



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

O SETTING DE ATENDIMENTO AO UTENTE: O CONTACTO PERSONALIZADO

Trabalho submetido por
Pedro Manuel Gaibino da Silva
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Professora Doutora Maria do Rosário Dias

outubro de 2013

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Rosário Dias, por todo o apoio e disponibilidade demonstrados durante a realização desta tese. Foi com grande orgulho e satisfação que a tive como minha orientadora.

À Dr.^a. Nádia Simões, à Dr.^a Eva Coelho e à Mestre Alexandra Duque pela ajuda que me deram.

À minha mãe por sempre me ter dado todas as condições e todo o apoio que me permitiram chegar até aqui. À minha avó por me ajudar sempre em tudo. Ao meu irmão pelo exemplo, pelo apoio e sobretudo pelo companheirismo na vida académica. À Joana, por toda a disponibilidade, pela ajuda e pela paciência.

À Farmácia Belo, no nome da Dra. Isabel Félix por toda a compreensão e toda a disponibilidade que tiveram para comigo.

Aos meus amigos por todos estes anos de vida académica.

Aos meus colegas pela colaboração e pelo apoio.

Aos entrevistados por toda a disponibilidade.

Resumo

O presente estudo empírico elege como objecto de estudo, o *setting de atendimento ideal*, inserido especificamente na prática clínica-farmacêutica realizada no quotidiano da farmácia comunitária, tendo como objectivo principal o estudo de estratégias de comunicação como forma de mensurar a comunicação interpessoal, através do *Contacto Personalizado Farmacêutico-Utente*. Nesse sentido foram pesquisados ao longo deste trabalho conhecimentos de suporte teórico subjacentes a esta problemática, cruzados com a realização de entrevistas semiestruturadas a farmacêuticos, técnicos de farmácia e utentes. Com o recurso ao programa Atlas.ti foi possível a criação e atribuição de uma grelha de codificadores, de forma a proceder à análise de conteúdo das respostas e, posteriormente, à análise estatística no Microsoft Excel. Pretende-se assim estudar a aplicabilidade do tema à realidade das farmácias comunitárias portuguesas, sendo que um *setting* de atendimento ideal com vista à promoção do contacto personalizado entre farmacêuticos e utentes, transporta a farmácia para uma nova e actual realidade – como uma escola promotora de ensino ao doente.

Palavras-chave: *Setting* de atendimento, Contacto personalizado, Comunicação interpessoal, Farmácia comunitária

Abstract

The purpose of this empiric study is the *setting* of optimal care, held in daily clinical/pharmaceutical practice in the community pharmacy. The main objective of this study is ameliorating the strategies of interpersonal communication between Pharmaceutics and patients. This work was based on theoretical studies about this theme and crossed with interviews to pharmacists, pharmacy technicians and patients. It was used the program Atlas.ti and it was possible to create a grid and assigning encoders in order to analyze the responses. Later on, statistical analyses were performed in Microsoft Excel. The aim of this study is to create a setting of optimal care that increases the personal contact between pharmacists and clients, in order to take the pharmacy to a new reality - as a promoter of school teaching of the patient.

Keywords: Setting, Personal contact, Interpersonal Communication, Community Pharmacy

Índice Geral

Índice de figuras	6
1. Introdução.....	8
1.1 A Farmácia Comunitária em Portugal	8
2. O Setting de atendimento ao utente como:.....	17
2.1 Ambiente Físico	17
2.1.1 Características do espaço físico da farmácia.....	19
2.2 Setting Psicossocial.....	22
2.2.1 Comunicação.....	22
2.2.2 Comunicação social e interpessoal.....	23
2.2.3 Intervenientes do processo de comunicação	23
2.2.4 Axiomas da comunicação.....	24
2.2.5 Comunicação em saúde.....	26
2.2.6 Comunicação verbal.....	26
2.2.7 Comunicação não-verbal.....	27
2.2.8 Barreiras à comunicação	29
2.2.9 O papel do farmacêutico	32
2.2.10 Fases do atendimento	33
2.2.11 Modelos da relação farmacêutico-utente.....	35
2.2.12 Tipos de doentes.....	37
2.2.13 As distâncias do ser humano	38

2.2.14 Hierarquia de sistemas	40
2.2.15 Direitos e Deveres dos Doentes	42
3. A estratégia metodológica de investigação	44
4. Apresentação e discussão dos resultados	48
4.1 Farmacêuticos	48
4.2 Técnicos de farmácia	54
4.3 Utentes	58
5. Conclusão	64
6. Bibliografia.....	67
Anexos	

Índice de figuras

Figura 1: A Hierarquia integrada dos sistemas comunicacionais.....	41
Figura 2: Metodologia adoptada na realização e análise das entrevistas.....	47
Figura 3: Farmacêuticos – <i>Setting</i> de atendimento ideal.....	49
Figura 4: Farmacêuticos – Estratégias de comunicação interpessoal.....	50
Figura 5: Farmacêuticos – O contacto personalizado.....	51
Figura 6: Farmacêuticos – Barreiras à comunicação.....	53
Figura 7: Farmacêuticos – Papel do farmacêutico.....	54
Figura 8: Técnicos de farmácia – <i>Setting</i> de atendimento ideal.....	55
Figura 9: Técnicos de farmácia – Estratégias de comunicação interpessoal.....	56
Figura 10: Técnicos de farmácia – O contacto personalizado.....	57
Figura 11: Técnicos de farmácia – Barreiras à comunicação.....	57
Figura 12: Técnicos de farmácia – Papel do farmacêutico.....	58
Figura 13: Utentes – <i>Setting</i> de atendimento ideal.....	59
Figura 14: Utentes – Estratégias de comunicação interpessoal.....	60
Figura 15: Utentes – O contacto personalizado.....	61
Figura 16: Utentes – Barreiras à comunicação.....	62
Figura 17: Utentes – Papel do farmacêutico.....	63

“O papel do Farmacêutico no mundo é tão nobre quão vital.
O Farmacêutico representa o órgão de ligação entre a medicina e a humanidade
sofredora. É o atento guardião do arsenal de armas com que o Médico dá combate às
doenças. É quem atende às requisições a qualquer hora do dia ou da noite.
O lema do Farmacêutico é o mesmo do soldado: servir.”

Monteiro Lobato

1. Introdução

1.1 A Farmácia Comunitária em Portugal

Nos séculos VII e VIII o império árabe estendia-se desde a Península Ibérica ao Norte de África, Médio Oriente, Pérsia, até à Índia. A longa presença árabe exerceu uma influência predominante no campo da literatura, arquitectura, filosofia, ciência e mesmo na especialização das profissões ligadas à saúde, nomeadamente nas áreas da medicina e farmácia. Durante o século VII a medicina árabe tomou contacto com a alquimia, através de sábios que eram fortemente influenciados pela cultura de Alexandria. Da ligação entre a alquimia e as técnicas operatórias químicas surgiram práticas científicas bastante úteis na área da farmácia. Outra contribuição dos árabes foi a introdução dos formulários que compilavam fórmulas e receitas de medicamentos, com algumas instruções de fabrico, para serem consultadas tanto por farmacêuticos como por outros preparadores de medicamentos (Basso, 2004). Já no século VIII apareceram as primeiras farmácias que se espalharam ao longo do tempo por várias regiões. É muito provável que a influência árabe se tenha feito sentir em Portugal com o aparecimento dos especieiros, que surgem como vendedores ambulantes de mezinhas, drogas medicinais exóticas e especiarias (Dias, 1994a).

Durante a Idade Média as especiarias tiveram uma particular importância, com a sua utilização generalizada para fins terapêuticos, entrando na composição de variadíssimos medicamentos. A produção destes medicamentos caracterizava-se essencialmente pela manipulação em pequena escala de fármacos de origem vegetal e animal, por receita médica, para consumo local e personalizado. A utilização, importância e comércio das especiarias foi então atestada em Portugal por vários documentos desde o Século XII, de onde se pode destacar o *Thesaurus Pauperum* - do português Pedro Hispano (Dias, 1994a). É então legítimo dizer-se que durante a Idade Média se assistiram a importantes conquistas na área da farmácia, nomeadamente a separação da profissão médica, o reconhecimento da profissão farmacêutica, o estabelecimento físico da farmácia, o aparecimento de organizações profissionais farmacêuticas, a introdução das farmacopeias no exercício profissional e o reforço do papel do farmacêutico enquanto agente de saúde pública (Basso, 2004).

Ainda no século XIII apareceram os primeiros boticários em Portugal, coexistindo durante algum tempo com os especieiros, sendo que a principal diferença entre eles passava pelo boticário estar associado a um estabelecimento fixo para a venda de medicamentos, a botica - armazém ou depósito de medicamentos. O número de boticários não deixou de crescer em Portugal desde 1338, sendo contudo insuficientes para uma época em que várias epidemias assolaram a população (Dias, 1994a). Foi neste mesmo ano que surgiu o primeiro documento referente à profissão farmacêutica, um diploma promulgado por D. Afonso IV que obrigava a serem examinados pelos médicos do rei todos os que pretendessem exercer a profissão de médico, cirurgião e boticário. No século seguinte, para responder à escassez de boticários no reino, provocada essencialmente pela peste, D. Afonso V manda vir de Ceuta o Mestre Ananias e mais uns boticários (Basso, 2004). Para os cativar e manter no reino, D. Afonso V publica, a 22 de Abril de 1449, a carta de privilégios - primeiro documento a referir informação específica sobre os boticários. Esta carta atribui vários privilégios aos boticários, relativamente às condições em que podiam ser sujeitos à aplicação da justiça, à isenção do recrutamento militar, ao direito de porte de armas, à pragmática, à isenção da obrigação de aposentadoria e à isenção de vários impostos próprios dos ofícios mecânicos (Dias, 1994a).

Os boticários, para além da concorrência dos especieiros, tinham também a concorrência dos próprios médicos que preparavam e vendiam medicamentos aos doentes. Desde cedo se considerou fundamental a separação entre as profissões médica e farmacêutica, sendo também regulamentada por D. Afonso V, através da promulgação de outra carta, em 1461. Esta carta definia que os médicos e cirurgiões ficavam proibidos de preparar medicamentos para venda e proibia ainda qualquer outra pessoa de vender medicamentos compostos ao público em localidades onde houvesse boticário. Por outro lado, os boticários ficaram proibidos de aconselhar qualquer tipo de medicamento aos doentes. Em 1561 foi reforçada esta separação de interesses entre a prescrição e a dispensa de medicamentos, sendo proibido a dispensa de medicamentos por boticários parentes do médico que os receitou, tal como se verifica nos dias de hoje (Dias, 1994a).

Não existe uma fronteira rígida entre o final da Idade Média e o início do Renascimento, sendo, contudo, as mudanças evidentes. A partir do final do século XIV verificou-se um interesse pelo mundo clássico na arte, literatura, filosofia, educação,

religião e ciência, que ultrapassou largamente os conhecimentos atingidos até então. Este novo espírito e forma de encarar o mundo afectaram grandemente tanto a Farmácia, como a Medicina, sendo a principal personalidade desta época Paracelso. Paracelso condenou categoricamente a medicina da época e questionou tudo, nomeou os três princípios imateriais do corpo humano e defendeu que a doença era uma anomalia que teria de ser tratada quimicamente, com um medicamento específico para cada doença e segundo a máxima de que semelhante cura semelhante. Foram ainda particularmente importantes as centenas de textos paracelsianos publicados sobre quase todos os medicamentos químicos. O farmacêutico do século XVII tornou-se então um químico e a sua oficina farmacêutica transformou-se num laboratório químico, onde os processos de destilação, evaporação, incineração, sublimação e lixiviação eram postos em prática.

Com a descoberta de novos mundos, foi possível compilar e descrever novas plantas medicinais encontradas na América do Sul e na Índia, que enriqueceram o dispensário terapêutico dos médicos e farmacêuticos europeus. Importa ainda referir os mosteiros, afigurando-se como centros farmacêuticos durante todo o Renascimento. Nas farmácias conventuais dava-se assistência médica aos pobres, criaram-se inúmeros medicamentos e desenvolveu-se a “indústria farmacêutica” (Basso, 2004).

A Idade Moderna inicia-se no século XVII, com a revolução intelectual desencadeada por homens como Descartes, Newton e Locke, cuja pesquisa e investigação científica contribuíram para o progresso que culminou no iluminismo. As farmacopeias antigas foram revistas e actualizadas e, em 1794, surgiu em Portugal a *Pharmacopeia Geral para o Reino e Domínios de Portugal*, durante o reinado de D. Maria I. Existia pois a preocupação de estabelecer a standardização da matéria médica e de garantir a dispensa do que era prescrito pelo médico, sendo que as farmacopeias transmitiam não só essa informação como também o que o farmacêutico deveria saber, o que teria de fazer, qual o equipamento e quais as substâncias terapêuticas que deveria conservar. Perante este dinamismo científico, novos instrumentos foram inventados e tornaram-se ferramentas fundamentais no trabalho de investigação, designadamente o telescópio, o barómetro, o microscópio e o termómetro (Basso, 2004).

O carácter de ofício mecânico e toda a estrutura socioprofissional do sistema farmacêutico português travaram a renovação técnico-científica até ao século XIX. Com

o início deste século assistiu-se a uma nova era de modificação do mundo ocidental, sendo que o absolutismo foi dando lugar à democracia e ao constitucionalismo, o nacionalismo tornou-se dominante e a manufactura e industrialização constituíram a base de uma produção florescente. Após a Primeira Guerra Mundial assiste-se a uma continuação do processo de industrialização do medicamento. Em Portugal, assistiu-se à evolução da produção em pequena escala de medicamentos magistrais, nos laboratórios das farmácias, para uma produção em larga escala, nos laboratórios industriais, que galopavam na intenção de ultrapassar esse exclusivo das farmácias de oficina. As indústrias farmacêuticas assumiram então, desde o início do século até aos nossos dias, o papel fundamental da preparação medicamentosa, enquanto as farmácias comunitárias se foram transformando gradualmente, de locais de fabrico e dispensa de medicamentos para locais de cedência do medicamento (Pita, 2007). Ao longo do século XIX e início do século XX, o boticário deu lugar ao farmacêutico, assistiu-se à emancipação dos estudos farmacêuticos em relação à medicina e ao aparecimento das primeiras obras científicas da autoria de farmacêuticos. As conquistas socioeconómicas do farmacêutico português aliaram-se à sua integração como agente de saúde pública e especialista do medicamento (Basso, 2004).

Um dos pontos de viragem na história da profissão foi precisamente a adesão de Portugal à União Europeia. Até este momento, o regime jurídico da propriedade de farmácia e a regulamentação do exercício da profissão estavam estabelecidos pela lei nº 2125, de 20 de Março de 1965, e pelo Decreto-lei nº 48547, de 27 de Agosto de 1968. Com o evoluir dos tempos foram inúmeras as alterações existentes em Portugal no sector da farmácia e do medicamento (Pita, 2010).

Actualmente, a actividade das farmácias comunitárias rege-se pelo Decreto-lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, que foi posteriormente ditado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de Agosto. Uma das principais alterações implementadas é a possibilidade de qualquer pessoa singular e/ou sociedade comercial - excepto prescritores, grossistas, produtores, unidades de saúde e subsistemas de saúde - poderem ser proprietários, explorarem ou gerirem farmácias. Deste modo, pretendeu-se equilibrar o livre acesso à propriedade da farmácia e evitar a concentração, através de uma limitação proporcional e adequada a quatro farmácias.

Este decreto-lei define ainda regras claras quanto à regulação da direcção técnica da farmácia, sendo que esta tem que ser assegurada, em permanência e exclusividade, por um farmacêutico, que obedece a regras deontológicas próprias e exigentes, de forma a garantir e a promover a qualidade e melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes. O funcionamento da farmácia tem que ser ainda assegurado por outro farmacêutico (Farmacêutico adjunto), que detém a responsabilidade de substituir o director técnico nas suas ausências e impedimentos, nomeadamente nas suas férias. Os farmacêuticos podem ainda ser coadjuvados por técnicos de farmácia ou outras pessoas devidamente habilitadas, sendo que os farmacêuticos devem, tendencialmente, constituir a maioria do pessoal da farmácia.

Para além do quadro de pessoal, outro aspecto importante é a própria organização do espaço físico da farmácia. Esta deve possuir certas divisões obrigatórias, designadamente sala de atendimento ao público, armazém, laboratório e instalações sanitárias, com as respectivas áreas mínimas. O essencial é que as instalações das farmácias garantam a segurança, conservação e preparação de medicamentos, e a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e do respectivo pessoal.

A actual conjuntura económica nacional é outro aspecto fundamental a ter em conta, traduzindo-se numa diminuição do poder de compra dos utentes, que se reflecte numa diminuição do número de vendas na farmácia, na menor adesão à terapêutica e num menor número de idas ao médico.

Actualmente é concedida na farmácia comunitária muita atenção à dispensa do medicamento, sendo este o acto profissional no qual o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes, acompanhando com toda a informação indispensável para o correcto uso de medicamentos. Na dispensa activa de medicamentos o farmacêutico deve ainda avaliar a medicação dispensada, para identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos, protegendo o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação (Ordem dos Farmacêuticos, 2009). É concedida muita atenção à dispensa mas isto faz com que se descure, por vezes, outros sectores da área farmacêutica. Na realidade, face às constantes mudanças do sector, é necessário encontrar novas formas de financiamento da farmácia comunitária, para que serviços inovadores sejam postos em prática com eficiência. Perante esta situação, o farmacêutico depara-se com um

enorme paradigma: por um lado tem que cumprir as boas práticas da profissão, com vista a servir o melhor interesse do utente e, por outro, não pode descurar a parte comercial que permite a sustentabilidade económica da farmácia. O farmacêutico assume então uma responsabilidade acrescida no contacto personalizado com o utente, tendo muitas vezes que “substituir” as funções do médico no aconselhamento e diagnóstico das doenças. Cada vez mais se verifica que os utentes evitam ir ao médico, quer por questões económicas, quer por demora no atendimento, e é aqui que entra o farmacêutico, enquanto primeiro profissional de saúde procurado para resolver os problemas dos utentes.

Segundo o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (Ordem dos Farmacêuticos, 2009), *“o farmacêutico é o profissional de saúde que, após a conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, se inscreve na Ordem dos Farmacêuticos. É um profissional de saúde de formação avançada na manipulação de medicamentos, no seu processo de uso, e na avaliação dos seus efeitos.”*

O farmacêutico desempenha a sua profissão de forma discreta, passando despercebida a importância, eficácia e profissionalismo da sua intervenção. Muitas das vezes não lhe é reconhecida a importância ao serviço prestado enquanto especialista do medicamento. A prática do exercício quotidiano e a preocupação em adquirir uma formação contínua conferem-lhe um conhecimento científico aprofundado e uma vasta experiência, possuindo inúmeras responsabilidades, sempre com o objectivo de assegurar e melhorar a qualidade de vida. A sua principal responsabilidade passa por assegurar a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.

As funções do farmacêutico na sociedade portuguesa ultrapassam o seu papel enquanto técnico do medicamento, tornando-se fundamental o aconselhamento sobre o uso racional dos medicamentos e a monitorização dos doentes - sendo esta uma forma de melhorar e facilitar o funcionamento do sistema nacional de saúde.

