



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

MESSIAS GOMES ALVES

**OCORRÊNCIA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRONICAS EM PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA VISUAL EM CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE– PB

2018

MESSIAS GOMES ALVES

**OCORRÊNCIA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRONICAS EM PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA VISUAL EM 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 Farmacêutico.

Orientador: PROF.^a MS. M^a DE FÁTIMA FERREIRA NÓBREGA

CAMPINA GRANDE- PB

2018

É expressamente proibido 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 do trabalho.

A474o Alves, Messias Gomes.
Ocorrência das principais doenças crônicas em pessoas com deficiência visual em Campina Grande - PB [manuscrito] : / Messias Gomes Alves. - 2018.
45 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.

"Orientação : Profa. Ma. Maria de Fátima Ferreira Nóbrega, Coordenação do Curso de Farmácia - CCBS."

1. Atenção farmacêutica. 2. Cuidado farmacêutico. 3. Deficientes visuais. 4. Deficientes visuais.

21. ed. CDD 615.1

MESSIAS GOMES ALVES

**OCORRÊNCIA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA VISUAL EM 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 Farmacêutico.

Trabalho de conclusão de curso aprovado em: 23/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Maria de Fátima Ferreira Nobrega

Prof^a. Msc. M^a. de Fatima Ferreira Nobrega (Orientadora)

DEF/CCBS/UEPB

Lindomar de Farias Belém

Prof^a. Dr^a. Lindomar de Farias Belém

DEF/CCBS/UEPB

Cristian José Simões Costa

Prof. Msc. Cristian José Simões Costa

Instituto Federal de Alagoas (IFAL)

DEDICATÓRIA

Á Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino e ter me capacitado todos os dias para os trabalhos que me foram confiados. Depois quero dedicar a minha mãe, Terezinha Gomes da Anunciação por sempre me apoiar na realização dos meus sonhos, mesmo diante das dificuldades e aos meus Irmãos Francisco Alves Pereira Junior e Marcel Gomes Alves, por me acompanharem nessa jornada e contribuírem de maneira singular com esta conquista. Igualmente, as minhas professoras Lindomar de Farias Belém e Maria de Fátima Ferreira da Nóbrega, pela confiança depositada, pela paciência e principalmente pela amizade.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Pois ele é digno de toda honra, glória e adoração.

A minha querida mãe, Terezinha Gomes da Anunciação pela dedicação e apoio para a realização dos meus sonhos e por ter despertado em mim a vontade de sempre buscar o melhor.

Aos meus irmãos Francisco Junior e Marcel Gomes, pela motivação e serem presentes em minha vida.

A minha orientadora professora Maria Fatima Ferreira Nóbrega, pela paciência, contribuição e competência ao longo dessa trajetória. 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 de Farias Belém. A minha eterna gratidão por ter me acolhido em seu projeto e acreditado na minha capacidade. Por ser um exemplo de profissional e pessoa.

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 Adenize Queiroz de Farias.

A Universidade Estadual da Paraíba, pelo apoio acadêmico à realização deste trabalho.

A Pro Reitoria de Extensão, pela bolsa de estudo concedida durante quatro anos da Graduação.

Ao Centro de Informações sobre Medicamentos – CIM, por toda experiência e aprendizados adquirido no decorrer da jornada acadêmica.

A Minha Banca Examinadora, Prof^a. M^a. de Fátima F. Nóbrega, Prof^a. Lindoma de F. Belém e Prof. Cristian José S. Costa, por não exitar em me dizer sim.

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

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

A turma 2013.1, pelas lutas vencidas, amizades feitas, em especial a Mariana Dantas pelo incentivo.

A minha colega de Projeto, Wanessa Nascimento, por sempre estar disponível para colaborar com o desenvolvimento do trabalho.

A todas as pessoas que de uma alguma forma me ajudaram e acreditaram em mim, eu quero deixar um agradecimento eterno, porque sem elas não teria sido possível concluir esse trabalho.

“Não sou obrigado a vencer, mas tenho o dever de ser verdadeiro. Não sou obrigado a ter sucesso, mas tenho o dever de corresponder à luz que tenho.”

(Abraham Lincoln)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Prevalência da deficiência visual por gênero	25
Figura 2: Frequência de Indivíduos Saudáveis e com problemas de Saúde	27
Figura 3: Relato das doenças mais frequentes	28
Figura 4: Forma farmacêutica com maiores dificuldades na utilização....	29
Figura 5: Modo de Identificação dos Medicamentos	30

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Frequência 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..... 27

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são um importante problema de saúde pública que ocorre com maior ou menor frequência em várias partes do mundo, dentre estas doenças destacam-se a hipertensão e o diabetes. Essas enfermidades se revestem de maior importância quando acometem as pessoas com deficiência visual, principalmente em países em desenvolvimento pelas dificuldades que esta parcela da população enfrenta para superar as dificuldades ocasionadas pela sua condição e ter acesso aos cuidados necessários para controlar estas disfunções. Nesse contexto a atuação do farmacêutico é de vital importância para garantir a segurança e a efetividade no uso de medicamentos, assim contribuindo sobremaneira no desenvolvimento da autoconfiança orientações quanto aos cuidados com a saúde. Este estudo teve como objetivo principal avaliar a ocorrência de doenças crônicas e a necessidade da Atenção Farmacêutica as pessoas com deficiência visual que frequentam e trabalham no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste em Campina Grande – PB, para isso, se utilizou uma metodologia de caráter descritivo, de campo qualitativo e quantitativo no período de outubro de 2014 a outubro de 2015. Das amostras analisadas uma parcela significativa da população relatou ter algum problema de saúde, assim, constata-se a necessidade de estimular informações sobre saúde e farmacoterapia aos pesquisados ressaltando a importância do trabalho do profissional farmacêutico na prestação do serviço de Atenção Farmacêutica.

Palavras-chave: Deficientes visuais. Doenças crônicas. Atenção Farmacêutica.

