



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

VANESSA NASCIMENTO PEREIRA

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB**

CAMPINA GRANDE- PB

2016

VANESSA NASCIMENTO PEREIRA

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Farmácia da Universidade
Estadual da Paraíba em cumprimento às
exigências para obtenção do Título de
Bacharel em Farmácia.

Orientadora: PROF.^a MSC. MARIA DE FÁTIMA FERREIRA NÓBREGA

CAMPINA GRANDE- PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P436a Pereira, Vanessa Nascimento.

Atenção farmacêutica a pessoa com deficiência visual no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste no município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Vanessa Nascimento Pereira. - 2016.

41 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Maria de Fátima Ferreira da Nóbrega, Departamento de Farmácia".

1. Pessoa com deficiência visual. 2. Atenção farmacêutica.
3. Medicamentos. I. Título.

21. ed. CDD 615.1

VANESSA NASCIMENTO PEREIRA

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Farmácia da Universidade
Estadual da Paraíba em cumprimento às
exigências para obtenção do Título de
Bacharel em Farmácia.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em: 18/05/2016

BANCA EXAMINADORA:

Maria de Fátima Ferreira Nóbrega

Prof.ªMsc. Maria de Fátima Ferreira Nóbrega (Orientadora)

DF/CCBS/UEPB

Lindomar de Farias Belém

Prof.ªDr.ª Lindomar de Farias Belém

DF/CCBS/UEPB

ADENIZE QUEIROZ DE FARIAS

Prof.ªMsc. Adenize Queiroz de Farias

Presidente do Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste

DE/CCBS/UEPB

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter me capacitado todos os dias para os trabalhos que me foram confiados. A minhas professoras Lindomar de Farias Belém e Maria de Fátima Ferreira da Nóbrega, pela confiança depositada, pela paciência e, principalmente pela amizade. Depois quero dedicar a minha mãe, Maria Selene Nascimento Pereira por sempre me apoiar na realização dos meus sonhos, mesmo diante das dificuldades. A minha avó, In Memoriam, que em vida foi a grande formadora dos meus princípios. Aos meus tios maternos por sempre me acompanharem nessa jornada e contribuírem da maneira que podiam para me ajudar nessa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter segurado a minha mão durante essa trajetória. Por ter me dado perseverança e fé. Por ter me surpreendido com conquistas inesperadas e portas se abrindo.

A minha Orientadora, professora Fátima, por toda paciência e empenho para realização deste trabalho. Agradeço pela orientação, conselhos e advertências, que me ajudaram a chegar ao fim deste trabalho, bem como para meu crescimento profissional.

A minha querida professora e amiga, Lindomar, a quem tomo a liberdade de chamar de “Linda”. Não existe um adjetivo melhor pra essa pessoa realmente linda em todos os sentidos. A minha eterna gratidão por ter me acolhido em seu projeto e acreditado na minha capacidade. Por ser um exemplo de profissional e pessoa. Pelos sábios conselhos que me deu. Agradeço por seu companheirismo e principalmente pela oportunidade de chama-la de amiga.

Ao Instituto de Educação e Assistência aos cegos do Nordeste da cidade de Campina Grande, pela oportunidade de realizar esse estudo, em especial a Professora Adenise.

A minha querida mãe, Maria Selene Nascimento Pereira, por ter despertado em mim a vontade de sempre buscar o melhor. Pelo incentivo diário “você pode!”, “você consegue!”. Por ter me educado com muito amor e pelo exemplo de mulher que é para mim.

A meu pai, Antônio José, por todo apoio, carinho e esforço que fez, ao longo desses anos, para que eu pudesse ter o meu tão sonhado diploma.

A meus irmãos, Luan Macedo e Vinicius José, por todo companheirismo.

A minha avó in memoriam, Maria do Socorro que foi um exemplo de pessoa aqui na terra, e que me deixou muitos ensinamentos, entre eles, compaixão, caridade e fé.

A minha Tia Sônia, a quem sou grata por todas as vezes que foi minha segunda mãe, que mesmo sem nenhuma obrigação, me ajudou em tudo que precisei, desde material até sentimental. Obrigada por toda força dada na realização desse sonho!

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

Não podia esquecer de Bruna e Lucile, que aqui em Campina Grande foram minha família, pai, mãe, irmãs, amigas, durante esses anos de graduação. A elas o meu muito obrigado, por não serem apenas meras colegas de apartamento, mas verdadeiras companheiras!

*As minhas amigas da universidade, Camila Melo e Vandíara Martins, por toda cumplicidade e apoio
na graduação e na vida.*

*A meu colega de projeto, Messias, por sempre estar disponível para colaborar com o desenvolvimento
do trabalho.*

A minha turma e todos os colegas, por todos os momentos que passamos juntos nesses 5 anos.

“Nada no mundo consegue tomar o lugar da persistência. O talento não consegue; nada é mais comum que homens fracassados com talento. A genialidade não consegue; gênios não recompensados é quase um provérbio. A educação não consegue; o mundo é cheio de errantes educados. A persistência e determinação sozinhas são onipotentes.”

(Calvin Coolidge)

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1: “Modelo Médico” da deficiência e as ideias associadas | 14 |
| FIGURA 2: “Modelo Caritativo” da deficiência e as ideias associadas..... | 16 |
| FIGURA 3: O “Modelo Social” da deficiência e as ideias associadas..... | 17 |
| FIGURA 4: Relato dos sujeitos em relação a problemas de saúde | 26 |
| FIGURA 5: Tipo de deficiência prevalente entre os sujeitos da pesquisa | 27 |
| FIGURA 6: Conhecimento dos sujeitos entrevistados em relação a recursos para informação sobre medicamentos | 28 |
| FIGURA 7: Local do domicílio onde os medicamentos dos entrevistados são guardados | 29 |

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência de sexo, escolaridade e estado civil dos deficientes visuais que frequentavam o Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, no período do trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. OBJETIVOS | 12 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 12 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 12 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 12 |
| 3.1 Deficiência visual: definição e fundamento | 12 |
| 3.2 Modelo Médico de deficiência | 13 |
| 3.2.1 Modelo Religioso ou de Caridade da deficiência | 14 |
| 3.2.2 Modelo Social da deficiência | 16 |
| 3.3 A deficiência visual e suas dificuldades | 17 |
| 3.4 Atenção Farmacêutica | 18 |
| 3.5 O Sistema Braille | 21 |
| 4. METODOLOGIA | 23 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 24 |
| 6. CONCLUSÃO | 29 |
| 7. REFERÊNCIAS | 31 |

ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB

PEREIRA, Vanessa Nascimento¹ NÓBREGA, Maria de Fátima Ferreira²

RESUMO

Os Deficientes Visuais (DV) enfrentam, cotidianamente, dificuldades acerca do uso de medicamentos, principalmente quando são analfabetos e não possuem um cuidador. Para minimizar estes impedimentos quanto a utilização de fármacos, a Atenção Farmacêutica é a ferramenta que visa a garantia da efetividade e segurança, podendo contribuir no desenvolvimento da autoconfiança do deficiente e na valorização da sua capacidade de agir com maior confiança em relação aos medicamentos e a seu estado geral de saúde. Para tanto, foi realizado um trabalho de caráter descritivo, de campo, qualitativo e quantitativo no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste no município de Campina Grande-PB, no período de Outubro de 2014 à Outubro de 2015. Objetivou-se, através da aplicação de uma entrevista, detectar as principais dificuldades em relação aos problemas de saúde, incluindo as suas necessidades e os obstáculos enfrentados pelos Deficientes Visuais. Da amostra analisada, uma parcela considerável da população relatou ter algum problema de saúde. A maioria dos indivíduos, participantes do estudo, mencionou ter conhecimento a respeito de recursos para acesso à informação sobre medicamentos. Deste modo, conclui-se que a necessidade de informações sobre saúde e farmacoterapia, por parte dos Deficientes Visuais, ressalta a importância do trabalho do profissional farmacêutico na prestação do serviço de Atenção Farmacêutica.

Palavras-chave: Deficientes visuais; Atenção farmacêutica; Medicamentos.

¹Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) Extensionista do Centro de Informação sobre Medicamentos CIM / UEPB/ FAP.

²Prof^a.Msc.do Departamento de Farmácia/CCBS/UEPB.

E-mail: ¹wanessa_nasc@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos são excelentes meios de tratar e curar doenças, desde que criteriosamente prescritos e utilizados de maneira correta. Através da Atenção Farmacêutica conseguimos minimizar os Problemas Relacionados a Medicamentos. Essa atenção mostra sua relevância, também quando se trata de pessoas com deficiência visual.

Subsiste uma numerosa quantidade de pacientes portadores de problemas visuais que apresentam grandes dificuldades em utilizar corretamente seus medicamentos. Entre essas dificuldades pode-se destacar, que as informações em bulas, receitas, e na maioria das embalagens dos medicamentos, geralmente são disponibilizadas apenas com informações visuais. E quando há informações em Braille na embalagem, geralmente, só se encontra o nome comercial e sua quantidade dentro daquela embalagem. O equívoco na identificação do medicamento e a necessidade de ter uma pessoa que leia a prescrição médica, bula e embalagens para ter acesso às informações sobre o medicamento, interfere sobremaneira na qualidade de vida dos Deficientes Visuais, interferindo na sua autonomia e dificultando a eficácia da farmacoterapia (GOSSENHEIMER, 2010; NASCIMENTO E MARQUES, 2009).

Tendo em vista estes problemas, a Atenção Farmacêutica é um elemento de assistência à saúde que objetiva a aproximação do farmacêutico ao paciente, possibilitando a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico. Portanto, para definir uma estratégia de implantação, desse elemento, é necessário conhecer o universo destas pessoas e obter informações suficientes sobre elas, para definir o melhor método de Atenção Farmacêutica.

Neste contexto é necessário que o farmacêutico atue como parceiro no processo determinante da terapia, considerando os anseios e habilidades do paciente com deficiência, criando alternativas fundamentadas nas necessidades dos mesmos, e orientando no conhecimento acerca da terapia. Assim o Farmacêutico pode atuar aumentando a auto eficiência, educando e motivando a adesão ao tratamento.

O aprofundamento dos estudos sobre essa temática se justifica principalmente pela escassez de estudos sobre a deficiência adquirida, sobre cegos e sobre a apropriação do Braille no Brasil e no mundo o que, por si só, já demonstra a relevância de pesquisas na área (CAIADO; GARCIA, 2008; BOAS et al, 2011; BATISTA; MONTEIRO, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar o serviço de Educação em Saúde na Área de Atenção Farmacêutica para adultos assistidos 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 com relação aos cuidados com sua saúde, incluindo o tratamento farmacoterapêutico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o nível de conhecimento dos indivíduos estudados com relação aos seus direitos no acesso à informação sobre seus medicamentos e ao estado de saúde;
- Detectar o nível de informação das pessoas com deficiência visual sobre seus medicamentos de uso contínuo e esporádicos e sobre o seu estado de saúde geral;
- Verificar a maneira de guardar, a segurança e utilização dos medicamentos;
- Ministras palestras a partir da detecção dos principais problemas de saúde relatados.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Deficiência visual: definição e fundamento

Por meio da visão, o ser humano pode identificar objetos, além de distinguir cores, formas, tamanhos e distâncias. A distância faz parte de um dos sistemas de coordenadas na relação do nosso corpo com outros corpos e objetos. Nesse processo, a visão se apresenta como um sentido de grande importância na captação de estímulos e projeções

espaciais, e, desse modo, facilita o relacionamento do homem na sociedade. Enquanto a percepção de um deficiente visual atinge um raio de seis a trinta metros, a das pessoas videntes poderia atingir as estrelas (BEZERRA, PAGLIUCA, GALVÃO, 2009).

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).

Compreende-se que deficiência visual refere-se à perda da visão parcial ou total em ambos os olhos com a diminuição da acuidade visual, que não pode ser corrigida pelos recursos ópticos comuns (MOURA; PEDRO, 2006).

Segundo dados realizados pelo Censo 2010 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existiam no Brasil 35,7 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência visual, aproximadamente 528.624 indivíduos portadores de cegueira e 6,0 milhões de pessoas apresentando grande dificuldade de enxergar.

