



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



PARECER DO RELATOR: (19)

Número do Protocolo emitido pelo CEP-UEPB: 0366.0.133.000-12

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 30 de outubro de 2012

Pesquisador(a) Responsável: Lindomar de Farias Belém.

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: “ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DE CAMPINA GRANDE-PB”. O presente estudo é para fins de elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa: Tem como Objetivo Geral: “Prestar o serviço de atenção farmacêutica as pessoas assistidas pelo Instituto de Educação e Assistência aos Cegos de Campina Grande-PB e definir as suas necessidades e dificuldades em relação aos cuidados com sua saúde, tratamento farmacoterapêutico e educação em saúde”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: De acordo com a intenção da pesquisa não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados. O projeto apresenta benefícios uma vez que permitirá as pessoas com deficiência visual usufruir de 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 como um todo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica bem estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações: Atende a todas as exigências protocolares do CEP mediante Avaliador e Colegiado. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se completo sem pendências ou inadequações, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

Situação do parecer:

Aprovado(X)

Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

Relator: 19

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICES



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

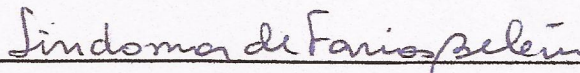
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DE CAMPINA GRANDE PB

Eu, Lindomar de Farias Belém, Professora do Curso de Farmácia, da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 776709 e CPF: 366.668.584-68 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



Lindomar de Farias Belém

Orientadora

Campina Grande 17 de Outubro de 2012

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DO NORDESTE EM CAMPINA GRANDE – PB” terá como objetivo geral **prestar o serviço de Atenção Farmacêutica às pessoas assistidas pelo Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste em Campina Grande PB e definir suas necessidades e dificuldades em relação aos cuidados com sua saúde, tratamento farmacoterapêutico e educação em saúde.**

Ao voluntário só caberá a autorização para que seja permitido a aplicação de entrevista e gravação da mesma e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados aos indivíduos e/ou familiares, cumprindo as exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros aos voluntários e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 30551589** com Professora Lindomar de Farias Belém.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de esclarecimento livre e esclarecido.

Campina Grande – PB, ____/____/_____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista.



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

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CEGOS DE CAMPINA
GRANDE PB**

ORIENTADORA: PROF^a DR^a LINDOMAR DE FARIAS BELÉM
ORIENTANDO: FRANCISCO ALLISSON DE SOUZA BANDEIRA

Entrevista nº _____

1. Dados sócio-econômicos:

Iniciais: _____ Gênero () Masculino () Feminino

Escolaridade: _____ Idade: _____

Renda Mensal: _____ Salários Mínimos

Trabalha: Sim () Não () em que? _____

Nº de membros da família: _____

Onde você mora? _____

2. Dados clínicos

Patologias presentes: _____

Automedicou-se recentemente? Sim () Não ()

Medicamentos

Medicamentos sem prescrição	Indicação	Frequência

Você sabe para que tipo de doença esse(s) medicamento(s) são indicados?

Sim () Não ()

Você sabe como tomar esse(s) remédio(s)? Sim () Não ()

Você tem alguma dúvida sobre como tomar esse(s) remédio(s)?

Sim () Não ()

Você acha necessária a orientação de um profissional que auxilie no uso de remédios? Sim () Não ()

Onde são armazenados esses medicamentos? _____

Houve ou há alguma RAM ou PRM? Sim () Não () Quais?

O que você entende por automedicação? _____

Com quantos anos você perdeu a visão?

Qual foi o motivo ao qual você perdeu a visão?

Você aprendeu o sistema Braille? Sim () Não ()

Com que frequência você vai ao médico? Quando foi a última visita ao médico?

Quais as dificuldades que você enfrenta ao ir ao médico?

Durante a consulta o médico dá alguma informação sobre a sua saúde ou o medicamento prescrito? Que tipo de informação e como ele faz isso?

Quando você vai ao médico alguém te acompanha? Sim () Não ()

Se sim, quem? _____

Você vai à farmácia ou alguém compra seus medicamentos?

Quem te orienta para tomar os medicamentos da forma correta?

Você costuma ler, ou pedir para alguém ler, as bulas dos medicamentos? Caso não leia, quem ler para você?

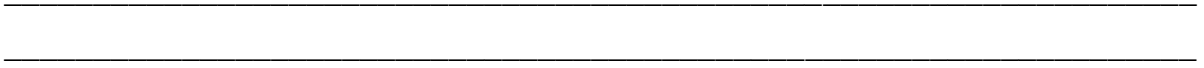
Você tem conhecimento da legislação que obriga os fabricantes de medicamentos fornecerem as bulas dos medicamentos em formato especial?

Sim () Não ()

Quando foi a última vez que você fez algum exame?

Você tem alguma sugestão para deixar o uso dos medicamentos mais seguro?

Ser ego é? _____



APÊNDICE D -Fotografia de usuários em palestra ministrada no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste



APÊNDICE E - Fotografia de usuários em palestra ministrada no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste