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

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

E-mail: ¹messiasgalves2013@gmail.com / ²mfnobrega78@gmail.com

ABSTRACT

Non-communicable chronic diseases are an important public health problem that occurs more or less frequently in several parts of the world, among these diseases are hypertension and diabetes. These diseases are of major importance when they affect visually impaired people, especially in developing countries due to the difficulties that this part of the population faces in order to overcome the difficulties caused by their condition and to have access to the necessary care to control these dysfunctions. In this context, the performance of the pharmacist is vitally important to ensure safety and effectiveness in the use of medicines, thus contributing greatly to the development of self-confidence guidelines for health care. The main objective of this study was to evaluate the occurrence of chronic diseases and the need for Pharmaceutical Care for people with visual impairment who attend and work at the Institute of Education and Assistance to the Blind of the Northeast in Campina Grande - PB. From the analyzed samples a significant portion of the population reported having some health problem, thus, it is verified the need to stimulate information on health and pharmacotherapy to the researched emphasizing the importance of the work of the pharmaceutical professional in the provision of the Pharmaceutical Attention service.

Keywords: Visual impairment. Chronic diseases. Pharmaceutical attention.

¹Graduating the Pharmacy Course of the State University of Paraíba (UEPB) Extensionist Drug Information Center CIM / UEPB / UAMA. ²Prof^a.Msc.of the Department of Pharmacy / CCBS / UEPB.

E-mail: ¹messiasgalves2013@gmail.com / ²mfnobrega78@gmail.com

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 Deficiência visual: conceito e abrangência	14
3.2 Os Obstáculos encontrados pelas pessoas com Deficiência Visual ..	15
3.3 O Sistema Braille	15
3.4 Doenças Crônicas	18
3.4.1 A Hipertensão	17
3.4.2 O Diabetes e as suas consequências	18
3.5 O Uso de medicamentos	19
3.6 Atenção Farmacêutica e/ou Cuidado Farmacêutico	20
4 METODOLOGIA	23
4.1 Delineamento da Pesquisa	23
4.2 Área do Estudo	23
4.3 Definição da População	23
4.4 Coleta de Dados	23
4.5 Considerações Éticas	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	39
APÊNDICES	43

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de alta prevalência cujo controle é difícil de ser alcançado, visto que requer além do tratamento medicamentoso mudança no estilo de vida. Maiores obstáculos quanto a essa enfermidade são enfrentadas pelas pessoas com deficiência visual, tanto no que diz respeito ao acesso ao médico como ao tratamento medicamentoso.

Não menos relevante é o diabetes, que a cada dia apresenta um aumento da frequência ligada aos hábitos alimentares e a hereditariedade, e que também atinge pessoas com deficiências visuais, podendo ser uma das causas da perda parcial ou total da visão.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que existiam 37 milhões de cegos e 124 milhões de pessoas com deficiência visual grave no mundo. Se considerarmos as 153 milhões pessoas com deficiência visual devido a erros refrativos não corrigidos, teremos 314 milhões de pessoas no mundo com alguma deficiência visual (RESNIKOFF, 2004). Sendo assim numerosa parte destes, apresentam grandes dificuldades na utilização correta dos medicamentos, podendo 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 é disponibilizado o nome comercial e sua quantidade dentro daquela embalagem.

Desta forma a atuação do profissional farmacêutico no auxílio de pessoas com deficiência visual através da orientação e acompanhamento farmacoterapêutico, se faz necessário através da Atenção Farmacêutica.

Igualmente, sendo de significativa importância que o Farmacêutico atue da maneira mais atencioso possível visando a melhor efetividade da terapia, levando em consideração desejos e habilidades dos pacientes com deficiência visual e orientando-os acerca da terapia.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi conhecer as doenças crônicas que acometem o grupo estudado e a relevância do profissional farmacêutico quanto à orientação no uso da medicação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a ocorrência de doenças crônicas e a necessidade dos Cuidados Farmacêuticos a pessoas com deficiência visual que frequentam e\ ou trabalham no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste em Campina Grande - PB

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar as doenças crônicas que atingem os indivíduos estudados;
- Observar as formas farmacêuticas com mais dificuldade na utilização;
- Verificar como a pessoa com deficiência visual reconhece o medicamento que está utilizando;
- Avaliar a necessidade dos Cuidados farmacêuticos na orientação da medicação utilizada pela população pesquisada.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Deficiência visual: conceito e abrangência

A visão é o canal mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior. Tal como a audição, ela capta registros próximos ou distantes e permite organizar, no nível cerebral, as informações trazidas pelos outros órgãos dos sentidos (OTERO; DOMINGUEZ-GIL, 2000). 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).

Conforme o conceito enunciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), deficiência é definido como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, com um desvio significativo ou uma perda” (OMS, 2003). Considerando-se a clientela com deficiência, segundo o último censo demográfico, existem no Brasil cerca de 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, isto é, 23,9% do total da população destas, aproximadamente 506 mil se declaram cegas e cerca de 6 milhões relatam ter grande dificuldade de enxergar (IBGE, 2010).

A deficiência visual é um estado permanente de redução do sentido visual, que pode decorrer de patologias congênitas, hereditárias ou adquiridas, a situação que define de fato a acuidade visual é a permanência da deficiência mesmo após tratamento clínico e cirúrgico (SANDES, 2009).

Ainda segundo (SANDES, 2009), existem níveis quanto à severidade da deficiência visual, dependendo do grau e tipo da perda da visão como; a visão reduzida, a cegueira parcial e a cegueira total. A diminuição da resposta visual pode ser leve ou moderada, que compõem o grupo de visão subnormal e baixa visão, ou severa e/ou profunda que compõem o grupo de ausência total da resposta visual.

3.2 Os Obstáculos encontrados pelas pessoas com Deficiência Visual

Os indivíduos com deficiência sensorial, assim como em outras deficiências, possuem características próprias e, além de serem vítimas de preconceitos e exclusão social, podem apresentar o comportamento afetado em vista a sua deficiência, com isso, surgem barreiras que dificultam, principalmente, a comunicação (DANTAS, et.al., 2012).