3.2 Modelo Médico de deficiência

Esse modelo tem origem na profissão médica e torna-se perceptível o interesse na doença e na forma em que isso 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).

Esse modo percebe a pessoa portadora de uma patologia. Ou seja, primeiramente está a deficiência da pessoa, e ela é relegada a um papel passivo de paciente. É um modelo de deficiência que busca um “padrão de normalidade”, de funcionamento físico,

intelectual e sensorial. Este modelo indica que a pessoa com deficiência será dependente enquanto se busca a cura, o que pode nunca acontecer. O modelo vê a deficiência como um estado trágico que ninguém, em sã consciência, gostaria de preservar, sem considerar as barreiras sociais, atitudinais e ambientais que envolvem essa condição (BONFIM, 2009).

Essa 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 ambiente a sua volta (BANDEIRA, 2012). As pessoas com deficiência precisam de serviços especiais, tais como sistema de transporte especial e assistência social. É para isso que existem Instituições especiais, por exemplo, hospitais, escolas especiais ou empregos protegidos, cabendo aos profissionais que trabalham nesses locais, como assistentes sociais, profissionais da saúde, terapeutas, professores de educação especial e ocupações especiais, garantir que estes serviços cheguem até o deficiente (HARRIS; ENFIELD, 2003).

FIGURA 1: “Modelo Médico” da deficiência e as ideias associadas



Fonte: (HARRIS E ENFIELD, 2003)

3.2.1 Modelo Religioso ou de Caridade da 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, esse modelo abre espaço para visão profissionalizante e integrativa das pessoas com deficiência (FEIJÓ, 2002).

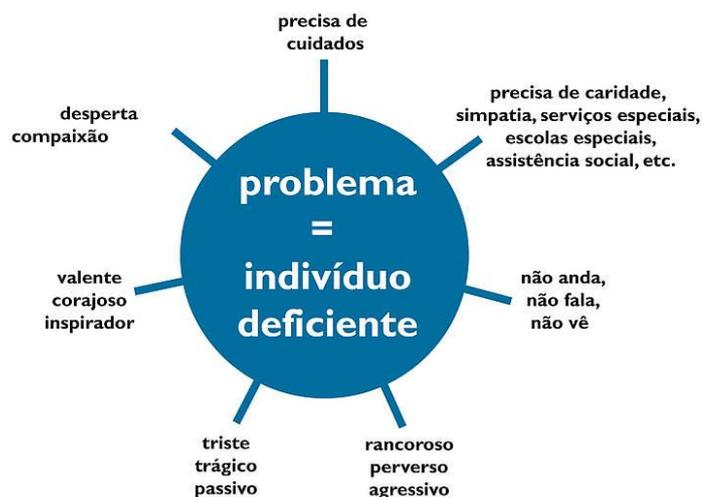
De acordo com Harris e Enfield (2003), em Kosovo, deficiência é tradicionalmente interpretada de acordo com crenças religiosas, onde os deficientes são segregados devido a crença de que essas pessoas foram punidas por Deus por pecados cometidos por elas em vidas passadas, ou pelos seus familiares. Ter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

A crença nos espíritos maléficos ou benévolos atuando como causa do comportamento desviante ou explicação para deficiência, evidenciou-se desde os primórdios da história escrita (TELFORD; SAWREY, 1988). A prova disto está na Bíblia, onde Jesus fala ao cego de nascença: *“Nem ele pecou, nem seus pais, mas isso se dá para que as obras de Deus sejam manifestadas”* (JOÃO, 9:3).

É importante registrar que nem todas as sociedades discriminaram pessoas com deficiência, uma vez que para ela as deficiências não representavam ameaça ou fonte de vergonha. É o caso dos Hindus, que consideravam “os cegos pessoas de sensibilidade interior mais aguçada, justamente pela falta da visão, e estimularam o ingresso desses deficientes nas funções religiosas” ao contrário dos Hebreus que entendiam deficiência “como uma punição divina, e por isso a pessoa estava terminantemente proibida de ter acesso a direção dos serviços religiosos” (FEIJÓ, 2002).

O modelo caritativo da deficiência reforça a autopercepção da pessoa como necessitada. O que as pessoas sem deficiência enxergam na deficiência passa a fazer parte da sua autopercepção, fenômeno conhecido como “mirroeffect” (HARRIS; ENFIELD, 2003).

FIGURA 2: “Modelo Caritativo” da deficiência e as ideias associadas.



Fonte: (HARRIS E ENFIELD, 2003)

3.2.2 Modelo Social da deficiência

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

O modelo social tem permitido à pessoa com deficiência retomar o controle de sua própria vida e ainda ter o poder de tomar decisões nos meios sociais, participando ativa e politicamente de sua comunidade. Essa abordagem leva a crer que a deficiência assume uma dimensão social que leva à exclusão. Esse modelo argumenta do ponto de vista sociopolítico, que a deficiência resulta da falha da sociedade, como explica Shakespeare (2006)

Adotar o modelo social de deficiência não significa rejeitar qualquer forma de assistência médica, reabilitação ou ajuda de terceiros, mas mudar a forma pela qual os serviços e assistência 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 sua vida (HARRIS; ENFIELD, 2003).

FIGURA 3: O “Modelo Social” da deficiência e as ideias associadas



Fonte: (HARRIS E ENFIELD, 2003)

3.3 A deficiência visual e suas dificuldades

A percepção que o homem tem do mundo e sua colocação nele, bem como sua interação e inclusão social têm estreita relação com a visão. Segundo Millecco (2004) nossa civilização é eminentemente visual, onde os outros sentidos parecem não ter a mínima importância para o homem, marcando os deficientes visuais com preconceito e rejeição

De acordo com Smeltzer e Bare, 2006 as pessoas com problemas de saúde crônicos podem viver independentemente e levar uma vida plena com o mínimo de distúrbios e outras podem requerer monitorização frequente. No caso dos deficientes visuais, a monitorização frequente e controlada constitui uma dificuldade em função da própria deficiência, já que estes apresentam restrição da mobilidade independente, principalmente em ambientes não familiares. Além disso, nos grandes centros urbanos é

muito pequeno o número de médicos que dispõem de tempo para o atendimento domiciliar.

