

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA**

FRANCISCO ALLISSON DE SOUZA BANDEIRA

ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

CAMPINA GRANDE

2012

FRANCISCO ALLISSON DE SOUZA BANDEIRA

ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profª Drª Lindomar de Farias Belém

Campina Grande

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

B214a Bandeira, Francisco Allisson de Souza.
Atenção farmacêutica à pessoa com deficiência visual.
[manuscrito] / Francisco Allisson de Souza Bandeira. – 2012.
67 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Lindomar de Farias Belém, Departamento de Farmácia.”

1. Atenção farmacêutica. 2. Deficiente visual. 3. Educação em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 615.1

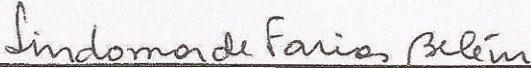
FRANCISCO ALLISSON DE SOUZA BANDEIRA

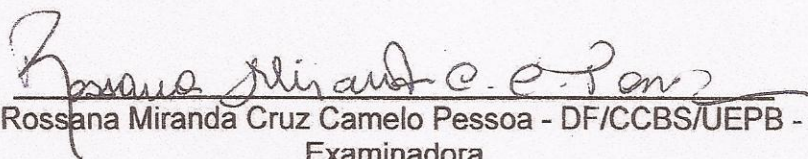
ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

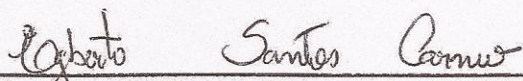
Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em 29 de novembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA


Prof^a. Dr^a. Lindomar de Farias Belém – DF/CCBS/UEPB - Campus I
Orientadora


Prof^a. Dr^a. Rossana Miranda Cruz Camelo Pessoa - DF/CCBS/UEPB - Campus I
Examinadora


Prof. Dr. Egberto Santos Carmo – UAS/CES/UFCG – Campus Cuité
Examinador

AGRADECIMENTOS

A Deus agradeço por mais essa vitória em minha vida, pois só ele é digno de toda honra, glória e adoração.

A minha querida mãe Maria Margarida de Souza, pela dedicação e apoio para a realização dos meus sonhos e por me ensinar o valor e a importância do trabalho.

In memoriam gostaria de agradecer ao meu pai Avaci Alves Bandeira, com quem embora não tenha tido a oportunidade de conviver e aprender com suas experiências, sempre me orgulhei pelo homem que foi.

Ao meu Avô In memoriam, Antônio Vicente Filho que me amou, me protegeu até seus 92 anos de vida e foi o meu maior exemplo de paciência, compaixão e generosidade.

A minha tia Maria Geresa que foi minha maior inspiração, por todo o seu carinho e apoio incondicional para a realização dos meus sonhos e por todas as suas orações durante minha vida acadêmica.

Aos meus avós Francisca Judite de Souza, João Bandeira Neto e Alzira Alves Bandeira, por todo o amor e compreensão.

A todos os meus tios (as), primos (as) pelo amor e apoio de sempre.

Ao Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste da cidade de Campina Grande por todo o apoio na realização deste trabalho, em especial a Coordenadora Pedagógica Maria do Socorro Queiroz Araújo e ao Presidente Antônio José de Oliveira.

A Universidade Estadual da Paraíba e a Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), pelo apoio acadêmico à realização deste trabalho.

A Professora Doutora Lindomar de Farias Belém pela orientação deste trabalho e por acreditar na minha ideia e no meu potencial em um momento em que nem eu acreditava mais, a minha eterna gratidão.

Aos meus queridos amigos, de perto e de longe, pelo carinho, compreensão e grande ajuda.

“Ver bem não é ver tudo: é ver o que os outros não veem”

(José Américo de Almeida)

ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

BANDEIRA, Francisco Allisson de Souza

Orientadora: Lindomar de Farias Belém

allisson_bandeira@hotmail.com

RESUMO

A atenção farmacêutica é um conceito de prática profissional desenvolvida dentro do contexto da assistência farmacêutica e tem o paciente como foco principal dentro de suas ações de promoção a saúde, bem estar e uso racional de medicamentos. O principal objetivo desta pesquisa foi obter informações sobre as pessoas com deficiência visual para com isso estabelecer metas de práxis profissional para o farmacêutico que lida com a assistência e atenção farmacêutica. A pesquisa teve caráter bibliográfico, exploratório e de campo, com abordagem quali-quantitativa e natureza exploratória, foi realizado no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste na cidade de Campina Grande, com 25 indivíduos. Foi constatado que o universo estudado tem pouco acesso a informação independente e dificuldade de comunicação com os profissionais que lidam com a saúde e foi visto que para uma melhor atenção do farmacêutico para com a pessoa com deficiência visual esse profissional ainda tem que aprimorar as suas habilidades de comunicação e colocar as necessidade emocionais e sociais destas pessoas em igual importância as suas necessidades clínicas e elaborar metodologias de educação em saúde para que essa comunicação seja mais efetiva.

Palavras chave: atenção farmacêutica, deficiência visual, educação em saúde.

PHARMACEUTICAL CARE TO THE PERSON WITH VISUAL IMPAIRMENT

BANDEIRA, Francisco Allisson de Souza

Belém, Lindomar de Farias

allisson_bandeira@hotmail.com

ABSTRACT

Pharmaceutical care is a concept of practice developed within the context of pharmaceutical care and the patient is like its principal focus in health promotion activities, wellness and rational use of drugs. The main objective of this research was to obtain information about people with visual impairments to set goals with that of professional practice for the pharmacist who deals with the care and pharmaceutical care. The research was bibliographical, and exploratory field, with qualitative and quantitative approach and exploratory nature, was conducted at the Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do nordeste from Campina Grande, with 25 subjects. It was found that the studied universe has little access to independent information and communication difficulties with professionals who deal with health and was seen as a better attention to the pharmacist for the person with a visual impairment that professional has yet to hone their skills communication and place the emotional and social needs of these people equal weight in their clinical needs and develop methodologies for health education that communication is more effective.

Keywords: pharmaceutical care, visual impairment, health education.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Faixa etária da perda da visão.	34
Tabela 2 – Conhecimento da RDC 47/09.	36
Figura 1 – Prevalência da deficiência visual por gênero.	32
Figura 2 – Faixa etária dos sujeitos pesquisados.	33
Figura 3 – Nível de escolaridade.	34
Figura 4 – Causa da perda da visão.	35
Figura 5 – Domínio do sistema Braille.	36
Figura 6 – Local de armazenamento domiciliar dos medicamentos dos sujeitos pesquisados.	37
Figura 7 – Automedicação.	38
Figura 8 – Perfil da automedicação por classe terapêutica/farmacológicas.	39
Figura 9 – Frequência de visitas ao médico.	40
Figura 10 – Acompanhantes dos entrevistados nas visitas ao médico.	41
Figura 11 – Forma de obtenção dos medicamentos dos sujeitos pesquisados.	42

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	09
2.	OBJETIVOS	11
	2.1 Objetivo Geral.....	11
	2.2 Objetivos Específicos.....	11
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
	3.1 Princípios fundamentais sobre deficiência e sua definição.....	12
	3.1.1 Modelo Médico de deficiência.....	13
	3.1.2 Modelo religioso ou de caridade de deficiência.....	14
	3.1.3 Modelo social de deficiência.....	15
	3.2 Incidência ou Epidemiologia.....	16
	3.3 Considerações sobre a deficiência visual.....	16
	3.4 A deficiência visual e suas dificuldades	29
	3.5 Legislação.....	20
	3.6 O Braille.....	21
	3.7 O Instituto de educação e assistência aos cegos de Campina Grande.....	22
	3.8 A atenção Farmacêutica.....	23
	3.9 Eventos adversos a medicamentos.....	27
4.	METODOLOGIA	39
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
6.	CONCLUSÕES DE SUGESTÕES	43

REFERÊNCIAS

ANEXO

APÊNDICES

1. INTRODUÇÃO

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (2004) noticiou a existência de 37 milhões de pessoas com deficiência visual no mundo, dos quais por volta de 82% tinham 50 anos ou mais. Existe uma grande discrepância entre a quantidade de pessoas com deficiência visual e a produção literária no campo da atenção farmacêutica voltada para esse público.

Para um vidente o mais próximo que se pode chegar para o entendimento do que é ter uma deficiência visual é fechar os olhos momentaneamente e, em função disso enfrentar uma série de dificuldades (MORAES, 2008).

“A situação de ficarmos momentaneamente privados da visão é sem dúvida traumática e perturbadora. (...). E acreditarmos ser este o constante dos sujeitos cegos” (AMIRALIAN, 1997: 22 apud MORAES, 2008).

Em muitas culturas a visão perfeita era sinônimo de sabedoria, permanecendo este conceito difundido na sociedade até os dias de hoje. São termos como “evidente”, “sem sombra de dúvidas” ou “esclarecer” que evocam que o conhecimento verdadeiro equivale a visão perfeita (CIRLOT, 1984).

Em 1999 foi descrito por Heppler e Strand, o conceito de atenção farmacêutica como a prestação responsável de cuidados integrais relacionados com a medicação tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

A prática da atenção farmacêutica, ainda é um exercício utópico no nosso país. Apesar de não ser a área de trabalho comumente escolhida pelos farmacêuticos, esse profissional deve estar preparado e armado de conhecimento e sabedoria para portar-se no momento em que lhe for solicitado o serviço de atenção farmacêutica.

Este trabalho se justifica pela necessidade de buscar conhecimento sobre esse público específico e dessa forma levar conhecimento aos farmacêuticos, de como prestar um serviço de atenção farmacêutica e educação em saúde de qualidade.

As pessoas com deficiência visual também serão beneficiadas, pois dessa forma poderão usufruir um serviço de atenção farmacêutica e informações sobre seu

estado de saúde, sendo um serviço personalizado para suas necessidades, dessa forma otimizando a sua farmacoterapia e melhorando sua saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Prestar o serviço de atenção farmacêutica as pessoas assistidas pelo Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste na cidade de Campina Grande PB, assim como seus funcionários com deficiência visual e definir as suas necessidades e dificuldades em relação aos cuidados com sua saúde, tratamento farmacoterapêutico e educação em saúde.

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar o nível de conhecimentos dos indivíduos estudados dos seus direitos frente as suas dificuldades ao acesso à informação sobre seus medicamentos e ao seu estado de saúde;
2. avaliar os conhecimentos das pessoas com deficiência visual sobre seus medicamentos de uso contínuo e esporádicos;
3. verificar a forma de armazenamento dos medicamentos.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Princípios fundamentais sobre deficiência e sua definição

Portadores de deficiência, pessoas portadoras de deficiência, portadores de necessidades especiais ou simplesmente deficientes? A forma pela qual se qualifica alguém que possui uma deficiência tem evoluído com o tempo e o significado de cada termo está relacionado com os valores e costumes vigentes na sociedade em uma determinada época ou região (SASSAKI, 2003).

Para o senso comum, há muitas formas de adjetivar uma pessoa com deficiência, de acordo com o modelo que se tem em mente. Porquanto, segundo Ribas (1985, p.7) “as palavras são expressões verbais criadas a partir de uma imagem que a nossa mente constrói”.