A deficiência visual pode ser compreendida como um impedimento de caráter orgânico relacionado a enfermidades oculares que afetem o funcionamento normal da visão. Isto pode acarretar a ausência total da capacidade visual no indivíduo e pode dar-se com ou sem a percepção de luz, podendo ser herdada ou adquirida (SALOMÃO, MITSUHIRO, BELFORT, 2009).

As pessoas com problemas de saúde crônicos, de acordo com (SMELTZER & BARE, 1998), 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 é 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 atendimento domiciliar (MACHADO, 2001)

3.3 O Sistema Braille

O sistema de leitura e escrita utilizado pelas pessoas cegas e por aquelas que apresentam um resíduo visual bastante reduzido, inviabilizando a “leitura a tinta”, é o Braille.

O Sistema Braille é um código universal criado por Louis Braille, em 1825, o qual possibilita a escrita em relevo para leitura tátil. A criação do Sistema Braille é reconhecida como o marco dessa importante conquista para a educação e a integração das pessoas com deficiência visual na sociedade (CAIADO, 2006; SILVA, 2008).

Louis perdeu a visão muito cedo no ano de 1812, aos três anos de idade, segundo Beverley Birch (1990) devido a um acidente ocorrido com

ferramentas de trabalho de seu pai, o que levou a um ferimento e conseqüentemente a uma infecção. A cegueira definitiva aconteceu dois anos mais tarde, quando Louis estava com cinco anos.

Louis Braille foi um privilegiado para a época, pois iniciou seus estudos em uma escola regular do próprio povoado por que neste período raros cegos tinham a oportunidade de estudar e principalmente estudar em uma escola regular, aos dez anos de idade ganhou uma bolsa de estudo e ingressou no Institut Royal des Jeunes Aveugles de Paris (Instituto Real de Jovens Cegos de Paris) (SANDES, 2009)

O Instituto era uma escola específica para cegos, fundada por Valentin Haüy, que criou um sistema para ensinar leitura aos cegos, o sistema consistia na gravação em alto relevo das letras do alfabeto. A leitura era feita de forma tátil, esse sistema tinha muitas limitações, principalmente na escrita, pois uma pessoa cega conseguiria ler palavras escritas por outras pessoas, mais teria muita dificuldade para a escrita, pois através do método de Haüy, a confecção de letras requeria muitas habilidades manuais para o corte das letras, o que exigia habilidades que não seriam imediatas (SANDES, 2009).

As dificuldades enfrentadas por Louis Braille em seus estudos o levaram, desde cedo, a preocupar-se com a possibilidade de criação de um sistema de escrita para cegos. Para isso, ele contou com a ajuda de outras pessoas, como Charles Barbier de la Serre, capitão de artilharia do exército de Louis XIII, criador de um sistema de sinais em relevo que, quando combinados, transmitiam suas ordens militares para os soldados durante a noite. Assim, mesmo no escuro, seus subordinados podiam decifrar as ordens superiores. Com o uso do sistema, Barbier pensou na possibilidade de seu processo, denominado “escrita noturna”, servir para a comunicação entre pessoas cegas, transformando-o então num sistema de escrita para cegos rebatizado para “grafia sonora”. Através desse sistema, qualquer frase podia ser escrita, mas, como era um sistema fonético, as palavras não podiam ser soletradas. Um grande número de sinais era usado para uma única palavra, o que tornava a decifração longa e difícil. Louis Braille rapidamente aprendeu a usar o sistema, que praticava sempre com um amigo, escrevendo com o auxílio de uma régua guia e de um estilete. Adquirindo maior habilidade no uso do método, ele acabou descobrindo seus problemas e começou a pensar em possíveis

modificações que o próprio conseguiu realizar aprimorando sua criação (LOUIS BRILLE, 1978).

3.4 Doenças Crônicas

3.4.1 A Hipertensão

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Dentre as DCVs, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (TALAEI M. et. al., 2014). Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (CESARINO et. al., 2008; ROSÁRIO et. al., 2009).

Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade (EGAN, 2013). Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas (REINERS, 2012).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o *status* socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais (DEL GIUDICE et. al., 2010; BURNEY, 2009; KITHAS et. al., 2010; UNITED NATIONS, 2011) muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos (PETRELLA, 1999).

Os resultados do “Framingham Heart Study” demonstraram que, até aos 60 anos de idade, cerca de 60% da população desenvolve hipertensão arterial e até aos 70 anos aproximadamente 65% dos homens e 75% das mulheres. No mesmo estudo, 90% dos indivíduos normotensos aos 55 anos, desenvolveu hipertensão arterial nos seguintes 20-25 anos de acompanhamento (DEL GIUDICE, 2010; FU, 2011).

3.4.2 O Diabetes e as suas consequências

O diabetes mellitus (DM) destaca-se, no Brasil e no mundo, por sua importância enquanto problema de saúde pública. O impacto epidemiológico que produz é expresso nas crescentes taxas de morbidade e mortalidade e nas consequentes sequelas de incapacidade, como a cegueira, a retinopatia diabética, a insuficiência renal terminal e as amputações de extremidades inferiores (AEI) (ADA, 1999).

O DM é um conjunto de alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crônica, em decorrência da destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação e/ou distúrbios da secreção da insulina (TAVARES et. al., 2007). É uma doença cujos sinais e sintomas evoluem lentamente, dificultando a descoberta e o estabelecimento de diagnóstico precoce. Assim, muitas pessoas comumente recebem o diagnóstico após a manifestação de complicações da doença, como as cardiovasculares (SBD, 2008). Estimou-se que no Brasil, no ano de 2007, existiam 5,7% de mulheres e 4,8% de homens que se reconheciam portadores do DM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2008), os valores normais da glicemia de jejum, está entre 70 mg/dl e 99 mg/dl e inferior a 140 mg/dl 2 horas após sobrecarga de glicose. Os indivíduos que apresentarem glicemia em jejum, de 100mg a 125mg se enquadram em pré-diabéticos, ou seja, não possuem a doença, porém, podem vir a desenvolver se não tomarem as devidas precauções. E, afirma ainda, que existem diversos fatores considerados de risco para o desenvolvimento da patologia: peso; o sedentarismo; a hipertensão arterial; as alterações nas taxas de colesterol e triglicérides sanguíneos e a hereditariedade.