A evolução da tecnologia conferiu ao farmacêutico um dinamismo que outrora não possuía, através do acesso facilitado a suportes informáticos que conferem toda a informação sobre medicamentos e respectivas interações, contra-indicações e reacções adversas. Assim, não só garante uma correcta dispensa de medicamentos, como também um aconselhamento personalizado. O farmacêutico desempenha igualmente um papel

relevante a nível das competências sociais com impacto nos objectivos das políticas de saúde, não só na capacidade para sensibilizar os utentes a adoptarem estilos de vida saudáveis, como também na capacidade de despistar de forma precoce, identificando sinais de alerta. A necessidade de assegurar o futuro e os exigentes critérios de qualidade, rigor e eficácia, fazem das farmácias um exemplo de melhoria constante e de modernidade, atendendo às necessidades da nova sociedade. O farmacêutico tem, assim, a responsabilidade de definir claramente as tarefas de quem trabalha na farmácia, de forma a promover o bom funcionamento da mesma e, sobretudo, um atendimento personalizado.

Para que o farmacêutico consiga exercer a sua actividade profissional de forma correcta deve manter-se informado a nível científico, ético e legal, assumindo um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente. Estas competências devem ser adquiridas através de uma formação contínua, sendo esta uma obrigação profissional que deve ser registada e permanentemente actualizada no curriculum.

Tal como já se referiu anteriormente, o farmacêutico depara-se actualmente com um enorme paradigma: será que a marca que está a deixar na sociedade é a de um profissional de saúde ou de um comerciante? (Mendes, Borges, Oliveira, Martins & Negreiros, n.d). Na tendência europeia é prevacente uma visão comercial do sector farmacêutico, em detrimento da visão orientada para a saúde (Ordem dos Farmacêuticos, 2009). A realidade profissional do farmacêutico, tal como descrita no código de ética da profissão, é inexpressiva. Cada vez mais se encontram profissionais desqualificados, incompetentes, despreocupados com a saúde dos utentes, tendo como maior preocupação o retorno financeiro (Mendes *et al.*,n.d). A mudança do papel do farmacêutico na sociedade actual reflecte-se em inúmeras causas de morbilidade relacionadas a medicamentos, nomeadamente na prescrição inadequada, reacções adversas a medicamentos inesperadas, a não adesão ao tratamento, superdosagem ou subdosagem, falta da farmacoterapia necessária, inadequado seguimento de sinais e sintomas e erros de medicação (Hepler, 2000; Hennessey, 2000). É então fundamental o farmacêutico desempenhar o seu papel de profissional de saúde e não de comerciante, para prevenir ou pelo menos minimizar os erros relacionados com os medicamentos.

O código de ética do farmacêutico define que todas as acções da farmácia são da inteira responsabilidade do farmacêutico. Deste modo, toda a equipa de profissionais da

farmácia deve ser formada e capacitada para trabalhar com a saúde do utente em vista e não com as vendas. Segundo o mesmo código, o farmacêutico ou os técnicos legalmente habilitados desde o momento da contratação devem responder aos interesses da própria proposta de trabalho, guiando-se pela filosofia de serem agentes de saúde, contribuindo para a saúde de todos, em todos os aspectos.

Tendo este objectivo em vista, existem inúmeras estratégias que podem ser adoptadas, quer ao nível da comunicação - com o estabelecimento de um contacto personalizado - quer ao nível do próprio espaço envolvente, o *setting*.

A comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades, no sentido de promoverem a sua saúde (Teixeira, 2004). Esta divide-se em comunicação verbal - como o nome indica trata-se de uma comunicação oral - e comunicação não-verbal - através de gestos, expressões, no modo de tocar, postura profissional, atitudes de responsabilidade, acolhimento e compromisso - que potencializam o diálogo e consequentemente o contacto individualizado. Deste modo, devemos privilegiar um contacto personalizado, colocando o utente em primeiro lugar e adaptando o atendimento a cada caso; para isso devemos ter um conhecimento técnico-científico aprofundado, ter interesse no utente, inspirar confiança e respeitar o seu tempo e as suas necessidades. Segundo Reis & Diniz (2009), *“o paciente deve ser tratado com singularidade e individualidade, respeitando e atendendo as suas necessidades humanas básicas. Isto requer do profissional competência técnica e conhecimento científico actualizado, assim como considerar as particularidades individuais, sociais, económicas, culturais e regionais de cada um e da sua família, sendo para isso indispensável a participação de toda a equipa profissional”*.

Outro factor de extrema importância que influencia a relação terapêutica no atendimento ao utente, e que será pormenorizadamente dissertado ao longo de todo este trabalho, é o meio em que se estabelece a relação do farmacêutico com o utente, o *setting*. É fundamental que se crie a este nível um ambiente acolhedor para o utente, conduzindo a uma sensação de bem-estar que facilite a relação terapêutica. Este factor aparece como determinante no bom decorrer do atendimento, permitindo também que o doente se sinta bem no espaço e influenciando a relação farmacêutico/utente, bem como ainda a adesão à terapêutica. Aspectos como a iluminação, as cores, a personalização da

farmácia, a limpeza, o ambiente sonoro, a organização espacial devem ser pensados com extremo cuidado, uma vez que se constituem verdadeiramente como um marco onde se situa o processo terapêutico.

2. O *Setting* de atendimento ao utente como:

2.1 Ambiente Físico

O farmacêutico, sendo detentor de conhecimentos científicos e comunicacionais, tem em vista amplificar a relação farmacêutico-utente, sendo para isso necessário que reúna todas as condições para a prestação de um bom atendimento. Estas condições traduzem-se no *setting* de atendimento, factor determinante e com uma influência extremamente relevante na relação terapêutica e no atendimento ao utente.

O *setting* consiste portanto no ambiente físico no qual decorre o atendimento, ou seja, onde o farmacêutico se relaciona com o utente, onde se juntam as constantes de tempo e lugar, o papel de ambos os participantes e os objectivos que ambos perseguem. O espaço físico deve ser cuidadosamente planeado, sendo que cada farmácia tem um visual próprio que deve incorporar um ambiente adequado ao seu mercado alvo (Kotler, 2000). Uma vez que cada pessoa é diferente e os gostos nunca são iguais, não é possível ter uma farmácia com um espaço ideal. Deste modo, a farmácia precisa apenas de ser um sítio acolhedor onde os utentes se sintam bem e à vontade.

O aspecto exterior deverá ser característico e profissional, devendo ser o seu principal objectivo garantir a acessibilidade de todos os potenciais utentes à farmácia, incluindo crianças, idosos e deficientes, através da colocação de rampas ou automatização de portas (Bobo, 2005). No exterior da farmácia deverá existir obrigatoriamente a cruz - que deve ter um tamanho considerável para ser facilmente identificável a uma longa distância - o letreiro com a palavra farmácia e uma placa com o nome do director técnico. A limpeza do exterior da farmácia também deve ser assegurada, para transmitir a imagem de ordem, assepsia e profissionalismo que devem existir na mesma. As montras, sendo o primeiro contacto dos utentes com a farmácia, devem estar dotadas de uma excelência organizacional. Aspectos como originalidade e inovação devem ser utilizados pelo farmacêutico como arma de comunicação, não descuidando uma visão holística do contacto personalizado que se estabelece com o utente. Para além de um apurado sentido estético, de uma limpeza constante e de uma claridade inequívoca, as montras devem estar de acordo com a estação do ano e com o consumidor habitual da farmácia. Devem focar-se essencialmente num só produto, ou numa única gama de produtos, de modo a que os seus benefícios se encontrem expostos

de forma elucidativa. A renovação constante das montras pode também ser utilizada como estratégia de marketing, cativando os utentes e impedindo um possível cenário de monotonia e habituação (Carrasco, 2005).

Segundo a deliberação nº 2473/2007 - anexo I, artigo 2º - deverão estar previstas áreas para funções específicas dentro da farmácia e definidas normas relativas à sua dimensão mínima, construção e manutenção. As farmácias devem então ter uma área útil total mínima de 95 m², que deve ser dividida, obrigatoriamente e separadamente, nas seguintes divisões: sala de atendimento ao público, com pelo menos 50 m²; armazém com pelo menos 25 m²; laboratório com pelo menos 8 m²; instalações sanitárias com pelo menos 5 m²; e gabinete de atendimento personalizado exclusivamente para a prestação de serviços ao utente, com pelo menos 7 m². Já no artigo 3º estão definidas as divisões facultativas que cada farmácia pode ter: gabinete da direcção técnica, zona de recolhimento ou quarto, área técnica de informática e economato.

Apesar de todas estas áreas contribuírem para o bom funcionamento de uma farmácia, a área fundamental onde se desenrola a maior parte das funções do farmacêutico, incluindo o momento fulcral da interacção farmacêutico-utente, é a sala de atendimento ao público. Esta deve ser espaçosa, ampla, arejada, iluminada, com uma temperatura agradável, deve ter espaço suficiente para permitir a circulação dos utentes sem obstáculos e, de preferência, deve ter uma zona onde os utentes possam aguardar sentados pela sua vez. Torna-se imperativo que o espaço da farmácia deva estar pensado de acordo com os utentes que a frequentam - ou seja, a título exemplificativo, se a farmácia tiver como utentes habituais uma população mais jovem, por exemplo, pais com filhos, talvez fosse importante pensar em incluir na sala de atendimento uma zona para as crianças brincarem e se entreterem enquanto os pais estão a ser atendidos. Pode então dizer-se que a sala de atendimento é genericamente dividida em zona de circulação de utentes, local de espera, área infantil, balcão e infra-estruturas de conforto e segurança.

Para além dos espaços e especificações que estão preconizados na lei, existem ainda determinadas características que os farmacêuticos podem incrementar e desenvolver no espaço físico da farmácia com vista a cativar o utente.

2.1.1 Características do espaço físico da farmácia

a) Iluminação

Uma boa iluminação, de preferência natural, além de necessária para a execução de tarefas, é indicadora de ambiente leve, limpo e com vida. No caso de a luz natural não ser possível, o espaço deve estar bem iluminado com luzes indirectas, adequadas para cada caso e para cada tipo de exposição ou uso. A iluminação tanto pode atrair como afastar o utente da farmácia, uma vez que uma má iluminação torna o espaço sombrio o que para o utente pode ser negativista e prejudicar o atendimento.

b) Cores

As cores constituem-se como o elemento que provoca maior estimulação sensorial, sendo que as cores quentes favorecem compras impulsivas; as frias levam a compras mais reflectidas; as cores claras dão a sensação de que o espaço é mais amplo e são menos cansativas; o verde, associado à cruz da farmácia, transmite serenidade; o azul é a cor da autoconfiança e o vermelho é a cor mais facilmente detectada pelo cérebro (Carrasco, 2005). Na farmácia as cores devem então ser claras ou neutras, de modo a proporcionar um ambiente de serenidade, tranquilidade e bem-estar. As que mais transmitem o aspecto de assepsia e estão relacionadas com a saúde e medicina são precisamente o branco, o creme e o pastel. Além de suaves, as cores devem também ser frias, dependendo claro da temperatura exterior e localização da farmácia, uma vez que as cores quentes podem fazer com que a farmácia perca a sua seriedade e carácter científico. As cores fortes além de cansativas tornam-se agressivas para o doente, dando a sensação de que a pessoa se encontra num local que não a farmácia.

c) Limpeza

Uma farmácia deve apresentar um aspecto limpo, higiénico, esterilizado, próprio de um espaço de saúde. A limpeza deve ser assegurada diariamente e deve incluir não só a limpeza de balcões, que é o que está mais visível para o utente, mas também paredes, tectos, chão e prateleiras. Todos os produtos que estão expostos devem primar por um aspecto cuidado, que transmita garantia de qualidade ao consumidor. Um aspecto descuidado leva a desconfiança por parte do utente, podendo contribuir para que o utente nunca mais volte à farmácia (Blessa, 2003).

d) Ambiente sonoro

Nem todas as farmácias optam por ter música ambiente, se bem que uma música de fundo calma pode transmitir serenidade ao local e, eventualmente, até pode distrair o doente do seu problema. Para além disso, a farmácia deve estar construída de maneira a isolar o ruído que vem do exterior, uma vez que uma farmácia ruidosa torna-se incomodativa e prejudica o atendimento.

e) Expositores

As farmácias devem optar por expositores versáteis e modulados que possam receber vários tipos de acessórios expositivos, como prateleiras e cestas. Devem propiciar a exposição organizada dos produtos e a acessibilidade, sendo ideal dispô-los verticalmente, agrupá-los de acordo com a finalidade, marcas e famílias, de maneira a conservar a sua integridade. Existem imensos estilos de expositores, desde os mais rústicos aos mais modernos, a escolha é livre, dependendo do gosto pessoal. No entanto, qualquer que seja a escolha, deve transmitir organização e limpeza ao local.

f) Equipamentos

Os equipamentos que fazem parte de uma farmácia são variados e incluem desde os computadores; impressoras; leitores de códigos de barras, que permitem realizar os atendimentos de forma informatizada; ao próprio programa dos computadores, que permite dar entradas, saídas dos produtos, efectuar as vendas, devoluções, ver preços e participações. As farmácias mais modernas podem ter um robot que facilita a entrega dos medicamentos, na medida em que basta o farmacêutico digitar o nome do medicamento pretendido no computador e o robot encarrega-se de o retirar da prateleira e entregá-lo ao farmacêutico através de uma espécie de escorrega, poupando assim tempo que o farmacêutico perderia a encontrá-lo. Dentro de uma farmácia podem ainda existir inúmeros equipamentos direccionados para a prestação dos cuidados farmacêuticos, desde aparelhos para medição da tensão, glicémia, colesterol e triglicéridos, balanças e fitas métricas.

g) Balcão de atendimento

O balcão é um dos elementos mais importantes dentro da farmácia uma vez que é o local de maior visibilidade, onde se estabelece o momento crucial da interacção

farmacêutico-utente. Este deve estar estrategicamente posicionado, sendo preferível optar por ilhas de atendimento individualizadas, do que por um balcão único. Deste modo a relação interpessoal torna-se mais próxima, influenciando a confiança do utente, a sua adesão à terapêutica, e melhorando, sem dúvida, a comunicação individual para com o utente. O balcão, sendo um elemento tão visível, acaba por ser um dos alvos prioritários da propaganda, apresentando frequentemente amontoados de informação que acabam por descredibilizar e dificultar o atendimento, tornando o próprio balcão inestético e desorganizado (Aguiar, 2009).

Tudo o que preenche o *setting* deve ser bem estudado e posteriormente trabalhado, uma vez que enquanto o utente espera pela sua vez analisa o espaço físico da farmácia, verificando tudo o que o compõe, desde os balcões até às cores das paredes e disposição das cadeiras no *setting* de atendimento. Torna-se então fulcral que o espaço seja atractivo ao público, apelando à simpatia, tranquilidade e conforto, de modo a que o usuário se sinta descansado e possa assim confiar no farmacêutico, estabelecendo-se uma óptima comunicação com o profissional de saúde.

2.2 Setting Psicossocial

O setting psicossocial define-se pelo momento crucial no qual se dá a interacção farmacêutico-utente. De modo a proporcionar um bom atendimento o farmacêutico deve possuir conhecimentos científicos e comunicacionais, devendo adaptar a informação que presta ao utente de acordo com o seu perfil psicossocial. Para que esta interacção seja possível é necessário e fundamental haver uma boa comunicação.

2.2.1 Comunicação

A comunicação é um termo de difícil definição, sendo que a maioria das definições dizem mais sobre o seu autor do que sobre a natureza da comunicação. Etimologicamente o termo comunicação vem do latim *communicatio*, sendo constituído por três elementos: uma raiz *munis* = estar encarregado de, prefixo *co* = reunião e terminação, *tio* = actividade, reforçando a ideia de actividade realizada conjuntamente (Monteiro, Caetano, Marques & Lourenço 2006). Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (2013), comunicação significa “acto ou efeito de comunicar”, sendo a “capacidade de entendimento entre as pessoas através do diálogo”, é uma “troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum ou do próprio comportamento”.

Sendo que a comunicação humana se reveste de múltiplas formas, é importante fazer a distinção entre esta e os termos expressão e informação, que traduzem noções muito precisas e diferentes. Expressar não é mais do que uma manifestação de pensamentos e sentimentos por gestos ou palavras; é representar, traduzir, reproduzir e imitar (Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora, 2013). O ser exprime-se naturalmente e, por isso mesmo, liberta em simultâneo o que o exprime. Deste modo, pode dizer-se então que o termo expressão tanto significa uma reacção (resposta a um estímulo) a uma pressão exterior, como significa também revelação. Já a informação é, única e exclusivamente, o conteúdo das mensagens que são enviadas ou que estão em circulação, pela natureza unidireccional da comunicação; assim, o feedback, característico de um processo de relação, é inexistente neste caso (Monteiro *et al.*, 2006).

2.2.2 Comunicação social e interpessoal

O termo comunicação é usado para designar dois domínios diferentes: o domínio da comunicação social - que diz respeito a comunicações mediáticas, geralmente unidireccionais, estreitamente ligadas à difusão de informação e ao domínio da comunicação interpessoal - que é o tipo de comunicação que se estabelece na relação farmacêutico-utente. Este tipo de comunicação é característica das relações humanas, sendo directa e interactiva, bilateral e realizada face-a-face, fazendo parte de um processo onde a troca de informações permite que duas ou mais pessoas comuniquem (Dias, 1993a).

Pode então dizer-se que a comunicação é um processo de relação, assente na troca recíproca de mensagens e de sentido, para se atingir a compreensão mútua. Para que este processo se possa considerar completo é necessário que quando uma pessoa fala outra oiça, senão há apenas expressão. Falta à expressão o essencial, a transmissão, cuja definição exige sempre dois elementos: o transmissor e o receptor (Monteiro *et al.*, 2006). Deste modo, só se considera que há uma comunicação autêntica quando se estabelece uma relação empática entre quem informa, o transmissor, e quem é informado, o receptor (Dias, 1993a).

2.2.3 Intervenientes do processo de comunicação

O transmissor, também pode ser chamado de emissor ou codificador uma vez que, quando uma fonte de comunicação escolhe o meio através do qual pretende influenciar o receptor, codifica a mensagem para obter a resposta desejada. Existem pelo menos quatro espécies de factores como forma de aumentar a fidelidade dentro da fonte de comunicação, são eles: habilidades verbais de comunicação - que influenciam não só as nossas capacidades de analisar os nossos próprios objectivos e intenções como também as nossas capacidades de codificar mensagens que exprimem o que queremos; atitudes da fonte de comunicação para consigo mesma, para com o assunto ou para com o receptor - que vão influenciar os meios pelos quais ela comunica; níveis de conhecimento de cada pessoa – que influenciam a mensagem que é transmitida; e, por fim, o último factor a influenciar a comunicação é a posição da fonte no sistema sociocultural em que actua - o lugar em que se encaixa no sistema social, o papel que

desempenha, as funções que exerce, a eficiência que tem, o prestígio que ela julga que tem e o que as outras pessoas lhe atribuem (Monteiro *et al.*, 2006).

Na outra extremidade do processo comunicativo encontramos o receptor, que também pode ser denominado de descodificador - uma vez que recebe a mensagem e, com a sua capacidade de ouvir, ler, e pensar é capaz de a descodificar de modo a compreender o que lhe foi dito. O descodificador/receptor deve também conter as mesmas quatro espécies de factores que o transmissor possui (habilidades comunicadoras, atitudes, nível de conhecimento e situação no contexto social), de modo a aumentar a fidelidade de recepção. De certa maneira, pode dizer-se que, numa situação de comunicação, o receptor é o elo mais importante, uma vez que se a mensagem não chegar a ele, de nada adiantou enviá-la (Monteiro *et al.*, 2006).