No Brasil é evidente a evolução terminológica quando se trata de adjetivar as pessoas ditas especiais. Podemos lembrar em ordem cronológica dos seguintes termos: inválidos, incapacitados, defeituosos, pessoas deficientes, pessoas portadoras de deficiência, pessoas com necessidades especiais, pessoas especiais, pessoas com deficiência, portadores de direitos especiais; até que finalmente houve um consenso entre os movimentos mundiais de pessoas com deficiência, onde foi acordado que os mesmos preferiam ser chamados de pessoa com deficiência em qualquer lugar do mundo e em qualquer idioma (SASSAKI, 2003).

Em todo o mundo é evidente a tendência de não mais usar a palavra portador para referir-se a pessoas com deficiência, pois eles de forma alguma portam a sua deficiência, visto que o significado da palavra portar está relacionado a levar, conduzir ou carregar e dessa forma alguém não pode portar uma deficiência como porta um objeto qualquer, visto que portar algo, é opcional, e quem tem uma deficiência não tem a opção de não porta-la.

Na pesquisa e na prática da área da deficiência existem imprecisões de conceitos, com variações relacionadas a diversos modelos de deficiência, resultando em dificuldades e divergência por profissionais da área da saúde que lidam com pessoas (MARIA et al, 2000).

A maior contribuição feita pelas pessoas com deficiência para compreensão de sua situação tem sido a descrição e desenvolvimento dos três modelos de

deficiência. Estes são estruturas que ajudam a explicar as maneiras pelas quais a sociedade reage frente à deficiência e rever a adequações de suas responsabilidades (HARRIS; ENFIELD, 2003).

3.1.1 Modelo Médico de deficiência

Este modelo tem origem na profissão médica e torna-se perceptível o interesse na doença e na forma em que isto produz algum grau de incapacidade, reduzindo a deficiência à categoria de doença corporal focando seus cuidados e intervenções no paciente, e não na pessoa (SAMPAIO; LUZ, 2009).

O modelo médico tende a ver a pessoa com deficiência em primeiro lugar como tendo um problema físico à ser curado, dessa forma sendo relegados ao papel passivo do paciente que está em busca de uma cura, que muitas vezes é demorada, dolorosa e desnecessária. Neste modelo cabe à equipe multiprofissional definir as necessidades e as intervenções capazes de diminuir o impacto negativo da deficiência, essa equipe também é incumbida de tomar decisões sobre doenças que não estão relacionadas à incapacidade (HARRIS; ENFIELD, 2003).

O discurso biomédico parte de uma concepção naturalista da incapacidade, tendo como foco central o corpo deficiente ou uma disfunção em alguma parte do corpo (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Esta abordagem percebe a deficiência como um problema localizado em um indivíduo com deficiência, este indivíduo por sua vez é quem deve ser mudado, e não a sociedade e (ou) o ambiente a sua volta. As pessoas com deficiência precisam de serviços especiais, tais como sistemas de transporte especial e assistência social. É para isso que existem instituições especiais, por exemplo, hospitais, escolas especiais ou empregos protegidos, cabendo aos profissionais como assistentes sociais, profissionais da saúde, terapeutas, professores de educação especial decidir e oferecer tratamento especial, educação especial e ocupações especiais (HARRIS; ENFIELD, 2003).

3.1.2 Modelo religioso ou de caridade de deficiência

Uma visão misericordiosa foi amplamente difundida pelos cristãos na Idade Média, refletindo na criação de institutos ou casas de assistência, com características próprias do regime servil que vigorava durante o feudalismo. Com o renascimento, este modelo abre espaço para visão profissionalizante e integrativa das pessoas com deficiência (FEIJÓ, 2002).

De acordo com Harris e Enfield (2003), em Kosovo a deficiência é tradicionalmente interpretada de acordo com crenças religiosas, onde os deficientes são segregados devido a crença de que essas pessoas foram punidas por Deus por pecados cometidos por si em vidas passadas ou pelos seus familiares. Ter um parente com deficiência é uma fonte de vergonha para a família. A deficiência pode danificar as perspectivas de casamento de um irmão não-deficiente, especialmente das irmãs, conseqüentemente, algumas famílias mantêm seus parentes excepcionais escondidos da sociedade, podendo ocorrer casos de isolamentos em quartos e até acorrentamentos.

A crença nos espíritos maléficos ou benévolos atuando como causa do comportamento desviante ou explicação para um caso de deficiência evidenciou-se desde os primórdios da história escrita (TELFORD; SAWREY, 1988). A prova disto está na bíblia, onde Jesus fala do cego de nascença: “Nem ele pecou, nem seus pais, mas isto se dá para que as obras de Deus nele sejam manifestadas” (JOÃO, capítulo 9).

A substituição das explicações sobrenaturais pelas explicações naturalistas foi um processo lento, mesmo assim hoje ainda incompleto (TELFORD; SAWREY, 1988).

Este modelo compreende as pessoas com deficiência como vítimas de algum comprometimento e ou como beneficiários da caridade, para qual devem ser gratos. As pessoas com deficiência são vistas como indivíduos sofridos a serem lamentados e cuidados. Ao mesmo tempo essas pessoas podem achar que possuem, poucas opções, sem meios de acesso e aconselhamento relevante, e sem o poder de decisão sobre como poderiam ser melhores assistidos. (HARRIS; ENFIELD, 2003).

É importante registrar que nem todas as sociedades discriminaram as pessoas com deficiência, uma vez que para elas as deficiências não representavam uma ameaça ou fonte de vergonha.

É o caso, por exemplo, dos Hindus, que consideravam “os cegos pessoas de sensibilidade interior mais aguçada, justamente pela falta da visão, e estimularam o ingresso destes deficientes nas funções religiosas”, ao contrário, os Hebreus entendiam a deficiência “como uma punição divina, e por isso, a pessoa estava terminantemente proibida de ter acesso à direção dos serviços religiosos” (FEIJÓ, 2002, p.28-31).

3.1.3 Modelo social de deficiência

Este modelo reconhece que a pessoa com deficiência é igual a outra que esteja lutando contra injustos obstáculos, atitudes da sociedade. Tem ênfase na responsabilidade da sociedade ao invés do problema da pessoa com deficiência. (MACIEL, 2007).

O modelo social vê o deficiente como um cidadão comum, e este cidadão não precisa se adequar ao meio, e sim a sociedade que deveria mudar para inserir a pessoa com deficiência no convívio, para que dessa forma seus direitos sejam cumpridos, tais como: acesso a educação, saúde, reabilitação e acessibilidade (FEIJÓ, 2002).

Adotar o modelo social de deficiência não significa rejeitar qualquer forma de assistência médica, reabilitação, ou ajuda de terceiros, mas isso muda a forma pela qual os serviços e assistências prestados devem ser realizados, colocando-os no contexto da vida das pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência necessitam basicamente das mesmas coisas que as pessoas que não tem deficiência: vida, amor, educação, emprego, participação ativa na sociedade, acesso adequado a serviços de saúde e reabilitação quando necessário, como de direito, algum grau de escolha e controle sobre a sua vida (HARRIS; ENFIELD, 2003)

3.2 Incidência ou Epidemiologia

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% da população é portadora de algum tipo de deficiência. (ESTATUDO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 2003).

Ao fim do Censo de 2000, foi evidente uma grande quantidade de pessoas com algum grau de deficiência no Brasil. Foi averiguado que aproximadamente, 24,6 milhões de pessoas, ou 14,5% da população total apresentaram-se com algum tipo de incapacidade ou deficiência, sendo que 16,6 milhões de pessoas responderam ter algum grau de deficiência visual e quase 150 mil declararam-se cegas. (Censo IBGE, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que, anualmente cerca de 500.000 pessoas ficam cegas no mundo. Destas, 70 a 80% morrem durante seus primeiros anos de vida em decorrência de doenças associadas a sua condição visual (BRITO; VEITZMAN, 2000).

A proporção de pessoas com deficiência aumenta com a idade, passando de 4,3% nas crianças até 14 anos, para 54% do total de pessoas com idade superior a 65 anos. Visto que a população idosa do país vem aumentando com o tempo e com isso vem crescendo cada vez mais a proporção de pessoas com deficiência (Censo IBGE, 2000).

Em 1992, a OMS estimava em 1,5 milhões de pessoas com deficiência visual menores que 16 anos no mundo e 90% dessa estimativa viviam em países em desenvolvimento (BRITO; VEITZMAN, 2000).

De um total de 16,6 milhões de pessoas que possuem alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar, pouco mais de 13 milhões habitam na zona urbana, enquanto quase 3,5 milhões vivem na zona rural. Os homens predominam nos casos de deficiência auditiva enquanto as mulheres predominam nos casos de deficiência visual (Censo, 2000, IBGE).

Estudos Populacionais indicam baixa prevalência da cegueira infantil, de 0,2 a 0,3 por 1000 crianças em países desenvolvidos e de 1,0 a 1,5 por 1000 crianças em países em desenvolvimento (BRITO; VEITZMAN, 2000)

Considerando a população de pessoas com 10 anos de idade ou mais, há um total de aproximadamente 23,5 milhões de pessoas que possuem algum tipo de deficiência entre as incapacidades pesquisadas no censo de 2000, desse total, pouco mais de 9 milhões de pessoas estão trabalhando, enquanto 14,4 milhões não estão inseridas no mercado de trabalho. Dos nove milhões de pessoas que estavam trabalhando no período da pesquisa, quase 6,6 milhões eram classificados como: incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar, já os

classificados como: incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir ocupavam algo em torno de 1,8 milhões de vagas de emprego. Com esses dados, pode-se concluir que a inserção da pessoa com deficiência visual no mercado de trabalho é bem mais fácil com relação a uma pessoa com deficiência auditiva. (Censo, 2000, IBGE).

3.3 Considerações sobre a deficiência visual

De acordo com Telford e Sawrey (1988) a visão é um dos sentidos que nos ajuda a compreender o mundo a nossa volta e ao mesmo tempo nos dá significados, conceitos e idéias para objetos. A comunicação visual se dá por meio de imagens e elementos visuais relacionados. Enquanto o neurocientista Oliver no documentário (JANELA DA ALMA, 2001) define a visão de uma forma mais abrangente dizendo que: O ato de ver e de olhar não se limita a olhar para fora, não se limita a olhar o visível, mas também o invisível. De certa forma é o que chamamos de imaginação.

Antes de introduzir qualquer conceito ou explicação sobre a cegueira ou deficiência visual é importante esclarecer a diferença entre esses dois termos, geralmente a classificação tem sido feita de acordo com a acuidade visual, sendo dessa forma, a pessoa cega, aquele que tem uma perda ou redução da capacidade visual, com caráter definitivo, já os deficientes visuais são todos aqueles que possuem alguma incapacidade de enxergar, seja total ou somente com visão subnormal, que pode ou não ser revertido através de cirurgia ou qualquer outra forma de correção. As causas da deficiência visual podem ser congênitas ou adquiridas, e nas crianças é identificada através da observação de alguns sinais, como: desvio de um dos olhos, não seguimento visual de objetos, não reconhecimento visual de pessoas ou objetos, baixo aproveitamento visual e atraso no desenvolvimento (TELFORD; SAWREY, 1988).

De acordo com estudo empíricos, a visão seria responsável, hoje em dia, por algo em torno de 75% a 80% de tudo que é percebido pelo homem (AMIRALIAN, 1997; SANTAELLA, 1998).