A retinopatia, de acordo com a Sociedade Brasileira de diabetes (2009), constitui a principal causa de cegueira em pessoas com idade produtiva (16 a 64 anos), na qual atinge 60% das pessoas com Diabetes Mellitus 2. Além de problemas visuais, o risco do aumento de doenças cardiovasculares é quatro vezes maior e são responsáveis por 75% do quadro de morte de indivíduos com a doença (CARVALHO et. al., 2014).

A retinopatia diabética é o conjunto de alterações vasculares da retina que podem ocorrer em pacientes portadores de diabetes. Estima-se que 4,8% dos cegos no mundo sejam devido ao diabetes (RESNIKOFF et. al., 2004). Cerca de 40% dos diabéticos têm algum grau de retinopatia que depende dos anos de duração e do controle adequado da doença. Essas complicações oculares, se não tratadas, podem elevar o dano irreversível para o olho. Cerca de 80% dos diabéticos apresentam retinopatia após 25 anos de duração do diabetes (NEHEMY et. al., 2001). Um dos problemas no tratamento da retinopatia diabética é que normalmente as alterações oculares são assintomáticas e quando o paciente chega aos serviços especializados pode ser tarde para o tratamento e preservação da visão.

3.5 O Uso de medicamentos

Medicamento, segundo o Ministério da Saúde, é o produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). No processo saúde–doença, o medicamento assume importante papel, tanto no que se refere às políticas de gerenciamento do sistema de saúde quanto para os profissionais de saúde envolvidos (SANTOS; NITRINI, 2004).

Mesmo sendo consagrado o uso de medicamentos para melhoria da situação de saúde da população, o acesso aos medicamentos e seus benefícios se distribuem de maneira desigual entre as diversas camadas da sociedade e os diversos grupos raciais (PELICIONI, 2006). No Brasil estima-se que 23% da população façam uso de 60% da produção e que 64,5 milhões de pessoas não tenham condições financeiras de adquirir o medicamento necessário (ROZENFELD S, 2003).

Algumas ações governamentais voltadas ao setor da assistência farmacêutica têm sido executadas no sentido de diminuir as discrepâncias

sociais no acesso aos medicamentos. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída em 2001 pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo garantir o acesso aos medicamentos essenciais pela população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) e foi estruturada em três eixos principais: regulação sanitária, regulação econômica e assistência farmacêutica.

Essa política surge em um ambiente de transições demográficas no País. Considerando que as transformações nos padrões populacionais conduzem a modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos, a PNM prevê um maior consumo de determinados grupos farmacológicos como os fármacos para tratamento de doenças crônico-degenerativas e os de uso contínuo em decorrência do aumento da expectativa de vida (CASTRO et. al., 2010).

Apesar de muito pesquisada, a questão do uso de medicamentos é, na maioria das vezes, estudada indiretamente a partir das unidades de venda, o que fornece um dado de procura e não de demanda por parte da população. Os inquéritos de saúde de base populacional mostram-se instrumentos mais eficientes no levantamento de dados de demanda, uma vez que a informação coletada é auto referida. Pode-se, assim, obter informações mais fidedignas a respeito da real necessidade das pessoas, mesmo que elas não tenham acesso ao medicamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os padrões de consumo de medicamentos proporcionam bases para o planejamento das ações em assistência farmacêutica e para direcionamento de políticas assistenciais (SANS et. al., 2002). Sendo assim, a determinação do padrão de consumo de medicamentos por pessoas com deficiência pode contribuir para uma melhor farmacoterapia da saúde desse grupo de pessoas, melhorando não somente a sua saúde como também sua qualidade de vida, assertivas que se coadunam com a PNM (CASTRO et. al., 2010).

3.6 Atenção Farmacêutica e/ou Cuidado Farmacêutico

A profissão farmacêutica, como todas as outras profissões, vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Essas foram desencadeadas pelo desenvolvimento da indústria farmacêutica, aliada à padronização de formulações para a produção de medicamentos em larga escala e à descoberta de novos fármacos, sempre considerados de eficácia superior pela indústria

farmacêutica, resultado da pesquisa farmacêutica de alta complexidade (FREITAS et. al., 2002).

Após o advento da Farmácia Clínica, em meados da década de 1970, alguns autores se empenharam em redefinir o papel do farmacêutico em relação ao paciente, pois segundo eles a Farmácia Clínica estava restrita ao ambiente hospitalar e voltada principalmente para a análise da farmacoterapia dos pacientes, sendo que o farmacêutico ficava próximo apenas à equipe de saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A atenção farmacêutica surgiu, nos Estados Unidos, com a expressão *pharmaceutical care*, em meados da década de 80, como uma nova filosofia de prática profissional, provocando um profundo repensar da classe farmacêutica HEPLER & STRAND (1999):

“...é a provisão responsável da farmacoterapia, de maneira a alcançar resultados que melhorem qualidade de vida do paciente”.

A atenção farmacêutica consiste em um conjunto de práticas realizadas pelo farmacêutico, visando à orientação do paciente quanto ao uso correto de medicamentos. Essa prática é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um serviço indispensável na relação paciente medicamento (WHO, 2000). Sem ela, inclusive, o processo de cura ou manutenção da saúde pode ser comprometido, com o agravamento do quadro, gerando transtornos para o paciente (ZUBIOLI, 1999).

