

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**THAMIRES EIRAS COLNAGHI**

**OS DESAFIOS DO USO RACIONAL DE  
MEDICAMENTOS POR DEFICIENTES VISUAIS**

BAURU

2016

**THAMIRES EIRAS COLNAGHI**

**OS DESAFIOS DO USO RACIONAL DE  
MEDICAMENTOS POR DEFICIENTES VISUAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada ao Centro de Ciências da  
Saúde como parte dos requisitos para  
obtenção do título de bacharel em  
Farmácia, sob orientação do Prof. Dr.  
Alexandre Bechara.

BAURU  
2016

Colnaghi, Thamires Eiras

C717d

Os desafios do uso racional de medicamentos por deficientes visuais / Thamires Eiras Colnaghi. -- 2016.  
60f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Bechara.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Atenção Farmacêutica. 2. Deficiência Visual. 3. Atenção primária à Saúde. 4. Serviços de Saúde. I. Bechara, Alexandre. II. Título.

**THAMIRES EIRAS COLNAGHI**

**OS DESAFIOS DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS POR  
DEFICIENTES VISUAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro de Ciências da  
Saúde como parte dos requisitos para  
obtenção do título de bacharel em  
Farmácia, sob orientação do Prof. Dr.  
Alexandre Bechara.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Alexandre Bechara  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof. Me. Fernando Tozze Alves Neves  
Universidade do Sagrado Coração

Bauru, 2 dezembro de 2016.

Por todos os ensinamentos e valores, dedico não só este projeto, como todas as minhas conquistas, aos meus pais, os quais serei eternamente grata por tudo que são e fazem por mim. Obrigada por existirem em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Dirijo meu reconhecimento por todas as minhas conquistas, à minha família. Agradeço por acreditarem e investirem em mim e na minha formação.

A minha mãe, Renata Eiras Colnaghi, que sem dúvidas foi e sempre será meu exemplo de profissional, que me fez sonhar e acreditar nessa profissão tão linda. Ao meu pai, Álvaro Colnaghi Júnior, por todos seus valores concebidos, sua sabedoria transmitida e sua preocupação em me ver.

Ao meu irmão, Thiago Eiras Colnaghi, por todo companheirismo, amizade e amor.

Agradeço imensamente à Deus pela família que me deu, que são, acima de tudo, meus melhores amigos, minha base de honestidade, caráter e amor incondicional, presentes em todos os meus sonhos, minhas dificuldades e conquistas. Agradeço à Ele pelas oportunidades que me ofereceu, por encher minha vida de graças, pelos cinco anos incríveis, rodeada de pessoas maravilhosas.

Ao meu avô, Álvaro Colnaghi (*In memoriam*), que me mostrou o mais puro e singelo amor, meu exemplo de felicidade e generosidade.

Às minhas avós, Maria Inez Spegiorin e Eufrosina Colnaghi, por todo amor e carinho.

Aos meus tios (as), primos (as) pelo amor e apoio de sempre.

Agradeço à Universidade Sagrado Coração, que me ofereceu um corpo docente de extrema qualidade.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alexandre Bechara, por todo apoio, paciência e dedicação que teve em todo o projeto.

À minha banca, o professor, Fernando Tozze, por todos seus ensinamentos e paciência.

Agradeço a todos os professores, por me proporcionarem não só a formação racional, mas pelos demais ensinamentos, valores e carinho. Cada um deles tem seu real valor na minha formação profissional.

Ao Lar Escola Santa Luzia, o qual foi imprescindível para realização deste trabalho, mostrando de forma humana o bem para a sociedade. À coordenadora, Nilce Regina Capasso Canavasi, e à assistente social, Leila Liz Romani Junqueira, por todo apoio e paciência. A todos os entrevistados, que de forma simples me demonstraram que “o essencial é invisível aos olhos”, muito obrigada.

Ao meu amigo, Osvaldo Luiz Benedito, pelo carinho e ajuda na execução da pesquisa. À minha amiga, Jéssica Sabbatine Chimini, por todo apoio e parceria.

Aos amigos de profissão que conquistei, em especial, Débora Regina Camargo, Giovana Alquati, Marina Fernandes e Thais de Oliveira, que ao meu lado estiveram em momentos felizes e tristes, dividindo experiências das quais levarei por toda minha vida.

Meus agradecimentos a todos amigos que fizeram parte da minha formação, da minha vida, me incentivando, apoiando e me ajudando a ser uma pessoa melhor.

A todos vocês que direta ou indiretamente fizeram parte da minha história, muito obrigada!

“Visão é a capacidade de enxergar além do que os olhos são capazes.” (Myles Munroe)



## RESUMO

A assistência farmacêutica é um componente essencial para o uso racional de medicamentos, sendo parte importante da assistência primária à saúde, evitando assim problemas relacionados aos medicamentos e melhorando os resultados da terapia medicamentosa. Neste contexto, pacientes portadores de deficiência visual estão mais susceptíveis aos riscos do uso inadequado de medicamentos, necessitando de um acompanhamento farmacoterapêutico adequado. Todavia, são poucos os profissionais habilitados para prestar o devido atendimento de forma a superar as barreiras promovidas pela deficiência. Desta forma, o presente trabalho visou avaliar os principais fatores limitantes na prestação de serviços de saúde descritos na literatura, com foco na assistência farmacêutica, e através de entrevistas com pacientes deficientes visuais frequentadores de um lar-escola, avaliar as dificuldades dos mesmos em relação ao uso de medicamentos, bem como sua relação com o serviço farmacêutico, buscando criar estratégias para prover um serviço adequado de assistência farmacêutica nesta comunidade estudada. Através dos resultados encontrados neste estudo, foi possível observar nestes indivíduos que há falha na comunicação e troca de informações entre o profissional da saúde e o paciente deficiente visual, resultando em um risco potencial em termos de problemas relacionados aos medicamentos bem como orientações gerais voltadas para a saúde deste indivíduo. Foi possível notar a dependência dos mesmos em relação aos cuidadores quanto ao tratamento medicamentoso e demais cuidados voltados para a prevenção de doenças diversas. Assim, podemos concluir que é necessária a capacitação adequada dos profissionais de saúde como um todo tanto para o estabelecimento de uma comunicação eficaz com os cuidadores e familiares dos deficientes visuais, bem como um atendimento que utilize estratégias que possibilitem o uso do medicamento de forma a reduzir os riscos de problemas relacionados aos medicamentos e ao mesmo tempo permita um aumento da autonomia destes indivíduos.

**Palavras-chave:** Assistência farmacêutica; Deficientes visuais; Uso racional de medicamentos.

## **ABSTRACT**

Pharmaceutical care is essential for the rational use of medicines and is an important part of primary health care, avoiding drug-related problems and improving the outcomes of pharmacological therapy. In this context, visually impaired people are susceptible to risks of medication use, needing an adequate pharmacotherapeutic follow-up. However, few professionals are qualified to provide an efficient care in order to overcome the barriers promoted by this disability. Thus, the present study aimed to evaluate the main limiting factors in the provision of health services towards visually impaired people described in literature, focusing on pharmaceutical care and assistance. In addition, through interviews with visually impaired patients of a specialized nursing home, we aimed to evaluate their difficulties in relation to medication as well as their relation with pharmaceutical services, aiming to create strategies to provide a pharmaceutical support service in this specific community. Results found in this study shows a fail in communication and exchange of information between the health professional and the visually impaired patient, resulting in a potential risk in terms of medicines related problems as well as general health orientations. It is important to note their dependence on theirs families and other health care professionals. Thus, the results achieved allows us to conclude that adequate training of health professionals is needed as a strategy to establish effective communication with caregivers and families of the visually impaired, as well as to provide pharmaceutical care using strategies that provide a safer medicine administration in order to reduce the risks of drug-related problems and at the same time allow for an increase in the autonomy of these individuals.