A primeira e imediata conclusão a que se costuma chegar diante disso, é que tal dominância por um sentido sobre os outros deve ter sido e estar sendo devida ao fato de que poderosos meios ou extensões do sentido visual foram historicamente criados, tais como

telescópios, microscópios, radares, todos os aparelhos da mesma família da fotografia [...] (SANTAELLA, 1998: 11-12 apud MORAES, 2008).

A percepção visual humana vai além da mera tradução da luz refletida pelos objetos realizada na mente: ela envolve um arcabouço de experiências, algo como uma biblioteca cognitiva, cujo papel será exatamente conferir significado ao que é visto, ou seja, apesar dos homens partilharem do mesmo aparato visual, fisiológica e anatomicamente, em função de nuances culturais e repertórios imagéticos heterogêneos, eles terão distintas compreensões das imagens captadas por esse sistema (SOLSO, 1994).

Assim como o mundo, as sociedades que nos cercam e as estruturas urbanas são feitas por pessoas ditas normais para pessoas supostamente normais, sendo dessa forma a sociedade eminentemente visual, a TV, o cinema, o teatro, as vitrines das lojas, as ruas inacessíveis, tudo feito para os olhos, esse fato ajuda a hipertrofiar a visão, deixando todos dependentes desse sentido e estimulando o homem a “esquecer” ou diminuir os demais, que parecem não ter a mínima importância. Desse fato ocorre o estereótipo de que os cegos possuem uma maior capacidade de ouvir, mas o que realmente acontece é: os que enxergam não utilizam a sua capacidade total de ouvir. A hipertrofia de um dos sentidos dificulta a vida das pessoas que perderam esse sentido depois de um bom tempo de vida, deixando-os revoltados e dessa forma criam uma maior resistência para se adaptarem a sua nova realidade (MILLECCO, 2004).

O primeiro sentido despertado pela criança em seu processo de aprendizagem é a consciência tátil. O mundo, nessa fase inicial, é também percebido por meio do olfato, audição, paladar, ou seja, através de uma múltipla interação com o ambiente em seu entorno. Esses sentidos, todavia, são logo superados pela capacidade de ver e, sobretudo, compreender através de termos imagéticos a realidade (DONDIS, 2000).

Ao longo dos tempos, a sociedade tem tratado a pessoa com deficiência visual como um excepcional para mais ou para menos, gerando expectativas junto a essas pessoas, que podem frustrar-se por não conseguirem suprir essas expectativas, por exemplo, é comum pensar que alguém por não possuir a visão conseqüentemente será um bom músico ou possui uma extraordinária capacidade de ouvir, estes são estereótipos criados pela sociedade por não entenderem que

essas pessoas são humanas como todos, com talentos, capacidades e incapacidades, assim como os demais. O cego ser tratado como excepcional para mais ou para menos é um fato histórico, na Grécia o cego era tido como um oráculo ou adivinho, constata-se nas tragédias gregas de Ésquilo: o cego Tirésias que adivinhava o futuro e profetizava. Em outros países o cego era considerado como uma espécie de bobo da corte que deveria divertir os reis ou era tido como um astrólogo. Os povos árabes, por sua vez, antes do Islã, tapavam os olhos quando passavam por um cego para evitar contrair a cegueira. De acordo com o Talmude, a doutrina judaica (apud MILLECCO, 2004, p.21) “Quando te encontrares com um cego, faze por ele a oração que se faz por um parente próximo falecido”. Qual será a situação atual? Hoje o problema não é diferente, estamos em pleno século XXI, onde a revolução tecnológica é eminente, onde a engenharia genética, estudos com células tronco, física quântica, robótica descortinam para a humanidade horizontes nunca antes vislumbrados pelas pessoas, mas o preconceito continua visível na sociedade (MILLECCO, 2004).

3.4 A deficiência visual e suas dificuldades

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência visual é a locomoção independente. O cego necessita usar outros sentidos para tornar a locomoção possível, tais como a audição e o tato através do uso da bengala, sentidos esses não utilizados por videntes com esta finalidade (NASCIMENTO; MARQUES, 2008).

A visão nos fornece informações importantes que nos orienta em relação a distância, direção e orientação espacial, como: o movimento, cor brilho, contraste profundidade e perspectiva, sendo que essas informações estão envolvidas na mobilidade das pessoas dotadas de visão, sendo a causa mais óbvia da limitação da pessoa desprovida de visão, a incapacidade de ver objetos mais distantes ou mesmo obstáculos mais próximos, como um buraco na rua (OMENA, 2009).

As limitações na mobilidade da pessoa sem visão é a principal dificuldade, quando se trata de obter informações sobre a sua saúde e seus medicamentos, e resulta em uma diminuição na frequência das visitas ao médico e as idas a farmácia, diminuindo o cuidado com sua saúde (NASCIMENTO; MARQUES, 2008).

3.5 Legislação

Durante o século XIX, o movimento eugenista, em busca da perfeição da espécie humana através da genética, disseminou-se não só no Brasil, mas em várias partes do mundo, isso levou a uma maior discriminação das pessoas com deficiência, chegando ao ponto de promulgarem leis que obrigavam a esterilização de pessoas com certas doenças e com deficiências, porém com o advento da declaração universal dos direitos humanos em 1948 da ONU, houve uma gradativa substituição dos textos legais discriminatórios e o incremento de outros com os direitos das pessoas com alguma deficiência (LOPES, 2005).

A Política Nacional de Medicamentos instituída pela portaria número 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998 e aprovado pelo CNS pela resolução número 338, de 20 de maio de 2004, objetiva garantir as devidas condições de segurança e qualidade dos medicamentos utilizados em território nacional, assim como, promover o uso racional de medicamentos (RDC-47, 2009).

Uma das medidas indicadas pela Política Nacional de Medicamentos visa estimular o uso racional de medicamentos é a realização de campanhas de caráter educativo, procurando a participação de entidades representativas e profissionais da saúde, sendo de responsabilidade do gestor do SUS em conjunto com entidades da sociedade civil, organizar essas campanhas (Portaria nº 3.916, 1998).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 7º, é direito de todos a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, é de direito, às pessoas assistidas, ter acesso à informações, sobre sua saúde.

Tendo em vista o direito e a importância do acesso à informação adequada, clara e imparcial sobre os produtos e serviços farmacêuticos, em prol do uso adequado de medicamentos, o decreto de número 5.296 de dois de dezembro de 2004, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências, em seu artigo 58 inciso 1º estabelece que em um prazo de seis meses a partir da data da publicação desse decreto, a indústria de medicamentos deve disponibilizar, mediante solicitação, exemplares de bulas em formato especial. A RDC 47/09 em seu artigo 4º, parágrafo III, define bula em formato especial como

sendo a bula fornecida à pessoa com deficiência visual em formato apropriado para atender suas necessidades, podendo ser disponibilizada por meio magnético, óptico ou eletrônico, em formato digital ou áudio ou impressas em Braille ou com fonte ampliada. No artigo 5º desta mesma RDC, inciso 1º exige que a impressão de bulas em formato especial, com fonte ampliada, seja feita em fonte Verdana com o tamanho mínimo de vinte e quatro pontos, com texto corrido e não apresentar colunas, já no inciso 2º estabelece que as bulas impressas em Braille devam apresentar o arranjo dos pontos e os espaçamentos entre as celas Braille devem atender às diretrizes da Comissão Brasileira de Braille e das normas brasileiras de acessibilidade editadas pela Associação Brasileira de Normas técnicas.

Segundo a consulta pública número 8, de 12 de março de 2009, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em seu anexo que trata do regulamento técnico sobre rotulagem de medicamentos, no item 2.9 diz que as embalagens secundárias de medicamentos, exceto àqueles que são restritamente administrados por profissionais de saúde ou distribuídos em embalagens hospitalares, devem conter em sistema Braille, sem afetar negativamente a legibilidade das embalagens, no mínimo as seguintes informações: nome comercial, ou em sua falta, a Denominação Comum Brasileira (DCB) de cada princípio ativo (em embalagens com mais de quatro princípios ativos, ou qualquer outro motivo que torne inviável colocar o nome de todos os princípios ativos, deverá constar o nome do princípio ativo que justifique a identificação terapêutica seguida da expressão “+ASSOCIAÇÕES”); concentração; forma farmacêutica e telefone do Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) da empresa titular do registro.

3.6 O Braille

Após 200 anos do nascimento de Louis Braille, o mundo comemora a sua contribuição para a educação das pessoas com deficiência visual, o sistema Braille idealizado pelo jovem francês foi fruto de muito estudo e pesquisa desse estudante prodígio do “Royal Institute for Blind Youth in Paris” fundado por Valentin Haüy, que aos 13 anos de idade desenvolveu seu próprio sistema de escrita em pontos em alto relevo e aos 15 anos fez melhorias nesse sistema e foi quando passou a funcionar efetivamente (MAIA, 2009).

O desenvolvimento do sistema Braille foi baseado no aprimoramento do sistema criado por um artilheiro do exercito de Napolão, para leitura noturna, usado pelos soldados para enviar mensagens para outros soldados na mais completa escuridão e não chamar a atenção dos inimigos, esse método desenvolvido por Charles Barbier era baseado em pontos em alto relevo que representavam os sons que compreendiam as palavras (BULLOCK & GALST, 2009).

Em um estudo sobre o desenvolvimento tátil em crianças cegas, Griffin e Gerber, descrevem o Braille como “[...] um sistema de pontos perceptíveis pelo tato, que representam os elementos da linguagem” (GRIFIN; GERBER apud OMENA, 2009, p. 20). Franco e Dias complementam tal definição acrescentando que o Braille

[...] se constitui de uma combinação formada por seis pontos, dispostos em duas filas de três pontos cada uma e que pode resultar, de acordo com o número de cada ponto e sua posição, um total de 63 símbolos incluindo o alfabeto, símbolos matemáticos, químicos, notas musicais (FRANCO; DIAS apud OMENA 2009, p. 20).

Em 2009 um artigo publicado na revista diversidades em que discorre sobre Louis Braille e seu sistema, do criador a sua criatura, Maia, relata sobre a importância do sistema Braille na vida das pessoas com deficiência visual com a seguinte afirmação

“Foi a cegueira física de Louis Braille que trouxe aos cegos de todo o mundo a “LUZ”, a luz da cultura, da instrução, enfim, a luz do espírito. Pode dedicar-se, sem margem para dúvidas, aquela frase bíblica que deu nome a uma publicação em Braille de língua francesa “E A LUZ FEZ-SE”, por ter sido precisamente o que aconteceu aos cegos de todo o Mundo com a invenção do Sistema Braille” (MAIA, 2009: 18).

3.7 O Instituto de Educação e assistência aos Cegos de Campina Grande

O atual Instituto de Educação e assistência aos Cegos de Campina Grande surgiu com a iniciativa do falecido professor José da Mata Bonfim, pedagogo e advogado que estudou no Instituto dos cegos da Paraíba com sede em João Pessoa, este, por sua vez preocupado em levar a oportunidade de ensino à outras pessoas com deficiência visual do interior do estado criou, em 1952, o instituto de proteção aos cegos, cuja proposta inicial de ensino foi além das ações regulares (Em http://www.institutodoscegos.com.br/index2.php?cd_agenda=:20:Noticias:itens_agenda> Acesso em 16 de outubro de 2012).