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

No Brasil, há farmacêuticos, que buscam alternativas para desenvolver a Atenção Farmacêutica, entretanto pode-se observar que, na maioria dos casos, esse novo processo está associado às Universidades e seus docentes. De maneira geral, podemos considerar que a atividade de Atenção Farmacêutica ainda é incipiente no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Para a implementação efetiva da Atenção Farmacêutica no setor público, devem-se conscientizar os gestores que esta atividade reduz custos para o sistema saúde e melhora a qualidade de vida. No setor privado, pode representar o diferencial de atendimento, que contribui para a fidelidade do cliente (PEREIRA; FREITAS, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

O projeto no modelo de Pesquisa Intervenção (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, 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 a existência de doenças crônicas, como também, verificar as formas farmacêuticas com maior dificuldade na utilização e ainda como ocorre o reconhecimento do medicamento pelas pessoas com deficiência visual, analisando a necessidade do profissional farmacêutico na orientação dos medicamentos que seriam utilizados. Essa entrevista foi realizada de forma oral e gravada com auxílio de aplicativos em telefones móveis.

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.

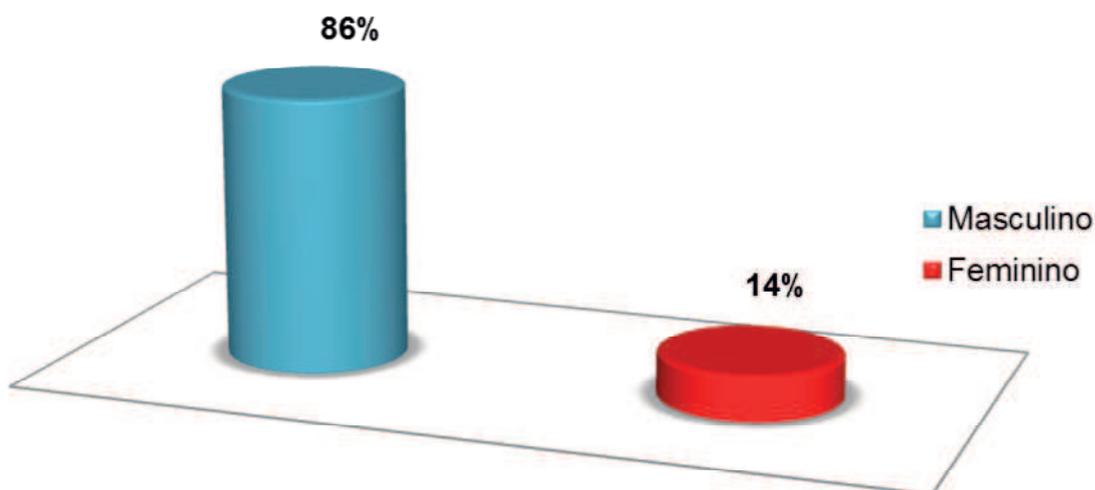
4.5 Considerações Éticas

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

Na Figura 1 verifica-se a prevalência da deficiência visual no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste em Campina Grande relacionada ao gênero. Percebe-se um predomínio de deficientes visuais do sexo masculino com 86%, divergindo dos resultados detectados pelo censo IBGE em 2010 que mostrou uma superioridade de mulheres com deficiência visual. Isso deve-se ao fato que a faixa etária mais encontrada na população estudada se situava abaixo dos 60 anos, sendo tomada como parâmetro nos dados científicos mulheres acima dessa idade.

Figura 1: Prevalência da deficiência visual por gênero



FONTE: Dados da pesquisa

A Tabela 1 mostra a frequência de escolaridade e estado civil dos participantes do estudo. Quanto ao nível de escolaridade, constatou-se um maior percentual de pessoas com nível fundamental incompleto com 38%. No que se refere ao estado civil foi detectado um maior percentual de pessoas solteiras, representando 70% dos pesquisados.

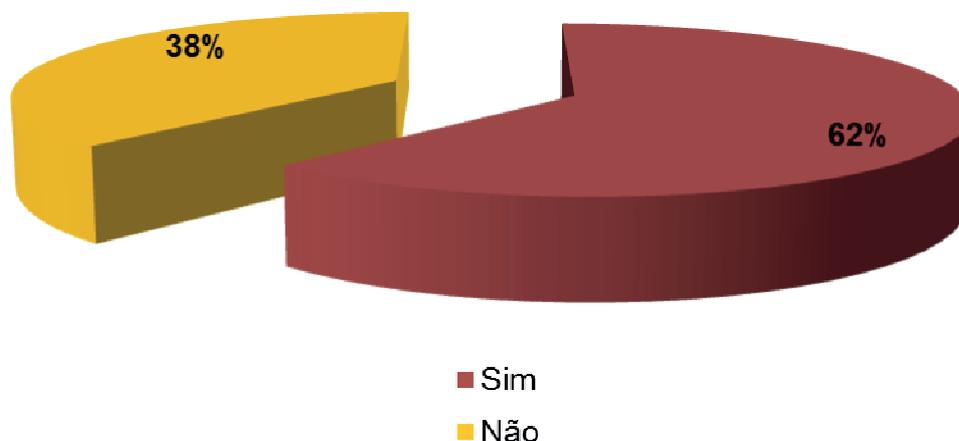
Tabela 1: Frequência de escolaridade e estado civil das pessoas com deficiência visual que frequentavam o Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, no período do trabalho.

Escolaridade	%
Fundamental incompleto	38% (n=11)
Médio incompleto	4% (n=1)
Médio completo	17% (n=5)
Superior	34% (n=10)
Sem Instrução	7% (n=2)
Estado Civil	%
Solteiro	70% (n=20)
Casado	27% (n=8)
Divorciado/Viúvo	3% (n=1)

FONTE: Dados da pesquisa

O Nível de escolaridade pode dificultar a inserção de pessoas com deficiência visual no mercado de trabalho, sobretudo aquelas com problemas cognitivos e incapacidade ou grande dificuldade física. Dos 11,8 milhões de pessoas com deficiência em idade ativa, em 2010, apenas 4 milhões, ou 34%, estavam ocupadas (GARCIA; MAIA, 2014)

