).

O doente deve ser olhado nos olhos e ao mesmo nível durante o diálogo, de forma a existir franqueza na relação. A falta de olhar frontal pode dar ideia de desinteresse pelo

problema do doente. O olhar o doente com breves contatos visuais através da conversação permite aumentar a comunicação e a sua manutenção (Mota Cardoso, 2012) (Roter, 2006) (Mast, 2007).

3.2.5 Tempo

Embora se saiba que o tempo disponível pelo PS é restrito, não deve ser dada a sensação de que dispõe de pouco tempo ou adotar atitudes impróprias, como o olhar o relógio, escrever enquanto o doente fala, não o olhando entre outros. A imagem de uma pessoa que manifesta falta de tempo desmotiva o doente e faz perder a comunicação.

3.2.6 Formulação das palavras

A forma como as palavras são articuladas constitui outro componente da comunicação NV. Cerca de um terço da mensagem verbal é transmitida pelo tipo de formulação das palavras usadas no diálogo, a qual deve ser clara e precisa. É de considerar o tom e intensidade de voz – entoação vocal, bem como a velocidade com que se fala. O tom de voz deve ser cuidado, evitando que seja monótono, além de dever-se dar uma entoação de voz adaptada às circunstâncias, como sejam a preocupação, a compreensão e o interesse (Mota Cardoso, 2012) (Bensing, 2008).

3.3 Comunicação não verbal do doente

Não deve ser só o PS a apresentar comunicação NV. Deve também detetar-se a comunicação NV do doente, uma vez que esta pode fornecer dados e orientar o PS para colocar questões ou, pelo menos, obter informações relacionadas com os sentimentos dos doentes face ao tratamento (Mota Cardoso, 2012).

Esta comunicação NV do doente é constituída pelos mesmos elementos referidos para o PS. A atenção prestada ao doente para a sua comunicação NV permite obter

dados muito valiosos. É de ter em atenção as hesitações do doente, o olhar preocupado, descontraído, entre outros. (Roter, 2006) (Mast, 2007).

Outros sinais a considerar são as emoções, tais como, ansiedade, tristeza ou depressão, receio, nervosismo, como bater os dedos, inquietude, entre outros. (Roter, 2006) (Mast, 2007).

O comportamento não verbal é influenciado por aspetos socioculturais e, assim, tem de considerar-se na comunicação com o doente esta perspetiva, pois a interpretação das várias formas de expressão da comunicação NV pode ser diversa daquela que é a do PS e, por vezes, pode ter um significado diferente ou ser mesmo ofensiva para a pessoa. Alguns exemplos mostram esta particularidade: para americanos o fato de não olhar nos olhos significa negar a existência do outro, enquanto para os búlgaros o acenar com a cabeça de um lado para o outro significa anuência ou o coçar o queixo com as pontas dos dedos poder significar não saber ou desconhecer a informação, mas para os franceses ter o significado de saia daqui. Ainda outro exemplo é o apontar do polegar, dirigido para cima, com os outros dedos em flexão sobre a palma da mão. Em países europeus significa estar bem ou pedir boleia, mas para alguns africanos e australianos é um gesto obscenidade.

IV. A comunicação na Farmácia Comunitária

A atitude do Farmacêutico perante um indivíduo com queixas não se limita à dispensa dos medicamentos prescritos pelo médico ou, em algumas situações, serem adequados a uma dada queixa ou questão. Cabe-lhe também identificar as situações que devem ser tratadas através da consulta médica e qual a sua urgência para, quando for caso disso, referir o doente para o seu Médico ou para uma urgência hospitalar (Cavaco, 2010) (Roter, 2006) (Mast, 2007).

O relacionamento com o doente deve criar empatia e basear-se em regras de comunicação. Através da aplicação das técnicas de comunicação, o doente deve ser informado adequadamente.

Com a abordagem do conceito de Cuidados Farmacêuticos (CF), contemplando a sua evolução e a discussão que se desenrola atualmente a nível europeu, importa refletir sobre os objetivos da sua intervenção integrada nos CF, para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos doentes (Cavaco, 2010).

Na terapêutica com medicamentos que não requerem receita médica, o Farmacêutico pode ser abordado pelo doente com dois objetivos (Hulten, 2011):

1. Aquisição de um medicamento concreto;
2. Solicitação do seu auxílio no aconselhamento de um medicamento para a resolução dos seus problemas de saúde.

A abordagem do doente deve ser efetuada cuidadosamente, seguindo regras estabelecidas, para que o Farmacêutico seja capaz de identificar corretamente a causa das queixas e para que consiga interpretar os receios, desejos e necessidades do doente (Hulten, 2011).

Para que o doente se sinta à vontade e com disposição para transmitir os dados que são necessários para uma interpretação correta, o diálogo deve basear-se nas regras gerais de comunicação, sem as quais o doente não se dispõe a falar abertamente, o que pode originar uma interpretação incorreta das queixas, seleção inadequada do tratamento e prejuízo para o doente (Hulten, 2011).

4.1 Estratégia terapêutica

A consulta do doente implica que o Farmacêutico possua conhecimentos básicos sobre as várias patologias e suas terapêuticas, para que avalie corretamente as suas queixas ou sintomas e seja capaz de decidir a terapêutica indicada (Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

A estratégia é um termo usado para as decisões terapêuticas destinadas à resolução das queixas dos doentes. Implica o estabelecimento de objetivos precisos a atingir, baseados na apresentação da doença e no conhecimento da história natural da patologia (Mota Miranda, 2012), (Santos, 2007).

O tratamento corresponde ao conjunto das medidas integradas na estratégia terapêutica. Engloba a terapêutica farmacológica, cirúrgica, psicológica e de recuperação funcional, entre outras medidas que permitam alcançar os objetivos propostos. A avaliação do risco/benefício dos tratamentos deve basear-se no conhecimento da gravidade, morbidade e mortalidade da doença em relação à toxicidade ou efeitos adversos do tratamento (Santos, 2007).

4.1.1 História do doente

A história natural da doença constitui o centro de todo um processo de intervenção que permite uma análise dos dados e um manejo que possibilite uma orientação dos cuidados terapêuticos.

A recolha da história do doente é um processo que deve ser aprendido pelo Farmacêutico, para que o utilize sistematicamente. Para se obter uma boa história há que recolher informação e observar o doente. É também necessário possuir a capacidade de comunicar com o doente, sabendo ouvi-lo e colocando-lhe perguntas adequadas, precisas e no momento certo, em concordância também com as suas capacidades cognitivas (American Pharmacists Association).

Os dados obtidos sobre a história do doente devem ser registados de forma normalizada, para que seja possível a sua utilização e interpretação sistemática. Na figura 3, apresenta-se um fluxograma a seguir para a obtenção da história médica do doente e definição da estratégia terapêutica. A informação detalhada do doente

corresponde ao registo dos seus dados mais relevantes e incluem aspetos demográficos como, idade, sexo, estado civil, profissão ou ocupação, ambiente social, bem como outras particularidades, como comportamentos, viagens para regiões endémicas, patologias existentes. Estes dados são importantes pela prevalência mais elevada de algumas doenças em certos grupos populacionais. É o caso da diabetes mellitus tipo 2 em pessoas mais velhas, das hemoglobinopatias em indivíduos de origem mediterrânica, das doenças ocupacionais associadas a determinadas profissões, das doenças infecciosas transmissíveis dependentes do comportamento humano ou de outras cuja relação com o tabagismo e alcoolismo está bem esclarecida, etc. (Hepler, 1990) (American Pharmacists Association).

Face aos sintomas e sinais de um doente, a patologia pode ser suspeitada com base no conhecimento desses aspetos. Por exemplo, a abordagem de um doente com febre é diferente caso tenha acabado de chegar de uma viagem a um país com malária endémica ou tenha comportamento de risco ou patologia favorecedora ou predisponente de determinadas entidades clínicas, em relação com outros sem essas características (Pelicano-Romano, 2013).

Não só o diagnóstico pode ser afetado por esses dados, mas também as decisões terapêuticas podem ser influenciadas por diferenças farmacogenéticas, religiosas e culturais (American Pharmacists Association).

A história médica ou pregressa tem interesse em determinadas circunstâncias, porque uma patologia em criança, um acidente ou uma doença crónica podem estar na origem das queixas atuais (American Pharmacists Association).