Tecnicamente, a comunicação de A com B é simbolizada da seguinte forma: $A \leftrightarrow B$. Se a iniciativa da comunicação cabe a A, temos: A – é a fonte ou o emissor, quem comunica; B – é o receptor, para quem se comunica; $\rightarrow \leftarrow$ é a mensagem, aquilo que se comunica, a ideia, o assunto. No processo de comunicação é legítimo atribuir uma importância central às mensagens, uma vez que é em torno delas que se articula todo o complexo social e tecnológico envolvido na emissão e na recepção da comunicação, que constitui as necessidades básicas (Monteiro *et al.*, 2006).

O processo de comunicação está dependente do público-alvo, ou seja, dos receptores, sendo que o problema se encontra em saber se esse mesmo público é receptivo à maneira de comunicar que se escolhe. Assim, interessa compreender que a comunicação não se estabelece sempre que se deseja mas somente quando o destinatário reage ao estímulo que lhe é enviado.

2.2.4 Axiomas da comunicação

Uma vez que o processo de comunicação é complexo e vital, pode dizer-se que se baseia e é explicado por cinco axiomas, sendo eles:

1º Não se pode não comunicar - numa situação de interacção, todo o comportamento humano tem valor de mensagem; por muito que o indivíduo se esforce, é-lhe impossível não comunicar, mesmo a mais simples actividade ou a própria inactividade, as palavras ou o silêncio, tudo possui valor de mensagem. Uma

propriedade básica do comportamento humano é que ele não tem oposto, não existe um “não comportamento”, pois um indivíduo não pode não se comportar, logo é-lhe impossível não comunicar.

2º Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação, sendo que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação - um acto comunicativo não se limita a transferir informação mas impõe um comportamento ao destinatário, uma relação com este. O conteúdo da mensagem é qualquer coisa comunicável, independentemente de ser verdadeira ou falsa, válida, inválida, ou indeterminável. A capacidade de metacomunicar adequadamente é não só a condição fundamental para uma comunicação bem-sucedida como está também intimamente ligada ao grande problema da consciência do eu e dos outros.

3º A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes - a pontuação comunicacional é vital para as interacções ocorrerem, uma vez que é óbvio que a pontuação organiza os eventos comportamentais. Em casos de discordância sobre como pontuar a sequência de eventos, provocam-se conflitos quanto às relações.

4º Os seres humanos comunicam digital e analogicamente – o homem é o único organismo conhecido que usa os modos analógico e digital de comunicação. A linguagem digital é uma sintaxe lógica, complexa, e poderosa, mas que carece de adequada semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica mas não tem uma sintaxe adequada para a definição clara e não-ambígua da natureza das relações. As realidades na comunicação humana podem ser representadas através de um símbolo que tenha com a realidade que representa uma relação de analogia (comunicação analógica) ou através de um signo linguístico, instituído de forma convencional, ou seja, mantém com a realidade que representa uma relação totalmente aleatória (comunicação digital).

5º Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença – a interacção simétrica caracteriza-se pela igualdade e minimização da diferença, sendo que os agentes tendem a reflectir o comportamento um do outro. Por oposição, na interacção complementar, o comportamento de um agente complementa o do outro, maximizando-se a diferença

existente entre eles. Este tipo de relação pode admitir uma posição superior, detentora de poder, ou uma posição inferior, de subordinação (Watzlawick & Col., 1976).

2.2.5 Comunicação em saúde

A comunicação em saúde é o estudo e a utilização de estratégias comunicativas para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades, com vista a promoverem a sua saúde. É uma necessidade social e uma exigência pessoal para o relacionamento entre os seres humanos, sendo que os seus dois objectivos primordiais são a diminuição do grau de incerteza e a co-experiência, ou seja, fazer algo em simultâneo. A comunicação é de particular importância em várias áreas e contextos de saúde, quando se estabelece a relação entre técnicos de saúde e utentes, estando directamente relacionada com a satisfação dos utentes.

As mensagens transmitidas através da comunicação em saúde são várias e têm objectivos diferentes, tais como: promover e educar para a saúde; evitar riscos para a saúde; prevenir doenças; recomendar alterações comportamentais e exames de rastreio; informar sobre a saúde, doenças, exames médicos; receitar medicamentos e seus possíveis resultados; e recomendar medidas preventivas de auto-cuidados em doentes (Teixeira, 2004). Especificamente em saúde os comportamentos vão ser influenciados pelas atitudes, hábitos, valores, sentimentos, e crenças das pessoas, pelas modas, ou seja, são influenciados por todo o estilo de vida da pessoa que é responsável pelo bem-estar biopsicossocial do indivíduo (Ribeiro da Silva, 2002).

Mas de que forma as pessoas comunicam? A verdade é que desde pequenos que comunicamos; basta pensar num recém-nascido: ele não fala, não anda, mas vincula através do contacto visual (Dias, 1993a). Desta forma, podemos considerar que as pessoas comunicam entre si através de dois tipos de comunicação – existentes não só lado a lado mas como um complemento em todas as mensagens (Dias, 1993a) – a comunicação verbal e a comunicação não-verbal.

2.2.6 Comunicação verbal

A comunicação verbal resulta da articulação dos sons emitidos de forma inata; é feita de maneira consciente; é a forma discursiva, falada ou escrita, na qual ideias ou estados emocionais são expressos (Mesquita, 1997). É a característica mais humana que

se possui e faz parte da genética pessoal. Neste tipo de comunicação é importante o estilo de conversação, a maneira e ritmo com que se exprimem as palavras, as pausas, os silêncios e as hesitações. A informação oral transmitida oralmente tem mesmo um papel fundamental na melhor adesão à terapêutica. Os aspectos mais importantes são o efeito da primazia - sendo que os utentes têm tendência a fixar aquilo que é dito em primeiro lugar - explicar a importância da adesão, simplificar as informações que são transmitidas, usar a repetição, ser claro, e seguir a evolução do estado da pessoa em visitas posteriores à farmácia (cit. por Ogden, 1999). Mas a comunicação humana não se limita à comunicação verbal. Estudos de Mehrabian em 1972 (cit. por Mesquita, 1997) demonstram que 55% da comunicação cara-a-cara se dá através do corpo, gestos, atitudes, olhares, posturas corporais, toques, modos de vestir e expressões faciais; 38% é atribuível à tonalidade, intensidade e outras características da voz; e apenas 7% é realizada por intermédio das palavras.

2.2.7 Comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal transcende a linguagem, não é feita com sinais verbais mas sim com gestos corporais, relacionando-se com os sentimentos das pessoas e a influência deles na postura dos braços e pernas, dos ângulos do corpo, que são o meio para atingir a comunicação perfeita. Esta é feita através da forma de vestir, forma de andar, pela postura perante determinadas situações, pelo comportamento táctil, pelo odor, pelo comportamento cosmético e, até mesmo, pelo penteado. Este tipo de comunicação não é usado conscientemente, mas sim instintivamente, sem qualquer tipo de raciocínio explícito (Bécheiraz & Thalmann, 1996). Corraze (1982) diz mesmo que a comunicação não-verbal se realiza através de três suportes: o corpo (incluindo os movimentos e as qualidades físicas), o Homem (incluindo os adornos e roupas que usa, as cicatrizes ou tatuagens que possa ter) e a dispersão dos indivíduos no espaço (engloba o espaço físico que rodeia o corpo, mas também o espaço territorial). Deste modo, pode dizer-se que o comportamento não-verbal, tal como o comportamento verbal, não consiste numa série de ocorrências isoladas; em vez disso, ocorre integrado num sistema ou código que ajuda a dar estrutura e sentido ao comportamento (Fisher & Adams, 1994).

As principais formas de comunicação não-verbal são: a expressão do rosto, o olhar, os gestos e movimentos corporais, a aparência pessoal, a postura e a distância pública.

Começando pelo rosto, é a parte do corpo que melhor emite uma mensagem não-verbal, é o meio privilegiado para expressar as emoções e sentimentos, para comunicar atitudes. Sendo o rosto humano o espelho das tensões e emoções, do estado de espírito e da alma, vai ser extremamente expressivo. No entanto, é variável de pessoa para pessoa; precisamente por se conhecer a força comunicativa da expressão facial tendemos a controlá-la, exibindo-a ou inibindo-a conforme a ocasião (Monteiro *et al.*, 2006).

A segunda forma de comunicação não-verbal é o olhar, afigurando-se o contacto visual como veículo de se estabelecer a base da sociabilidade humana (Dias, 1993a). É precisamente nos olhos que os estados de ânimo e das emoções se revelam mais intensos, uma vez que é sobre eles que se foca a atenção dos outros. Os olhos podem transmitir as mais variadas mensagens, podendo ser desde intensos, turvos, calculistas, contemplativos, atentos, distraídos, até hipnotizadores, atractivos, sedutores, desafiantes, fulminantes. Pode portanto dizer-se que o olhar determina o grau de intimidade que se tem com o parceiro da comunicação (Monteiro *et al.*, 2006).

Os gestos e movimentos corporais são variadíssimos e transmitem vários sentimentos e mensagens; dão ilustração gráfica ao discurso comunicativo; marcam o ritmo e estabelecem o sincronismo entre a troca recíproca de mensagens entre comunicadores. No caso do atendimento ao utente, este pode sentir-se mais envolvido na comunicação se o farmacêutico, por exemplo, gesticular e recorrer a movimentos corporais para melhor fazer passar a sua mensagem (Monteiro *et al.*, 2006).

A aparência pessoal é, sem dúvida nenhuma, o aspecto que mais influencia as percepções e reacções por parte das pessoas. Em todas as sociedades humanas o que se pretende é que o aspecto exterior esteja de acordo com a imagem que cada um tem de si próprio e que quer transmitir aos outros. No caso específico dos farmacêuticos, a própria profissão exige o uso de bata, sendo que, pelo simples facto de a usarem, os distancia dos comuns mortais. Especialmente em profissões que compreendem uma componente de atendimento ao público e relação com as pessoas, deve-se ter especial atenção para ter um aspecto cuidado, cabelo arranjado, unhas bem tratadas, bem-

vestidas, cheirosas, de preferência sem piercings e tatuagens por ainda haver o estigma de isso estar associado a uma certa rebeldia, não deixando as pessoas tão à vontade e confiantes (Monteiro *et al.*, 2006).

Por fim, a postura da pessoa e a distância. A distância entre duas pessoas pode ser empregada como comunicação não-verbal, por parte de uma ou das duas, ou pode ser mesmo entendida como um comportamento recíproco. Pessoas com mais qualidade de vida e *status* social tendem a ser mais frias, privilegiando um certo distanciamento do interlocutor, por oposição a proximidade é muito maior entre pessoas do mesmo nível social ou que, independentemente do *status* social, desenvolveram uma relação de cordialidade e amizade com o interlocutor (Monteiro *et al.*, 2006). Apesar de ser muito rica, a linguagem não-verbal é limitada uma vez que não se consegue transmitir toda a informação através de gestos, havendo necessidade de recorrer a palavras para ser possível uma comunicação eficaz.

2.2.8 Barreiras à comunicação

Coloca-se então a seguinte questão: será que, mesmo que a comunicação verbal e não-verbal sejam as mais indicadas e correctas, a comunicação e a relação são sempre eficazes?

A resposta é não. Por vezes surgem barreiras ao nível de um dos elementos do sistema de comunicação, conduzindo à não recepção da mensagem, ou à não interpretação desta pelo receptor, da forma que o emissor pretendia. No contexto da relação farmacêutico-utente, torna-se fundamental a eliminação, ou pelo menos a diminuição, das barreiras comunicacionais. Existem inúmeras, sendo que estas podem ter a ver com a transmissão da informação por parte dos farmacêuticos ou outros técnicos de saúde, com o grau de escolaridade dos utentes - ou seja, os utentes podem ter uma baixa literacia de saúde ou alguma limitação de capacidade -, com a própria personalidade, a comunicação afectiva e atitudes dos técnicos de saúde e utentes em relação à comunicação, assimetria na comunicação, estado de cansaço ou de doença, distração e ruído, incompatibilidade de planos, apresentação confusa, utilização de palavras ambíguas, ausência de recursos de comunicação, valores e crenças de cada pessoa, assim como a sua visão do mundo, classes sociais, papéis desempenhados na sociedade e ainda o próprio *setting* da farmácia (Teixeira, 2004).

Na transmissão de informação por parte dos farmacêuticos, os principais problemas que podem ocorrer são a transmissão de informação insuficiente, imprecisa ou ambígua ou, ainda, a transmissão de informação demasiado técnica, dificultando a compreensão por parte do utente (Teixeira, 2004). A linguagem pode colocar à comunicação inúmeras dificuldades, devido a factores como: polissemia, pleonasma, exageros, gírias e também complexidade dos significados (Monteiro *et al.*, 2006). A escassez de tempo, quer por parte do utente quer por parte do farmacêutico é também um problema comunicacional. É por isso essencial que a informação em saúde seja clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada (Teixeira, 2004).

Dependendo do utente em questão, este pode necessitar de muita informação sobre o seu problema de saúde ou de pouca informação; por outro lado, a natureza da informação necessária varia de indivíduo para indivíduo. Há quem necessite de informação sensorial (o que vou sentir), há quem necessite de informação de confronto (o que posso fazer) e há quem necessite de informação de procedimento (o que vai acontecer). A personalização da informação em saúde permite influenciar o comportamento dos utentes, para que este seja o esperado, aumentando a sua satisfação e economizando tempo (Teixeira, 2004).

Outra das barreiras à comunicação está relacionada com a baixa literacia de saúde. A literacia de saúde é a “capacidade para ler, compreender e lidar com informação de saúde, capacidade em relação à qual é importante ter em conta que há desigualdades de oportunidades em relação à comunicação em saúde para indivíduos com estatuto socioeconómico baixo e nível educacional baixo”. Dificuldades em compreender um estado de saúde, mudanças comportamentais e planos de tratamento, podem estar relacionados com uma literacia geral baixa, baixos níveis de conhecimento sobre saúde, ou uma inibição resultante da vergonha ou medo do ridículo.

É por este mesmo facto que a personalização do atendimento é tão fundamental, devendo a informação ser dada à medida das necessidades de informação do utente naquele momento, adaptada ao seu nível cultural e estilo cognitivo, sem nunca esquecer que um diálogo não é uma batalha, mas sim a procura de uma verdade a dois. Uma boa comunicação humana pode ser capaz de aproximar o utente do farmacêutico,

minimizando assim as diferenças existentes entre eles ao nível dos conhecimentos em saúde (Teixeira, 2004).

A personalidade, a relação afectiva e as atitudes de ambos os intervenientes pode também contribuir negativamente para a comunicação. A personalidade é como que o produto das disposições naturais, das inclinações hereditárias, das influências ambientais, da educação, e da classe social onde se nasceu; são as suas crenças e valores. O profissional de saúde não pode cair no erro de se considerar auto-suficiente, sendo que tem de ter presente que é impossível saber-se tudo sobre uma coisa e que o que sabe não engloba tudo quanto há sobre o assunto, não tendo assim a fórmula perfeita para solucionar todo e qualquer problema (Monteiro *et al.*, 2006).

Os processos de comunicação afectiva dos técnicos de saúde podem também levar a problemas comunicacionais quando se dá a relação terapêutica farmacêutico-utente, em particular quando se verifica distanciamento afectivo - evitando falar de temas difíceis - desinteresse pelas preocupações do utente, ou dificuldade em aconselhar e ser uma fonte de apoio emocional, que transmita segurança para o utente. Tanto as atitudes dos técnicos de saúde como as atitudes dos utentes influenciam preponderantemente a maneira como se desenrola o atendimento. Os técnicos de saúde devem ser simpáticos, atenciosos, sorridentes, estar sempre disponíveis para satisfazer as necessidades dos utentes, mesmo quando a atitude destes possa ser negativista e desfavorável. Os utentes têm tendência a assumir uma postura passiva e dependente, influenciada pelo contexto social e cultural que define as interações entre leigos e peritos no assunto. Face a este comportamento, o farmacêutico deve encorajar o utente a participar de forma mais activa no processo da sua recuperação, desencorajando-o a fazer perguntas; deve ouvir mais e falar menos, interessar-se por conhecer a perspectiva do utente e as suas preocupações e expectativas (Teixeira, 2004).

Por outro lado, e por estranho que pareça, o *setting* da farmácia também é por si só uma barreira à comunicação do farmacêutico com o utente. Imaginando o caso de uma farmácia cujo *setting* não seja o ideal - por exemplo, uma farmácia pequena, mal iluminada, com cores fortes, ruidosa, que não tenha uma boa temperatura ambiente, com balcões corridos em vez de ilhas isoladas, mal limpa, pouco moderna, com os produtos mal expostos -, irá contribuir negativamente para o momento da comunicação. Uma farmácia pequena não permite que os utentes tenham espaço para circular à vontade,

sem estarem uns em cima dos outros. Se for uma farmácia mal iluminada, ou com pouca luz natural, vai ter um aspecto sombrio, transmitindo uma sensação negativa e pouco convidativa para os utentes que lá entram.

As cores fortes são cansativas e agressivas para os utentes e não transmitem a ideia de assepsia característica de um espaço de saúde. Já o ruído é um ponto fundamental, uma vez que o utente, ao tentar comunicar com o farmacêutico num espaço ruidoso, não vai conseguir compreender totalmente que se está a dizer e, inclusivamente, vai contribuir para que se perca a mensagem quando esta for do emissor até ao receptor.

A temperatura na farmácia deve ser a adequada. Imaginando, a título exemplificativo, o caso de uma farmácia muito quente ou muito fria, esta seria desagradável tanto para os profissionais como para os utentes, prejudicando a comunicação, dado que se o utente se estiver a sentir mal no ambiente de atendimento vai tentar despachar-se o mais rapidamente possível, não permitindo uma comunicação eficaz. A importância das ilhas de atendimento em vez de balcões corridos prende-se exactamente com a privacidade dos utentes no momento do atendimento. Para evitar que este ponto seja mais uma barreira à comunicação, devemos promover que o utente esteja isolado, apenas a falar com o farmacêutico, sem estar a ser ouvido por outras pessoas, para que se sinta mais à vontade no espaço, inclusivamente para falar de questões mais íntimas. Uma farmácia mal limpa, pouco moderna e com os produtos mal expostos, transmite a ideia de descuido, sendo que os utentes confiarão menos no atendimento, no que o farmacêutico lhe está a dizer e até, quem sabe, nunca mais voltarão a essa farmácia.

2.2.9 O papel do farmacêutico

O farmacêutico desempenha, por tudo o enunciado anteriormente, um papel fundamental na comunicação para a saúde, sendo imprescindível na transmissão das variadas mensagens. Para que seja capaz de desempenhar o seu papel, o farmacêutico deve expressá-lo de forma integrada com a população e com os outros profissionais de saúde, não emprestando a outros, que não tenham a devida formação, o que da sua inteira competência lhe diz respeito, nomeadamente ao nível da optimização da farmacoterapia e do uso racional de medicamentos (Marin, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as funções desempenhadas pelo farmacêutico de oficina são: “*informar os pacientes sobre o uso das medicações e ministrar a assistência farmacêutica, acompanhamento e avaliação segundo protocolos terapêuticos, aconselhamento para com os medicamentos prescritos e de produtos medico-farmacêutico, participação de programas em educação para a saúde e colaboração a outros profissionais da equipa de saúde*”. Podemos então concluir que todas as funções desempenhadas pelo farmacêutico têm como objectivo principal proporcionar um bom atendimento, indo de encontro às necessidades dos utentes. Para tal, torna-se necessário estabelecer uma boa comunicação entre ambas as partes.