Inicialmente o instituto funcionou na rua Nilo Peçanha no bairro da Prata, passando a existir legalmente, somente em 1962 já com o nome Instituto de Educação e Assistência aos cegos do Nordeste, no entanto o funcionamento em sede própria se deu somente em 1979, onde passou para o atual endereço na rua João Quirino no bairro do Catolé (Em <http://www.institudoscegos.com.br/index2.php?cd_agenda=:20:Noticias:itens_agenda> Acesso em 16 de outubro de 2012).

O instituto passou por um período de grandes dificuldades, proporcionado pela interdição de sua sede de 1994 a 2001, em virtude de uma perseguição judicial resultante de uma interpretação rigorosa da lei em resposta a um deslize praticado pela administração do prédio na época (Em <http://www.institudoscegos.com.br/index2.php?cd_agenda=:20:Noticias:itens_agenda> Acesso em 16 de outubro de 2012)..

Hoje o Instituto funciona sob a presidência de Antônio José de Oliveira e sob a coordenação pedagógica de Maria do Socorro Queiroz Araújo, profissionais competentes e apaixonados pelo instituto e por seus alunos.

3.8 A Atenção Farmacêutica

A atenção farmacêutica é um conceito de práxis profissional desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica em que o paciente é o principal beneficiário, e de acordo com a proposta do Consenso Brasileiro de Atenção farmacêutica, essa prática pretende aumentar a efetividade do tratamento medicamentoso, concomitante à detecção de Problemas Relacionados a Medicamentos (OLIVEIRA; OYAKAWA, 2005).

Desde o princípio, a profissão farmacêutica desenvolveu-se em um contexto de disputa com outros profissionais não diplomados, os práticos licenciados que atuavam nas boticas, os curandeiros, raizeiros e benzedores que prometiam a cura e tinham a confiança da população. Os boticários licenciados não podiam vir para a colônia, e a prática da farmácia continuaria baseada na experiência prática até a implantação da primeira escola de farmácia no Brasil, em 1932 (REIS, 2003).

A evolução dos modelos de prática farmacêutica está diretamente ligada a estruturação do complexo médico industrial, onde, até o início do século XX o

farmacêutico ainda ocupava um status de profissional de referência no âmbito do medicamento e tinha seu devido reconhecimento frente a sociedade da época. Nessa época o farmacêutico atuava e exercia influência sobre todas as etapas do ciclo do medicamento, sendo responsável pela guarda, distribuição e manipulação de praticamente todo o arsenal disponível na época (REIS, 2003).

O processo de crescimento do setor industrial teve início com descobertas terapêuticas importantes das décadas de 1930 e 1940, relacionados aos antimicrobianos, impulsionando, dessa forma, a busca por novas tecnologias e metodologias pela comunidade científica (OLIVEIRA; OYAKAWA, 2005).

A profissão farmacêutica é marcada historicamente por um período crítico para a profissão, onde a expansão da indústria farmacêutica, o abandono das formulações pelos médicos e a diversificação do campo de atuação, foram fatores determinantes para o distanciamento do profissional farmacêutico da área de medicamentos, descaracterizando a farmácia e gerando uma grande insatisfação com essa nova forma de atuação (REIS, 2003).

Vale ressaltar que com o rápido desenvolvimento da indústria farmacêutica surge também uma das características da sociedade moderna, o estímulo ao consumo e a busca incessante ao lucro. Savalho (2001, apud ANGONESI, 2010, p. 3604) afirma que “a produção crescente de tecnologias necessita de um mercado capaz de absorver a demanda de consumo que lhe é incessantemente imposta e que, por isso, deve ser permanentemente ajustado ao poder da mídia e do instrumento simbólico da propaganda”.

“Em meio ao processo de medicalização da sociedade, o “negócio farmacêutico” tornou-se um disputado mercado em crescimento. As drogarias tornaram-se grandes parceiras das indústrias que se instalavam e dominavam o mercado farmacêutico brasileiro, distribuindo os seus produtos e estimulando o consumo dos medicamentos” (ANGONESI, 2010, p. 3604).

A frustração e a inquietude por parte da comunidade farmacêutica foi o pontapé para um movimento profissional, iniciado por professores e estudantes de farmácia na Universidade de São Francisco (EUA), que, ao questionar sua formação e suas ações, determinou como se podiam resolver os problemas que foram detectados, resultando, no final da década de 1960 no surgimento da disciplina “farmácia clínica”, muito mal definida, mas permitiria ao farmacêutico participar novamente da equipe de saúde, destinando seus conhecimentos para melhorar a

saúde da comunidade. O resultado concreto foi o surgimento no âmbito hospitalar da farmácia clínica e o modelo predominante na farmácia comunitária passou a ser a orientação e dispensação farmacêutica. A partir de então o conceito de Farmácia Clínica tem evoluído até incluir todas as atividades relacionadas ao uso racional e seguro dos medicamentos (RUIZ, 1993, PEREIRA e FREITAS, 2008).

O termo atenção farmacêutica foi, possivelmente citado pela primeira vez na literatura científica em uma publicação de Brodie et al. (1980, apud ROCHA, 2010), onde era conceituada como:

“A definição das necessidades farmacoterapêuticas de um dado paciente e a provisão não apenas dos medicamentos requeridos, mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois) para assegurar uma terapia perfeitamente segura e efetiva”.

Esse conceito elaborado por Brodie foi um marco, pois inclui uma ideia de retroalimentação, como meio de facilitar a continuidade do cuidado por quem o presta, porém, o enfoque ainda não estava centrado no paciente e sim na disponibilidade e no acesso aos medicamentos.

A atenção farmacêutica emergiu na década de 1990, quando Hepler e Strand (1999) publicou um trabalho em que influenciaria toda a prática farmacêutica daí em diante. Esses autores reconheciam a importância da prática da farmácia clínica, porém, consideraram que algumas de suas definições contemplavam o medicamento em primeiro plano em detrimento do paciente. Então eles defendem não só a concepção fundamental da farmácia clínica, além de que todo farmacêutico deve estar preparado para assumir a responsabilidade sanitária de prevenir a morbimortalidade relacionada a medicamentos. Neste estudo Hepler define a atenção farmacêutica como: a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: a) cura da doença; b) eliminar ou reduzir a sintomatologia do paciente; c) interromper ou retardar o processo patológico e d) prevenir alguma doença ou sintomatologia.

As habilidades, destrezas e referenciais técnico-científicos necessários para atuar na atenção farmacêutica são os mesmos requeridos pela farmácia clínica, entretanto as atitudes e valores profissionais e morais são totalmente diferentes. O farmacêutico assume a responsabilidade pelo tratamento com medicamento e pela

qualidade de vida do paciente, tratando o medicamento “produto” como um agente importante, mas de função secundária, sendo, neste novo modelo de atuação profissional, o processo do uso do medicamento o agente principal (REIS, 2003).

Em 1992 Cipole et al. iniciaram um trabalho no estado de Minnesota nos Estados Unidos da América, que duraria 3 anos e esse trabalho tinha como principal objetivo confrontar de forma crítica as teorias da atenção farmacêutica que acabara de surgir com a prática real, esse projeto foi denominado *Minnesota Pharmaceutical Care Practice*. Os autores elaboraram um processo de resolução de problemas que incorpora a responsabilidade do farmacêutico e tentaram determinar se o conceito de atenção farmacêutica podia ser introduzido e desenvolvido na farmácia comunitária. A partir de então a definição de atenção farmacêutica originalmente elaborada por Hepler e Strand passou a ser incompleto onde esses autores propuseram uma nova definição: “prática na qual o profissional assume a responsabilidade pela necessidades do paciente em relação aos medicamentos e um compromisso a respeito”, essa nova definição não enfoca os resultados como a anterior, porém reforça a responsabilidade do farmacêutico em resolver os problemas relacionados a farmacoterapia. Em um trabalho posterior esses mesmo autores sentiram a necessidade de readaptar esse conceito de Atenção Farmacêutica, reforçando o seu grande diferencial de propor uma prática centrada no paciente (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Na Espanha foi produzido um consenso em 2001, com o desenvolvimento do modelo de seguimento farmacoterapêutico denominado método Dáder, nesse país também foram criados consensos para definir conceitos, modelos de acompanhamento e classificar problemas relacionados a medicamentos. A perspectiva espanhola é diferente do grupo de Minnesota, enquanto os americanos consideram a prática da Atenção Farmacêutica única e diferente das demais realizadas pelos farmacêuticos e com um processo racional de tomada de decisão, os espanhóis reconhecem atividades tradicionais como a dispensação como parte deste novo modelo de prática, no entanto as duas perspectivas são sustentadas pelos mesmos pilares filosóficos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica é um documento de importante significância para a promoção e implantação desse novo modelo de prática profissional. Esse documento é resultado do trabalho do grupo

“Atenção Farmacêutica no Brasil” nucleado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com a contribuição de diversas instituições farmacêuticas (PEREIRA; FREITAS, 2008). O Consenso Brasileiro destaca a promoção da saúde e educação em saúde como partes integrantes da atenção farmacêutica, também destaca que a atenção farmacêutica é uma atividade distinta da assistência farmacêutica, apesar desta estar inserida nas atividades da assistência farmacêutica, sendo esses aspectos um diferencial das definições adotadas pelos outros países (REIS, 2003).

A proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, foi realizado pela OPAS em parceria com a Organização Mundial da Saúde e outras instituições propôs a seguinte definição para atenção farmacêutica:

“É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

Esse conceito deixou claro que o processo de atenção farmacêutica deve envolver atitudes de respeito que aos princípios da bioética, as habilidades de comunicação e os conhecimentos técnicos científicos. Referente aos termos, houve acordo quanto ao uso do termo “usuário” (PEREIRA e FREITAS, 2008).

3.9 Eventos adversos aos fármacos

Os eventos adversos aos fármacos ocorrem em 3% das internações hospitalares e esta porcentagem é maior entre as populações especiais. Os erros médicos resultam, anualmente, em uma grande quantidade de mortes, e a grande maioria desses erros é de prescrição o que acarretam eventos adversos aos medicamentos. Os farmacêuticos podem ajudar a reduzir os erros de prescrição ficando atentos aos problemas comuns que podem ocorrer nas prescrições dos fármacos e na comunicação entre o médico e o paciente (GOODMAN E GILMAN, 2006).

Alguns estudos mostram que os eventos adversos relacionados a medicamentos aumentam em 1,88% o risco de mortalidade e que 27% dos eventos relatados são atribuídos à negligência. Os resultados de outros estudos retrospectivos e prospectivos indicaram que 28% de todos os atendimentos de emergência estão relacionados aos medicamentos e que destes atendimentos 70% diziam respeito a situações evitáveis e 24% deles resultaram em internações hospitalares. Segundo o autor, uma solução viável para o problema é aumentar a colaboração entre médico e farmacêutico (VIEIRA, 2005).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DA PESQUISA

A pesquisa teve caráter bibliográfico, exploratória, de campo, com abordagem quali-quantitativa, considerando que foram coletados tanto dados possíveis de serem quantificados quanto dados relacionados à subjetividade do sujeito. Tendo em vista que o tema pesquisado não é muito trabalhado pela comunidade científica, esta pesquisa teve uma natureza exploratória, com intuito de conhecer melhor a forma de agir, sentir e pensar do universo pesquisado.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, no município de Campina Grande-PB após o parecer final do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (Anexos).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada através de um levantamento de dados obtidos de 25 pessoas com deficiência visual acompanhadas pelo Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste da cidade de Campina Grande – PB, situado na rua João Quirino, n.33, bairro Catolé.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de Inclusão: foram selecionados os sujeitos maiores de 18 anos, sem distinção de raça, gênero ou condição social.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a obtenção dos dados, foi utilizada uma entrevista especificamente elaborada para o estudo. Sendo esta entrevista feita de forma oral e gravada, com o auxílio de um gravador de voz profissional da marca SONY, também foi disponibilizada a entrevista escrita em Braille para quem dessa forma preferisse responder.