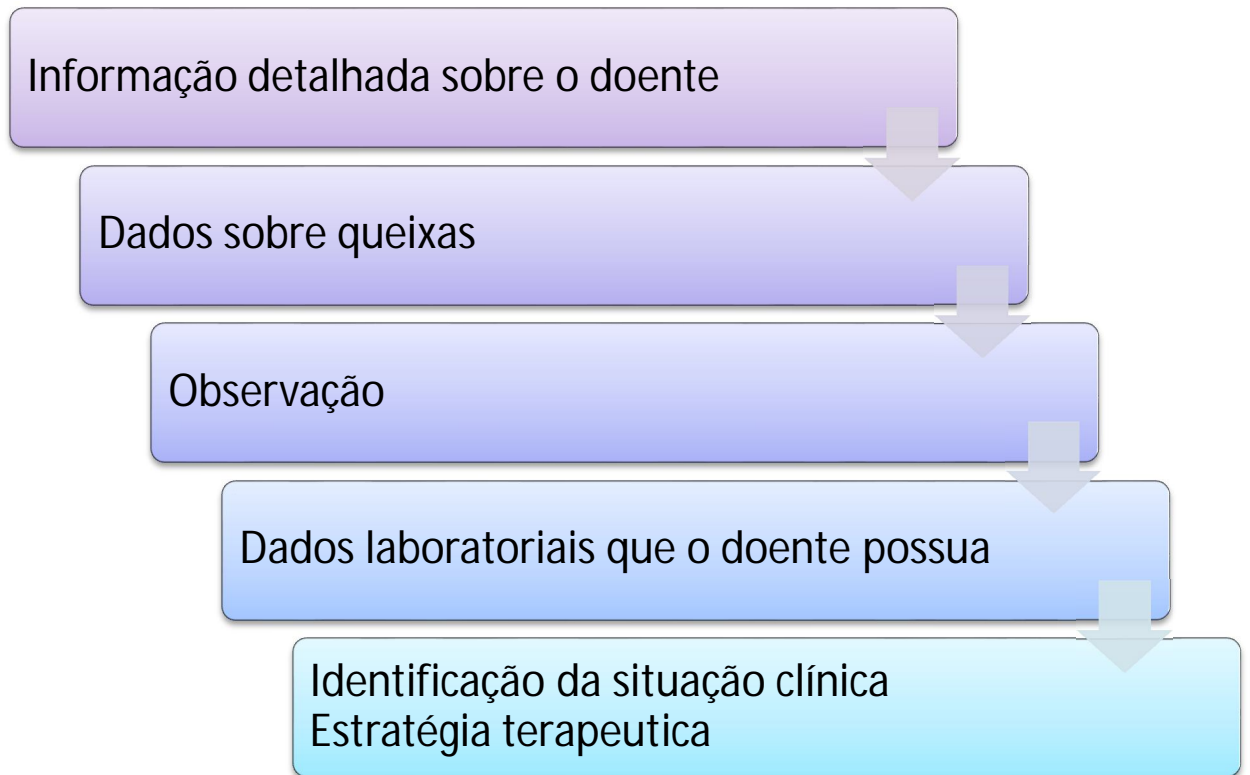


Figura 3 – Análise da história do doente e estabelecimento da estrutura terapêutica.

Por exemplo, a febre reumática, surgida após uma infecção estreptocócica, causa, com alguma frequência, doença cardíaca, a varicela, habitualmente uma doença infecciosa que ocorre em criança, pode manifestar-se como zona no adulto (Santos, 2007).

É fundamental conhecer a história medicamentosa, que deve abranger a terapêutica prescrita e a não prescrita, como “remédios” caseiros, homeopáticos, fitoterapia, ou outra. Frequentemente, uma terapêutica prévia, pode estar na origem das queixas dos doentes (Santos, 2007).

Não deve ser esquecida a identificação de reações adversas ocorridas no decurso do tratamento, nas quais se devem incluir as alergias.

A história familiar tem também um significado importante, particularmente em certas patologias crónicas, em que existem fatores genéticos predisponentes. Incluem-se neste caso, a diabetes mellitus tipo 2, a hipertensão arterial, as dislipidemias, algumas doenças oncológicas, dermatoses e outras (Santos, 2007).

A história social permite identificar estilos de vida que possam estar relacionados com as queixas dos doentes. Referem-se a hábitos tabágicos e ingestão de bebidas alcoólicas, café ou chá, sobretudo, se ingeridos em quantidades excessivas (Santos, 2007).

Também é importante conhecer a situação económica e financeira do doente, para identificar a sua disponibilidade para suportar o tratamento e aconselhar os medicamentos, em conformidade (Santos, 2007).

Deve também saber-se se o doente tem uma doença crónica e qual o respetivo tratamento. A história da doença atual deve ser esclarecida, permitindo que o doente se expresse por iniciativa própria, identificando os seguintes aspetos (Hepler, 1990) (Santos, 2007):

- Localização dos sintomas e sua intensidade;
- Como se iniciaram;
- Quando se iniciaram;
- Se são contínuos ou alternados com períodos de bem estar;
- Se são induzidos ou agravados por fatores identificados e conhecidos;
- Quais as medidas que os melhoram;
- Se já tomou medicamentos e quais os resultados obtidos.

A observação do doente a nível da FC não pode ser profunda. No entanto, há dados que se podem obter e que auxiliam a decisão terapêutica. Destacam-se, em particular, o aspeto do doente, o estado de consciência, o estado de nutrição e debilidade, a coloração da pele, o cansaço extremo ou a dificuldade respiratória, a presença de edemas, bem como uma avaliação da intensidade e gravidade dos sintomas. (Santos, 2007).

Os pedidos para estudos laboratoriais não são da competência do Farmacêutico, mas na FC pode determinar-se a pressão arterial, o pulso, o peso, a estatura, o IMC, a glicemia, a colesterolemia, assim como efetuar testes de gravidez. Estes testes podem ser auxiliares em algumas circunstâncias e constituir o fundamento da referência ao médico (Santos, 2007).

O diagnóstico definitivo não é também da competência do Farmacêutico e só deve ser considerado quando se dispõe de toda a informação. Porém, tem de ter-se em

consideração o diagnóstico diferencial, por várias situações clínicas terem apresentação clínica semelhante. Cabe ao Farmacêutico apenas identificar uma situação clínica ligeira que possa ser tratada com recurso à terapêutica de não prescrição, assim como ser capaz de distinguir esta situação de outras que requeiram consulta médica e referência do doente para o Médico (Santos, 2007).

A estratégia terapêutica (ET) sumariza os objetivos do tratamento e a medicação orientada para a resolução do problema do doente. Deve ser registado no perfil farmacoterapêutico do doente que deve existir na FC, informatizado ou manual, onde se devem registar os seguintes dados (Santos, 2007):

- Dados demográficos;
- Patologias e alergias;
- História médica passada;
- Comportamentos sociais (tabagismo, alcoolismo, comportamentos, outros);
- Contatos dos médicos assistentes;
- Dados laboratoriais;
- Doença atual;
- Terapêutica crónica de prescrição e de não prescrição.

4.2 Pharmaceutical Care/Cuidados Farmacêuticos

Como funções, o Farmacêutico teve desde sempre a preocupação centrada no medicamento, cujo uso se destina à melhoria da qualidade de vida do doente e/ou à sua sobrevivência (Cavaco, 2010) (Hepler, 1990) (Bereguer, 2004).

O número de novas moléculas tem aumentado extraordinariamente nos últimos anos, assim como o seu perfil de segurança e eficácia. Apesar desta evolução, os problemas relacionados com o medicamento provocam muito sofrimento nos seus utilizadores com perda de produtividade e até morte (Cavaco, 2010).

A evolução das funções do Farmacêutico ao longo dos anos levou a uma mudança sobre o seu modo de desempenho profissional, motivando-o para uma abordagem mais

ampla e de acordo com os princípios do “Pharmaceutical Care” (PC), que pode ser designado entre nós como CF (Berenger, 2004). O incentivo de investigação neste âmbito vai permitir o seu maior desenvolvimento em Portugal.

Importa, então, criar uma rede de CF dirigida a doentes que tem como objetivo a promoção da saúde em termos de sobrevivência e qualidade de vida (Santos, 2007) (Berenger, 2004).