2.2.10 Fases do atendimento

O momento crucial do atendimento na farmácia, no qual se estabelece a comunicação entre farmacêutico e utente, pode ser dividido em quatro fases: preparação do atendimento, primeiro contacto, informação prestada ao utente, e a despedida. Com o objectivo de procurar o atendimento ideal, o farmacêutico deve então pensar constantemente em estratégias para passar a mensagem da forma mais explícita possível, de modo a atender melhor o seu utente.

Relativamente à preparação do atendimento, é precisamente a criação de um *setting* ideal, de modo a que exista um ambiente confortável e simpático, não se esquecendo que o espaço, a sua própria apresentação e a comunicação não-verbal já transmitem informação *per si*. Questões como as cores, iluminação, ambiente sonoro, arejamento da farmácia, limpeza, expositores e equipamentos, balcão de atendimento, existência de cadeiras - especialmente para os idosos se sentarem enquanto esperam - devem ser pensadas cuidadosamente, para tornar o espaço o mais agradável possível.

O primeiro contacto representa sem dúvida o mais importante, sendo que muitas vezes a primeira impressão é a que fica, sendo fácil causar uma boa impressão. No início do atendimento deve olhar-se quando o utente chega, interrompendo o que se está a fazer, para o utente sentir que é visto; sorrir, o que significa que o utente é bem-vindo e desperta simpatia; saudar com um simples “Bom dia, Boa tarde”; e prosseguir perguntando, por exemplo, “Em que posso ajudá-lo?”, para assumir deste modo a direcção do atendimento com delicadeza mas sem perder tempo. Deve ainda realizar um atendimento o mais personalizado possível, tratando o doente pelo nome próprio, ou por

título, caso este assim prefira. Contudo, o farmacêutico não deve praticar nem permitir intimidades excessivas, mesmo que conheça bem os utentes, mantendo idealmente sempre o profissionalismo.

Todos estes pormenores tornam a recepção mais calorosa e simpática, aumentando o grau de satisfação, confiança, e à vontade do utente na farmácia. No desenrolar do atendimento, o farmacêutico deve adoptar uma escuta activa, pontuando com pequenas palavras - como “sim”, “estou a ver”, ou expressões - mímica de interesse - o que o utente diz, ao mesmo tempo que olha para ele. Se possível, o farmacêutico deve reformular, repetindo por outras palavras ou sintetizando o que foi dito, para ficar seguro de ter compreendido bem e sem equívocos a informação; deve dar importância ao interlocutor e ganhar algum tempo para preparar a resposta.

A terceira fase diz respeito à informação que é prestada ao utente durante o atendimento. A linguagem usada deve ser acessível e adequada ao nível de escolaridade do utente, utilizando poucos termos técnicos. É de evitar a utilização de diminutivos e o abuso de determinadas expressões abreviadas da linguagem, já que estes podem impedir a compreensão por parte do mesmo. O farmacêutico pode ainda entregar algum tipo de documento que sirva de suporte à informação que foi transmitida verbalmente. Deve também procurar saber se a receita ou a medicação que o utente pretende é para si ou para outra pessoa, pois muitas vezes quem se dirige à farmácia não é a pessoa que está doente. Em caso de dúvida na interpretação da prescrição, o farmacêutico deve perguntar ao utente, pois muitas vezes este tem noção da medicação que lhe foi instituída, contudo, se este não souber, deve perguntar ao prescriptor.

Sempre que possível, o farmacêutico deve desdramatizar a patologia que faz o utente recorrer à farmácia, transmitindo-lhe mensagens positivas, com palavras de conforto. O farmacêutico pode sempre procurar estratégias para promover a adesão à terapêutica, tais como o estabelecimento de acordos, ou negociações, propondo por vezes metas conjuntas para alcançar o sucesso terapêutico. O essencial desta fase de atendimento é nunca deixar que o utente abandone a farmácia com dúvidas, sendo que para isso é necessário um atendimento personalizado, com uma explicação esclarecedora acerca da posologia, duração de tratamento e possíveis efeitos secundários e interações. O farmacêutico deve ainda mostrar sempre a sua

disponibilidade total para o esclarecimento de dúvidas que possam surgir posteriormente.

A fase da despedida, tal como o contacto inicial, consiste num momento muito curto, sendo a última impressão que o utente leva do farmacêutico e da farmácia. Se o farmacêutico tiver confiança com o utente, pode até despedir-se com um aperto de mão, recapitulando o que foi dito, dando ênfase ao como e quando tomar o medicamento e usar expressões como “obrigada pela sua confiança”. Por fim, deve recorrer a palavras de despedida e, com a delicadeza habitual e cortesia, dizer “Até breve”, “Bom dia”, ou “As melhores”.

É importante, aquando da interacção com o utente, o farmacêutico colocar-se no lugar deste, sendo esta capacidade de se projectar dentro da personalidade de quem tem na sua frente denominada de empatia. A empatia é uma capacidade bastante útil para a efectividade da comunicação. Quando as tentativas empáticas são recíprocas, estabelece-se uma situação ideal de comunicação, sendo mais fácil prever as respostas dos utentes e incrementando um contacto personalizado (Aguiar, 2004; Monteiro *et al.*, 2006).

2.2.11 Modelos da relação farmacêutico-utente

No momento crucial da relação farmacêutico-utente, ao se procurar alcançar o atendimento ideal, o farmacêutico pode adoptar várias posturas, que se podem categorizar em quatro modelos diferentes:

Modelo paternalista - neste modelo a interacção farmacêutico-utente assegura que os utentes recebam as intervenções que melhor certificam a sua saúde e bem-estar, seleccionando a informação dada e convencendo o doente a autorizar o tratamento que o farmacêutico considera melhor. No extremo, o farmacêutico apresenta ao utente a informação que deverá incentivar o utente a consentir a melhor intervenção, sendo por isso o papel desempenhado pelo farmacêutico o de guardião do utente, cabendo-lhe a si a responsabilidade de tomar as decisões relativas ao tratamento a instituir (Emanuel & Emanuel, 1992; Pais Ribeiro, 1998).

Modelo informativo - o objectivo da interacção é que o farmacêutico assuma um papel de locutor, proporcionando ao utente toda a informação relevante, para que este

seleccione a intervenção que prefere. Este modelo pressupõe que o utente seja um profundo conhecedor do seu historial clínico, bem como da medicação que daí advém. Surge aqui a distinção entre factos e valores. Os valores do doente estão bem definidos, sendo conhecidos e os que ditam o tratamento a iniciar, precisando o doente de factos que devem ser disponibilizados pelo farmacêutico. Deste modo, é o doente o dono da última palavra e quem estipula a terapêutica (Emanuel & Emanuel, 1992; Pais Ribeiro, 1998).

Modelo interpretativo - este terceiro modelo define que a interacção do farmacêutico com o utente tem como objectivo valorizar a opinião e esclarecer os valores do utente, concedendo-lhe várias opções, para que deste modo possa auxiliá-lo na escolha de qual a melhor intervenção disponível que satisfaça e respeite os seus valores. Tal como no modelo informativo, o farmacêutico fornece toda a informação disponível mas apoia ainda na clarificação e articulação desta com os valores do utente. Neste modelo introduz-se o envolvimento do doente no processo de compreensão, o que lhe permite adquirir autonomia para fazer uma escolha adequada do tratamento (Emanuel & Emanuel, 1992; Pais Ribeiro, 1998)

Modelo deliberativo - neste caso o poder de decisão do utente aumenta ainda mais, quando comparado com os anteriores. O profissional de saúde transmite a informação sobre o estado clínico do doente, clarificando-o sobre os tipos de valores implícitos em cada uma das opções. O farmacêutico, ou qualquer profissional de saúde, ao agir de acordo com este modelo, está a assumir um papel de professor e amigo, de forma a envolver o doente na terapêutica mais adequada. A concepção de autonomia do doente é de carácter moral, uma vez que o doente tem o poder de avaliar as várias alternativas e, através da troca de informações com o profissional de saúde, selecciona qual será, para si, a melhor opção (Emanuel & Emanuel, 1992; Pais Ribeiro, 1998).

Independentemente do modelo de comunicação adoptado pelo farmacêutico, um ponto fundamental que tem que estar presente em todos os atendimentos é o saber ouvir. Este é o ponto fulcral da comunicação e da relação. Observar para uma escuta activa, estando atento ao desenrolar do estado de saúde dos utentes, colocar o corpo em posição de escuta, com o olhar direccionado exclusivamente para o utente, estando atento às particularidades linguísticas de cada pessoa, são tudo estratégias que os profissionais podem desenvolver para terem uma boa atitude de escuta (Aguilar, 2001).

A escuta tem assim dois objectivos fundamentais: entender da melhor maneira possível o pedido efectuado pelo utente e, ao mesmo tempo, demonstrar-lhe disponibilidade e interesse para resolver a situação. Contudo, escutar não significa concordância ou, simplesmente, um mero gesto de simpatia; é, ao invés, uma passagem obrigatória em toda a comunicação, independentemente do objectivo pessoal, seja o de trocar pontos de vista, seja o de ensinar (Dias,1993a).

A escolha de um dos modelos - enfatizando o paternalismo, a autonomia, ou a concepção mais humanista ou tecnicista -, deverá sempre basear-se nas necessidades e interesses do doente e nunca nas convicções e ideologias dos profissionais de saúde (Dias, 1993b). Tem que se ter sempre em conta que cada indivíduo é uma entidade psicológica única e distinta, nunca se generalizando. Muitos doentes preferem de facto ter um papel activo e mais exigente em termos de informação qualificada (Dias, 1994b), ansiando por uma comunicação com um elevado grau de informação sobre os cuidados de saúde que lhe são prestados, transmitida com empatia e suporte. Por outro lado, existem ainda outros doentes que preferem saber o menos possível, para evitar o stress da tomada de decisão, sendo que depositam esta responsabilidade totalmente no médico (Schain, 1980). Surgem então dois problemas: o primeiro, que é o de se saber exactamente qual a informação que deve ser fornecida ao doente, de forma a lhe dar protagonismo no seu processo de cura; e o segundo, o de avaliar em que medida os doentes percebem a informação que lhes está a ser dada (Dias, 1993b). O papel do farmacêutico é, precisamente, perceber qual o tipo de doente que tem à sua frente e qual a postura que deve adoptar para ter uma melhor interacção e ir de encontro às necessidades do utente.

2.2.12 Tipos de doentes

Os doentes desinformados são os que assumem atitudes passivas, relegando o seu protagonismo à autoridade do profissional de saúde, retirando-se de qualquer processo de decisão informada e partilhada. Estes utentes evitam questionar o farmacêutico, não sendo por isso os mais satisfeitos.

Já os doentes informados assumem o seu protagonismo e ultrapassam a sua condição de espectadores passivos na doença, desencadeando sistematicamente um monopólio de estratégias de desocultação da informação. Geralmente os doentes com

este perfil são os mais satisfeitos, visto que vêm esclarecidas as suas dúvidas e questões (Dias, 2000). Dentro dos doentes informados podemos ainda destacar os que são informadores benignos. Estes, têm um tempo de sobrevida consideravelmente longo, sendo doentes fundamentais, pois simbolizam e credibilizam o espectro de cura da doença; e os informadores malignos, que são portadores de informações malignas (Dias, 1997).

Para além destas duas categorias, podemos ainda distinguir os doentes profissionais que, devido aos sucessivos internamentos, conhecem e controlam melhor a sua doença, assumindo, por isso, um protagonismo configurado na delimitação de um espaço informal, e desempenhando o papel de agentes de ensino no acto de informar (Carapinheiro, 1993). A categoria dos doentes profissionais engloba os doentes inquisidores, que desenvolvem desesperadamente estratégias para desocultar a informação; os actores dissimulados, que usam mecanismos tortuosos para obterem as informações que pretendem; os doentes adivinhos, que escrutinam os seus processos para tentarem adivinhar o seu diagnóstico e prognóstico; e os doentes especializados, que estão mais preocupados em saber os currículos e histórias pessoais dos profissionais de saúde do que com o seu próprio estado de saúde.

Por fim, os pacientes veteranos são os pacientes que têm experiência própria nas doenças e, como tal, se constituem como fontes de informação credíveis. São como consultores naturais dos cuidados fornecidos por qualquer instituição, ajudando a derrubar o muro de silêncio que se interpõe entre o doente e o profissional de saúde (Dias, 2000). É de ressaltar que vários progressos nas mentalidades e comportamentos já foram alcançados, sendo que os meios de comunicação contribuíram para uma maior divulgação das doenças, bem como o aumento do grau de instrução da população, que tem como consequência um maior interesse por parte do doente em ter conhecimento acerca dos processos patológicos. É de referir que não existem perfis puros, pois o Ser Humano é demasiadamente complexo para ser identificado por um comportamento apenas.

2.2.13 As distâncias do ser humano

O ser humano observa distâncias uniformes nas relações que mantém com os seus semelhantes, sendo que estas podem sempre variar ligeiramente com a

personalidade dos sujeitos e as características do ambiente. Deste modo, consideram-se quatro distâncias diferentes, sendo que cada uma delas possui um modo próximo e um modo afastado.

Distância íntima – relativamente a esta distância em particular, é indispensável a presença do outro, sendo que esta se pode tornar invasora pelo seu impacto sobre o sistema perceptivo. Características como a visão, o calor do corpo, o cheiro, a respiração e o sopro do hálito, constituem sinais irrefutáveis de uma relação de proximidade com o outro corpo. Na distância íntima de um modo próximo existe contacto físico ou a sua eminência, sendo que pode ser associada ao reconforto e à protecção, é utilizada entre amigos, familiares e namorados, pessoas com quem existe confiança. Já a distância íntima de um modo afastado, compreende uma distância entre 15 e 40 cm, sendo que o contacto físico, neste caso, não se encontra facilitado, podendo contudo haver uma junção de partes do corpo.

Distância pessoal – esta distância refere-se à distância fixa que separa os membros da espécie sem contacto. O modo próximo compreende uma distância de 45 a 75 cm, sendo que nesta distância, uma vez que não há um contacto físico iminente, há a possibilidade de haver interacção através das extremidades superiores do corpo. Já o modo afastado compreende uma distância que vai de 75 a 125 cm, sendo uma boa definição para este tipo de distância a expressão inglesa de manter alguém *at arm's length* (à distância do comprimento de um braço).

Distância social – condiciona o limite do poder sobre outrem. A de modo próximo compreende uma distância que vai de 1,20 a 2,10 m, como exemplo, temos as pessoas que trabalham no mesmo local e também o caso de reuniões informais. O modo afastado ou longínquo compreende uma distância de 2,10 a 3,60 m, sendo a distância a que a pessoa se coloca quando nos dizem “afaste-se um bocado para lá para poder olhar para si”.

Distância pública – já é situada fora do círculo imediato de referência do indivíduo, implicando um perímetro de segurança. O modo próximo corresponde a uma distância que vai desde os 3,60 m, sendo que a esta distância o indivíduo pode facilmente fugir ou defender-se em caso de ameaça, até 7,50 m. A partir dos 7,50 m já corresponde ao modo longínquo (Hall, 1986).

O tipo de distância depende das relações, dos sentimentos, e das actividades dos indivíduos envolvidos em cada interacção, especificamente no contexto das relações interpessoais farmacêutico-utente, o que vai determinar um bom atendimento e uma boa comunicação. No *setting* farmacêutico, a distância predominante é a pessoal, modo longínquo e próximo. Nesta comunicação, o espaço de cada um está circunscrito por um balcão, sendo que as posições respectivas dos indivíduos revelam a natureza das suas relações e dos seus sentimentos.

2.2.14 Hierarquia de sistemas

A comunicação interpessoal entre farmacêutico e utente, enquanto sistema complexo que é, está integrada numa hierarquia de sistemas, sendo cada um representado por um círculo.

O mais pequeno é o ser humano individualmente, ou seja, o sistema intrapessoal, não sendo por isso considerado um sistema social - uma vez que não é composto por indivíduos ligados através de processos comunicacionais. Este sistema diz respeito ao nível básico de comunicação humana e refere-se ao processo interno de pensamento no qual são concebidas as ideias que serão posteriormente transmitidas e se interpretam as mensagens recebidas, codificando e decodificando permanentemente as mensagens. O segundo círculo, mais pequeno, diz respeito ao sistema interpessoal, já sendo considerado um sistema social porque envolve no mínimo duas pessoas unidas por um processo de comunicação. Este processo de comunicação consiste na exteriorização dos pensamentos, representando a unidade social básica da organização, e estando na base do desenvolvimento das relações humanas. O número de pessoas e a medida em que essas pessoas interagem e têm conhecimento umas das outras varia de sistema para sistema, sendo diferente estarmos a falar de um sistema grupal, organizacional, ou de um sistema social. O sistema grupal consiste na comunicação que ocorre em pequenos grupos de três ou mais pessoas, as quais interagem com o objectivo comum de alcançar metas. Esta é mais rica e mais complexa que a comunicação desenvolvida no sistema interpessoal, pois é composta por muitas relações interpessoais. Os pequenos grupos desempenham funções de entajuda na resolução de problemas que não conseguem resolver individualmente, proporcionando informações, apoio e experiência. Já o sistema organizacional é um desdobramento dos pequenos grupos, que agem de modo interdependente. Este sistema engloba os três anteriores, sendo que tem uma grande

representação no funcionamento de empresas onde é necessária a coordenação de um grande número de pessoas para atingir objectivos organizacionais.

Apesar de o indivíduo poder afectar e ser afectado pela comunicação interpessoal, não é, nem nunca deve ser, considerado a mesma coisa que o sistema da comunicação intrapessoal. Por outras palavras, nunca se deve confundir o sistema intrapessoal deste com o sistema interpessoal em que está inserido (Fisher & Adams, 1994; Wels, 2005).

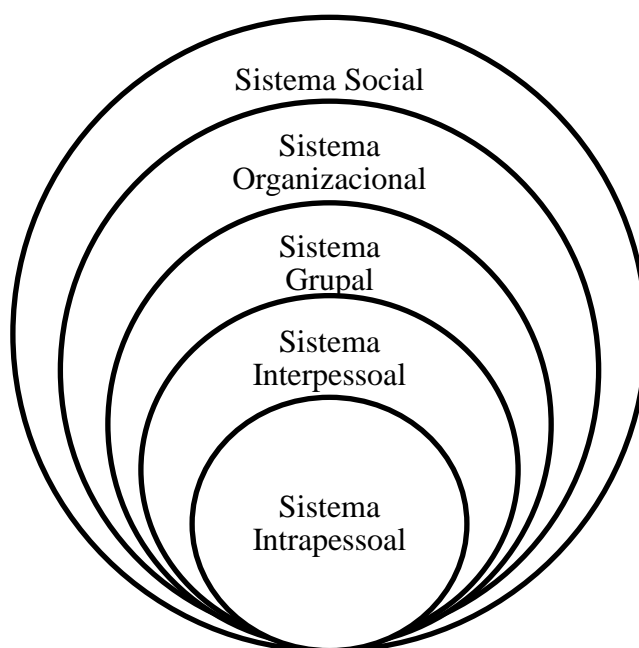


Figura 1: A hierarquia integrada dos sistemas comunicacionais (adaptado de Fisher & Adams, 1994)

Independentemente do modelo adoptado pelo farmacêutico (paternalista, informativo, interpretativo ou deliberativo), do tipo de doente (desinformado, informado, profissional, inquisidor, actor dissimulado, adivinho, especializado ou veterano), das distâncias (íntima, pessoal, social ou pública) e dos sistemas comunicacionais (intrapessoal, interpessoal, grupal, organizacional ou social), uma parte que é transversal a todos os atendimentos na farmácia e à comunicação interpessoal que se estabelece entre farmacêutico e utente é o respeito mútuo. Deste modo, numa área tão sensível como a da saúde, é particularmente importante respeitar os direitos dos doentes, importando também que os mesmos cumpram os seus deveres, para que se possa estabelecer uma boa interacção.