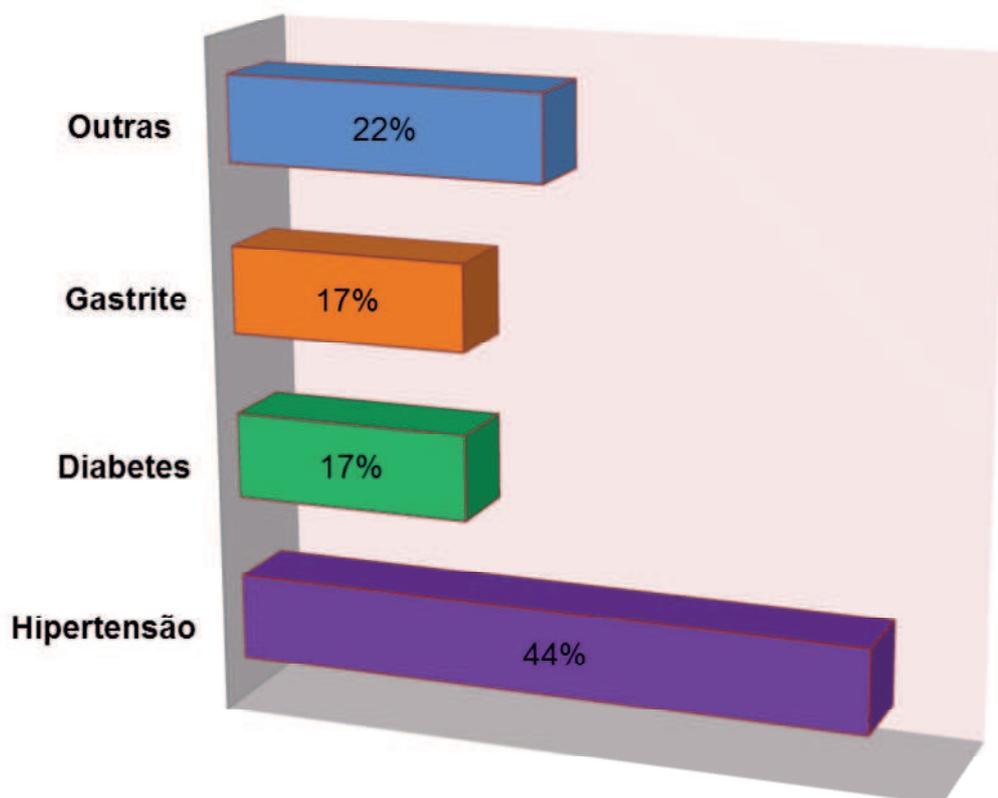
Na Figura 2 Aponta-se a frequência entre indivíduos saudáveis e com problemas de saúde. Observa-se que 62% dos participantes do trabalho relataram ter algum distúrbio de saúde.

Figura 2: Frequência de Indivíduos Saudáveis e com problemas de Saúde

FONTE: Dados da pesquisa

De acordo com um estudo de Nascimento e colaboradores (2009), ocorre uma propensão dos deficientes visuais negarem qualquer tipo de patologia. Sendo explicado pelo temor de uma dependência maior, aliada ao medo do sofrimento, bem como a depressão ocasionada muitas vezes por falta de amparo dos familiares, por limitações físicas, dificuldade de planejar novos projetos ou falta de atividades que preencham o tempo. Essas informações não são reforçadas com os resultados do presente estudo, cujo maior percentual de participantes tiveram a coragem de confirmar que tinham patologias.

A Figura 3 demonstra as enfermidades crônicas mais frequentes que acometem os usuários do Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste em Campina Grande.

Figura 3: Relato das doenças mais frequentes

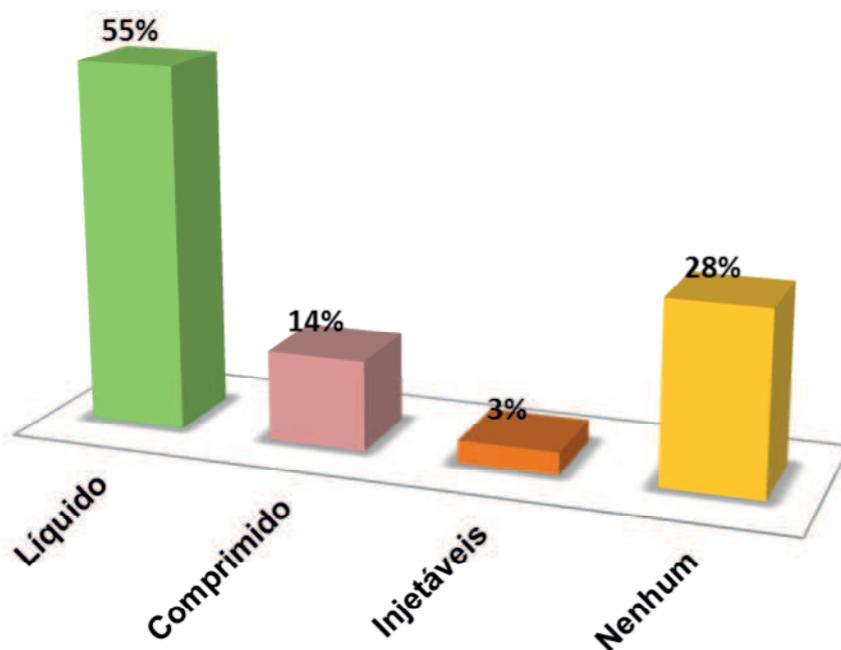
FONTE: Dados da pesquisa

Constata-se que a hipertensão com 44% oferece maior destaque entre as doenças prevalentes, acompanhando a literatura científica segundo a qual, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas, liderando as doenças crônicas não transmissíveis.

A retinopatia diabética (RD) é a principal causa de novos casos de cegueira entre 20 e 74 anos (FONG; AIELLO, et. al. 2004). É mais comum no DM1 e sua incidência está fortemente relacionada à duração do diabetes. Está presente em aproximadamente 25% dos indivíduos com DM1 após cinco anos do diagnóstico, aumentando para 60%, 80% e 100% após, respectivamente, 10, 15 e 20 anos (FRANK, 2004). No DM2 a RD já está presente em 21% dos indivíduos recém-diagnosticados e pode atingir 60% dos pacientes após 20 anos de doença (KEENAN; COSTACOU, 2007).