4.2.1 Recomendações para a investigação de “Pharmaceutical Care”

Para facilitar a implementação dos CF recomenda-se a seguinte investigação (Hepler, 1990) (Berenger, 2004) (Santos, 2007):

- Estudos do desenvolvimento do Farmacêutico em serviços independentes da dispensa de medicamentos, com identificação de barreiras e formas de as ultrapassar;
- Papel do Farmacêutico na sua interação com o doente e impacto desta atitude, e sua possível adaptação a planos de estudo no ensino da prática da FC;
- Atitude dos consumidores para com a FC e a sua disponibilidade para pagar os Serviços Farmacêuticos.

4.2.2 Conceito de “Pharmaceutical Care”

Foi um conceito criado no início da década de 90 por Charles Hepler e Linda Strand. Segundo estes autores o conceito de CF constitui a solução para a prevenção e correção dos múltiplos e frequentes efeitos adversos e outros problemas da terapêutica de que são alvo muitos doentes e que contribuem para a morbidade e mortalidade (Hepler, 1990).

Talvez se possa afirmar, que este conceito não constitui uma inovação. No entanto, pretende organizar e sistematizar o pensamento e a intervenção para a prevenção dos vários problemas relacionados com o medicamento (PRM), com repercussão na

melhoria da qualidade de vida dos doentes e sua sobrevivência (Hepler, 1990) (Santos, 2007).

O termo “care” ou cuidados pode ser descrito como os cuidados que o doente necessita e recebe e que garantem o uso seguro e racional dos medicamentos (Santos, 2010).

Hepler descreveu os CF como uma relação de conveniência entre o doente e o Farmacêutico, em que este adota funções sobre o controlo do medicamento, aplicando os seus conhecimentos e capacidades técnicas para comprometer o doente num objetivo. Sendo assim, podemos considerar uma componente da Prática Farmacêutica (PF) a interação direta do Farmacêutico com o doente para cuidar das suas necessidades em relação aos medicamentos (Hepler, 1990).

Para Hepler e Linda (1990) o conceito de CF exige duas atitudes (Hepler, 2010):

- O Farmacêutico deve dedicar tempo para determinar os desejos específicos dos doentes, preferências e necessidades relativas à sua saúde e doenças;
- Estabelecimento do compromisso de manter os cuidados.

Através destes dois pressupostos surgiu a primeira de muitas definições atuais de CF, isto é, a prestação responsável da terapêutica medicamentosa com o objetivo de obter resultados que melhorem a qualidade de vida dos doentes e a sua sobrevivência (Hepler, 2010).

Para esta implementação, o Farmacêutico deve dedicar tempo ao doente para avaliar as suas necessidades face aos medicamentos (NRM) e PRM, monitorizando a terapêutica medicamentosa com a avaliação dos resultados. Este trabalho deve ser desenvolvido com o acompanhamento da equipa médica e do doente (Santos, 2010).

Para que o Farmacêutico se envolva nesta atividade deve possuir conhecimentos clínicos, farmacológicos e ser capaz de comunicar e escutar ativamente, saber gerir o tempo e os recursos e, ainda, ter a capacidade de avaliar e divulgar os resultados da sua intervenção (Beringer, 2004) (Santos, 2010).

É um processo dinâmico que ultrapassa o simples aconselhamento ao doente. Este foca-se no medicamento e abrange toda a informação, incluindo, ainda, a capacidade de

identificar os problemas relacionados com a terapêutica (PRM) e a sua resolução (Hepler, 2010) (22).

Dada a escassez de recursos e de tempo devem ser estabelecidas prioridades de intervenção, selecionando-se os doentes que mais podem beneficiar dos CF, nomeadamente, os doentes crónicos ou com múltiplas patologias, os submetidos a terapêuticas complexas ou com problemas de adesão à terapêutica (Santos, 2010).

4.2.3 Definição de Problema Relacionado com o Medicamento

Dado que os CF constituem uma atividade destinada a prevenir e a corrigir os PRM importa, antes de desenvolver a abordagem do doente com base neste conceito, que se analise o que pode ser entendido por PRM (Santos, 2010).

Não seguindo com exatidão a definição de Reação Adversa da Organização Mundial de Saúde (OMS), pode dizer-se que os PRM são um acontecimento indesejável ocorrido num indivíduo e que envolve ou em que há a suspeita de envolvimento dos medicamentos e com interferência, real ou potencial, com o resultado do tratamento (FIP, 1997).

Existem dois componentes que enuncio (FIP, 1997):

- Acontecimento indesejável ou risco de que surja, que se pode apresentar como um sintoma ou sinal, um diagnóstico, uma alteração, uma incapacidade ou uma síndrome. Esse acontecimento pode ser consequência de aspetos económicos, psicológicos, fisiológicos ou socioculturais ou, então, relacionado com o uso do medicamento;
- Existência de uma relação, ou sua suspeita, entre o acontecimento indesejável e a terapêutica medicamentosa.

Embora, em termos gerais, se possa afirmar que existem muitos e diferentes tipos de PRM, Strand classificou-os em 7 categorias, onde se pensa poderem ser incluídos todos os PRM (Hepler, 2011).

Pelo conceito de CF considera-se importante que a identificação dos PRM seja realizada com a intervenção do doente, porque só ele é capaz de manifestar realmente as

necessidades e expetativas que tem com o tratamento e se realmente elas estão a ser atingidas (Santos, 2010).

Strand menciona as necessidades relacionadas com o medicamento (NRM) sentidas pelos doentes e considera que estas incluem toda e qualquer preocupação, expetativa ou incompreensão, as quais são identificadas pelo doente ou pelo PS e relacionadas com o uso do medicamento (Hepler, 1990) (Berenger, 2004).

Estas NRM sentidas pelo doente devem posteriormente ser transformadas nos correspondentes PRM pelo PS. O conhecimento das NRM do doente obriga ao estabelecimento de um diálogo entre o doente e o Farmacêutico, identificando estas NRM em primeiro lugar, para constituir uma das bases da intervenção. As NRM são obtidas pela tradução da informação prestada pelo doente. Para avaliação das NRM, o Farmacêutico deve identificar o seguinte (Hepler, 1990) (FIP, 1997) (Berenger, 2004):

1. O doente compreende a finalidade do tratamento;
2. As expetativas do doente estão contempladas com o tratamento;
3. As preocupações do doente sobre a toma do medicamento estão consideradas.

O CF depende fundamentalmente do diálogo e da inter-relação com o doente, para que este transmita a informação indispensável para a fundamentação e estruturação da intervenção farmacêutica. Para ser capaz de identificar os PRM no diálogo com o doente, o Farmacêutico deve seguir um comportamento proativo e situá-lo no centro das suas atenções (Santos, 2010) (Berenger, 2004).

As sete categorias dos PRM segundo Strand possuem características gerais e são independentes do sexo, idade, doença ou medicamento (Hepler, 1990). Os PRM podem ser reais ou potenciais. As categorias consideradas são as seguintes e definem-se de acordo com situação do doente (Hepler, 1990):

1. Tem uma patologia que requer medicamentos para a qual não está a ser medicado;
2. Está a tomar um medicamento desnecessário para a sua situação clínica;
3. Não está a ser tratado com um medicamento indicado para a patologia que possui;

4. Está a tomar o medicamento indicado para a sua situação, mas numa dose muito baixa;
5. Está a tomar um medicamento indicado para a sua situação clínica, mas numa dose muito elevada;
6. Possui uma situação clínica resultante de uma reação adversa;
7. Apresenta um problema resultante da falta de adesão ao tratamento.

4.3 Comunicação com o Médico

A comunicação com o Médico constitui uma das bases dos CF e é fundamental para a otimização da terapêutica e da sua racionalização. Infelizmente, esta comunicação ainda está longe de ser conseguida em termos ideais. Considera-se que uma das principais barreiras para o estabelecimento desta comunicação é o receio da perda de poder de um ou dos dois protagonistas, quer se trate de uma perda real ou potencial. Institucionalmente, o Médico possui uma autoridade profissional superior à do Farmacêutico, o que afeta a assertividade deste face ao Médico (Hasan, 2008).

A dificuldade de comunicação está também relacionada com o facto de muitos dos atos do Farmacêutico (recomendações, informações, notificações) poderem ameaçar a identidade e responsabilidade profissional do Médico (MacLeod-Glover, 2006).

4.3.1 Barreiras na comunicação com o Médico

A comunicação entre estes profissionais deve ser cuidada, para que nenhum deles perca a sua “face” ou dignidade, isto é, se sinta ameaçado ou comprometido.