2.2.15 Direitos e Deveres dos Doentes

Segundo a Carta dos Direitos e dos Deveres dos Doentes (DGS, 1998), independentemente do seu sexo, raça, idade e estatuto social, cada doente tem direito a:

- Ser tratado no respeito pela dignidade humana;
- Respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
- Receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais;
- Prestação de cuidados continuados;
- Ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
- Ser informado sobre a sua situação de saúde;
- Obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde;
- Dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico, participação em investigação ou ensaio clínico;
- Confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
- Acesso aos dados registados no seu processo clínico;
- Privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico;
- Apresentar sugestões e reclamações.

Relativamente aos deveres dos doentes, embora seja em menor número, não são por isso menos importantes:

- O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde;
- Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento;
- Respeitar os direitos dos outros doentes;
- Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as suas indicações e aceitando-as livremente;
- Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
- Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Em suma, o farmacêutico deve ser detentor de conhecimentos científicos e comunicacionais, com vista a amplificar a relação que tem com o utente. Para que isto seja possível, o farmacêutico deve guiar-se pelas Boas Práticas na Farmácia, que requerem que a primeira preocupação deste seja para com o bem-estar do utente e do público em geral, e que a essência da actividade farmacêutica seja a dispensa de medicamentos e outros produtos de cuidados de saúde, o fornecimento da informação adequada, o aconselhamento ao utente e a monitorização do resultado da terapêutica. As boas práticas têm como objectivo disciplinar e melhorar a intervenção de farmacêuticos e farmácias, sendo que os farmacêuticos têm o dever de assegurar a máxima qualidade dos serviços que prestam, promovendo a excelência na prática diária da farmácia, em benefício daqueles que servem.

3. A estratégia metodológica de investigação

Relativamente ao *Setting* de Atendimento ao Utente: o Contacto Personalizado, procurou-se apurar a opinião de farmacêuticos, técnicos de farmácia e utentes. Adoptou-se como estratégia metodológica de investigação a realização de um questionário. Nesta linha de análise, considera-se que este estudo se apresenta metodologicamente faseado em três momentos distintos, que serão enunciados seguidamente.

O universo de análise centrou-se, numa primeira fase, na elaboração de um questionário composto por 5 perguntas, as quais diziam respeito aos vários parâmetros que se pretenderam analisar, tendo sempre por base o *setting* de atendimento e o contacto personalizado. O conteúdo das questões elaboradas era semelhante; contudo, utilizou-se uma linguagem devidamente adequada à pessoa inquirida, tendo em consideração o grau de literacia, bem como as qualificações académicas e diferenciação cognitiva entre farmacêuticos/técnicos e utentes.

A primeira pergunta contemplava o *setting* de atendimento ideal, sendo que para farmacêuticos e técnicos se questionou: “O que é para si uma farmácia com um *setting* de atendimento ideal numa perspectiva doentocêntrica?” e, relativamente aos utentes, questionou-se: “O que é para si uma farmácia com um espaço de atendimento ideal?”.

Na segunda pergunta visou-se a comunicação interpessoal, sendo que, mais uma vez, a elaboração da questão teve em conta o inquirido, mantendo o conteúdo formal; para farmacêuticos e técnicos afigurava-se como: “Quais as estratégias de comunicação interpessoal mais eficazes no *setting* de atendimento personalizado?” e para os utentes: “O que gosta mais ao nível da comunicação relacional quando é atendido numa farmácia?”.

A terceira questão incidia especificamente no contacto personalizado, sendo formulada a mesma pergunta, para farmacêuticos e técnicos: “Como se pode incrementar um contacto personalizado?”; e para os utentes: “O que é para si o contacto personalizado com o farmacêutico?”.

Posto isto, o questionário já contemplava uma pergunta relativa ao espaço da farmácia, uma sobre a comunicação e uma sobre o contacto personalizado, faltando ainda as dificuldades que podem existir em comunicar. Foi este, assim e então, o

objectivo da quarta pergunta. A farmacêuticos/técnicos realizou-se portanto a seguinte questão: “Quais são os condicionalismos de uma comunicação considerada eficaz?” e aos utentes: “Quais as dificuldades que sente em comunicar com o farmacêutico?”.

Para finalizar, pretendia saber-se o que os farmacêuticos e técnicos consideram ser as suas principais funções e o que os utentes pensam do papel do farmacêutico, sendo a pergunta feita desta forma: “O que considera ser a principal função do farmacêutico ao nível dos cuidados de saúde?” aos farmacêuticos e técnicos; e aos utentes: “Para si, qual é o principal papel do farmacêutico?”

Numa segunda fase, o critério metodológico consistiu na realização de 40 entrevistas, tendo sido 10 delas feitas a farmacêuticos, 10 a técnicos de farmácia e 20 a utentes. O objectivo de abranger tal diversidade de inquiridos foi, em primeira mão, estudar as diferenças relativas às respostas entre profissionais de saúde e utentes e, posteriormente, entre Técnicos e Farmacêuticos, de forma a retirar possíveis conclusões sobre a influência do background académico e sua preponderância nas respostas dadas. Entre profissionais de saúde e utentes é expectável que haja uma divergência de opiniões e que nem sempre abordem e valorizem os mesmos aspectos; já entre farmacêuticos e técnicos são colocadas as mesmas questões, podendo contudo existir divergências, dado que as qualificações académicas são diferentes.

Estabeleceu-se um período de análise entre Janeiro e Setembro de 2013, sendo que a realização de entrevistas decorreu em farmácias nos distritos de Lisboa, Setúbal e Évora. Não se definiu uma faixa etária específica, mas pretendia-se que a amostra fosse significativa e representativa da população em geral. Nas entrevistas realizadas a farmacêuticos incluíram-se desde jovens mestres a farmacêuticos mais velhos e experientes (23-55 anos). Relativamente às entrevistas realizadas a técnicos de farmácia, os entrevistados encontravam-se essencialmente na faixa etária dos 30-40 anos. Em relação aos utentes, e de acordo com o envelhecimento da população portuguesa, foram entrevistados alguns jovens, dando-se primazia aos idosos, uma vez que são os utentes habituais da farmácia, acabando por estabelecer um maior contacto com o farmacêutico.

A terceira e última fase dizia precisamente respeito à análise das 40 entrevistas realizadas. Para isso, foram usados dois programas: o ATLAS.ti 7 e o Microsoft Excel. Para cada uma das três categorias foram definidas palavras-chave, que foram posteriormente procuradas nas várias entrevistas.

Relativamente à primeira questão, sobre o setting de atendimento ideal, incluíram-se as seguintes palavras-chave: **atendimento ideal, atractiva, espaçosa, organizada, limpa, temperatura ideal, boa iluminação, música ambiente, cores neutras, fácil acesso, bem identificada/fácil visualização, informação ao utente, zona de recepção de pedidos, zona de atendimento, gabinete de atendimento ao utente, balcões individualizados, cadeiras de espera, sistema de senhas.**

Já na segunda questão, respeitante à comunicação interpessoal, as palavras-chave introduzidas foram: **apresentação dos profissionais, conhecer o utente, cativar o utente, esclarecer as dúvidas do utente, necessidades do utente, educação, simpatia, empatia, segurança, confiança, linguagem adequada, distância, comunicação não-verbal, software com informações dos utentes.**

Na questão relativa ao contacto personalizado, a terceira, as palavras-chave utilizadas foram: **adequar o atendimento ao utente, conhecer o utente, saber história clínica, tratar a pessoa pelo nome, contacto visual, tom de voz adequado, disponibilidade, educação, procurar aspectos em comum e bom ambiente.**

Relativamente às dificuldades que podem existir na comunicação, as palavras-chave introduzidas foram: **deficiências físicas/psicológicas, falta de confiança no farmacêutico, farmacêutico desconhecido, falta de tempo, farmácia cheia, linguagem usada, literacia do utente, não haver boa comunicação, personalidade do farmacêutico, personalidade do utente, utentes não saberem a medicação que tomam, falha informática, atendimento demorado, falta de medicamentos.**

Por fim, no que diz respeito à última questão, relativa às funções do farmacêutico, as respostas não apresentavam uma variação significativa, elaborando-se um menor número de palavras-chave: **acção complementar do médico, atendimento ao balcão, cuidados farmacêuticos, gestão farmacêutica, esclarecimento de dúvidas, evitar erros de prescrição e incrementar a saúde do doente.**

Uma vez atribuídas as palavras-chave às várias entrevistas, utilizou-se o Microsoft Excel para construir tabelas que posteriormente permitiram a elaboração de gráficos com as percentagens de respostas obtidas. Para melhor compreensão da estratégia metodológica de investigação adoptada ilustra-se em baixo o esquema do processo seguido.

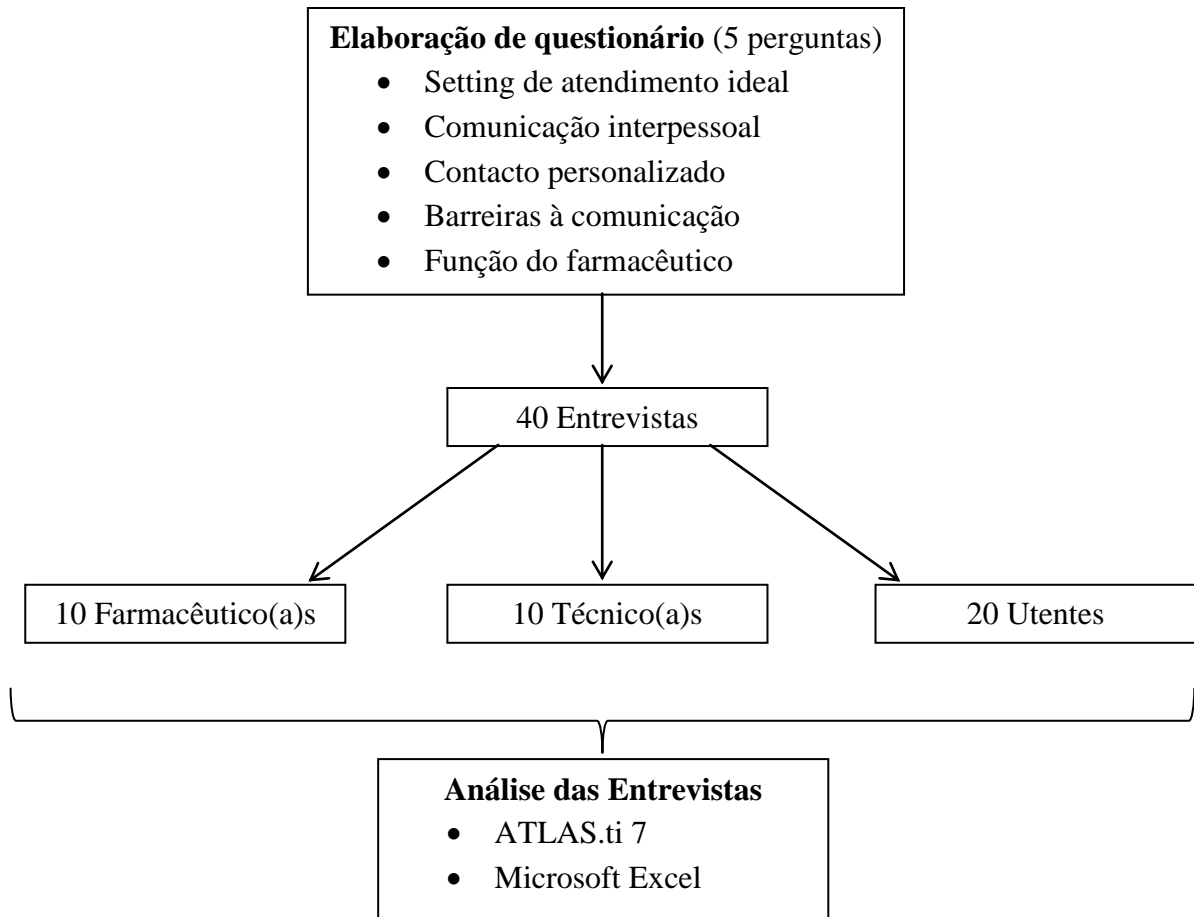


Figura 1: Metodologia adoptada na realização e análise das entrevistas

Uma vez explicitada a sistematização da metodologia e os princípios metodológicos que estiveram na base das entrevistas, pode então dizer-se que estão reunidas as condições analíticas que vão permitir passar à apresentação dos resultados de uma amostra representativa da população em geral (Dias, 2005).

4. Apresentação e discussão dos resultados

4.1 Farmacêuticos

A primeira questão que se colocou aos farmacêuticos foi “O que é para si uma farmácia com um *setting* de atendimento ideal numa perspectiva doentocêntrica?”, sendo que o objectivo desta era precisamente saber a opinião dos farmacêuticos quanto ao *setting* das farmácias, tendo sempre como figura primordial o utente. Era expectável obter respostas mais completas e objectivas do que as dadas pelos outros profissionais inquiridos (técnicos de farmácia) e do que os utentes, uma vez que os farmacêuticos, através da sua formação académica, adquiriram variados conhecimentos sobre esta área. Os aspectos mais valorizados foram a organização da farmácia (13%) e uma boa iluminação (12%), sendo que alguns dos farmacêuticos inquiridos acabavam por valorizar mais o atendimento ideal (12%) como sendo o ponto fulcral de uma farmácia, desvalorizando assim o próprio espaço físico. Outros pontos referidos foram o facto de ter que ser uma farmácia atractiva, com uma boa zona de atendimento, música ambiente e, de preferência, com cadeiras para as pessoas se sentarem enquanto esperam a sua vez.

Relativamente à organização da farmácia, o espaço físico deve ser cuidadosamente planeado; deverão estar previstas áreas para funções específicas dentro da farmácia; e definidas normas relativas à sua dimensão mínima, construção e manutenção. Assim a organização da farmácia é um ponto fulcral no *setting* de atendimento ao utente, que deve incorporar um ambiente adequado ao seu mercado alvo (Kotler, 2000). Relativamente à referência feita à iluminação por parte dos farmacêuticos, esta deve ser de preferência natural, sugerindo um ambiente leve e limpo que permita a execução das tarefas necessárias. Uma boa iluminação pode servir para atrair os utentes; contudo, uma má iluminação pode afastá-los, tornando a farmácia num espaço sombrio, o que prejudica o atendimento.

Não foram feitas quaisquer referências a aspectos como as cores e como as montras, por parte dos farmacêuticos. Em relação às cores, provocam estimulação a nível sensorial, transmitem uma sensação de bem-estar e tranquilidade, podendo também estar associadas a uma maior ou menor predisposição do utente para efetuar compras. Relativamente às montras, estas são o primeiro contacto do utente com a

farmácia, devendo dispor de originalidade, inovação, e de uma excelência organizacional. (Carrasco, 2005)

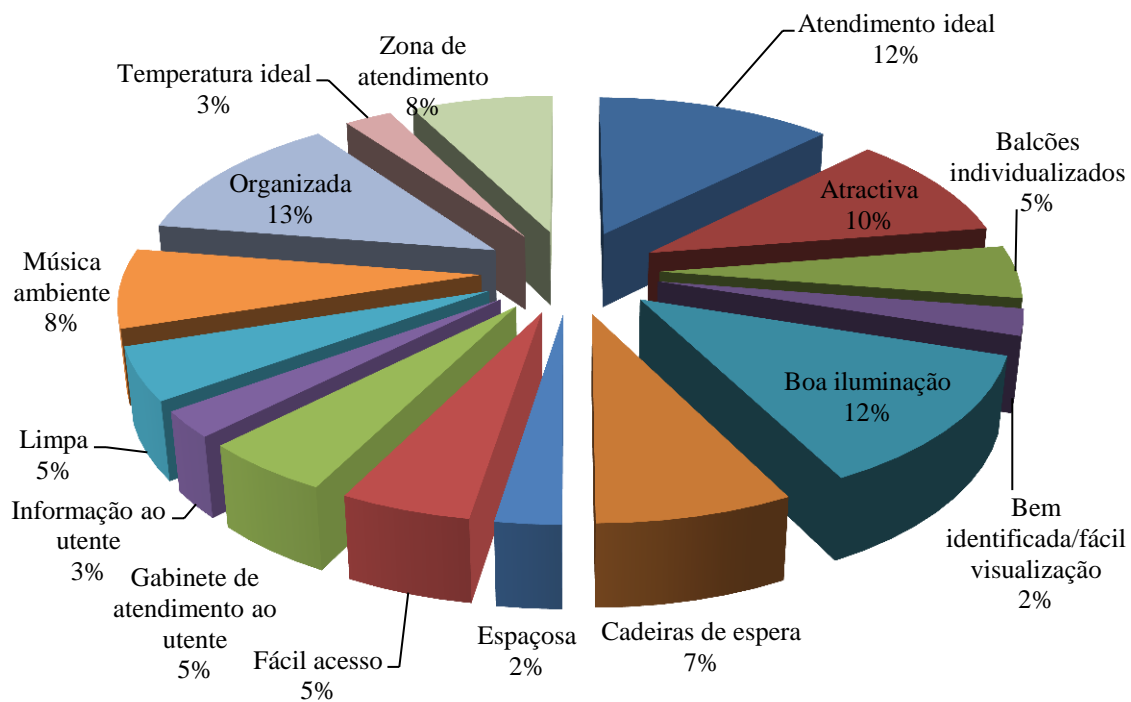


Figura 2: Farmacêuticos - *Setting* de atendimento ideal

A segunda questão era referente à comunicação interpessoal: “Quais as estratégias de comunicação interpessoal mais eficazes no *setting* de atendimento personalizado?”. Os farmacêuticos reconhecem como estratégia fundamental para uma boa comunicação conhecer o utente (35%) e esclarecer as suas dúvidas (27%). Aspectos como a simpatia, empatia, educação, e ir de encontro às necessidades dos utentes também foram valorizados.

A comunicação interpessoal é aquela que se estabelece na relação farmacêutico-utente e deve ser direta, interativa, bilateral, e realizada cara a cara. (Dias, 1993a) Uma das estratégias referida maioritariamente pelos farmacêuticos passa por conhecer o utente, saber a sua história clínica, as suas patologias, medicação e evolução do tratamento. É também importante para o estabelecimento do contacto personalizado saber um pouco sobre a vida pessoal do utente, de forma a que este se sinta à vontade para expor os seus receios e problemas. Os farmacêuticos, como principais conhecedores do medicamento, referiram também como ponto fulcral o esclarecimento das dúvidas do utente sobre as indicações terapêuticas, posologia ou interações dos

fármacos que lhes foram prescritos. Assim, é cumprida uma cascata terapêutica em que prescritor e dispensador têm uma ação sinérgica na melhoria da qualidade de vida dos doentes e sobretudo na adesão à terapêutica. Outras características como educação, apresentação dos profissionais e simpatia também foram referidas pelos farmacêuticos.

Alguns utentes que se dirigem à farmácia necessitam e privilegiam a privacidade durante o atendimento, pois certas situações e personalidades assim o requerem. Este foi um aspecto que não foi abordado pelos farmacêuticos (Aguiar, 2009).