A nossa pesquisa se utilizou de duas fontes de informações, bibliográfica e de campo. A coleta de dados foi feita a partir de observações, utilizamos também como instrumento a entrevista semiestruturada. Foram obtidos dados de natureza qualitativa e quantitativa, visando mostrar as necessidades e dificuldades em relação aos cuidados com sua saúde, tratamento farmacoterapêutico e educação em saúde.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Todas as respostas obtidas foram transcritas. Os dados tratados com o auxílio do microsoft excel de onde foi feito os gráficos e tabelas necessários para a avaliação e interpretação dos dados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

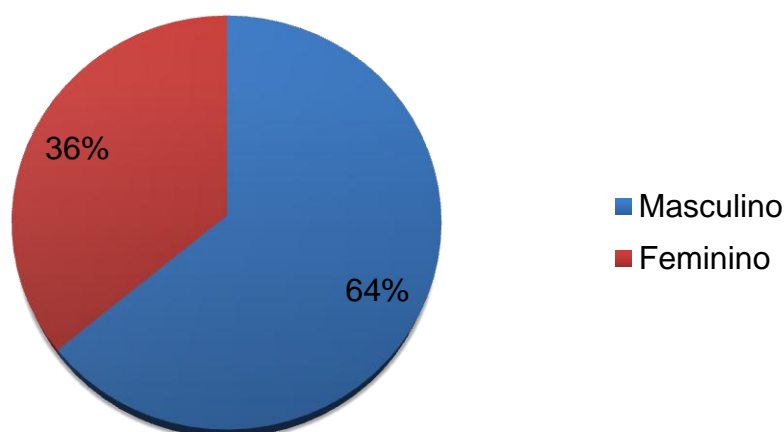
O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o número 0366.0.133.000-12. O estudo foi realizado observando os aspectos éticos da pesquisa preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde respeitando a confidencialidade e sigilo do sujeito da pesquisa. A abordagem foi realizada por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos), para demonstrar o comprometimento da pesquisadora e do discente envolvido com a pesquisa, ambos apresentam o Termo de Compromisso do Pesquisador e Termo de Autorização Institucional (Anexos).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Levando em consideração a prevalência das deficiências de uma forma geral, o resultado do Censo realizado em 2000, mostrou uma prevalência de deficiências maior entre as mulheres do que os homens. Observou-se que entre os homens predomina as deficiências físicas, mentais e auditivas, enquanto que, no sexo feminino as mais prevalentes são as deficiências visuais e motoras (SICORDE, 2002).

A figura 1 mostra a prevalência da deficiência visual no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste em Campina Grande, relacionada ao gênero,

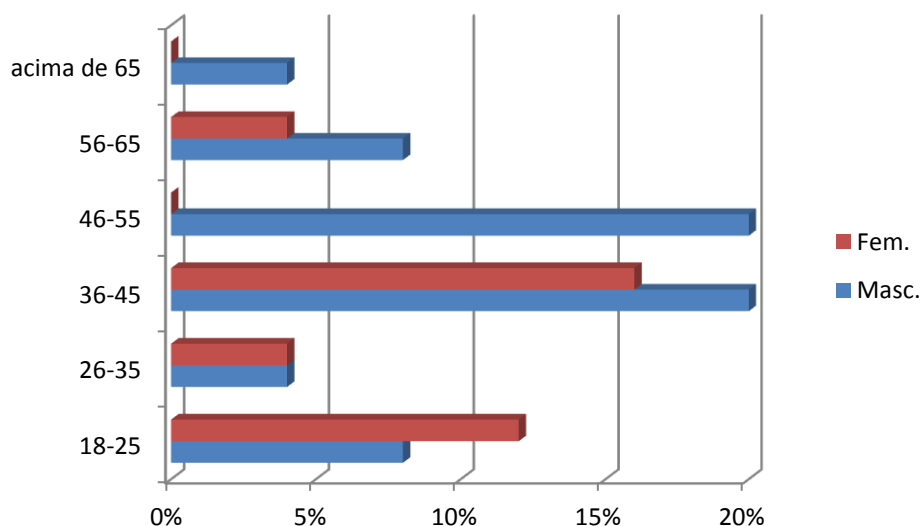
Figura 1: Prevalência da deficiência visual por gênero.



Observa-se, na figura acima, uma maior prevalência no sexo masculino. Esses dados não estão em concordância com a literatura científica, a qual relata que a deficiência visual está mais presente entre as mulheres, o que é coerente com a composição por sexo da população idosa, onde predominam as mulheres na faixa etária dos 60 anos (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2004). Essa discrepância entre o dado encontrado e o que há na literatura científica justifica-se pelo fato de que a faixa etária menos encontrada no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste – CG foi acima de 56 anos, como mostra a figura 2, não há mulheres nas faixas etárias de 46 a 55 anos, nem acima de 65 anos e somente 4% entre 56 e 65 anos.

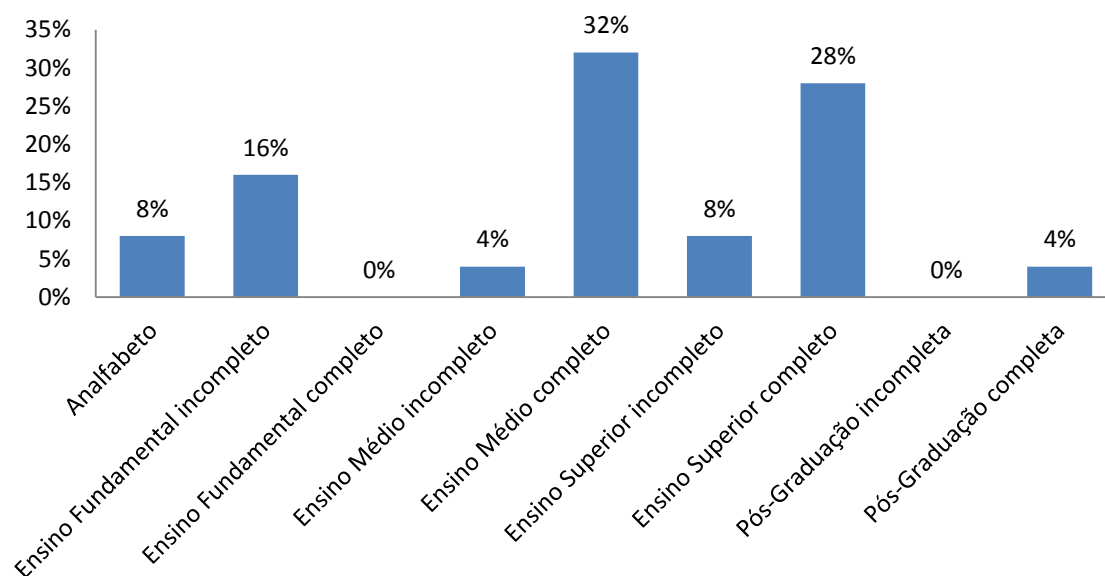
A figura 2 apresenta uma relação entre o sexo e a faixa etária dos sujeitos pesquisados, na qual no eixo vertical encontra-se a faixa etária e no eixo horizontal a porcentagem de pessoas para cada grupo etário.

Figura 2: Faixa etária dos sujeitos pesquisados.



A média de idade encontrada entre os sujeitos do gênero masculino foi de 45 anos, com idade que varia de 22 a 69 anos, no entanto, entre as mulheres a média é de 34 anos com idades entre 18 e 63 anos. De acordo com o Censo (IBGE, 2000) a proporção de pessoas com deficiência aumenta com a idade, passando de 4,3% nas crianças até 14 anos, para 54% do total de pessoas com idade superior a 65 anos. O que justifica a maior concentração de pessoas com deficiência visual nas faixas etárias maiores de 36 anos.

Na figura 3 Verifica-se o escolaridade dos sujeitos entrevistados, onde no eixo vertical mostra a porcentagem relacionada a cada grau de escolaridade encontrado no eixo horizontal.

Figura 3: Nível de escolaridade dos sujeitos pesquisados.

A pesquisa realizada pelo IBGE mostrou que no ano 2000 mais de 6 milhões de pessoas com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar estavam inseridos no mercado de trabalho, o que mostra que há capacitação e vagas no mercado para a pessoa que tem deficiência visual e que essas pessoas estão cada vez mais capacitadas para ocupar essas vagas, como mostra os dados no gráfico acima 32% dos entrevistados tem o ensino médio completo, 28% o ensino superior completo e 4% com pós-graduação completa.

Em relação a idade da perda da visão, conforme a tabela 1, a faixa etária mais populosa foi a dos que já nasceram com a deficiência totalizando 44%, seguida pela faixa de 21 a 30 anos com 20%.

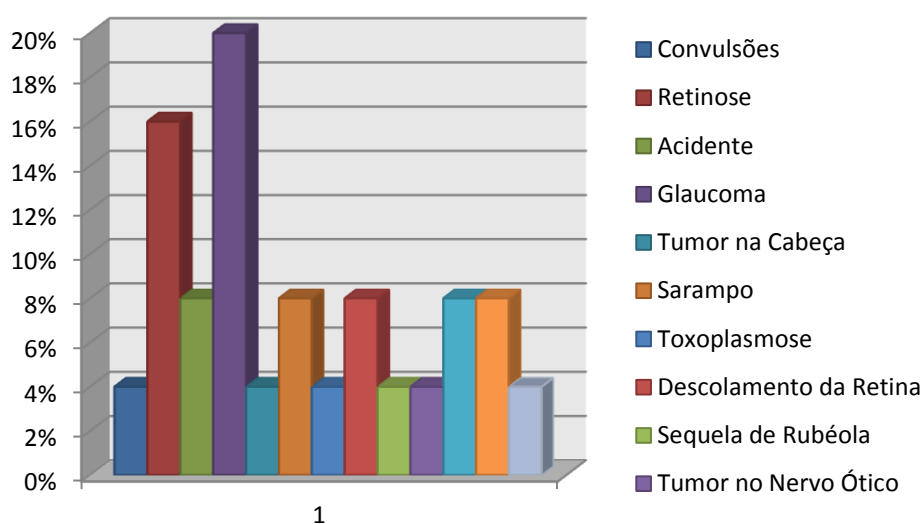
Tabela 1: Faixa etária da perda da visão.