Brown e Levinson (Brown, 1999) desenvolveram o conceito de “face” como valor social sob dois aspetos, o positivo e o negativo. A dignidade positiva inclui o desejo de ser aprovado e amado, sem partilha com outros. A dignidade negativa corresponde ao desejo de ser deixado só, sem impedimentos, interrupções ou críticas.

4.3.2 Estratégia e procedimentos

A linguagem elaborou mecanismos que expressam pensamentos e ações que, intrinsecamente podem ameaçar a dignidade de terceiros. Há quatro estratégias de educação para gerir os atos ameaçadores da dignidade (MacLeod-Glover, 2006):

- Agir erradamente;
- Agir com educação positiva ou negativa;
- Agir indiretamente;
- Não agir.

No primeiro caso age-se erradamente quando se age direta e claramente sem rodeios nem pedidos de desculpa pela interrupção (MacLeod-Glover, 2006). Por exemplo, “o doente é alérgico à ampicilina, recomendo que lhe prescreva eritromicina”.

No segundo caso age-se com educação quando se aborda o problema claramente, acompanhado de uma tentativa verbal que minimize o aspeto negativo da intervenção e interrupção. O discurso neste caso pode ser efetuado de forma positiva ou negativa (MacLeod-Glover, 2006).

Na primeira forma ou positiva – “estou a ligar-lhe porque o doente é alérgico à ampicilina e, como ambos queremos o melhor para ele, eu recomendaria a prescrição de eritromicina”. Esta é de facto a atitude recomendada (MacLeod-Glover, 2006).

A negativa pode exemplificar-se como – “estava alertado para o facto de o doente ser alérgico à ampicilina? Talvez deva considerar o uso de eritromicina, em alternativa” (MacLeod-Glover, 2006).

Agir indiretamente consiste em evitar ser claros e diretos, assim a frase seria: “é natural que não saiba que o doente é alérgico...” (MacLeod-Glover, 2006).

Não agir consiste em demitir-se de contactar o Médico e deixar que o doente sofra as consequências de uma terapêutica que pode ser prejudicial. É a pior atitude do Farmacêutico (MacLeod-Glover, 2006).

4.3.3 Facilitadores da comunicação com o Médico

De um modo geral, a conveniência de estabelecer contato com o Médico surge da necessidade de esclarecer ou corrigir uma dada prescrição.

Embora a intervenção farmacêutica seja legítima e suportada legalmente pode originar uma atitude negativa por parte do Médico, considerando que uma falha sua foi identificada por terceiros. Desta forma, a relação do Farmacêutico com o Médico deve ser cuidada para que este aceite os seus reparos, recomendações e, eventuais, propostas (MacLeod-Glover, 2006).

Há estratégias que o Farmacêutico deve seguir para que tenha êxito na comunicação com o Médico, nomeadamente, estar bem preparado sobre o tema a ser objeto de abordagem, estruturar a intervenção e o diálogo e, aplicar, adequadamente, os seus conhecimentos sobre a situação em causa (MacLeod-Glover, 2006).

4.4 Comunicação com o doente

Para conseguir os seus objetivos o PS deve ter bons conhecimentos sobre a arte da comunicação, para que haja uma adequada interação entre esse e o doente (Cavaco, 2010) (Pelicano-Romano, 2013).

Através da comunicação consegue-se que o doente se torne parceiro das decisões terapêuticas e, ainda, se responsabilize pela sua saúde. A relação com o doente é um processo dinâmico, em que o PS deve investir permanentemente para que isso se mantenha. Uma relação positiva num dia, pode ser seguida por uma negativa se não se desenvolverem esforços para a fomentar e manter (Cavaco, 2010) (Pelicano-Romano, 2013).

A comunicação verbal é um componente menor de todo esse processo, pelo que se deve continuamente procurar sinais de comunicação NV, por serem os melhores indicadores do processo e, também, orientadores para atitudes futuras (Cavaco, 2010) (Pelicano-Romano, 2013).

Para se conseguir uma boa comunicação devem ser eliminadas as barreiras, evitando confusões e mal entendidos, usando designações compreensíveis e adaptadas ao nível sociocultural do doente, orientando para o aconselhamento em funções do seu nível socioeconómico e mantendo a confidencialidade sempre exigida, conforme consignado nas Boas Práticas da Farmácia (Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

Para evitar repetir o já sabido pelo doente, deve haver o cuidado de avaliar previamente os seus conhecimentos e incidir a informação, educação e aconselhamento em áreas desconhecidas ou mal esclarecidas. Sempre que possível, de modo adequado, deve tentar-se que o doente repita a informação transmitida no final do diálogo, para garantir que houve a sua compreensão (Cavaco, 2010) (Pelicano-Romano, 2013).

4.4.1 Empatia

A empatia é um processo afetivo de comunicação que revela o sentimento e a compreensão do sentir do doente perante uma determinada vivência, colocando-se o PS numa situação idêntica à que é sentida pela outra pessoa, de modo a tentar compreender os sentimentos e emoções.

A empatia exige que o Farmacêutico identifique a experiência afetiva do doente, demonstrando uma compreensão dos seus sentimentos e estabelecendo a ligação necessária para a criação de um relacionamento sólido, de confiança e de respeito mútuo (MacLeod-Glover, 2006).

A empatia deve ser aprendida, pois utilizar respostas empáticas pode parecer estranho no início da comunicação. Aprender a ser empático exige que o Farmacêutico tenha em consideração importante o doente para favorecer o desenvolvimento de uma eficiente relação terapêutica. Demonstramos empatia pela forma como reagimos com os doentes, tanto verbal como não verbalmente. Para criar empatia é preciso coragem (particularmente quando a experiência é triste, como a perda de um cônjuge), pelo que é necessário que o Farmacêutico esteja acessível, disponível e capaz de reconhecer os sentimentos vivenciados pelo doente (MacLeod-Glover, 2006).

Neste contexto, empatia é diferente de simpatia. O Farmacêutico mostra empatia não verbal se reflete nas expressões faciais do doente ou na linguagem corporal esse

sentimento. Demonstrar empatia através de uma resposta verbal significa escolher palavras que não julguem as opções do doente ou que não sejam conselhos. As palavras empregues devem demonstrar compreensão e aceitação do que a situação significa para o doente. Os doentes sentem empatia quando notam um ambiente seguro e onde podem expressar-se livremente, quando o Farmacêutico permite que sintam o controlo das suas vidas e os capacitam a assumir maior responsabilidade pela sua participação na gestão da sua saúde (MacLeod-Glover, 2006).

V. Entrevista com o doente

Baseado na comunicação, o PS deve dar início e dirigir a entrevista com o doente, devendo ter uma atitude que não seja de autoridade, nem de paternalismo, para não perder o domínio. O doente deve sentir que lhe estão a ser prestadas informações que ele vai gerir para tirar o melhor partido possível da sua terapêutica, sentindo-se também responsabilizado pelos resultados.

Antes de iniciar a entrevista, o PS deverá preparar toda a envolvente onde irá decorrer esse processo. O PS deverá assegurar a privacidade da entrevista, bem como organizar um bom ambiente no gabinete. Esse espaço deverá ser tranquilo, acolhedor, isento de ruídos e com o menor número possível de objetos em cima da secretária para promover a atenção e a concentração do doente. Desta forma, será mais fácil manter o contato visual, avaliando assim todos os sinais de comunicação NV, aumentar a intimidade da entrevista e tornar mais próximo o posicionamento dos intervenientes. Um número excessivo de objetos em cima da secretária pode levar a uma sensação de distanciamento entre os interlocutores e condicionar o fracasso da comunicação (Mota Cardoso, 2012, p.27-30). Entre esses, deve ter-se em conta a presença de lenços de papel, por condicionar uma forma particular de comunicação NV que pode facilitar a expressão emocional (Mota Cardoso, 2012, p.27-30).

No decorrer da entrevista o PS deverá questionar o doente sobre a necessidade de tirar notas, enfatizando a confidencialidade do encontro e desses apontamentos. O PS deverá ser cuidadoso no momento de efetuar registos clínicos ou outros, minimizando o risco do doente sentir que não está ser ouvido ou a não lhe ser dada a devida atenção, uma vez que a quebra do contato visual pode condicionar falta de interesse ou de consideração e outras interpretações erróneas. Por outro lado, ao quebrar-se o contato visual, o PS deixa de poder observar aspetos relacionados com a comunicação NV do doente, penalizando, assim, o planeamento da relação terapêutica (Mota Cardoso, 2012, p.27-30).