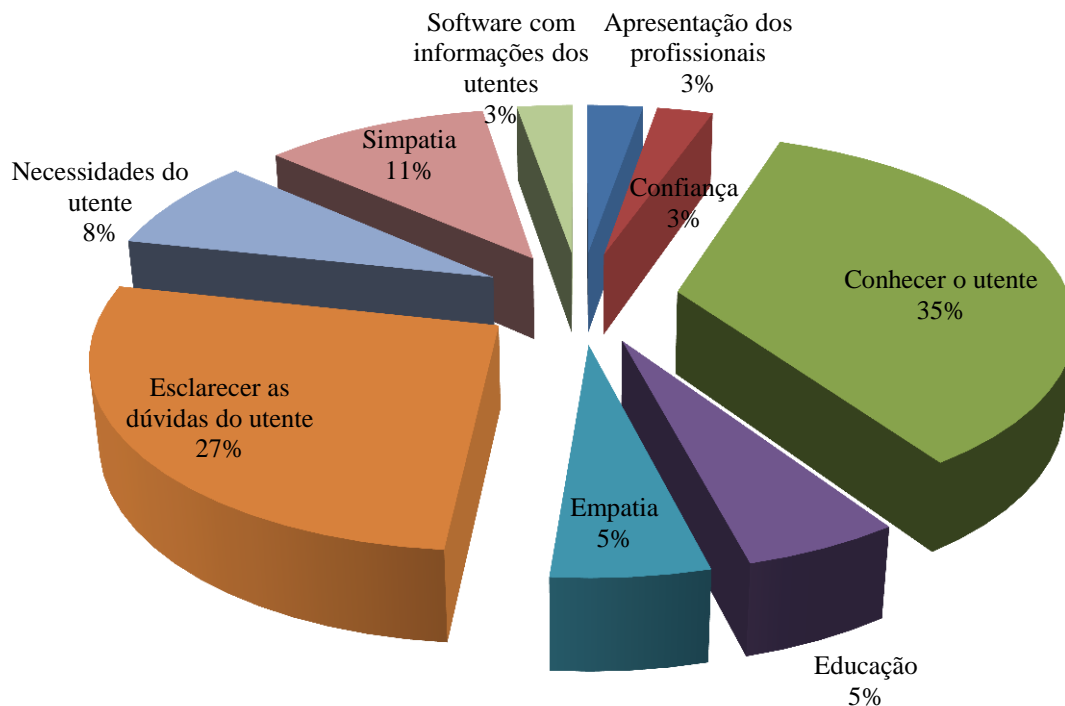


Figura 3: Farmacêuticos - Estratégias de comunicação interpessoal

A terceira questão “Como se pode incrementar o contacto personalizado?”. Para os farmacêuticos, a melhor maneira de se estabelecer um contacto personalizado é precisamente conhecendo o utente (36%), tratar cada utente pelo seu nome (28%) e saber a sua história clínica (19%), nunca descorando, claro está, a simpatia e a educação.

Deste modo, só se considera que há uma comunicação autêntica quando se estabelece uma relação empática entre quem informa, o transmissor, e quem é informado, o receptor (Dias, 1993a) Tratar o utente pelo nome demonstra uma particularização do atendimento, incrementa a confiança do utente no profissional de

saúde e cria uma empatia, proporcionando um maior conforto ao doente e, sobretudo, um atendimento mais facilitado.

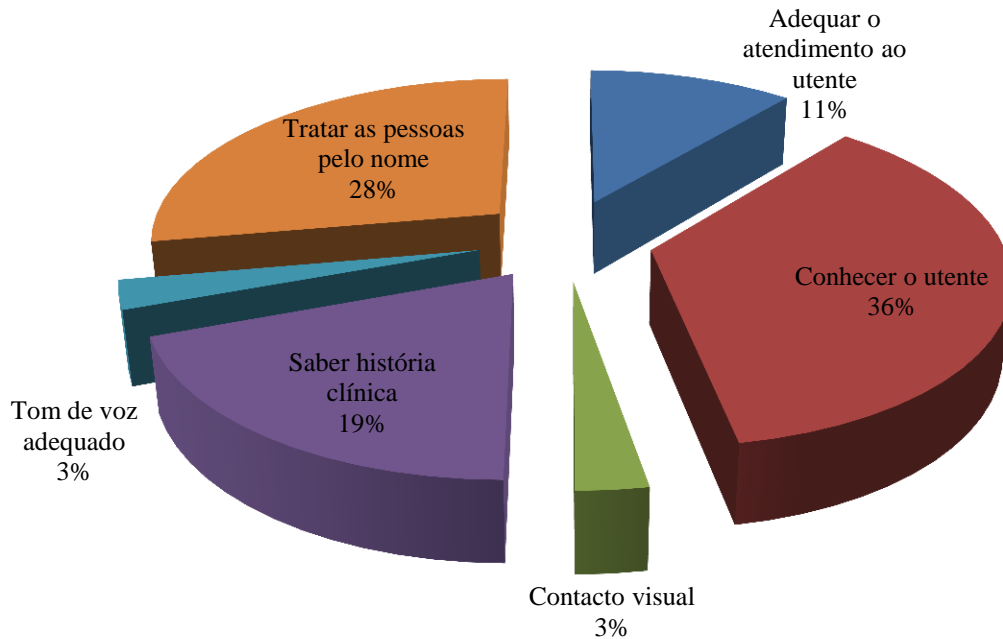


Figura 4: Farmacêuticos - O contacto personalizado

Relativamente à análise das respostas dadas pelos farmacêuticos na questão “Quais são os condicionalismos de uma comunicação considerada eficaz?”, as categorias que apresentaram maior número de referências são as categorias personalidade do utente (19%), seguida da personalidade do farmacêutico (16%), não haver uma boa comunicação (13%), farmácia cheia (11%) e falta de tempo (11%).

Especificamente em saúde os comportamentos vão ser influenciados pelas atitudes, hábitos, valores, sentimentos, e crenças das pessoas, pelas modas, ou seja, são influenciados por todo o estilo de vida da pessoa que é responsável pelo bem-estar biopsicossocial do indivíduo (Ribeiro da Silva, 2002).

Segundo Teixeira (2004) existem inúmeras barreiras à comunicação, sendo que estas podem ter a ver com a transmissão da informação por parte dos farmacêuticos ou outros técnicos de saúde, com o grau de escolaridade dos utentes - ou seja, os utentes podem ter uma baixa literacia de saúde ou alguma limitação de capacidade -, com a própria personalidade, a comunicação afectiva e atitudes dos técnicos de saúde e utentes em relação à comunicação, assimetria na comunicação, estado de cansaço ou de doença, distração e ruído, incompatibilidade de planos, apresentação confusa, utilização de

palavras ambíguas, ausência de recursos de comunicação, valores e crenças de cada pessoa, assim como a sua visão do mundo, classes sociais, papéis desempenhados na sociedade e ainda o próprio *setting* da farmácia.

A linguagem pode colocar à comunicação inúmeras dificuldades, devido a factores como: polissemia, pleonasma, exageros, gírias e também complexidade dos significados (Monteiro *et al.*, 2006). A alusão feita à personalidade do utente inclui o seu estado de espírito no momento de atendimento, bem como a sua educação e adesão, ou não, à terapêutica. Segundo Monteiro (2006) a personalidade, a relação afectiva e as atitudes de ambos os intervenientes pode também contribuir negativamente para a comunicação. Um utente cooperante, educado e, se possível, participativo, facilita o trabalho do farmacêutico e permite um atendimento personalizado. A personalização da informação em saúde permite influenciar o comportamento dos utentes, para que este seja o esperado, aumentando a sua satisfação e economizando tempo (Teixeira, 2004).

O farmacêutico como profissional de saúde de excelência deve focar-se apenas nas suas funções, garantindo que, a partir do momento em que veste a bata, apenas trabalha em prol dos utentes e de um serviço de saúde personalizado, não se deixando afectar por factores externos. A simpatia e a educação devem estar sempre presentes em qualquer atendimento, sendo que as boas práticas farmacêuticas devem sobrepor-se a qualquer problema do foro pessoal. A falta de uma boa comunicação pode comprometer a adesão à terapêutica, bem como a confiança que o utente tem no profissional de saúde. Assim, impõe-se que haja a preocupação por parte do farmacêutico de se fazer entender e de dissipar todas e quaisquer dúvidas que o doente possa ter. O facto de a farmácia se encontrar cheia, bem como a falta de tempo, não devem nunca comprometer um atendimento personalizado. A falta de confiança no farmacêutico, assim como as deficiências físicas e psicológicas, são outros dos factores apontados como condicionantes a uma comunicação considerada eficaz. . É por isso essencial que a informação em saúde seja clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada (Teixeira, 2004).

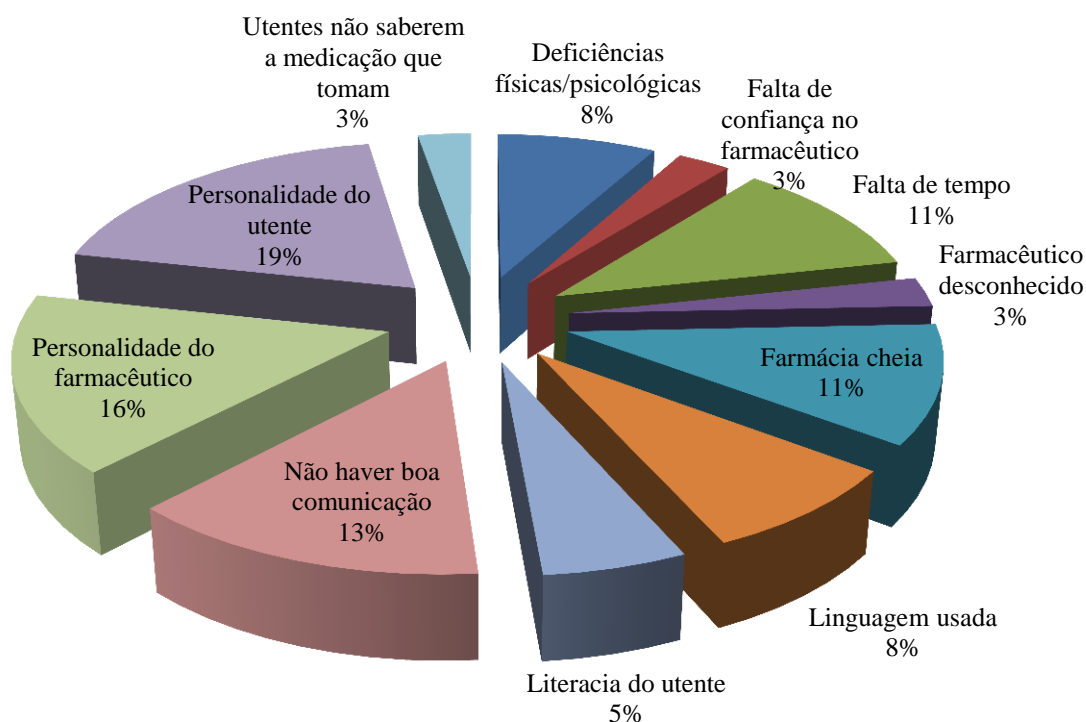


Figura 5: Farmacêuticos - Barreiras à comunicação

Para finalizar a entrevista dos farmacêuticos era-lhes perguntado: “O que considera ser a principal função do farmacêutico ao nível dos cuidados de saúde?”. Nesta questão, as respostas não variaram tanto, sendo que a maioria dos farmacêuticos inquiridos considera que a sua principal função é incrementar a saúde do doente (27%) e esclarecer as suas dúvidas (23%).

Para que seja capaz de desempenhar o seu papel, o farmacêutico deve expressá-lo de forma integrada com a população e com os outros profissionais de saúde, não emprestando a outros, que não tenham a devida formação, o que da sua inteira competência lhe diz respeito, nomeadamente ao nível da optimização da farmacoterapia e do uso racional de medicamentos (Marin, 2002). Para incrementar a saúde do doente, o farmacêutico tem de se certificar de que presta cuidados de saúde personalizados, ao nível das indicações terapêuticas, interacções e também posologia dos medicamentos. Consideram ainda ter um papel fundamental no atendimento ao balcão da farmácia, ao nível dos cuidados farmacêuticos, através da realização de diversos testes, medição da tensão, colesterol, triglicéridos, diabetes e a evitar possíveis erros de prescrição, uma vez que têm uma acção complementar à do médico. Segundo a Organização Mundial de

Saúde, as funções desempenhadas pelo farmacêutico de oficina são: “*informar os pacientes sobre o uso das medicações e ministrar a assistência farmacêutica, acompanhamento e avaliação segundo protocolos terapêuticos, aconselhamento para com os medicamentos prescritos e de produtos medico-farmacêutico, participação de programas em educação para a saúde e colaboração a outros profissionais da equipa de saúde*”.

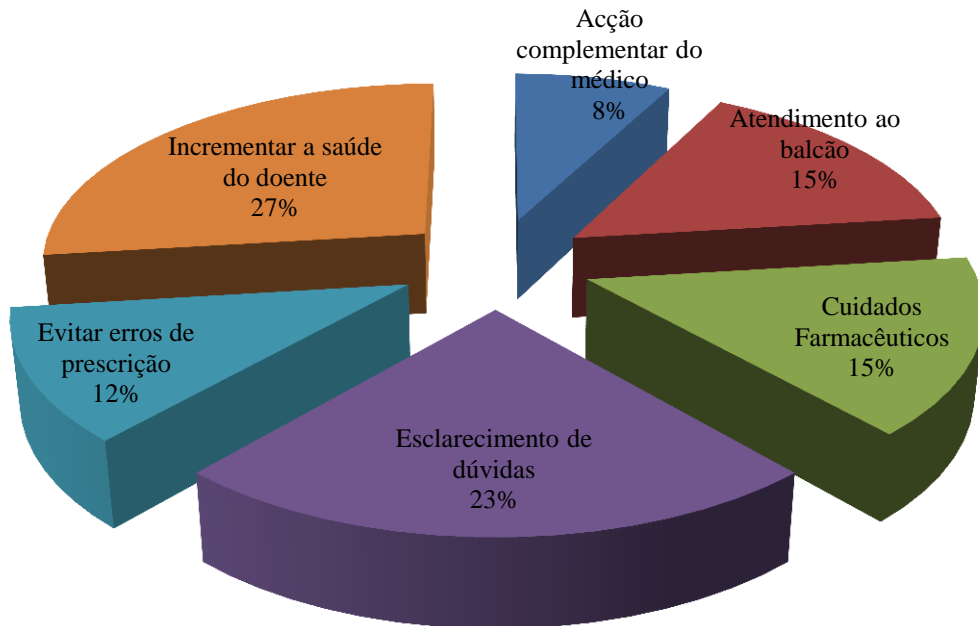


Figura 6: Farmacêuticos - Papel do farmacêutico

4.2 Técnicos de farmácia

Relativamente às entrevistas realizadas aos técnicos de farmácia, começou-se, tal como aos farmacêuticos, por perguntar: “O que é para si uma farmácia com um *setting* de atendimento ideal numa perspectiva doentocêntrica?”. Para os técnicos de farmácia inquiridos, uma farmácia com um espaço ideal é aquela que é espaçosa (20%), atractiva (12%), com balcões individualizados (12%), e com um gabinete de atendimento ao utente (12%). Tal como alguns dos farmacêuticos inquiridos, alguns técnicos também consideram que mais importante que o espaço físico é precisamente a qualidade do atendimento (16%).

Entre farmacêuticos e técnicos, como era expectável, verificaram-se respostas diferentes, tendo sido focados aspectos divergentes. Enquanto os farmacêuticos consideraram imprescindível uma boa iluminação e uma organização de excelência, os técnicos consideraram mais importante o espaço atractivo da farmácia, com balcões individualizados. Como ponto em comum tem-se o atendimento ideal, que ambos consideraram de uma importância extrema. Contudo, o objectivo da questão não passou pela avaliação do tipo de atendimento mas sim do espaço físico e influência do mesmo na dinâmica de funcionamento da farmácia.

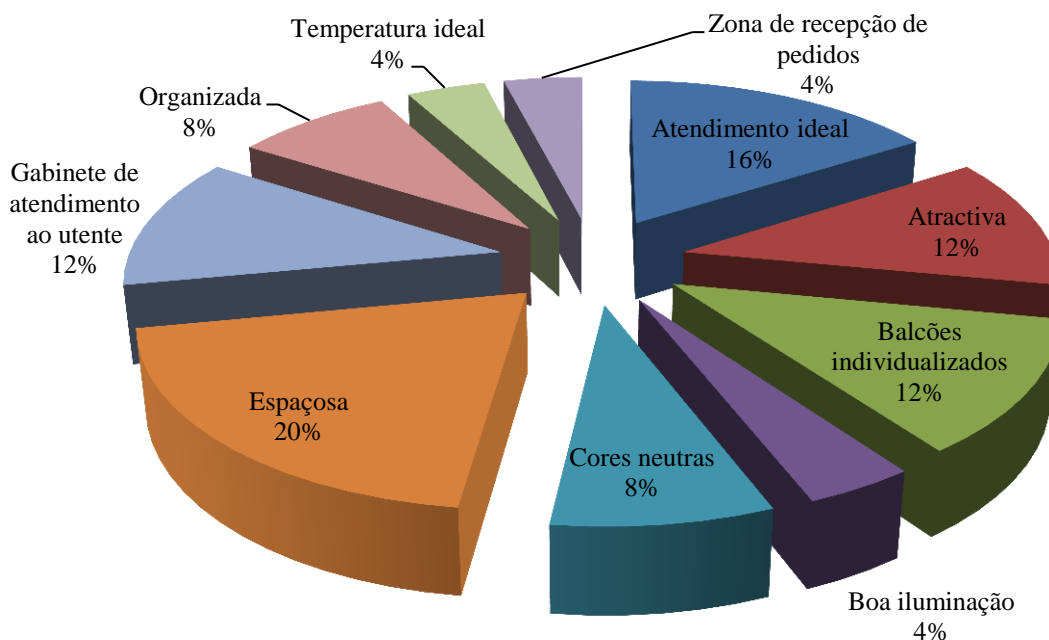


Figura 7: Técnicos de farmácia - *Setting* de atendimento ideal

A segunda questão feita aos técnicos de farmácia foi “Quais as estratégias de comunicação interpessoal mais eficazes no *setting* de atendimento personalizado?”. Para estes profissionais de saúde o aspecto mais relevante é sem dúvida a simpatia (23%). Atender as necessidades dos utentes (15%), esclarecer as suas dúvidas (13%), conhecê-los (10%) e cativá-los (8%) sempre com segurança (8%), são várias das estratégias para uma boa comunicação interpessoal.

Os técnicos de farmácia, tal como os farmacêuticos, deram enorme relevância a conhecer o utente, esclarecer todas as suas dúvidas, e tratá-lo com simpatia. É de

ressalvar que, na opinião dos técnicos de farmácia, é importante cativar o utente e, sobretudo, fidelizá-lo, fazendo-o sentir-se especial, para que escolha aquela farmácia em detrimento de outras.