Idade	Nº de entrevistados	Porcentagem
Nasceram sem a visão	11	44%
1 a 10	3	12%
11 a 20	2	8%
21 a 30	5	20%
31 a 40	2	8%
41 a 50	2	8%

A data ou a faixa etária da perda da visão é um dado de grande importância, pois a perda da visão em cada etapa da vida repercutirá de uma forma diferente quanto à reação dessa pessoa a cegueira. Aqueles que já nasceram sem o sentido da visão conformam-se mais facilmente e vivem suas vidas, com dificuldades, porém, sem perder tempo lamentando as suas limitações, enquanto os que perdem a visão em um estágio mais avançado e produtivo da vida são mais propensos ao surgimento de sentimentos de tristeza ansiedade e depressão profunda (NASCIMENTO e MARQUES, 2008).

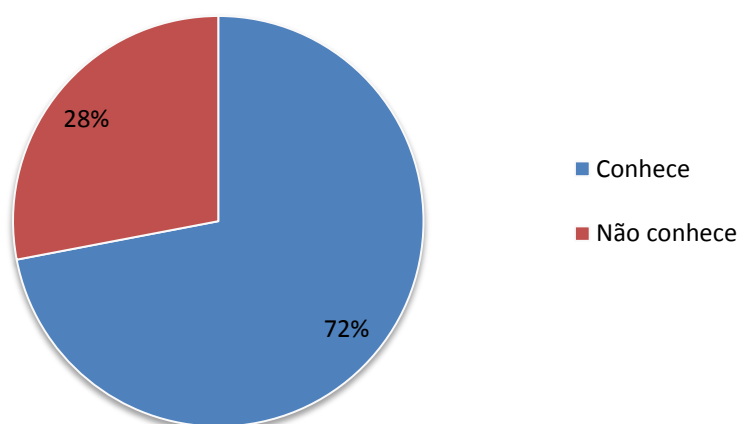
Foi observado variadas causas para a perda da visão, as mais comuns, como mostra a figura 4, foram retinose (16%) e glaucoma (20%).

Figura 4: Causas da perda da visão.



A natureza da deficiência também é relevante na conduta de adaptação social, os entrevistados com cegueira adquirida súbita, se mostraram grande parte do tempo centrado em sua deficiência, ao mesmo tempo, os entrevistados que perderam a visão gradualmente ou os que já nasceram cegos, como nos casos de glaucoma ou retinose, mostraram-se mais adaptados a nova condição e são mais receptivos a novas informações, o que é essencial na atenção farmacêutica (HARIS e ENFIELD, 2003).

Observa-se que na figura 5, 28% dos entrevistados não conhecem ou não dominam o sistema Braille.

Figura 5: Domínio do sistema Braille dos sujeitos pesquisados.

O conhecimento do sistema Braille é de extrema importância para que essas pessoas exerçam seu direito de ter acesso à informação independente. É fato que há no Brasil a consulta pública realizada pela ANVISA que diz que as embalagens secundárias de medicamentos, excetuando-se os de uso hospitalar e médico, devem conter, em Braille, o nome comercial ou (DCB) de cada princípio, concentração, forma farmacêutica e telefone do serviço de atendimento ao consumidor da indústria responsável. Existe também a possibilidade de a pessoa com deficiência visual, solicitar junto à indústria responsável, uma cópia em formato especial da bula do medicamento, podendo ser em áudio, Braille ou em fonte ampliada. Visto isso, faz parte da atenção farmacêutica a educação em saúde, e cabe aos farmacêuticos deter os conhecimentos sobre essas legislações e usa-los para orientar as pessoas com deficiência visual a exercer os seus direitos (RDC 47, 2009).

A tabela 2 trata sobre a informação dos entrevistados sobre o decreto 5.296 que estabelece regras para a elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e profissionais de saúde.

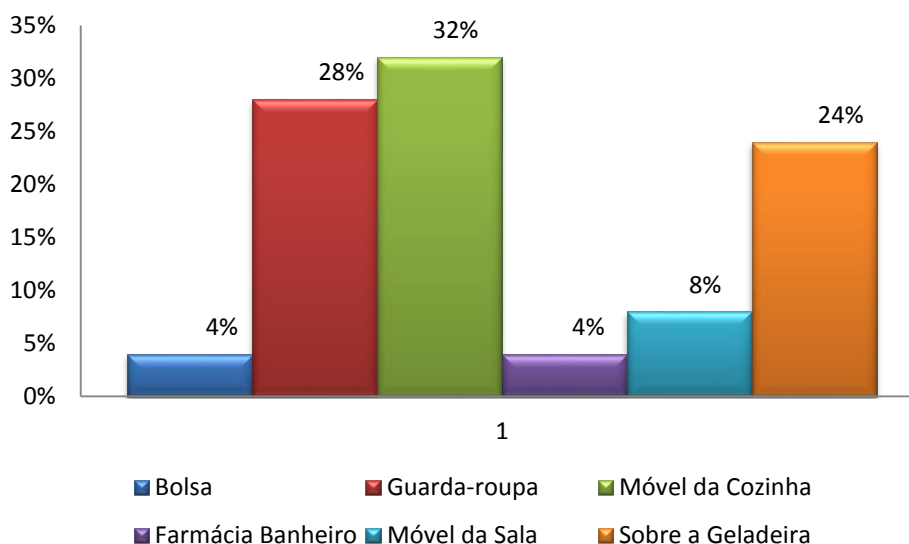
Tabela 2: conhecimento do decreto 5.296.

	Nº de pessoas	Porcentagem
Sim	5	20%
Não	20	80%

Dentre as pessoas entrevistadas 80% declararam nunca ter ouvido falar do decreto 5.296, mesmo usando uma linguagem mais acessível ou explicação do que trata esse decreto, eles se mostraram não saber nada sobre, os poucos 20% que tinham conhecimento prévio não mostraram muito entusiasmo em solicitar a bula no formato especial, alguns relataram a dificuldade e demora como fatores desestimulantes. Contudo, nenhum dos entrevistados, quando questionados, relatou ler a bula, sendo que em 28% pedem para o cônjuge, seguido dos filhos com 20%, 28% dos entrevistados não liam a bula nem viam necessidade e 24% pediam para a mãe ou irmã.

A figura 6 mostra os locais de armazenamentos dos medicamentos nas residências dos entrevistados, o móvel da cozinha é o mais frequente usado (32%), seguido do guarda-roupa (28%) e sobre a geladeira (24%), sendo que ainda houve, mesmo em menos proporção, entrevistados que relataram guardar os medicamentos na bolsa e no banheiro.

Figura 6: Local do armazenamento domiciliar dos medicamentos dos sujeitos entrevistados.

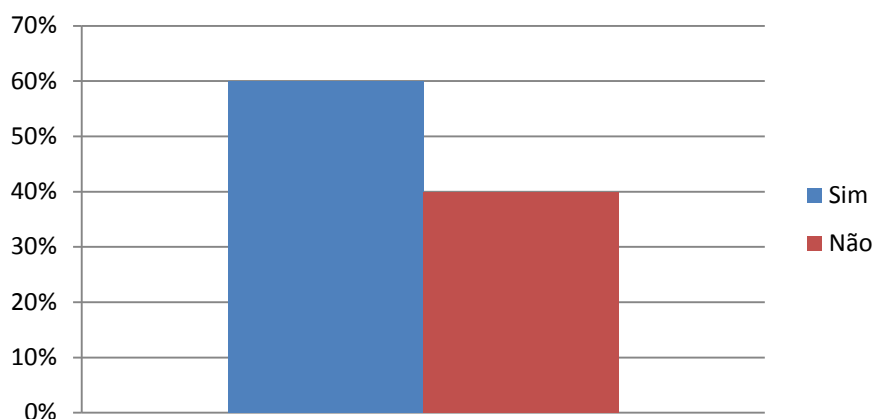


Guardar os medicamentos sobre a geladeira, banheiro ou roupeiro pode determinar risco de alterações físico-químicas devido a exposição a fontes de calor, frio, umidade e luz solar, além dos riscos de contaminação com produtos químicos e saneantes. Locais como móvel da sala ou cozinha deixam esses medicamentos expostos à luz e algumas vezes ao alcance das crianças, o que reforça uma

necessidade de maior proteção do estoque domiciliar de medicamentos. De acordo com os relatos nenhum dos entrevistados que usam qualquer medicamento de uso contínuo tem recipientes separados para cada medicamento, para que não se confundam (TOURINHO et al, 2008)

A figura 7 mostra que 60% dos sujeitos entrevistados declaram praticar a automedicação, ao mesmo tempo 40% dessas pessoas mostraram uma total aversão à automedicação, sempre deixando entender que essa prática não é algo que traz benefícios para a saúde.

Figura 7: Automedicação dos sujeitos entrevistados.



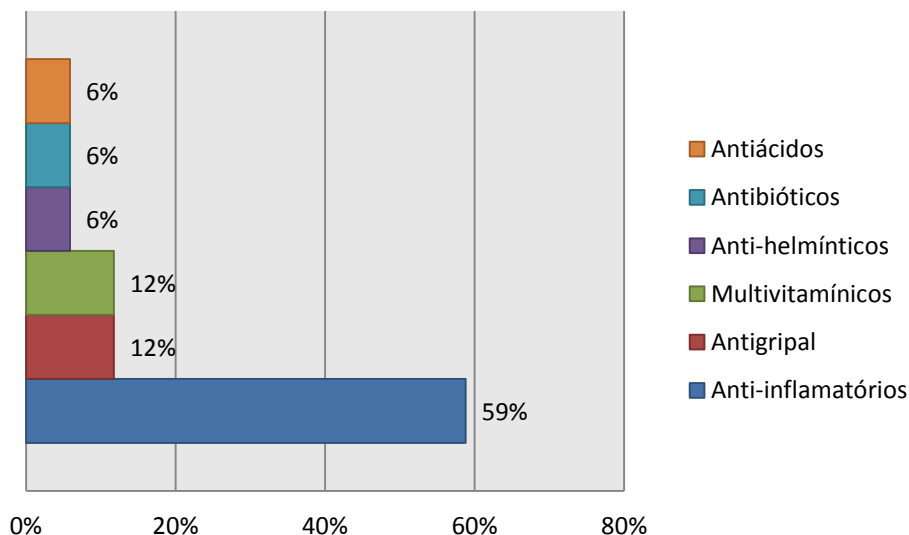
Quando questionados: **O que você entende por automedicação?** Obteve-se as seguintes respostas: “É quem se medica sem prescrição médica”, “Pessoas que imaginam estar doentes e tomam medicamentos por conta própria”, “Eu só posso tomar aquele remédio que o médico autorizou”, “É quando você resolve medicar-se sem ter a devida habilitação e muitas vezes até a informação ou faz por conta da urgência, da dificuldade de acesso a rede básica de saúde ou o próprio dinamismo da vida impede que o indivíduo vá com mais vezes, mas é uma atitude equivocada”, “É aquilo que agente toma além do médico”, “Tomar remédio sem orientação”, “Um erro que agente comete” e nove dos entrevistados ou 36%, responderam não saber nada sobre a automedicação. A maioria das respostas sempre tinha um enfoque voltado para o uso de medicamentos sem a prescrição médica, atribuindo toda a responsabilidade da farmacoterapia ao médico, como se fosse esse o único profissional capaz de promover o uso seguro e racional de medicamentos.

A percepção dos sujeitos pesquisados sobre a automedicação ainda está muito centrada a uma prática irresponsável, compreendendo os suas desvantagens e ignoram as vantagens, justamente por não saberem a real definição de automedicação, que de acordo com a Resolução 357/2001 “Caracteriza-se pelo uso de medicamentos não prescritos, sob a orientação e acompanhamento do farmacêutico”, sendo esse o profissional da saúde com educação formal e treinamento em terapias com produtos que não exigem prescrição médica.