**Keywords: Pharmaceutical care; Visual Impairment; Rational use of medicines.**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Quantificação por gênero entre os deficientes visuais entrevistados.	30
Figura 2	Faixa etária dos entrevistados no ano da pesquisa (2016).	31
Figura 3	Causas da deficiência visual.	32
Figura 4	Motivo de estar no Lar Escola Santa Luzia.	33
Figura 5	Domínio do sistema Braille pelos entrevistados.	33
Figura 6	Causas da deficiência visual nos entrevistados.	34
Figura 7	Porcentagem de entrevistados que necessitam de auxílio.	35
Figura 8	Relação de quem se responsabiliza pela compra dos medicamentos.	36
Figura 9	Frequência de consulta ao médico	38
Figura 10	Frequência em que vão à farmácia	42
Figura 11	Relação de entrevistados sabem quais as funções do profissional farmacêutico.	42
Figura 12	Relação de pacientes que apresentam dificuldades na administração de medicamentos.	44
Figura 13	Relação de pacientes que fazem uso de medicamentos manipulados.	46

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>13</b>
2.1	ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	13
2.2	REAÇÕES ADVERSAS À MEDICAMENTOS (RAMs) .....	16
2.3	O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO.....	19
2.4	CLASSES DE RISCO PARA OCORRÊNCIA DE RAMs .....	22
2.5	DEFICIÊNCIA VISUAL E OS OBSTÁCULOS PARA O USO SEGURO DE MEDICAMENTOS .....	23
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
4.1	OBJETIVO GERAL .....	26
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>27</b>
5.1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	27
5.2	CAMPO DE ESTUDOS.....	27
5.3	COLETA DE DADOS .....	28
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	28
5.5	ANÁLISES DE DADOS.....	28
5.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	29
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>30</b>
6.1	AUTONOMIA .....	34
6.2	COMUNICAÇÃO E ATENDIMENTO À SAÚDE.....	37
6.3	O FARMACÊUTICO E A COMPREENSÃO E EXECUÇÃO DA TERAPIA .....	41
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O uso racional de medicamentos é reconhecido como uma prática essencial para atingir a equilíbrio na atenção à saúde, sendo necessária a troca de informações entre o médico e o farmacêutico. A partir disso, o médico deve receitar o medicamento adequado, na dosagem e posologia correta, por um preço acessível ao paciente (BRASIL, 2011). Após a prescrição, torna-se competência do farmacêutico prestar a devida assistência farmacêutica, dispensando o produto nas condições adequadas, orientando a forma e dosagem que deve ser administrada, sendo que desta forma o uso de tal medicamento tornar-se-á eficaz, de qualidade e inofensivo à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Antes de estabelecer qualquer prática, o farmacêutico deve visar o tratamento personalizado e direcionado ao público avaliado, sendo necessário conceituar e classificar tais pacientes de acordo com características que levarão às necessidades específicas (BARROS; BARROS, 2010). Os pacientes com necessidades especiais (PNEs) são classificados como um público excepcional, portadores de algum tipo de deficiência, que compromete condições físicas, intelectuais, social ou emocional, podendo ser aguda ou crônica, tendo a necessidade de receber uma educação diferenciada (FOURNIOL, 1998).

O Censo Demográfico, realizado em 2010, mostrou que há 45,6 milhões de pessoas com de algum tipo de deficiência no Brasil, o que corresponde a 23,9% da população brasileira (IBGE, 2010). Desde a década de 2002, o Ministério da Saúde vem implantando a inclusão social da pessoa com deficiência, visando adaptar a família e a sociedade às necessidades de todas as pessoas, sejam elas deficientes ou não. A inclusão social referente à assistência farmacêutica aos pacientes com necessidades especiais estabelece não só a garantia de acesso ao medicamento, como o conjunto de ações desenvolvido pelo farmacêutico, tendo o medicamento como insumo essencial, como também garante a promoção do seu uso racional. Em especial, segundo as Portarias MS/GM nº 3.128, de 24/12/08 e MS/SAS nº 3.129, de 24/12/08, equipes multiprofissionais atuam promovendo a reabilitação, prevenção e orientação familiar do deficiente visual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Todavia, em respeito a este atendimento, nota-se uma carência e inexperiência dos

profissionais na oferta, não havendo comumente estratégias diferenciadas ao público excepcional.

Dentre os tipos de deficiência, a visual é a mais representativa, acometendo 18,8% da população com algum tipo de deficiência, prevalecendo em indivíduos com idade superior a 60 anos (IBGE, 2010). A deficiência visual é definida como a perda parcial ou total da visão de ambos os olhos, com conseqüente diminuição da sensibilidade, impedindo a correção através de recursos ópticos (MOURA; PEDRO, 2006). Em um grau intenso da doença, os deficientes visuais podem ficar impedidos de executarem atividades habituais, colocando em risco sua segurança (IBGE, 2010).

Assim como qualquer indivíduo, o deficiente visual deve ter acesso e receber acesso ao sistema de saúde adequado, não se limitando somente à doença em si, mas recebendo atendimento de qualidade, que garanta assistência ao tratamento de suas enfermidades, promovendo prevenção e promoção da saúde do mesmo.

Ainda assim, ainda existem barreiras enfrentadas pelos deficientes, dificultando o acesso à saúde, comunicação e entendimento eficaz quanto ao tratamento. Isso gera certa dependência dos mesmos à outra pessoa para o acesso ao atendimento à saúde (NEVES; FELIPE; NUNES, 2016).

Considerando os fatos apresentados, este projeto tem como objetivo o reconhecimento inicial dos problemas relacionados aos medicamentos e as dificuldades do uso por parte de pacientes deficientes visuais, buscando trazer à luz do conhecimento fatores que permitam o delineamento de alternativas que permitam um processo de assistência farmacêutica especializada e efetiva direcionado ao público estudado, garantindo maior qualidade de vida dos mesmos.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1. ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A profissão farmacêutica caminha com a sociedade há longos anos, sendo uma das atividades profissionais mais antigas, passando por transformações, de modo que atenda as necessidades da humanidade (FREITAS et al., 2002). O avanço farmacêutico no século XX gerou novas áreas farmacêuticas, o desenvolvimento da mecanização na indústria, a padronização nas formulações, a descoberta de novos fármacos vem alterando a função do profissional da área (FREITAS et al., 2002).

Até a década de 1960, o farmacêutico, era visto pela sociedade somente como um vendedor de medicamentos, sem levar a importância de seu conhecimento amplo do que estava sendo dispensado (FREITAS; PEREIRA, 2008). A partir deste fato, um grupo de professores e estudantes da Universidade de São Francisco (EUA), insatisfeitos com a relação farmacêutico dispensador de medicamento, começaram a justificar a importância do mesmo no tratamento medicamentoso dos pacientes, resultando no movimento “Farmácia Clínica”. Este projeto tinha como objetivo não só ressaltar o papel do profissional, e sim promover a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, desenvolvendo práticas que qualificassem a farmacoterapia (MENEZES, 2000).

No início de 1970, alguns autores questionaram o fato da Farmácia Clínica estar limitada ao ambiente hospitalar e voltada principalmente para análise da farmacoterapia dos pacientes, restringindo o papel do farmacêutico somente à equipe de saúde. A partir disso, buscaram expandir a atuação do profissional para ações de atenção primária em saúde, tendo como insumo estratégico o medicamento, e como foco principal o paciente (FREITAS; PEREIRA, 2008). Com isso, Mikel et al.. (1975), ressaltam a necessidade do farmacêutico prestar a atenção ao paciente, de modo que garanta o uso seguro e racional dos medicamentos, iniciando a elaboração do conceito de Atenção Farmacêutica, que só teria essa denominação no final de 1980.

Seguido dessa primeira definição, Brodie, Parish e Poston (1980) introduziram na definição proposta por Mikel et al.. a ideia de que o farmacêutico teria o dever de promover medidas para que o tornasse o tratamento farmacoterapêutico efetivo (FREITAS; PEREIRA, 2008). Posterior à essas definições, em 1987, Hepler definiu

que durante o atendimento farmacêutico, seria necessário a relação direta entre o farmacêutico e o paciente, tornando-se o primeiro responsável pela fiscalização no uso de medicamentos através do seu conhecimento (MEINERS, 2001).

Em 1990 houve o primeiro marco histórico, na qual Hepler e Strand definiram Atenção Farmacêutica como “Pharmaceutical Care”, determinando 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 (HEPLER; STRAND, 1990).

Essa definição foi aceita, somente ampliada pela OMS, que definiu o papel principal do farmacêutico como

“Participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária” (OMS, 1993).