O deficiente visual, por causa da sua acuidade visual, tem dificuldades na percepção de massas, cores e formas, limitação da visão à distância com possibilidade de identificação de objetos próximos (FAVRETTO, CARVALHO, CANINI, 2008).

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 à farmácia, diminuindo o cuidado com sua saúde (NASCIMENTO; MARQUES, 2008).

A prevenção e a promoção da saúde, objetivando uma melhor qualidade de vida através da orientação, educação, monitoramento da terapia medicamentosa e de todo seu contexto, são as principais características da Atenção Farmacêutica (FAUS & MARTÍNEZ, 1999)

3.4 Atenção Farmacêutica

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática profissional que consiste na provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos em resposta à terapêutica prescrita, que melhorem a qualidade de vida do paciente. Busca prevenir ou resolver os problemas farmacoterapêuticos de maneira sistematizada e documentada. Além disso, envolve o acompanhamento do paciente com dois objetivos principais: a) responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado; b) atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e quando surgirem, que possam ser resolvidas imediatamente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Em 1990, Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo “PharmaceuticalCare”, que foi traduzido em nosso país para Atenção Farmacêutica. Nesse artigo, foi sugerido que “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”. Este conceito foi discutido, aceito e ampliado na reunião de peritos da Organização Mundial de Saúde

(OMS), realizada em Tóquio. Nesta reunião, foi definido o papel chave do farmacêutico:

“Estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária” (OMS, 1994).

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros. Nesse encontro, foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica:

“um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e coresponsabilidades 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).

Além do conceito de Atenção Farmacêutica, foram definidos nesse mesmo encontro os macro componentes da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica, tais como: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

Entretanto, o conceito de Atenção Farmacêutica mais aceito e citado atualmente pelos pesquisadores continua a ser o elaborado por Hepler e Strand (1990), no qual a Atenção Farmacêutica é apresentada como a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos.

Desse modo, a prática farmacêutica vem orientando-se para a atenção ao paciente, e o medicamento passa a ser visto como um meio ou instrumento para se alcançar um resultado, seja este paliativo, curativo ou preventivo. Ou seja, a finalidade do trabalho deixa de focalizar o medicamento enquanto produto farmacêutico e passa a ser direcionada ao paciente, com a preocupação de que os riscos inerentes à utilização desse produto sejam minimizados (VIEIRA, 2007).

Esse novo modo de pensar a atenção ao paciente pelo farmacêutico tem se difundido com rapidez e tem sido debatido com relação às potencialidades para a saúde pública (VIEIRA, 2007).

O farmacêutico está voltando a cumprir o seu papel perante a sociedade, responsabilizando-se pelo bem estar do paciente e trabalhando para que este não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente de uma terapia farmacológica. Este é um compromisso de extrema relevância, já que os eventos adversos a medicamentos são considerados hoje uma patologia emergente (OTERO; DOMINGUEZ, 2000) e são responsáveis por grandes perdas, sejam elas de ordem financeira ou de vida.

Dentro deste novo contexto da prática farmacêutica, no qual a preocupação com o bem estar do paciente passa a ser a viga mestra das ações, o farmacêutico assume papel fundamental, somando seus esforços aos dos outros profissionais de saúde e aos da comunidade para a promoção da saúde (VIEIRA, 2007). Os autores James e Rovers (2003) identificaram quatro categorias de iniciativas que podem ser implantadas pelos farmacêuticos para a melhoria do estado de saúde da comunidade:

- Acompanhamento e educação do e para o paciente;
- Avaliação dos seus fatores de risco;
- Prevenção da saúde;
- Promoção da saúde e vigilância das doenças

O desenvolvimento da Atenção Farmacêutica, no Brasil, possibilitou novo olhar ao cuidado no exercício da profissão farmacêutica, voltando a atenção ao usuário e à identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados aos medicamentos (PRM).

3.5 O Sistema Braille

O Sistema Braille, utilizado universalmente na leitura e na escrita por pessoas cegas, foi inventado na França por Louis Braille, um jovem cego, reconhecendo-se o ano 1825 como o marco dessa importante conquista para a educação e a integração dos deficientes visuais na sociedade (INSTITUTO BEJAMIN CONSTANTE-IBC, 2014).

Braille, ainda jovem estudante, tomou conhecimento de uma invenção denominada sonografia, ou código militar, desenvolvida por Charles Barbier, oficial do exército francês. O invento tinha como objetivo possibilitar a comunicação noturna entre oficiais nas campanhas de guerra. Baseava-se em 12 sinais, compreendendo linhas e pontos salientes, representando sílabas na língua francesa. O invento de Barbier não logrou êxito no que se propunha, inicialmente. O bem-intencionado oficial levou seu invento para ser experimentado entre as pessoas cegas do Instituto Real dos Jovens Cegos (MAIA, 2009).

Os professores e diretores de escolas especiais, quase sempre pessoas videntes, eram contrários à adoção de um alfabeto duro para a vista. Por isso, agarravam-se ao princípio de Haüy segundo o qual a educação dos cegos não deveria diferenciar-se da dos videntes, levavam esse princípio ao exagero e não renunciavam à leitura em caracteres comuns. Só o formidável impulso dos cegos que se serviam do alfabeto braille pôde obrigar os responsáveis pela sua educação a reconhecer os frutos que a aplicação desse alfabeto produzia nas escolas (BAPTISTA, 2000).

A partir da invenção do Sistema Braille, em 1825, seu autor desenvolveu estudos que resultaram, em 1837, na proposta que definiu a estrutura básica do sistema, ainda hoje utilizada mundialmente (MAIA, 2009).

Comprovadamente, o Sistema Braille teve plena aceitação por parte das pessoas cegas, tendo-se registrado, no entanto, algumas tentativas para a adoção de outras formas de leitura e escrita, e ainda outras, sem resultado prático, para

aperfeiçoamento da invenção de Louis Braille. (INSTITUTO BEJAMIN CONSTANTE-IBC, 2014).

Nos estudos realizados por Vigotski (1989) sobre a pessoa cega, ele aponta a importância do braille dizendo que:

Um ponto do alfabeto braille fez mais pelos cegos do que milhares de filantropos; a possibilidade de ler e escrever resulta mais importante que o 'sexto sentido' e a sutileza do tato e do ouvido.