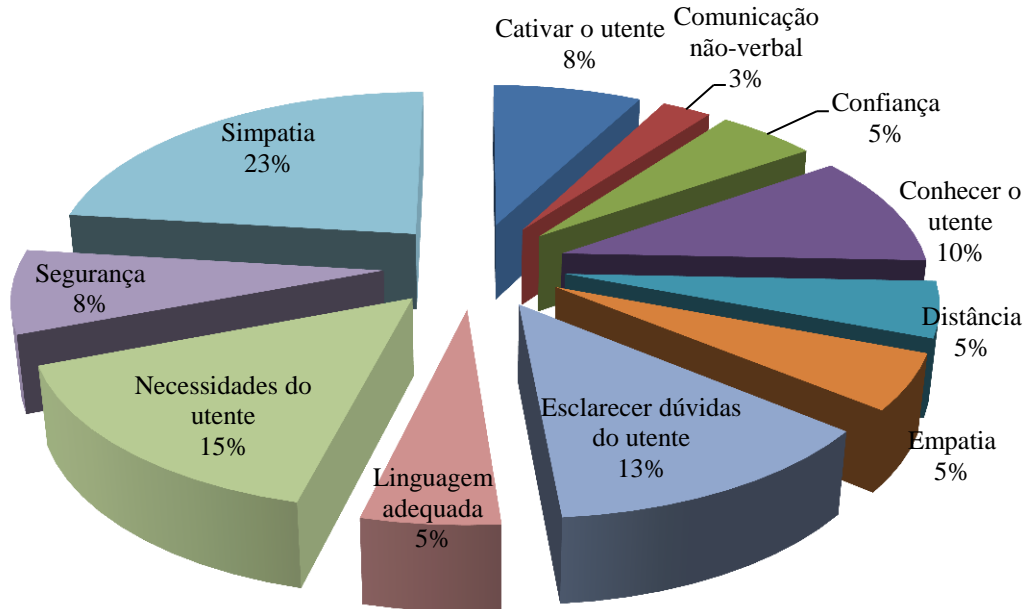


Figura 8: Técnicos de farmácia - Estratégias de comunicação interpessoal

Relativamente ao que os técnicos de farmácia podem fazer para incrementar o contacto personalizado, o principal é adequar o atendimento a cada utente (41%), se possível tratando-os pelo nome próprio (29%), mostrando sempre disponibilidade (12%).

Os técnicos de farmácia consideram bastante importante adequar o atendimento a cada utente, ou seja, transformar o atendimento de acordo com a pessoa que está do outro lado. A disponibilidade é outro dos pontos que foi maioritariamente focado. Estão em consonância com os farmacêuticos quando se referem a tratar os utentes pelo nome, sendo que ambas as classes de profissionais de saúde consideram que esta é uma das principais estratégias para incrementar o contacto personalizado.

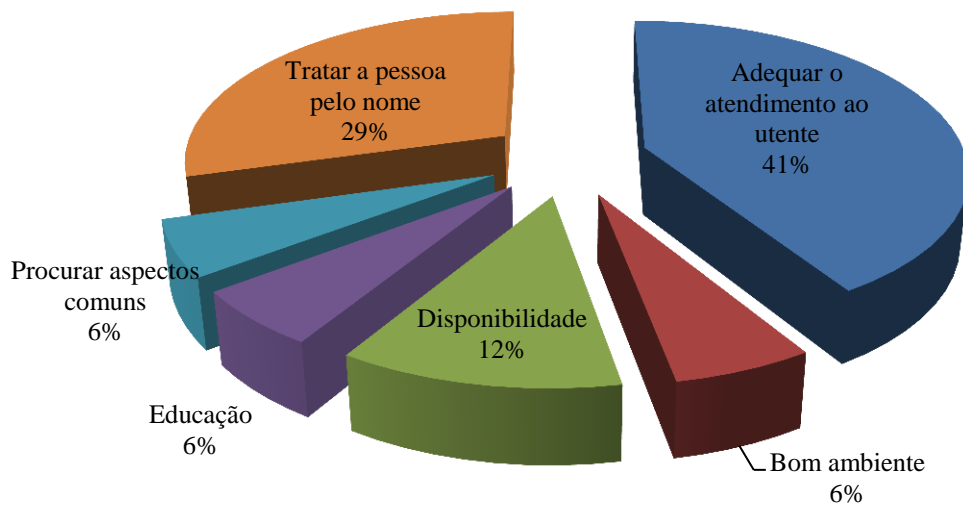


Figura 9: Técnicos de farmácia - O contacto personalizado

A quarta questão dizia respeito aos condicionalismos de uma comunicação considerada eficaz. Estes condicionalismos são vários, sendo que as categorias que apresentam um maior número de referências são a personalidade do utente (31%), não haver uma boa comunicação (27%), e a personalidade do farmacêutico ou de outros profissionais que estiverem a atender (15%). A farmácia cheia e a literacia do utente são outros condicionalismos que dificultam a transmissão da mensagem. Técnicos e farmacêuticos realçaram os mesmos condicionalismos.

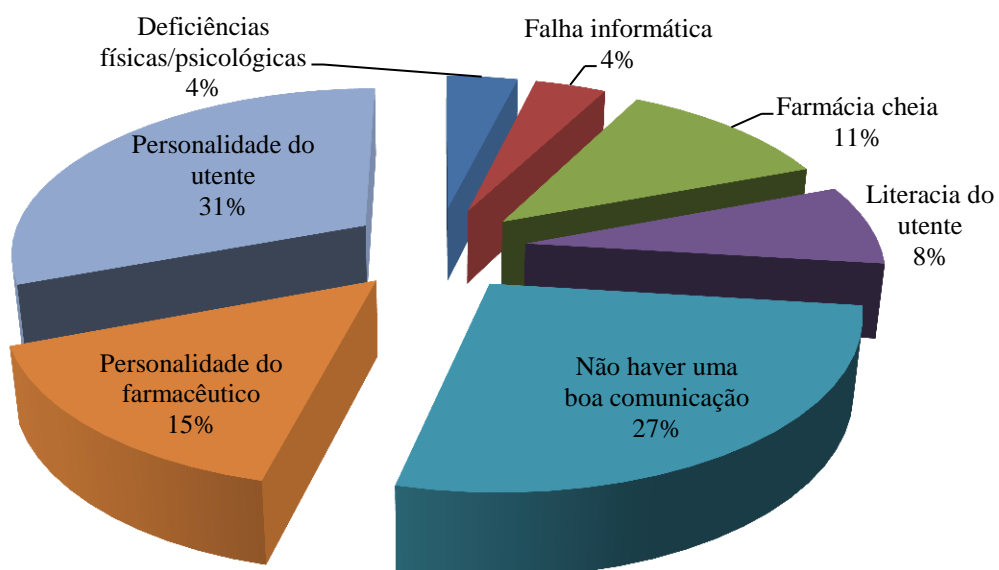


Figura 10: Técnicos de farmácia - Barreiras à comunicação

Para finalizar, foi perguntado aos técnicos de farmácia qual consideravam ser a principal função dos farmacêuticos ao nível dos cuidados de saúde. Em primeiro lugar, consideram esclarecer as dúvidas dos utentes (32%), em segundo atender ao balcão (27%) e em terceiro incrementar a saúde do doente no geral (14%).

Mais uma vez, a opinião de técnicos e farmacêuticos é bastante semelhante, sendo que os principais pontos focados coincidem em ambas as classes de profissionais de saúde. Contudo, os técnicos são mais unânimes na importância dada ao atendimento ao balcão e ao esclarecimento de dúvidas.

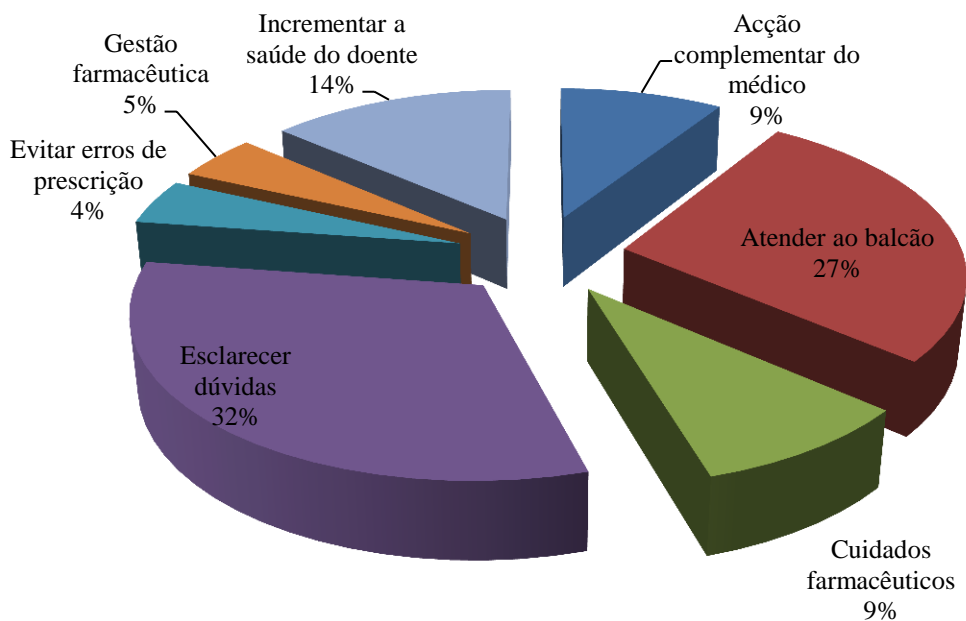


Figura 11: Técnicos de farmácia - Papel do farmacêutico

4.3 Utentes

A primeira pergunta da entrevista realizada aos utentes era “O que é para si uma farmácia com um espaço de atendimento ideal?”. Pretendia-se saber quais os aspectos que os utentes valorizam e reparam quando entram numa farmácia. Para os utentes, o ponto principal é que seja uma farmácia espaçosa (19%) e com um aspecto atractivo no geral (16%). Valorizaram ainda aspectos como a organização, a limpeza, a temperatura da farmácia, as cadeiras de espera e a existência de um sistema de senhas.

O utente normalmente recorre à farmácia por necessidade, ou seja, se tem uma doença aguda ou crónica. Recorre ao médico, o prescriptor e, de seguida, dirige-se à farmácia, ao dispensador, de forma a adquirir os medicamentos e completar o

tratamento. Este ciclo desagradável pode ser atenuado por alguns factores, entre eles a organização da farmácia. É importante que o utente encontre um espaço atractivo, que afaste o pessimismo e a ideia de doença, um espaço onde se sinta confortável e tranquilo.

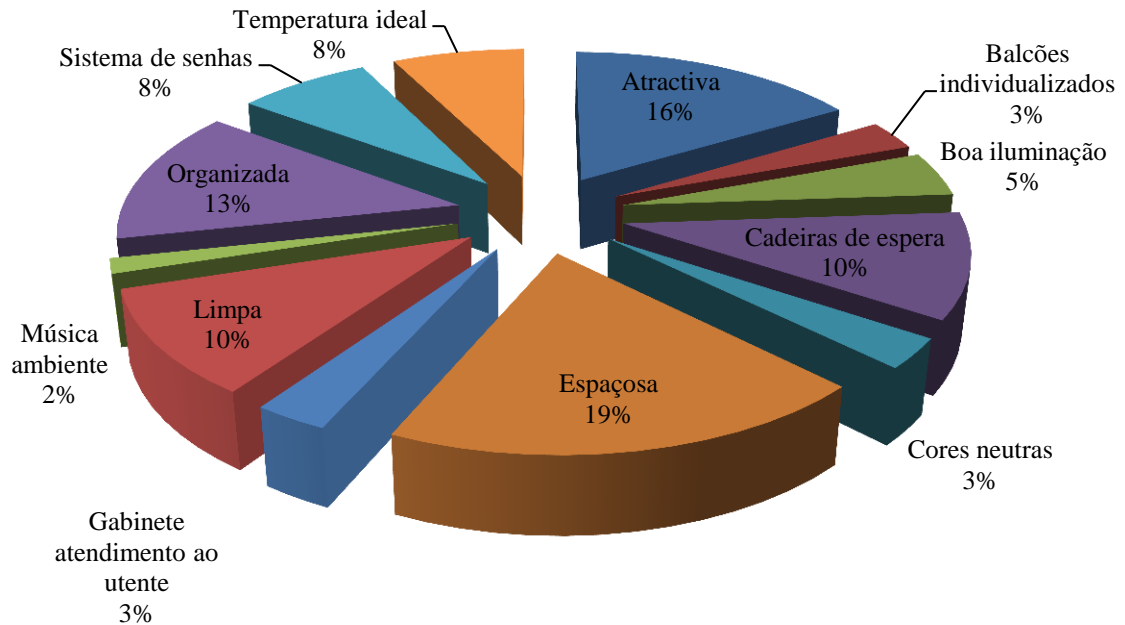


Figura 12: Utentes - *Setting* de atendimento ideal

Com a segunda questão pretendia-se saber o que os utentes gostavam mais ao nível da comunicação quando são atendidos na farmácia. O que valorizam mais é a simpatia dos farmacêuticos ou dos técnicos de farmácia que os atendem (31%), bem como que os profissionais de saúde lhes esclareçam todas as dúvidas (20%). Gostam ainda que os farmacêuticos os conheçam bem (11%) - pois estabelece-se mais facilmente a comunicação, e que atendam a todas as suas necessidades (11%).

Quando o utente é bem recebido na farmácia, com simpatia e educação por parte do profissional de saúde, estabelece-se uma relação de maior proximidade entre eles. Os receios transformam-se em confiança e as dúvidas são esclarecidas, permitindo assim que o doente cumpra o seu tratamento de forma correcta e sobretudo que se sinta parte integrante do mesmo. Conhecer o farmacêutico facilita este processo, tornando mais fácil a exposição de dúvidas e a satisfação de todas as necessidades que o doente possa ter.

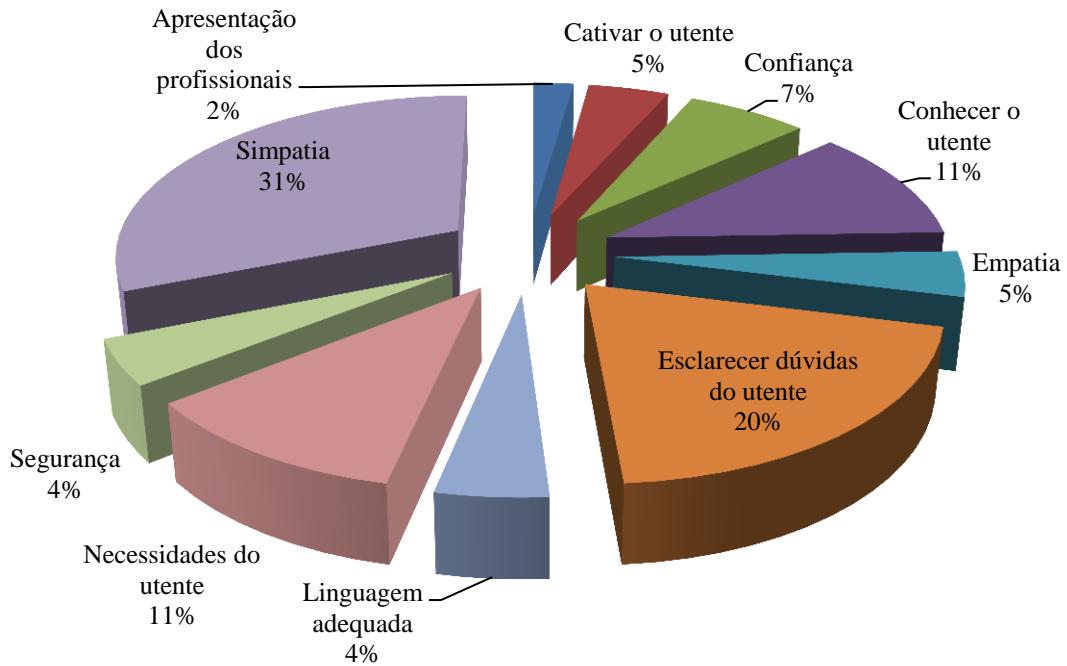


Figura 13: Utentes - Estratégias de comunicação interpessoal

A terceira pergunta efectuada aos utentes tinha como objectivo perceber o que consideram ser o contacto personalizado com o farmacêutico. Para os utentes, o contacto personalizado é quando o farmacêutico adequa o atendimento a cada um (44%), quando trata as pessoas pelo nome próprio (20%), quando sabe a história clínica (18%) e quando fala com educação (15%).

Com a exigência inerente à condição humana, o utente gosta de se sentir especial, de sentir que tem um atendimento diferenciado e adequado aos seus problemas. A farmácia pode ser um local de visita, um subterfúgio para uma solidão que muitas vezes acompanha a idade; para alguns utentes é importante sentir que têm um amigo, alguém que se preocupe com eles, alguém com quem podem contar e sobretudo com quem podem conversar e expor os seus problemas. Outros, por sua vez, associam a farmácia a doença e a burocracia, o que faz com que queiram um atendimento célere sem perguntas e com as explicações estritamente necessárias. Cabe ao farmacêutico identificar o doente e promover uma interacção adequada. Tratar o utente pelo nome, uma acção tão simples que por vezes altera toda a comunicação entre profissional de saúde e utente, é algo bastante apreciado pelos doentes, tal como o conhecimento por parte do farmacêutico da sua história clínica.

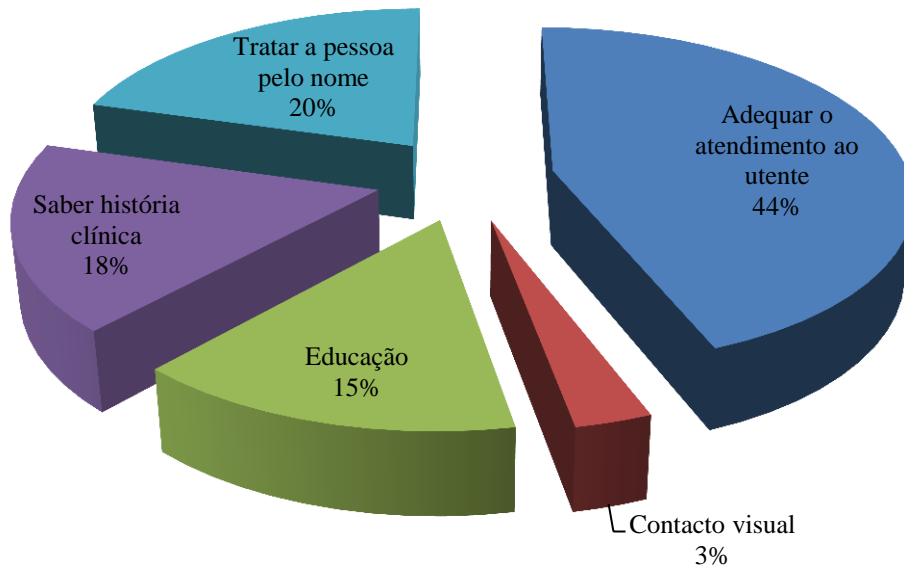


Figura 14: Utentes - O contacto personalizado

Relativamente às dificuldades que os utentes sentem em comunicar com o farmacêutico, os pontos considerados mais relevantes são precisamente a personalidade do farmacêutico (27%) e quando não é possível estabelecer uma boa comunicação (27%). A farmácia estar cheia, com muito ruído (14%), e haver falta de tempo (13%) para o farmacêutico atender correctamente cada utente, também foram apontados como sendo prejudiciais à comunicação.

O farmacêutico deve mostrar-se acessível e disponível para que a comunicação com o utente se estabeleça da melhor forma possível. Mesmo quando a farmácia está cheia, o farmacêutico deve manter-se criterioso e empenhado num bom atendimento, fazendo uma boa gestão do seu tempo. Deve arranjar sempre um equilíbrio entre o tempo que despense em cada atendimento e o tempo que faz os utentes esperarem pela sua vez. O essencial é que, podendo demorar mais ou menos tempo a atender o utente, se garanta que quando este abandona a farmácia sabe tudo o que há a saber sobre os medicamentos que acabou de comprar.