No Brasil, esse termo foi aceito e oficializado após reuniões feitas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros, onde definiram o conceito da proposta no país como:

Atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

Também estipularam as práticas necessárias para esse sistema, 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 (OPAS, 2002).

De forma geral e simples, a Atenção Farmacêutica determina a função do profissional na farmacoterapia com objetivo geral de melhorar a qualidade de vida do paciente. Nesse acompanhamento, o farmacêutico deve se responsabilizar pelo



tratamento medicamentoso prescrito, para que seja seguro e eficaz se atentando para que as reações adversas aos medicamentos sejam mínimas possíveis e que possam ser resolvidas rapidamente e da melhor forma (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Existem vários modelos de Atenção Farmacêutica, sendo os mais utilizados por pesquisadores e farmacêuticos o modelo espanhol (Método Dáder) e o americano (Método de Minnessota). Os dois modelos se diferenciam na classificação dos problemas farmacoterapêuticos. Enquanto Dáder afirma que a não aderência ao tratamento indica uma causa de PRM (problemas relacionados ao medicamento), Minnessota afirma que torna um problema farmacoterapêutico (FREITAS; PEREIRA, 2008).

No Brasil, mesmo sendo aceito pelas organizações, ainda passa por dificuldades para inserção desse sistema. A falta de profissional nas Unidades Básicas de Saúde, dificuldade de acesso ao medicamento por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde, ausência de documentação científica que demonstre e certifique aos gestores que esta implementação servirá como investimento, melhoria na qualidade de vida de toda sociedade e não custo, retardam a inserção desta atividade no país. Tais coeficientes fez com que as farmácias do país passassem a ser vistas como estabelecimentos comerciais/depósitos de medicamentos, ao invés de estabelecimento de saúde (ARAÚJO; FREITAS, 2006; PEREIRA; FREITAS, 2008; KAMAT; NICHTER, 1998)

Para que esta imagem da farmácia volte a ser a ideal, de um estabelecimento de saúde, na qual ofereça qualidade de vida à sociedade, é necessário investir na formação do farmacêutico, ampliando seu conhecimento teórico, junto com a habilidade de comunicação nas relações interpessoais, para assim promover a conscientização dos pacientes para o uso correto de medicamentos. Atualmente, a OMS e outras Associações Farmacêuticas estabeleceram a Atenção Farmacêutica como prática exclusiva do farmacêutico, que deve priorizar o desenvolvimento pleno de sua profissão (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Pesquisadores realizaram um estudo com 450 pacientes de 15 Unidades Básicas de Saúde de Brasília, sendo que do total apenas duas delas possuíam farmacêutico presente no local. Foi avaliado que dos medicamentos prescritos, 61,2% foram dispensados, 85,3% pertencentes à Relação de Medicamentos Essenciais e somente 18,7% dos pacientes tinham entendido claramente a

prescrição. O tempo total de atendimento farmacêutico/paciente foi em média 53,2 segundos. A partir desses resultados, concluíram que o acesso ao medicamento seria o problema mais significativo, seguido do não entendimento da prescrição, gerada pelo tempo escasso no atendimento. (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Estudos mostram sua eficácia em países desenvolvidos que já utilizam desta atividade, reduzindo de forma significativa os agravamentos dos portadores de patologias crônicas e de custos para o sistema de saúde. Já no Brasil, está prática é recente e ainda passa por alguns coeficientes que dificultam sua introdução. (PEREIRA; FREITAS, 2008).

## 2.2 REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAMs)

Atualmente, os medicamentos são reconhecidos, na maioria das vezes, como primeira escolha de ferramenta terapêutica no tratamento e profilaxia de enfermidades, tendo como objetivo promover maior qualidade de vida (MARIN *et al.*, 2003). Porém, da mesma forma que podem erradicar doenças e aumentar expectativa de vida dos pacientes, também podem oferecer riscos quando utilizados de forma inadequada ou devido à ocorrência de reações adversas a medicamentos, que são causadas mesmo quando utilizado de forma racional (PFAFFENBACH & *et al.*, 2002). Por esses motivos, é de extrema importância garantir que os medicamentos tenham qualidade, segurança, eficácia e que sejam prescritos e utilizados da forma correta (MARIN *et al.*, 2003).

Mesmo respeitando os parâmetros de segurança, ainda assim pode oferecer riscos ao paciente. Esses riscos são denominados RAM (reação adversa ao medicamento), que por sua vez é definida como uma reação nociva não intencional (Figueiredo *et al.*, 2006). A partir disso, a Organização Mundial da Saúde (2004), estabeleceu Reações Adversas à Medicamentos (RAMs) como reações indesejáveis e não intencionadas causadas pelo uso de qualquer medicamento utilizado de forma farmacológica correta com finalidade terapêutica, profilática ou diagnósticos. Esse conceito difere as RAMs de eventos adversos, que por sua vez, são considerados efeitos causados pelo uso incorreto e doses maiores do que as habituais (superdosagem).

As RAMs foram classificadas de várias formas, porém, a classificação mais utilizada é a de Rawlins e Thompson que classificaram em reações tipo A, que são reações mais frequentes causadas pela ação ou efeito farmacológico exagerado do

medicamento administrado corretamente, podendo ocorrer a partir de interações medicamentosas, alterações na forma farmacêutica, efeito colateral, citotoxicidade. e reações tipo B, que correspondem a 10-15% das RAMs e estão relacionadas à susceptibilidade genética e hipersensibilidade (PEREIRA, 2010).

A cada ano esta classificação é atualizada, inserindo novas letras do alfabeto do tipo C (reações dependentes de dose e tempo), D (reações tardias), E (síndromes de retirada), e tipo F (reações que produzem falhas terapêuticas) (PEREIRA, 2010).

Os danos causados pelas RAMs variam, podendo gerar reações de leve intensidade e pouca relevância clínica, até casos mais graves acompanhadas de internações hospitalares, sequelas e até morte (PEREIRA, 2010). Em 1961, houve um marco histórico relacionado à Talidomida e este tipo de reação, onde pouco tempo após o início de sua comercialização, foram descobertos e notificados graves efeitos teratogênicos provocados pela droga quando consumida por gestantes do mundo todo. Só no Brasil, o medicamento afetou 300 bebês. Isso fez com que fosse retirada rapidamente do comércio de muitos países, além de reforçar a importância do monitoramento feito pela etapa final da Farmacovigilância (MENDES et al., 2008).

Em vista destes efeitos indesejados, houve a necessidade da criação de uma organização que estivesse voltada para a cooperação internacional na área de segurança, inicialmente denominada Problemas Relacionados a Medicamentos com larga cobertura sobre a população (LINDQUIST, 2003). A partir daí, em 1968 a OMS iniciou a coordenação do sistema em que quantifica e detecta reações adversas, além de receber notificações de todos os países que mantém a Vigibase, base de dados mundial sobre as reações adversas. Este sistema, ainda piloto, foi implantado em 10 países que oferecia um sistema de notificação de reações adversas (OMS, 2004).

Em 2001, o Brasil foi inserido nesse sistema, como 62º membro oficial (OPAS, 2002; PETRAMALE, 2002). Atualmente, são 86 países que participam deste programa da OMS, hoje coordenado pelo Centro Colaborador do Uppsala Monitoring Centre, em Uppsala, na Suécia, supervisionado por um comitê internacional, onde exerce também a função de receber notificação de todos os países que mantém a Vigibase, base de dados mundial relacionada à reações adversas aos medicamentos que contém mais de três milhões de notificações (OMS, 2004).

Desde o início do programa, diversos países desenvolveram centros de notificação, centros de informação. Isto fez com que fosse substituído o conceito antigamente estabelecido de Farmacovigilância como sistema restrito à países desenvolvidos, para a ideia de que é um sistema necessário à saúde pública e eficiente de identificar e minimizar os danos aos pacientes, evitando tragédias (OMS, 2005).

No Brasil, desde sua inserção, foram feitos alguns projetos e implantação de Sistemas que fossem efetivos. Até que em 1999, foi criada a Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (OPAS, 2002), junto com o Sistema Nacional de Farmacovigilância, gerenciado pela Unidade de Farmacovigilância (UFARM) (DIAS, 2005).