Com isso, ele quer mostrar que o Braille representou a possibilidade de o cego compensar a ausência de visão por meio de um caminho alternativo que lhe garante acesso ao conhecimento. Não se trata de substituir a falta de visão por outro sentido; o braille garante o ingresso do cego no mundo simbólico da leitura e da escrita.

Na escrita Braille, mãos e cérebro entram em ação, e o braille passa a ser o instrumento que serve de mediação entre as pessoas cegas e os vários meios da cultura.

Van der Veer e Valsiner apontam que Vigotski, em seus primeiros escritos sobre a defectologia (1924), argumentou várias vezes que:

Aprender a escrita braille não difere, em princípio, da aprendizagem da escrita normal, uma vez que a aprendizagem de ambos os tipos de escrita baseia-se na conjugação múltipla de dois estímulos. Vista do ponto de vista fisiológico, em ambos os casos a aprendizagem da escrita estava baseada na formação de reflexos condicionados, sendo a única diferença que órgãos receptivos diferentes eram condicionados a estímulos ambientais diferentes.

Para Vigotski (1991) portanto, a cegueira e a surdez não eram nada mais do que a falta de uma das possíveis vias para formação de reflexos condicionados com o ambiente. A solução era simplesmente a substituição da via tradicional por uma outra e, conseqüentemente, não era necessária nenhuma teoria especial para o tratamento de crianças surdas ou cegas (p. 76). Em última instância, Vigotski pensou o olho não é nada mais do que um instrumento servindo a determinada atividade, que pode ser substituído por outro instrumento. Aceitando uma ideia apresentada por Birilev (1924),

ele afirmou que, para o cego, a outra pessoa pode atuar no papel de instrumento, como um microscópio ou telescópio. [...] afirmar que “importante é o significado, não o signo. Mudaremos o signo e reteremos o significado”.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

O projeto no modelo de Pesquisa ação com característica extensionista foi realizado no período de Outubro de 2014 a Outubro de 2015, através de um trabalho de caráter bibliográfico, descritivo, de campo, com abordagem qualitativa e quantitativa.

4.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste na Cidade de Campina Grande – PB, localizado na Rua João Quirino, 33-Catolé.

4.3 Definição da População

A amostra foi composta por 29 pessoas de ambos os sexos, com faixa etária acima de 18 anos, que tivessem algum tipo de deficiência visual, assistidos pelo Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste na Cidade de Campina Grande – PB e que se dispuseram a participar do estudo.

4.4 Coleta de Dados

As ações desenvolvidas ocorreram a partir do preenchimento de um formulário de identificação, termo de livre consentimento e a aplicação de uma entrevista especificamente elaborada, com a finalidade de avaliar o nível de conhecimento do indivíduo em relação aos medicamentos e a seu estado de saúde. Essa entrevista foi realizada de forma oral e gravada com auxílio de aplicativos em telefones móveis. As palestras foram realizadas através de arguição oral e com a utilização de recursos didáticos.

As respostas dos participantes foram avaliadas, e a partir das necessidades detectadas foram preparadas palestras de orientação. As palestras ministradas foram sobre: Hipertensão arterial, Diabetes Melitus, Dislipidemias, Uso racional de medicamentos e Parasitoses.

Os dados coletados foram inseridos em tabelas e gráficos, de modo a possibilitar a realização de uma análise quantitativa, considerando os valores relativos e absolutos. Foi utilizado o software Windows Excel 2010.

4.5 Considerações Éticas

A coleta dos dados foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba- CAE 0366.0.133.000-12. O Estudo foi realizado observando-se os aspectos éticos da pesquisa preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza pesquisas em seres humanos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 29 pessoas que aceitaram participar do trabalho no período de outubro de 2014 à outubro de 2015, como observado na Tabela 1, houve uma maior prevalência no sexo masculino (86%).

Constatou-se também que em relação ao nível de escolaridade a prevalência foi no ensino médio completo (41%), contra apenas uma pessoa analfabeta (4%) no estudo.

Continuando com as informações sobre a Tabela 1, com relação ao estado civil da amostra, mostrou que a maioria dos sujeitos da pesquisa são solteiros (65%).

Tabela 1: Frequência de sexo, escolaridade e estado civil das pessoas com deficiência visual que frequentavam o Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, no período do trabalho.

FONTE: Autor

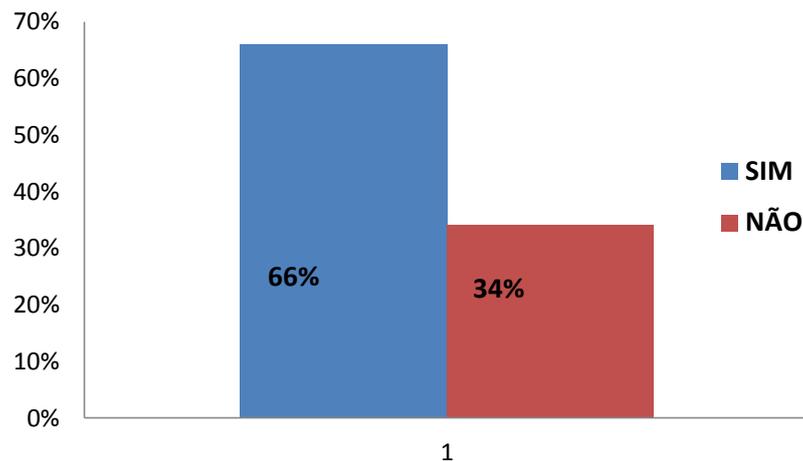
Levando em consideração a prevalência das deficiências de uma forma geral, o resultado do Censo realizado pelo IBGE em 2010 mostrou uma prevalência de deficiência maior entre as mulheres do que nos homens. Esse mesmo estudo mostrou que para deficiência visual e motora, a prevalência também foi maior no sexo feminino, e para deficiência auditiva e mental, a prevalência foi ligeiramente maior entre os homens (IBGE, 2010).