Dispõe-se na Figura 4 das formas farmacêuticas com maiores dificuldades na utilização pelos questionados.

Figura 4: Forma farmacêutica com maiores dificuldades na utilização



FONTE: Dados da pesquisa

A forma farmacêutica que apresentou maior dificuldade de uso entre os deficientes entrevistados foram as líquidas com 55% dos relatos; outros 14% declararam dificuldades com o uso de comprimidos, enquanto 28% não tinham dificuldades em usar nenhuma forma.

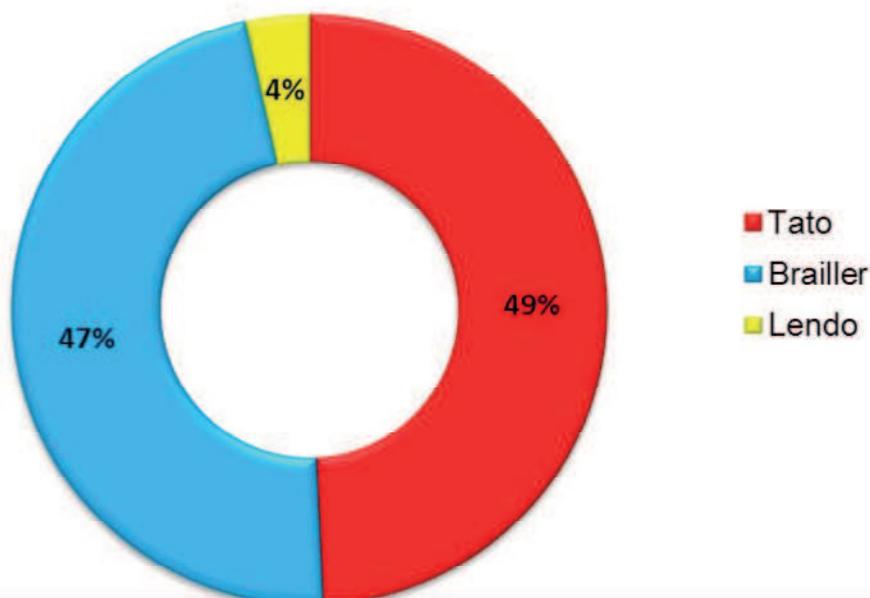
“Os líquidos ainda representam um probleminha... principalmente os em gotas eles geram dificuldade...mas cada uma tem sua forma de contornar essa situação, eu não posso usar gota, mas dou uma xiringadazinha e está resolvido Rss”. Para Professor John.

Pelos resultados demonstrados o farmacêutico poderá ter um papel de destaque nos cuidados quanto a utilização correta do uso de medicamentos pelos deficientes visuais, podendo contribuir através da Atenção Farmacêutica buscando garantir a necessidade, segurança e a efetividade do medicamento. Pode contribuir ainda, na autoconfiança, e valorização da capacidade do deficiente em agir com maior segurança em relação ao uso dos medicamentos. Portanto, para definir uma estratégia é necessário conhecer o universo destas

peças e obter informações suficientes sobre elas, para definir o melhor método de Aplicar a Atenção Farmacêutica (HEPLER, & STRAND, 1990).

De acordo com a figura 5 temos a representação do Modo de Identificação dos medicamentos pela população interrogada.

Figura 5: Modo de Identificação dos Medicamentos



FONTE: Dados da pesquisa

Percebe-se que o maior índice entrevistados 49% são de pessoas que utilizam o tato como método de identificação, seguido dos que fazem uso do método Braille 47%, sendo que 4% conseguem distinguir por meio da leitura.

Apesar de a Associação Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ter publicado, no dia 23 de dezembro de 2009 em seu diário oficial, uma norma na qual diz que os fabricantes de medicamentos são obrigados a colocar nas caixas o nome do medicamento em Braille. Além de incluir informações sobre conservação e prazo de validade do produto após a abertura, grande parcela da população não é familiarizada com o método Braille (BENJAMIN, 2012).

6 CONCLUSÃO

Em conformidade com os resultados no presente estudo, pode-se concluir que:

- ✓ A doença crônica mais frequente na população pesquisada foi a hipertensão arterial.
- ✓ Dentre as formas farmacêuticas com maior dificuldade na utilização encontram-se as líquidas, tendo destaque para as em gotas.
- ✓ Através do tato é a maneira que a pessoa com deficiência visual mais identifica os medicamentos utilizados.
- ✓ Pela dificuldade de utilização das formas medicamentosas pelas pessoas com deficiência visual faz-se necessário os serviços do profissional farmacêutico, o qual poderá prestar atendimento no intuito de uma maior acessibilidade e orientação através dos Cuidados Farmacêuticos.

REFERÊNCIAS

ADA – American Diabetes association. **Clinical practice recommendations.** Diabetes Care 1999; 22 Suppl: 66.

BENJAMIM, X. C. **Identificação Visual de Caixas de Medicamentos Usando Features Correspondentes.** Natal, RN, 2012.

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.** Anna Nery Revista de Enfermagem, v.13, n.4, p. 842-848, 2009.

BIRCH, B; LOUISE BRAILLE **personagens que mudaram o mundo os grandes humanistas.** Rio de Janeiro: Globo, 1990. 64 p.

BURNEY, B. O; BAKRIS, G. L. **Hypertension and its management in the elderly.** Semin Nephrol; 2009 Nov. 29(6):604-9.

CAIADO, K. R. M. **Aluno deficiente visual na escola: lembranças e depoimentos.** 2ª edição. Campinas, SP: Autores Associados: PUC, 2006. – (Coleção educação contemporânea).

CARVALHO, F. S et. al. **Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 2012.

CASTRO, S. S. et. al. **Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo.** Rev. Saúde Pública 2010; 44(4): 601-10.

CESARINO, C. B. et. al. **Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto.** Arq. Bras. Cardiol. 2008; 91(1): 31-5.

DANTAS, T. R. A. et. al. **Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da comunicação com deficientes sensoriais.** Disponível em:<<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41950.E10.T8034.D6AP.pdf>>Acesso em: 10 de Outubro de 2017.