A UFARM, integrante da nova Gerência Geral de Segurança Sanitária de Produtos de Saúde Pós-Comercialização é responsável pelo planejamento, coordenação e supervisão do processo de formulação e desenvolvimento de orientações e normas técnicas para realização da vigilância de medicamentos (DIAS, 2005). Em maio de 2001, a Portaria Ministerial MS nº 696, de 07/05/2001 instituiu o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos (CNMM), sediado na UFARM, responsável pela inserção e monitoramento do SINFAV no Sistema Nacional de Farmacovigilância (ARRAIS, 2002), tendo como principal função analisar as informações recebidas, e encaminhar ao banco de dados do Programa Internacional de Monitoramento de Medicamentos da OMS (EDWARDS, 2000).

A Anvisa iniciou um projeto piloto, Farmácia Notificadoras, de forma que trabalhe em conjunto da UFARM, tendo como objetivo ampliar as fontes de notificação de casos suspeitos de RAMs e denúncias técnicas de medicamentos, juntamente com a Vigilância Sanitária e o Conselho Federal de Farmácia de cada estado, fazendo com que a farmácia vá além de um comércio de medicamento, unindo a população e o Governo. Atualmente, somente os estados de São Paulo e Santa Catarina já instituíram (ANVISA, 2007).

Em vista de relatos relacionados à RAM e estudos, ressalta a importância da capacitação do profissional farmacêutico no conhecimento e identificação dessas reações, esclarecer qualquer dúvida do paciente, prevenir interações medicamentosas e orientar adequadamente, para enfim, prevenir e diminuir a morbidade e mortalidade relacionada às mesmas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2012)

### 2.3. O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO

De forma simples e precisa, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como racionalização do uso de medicamentos quando o paciente faz o uso do medicamento de forma correta de acordo com suas condições clínicas, na dose adequada, posologia ideal para sua patologia, por um período adequado, com custo acessível para a comunidade, e que, por fim, responda sempre aos critérios de qualidade exigidos, devendo ser dispensados em condições adequadas, com a devida orientação e responsabilidade. Para que tenha a garantia desse processo, a OMS ressalva, antes de tudo, a importância de estabelecer um diagnóstico correto, para que se receita o medicamento apropriado (OMS,1985).

Em estudos realizados pela OMS, mais de 50% dos medicamentos dispensados são prescritos, vendidos e utilizados de forma incorreta. Esse fator se agrava ao avaliar que mais de 50% dos países do mundo não inserem políticas básicas para o uso racional de medicamentos. Diagnósticos incompletos e incorretos, profissionais incapacitados, médicos com informações incompletas quanto ao medicamento, que não sabem reconhecer interações medicamentosas, falta de comunicação entre os profissionais, propagandas, busca de informações na internet, compra de medicamentos de qualidade assegurada são alguns fatores que promover essa problemática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; NASCIMENTO, 2003; NASCIMENTO, 2009).

Estudos indicam que 35% dos medicamentos dispensados no Brasil estão associados à automedicação (AQUINO, 2008); sendo os grupos farmacológicos mais utilizados os antiinflamatórios (9,1%), antibióticos (22,8%), analgésicos (46,4%). Dentro desse valor, 49% fizeram a automedicação através de propagandas (CABEZAS, 2000).

No Brasil, o uso irracional tem extrema importância e esta diretamente ligada à polifarmácia, que se relaciona à automedicação, prescrição não orientada adequadamente, uso demasiado de medicamentos controlados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A partir disso, é importante à individualização da terapêutica, sendo necessário que haja uma prescrição correta, baseada nas condições particulares do paciente (idade, sexo, doenças associadas, personalidade, expectativa em relação à doença e ao tratamento), baseando-se no estado emocional de quem fará o uso, para que escolha o medicamento e dosagem adequada, evitando efeito placebo (BARROS; BARROS, 2010).

Além desta individualização, deve-se ressaltar a necessidade de que haja uma prescrição correta, na forma farmacêutica, doses, posologia, período de tratamento adequado; que esse medicamento esteja disponível de fácil acesso à qualquer classe de paciente, com critérios de qualidade aceitos, sendo dispensado adequadamente (BRASIL, 2011).

De acordo com a OMS, é necessário que realize em países em desenvolvimento, a combinação de educação e supervisão dos profissionais envolvidos, instrução adequada ao paciente, garantia de acessibilidade adequada ao medicamento. Junto à essas estratégias, o Ministério da Saúde oferece ao SUS o HÓRUS (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica), que tem como intuito auxiliar o monitoramento da assistência farmacêutica, possibilitando a identificação de problemas e medidas de aperfeiçoamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Este sistema também possibilita a promoção no uso racional de medicamentos, disponibilizando informações sobre o uso de medicamentos na atenção primária, que podem ser acessadas pela equipe de saúde para auxiliar na indicação e seleção de medicamentos essenciais respondam às necessidades da atenção primária na saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como forma atender as necessidades de saúde prioritárias da população, a OMS criou uma ação mundial, na qual consiste em uma lista de medicamentos essenciais, que satisfazem às principais necessidades, levando em conta sua significância em saúde pública, eficácia, segurança e custo benefício em comparação à outros medicamentos. Essa lista, denominada RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), de início, foi feita com o objetivo de promover ações de assistência farmacêutica no SUS, sendo constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica Multidisciplinar de Atualização da RENAME (Comare).

Porém, a realidade no Brasil é oposta dessas propostas. De acordo com Barros (2003), 35% dos medicamentos obtidos no Brasil são frutos da automedicação. Esse valor significativo é reflexo da falta de serviços de saúde acessíveis e precariedade, baixo poder aquisitivo de grande parte da sociedade, aumento de farmácias capitalistas, são fatores que induzem a obtenção de medicamentos sem uma correta atenção à condição clínica e terapia medicamentosa (BARROS, 2003).

A terapia medicamentosa deve passar por processos complexos, sendo necessário ter amplo conhecimento sobre os mecanismos de ação das drogas e seus respectivos estudos para determinar sua aplicação. A racionalização do uso de medicamentos envolve conjuntos de aspectos, dos quais abrangem desde a formulação do medicamento até o desfecho relacionado ao efeito da droga no evento clínico.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, para que essa racionalização seja eficaz é primordial estabelecer a necessidade do uso de medicamento, em seguida, que se receite o medicamento apropriado. Tal medicamento deve ser prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e períodos de duração do tratamento, que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos, devendo ser dispensados em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito da melhor maneira possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As buscas do alívio imediato do sofrimento, crenças em propagandas milagrosas, veem aumentando a cada dia o uso irracional de medicamentos, refletindo em danos irreversíveis à própria saúde e desembolso financeiro. É necessária a conscientização da sociedade de que o mesmo medicamento que pode curar, pode deixar danos ou até mesmo matar, e entenda a verdadeira função e importância do farmacêutico (REYNALDO, 2009).

Desde a década de 1990, os conselhos de farmácia e vigilância sanitária exigem a presença efetiva do profissional no comércio farmacêutico, ainda assim não era garantida a presença do mesmo em todas as unidades básicas de saúde. Em 1993, a OMS publicou o documento “Declaração de Tóquio” onde discutiram o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, abrindo espaço sem precedentes para ampliação da prática farmacêutica (OPAS, 2004).

A partir dessa nova proposta, o farmacêutico volta a cumprir seu papel perante a sociedade, se responsabilizando pela qualidade de vida do paciente decorrente de uma terapia farmacológica. Seu papel torna-se de extrema importância, visto que os eventos adversos dos medicamentos, são considerados como patologia emergente, responsáveis por grandes perdas.

## 2.4. CLASSES DE RISCO PARA OCORRÊNCIA DE RAMs

Diversos fatores podem interferir, aumentando a susceptibilidade à reações indesejadas causadas pelo uso de medicamentos. O reconhecimento dessas causas pode reduzir de forma significativa o surgimento de RAMs (RIBEIRO, 2011).