Fazendo uma comparação do Censo de 2000 com o de 2010, do IBGE, observou-se que a taxa de analfabetismo para a população com deficiência caiu de 13,6% para 9,5% na década. Observou-se também que essa queda foi mais acentuada na população feminina. Em 2010, 6,7% das pessoas com deficiência possuíam diploma de curso superior. Esses dados não concordam com o atual trabalho. Isso se justifica,

| | |
|-------------------------------|------------|
| SEXO | |
| Masculino | 86% (n=25) |
| Feminino | 14% (n=4) |
| ESCOLARIDADE | |
| Fundamental incompleto | 21% (n=6) |
| Médio completo | 41% (n=12) |
| Superior | 34% (n=10) |
| Analfabeto | 4% (n=1) |
| ESTADO CIVIL | |
| Solteiro | 65% (n=19) |
| Casado | 28% (n=8) |
| Divorciado / viúvo | 7% (n=2) |

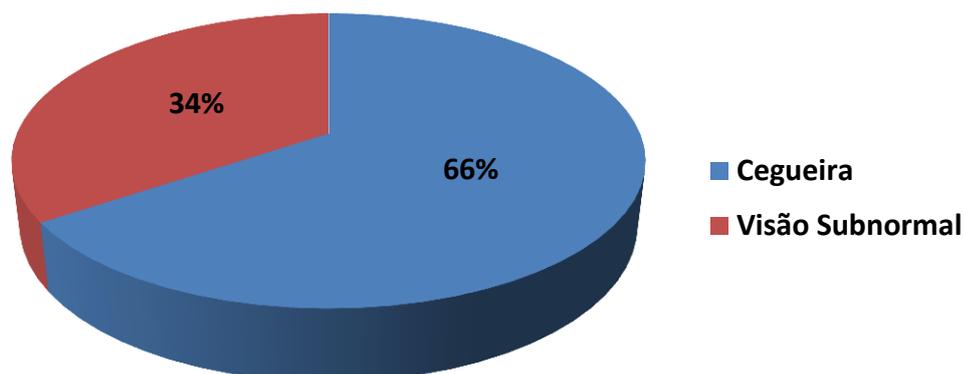
provavelmente, porque as pessoas que participaram deste trabalho tiveram uma maior facilidade de acesso a informação (IBGE, 2000; IBGE, 2010).

Na Figura 4 observa-se a frequência entre indivíduos saudáveis e com problemas de saúde. Nota-se que 66% dos participantes do trabalho relataram ter algum distúrbio de saúde, os mais citados foram: Diabetes, Hipertensão, Gastrites, Artrite e Alergias.

FIGURA 4: Relato da frequência entre indivíduos saudáveis e com problemas de saúde

Segundo um estudo de Nascimento e colaboradores (2009), os deficientes visuais tendem a negar qualquer tipo de enfermidade. Isso se justifica por receio do deficiente visual, de uma dependência maior, aliada ao medo do sofrimento. Por outro lado, a depressão causada muitas vezes por falta de apoio dos familiares, por limitações físicas, dificuldade de planejar novos projetos ou falta de atividades que preencham o tempo, também podem ser causas de tal atitude. Essas informações não corroboraram com os resultados do presente estudo.

A Figura 5 explana os dois tipos de deficiência visual, que pode ser Cegueira ou Visão subnormal. Percebe-se um predomínio da cegueira (66%) sobre a visão subnormal.

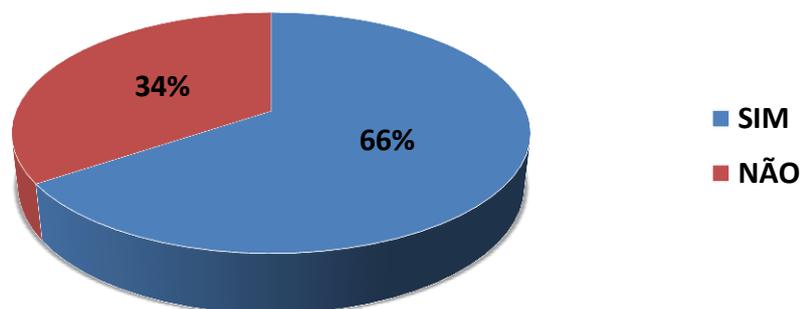
FIGURA 5: Tipo de deficiência prevalente entre os sujeitos participantes do trabalho

A Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências, de 26,3%, tendência que foi mantida desde o Censo de 2000, quando a taxa foi de 16,8% e a maior entre as regiões brasileiras. As menores incidências ocorreram nas regiões Sul e Centro Oeste, 22,5% e 22,51%, respectivamente. Esses dados corroboram a tese de que a deficiência tem forte ligação com a pobreza e que os programas de combate à pobreza também melhoram a vida das pessoas com deficiência.

A Atenção Farmacêutica para deficientes visuais, identificando a natureza da deficiência, é relevante no tipo de ajustamento ao nível social e emocional efetuado pelos deficientes visuais. Dessa forma, pessoas com visão subnormal tem relativamente uma maior independência em relação aos que tem cegueira. Os de visão subnormal são mais receptivos a novas informações e orientações, o que é essencial para atenção farmacêutica (NASCIMENTO, 2009).

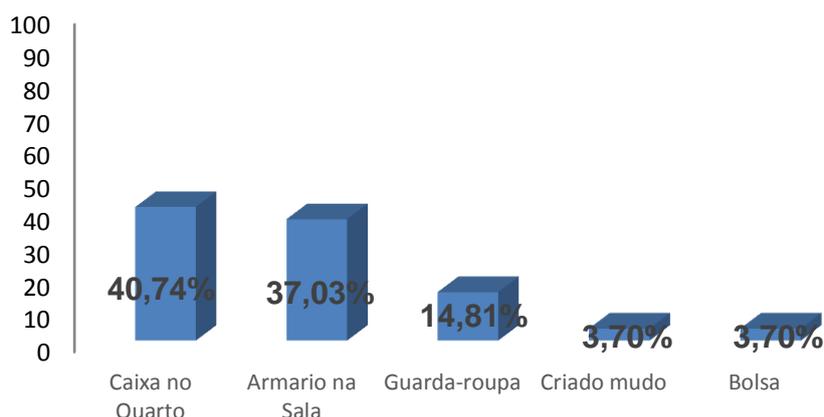
A Figura 6 retrata o conhecimento dos sujeitos em relação a existência de recursos disponíveis para o acesso a informação sobre medicamentos, como a bula em áudio, bula em Braille e nome do medicamento impresso em Braille na caixa. Foi observado um percentual de 66% de pessoas que tem conhecimento do acesso.