DEL GIUDICE, A.; POMPA, G.; AUCELLA, F. **Hypertension in the elderly.** J Nephrol; 2010 Sep-Oct. 23 Suppl 15: S61-71.

EGAN, B. M. **Prediction of incident hypertension. Health implications of data mining in the 'Big Data' era.** J. Hypertens. 2013; 31(11): 2123-4.

FONG, D. S. et. al. **Retinopathy in diabetes.** Diabetes Care, 27(Suppl. 1): S84-7, 2004.

FRANK, R. N. **Diabetic retinopathy.** N. Engl. J. Med., 350(1): 48-58, 2004

FREITAS, O; CHAUD, M. V; UETA, J; SHUHAMA, I. K. **O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva.** Rev. Pharm. Bras., v.30, n. p.85-87, 2002.

FU, M. **Hypertension in the elderly: where are we?.** International Journal of Cardiology; 2012 Feb 23. 155(1): 6-8.

GARCIA, V. G; MAIA, A. G. **Características da participação das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro.** R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p. 395-418, jul./dez. 2014

HEPLER, C. D; STRAND, L. M. **Oportunidades y responsabilidades em la Atención Pharm.** Care Esp. v.1, n.1, p.35-47, 1999.

HEPLER, C. D; STRAND, L. M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.** American Journal of Hospital Pharmacy .,v.47, n.3, p.533-543, 1990.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 06 de maio de 2016.

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.

KEENAN, H. A. et. al. **Clinical factors associated with resistance to microvascular complications in diabetic patients of extreme disease duration: The 50-year medalist study.** Diabetes Care, 30(8): 1995-7, 2007.

KITHAS, P. A., SUPIANO, M. A. **Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients.** Vasc Health Risk Manag; 2010 Aug 9. 6:561-9.

LOUIS BRAILLE: **Sua vida e seu sistema** (Fundação para o Livro do Cego no Brasil, São Paulo, 1978, 2ª edição), redigido por Jurema Lucy Venturini e Teresinha Fleury de Oliveira Rossi (adaptação de Ana Paula Pimentel).

MACHADO, W. C. A. (2001). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 3, n. 1. <<http://www.fen.ufg.br/revista>>..

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Resolução nº 2, de 25 de janeiro de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE VIGILÂNCIA A SAÚDE. Secretaria de Gestão e ESTRATÉGIA PARTICIPATIVA. VIGITEL BRASIL 2007: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medicamentos – Conceitos Técnicos [Internet].** Brasília: Ministério da Saúde; Disponível em:< <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001.** Brasília, DF; 2001.

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

NEHEMY, M. B; CAMPOS, W. R; ORÉFICE, F; PARANHOS, F. **Retinopatia diabética. In: Kara Jose N & Almeida GV. Senilidade ocular.** Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo: Roca, 2001 cap.1 p.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo: Edusp; 2003.

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.

PELICIONI, A. F. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006

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.

PETRELLA, R. J. Lifestyle approaches to managing high blood pressure – new Canadian guidelines. **Can Fam Physician** 1999; 45:1750-5.

REINERS, A. A. O et. al. **Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica**. Cienc. Cuidado Saúde. 2012; 11(3): 581-7

RESNIKOFF, S. *et. al.* **Global data on visual impairment in theyear 2002**. Bulletin of World Health Organization. 2004; 82:844-5.

ROZENFELD, S. **Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão**. Cad. Saúde Publica. 2003; 19(3): 717-24. DOI: 10.1590/ S0102-311X2003000300004

SALOMAO, S. R; MITSUHIRO, M. R. K. H; BELFORT, J. R. R. **Visual impairment and blindness: an overview of prevalence and cases in Brazil**. An Acad. Bras. Cienc. 2009.

SANDES, L. F. **A leitura do deficiente visual e o sistema braile**. Universidade do Estado da Bahia-UNEB. Salvador 2009.

SANS, S. et. al. **Prevalencia del consumo de medicamentos em la población adulta de Cataluña**. Gac Sanit. 2002; 16(2):121-30.

SANTOS, V; NITRINI, S. M. O. O. **Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde**. Rev. Saúde Publica. 2004; 38(6): 819-26. DOI: 10.1590/S0034- 89102004000600010

SMELTZER, S. C; BARE B. G. (1998). **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem medicocirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro (RJ): SBD; 2008.

TALAEI, M. **Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study**. J Hyertension. 2014; 32(1): 30-8.

TAVARES, D. M. S; RODRIGUES F. R; SILVA, C. G. C; MIRANZI S. S. C. **Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects. The 2010 Revision**. New York; 2011.

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.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Program of racional use of drugs**. Geneva: WHO, 2000. p.16

World Health Organization (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.

ZUBIOLI, A. **Profissão Farmacêutica. E agora?** Curitiba: Lovise, 1999. 165p

ANEXOS

**ANEXO 1 – 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 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 FARMACÊUTICA 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.			

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Formulário de Identificação

OCORRÊNCIA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRONICAS EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL EM CAMPINA GRANDE - PB

Nome: _____ 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:

Nascença ()

Adquirida ()

ENTREVISTA

1. Existe alguma doença crônica? Qual?
2. Você faz utiliza algum medicamento de uso contínuo?
3. Quais seus principais tratamentos medicamentosos e sua respectiva indicação?
4. Quais suas principais queixas em relação ao uso de medicamentos?
5. Onde e como você guarda seus medicamentos?
6. Em casa existe uma pessoa que o auxilie em atividades como: administração de medicamentos, alimentação e higiene?
7. Como você reconhece o medicamento que está utilizando? (tamanho do frasco, formato da caixa).
8. Você tem conhecimento da existência de recursos digitais disponíveis para acesso ao conhecimento do medicamento? (bulário eletrônico, bulário em Braille, nome do medicamento em Braille na caixa).
9. Qual forma farmacêutica você julga ter mais dificuldade de utilização?
10. Você acha que precisa do auxílio do profissional farmacêutico?
11. Você já sofreu algum tipo de negligência por parte de algum profissional da saúde