- Gravidez: diversos medicamentos oferecem risco no desenvolvimento do feto, por isso, o uso do mesmo deve ser evitado, principalmente no primeiro trimestre.
- Idade: bebês e crianças são mais susceptíveis pela falha na metabolização dos medicamentos. Um exemplo disso é o uso do antibiótico cloranfenicol em bebês, que não é metabolizado causando a síndrome do bebê cinzento, reação de extrema importância, que pode levar ao óbito. Assim como o uso de aspirina em menores de 15 anos com gripe ou catapora pode causar a síndrome de Reye. Indivíduos idosos também são vulneráveis, pois nessa idade apresentam alterações farmacocinética e farmacodinâmica causadas pela idade avançada, comorbidades, polifarmácia, automedicação, prescrição mais frequente de medicamentos e o uso incorreto do mesmo. As drogas que costumam causar problemas maiores no público de terceira idade são os anti-histaminicos, sedativos, ansiolíticos e antidepressivos.
- Gênero: as RAMs predominam em mulheres, independente da frequência no uso de medicamentos. Isso se dá, provavelmente, pelo uso de anticoncepcionais por vários anos e alterações hormonais. Assim como o uso de cosméticos que podem causar sensibilidade ao amônio quaternário, aumentando o risco de reação cruzada com relaxantes neurotransmissores.
- Comorbidade: determinadas doenças aumentam a chance de reações adversas. Pacientes com asma podem apresentar reações anafiláticas, independente da etiologia. Pacientes com insuficiência renal ou hepática tem dificuldade de eliminar e metabolizar os medicamentos.
- Infecções virais, principalmente vírus Epstein-Barr, causam sinergismo para precipitar ou podem até aumentar a intensidade de reações indesejadas.
- Deficiências: Pacientes com necessidades especiais exigem o auxílio de uma terceira pessoa para o monitoramento em diversas atividades, dentre elas, no tratamento farmacológico. Determinadas deficiências impedem que o indivíduo consiga controlar sozinho o uso de medicamentos.



- Associação de Medicamentos: o uso de múltiplos medicamentos aumenta o risco de reações, causando interações medicamentosas.

## 2.5. DEFICIÊNCIA VISUAL E OS OBSTÁCULOS PARA O USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

A deficiência visual consiste na anormalidade mais comum no Brasil e no mundo, atingindo 3,5% (6,5 milhões), das 23,9% (45,6 milhões) pessoas que declararam ter algum tipo de deficiência, segundo dados do IBGE de 2010. É uma doença considerada como uma perda total ou parcial da visão, a qual acomete pessoas de ambos os sexos, afetando de forma insanável sua percepção, podendo ser de origem congênita e adquirida (SÁ; CAMPOS; SILVA, 2007).

A partir da portaria normativa Nº 1174, de 06 de setembro de 2006, a cegueira ficou conceituada como “um estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual a zero, sem percepção luminosa, após esgotados os recursos de correção óptica”, dividindo em quatro graus progressivos de acuidade (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2006).

A incapacidade visual não só restringe, como impossibilita a realização de atividades consideradas comuns do cotidiano de qualquer pessoa saudável. Uma das limitações mais relevantes, e o acesso limitado às informações necessárias sobre seus medicamentos, o que contribui para o uso inadequado.

A falta de atendimento médico domiciliar, profissionais capacitados, o acesso precário ao braille, ausência de familiares que auxiliem são alguns dos diversos fatores que levam à uma identificação equivocada do medicamento e falhas na dose e horários (NASCIMENTO; MARQUES, 2008). Tais erros afetam de forma negativa, gerando reações adversas, que dificulta o sucesso da farmacoterapia, refletindo na economia, que por sua vez, aumenta os custos (SILVA; CASSIANI, 2004).

A OMS determina que haja promoção à qualidade de vida à toda população, estabelecendo que todo indivíduo tenha capacidade de se estabelecer na sociedade em que se vive, garantindo adequada saúde física e psicológica, com consequente autonomia (DINIZ; SCHOR, 2006).

Visando tornar os rótulos dos medicamentos mais claros e úteis para a sociedade, a Anvisa publicou, no dia 22 de dezembro de 2009, a RDC nº71, onde passou a exigir o nome do medicamento escrito em braille nas caixas, de forma que

garanta a acessibilidade e segurança no uso dos medicamentos pelas pessoas portadoras de deficiência visual.

O Brasil foi o primeiro país a adotar oficialmente o sistema braille, sistema criado por Louis Braille e instituído em 1854 no Rio de Janeiro no Instituto Imperial dos Meninos Cegos, inaugurado e aprovado por Dom Pedro II (TOMÉ; DOLORES, 2003). Porém, mesmo sendo o pioneiro, o acesso ao braille ainda é precário, principalmente em idosos, que a partir dos 65 anos começam a perder a sensibilidade, dificultando o aprendizado (NASCIMENTO; MARQUES, 2009). Ainda existem desafios para que se consiga alcançar toda população, já que ainda há falta de informação em toda sociedade.

Em vista de todos os problemas que podem ser gerados pelo uso incorreto e precipitado de medicamentos, a Atenção Farmacêutica promove a garantia de segurança e efetividade no uso correto de medicamentos, auxiliando no desenvolvimento pessoal e social do indivíduo (JÁCOME, 1999). Para isso, é necessário reconhecer suas necessidades e o universo em que se vive, e dessa forma estabelecer formas didáticas e efetivas, associada a reeducação dos deficientes e capacitação dos profissionais para, então, garantir o uso seguro da medicação.

### 3 JUSTIFICATIVA

Atualmente, o Ministério da Saúde junto com conselhos federal e regionais de farmácia vem reforçando a importância e a necessidade da atenção e assistência farmacêutica à população. A primeira definição de atenção farmacêutica sugeria um tratamento farmacológico monitorado por um profissional farmacêutico com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, a partir da otimização da terapia medicamentosa com consequente resolução de eventuais problemas relacionados com medicamentos (PRMs).

Os pacientes portadores de necessidades especiais (PNEs), exigem uma atenção maior do profissional neste sentido. Todavia, a escassez de profissionais devidamente habilitados e a dificuldade da compreensão dos fatores que elevam o risco de PRMs entre estes pacientes, fazendo com que estudos para a identificação de tais fatores e a elaboração de planos de ação para o cuidado farmacêutico aos PNEs sejam necessários.

Assim, o presente trabalho tem como principal fator de relevância a busca pela identificação das dificuldades encontradas por deficientes visuais (devido à grande representatividade destes entre pacientes PNEs no Brasil) no uso adequado dos medicamentos, visando a construção de procedimentos para a inclusão dos PNEs no processo de cuidado farmacêutico. Em face do exposto, a proposta do projeto é a busca e reconhecimento das dificuldades e problemas relacionados com medicamentos (PRMs) apresentados por membros de uma comunidade voltada à atenção para pacientes com deficiência visual, e, a partir dos relatos coletados entre estes indivíduos, encontrar alternativas e traçar estratégias que auxiliem em terapias medicamentosas mais seguras e efetivas.

## 4 OBJETIVO

Os objetivos consistem em:

### 4.1. OBJETIVO GERAL

O presente estudo apresenta como objetivo geral a identificação e registro de problemas relacionados a medicamentos descritos na literatura e em pacientes deficientes visuais da comunidade frequentadora do “Lar Escola Santa Luzia para cegos”, na cidade de Bauru-SP, visando a obtenção de dados para o desenvolvimento de ferramentas para ações efetivas de atenção e assistência farmacêutica voltadas para os pacientes desta comunidade.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos do presente estudo, temos:

- a) A realização uma revisão bibliográfica acerca do tema, buscando identificar problemas relacionados a medicamentos envolvendo pacientes deficientes visuais;
- b) Observar as metodologias existentes para a transmissão de informações sobre medicamentos para deficientes visuais;
- c) O registro dos principais obstáculos relatados pelos pacientes em relação ao uso de medicamentos;
- d) Registrar a compreensão dos deficientes visuais sobre o profissional farmacêutico e sua função quanto ao uso racional de medicamentos;
- e) Analisar o processo de cuidado e educação em saúde voltado à estes pacientes e seus cuidadores e;
- f) Delinear um plano de cuidado farmacêutico para a prevenção de problemas relacionados a medicamentos e buscando o uso racional de medicamentos pelos membros desta comunidade.

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

Este projeto foi desenvolvido em etapas distintas para aquisição dos dados utilizados como base para a discussão e análise crítica do panorama observado. Foi empregada para análise deste questionário uma abordagem do tipo qualitativa, buscando maior possibilidade de discussão do tema abordado, bem como a análise quantitativa dos dados coletados, os quais foram organizados por categoria, facilitando a verificação da prevalência de opiniões e casualidades observadas.