5.1 Entrevista focada no doente

Na entrevista com o doente interessa obter a sua perspetiva da vivência atual, de forma a entender o ponto de vista deste em relação ao valor e relevância das queixas e do que pretende em relação aos cuidados por parte do PS.

Para perceber todas estas emoções e sentimentos existem vários aspetos ou áreas de interesse a abordar, que enuncio (Mota Cardoso, 2012):

1. Que ideias tem o doente relativamente à sua situação clínica, em relação a uma possível doença e à sua causa?
2. Como é que o doente vive o seu problema?
3. Quais os sentimentos do doente em relação ao seu estado clínico?
4. O que pode o doente esperar do PS e qual a expectativa dos resultados?

Para que seja possível estabelecer uma relação com o doente e para obter abertura para este tipo de questões, e poder tornar a entrevista com o doente num contexto mais íntimo de exploração de sentimentos, o PS deve demonstrar empatia. Ser empático implica utilizar estratégias e competências que são importantes em todas as fases da EC. A sua inclusão neste momento particular do encontro com o PS pretende explicitar e enfatizar a necessidade de dar resposta às preocupações e emoções do doente, sempre que elas surjam, enquanto se tenta perceber a sua perspetiva acerca da doença. Este é um momento fundamental para a sua aplicação e é também uma fase que permite expressar cuidado e reforçar a relação com o doente. Para evitar uma resposta desadequada às emoções, correndo o risco de prematuridade ou engano, o comentário empático deve ser fornecido quando o PS está certo de entender a experiência do doente, muitas vezes, apenas depois de ter sido encorajado à expressão das suas emoções (Frankel, 1999).

A resposta empática permite que o doente se sinta ouvido, compreendido, tranquilizado e não julgado/criticado, encorajando-o na partilha da informação.

O primeiro passo para responder às emoções é identificá-las, notando alterações na linguagem verbal e NV do doente. Tal implica:

- Estar atento, aberto e disponível à demonstração de emoções;

- Estabelecer um bom contato visual;
- Prestar atenção às alterações na linguagem corporal, expressão facial e tom de voz, enquanto aquele narra a sua experiência da situação.

O segundo passo refere-se à procura do momento oportuno para responder às emoções do doente, utilizando comentários e gestos empáticos.

Segue-se a exploração da emoção quando tal é necessário para a compreensão da situação e das dúvidas e receios concretos, usando silêncios, encorajamentos verbais curtos (“Compreendo...”; “Continue...”; “Está triste...”) ou não verbais (acenos de cabeça, contato visual), paráfrases (“Diz então que a experiência que teve com a sua mãe foi assustadora...”), bem como perguntas abertas e pedidos de exemplos (Mota Cardoso, 2012) (Frankel, 1999).

As competências de comunicação úteis nesta fase da entrevista têm por fim apoiar o relato, facilitar a comunicação, ajudar na exploração da informação e demonstrar, simultaneamente, cuidado, empatia e partilha (Mota Cardoso, 2012).

Deverão ser utilizadas as técnicas já referidas acima, tanto não verbais, como acenar com a cabeça, manter a face expressiva ou inclinar-se para a frente, como traduzindo-se em competências não focadas por não dirigirem o relato para os tópicos específicos ou focando a orientação da narrativa ao critério do doente. (Mota Cardoso, 2012).

O trabalho em parceria entre o PS e o doente tem como elemento fundamental a exploração de ideias, expectativas, sentimentos, impactos e crenças face à sua situação clínica. Ao fazê-lo, o PS consegue perceber as perspetivas do doente acerca da sua situação clínica. Desta forma, consegue ainda demonstrar respeito pela diversidade de opiniões das pessoas, recolher informação importante para a estratégia terapêutica, perceber preocupações que antes não tinham sido verbalizadas, saber se foram realizados outros tratamentos ou exames complementares de diagnóstico e, em última análise, através destes dados, aumentar a acuidade do diagnóstico e possibilitar outros diagnósticos cuja identificação possa ser importante para o tratamento do doente. (Frankel, 1999).

Negligenciar esses elementos que podem ser obtidos na exploração da narrativa pode levar o PS a ignorar fontes de importante informação ou identificar tensão,

dúvidas e preocupações. De facto, através de um interrogatório é possível aflorar essas questões e permitir tranquilizar e melhor esclarecer o doente.

Trabalhar em parceria e conhecer o mundo do outro implica, para além de compreender a sua perspetiva acerca da doença, perceber também as suas vivências interiores. Estudos indicam que raramente os doentes verbalizam espontaneamente as suas emoções, tendendo antes a fornecer ideias vagas ou pistas ao longo da entrevista (Suchman, 1997).

Os PS, por seu lado, demonstram muitas vezes hesitação em relação a questionar os seus doentes acerca de emoções (Maguire, 1996). Para facilitar essa expressão, o PS deverá utilizar competências próprias, como a aceitação incondicional do outro, a genuinidade e a empatia, atendendo, deste modo, aos interesses do doente e evitando a necessidade de interpretar ou intervir (Mota Cardoso, 2012). Isto é possível na medida em que a sensação de ser compreendido pelos outros é, em si só, intrinsecamente terapêutica (Suchman, 1997).

A empatia, além de se revelar como o conceito mais associado à abordagem centrada no doente, contém três elementos fundamentais que são a capacidade para observar as emoções dos outros, para perceber essas emoções e para lhes dar resposta. No entanto, interessa identificar dois tipos distintos de empatia: a emocional - resultante da partilha da vivência emocional do outro por parte do observador (Finset, 2010), e a cognitiva - indicadora da compreensão do estado interior do outro, utilizando estratégias mentais, cognitivas, entre as quais a perceção da perspetiva do outro (Hojat, 2002). O objetivo desta compreensão é de poder aliviar o sofrimento do doente de forma eficaz e adaptada a cada doente (Mota Cardoso, 2012).

Demonstrar empatia adiciona profundidade e sentido à consulta, ajuda a construir uma relação de confiança e aumenta a motivação para participar ativamente no tratamento, sendo preditor de resultados favoráveis (Squier, 1990). São estes aspetos que aumentam a possibilidade de se realizar uma melhor intervenção farmacêutica, uma maior adesão ao tratamento e de se estabelecer os limites da entrevista, pelo que resulta uma melhoria de prestação de cuidados de saúde (Mota Cardoso, 2012). Deste modo, o doente sente-se integrado e motivado por estar a ser ouvido, e mesmo uma mudança de assunto é melhor aceite, não provocando desinteresse, incompreensão ou desmotivação (Boyle, 2005).

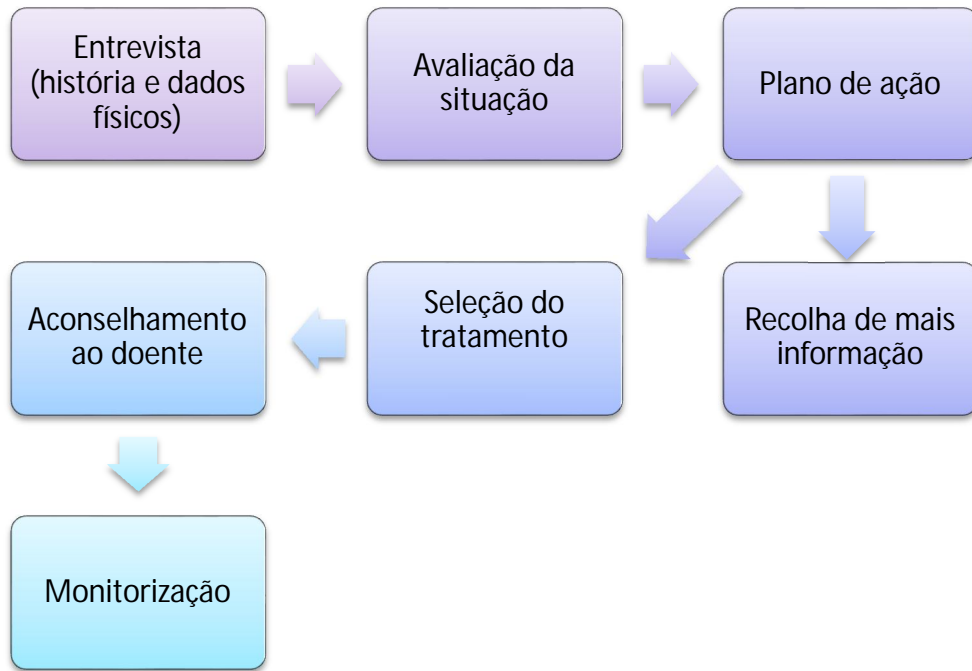


Figura 4 – Entrevista focada no doente

5.2 Comunicação com populações especiais

Há populações especiais que requerem cuidados próprios e específicos em relação ao estabelecimento da comunicação. Por exemplo, um doente com dificuldades auditivas ou surdo requer a escrita das instruções e necessita que entenda pela articulação dos lábios ou por gestos a explicação, particularmente, se também for analfabeto. Os invisuais constituem um grande desafio para o Farmacêutico, pelas dificuldades que colocam na aquisição e compreensão da informação. Várias outras situações requerem uma atenção mais cuidada na comunicação, exigindo do PS uma aprendizagem e conhecimento sobre os meios de comunicação, de acordo com a deficiência da pessoa.