Quando questionados sobre a importância da orientação profissional no auxílio ao uso dos medicamentos, 96% reconhecem o valor do profissional, contra 4% que respondeu não precisar de nenhuma ajuda. Ao mesmo tempo, 64% dos entrevistados afirmaram não ter nenhuma dúvida sobre qualquer medicamento contra 36% que confessaram ter dúvidas. Essas incertezas geralmente eram sobre a posologia e reações adversas, as dúvidas surgiam principalmente de pessoas com nível de escolaridade mais elevado.

A figura 8 contém o perfil de automedicação dos entrevistados por classe de medicamentos.

Figura 8: Perfil da automedicação por classe.

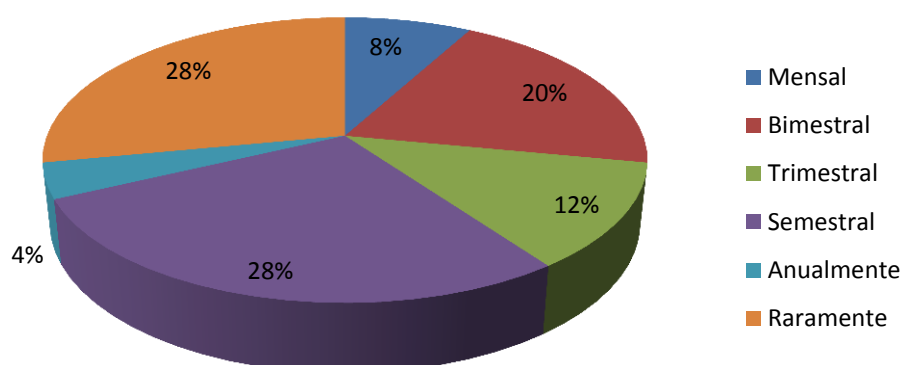


Os medicamentos mais utilizados sem orientação profissional foram os anti-inflamatórios com 59%, seguido dos antigripais e multivitamínicos, ambos com 12%, vale ressaltar a presença dos antibióticos com 6%, uma pequena porcentagem que não deveria existir, visto que para a sua compra ha necessidade de apresentar

receita médica, mas justifica-se devido ao armazenamento residencial de sobras de medicamentos de episódios anteriores em que o uso desse antibiótico se fez necessário ou mesmo sobra de alguma outra pessoa da casa que comprou e usou com prescrição, dessa forma o estoque de medicamentos pode ser mais um fator indutor de automedicação, principalmente no que se refere ao uso de anti-inflamatórios e antibióticos (TOURINHO et al, 2008)

Com relação a frequência que consultam o médico, 28% responderam que vão ao médico raramente, isso significa que passam de dois ou mais anos sem consultar um médico, 20% responderam fazer frequência no médico bimestralmente, 12% e 8% responderam trimestral e mensalmente, respectivamente, e somente 4% anualmente.

Figura 9: Frequência de consulta ao médico.

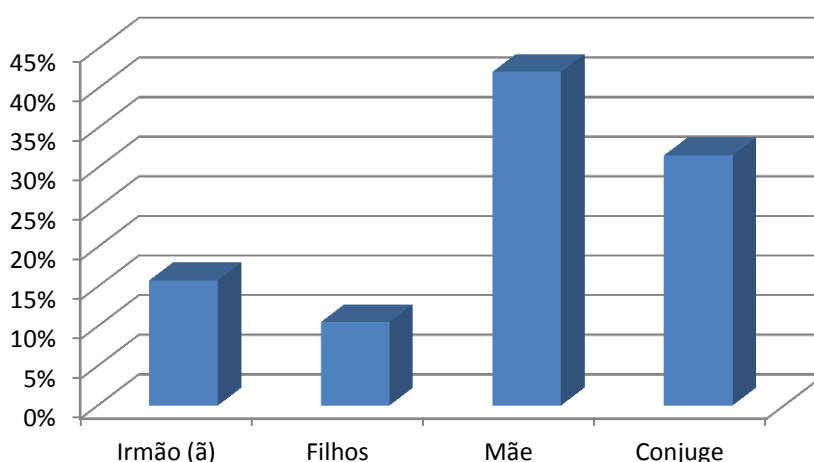


A maioria das visitas ao médico mensal, bimestral e trimestralmente são consultas ao oftalmologista, foi observado que os entrevistados visitam essa especialidade médica com mais frequência que as demais, ao mesmo tempo, há um serviço médico no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste – CG, onde há uma médica que uma vez por mês está no instituto disponível para consultas, mas a maior procura por esse serviço é das pessoas com doenças crônicas, como hipertensão que vão somente para verificar a pressão. Outro fato observado é a negação de qualquer outra enfermidade ou mal estar que não esteja relacionado com a visão, essa atitude de negação pode ser justificada pelo medo de uma maior dependência ou sofrimento, alguns até admitem e falam de alguma

queixa, sempre enfatizando que essa queixa não tem importância nenhuma (HARRIS e ENFIELD, 2003).

A maior parte, ou 76% dos entrevistados disseram necessitar de acompanhante para ir ao médico, contra 34% que não precisam. Como mostra a figura 10, os acompanhantes mais presentes são irmão ou irmã, filhos, mãe e cônjuge.

Figura 10: Acompanhantes dos entrevistados nas visitas ao médico.



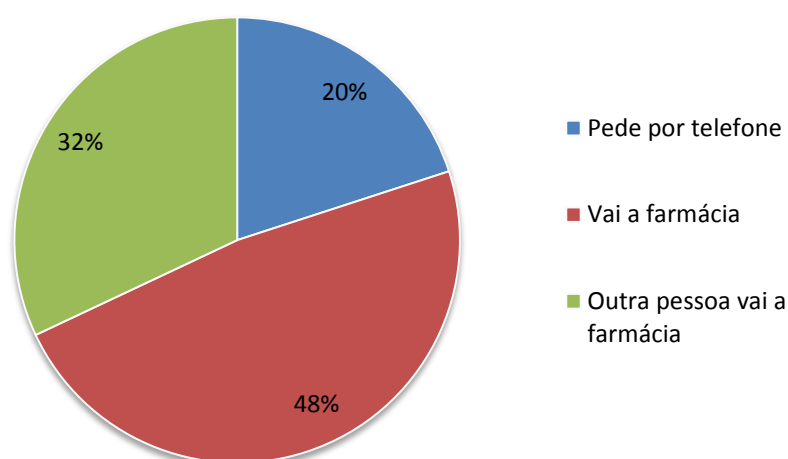
A locomoção é uma das maiores dificuldades que os deficientes visuais enfrentam ao ir ao médico, dois entrevistados relataram a dificuldade e o constrangimento de andar de ônibus, pois várias vezes passam da parada ou pegam a linha errada, outros responderam que a dificuldade é por que sempre têm que ir acompanhado, outros relataram dificuldade financeira ou o acesso à rede básica de saúde, e finalmente a comunicação do médico com a pessoa que tem deficiência visual, segue algum dos relatos: “O médico tem que melhorar a visão humanística e melhorar a comunicação com o deficiente visual”, “Dificuldade de locomoção em ônibus”, “Só vou acompanhado”, “Tenho dificuldade de acesso aos serviços públicos, mas locomoção não é o maior problema”.

Com relação ao direito a informação sobre sua saúde ou sobre os medicamentos prescritos os entrevistados relataram que as informações são na maior parte das vezes de forma verbal e muitas vezes só fornecidas quando os mesmo indagam ao médico sobre seu estado de saúde, alguns relatam que a única informação sobre o medicamento prescrito é somente o que está escrito na receita,

outros descrevem as informações como muito vagas, como no seguinte depoimento: “As informações são muito vagas, algumas vezes o médico está te atendendo e tá falando com o seu acompanhante, essa comunicação com a pessoa que não enxerga ainda tem que melhorar muito, inclusive os profissionais de saúde não sabem a terminologia correta pra falar com um deficiente ou mesmo sabe como guia-lo em qualquer situação que necessite”. Esse relato lembra a metáfora do ponto cego e os relacionamentos interpessoais. O ponto cego é o local de onde emergem o nervo óptico e vasos sanguíneos, exatamente nesse ponto não há cones nem bastonetes, que são as células sensíveis às cores e a luz, respectivamente, e exatamente nessa área forma um ponto cego em cada olho, sendo que um compensa o outro, por isso não percebemos isso no dia a dia, mas que surge quando fechamos um dos olhos (MATURANA e VARELA, 1995). Diz-se que alguém está no ponto cego quando esta pessoa é ignorada ou anulada por outra. No caso do depoimento anterior esta pessoa foi esquecida no ponto cego do médico, que anulou suas capacidades frente as suas incapacidades.

A figura 10 mostra a forma de obtenção dos medicamentos e nos dá a possibilidade de formar um perfil de consumo desse publico.

Figura 11: forma de obtenção dos medicamentos.



Foi constatado que 48% dos entrevistados vão à farmácia para comprar ou receber gratuitamente seus medicamentos, com essa informação confirma-se a necessidade de o farmacêutico está preparado para lidar com a pessoa com

deficiência visual e sempre procurar ajudar suprindo suas necessidades quanto a farmacoterapia.

Foi pedido aos entrevistados sugestões para deixar o uso dos medicamentos mais seguros, os principais pontos abordados foram as informações insuficientes em Braille nas embalagens primárias, se faz necessário além do nome da especialidade farmacêutica, incluir no mínimo a data de validade, foi enfatizado a importância da leitura da bula e da dificuldade para que as indústrias mandem as bulas em formato especial, então foi sugerido que as bulas viessem em Braille dentro da caixa do medicamentos, mas essa proposta se torna inviável na medida que o papel para a escrita em Braille é grosso e ocuparia muito espaço deixando as embalagens bem maiores do que já são e em vista que há uma grande parte da população que enxerga, seria um grande desperdício de papel e de recursos econômicos, então a sugestão de maior aproveitamento foi a de que a indústria enviasse uma quantidade mínima de bulas Braillizadas de cada especialidade farmacêutica para cada farmácia, baseado em dados epidemiológicos, pois dessa forma a farmácia que tiver um cliente com deficiência visual poderá oferecer a bula para essa pessoa, outra sugestão proveitosa foi que houvesse em cada farmácia uma cópia das bulas em formato de áudio, pois dessa forma não necessitaria gastar muito papel, pois o arquivo em áudio é facilmente reproduzido. A devolução dos medicamentos não utilizados para a drogaria e a venda de medicamentos fracionados foram ideias de um dos entrevistados. Segue algumas das respostas: “A bula deveria vir em Braille e na caixa deveria vir o prazo de validade escrito em Braille”, “Que as informações fossem de um jeito mais popular e menos científico”, “Maior número de farmacêuticos nas instituições de saúde e farmácias comerciais” e “O indivíduo poder devolver os remédios não utilizados para a drogaria e em troca ganhar um desconto especial ou trocar por outro medicamento que necessite, outro ponto são as propagandas, que devem ser revistas a qualidade e conteúdo dessas propagandas e mais um ponto seria a venda de medicamentos fracionados”.

6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A pesquisa foi realizada no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste em Campina Grande na Paraíba, onde foram realizadas 25 entrevistas com estudantes e funcionários da instituição.