### 5.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Teve início a partir de uma revisão bibliográfica acerca do objeto “serviços de saúde em deficientes visuais”, utilizando os seguintes indexadores: Medline/Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca foi realizada utilizando os seguintes unitermos: *atenção farmacêutica (pharmaceutical care)*; *deficiência visual (visual impairment)*; *inclusão social (social inclusion)*, visando uma comparação aos dados que serão coletados através de entrevistas realizadas com alunos do Lar Escola Santa Luzia para Cegos, sediado na cidade de Bauru-SP.

### 5.2. CAMPO DE ESTUDOS

A pesquisa de campo foi realizada no Lar Escola Santa Luzia, instituição que iniciou suas atividades em 1970, oferecendo serviços de atendimento domiciliar e escolar para alunos com deficiência visual e familiares, com objetivo de inserir os mesmos na sociedade em que se vive. Contando, em média, com 12 funcionários, o lar oferece de segunda à sexta, das 8h às 17h, diversas atividades, desde serviços de proteção especial para pessoas com deficiência, idosos e familiares, atendimento de terapia ocupacional, terapia em grupo e psicólogo, até aulas de artesanato, estudo do braille, informática, teatro, coral para em torno de 60 alunos com deficiência parcial ou total.

Esta instituição está situada na Avenida Castelo Branco 24-9, Vila Paulista, no município de Bauru, sendo uma entidade social sem fins lucrativos e que conta com auxílio e parceria da SEBES (Secretaria do Bem Estar Social de Bauru-SP), recebendo as verbas da prefeitura do município de Bauru e doações da população para a manutenção de seu serviço junto à sociedade.

### 5.3. COLETA DE DADOS

Os dados coletados no campo de estudo foram obtidos através da aplicação de um questionário durante uma entrevista. As entrevistas foram realizadas no mês de novembro de 2016, onde foram levantados dados de 27 alunos deficientes visuais (totais ou parciais). O questionário (anexo I) foi realizado de forma oral ao PDV e as respostas registradas em banco de dados, preservando a identidade do entrevistado, conforme descrito no termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II). O questionário contou com duas etapas, onde inicialmente foi feita a identificação do paciente (nome, idade, gênero, contatos, tempo e grau de deficiência visual), e posteriormente a coleta de dados especificamente voltados para o uso de medicamentos por parte do indivíduo através de diversas questões sobre sua rotina, opinião, dificuldade, sugestão, de modo que pudéssemos avaliar o estado de situação atual dos pacientes, os riscos de um eventual uso inadequado de medicamentos por parte destes e a importância da atenção farmacêutica aplicada de modo específico à estes pacientes, buscando assim alternativas que garantissem a qualidade de vida dessa população.

### 5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios para a inclusão dos pacientes foram: pacientes que apresentavam deficiência visual parcial ou total; pacientes presentes no horário em que foi realizada a entrevista; pacientes com idade acima de 18 anos.

Os critérios para exclusão dos pacientes foram: pacientes que apresentavam qualquer tipo de deficiência intelectual; pacientes com dificuldade de interpretação e comunicação.

### 5.5. ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas, com auxílio de celulares com gravador de voz, sendo transcritas para a análise dos discursos e mantidas em sigilo, conforme descrito anteriormente. Os dados foram repassados para o Microsoft excel, onde foram tabulados e transformados em gráficos para melhor interpretação e avaliação dos dados.

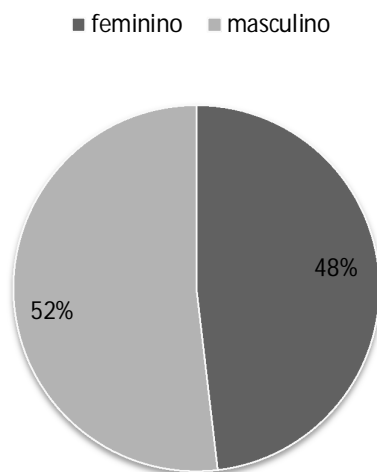
## 5.6. ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração sob o número 62325116. A pesquisa foi realizada sob autorização da assistente social do Lar, Leila Liz Romani Junqueira, e o consentimento dos entrevistados foi atestado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma que demonstrasse o aceite ao convite para participação do estudo e o comprometimento dos entrevistados e dos pesquisadores envolvidos com a pesquisa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aplicação do questionário em 27 alunos do Lar Escola Santa Luzia, foi feita a coleta dos resultados para interpretação e posterior plano de ação. Do total de alunos entrevistados, 13 eram do gênero feminino e 14 do gênero masculino (figura 1), observando a não existência de prevalência por um gênero específico. Esses dados não coincidem com o resultado do Censo realizado em 2000 e a literatura científica, os quais mostram a prevalência da deficiência visual em mulheres (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2004, SICORDE, 2002). Dados demonstrados na figura a seguir:

**Figura 1** – Quantificação por gênero entre os deficientes visuais entrevistados.

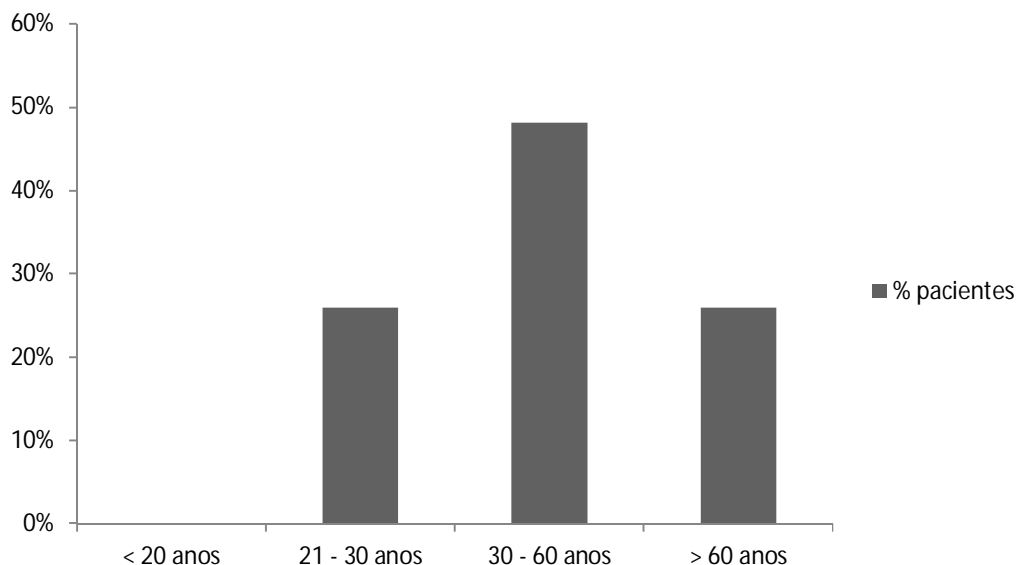


Fonte: Elaborada pela autora.

A figura 2 apresenta a distribuição dos entrevistados pela idade, na qual a média encontrada foi de 50 anos, variando entre 22 e 95 anos. Resultados do Censo (IBGE, 2000) mostraram o aumento da incidência de pessoas com a deficiência conforme aumento da idade, passando de 4,3% em crianças de até 14 anos, para 54% do total de pessoas acima de 65 anos, o que justifica a prevalência em pessoas acima de 45 anos, corroborando com os dados demonstrados na figura a seguir.



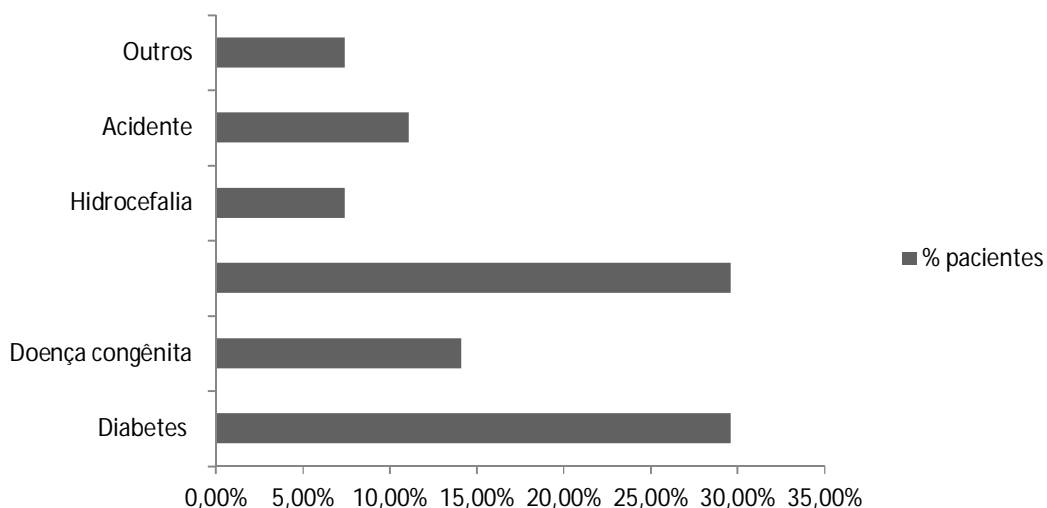
**Figura 2 – Faixa etária dos entrevistados no ano da pesquisa (2016).**



Fonte: Elaborado pela autora.