5.2.1 Doentes tímidos

Existe um grupo de pessoas que se embaraçam a falar sobre determinados sintomas, sinais ou certos temas, como sobre o sexo e partes íntimas do corpo. Com estes doentes

é difícil falar de supositórios, cremes vaginais, óvulos, enemas, laxantes, anti-hemorroidais, aquando da prestação de informação ou esclarecimento sobre assuntos dessa área. Para ultrapassar estas situações constrangedoras para o doente devem ser antecipados os aspetos que possam ser determinantes desse fato, naturalmente tendo em consideração cada personalidade.

No início, o diálogo deve ser geral, estruturando e orientando o diálogo para áreas mais pessoais, de modo a permitir observar o doente e verificar a sua sensibilidade e reação sobre assuntos e maior intimidade. Nestas circunstâncias, quando há necessidade de colocar perguntas mais íntimas, não se devem usar perguntas abertas, porque o doente não prestará a informação suficiente se o tema lhe for incómodo. Para uma comunicação relativa a problemas mais íntimos é necessário privacidade e uso de uma tonalidade de voz adaptada à situação, para conferir intimidade no diálogo (Mota Cardoso, 2012).

A linguagem usada não deve ser complexa, mas simples e facilmente entendível pelo doente. Não deve ser crua, nem deve evitar o uso de termos adequados, para não dar um carácter demasiadamente fácil à situação. Por vezes, deve optar-se pelo uso de sintomas, em vez de falar em “piolhos”, assim referindo os sintomas a isso associados – “comichão” (Mota Cardoso, 2012).

Ao falar abertamente desde o início do diálogo pode identificar-se qual a linguagem mais facilmente aceite pelo doente, passando esta a ser a adotada para melhor conveniência e comunicação.

Por vezes, o profissional tem tendência para dizer ao doente para não ficar embaraçado. Contudo, não deve ser usado este processo. Deve também evitar-se o riso ou brincar com este tipo de situações, porque para o doente são sérias e preocupantes (Mota Cardoso, 2012).

Quando há constrangimento, a abordagem dizendo “Parece que fica constrangido relativamente a este assunto”, tem como intenção colocar o doente mais à vontade e motivado para comunicação. Logo, é preferível usar uma frase do tipo “Sei que é bastante difícil para si falar deste assunto”, seguida da demonstração de atenção e interesse que possa dizer o doente. De notar que, apesar de serem usados termos adequados e da privacidade, há pessoas que se mantêm constrangidas, pelo que a

insistência para que ele se expresse deve ser limitada (Mota Cardoso, 2012). Nestas condições, a melhor atitude é fornecer a informação mais detalhada possível e manifestar a sua disponibilidade para o esclarecer se persistir alguma dúvida.

5.2.2 Doentes excessivamente faladores

Há três tipos de doentes excessivamente faladores. Estas pessoas são uma dificuldade e um óbice ao diálogo, nem sempre fácil de lidar, apesar de se tentarem várias técnicas, conforme o tipo de doente, para contrapor a essa situação.

Para os obsessivos, que insistem em dar informação demasiado detalhada, não se deve facilitar ou promover a comunicação NV, devendo o Farmacêutico mostrar interesse apenas em alguns dados e demonstrar que os outros são desnecessários. Nestas personalidades as perguntas fechadas devem ser introduzidas precocemente (Mota Cardoso, 2012).

Para os doentes que se mostram confusos ou desorganizados a interrupção é indispensável, para permitir clarificar alguns dados e evitar que a pessoa se afaste do aspeto em análise. Nestes casos, a clarificação é conseguida com perguntas fechadas. A informação escrita é muito útil nestes indivíduos, fazendo-os prestar atenção e requerendo a sua concentração quando se explica o que já está escrito ou que se está a escrever (Mota Cardoso, 2012).

O terceiro tipo de doente falador é aquele que faz tudo ao seu alcance para prolongar o diálogo e nunca tem pressa. Com este tipo de doente, o Farmacêutico deve saber terminar o diálogo, podendo aplicar várias técnicas, como sumarizar o que lhe foi dito de importante para dar a ideia de que terminou a consulta (Mota Cardoso, 2012).

Para reforçar esta ideia, podem ser usadas palavras que transmitam o fim da mensagem, como, por exemplo “Bem, penso que já falamos de tudo”, ou “Se depois, tiver mais dúvidas, volte a procurar-me” (Mota Cardoso, 2012).

Também, são muito úteis as formas de comunicação NV, de maneira a dar a ideia de que a consulta terminou, como o pousar da caneta, fechar um livro ou levantar-se.

5.2.3 Idosos

A informação, aconselhamento e orientação das pessoas idosas é um desafio para o Farmacêutico. A perda auditiva, visual, as dificuldades cognitivas, a ansiedade, a depressão, as preocupações e os medos são obstáculos à intervenção do Farmacêutico (Mota Cardoso, 2012).

O principal problema deste grupo etário é a perda auditiva ou, mesmo surdez, estimada em cerca de 60% no grupo etário superior a 65 anos de idade, disfunção que interfere com a sua vida normal e dificulta o diálogo.

Outros obstáculos são as dificuldades associadas à toma da medicação (horário, refeições, esquecimento, entre outros), à confusão entre os vários fármacos prescritos e, tantas vezes, não objeto de prescrição médica, dada a frequente polimedicação pelas doenças crónicas de que são portadores, a maior suscetibilidade aos efeitos adversos e interações dos medicamentos. Por tal motivo, são dos doentes que mais podem beneficiar do aconselhamento e orientação através de um diálogo com o profissional de saúde adaptada à sua circunstância (Pelicano-Romano, 2013).

Frente a um doente com dificuldades auditivas deve-se escolher um ambiente privado, sossegado, isento de ruído e usando uma linguagem simples e resumida, bem como fazendo apoio frequente da linguagem NV. Deve procurar-se um tom de voz adequado a cada doente e falando para que ele oiça e perceba a informação prestada.

Nestes doentes deve ser tomado cuidado especial aos silêncios e a articulação das palavras deve ser espaçada para dar tempo a que o doente oiça e entenda o que lhe foi dito.

O vocabulário deve ser particularmente cuidado nestes doentes, tendo em atenção as limitações de compreensão e conceitos pré-existentes. Se necessário, as frases devem ser repetidas, mas não reformuladas, sendo preferível usar a mesma frase várias vezes para facilitar a compreensão (Mota Cardoso, 2012).

Por vezes, há que usar técnicas especiais para identificar os doentes que têm dificuldades auditivas ou outras. Por razões diversas, os idosos ocultam os seus problemas, ou porque os consideram um fenómeno normal do envelhecimento, ou se sentem desgostosos ou embaraçados por pedir frequentemente para repetir a explicação

ou, ainda, por estarem aborrecidos, desanimados ou apreensivos pela limitação (Mota Cardoso, 2012).

Pode suspeitar-se da perda auditiva quando o doente dirige a cabeça com o ouvido na direção do interlocutor, apresenta uma expressão facial de “branco”, tem movimentos de membros sem descanso, tem postura irregular, tenta ler nos lábios, pede frequentemente para repetir o que lhe foi dito ou para que o discurso seja mais lento ou, então, repete frases como “Como”, “Repita por favor”, “Fale mais alto”, entre outras expressões (Mota Cardoso, 2012).

5.3 Recolha e organização da informação específica sobre o doente

A entrevista com o doente deve ser conduzida com privacidade e os dados obtidos devem ser rigorosos, organizados e alvo de atualização. Estes dados devem ser mantidos confidenciais e só podem ser cedidos a outros profissionais, após consentimento do doente e se necessário para o seu benefício (Mota Cardoso, 2012).