FIGURA 6: Conhecimento dos sujeitos entrevistados em relação a recursos para informação sobre medicamentos



Segundo Lopes (2008) o que se verifica no dia-a-dia do usuário deficiente visual é que este enfrenta muitas dificuldades para ter acesso às informações sobre um medicamento prescrito, o que afeta sua autonomia como cidadão. Essas dificuldades são: receber a prescrição por escrito através de informações visuais na receita médica, na bula, e/ou na embalagem; a necessidade de ter uma pessoa, normalmente um parente ou um conhecido, que leia as informações para ele; na farmácia, no momento da dispensação, ele depende do farmacêutico para a confirmação das informações da receita médica; quando há informações em Braille na embalagem, estas são mínimas (nome comercial do fármaco e sua quantidade dentro daquela embalagem); as informações, quase que totalmente, são transmitidas de forma oral, o que obriga o paciente a memorizá-las para o posterior uso do remédio; a necessidade de confiar que as informações transmitidas tenham sido interpretadas da maneira correta por quem as leu para o deficiente visual.

A Figura 7 mostra o local do domicílio onde os medicamentos são guardados. Nota-se que a maioria dos entrevistados (40,74%) guardam seus medicamentos em uma caixa específica, e esta fica no quarto.

FIGURA 7: Local do domicílio onde os medicamentos dos entrevistados são guardados

Guardar os medicamentos em banheiro ou roupeiro pode determinar o risco de alterações físico-químicas devido a exposição a fontes de calor, frio, umidade, luz solar, além do risco de contaminação com produtos químicos e saneantes. Locais como móvel da sala ou cozinha deixam esses medicamentos expostos a luz e algumas vezes ao alcance de crianças, o que reforça uma necessidade de maior proteção do estoque domiciliar de medicamentos (TOURINHO et al, 2008).

6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, no presente estudo, pode-se concluir que:

- ✓ Detectou-se o nível de informação das pessoas com deficiência visual sobre seus medicamentos de uso contínuo e esporádicos e sobre o seu estado de saúde;
- ✓ Apesar da população ter mostrado um nível de escolaridade consideravelmente satisfatório, ainda demonstram ter pouco conhecimento em relação a medicamentos, incluindo formas de guardá-los.
- ✓ Constatou-se também um considerável nível de conhecimento dos participantes sobre a existência de recursos digitais disponíveis para a informação dos medicamentos e sobre a obrigação da indústria farmacêutica de dispor desses recursos, embora tenham relatado das dificuldades de acesso as informações pertinentes.
- ✓ Nota-se, que a relevância em se estudar a saúde pessoas com deficiência visual, fundamenta-se na dificuldade em que os mesmos tem em relação ao acesso a

informações sobre medicamentos, e que isso pode acarretar o Uso Irracional de Medicamentos.

- ✓ A autora do presente trabalho espera ter contribuído positivamente na educação e orientação, a respeito dos medicamentos e dos cuidados com a saúde.
- ✓ Espera-se que o projeto tenha continuidade e que se possa abranger outras áreas de atenção a saúde.

ABSTRACT

The Visually Impaired face, every day, problems about the use of drugs, especially when they are illiterate and do not have a caregiver. To minimize these impediments as the use of drugs, the Pharmaceutical Care is aimed at ensuring the effectiveness and safety tool, can contribute to the development of self-confidence of the poor and the enhancement of its capacity to act with greater confidence in medicines and your general health. For this, it performed a descriptive work, field, qualitative and quantitative at the Institute of Education and Assistance to Northeast Blind in the city of Campina Grande-PB, from October 2014 to October 2015. The objective is through the application of an interview, to detect the main difficulties in relation to health problems, including their needs and obstacles faced by the visually impaired. Of the sample analyzed, a considerable portion of the population reported having some health problem. Most individuals, study participants mentioned having knowledge about resources for access to information on medicines. Thus, it is concluded that the need for health information and pharmacotherapy, by the Visually Impaired, emphasizes the importance of the pharmacist working in the provision of pharmaceutical care service.

Keywords: Visually impaired; Pharmaceutical Attention; Medications.

7. REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, J.A.L. A invenção do Braille e a sua Importância na Vida dos Cegos. **Comissão de Braille**. Lisboa. 2000. Disponível em: <<http://www.gesta.org/braille/braille01.htm>> Acesso em: 14 de abril de 2016.
- BENJAMIN CONSTANT, Rio de Janeiro, ano 20, edição especial, p. 23-28, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.ibc.gov.br/?itemid=10235>> Acesso em: 14 de abril de 2016.
- BEZERRA C.P., PAGLIUCA L.M.F, GALVÃO M.T.G. Modelo de enfermagem baseado nas atividades de vida diária: adolescente diabética e deficiente visual. **AnnaNery Revista de Enfermagem**, v.13, n.4, p. 842-848, 2009.
- BONFIM, S. M. M.. A luta por reconhecimento Das pessoas com deficiência: Aspectos teóricos, históricos e legislativos. (Mestrado em Ciência Política) Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.2009
- CIPOLLE, R.; STRAND, L.M.; MORLEY, P. *El ejercicio de la atención farmacéutica*. Madrid: McGraw Hill –Interamericana; 2000. 368 p.
- CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA: proposta / Adriana Mitsue Ivama.. [et al.]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.
- FAUS, M.J. & F. MARTÍNEZ. La Atención Farmacêutica em Farmácia Comunitária: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para supuesta em marcha. **PharmaceuticalCare**,v. 1; n. 1, 1999.
- FAVRETTO D.O., CARVALHO E.C., CANINI S.R. Intervenções realizadas pelo enfermeiro para melhorar a comunicação com deficiente visuais. **Revista de rede de enfermagem do nordeste**, v.9, n.3, 2008.
- GOSSENHEIMER, A.N. Atenção Farmacêutica para Deficientes Visuais: Perspectivas e Desafios. (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Dez., 2010.
- HARRIS, Alison; ENFIELD, Sue. Disability, Equality, and Human Rights. A Training Manual for Development and Humanitarian.Osfam.UK ,2003, 355p.
- HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunitiesandresponsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**_,v.47, n.3, p.533-543, 1990

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico do ano 2010.