Dos alunos entrevistados, nenhum deles possui qualquer tipo de vínculo empregatício, possuindo entre eles um grau de escolaridade variado. Esses dados não estão em concordância com a pesquisa realizada pelo IBGE (2000), o qual apontou que mais de 6 milhões de pessoas com algum grau de deficiência visual estavam inseridos no mercado de trabalho. O que pode justificar esta discrepância entre os dados obtidos no presente trabalho e na pesquisa citada seria a falta de oportunidades de capacitação oferecidas pela cidade em que estes entrevistados residem.

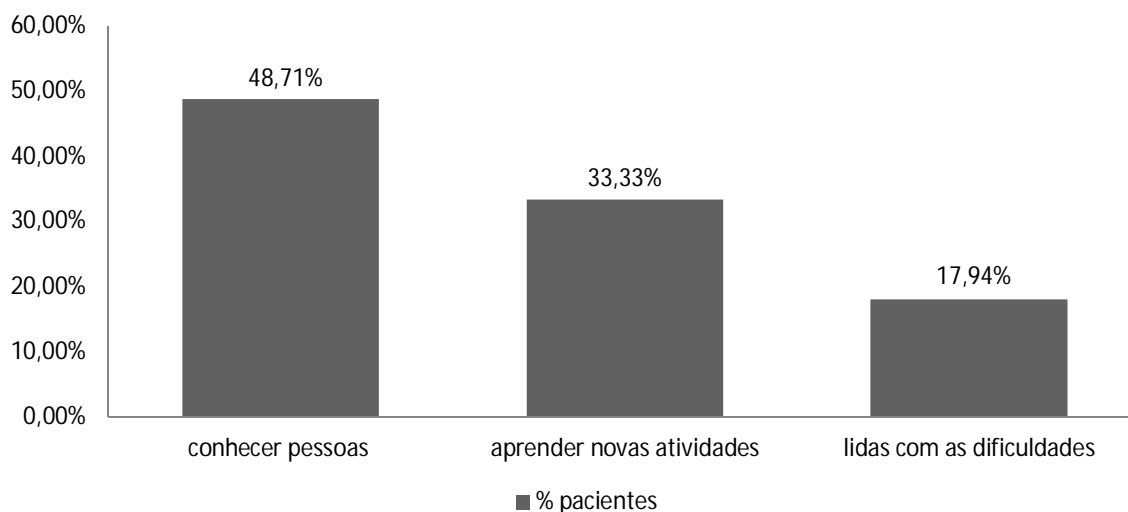
Em relação à origem da deficiência visual, várias foram as causas citadas, sendo que a Diabetes mellitus foi a mais comum, seguida de doenças oculares diversas, doenças congênitas, acidentes de carro e hidrocefalia (figura 3), sendo a maioria adquirida após idade avançada. Ainda, dentre os 27 entrevistados, 62,96% possuem perda total da visão, enquanto 37,03% deles possuem perda parcial (menos de 15% da visão de um ou ambos os olhos).

**Figura 3 – Causas da deficiência visual.**

Fonte: Elaborado pela autora.

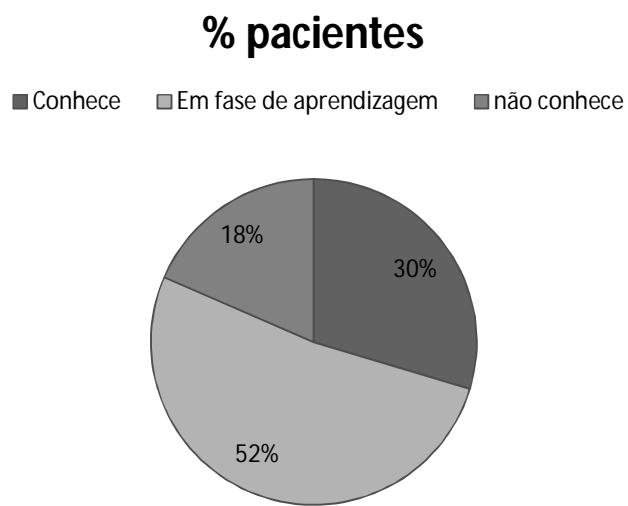
Haris e Enfield (2003) afirmam que a natureza da perda da visão tem importância na forma como indivíduo se adaptará na sociedade. Indivíduos que perderam a visão de forma súbita apresentam maiores dificuldades ao serem comparados aos pacientes que adquiriram a deficiência de forma graduada ou mesmo os que já nasceram cegos, que se mostram mais adaptados à essa condição, facilitando o recebimento de informações e o desenvolvimento das habilidades necessárias para adaptação frente a situações complexas.

Quando questionados quanto ao motivo de frequentarem o Lar, a maioria dos sujeitos afirmou querer aprender o Braille e outras atividades, assim como conhecer pessoas com as mesmas dificuldades, dividindo conhecimentos (figura 4).

**Figura 4 – Motivo de estar no Lar Escola Santa Luzia.**

Fonte: Elaborado pela autora.

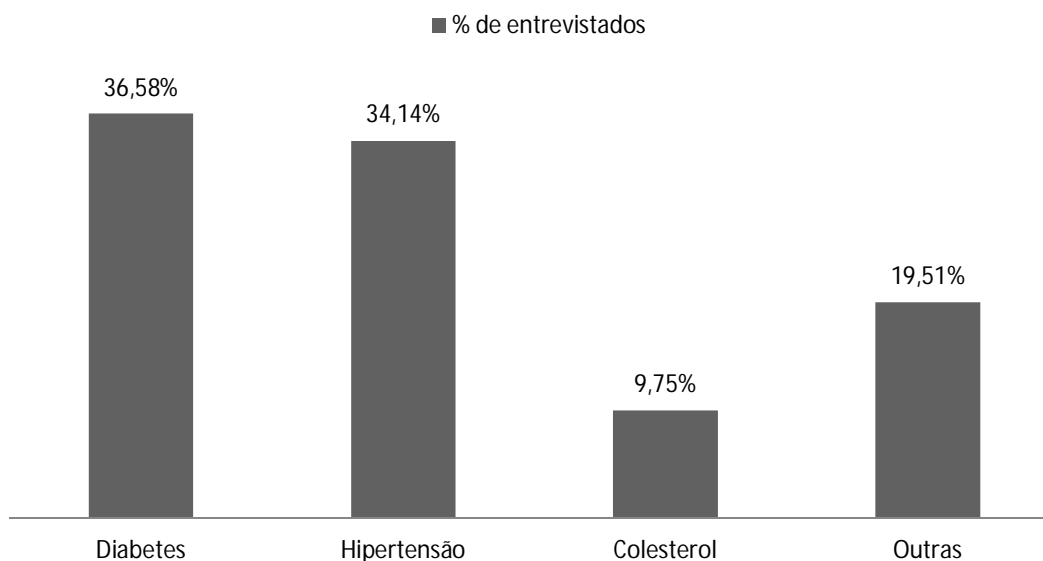
Todavia, ao avaliar o conhecimento do sistema Braille (figura 5), somente 29,62% dos entrevistados afirmam conhecer e possuir estudo completo, 51,85% esta em fase de aprendizagem e 18,50% nunca tiveram contato. O Braille é reconhecido pela sua importância em oferecer acesso à comunicação de indivíduos com perda de visão, facilitando o acesso à informação do mundo em geral, uma vez que esta técnica está associada à inúmeras estratégias de inclusão social dos deficientes visuais (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

**Figura 5 – Domínio do sistema Braille pelos entrevistados.**

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos entrevistados, 77,77% possui alguma doença crônica, sendo mais prevalente o Diabetes mellitus, seguida da hipertensão (figura 6). A prevalência de pacientes com doença crônica reflete nos resultados obtidos em indivíduos que fazem uso de medicamentos de uso contínuo. Dados demonstrados na figura a seguir:

**Figura 6 – Causas da deficiência visual nos entrevistados.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Em torno de 10% a 50% dos casos de pacientes com Diabetes, o aparelho visual é comprometido, afetando a retina de forma severa, estrutura muito vascularizada responsável pelo recebimento de imagens e envio de informações ao cérebro (LEONTIDIS; AL-DIRI; HUNTER, 2016). Indivíduos com a doença estão susceptíveis a complicações oculares, sendo as principais a retinopatia e a catarata (BEZERRA; PAGLIUCA; GALVÃO, 2009).