VI. Conclusão

O Farmacêutico é um PS acessível ao doente dentro da comunidade de cuidados de saúde. Como tal, o Farmacêutico encontra-se numa posição privilegiada no que diz respeito à deteção precoce de doenças crónicas e identificando estilos de vida pouco saudáveis.

Desta forma, o Farmacêutico pode ajudar o doente a corrigir/eliminar fatores de risco, a efetuar prevenção e aconselhamento, quando apropriado, o que o torna um recurso de conhecimento baseado na comunidade.

Interessa, então, que o Farmacêutico adquira capacidades comunicativas, que lhe permitam acompanhar não só o doente, mas também a família. Assim, o Farmacêutico deverá adquirir capacidades de comunicação que possibilite a criação de uma relação de excelência entre o Farmacêutico e o doente e deve ser capaz de adotar um conjunto de técnicas de comunicação, tais como, explorar os principais problemas do doente e esclarecer a sua repercussão física, emocional e social, bem como fornecer toda a informação que o doente deseje saber, verificando sempre se a percebeu, e atentar na sua reação perante essa informação.

Entre as capacidades de comunicação que deverão ser adquiridas pelo profissional Farmacêutico encontram-se as da comunicação verbal e NV. Na comunicação verbal o Farmacêutico deverá entrar em linha de conta com os níveis de escuta, o diálogo utilizado, as técnicas inquisitivas, o saber ouvir, as possíveis interrupções da EC, assim como com o vocabulário utilizado para que o doente se sinta esclarecido relativamente à sua condição de saúde. Além disso, a gestão do tempo é importante, na medida em que durante a EC é necessário não só ouvir as queixas do doente, assim como ter tempo para dar uma resposta adequada. Desta forma, é importante não permitir interrupções durante a avaliação do doente.

No que diz respeito à comunicação NV, o Farmacêutico deverá ter a capacidade de interpretar e realizar comunicação idêntica. A comunicação NV representa cerca de 90% da mensagem, pelo que se deverá considerar fulcral na comunicação entre o Farmacêutico e o doente. É importante então, atentar na expressão facial, gestual e postural do Farmacêutico durante a EC, assim como interpretar a comunicação NV do doente. A avaliação dos componentes de comunicação NV, como a proxémica e a

cinésia, permite-nos concluir relativamente ao envolvimento do doente na EC, determinando se este apresenta um padrão seguro do comportamento, um padrão de luta, um padrão de retraimento/proteção ou um padrão de fuga. Esta avaliação é muito importante, uma vez que demarca a abordagem inicial do Farmacêutico na EC. Obviamente, perante um doente deprimido, não se deverá utilizar um tom de voz alegre e efusivo, assim como, perante um doente/familiar que acabou de receber uma má notícia devem adotar-se expressões de interesse, preocupação, desejo de colaborar e de confiança nas soluções propostas. Outros sinais a ter em conta na comunicação NV são as emoções, tais como, ansiedade, tristeza ou depressão, receio, nervosismo, inquietude, entre outros. Deve haver o cuidado de não mostrar expressões de recriminação, espanto ou qualquer outra emoção negativa, qualquer que seja a situação, pois estas contribuem para que o doente deixe de colaborar e prestar a informação de forma aberta e franca.

Importante também é o doente ser olhado nos olhos e ao mesmo nível durante o diálogo, de forma a existir franqueza na relação. A falta de olhar frontal pode dar ideia de desinteresse pelo problema do doente. O olhar o doente com breves contatos visuais através da conversação permite aumentar a comunicação e a sua manutenção.

A nível da FC a comunicação toma um papel fundamental, na medida em que sem comunicação não é possível transmitir o conhecimento necessário à melhoria da condição de saúde do doente. Neste contexto, o Farmacêutico pode ser abordado pelo doente com dois objetivos – aquisição de um medicamento concreto ou aconselhamento farmacêutico.

A FC é o local onde a maior parte dos doentes recorre, às vezes mesmo antes de consultar o Médico, pelo que concluo que o papel do Farmacêutico é fundamental na vida do doente. Assim, torna-se imprescindível conhecer o doente, os seus hábitos e a medicação que lhe é costume ser prescrita. Deste modo, desenvolveu-se o conceito de “Cuidados Farmacêuticos”.

Os “Cuidados Farmacêuticos” podem ser encarados como a solução para a prevenção e correção dos múltiplos e frequentes efeitos adversos da terapêutica. Funciona como uma relação de conveniência entre o doente e o Farmacêutico, onde este põe em prática as capacidades comunicativas. Assim, as capacidades de comunicação clínica estão diretamente relacionadas com o conceito de “Cuidados Farmacêuticos”.

Ainda relativamente ao “Cuidado Farmacêutico”, a EC deve ser focada no doente, por reproduzir um modelo de interação que investe na pessoa, de uma forma dinâmica e global, pois os doentes são ouvidos e percebidos de uma maneira integrada e o Farmacêutico exprime respeito, humildade, empatia e sensibilidade.

Outra vertente presente nos “Cuidados Farmacêuticos” é a referenciação do doente para o Médico. Na comunicação com o Médico podem estar presentes várias barreiras. No entanto, cabe ao Farmacêutico ultrapassar essas barreiras e fazer com que se estabeleça uma relação de cordialidade e confiança com o Médico.

Em Portugal ainda não se verifica a implementação deste conceito, uma vez que para esse fim o Farmacêutico deve dedicar tempo ao doente para avaliar as suas NRM e PRM. Nos dias de hoje, cada vez mais, e também devido à conjuntura económica em Portugal, o Farmacêutico na FC é visto como um número para a propriedade da Farmácia.

Desta forma, sou de opinião que em Portugal a aquisição de competências clínicas de comunicação devem ser adquiridas durante o curso, para que seja possível a implementação de medidas que visem melhorar o bem estar dos doentes, como os planos de “Cuidados Farmacêuticos”.

Para terminar gostaria de citar um parágrafo das Boas Práticas de Farmácia que, para mim, faz todo o sentido após a realização deste trabalho. “ (...) Na vertente profissional o Farmacêutico tem sabido organizar-se para dar uma resposta adequada às necessidades decorrentes da evolução social, cultural, política e económica do nosso país. Importa continuar esse caminho, que leva a uma melhor integração do Farmacêutico no sistema de cuidados de saúde e a uma inter-relação mais efetiva entre profissionais e estabelecimentos dentro do conceito de "Unidade de Saúde" consagrado no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde” (Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

VII. Bibliografia

- Airaksinen, M. (2004). The role of communication skills. Developing patient-centered practice in community pharmacies. [Em linha]. Disponível em <http://www.mcppnet.org/publications/ISSUE08-3.pdf> [Consultado em 25/09/2014]
- American Pharmacists Association. *Principles of Practice for Pharmaceutical Care*. [Em linha]. Disponível em <http://www.pharmacist.com/principles-practice-pharmaceutical-care> [Consultado em 10/10/2014]
- Baile WF, Aaron J. (2005). *Patient-physician communication in oncology: past, present, and future*. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(1):331–5;
- Barbosa J, et alii (2011). *How students perceive medical competences: a cross-cultural study between the Medical Course in Portugal and African Portuguese Speaking Countries*. *BMC Medical Education*. 2011 May;11:24;
- Barker LR, et alii (1995). *Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial*. *Arch Intern Med*: 1995 Sep 25;155(17):1877-84;
- Bensing M. et alii (2008). *Patient anxiety in the medical encounter: a study of verbal and nonverbal communication in general practice*. [Em linha]. Disponível em <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp2641.pdf> [Consultado em 10/10/2014]
- Berenguer B, et alii, (2004). *Pharmaceutical care: past, present and future*. [Em linha]. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6e329eae-97f5-4a64-8dad-dc6007260e4e%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4204> [Consultado em 09/10/2014]
- Booth K, et alii (1996). *Helping cancer patients to disclose their concerns*. *Eur J Cancer*. 1996 Jan;32A(1):78-81
- Booth K, Butterworth T, Hillier V, Maguire P (1996). *Perceived professional support and the use of blocking behaviors by hospice nurses*. *J Adv Nurs*. 1996 Sep;24(3):522-7.