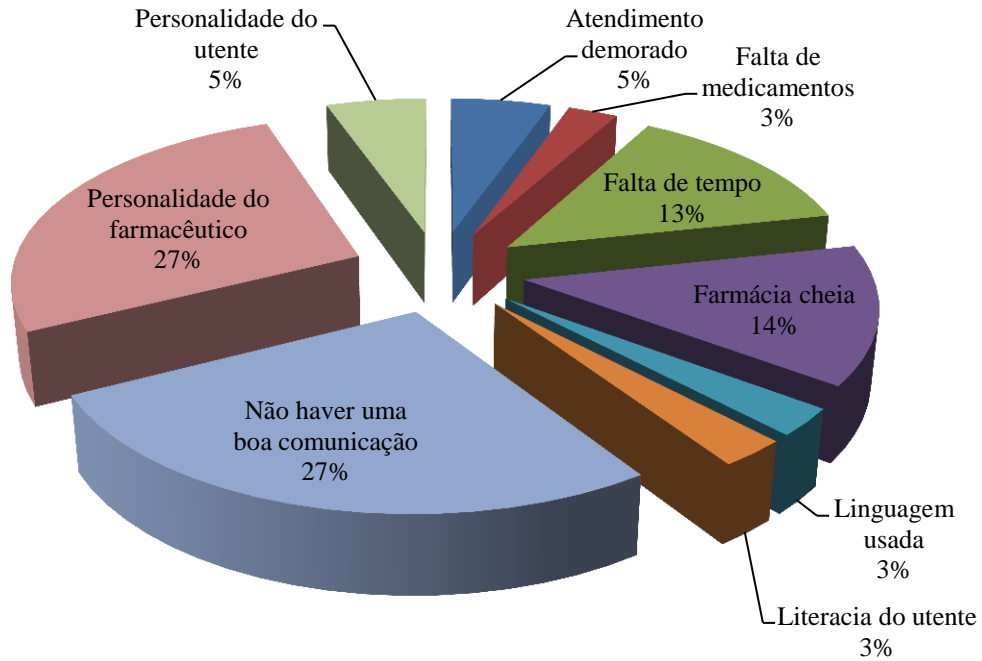


Figura 15: Utentes - Barreiras à comunicação

Por fim, pretendia-se saber qual a opinião dos utentes quanto às funções dos farmacêuticos. A maior parte dos utentes acredita que a função do farmacêutico é incrementar a saúde do doente (35%), estando a atender ao balcão da farmácia (31%). De ressaltar que foi também considerado como tendo uma acção complementar ao médico (17%) e um papel importante no esclarecimento das dúvidas dos utentes (14%).

De uma forma geral, utentes e profissionais de saúde foram unânimes em considerar que a função do farmacêutico tem como principal objectivo incrementar a saúde do doente. A complementaridade terapêutica entre médico e farmacêutico é também um ponto considerado fulcral pela maioria dos utentes entrevistados, sendo que todos ganham com isso, desde o sistema nacional de saúde, que funciona com um maior dinamismo, até ao utente que tem maior confiança nos profissionais de saúde - o que incrementa a adesão à terapêutica.

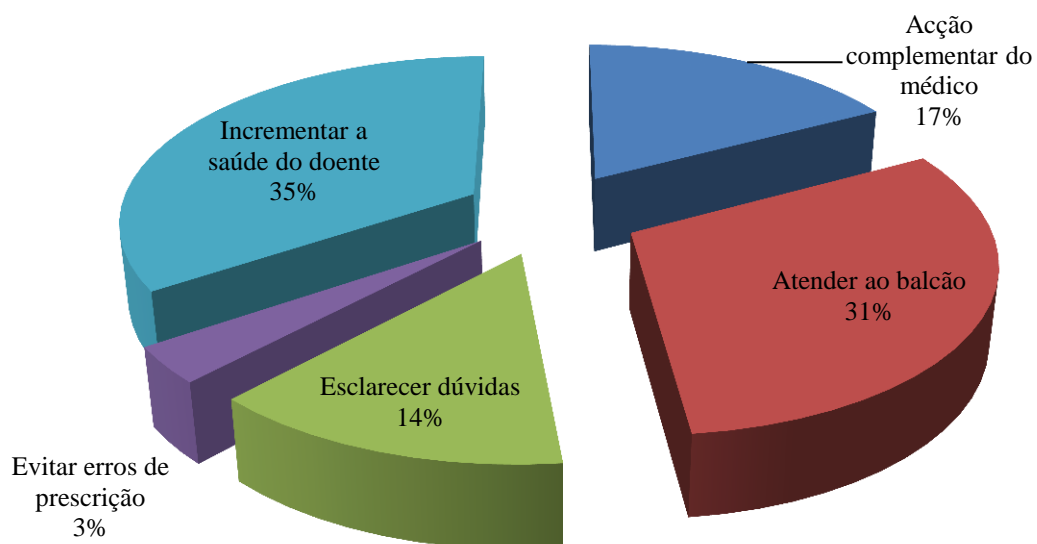


Figura 16: Utentes - Papel do farmacêutico

5. Conclusão

As farmácias comunitárias, tal como as conhecemos actualmente, estão longe de se assemelhar aos relatos das primeiras farmácias que apareceram no século VIII. Nesta época as farmácias eram verdadeiros depósitos de medicamentos, onde o farmacêutico desempenhava um papel fundamental na manipulação em pequena escala de fármacos de origem vegetal e animal, para consumo local e personalizado. Com o evoluir dos tempos, foram inúmeras as alterações existentes no sector da farmácia e do medicamento. Actualmente, a manipulação de medicamentos é quase inexistente nas farmácias comunitárias, sendo concedida mais atenção à dispensa do medicamento, que é o acto profissional no qual o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede os medicamentos aos utentes, acompanhados de toda a informação indispensável para o seu uso correto.

Para que a dispensa do medicamento ocorra da forma mais correcta possível é necessário ter em conta um conjunto de factores essenciais, nomeadamente o *setting* de atendimento ao utente - como ambiente físico e como *setting* psicossocial. O primeiro deve começar do exterior para o interior, através de uma boa acessibilidade e de uma boa iluminação exterior, que permita identificar facilmente a farmácia a uma distância considerável. Relativamente ao interior, a farmácia deve ter um espaço amplo, limpo e com uma organização de excelência; deve também ter uma boa iluminação, uma temperatura ambiente agradável e, se possível, música de fundo. Os equipamentos devem ser modernos e devem permitir um fácil manuseamento por parte dos farmacêuticos. O balcão de atendimento é um dos espaços mais importantes existente na farmácia, sendo que possibilita a interação entre farmacêutico e utente. Devem ser de preferência balcões individualizados, salvaguardando sempre situações em que seja necessária uma maior privacidade. As farmácias devem ainda estar munidas de um gabinete de atendimento ao utente, onde se prestem todos os cuidados farmacêuticos.

O *setting* psicossocial define-se pelo momento crucial no qual se dá a interacção farmacêutico-utente. Para que esta interacção seja possível é necessário que se estabeleça uma boa comunicação. Quer seja através da articulação dos sons emitidos de forma inata - comunicação verbal, quer seja através dos gestos corporais - comunicação não-verbal, espera-se que a mensagem seja bem transmitida, de forma a informar e

influenciar as decisões dos indivíduos, com vista a promover a sua saúde. Infelizmente, a comunicação entre farmacêuticos e utentes nem sempre é eficaz, uma vez que podem surgir barreiras que conduzam à não recepção da mensagem ou à não interpretação correcta da mesma. É então fundamental que o farmacêutico desempenhe correctamente o seu papel, como conhecedor máximo do medicamento, eliminando as possíveis barreiras para se alcançar uma comunicação óptima.

Depois de se analisar as entrevistas realizadas a farmacêuticos, técnicos de farmácia e utentes, foi possível concluir que, apesar de desempenharem papéis diferentes no processo de saúde, as respostas dadas não apresentavam grandes divergências. Relativamente ao *setting* de atendimento ideal, os aspectos mais valorizados foram a organização, uma boa iluminação, uma farmácia atractiva, espaçosa, com balcões individualizados e com um gabinete de atendimento ao utente. As estratégias para uma comunicação interpessoal mais eficaz referidas nas entrevistas foram conhecer o utente, esclarecer as suas dúvidas, e atender todas as suas necessidades sempre com simpatia. Relativamente às estratégias para incrementar o contacto personalizado, os aspectos mais referidos foram conhecer o utente, nomeadamente a sua história clínica e se possível o seu nome, adequar o atendimento ao utente e ser sempre educado.

Os principais condicionalismos a uma comunicação considerada eficaz referidos nas entrevistas foram a personalidade do utente e do farmacêutico e o facto de não se estabelecer uma boa comunicação. Relativamente às principais funções do farmacêutico, ao nível dos cuidados de saúde, os aspectos mais referidos foram incrementar a saúde do doente, através do esclarecimento das suas dúvidas num atendimento ideal. Também foram referidos os cuidados farmacêuticos e a acção complementar do farmacêutico com o médico.

Um *setting* de atendimento ideal, com vista a promover o contacto personalizado entre farmacêuticos e utentes, transporta a farmácia para uma nova realidade como escola promotora para a saúde. A educação para a saúde, a prevenção e a protecção da saúde, são as três principais áreas de intervenção da farmácia nesta nova realidade, que se sobrepõem e se definem como o conjunto dos esforços para aumentar a saúde e reduzir o risco. Apesar do reconhecimento dado a estas três áreas da promoção da saúde, esta não consiste apenas em evitar o risco, mas sim em potenciar os factores

protectores, a promover a organização dos recursos existentes e a criação de novos recursos para melhorar o bem-estar e a sustentabilidade dos processos de tratamento. Da intersecção da educação para a saúde com a prevenção, obtém-se os fundamentos para a tomada de decisão, tendo em conta os factores de risco, os factores protectores e se as medidas preventivas propostas são ou não vantajosas.

Relativamente à intersecção da educação para a saúde com a protecção de saúde, refere-se às acções que pretendem clarificar legislações e normas num contexto global de problemas e valores éticos da sociedade. Já a terceira intersecção diz respeito à prevenção com a protecção da saúde; refere-se às legislações e normas impostas, baseadas no nível de risco ou benefício para a resolução de um problema de saúde (Downie, Tannahill & Tannahill, 2003).

Neste contexto, não se pode descurar o papel fundamental que os farmacêuticos desempenham como promotores de saúde, devendo reconhecer a necessidade de um trabalho anterior de identificação da lógica organizacional das pessoas e das comunidades que dê suporte à acção em promoção da saúde, baseando a sua prática num estado cognitivo que resulta numa intrínseca motivação para a acção, capacidade de auto-gestão das doenças e dos processos terapêuticos (Thomas *et al.*, 1990; Loureiro & Miranda, 2010).

6. Bibliografia

- Aguiar, A. H. (2001). Gerir a farmácia do próximo milénio (2ª ed.). *Lisboa: AJE*.
- Aguiar, A. H. (2004). A farmácia e a comunicação (1ª ed.). *Lisboa: AJE*.
- Aguiar, A. (2009). A Gestão da Farmácia – Ultrapassar os Novos Desafios. *Lisboa: Hollyfar*.
- Basso, P. (2004). A Farmácia e o Medicamento – Uma História Concisa. *Portugal: Clube de colecionador dos Correios*.
- Bécheiraz, P. & Thalmann, D. (1996). A model of nonverbal communication and interpersonal relationship between virtual actors. In *Computer Animation '96. Proceedings*, 58-67. IEEE.
- Blessa, R. (2003). Merchandising no ponto de venda. *São Paulo: Atlas*.
- Bobo, E. (2005). Marketing y Merchandising. *Correo Farmacéutico*, 185, 22-28.
- Carapinheiro, G. (1993). Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares, 100-107. *Lisboa: Afrontamento*.
- Carrasco, N. (2005). Escaparatismo en la Farmacia. *Correo Farmacéutico*, 193, 16-26.
- Corraze, J. (1982). As comunicações não-verbais. *Rio de Janeiro: Zahar*.
- DGS (1998) Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. *Lisboa: Direcção Geral da Saúde*.
- Dias, M. R. (1993a). Uma óptica para a Comunicação. *Divulgação*, nº 28, out, 37-40.
- Dias, M. R. (1993b). Médico-Doente: A Pedagogia da Relação. In *L. S. Almeida & I. S. Ribeiro (Orgs). A organização dos Serviços de Psicologia em Portugal*, 52-60. Convenção da APPORT.
- Dias, J.P.S., (1994a). A Farmácia em Portugal. Uma introdução à sua História. 1338-1938, *Lisboa: Associação Nacional das Farmácias/INAPA*.
- Dias, M. R. (1994b). A desmistificação da «bata branca» na pessoa do doente. *Divulgação, Revista de Enfermagem Oncológica*, nº 30, Abr, 4-8.
- Dias, M. R. (1997). A Esmeralda Perdida: A informação ao doente com cancro da mama. *Lisboa: ISPA*.
- Dias, M. R. (2000). O doente oncológico: Um actor participante. In *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 75-103. *Lisboa: ISPA*.
- Dias, M. R. (2005). Serão os mass media Estrategas de Saúde. (1ªed.). *Lisboa: Climepsi*.

- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. (2003). Health promotion: models and values. *Oxford: University Press*.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician – Patient Relationship. *JAMA*, 267, 16, 2221-2226.
- Fisher, B. A. & Adams, K. L. (1994). Interpersonal Communication: Pragmatics of Human Relationships. *New York, NY: McGraw-Hill*. Cap. 1, Cap. 2, Cap. 5, Cap. 7.
- Hall, E. T. (1986). A dimensão oculta (M. S. Pereira, Trad.). *Lisboa: Relógio D'Água*. (Obra original publicada em 1966).
- Hennessy, S. (2000). Potentially remediable features of the medication – use environment in The United States. *American Journal Health System Pharm.* 57 (6), 543-547.
- Hepler, C. D. (2000). Observations on the conference: A pharmacist's perspective. *American Journal Health-System Pharmacy.* 57 (6), 590-594.
- Kotler, P. (2000). Administração de Marketing. *São Paulo, Prentice Hall*.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). Promover a Saúde: dos fundamentos à acção. *Coimbra: Almedina*.
- Marin, N. (2002). Educação farmacêutica nas Américas. *Olho Mágico.* 9 (1), 41-43.
- Mehrabian, A. (1972). Nonverbal communications. *Aldine-Atherton*.
- Mendes, A. B. F., Borges, I., Oliveira, G. S., Martins, R. S. & Negreiros, R. H. V. (n.d) Farmacêutico: Compromisso com a saúde ou com o comércio?
- Mesquita, R. M. (1997). Comunicação Não-Verbal: Relevância na Actuação Profissional. *Revista Paulista de Educação Física*, 11 (2), 155-63.
- Monteiro, A. C., Caetano, J., Marques, H., & Lourenço, J. (2006). Fundamentos da comunicação (1ª ed.). *Lisboa: Sílabo*.
- Ogden, J. (1999). Psicologia da Saúde. *Lisboa: ISPA*.
- Ordem dos Farmacêuticos (2009). Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (3ª ed).
- Pais Ribeiro, J. L. (1998). Psicologia da Saúde. *Lisboa: ISPA*.
- Pita, J. R. (2007). História da Farmácia. *Minerva Coimbra*.
- Pita, J. R (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. *Periódico do CIEDA e do CIEJD*, ISSN 1647-6336.

Reis & Diniz. P. E. (2009). Reflexões acerca da comunicação enquanto facilitadora da humanização da assistência em saúde. *Revista electrónica de Enfermagem do UNIEURO*.

Ribeiro da Silva, P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In *M. R. Dias & E. Durá (Eds.), Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 190-211). Lisboa: Climepsi.

Schain, W. S. (1980). Patients' rights in decision making: the case for personalism versus paternalism in health care. *Cancer*, 46 (S4), 1035-1041.

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620.

Thomas, K. W. & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: an "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of management review*. 15 (4), 666-681.

Watzlawick & Col. (1976). *A Pragmática da Comunicação Humana*. Capítulo 2. São Paulo: Cultrix,

Wels, A. M. C. (2005). *Estudando a Comunicação Organizacional: Redes e Processos Integrativos*. *Conexão – Comunicação e Cultura*, 4 (7), 73-86.

Anexos

Utentes	Idade	Género	Nome	Gravação
1	49	F	AA	Sim
2	53	F	AT	Sim
3	54	F	AA	Sim
4	78	F	RG	Sim
5	26	M	NS	Sim
6	41	F	CT	Sim
7	54	M	AW	Sim
8	54	F	VS	Sim
9	27	M	LD	Sim
10	55	M	JS	Sim
11	23	F	DS	Sim
12	44	F	AC	Sim
13	82	F	FB	Sim
14	77	F	MF	Sim
15	82	M	AC	Sim
16	54	M	AL	Sim
17	55	F	RM	Sim
18	52	F	EP	Sim
19	63	M	AV	Sim
20	61	M	AA	Sim
Farmacêuticos	Idade	Género	Nome	Gravação
21	24	F	JB	Sim
22	28	F	NC	Sim
23	25	F	MG	Sim
24	56	M	MR	Sim
25	25	F	SR	Sim
26	23	F	JC	Sim
27	23	M	JA	Sim
28	31	F	MG	Sim
29	25	F	VG	Sim
30	29	F	MJ	Sim
Técnicos	Idade	Género	Nome	Gravação
31	37	F	A	Sim
32	28	F	AA	Sim
33	33	F	VP	Sim
34	32	F	VS	Sim
35	30	F	IB	Sim
36	30	F	TA	Sim
37	31	F	SB	Sim
38	37	M	JA	Sim
39	58	F	MH	Sim
40	54	M	LC	Sim

Pergunta 2: Quais as estratégias de comunicação interpessoal mais eficazes no setting de atendimento personalizado?

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	TOTAL
Cativar o utente	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
Comunicação não-verbal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Confiança	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Conhecer o utente	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
Distância	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Empatia	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Esclarecer dúvidas do utente	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	5
Linguagem adequada	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Necessidades do utente	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	6
Segurança	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Simpatia	0	0	1	2	1	0	2	0	1	2	9

Pergunta 3: Como se pode incrementar o contacto personalizado?

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	TOTAL
Adequar o atendimento ao utente	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	7
Bom ambiente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Disponibilidade	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Educação	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Procurar aspectos comuns	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tratar a pessoa pelo nome	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	5

Pergunta 4: Quais são os condicionalismos de uma comunicação considerada eficaz?

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	TOTAL
Deficiências físicas/psicológicas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Falha informática	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Farmácia cheia	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
Literacia do utente	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Não haver uma boa comunicação	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7
Personalidade do farmacêutico	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4
Personalidade do utente	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8

Pergunta 5: O que considera ser a principal função do farmacêutico ao nível dos cuidados de saúde?

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	TOTAL
Acção complementar do médico	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Atender ao balcão	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	6
Cuidados farmacêuticos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Esclarecer dúvidas	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	7
Evitar erros de prescrição	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gestão farmacêutica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Incrementar a saúde do doente	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3

Pergunta 3: O que é para si o contacto personalizado com o farmacêutico?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL	
Adequar o atendimento ao utente	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
Contacto visual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Educação	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	5
Saber história clínica	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	6
Tratar a pessoa pelo nome	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7

Pergunta 4: Quais as dificuldades que sente em comunicar com o farmacêutico?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Atendimento demorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Falta de medicamentos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Falta de tempo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
Farmácia cheia	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5
Linguagem usada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Literacia do utente	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Não haver uma boa comunicação	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10
Personalidade do farmacêutico	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	10
Personalidade do utente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2

Pergunta 5: Para si qual é o principal papel do farmacêutico?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Acção complementar do médico	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
Atender ao balcão	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	9
Esclarecer dúvidas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
Evitar erros de prescrição	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Incrementar a saúde do doente	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	10