Disponível em:

<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2016

JAMES J.A., ROVERS J.P. Wellness and health promotion. In: Rovers JP, et al. A practical guide to pharmaceutical care. **American Pharmaceutical Association**, p.183-200, 2003.

MACHADO, W. C. A. - *Deficientes x serviços de saúde: uma sintonia necessária. Perfil da realidade*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível:< <http://www.fen.ufg.br/revista>>

MILLECO, L.A. (2004) *Olhos de ver, o desafio da cegueira*. 1. ed. Bragança Paulista: Lachâtre, cap. 1.

MOURA G.R., PEDRO E.N.R. Adolescentes portadores de deficiência visual: percepções sobre sexualidade. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.14, n.2, p.220-226, 2006. 2006.

NASCIMENTO E.L., MARQUES L.A.M. O deficiente visual e a atenção farmacêutica. **Latino-american Journal Pharmaceutical**, v.28, n.2, p.203-210, 2009.

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

NASCIMENTO, Eliana L.; MARQUES, Luciene A.M. O Deficiente Visual e a Atenção Farmacêutica. **Latin-American Journal Pharmaceutical**, v.28, n.2, p.203-210, 2009.

OLIVEIRA, A.B. et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.41, n. 4, 2005.

OTERO M.J., DOMINGUEZ-GIL A. Acontecimentos adversos por medicamentos: uma patologia emergente. **Revista de Farmácia Hospitalar**, v.24, n.4, p. 258-266, 2000.

PAGLIUCAL M.F., UCHOA R.S., MACHADO M.M. Pais cegos: experiências sobre o cuidado dos seus filhos. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v.17, n.2, 2009.

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

RODRIGUES, Priscilla Peters; HIRATA, Rosario Dominguez Crespo. **Atenção farmacêutica a deficientes visuais: percepção e necessidades**. (Resumo de Trabalho

em Congresso) Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

SHAKESPEARE, Tom. Disability Rights and Wrongs. Canada: Routledge, 2006. 238p.

SMELTZER, S.C. & B.G. BARE. *Brunner&Suddarth: tratado de enfermagem medicocirúrgica*. 8 ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan. 2201p.

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

TORINHO, 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. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.213-220, 2007.

VYGOTSKY, L. S. **Fundamentos de defectología**. LaHabana: Pueblo y Educacion, 1989. 361p.

ANEXO

–APRESENTAÇÃO DA DOCENTE E DISCENTES PARTICIPANTES

OFÍCIO Nº /2014

Ao excelentíssimo Sra. ADENISE QUEIROZ DE FARIAS

PRESIDENTE INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE

Rua João Quirino, 33 – Catolé

58410-370

Campina Grande - PB

Ao mesmo tempo em que encaminhamos, apresentamos, a docente MARIA DE FÁTIMA FERREIRA NÓBREGA, matrícula: 120507-2 lotada neste Departamento e os discentes VANESSA DO NASCIMENTO PEREIRA, matrícula: MESSIAS GOMES ALVES, matrícula 131131575, aluno do curso de Farmácia, solicitamos sua permissão para realizar o projeto intitulado: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NA ÁREA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA DEFICIENTES VISUAIS NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB”.

Campina Grande ____/____/_____

**ANEXO 2- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO E COLETA DE DADOS
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE
CNPJ: 08.705.576/0001-66**

Rua João Quirino, 33 – Catolé

58410-370

Campina Grande - PB

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA
DE DADOS**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NA ÁREA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA DEFICIENTES VISUAIS NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB”., desenvolvido pela Professora Maria de Fátima Ferreira Nóbrega do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, com a participação de discentes da Instituição. A coleta de dados será do tipo documental através do preenchimento de um formulário de identificação e de entrevista gravada e acontecerá nas dependências do Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o número 0366.0.133.000-12. Serão observados os aspectos éticos da pesquisa preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde respeitando a confidencialidade e sigilo dos participantes. A instituição sedadora do trabalho arquivará por cinco anos as informações coletadas de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Campina Grande ____/____/_____

Assinatura e carimbo do responsável institucional



ANEXO 3 – TERMO DE COMPROMISSO DO COORDENADOR

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, coordenadora e colaborador discente do estudo intitulado **“EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ÁREA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA DEFICIENTES VISUAIS NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB”** assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgadas pelo Decreto nº 93933, de 24 de janeiro de 1997, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmo, outrossim, a responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes ao presente estudo, respeitando a confidencialidade e o sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído no trabalho, por um período de cinco anos após o término deste. Apresentarei sempre que solicitada pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), ou ainda, pelas Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento do trabalho, comunicando ainda ao CEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ / _____ / _____

_____ e _____

Pesquisadora

Colaborador Discente



ANEXO 4

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ RG _____

Abaixo assinado (a) concordo de livre e espontânea vontade em participar do projeto EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NA ÁREA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA DEFICIENTES VISUAIS NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB”. esclareço que obtive todas as informações necessárias e fui esclarecido de todas as dúvidas apresentadas.

Portanto estou ciente que:

- Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- Os resultados obtidos durante este trabalho serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meu nome não seja mencionado;
- Caso eu deseje, poderei tomar conhecimento dos resultados ao final deste trabalho;
- Caso sinta necessidade de contatar a coordenadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83) 33212206.

Campina Grande, ____ de _____ de _____

—
Participante

—
Pesquisadora

ANEXO 5- 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: ____ / ____ / ____ | | Assinatura _____ | |
| INSTITUIÇÃO PROPONENTE | | | |
| 13. Nome: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesqui | | 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. | | | |

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO



Formulário de Identificação

Nome do aluno: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Gênero:

Masculino () Feminino ()

1. Escolaridade:

1.1 Fundamental incompleto ()

1.2. Médio incompleto ()

1.3. Fundamental completo ()

1.4. Médio completo ()

1.5. Superior ()

1.6. Sem instrução ()

2. Estado Civil:

2.1. Solteiro ()

2.2. Casado ()

2.3. Viúvo()

2.4. Outros()

3.0 Causa da sua deficiência visual:

a. De nascença