- Boyle D, *et alii* (2005). *Invite, listen, and summarize: a patient centered communication technique.* [Em linha]. Disponível em <http://www.ais.up.ac.za/health/blocks/blocksa1/invite.pdf> [Consultado em 09/10/2014]
- Brock D, *et alii* (2005). *Assessing communication competence: a review of current tools.* Farm Med. 2005 Mar;37(3):184-92.
- Brown J. *et alii* (1999). *Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial.* [Em linha]. Disponível em <http://annals.org/article.aspx?articleid=713143> [Consultado em 10/10/2014]
- Cavaco, A., Roter, D. (2010). *Pharmaceutical consultations in community pharmacies: utility of the Roter Interaction Analysis System to study pharmacist–patient communication.* International Journal of Pharmacy Practice [Em linha]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1211/ijpp.18.03.0003/pdf> [Consultado em 25/09/2014]
- Commission to Implement Change in Pharmaceutical Education. A position paper Entry-level Education in Pharmacy: A Commitment to Change. American Association of Colleges of Pharmacy News. Special Report. Alexandria VA 1991[Em linha]. Disponível em <http://www.aacp.org/resources/historicaldocuments/Documents/COMMISSPOSPAPER3.pdf> [Consultado em 10/10/2014]
- Crowther D, Hardman A, Maguire P. (1989). *The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward.* J Psychosom Res. 1989;33(2):235-9
- Cull A, *et alii* (1996). *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction of work.* Lancet. 1996 Mar 16;347(9003):724-8;
- Draper J, Kurtz S, Silverman J. *Skills for communicating with patients.* Oxford: Radcliffe Medical Press. 1998.
- Epstein RM, Hundert EM. (2002). *Defining and assessing professional competence.* Jama. 2002 Jan 9;287(2):226-35
- Epstein RM, Zoppi K. (2002). *Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation.* Farm Med. 2002;34(5):319-24;

Finset A (2010). *Emotions, narratives and empathy in clinical communication*. [Em linha]. Disponível em <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100732/979> [Consultado em 09/10/2014]

Finset A. (2007). *Nonverbal communication - An important key to in-depth understanding of provider-patient interaction*. [Em linha]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0738399107000948/1-s2.0-S0738399107000948-main.pdf?_tid=f5fb9fca-4ffa-11e4-9caa-0000aacb35f&acdnat=1412890181_7dc9050d11e1683f4271216cf55bad83 [Consultado em 09/10/2014]

FIP (1993). *El papel del Farmacéutico en el sistema de atención a la salud: Atención Farmacéutica. Informe de la reunión de la OMS*. [Em linha]. Disponível em <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf> [Consultado em 10/10/2014]

Fip Statement of Professional Standards (1998). *Pharmaceutical Care*. [Em linha]. Disponível em http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=269&table_id= [Consultado em 10/10/2014]

Frankel RM, Stein T (1999). *Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model*. [Em linha]. Disponível em http://www.med.umich.edu/lrc/spp/siteparts/documents/c3_four_habits_model_article.pdf [Consultado em 09/10/2014]

Hall J. *et alii* (1995). *Nonverbal behavior in clinician - patient interaction*. [Em linha]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0962184905800496/1-s2.0-S0962184905800496-main.pdf?_tid=712b6bb6-4ffc-11e4-be41-0000aacb360&acdnat=1412890817_7e4033122681f65e7f3f5cc6427e725c [Consultado em 09/10/2014]

Hasan, S. (2008). *A tool to teach communication skills to pharmacy students*. Am J Pharm Educ. 2008 June 15; 72(3):67;

Henry S. *et alii* (2012). *Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis*. [Em linha]. Disponível em <http://ac.els-cdn.com/S0738399111003739/1-s2.0->

[S0738399111003739-main.pdf?_tid=d81e0b94-4ffc-11e4-a1b6-00000aacb362&acdnat=1412890990_db026e7ac76f0712f8690fad4055e3a8](http://ac.els-cdn.com/S0738399111003739-main.pdf?_tid=d81e0b94-4ffc-11e4-a1b6-00000aacb362&acdnat=1412890990_db026e7ac76f0712f8690fad4055e3a8)

[Consultado em 09/10/2014]

Hepler, CD, Strand LM. (1990). *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.*

[Em linha]. Disponível em file:///C:/Users/Celina%20Costa%20Leite/Downloads/Responsibilities_Hepler_Strand.pdf [Consultado em 10/10/2014]

Higdon, J. (2005). *Using counselling skills to communicate more effectively.* [Em linha].

Disponível em <http://www.mcppnet.org/publications/ISSUE10-9.pdf> [Consultado em 25/09/2014]

Hojat M, et alii (2002). *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty.* [Em linha]. Disponível em

<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=175759> [Consultado em 09/10/2014]

Hulten R. et alii (2011). *Communication with patients who are dispensed a first prescription of chronic medication in the community pharmacy.* [Em linha]. Disponível em

http://ac.els-cdn.com/S0738399111002461/1-s2.0-S0738399111002461-main.pdf?_tid=ea09eb4a-5004-11e4-9cab00000aacb35f&acdnat=1412894456_e9e4fbd3f5538b3ec83d03b4ea58f49f

[Consultado em 09/10/2014]

MacLeod-Glover, N. (2006). *Communication in Pharmacy Practice: An Overview.* [Em

linha]. Disponível em <https://www.tevacanada.com/pdfs/CCL---June-2006.aspx> [Consultado em 25/09/2014]

MacLeod-Glover, N. (2006). *Communicating with Physicians.* [Em linha]. Disponível em

<https://www.tevacanada.com/pdfs/CCL---February-2007.aspx> [Consultado em 25/09/2014]

Maguire P, et alii (1996). *Helping cancer patients disclose their concerns.* [Em linha].

Disponível em http://ac.els-cdn.com/0959804995005277/1-s2.0-0959804995005277-main.pdf?_tid=e7e48220-5000-11e4-9044-

[0000aacb360&acdnat=1412892734_bf12aa27c8505b2686626b1e649ce2a9](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636963/)

[Consultado em 09/10/2014]

Mast M.S. (2007). *On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction*. [Em linha]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0738399107000973/1-s2.0-S0738399107000973-main.pdf?tid=d0591730-4ff9-11e4-9e87-0000aab0f01&acdnat=1412889688_3a6aeb2a4fe3090eddefde9de2ec9692

[Consultado em 09/10/2014]

Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. (2008). *Relationship, communication and efficiency in the medical encounter: creating a model from a literature review*. Arch Intern Med. 2008 Jul 14;168(13):1387-95.

McDonough, R., Bennett, M. (2006). *Improving Communication Skills of Pharmacy Students Through Effective Precepting*. American Journal of Pharmaceutical Education [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636963/>

[Consultado em 25/09/2014]

Meryn S. (1998). *Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity*. BMJ. 1998 Jun. 27;316(7149):1922

Mota Cardoso, R. *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto, Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-989-97953-0-3.

Ordem dos Farmacêuticos (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária*. [Em linha]. Disponível em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf

[Consultado em 10/10/2014]

Pelicano-Romano, J. *et alii* (2013). *Do community pharmacists actively engage elderly patients in the dialogue? Results from pharmaceutical care consultations*. Health Expectations [Em linha]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12165/pdf> [Consultado em 25/09/2014]

Pitceathly C, Maguire P. (2002). *Key communication skills and how to acquire them*. BMJ. 2002 Sep 28;325(7366):697-700;

- Puspitasari H. *et alii* (2006). *A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies.* [Em linha]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S1551741108000922/1-s2.0-S1551741108000922-main.pdf?_tid=972e6bd6-5003-11e4-8378-00000aab0f01&acdnat=1412893888_9a6efff2c86192936fff8b868c3fe59b [Consultado em 09/10/2014]
- Ricci, P. e Zani, B. (1997). *A comunicação como um processo social.* Lisboa, Editorial Estampa.
- Rodrigues, I. (2007). *O corpo e a fala.* Porto, Gráfica Maiadouro.
- Roter DL, Stewart MA. (1989). *Communicating with medical patients.* Newbury Park, CA. Sage Publications. 1989
- Roter D.L. *et alii* (2006). *The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes.* [Em linha]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x/pdf> [Consultado em 09/2014].
- Santos, H.J., *et alii* (2007). *Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico.* [Em linha]. Disponível em http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Int_cud_farm.pdf [Consultado em 10/10/2014]
- Squier RW (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med.* 1990;30(3):325-39
- Suchman A.L., *et alii* (1997). *A model of empathic communication in the medical interview.* [Em linha]. Disponível em http://medweb1.unige.ch/enseignement/apprentissage/module2/circ/apprentissage/intranet/cc/rel_med_mal/ccdc_suchman.pdf [Consultado em 09/10/2014]