A população embora com um nível de escolaridade considerado satisfatório, ainda é muito carente quanto a informações sobre seus medicamentos usados continuamente, estado de saúde e autocuidados básicos, causados pela dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde, constatou-se também um baixo nível de conhecimento sobre o seus devidos direitos quanto informação independente ou sobre a obrigação por parte da indústria farmacêutica de fornecer a bula de seus medicamentos em formato especial e os poucos que conhecem esse direito não o exercem, devido a demora ou dificuldade para solicitar essa bula, pois não se encontra o telefone do Serviço de Atendimento ao Consumidor impresso em Braille nas embalagens primárias das especialidades farmacêuticas.

A forma de armazenamento domiciliar dos medicamentos, como foi relatado por todos os entrevistados, é feita de forma incorreta, expondo essas pessoas a riscos reais quanto a ineficácia ou contaminação dos medicamentos por agente químico ou micro organismos.

O farmacêutico como corresponsável pela saúde dos seus clientes, usuários ou pacientes deve aprimorar as suas habilidades de comunicação e colocar em prática ações que beneficiem as pessoas com deficiência visual. orientando a sua práxis profissional para as verdadeiras necessidades dos não videntes e procurar meios para melhor servi-los em situações em que a visão se faz necessária.

Hoje em dia existe na embalagem primária de vários medicamentos o nome da especialidade farmacêutica escrita em Braille, como foi relatado em algumas entrevistas, esse Braille ainda é muito apagado, falta a concentração e de grande importância o prazo de validade, pois a estocagem de medicamentos é uma realidade e sem essa informação há possibilidade de administração de medicamentos vencidos, expondo os não videntes à uma possível ineficácia e até um agravamento de alguma doença ou sintoma.

O cuidado dispensado para a pessoa com deficiência visual deve ir além do cuidado físico ou conhecimentos de suas patologias e tratamentos clínicos, pois as

necessidades psicológicas e sociais devem ser postas em igual patamar das suas necessidades físicas, e como profissional da saúde buscar conquistar a empatia e a confiança desses clientes e para isso o farmacêutico deve desenvolver suas habilidades de comunicação, pois sua formação acadêmica ainda é muito técnica, onde é dada grande importância às atividades laboratoriais e estudos sobre os medicamentos, devendo esse ou qualquer outro profissional da saúde, centrar as suas atividades e atenção para os indivíduos que necessitam dos nossos cuidados e dessa forma suprir toda e qualquer demanda social.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, M. L. T. Pinto, E. B. Ghirardi, M. I. G. Lichtig, I. Masini, E. F. S. Pasqualin, L. **Conceituando deficiência.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, fev. 2000.

_____. **Compreendendo o cego: Uma Visão Psicanalítica da Cegueira por Meio de Desenhos- Estórias.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ANGONESE, D. SEVALHO, G. **atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro,** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.3, p. 3603-3614, 2010.

BERGER, A. B. **Habilidades de Comunicação para Farmacêuticos: Construindo Relacionamentos, Otimizando o Cuidado aos Pacientes.** São Paulo: Pharmabooks, 2011.

BRASIL, **Decreto nº 5.296. de 2 de dezembro de 2004.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Seção 1. p. 5.

_____. **Lei 8.080. de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

_____. **Portaria nº 3.916. de 30 de outubro de 1998.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

_____. **Estatuto da Pessoa Portadora de Deficiência.** 2003. Brasília: DF.

_____. **Resolução-RDC Nº 47. de 8 de Setembro de 2009.** Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 9 set. 2009. Seção 1. p. 31.

_____. **Resolução nº 357 de 27 de abril de 2001**, Diário Oficial da União, Seção 1, pp. 24 a 31.

BRITO, P. R. VEITZMAN, S. **Causas de cegueira e baixa visão em crianças**. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 49-54, fev. 2000.

BULLOCK, J. D. GALST, J. M. **The Story of Louis Braille**. Archives of Ophthalmology, v. 127, n. 11, p. 1532-1533, nov. 2009.

DONDIS, D. A. **Sintaxe da Linguagem visual**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. **Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos"**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

CIRLOT, J. E. **Dicionário de Símbolos Juan-Eduardo Cirlot**; trad. Rubens Eduardo Ferreira Frias. São Paulo: Moraes, 1984.

FEIJÓ, A. R. A. **Direitos humanos e proteção jurídica da pessoa portadora de deficiência**: normas constitucionais de acesso e efetivação da cidadania à luz da Constituição Federal de 1988. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos direitos Humanos, 2002.

GOODMAN, L. S. GILMAN, A. **Goodman e Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006.

HARRIS, A. ENFIELD, S. **Disability, Equality, and Human Rights: A Training Manual for Development and Humanitarian Organisations**. Oxford: Oxfam in association with ADD, 2003.

HEPLER, C. D. STRAND, L. M. **Oportunidades y Responsabilidades en la Atención Farmacéutica**. Pharm Care, Espanha, 1999, v. 1, p. 35-47.

Instituto dos Cegos. **Instituto dos Cegos: história de lutas e conquistas.** (Em <http://www.institutodoscegos.com.br/index2.php?cd_agenda=:20:itens_agenda> Acesso em 16 de outubro de 2012). Notícias:

JANELA DA ALMA. Direção e Produção: João Jardim. Rio de Janeiro: Ravina Produções e Comunicações Ltda, 2001. 1 DVD (72 min).

LOPES, G. G. V. **A inserção do portador de deficiência no mercado de trabalho: a efetividade das leis brasileiras.** São Paulo: LTr, 2005.

MACIEL, C. T. **A construção social da deficiência.** *in: Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2., 2007*, Florianópolis. Anais... Santa Catarina: UFSC, 2007. p. 161-177.

MAIA, M. T. **De Louis Braille ao Sistema Braille: Do criador à Sua Criação,** Diversidades, Região Autônoma da Madeira, p. 18, de Janeiro a março de 2009.

MILLECCO, L. A. **Olhos de ver o desafio da cegueira.** 1. ed. São Paulo: Lanchâtre, 2004.

MATURANA, H. VARELA, F. **A ARVORE DO CONHECIMENTO As bases biológicas do entendimento humano.** Campinas, São Paulo, Editorial Psy II, 1995.

NASCIMENTO, E. L. MARQUES, L. A. M. **O deficiente visual e a atenção farmacêutica.** Alfenas, Jornal latino americanos de farmácia, v.28, n.2, 2008.

OLIVEIRA, A. B. OYAKAWA, C. N. **Obstáculos da Atenção Farmacêutica no Brasil,** São Paulo: Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, V. 41, N. 4.

OMENA, F. B. **Comunicação e Linguagem: Estudo do Sistema Braille à Luz da Semiótica.** Maceió: CESMAC, 2009.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Blindness**. Disponível em < <http://www.who.int/topics/blindness/en/> > Acessado em 18 de fevereiro de 2008.

PEREIRA, L. R. L. FREITAS, O. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**, Ribeirão Preto: Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v.44, n. 4, 2008.

REIS, A. M. M. Atenção Farmacêutica e Promoção do Uso racional de Medicamentos. Espaço para a saúde (online), Londrina, v.4, n.2, p. 1-17, 2003.

RIBAS, J. B. C. **O que são as pessoas deficientes**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

SAMPAIO, R. F. LUZ, M. T. **Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, mar. 2009.

SANTAELLA, L. **A percepção: uma teoria semiótica**. São Paulo: Experimento, 1998.

SASSAKI, R. K. **Como chamar os que tem deficiência? Em cada época são utilizados termos cujo significado seja compatível com os valores vigentes em cada sociedade**. Rio de Janeiro: Rede SACI, 2003.

SOLSO, R. L. **Cognition and the Visual arts**. London: The MIT Press, 1994.

TELFORD, C.W. & SAWREY, J.W. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1988.

TOURINHO, F.S.V. BUCARETCHI, F. STEPHAN, C. CORDEIRO, R. **Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes**. Porto Alegre. Jornal de Pediatria. v.84, n.5, 2008.

VIEIRA, F. S. **Possibilidade de Contribuição do Farmacêutico para a Promoção da Saúde**. Temas Livres. Ministério da Saúde. P. 213-220, 2005.

ANEXOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

OFÍCIO Nº 002/2012

À Excelentíssima Sr.

MARIA DO SOCORRO QUEIROZ

Coordenadora pedagógica

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE

Rua João Quirino, 33

58.410-370 – Campina Grande – PB

Ao mesmo tempo em que apresentamos, encaminhamos a docente **LINDOMAR DE FARIAS BELÉM**, matrícula: 1.20922-1 lotada neste departamento P-D-C-R e o discente **FRANCISCO ALLISSON DE SOUZA BANDEIRA**, matrícula: 072132728 para desenvolver o projeto de pesquisa para conclusão de curso intitulado: **Atenção Farmacêutica a Pessoa Com Deficiência Visual no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos de Campina Grande PB.**

Campina Grande, 25 de Abril 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Maria de Fátima Ferreira Nóbrega
Maria de Fátima Ferreira Nóbrega
Chefe Adjunta do Departamento de Farmácia
Matr. 120507-2

Maria de Fátima Ferreira Nóbrega
Chefe de Departamento Adjunta



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO e ASSISTÊNCIA aos CEGOS do NORDESTE

Registro no Conselho Nacional de Serviço Social pelo Processo nº 235.999/70 em 21/08/1974

Reconhecido de Utilidade Pública pela lei Estadual nº 3747 de 30 de Abril de 1974

CNPJ (M.F.) nº 08.705.576/0001-66 . Inscrição Municipal: 04.434-5

R. João Quirino, 33 - Telefax: 3322-1214 - Caixa Postal: 566 - Catolé

CEP 58.410-370 - Campina Grande - PB

e-mail: leacn.cegos@terra.com.br

Estamos cientes do desenvolvimento do projeto intitulado: Atenção Farmacêutica e a Pessoa com Deficiência Visual no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, desenvolvido pelo discente Francisco Allisson de Souza Bandeira, matrícula 072132728 sob orientação e supervisão da Professora Dra Lindomar de Farias Belém, matrícula 1209221, sendo a Professora do Departamento de Farmácia e o discente do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba Campus – I, Campina Grande. Outrossim, informamos que não haverá prejuízo e/ou intervenção/invasão aos sujeitos da pesquisa.

Período de desenvolvimento da pesquisa agosto a outubro de 2012.

Campina Grande, 10 de Setembro de 2010.

Antônio José de Oliveira
Presidente

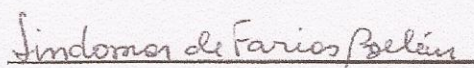
Maria do Socorro Queiroz Araújo
Coordenadora Pedagógica

ANEXO C – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ATENÇÃO FARMACÉUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DE CAMPINA GRANDE - PB		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 200	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Lindomar de Farias Belém			
6. CPF: 366.668.584-68		7. Endereço (Rua, n.º): CAPITAO JOSE AMANCIO BARBOSA SAO JOSE Nº 90 CAMPINA GRANDE PARAIBA 58400335	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (83) 3055-1589	10. Outro Telefone:
		11. Email: fariasbelem@yahoo.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 16 / 11 / 2011		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisas		14. CNPJ: 12.671.814/0001-37	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (83) 3315-3373		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____			
Data: _____ / _____ / _____		_____ Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			