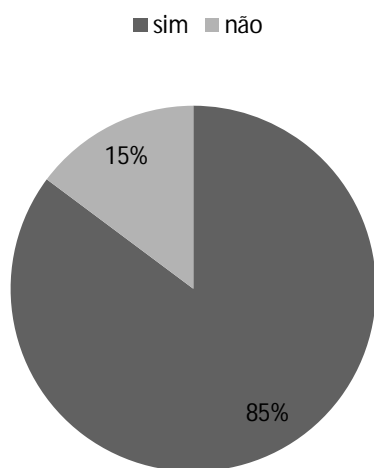
Após a identificação do perfil dos pacientes entrevistados, apresentaremos a seguir os dados obtidos em relação aos aspectos voltados para os cuidados em saúde destes indivíduos. Para melhor compreensão, os dados do questionário foram separados em blocos: Autonomia, comunicação e atendimento à saúde, compreensão e execução da terapia.

## 6.1 AUTONOMIA

Todos os entrevistados moram com algum acompanhante, seja amigo ou familiar, onde apenas cinco dividem a casa apenas com cônjuge que possui a

mesma deficiência. A maior parte, 85,18% dos pacientes relatou a necessidade de alguém que auxilie nas atividades do cotidiano, podendo ser apenas em tarefas mais complexas ou 24 horas por dia (figura 7).

**Figura 7** – Porcentagem de entrevistados que necessitam de auxílio.



Fonte: Elaborado pela autora.

Um dos discursos relatado foi a dificuldade em readaptar a tarefas diárias, antes exercidas com facilidade.

“Perder a visão depois de um tempo enxergando é muito pior. Como sempre enxerguei, sempre dependi da visão. Do dia para noite deixei de enxergar [...] Por mais que eu trabalhe outros sentidos ainda preciso de ajuda da minha família.”

Dentre este auxílio, o grupo frisou a necessidade de um familiar para que o leve às consultas médicas e se responsabilizem pela compra de medicamentos, devido à incapacidade de se locomover sozinho e a inexperiência dos profissionais em se comunicar com o paciente com deficiência visual.

“Preciso que alguém me leve até o local, pois não consigo usar transporte coletivo sozinho, muito menos dirigir.”

“A farmácia fica longe da minha casa, não consigo ir andando. Dependo de alguém que me leve.”

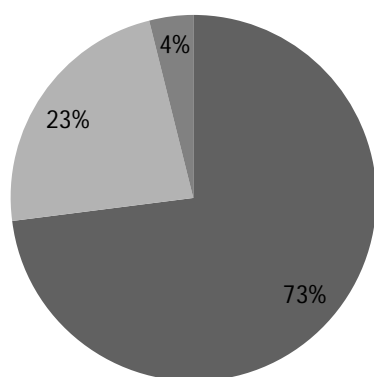
No trabalho realizado por Castro et al. (2010), os pesquisadores verificaram que nos relatos de seus pacientes, que possuíam diversas deficiências, os mesmos apontaram as mesmas dificuldades em se deslocar à ambientes que oferecem serviços de saúde. Esse mesmo resultado foi encontrado no trabalho realizado por Bandeira (2012), na qual constatou que a locomoção é uma das maiores

dificuldades que os deficientes visuais enfrentam. A necessidade de um planejamento que vise a melhor distribuição espacial dos serviços de saúde, pode estar associada à redução dos obstáculos no acesso aos ambientes onde os indivíduos possam ter acesso aos serviços de saúde essenciais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A figura 8 apresenta o modo como os entrevistados adquirem seus medicamentos, podendo avaliar seu perfil de consumo.

**Figura 8** – Relação de quem se responsabiliza pela compra dos medicamentos.

■ Familiares se responsabilizam ■ Próprio paciente ■ Pede por telefone



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dos resultados obtidos nessa pesquisa, nota-se que a maior parte dos entrevistados não frequenta farmácias, sendo contrário ao constatado no trabalho de Bandeira (2012), onde o autor verificou que 48% dos entrevistados vão à farmácia para obter seus medicamentos.

Parte dos entrevistados afirmou que a companhia de um familiar facilita e agiliza o atendimento, já que estes se responsabilizarão em repassar as informações, deixando-os mais seguros quanto ao tratamento. Os relatos abaixo descritos representam este discurso.

“Acaba sendo mais fácil o médico passar todas as orientações para minha mulher. Assim, em casa, ela repassa as informações com mais calma.”

“Na farmácia o farmacêutico que nos atende passa orientações. Porém, faz anotações nas embalagens. Preciso de alguém que leia para mim.”

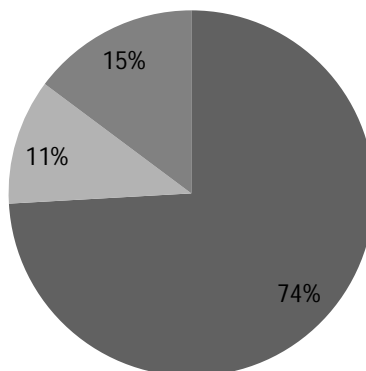
O observado neste estudo foi que a presença de um familiar traz uma maior segurança e comodidade ao paciente, já que apresenta comprometimento de sua autonomia em relação aos cuidados à saúde. Devido a isso, a maioria prefere confiar nas orientações repassadas por seus familiares. A importância da família ou cuidador na prevenção e promoção à saúde de pacientes com deficiência é descrita na literatura como fator fundamental para o sucesso dos cuidados em saúde, sendo o contato entre o cuidador/família e o profissional da saúde um fator que contribui com o recebimento de informações de extrema relevância no tratamento com maior qualidade (OTHERO; DALMASO, 2009). Apesar da ausência de deficiências, idosos também são uma população susceptível à dificuldades do cuidado em saúde quando na ausência de um acompanhante como interlocutor entre o profissional de saúde e o paciente (CALDAS, 2009). Desta forma, podemos sugerir que pacientes idosos portadores de deficientes visuais possuem uma maior necessidade da presença de um acompanhante nos serviços de saúde. Estes dados sobre a autonomia dos pacientes demonstram que outro ponto crítico de grande relevância é o aspecto da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes nos serviços de saúde.

## 6.2. COMUNICAÇÃO E ATENDIMENTO À SAÚDE

Quando questionados sobre a frequência que consultam médico (figura 9), 74% afirmaram que sempre realizam visitas ao médico, na maioria das vezes são consultas oftalmológicas e médicos que acompanham suas doenças crônicas (Diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia). Bandeira (2012) observou em seu estudo a negação de qualquer outra patologia por parte desses pacientes, justificando esse comportamento pelo medo de uma menor autonomia.

**Figura 9 – Frequência de consulta ao médico**

■ Mensalmente   ■ Anualmente   ■ Nunca



Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à comunicação entre profissional/paciente, os entrevistados relataram a escassez de informações sobre suas patologias e medicamentos prescritos. Do total, 14,81% dos entrevistados afirmaram sempre questionar os médicos e profissionais da saúde em geral, 22,22% disseram que somente os médicos particulares se preocupam em tirar todas suas dúvidas, outros 22,22% alunos relataram que buscam informações através de parentes e internet, enquanto que outros 40,74% não tiveram informações e permanecem com algumas dúvidas. É importante frisar que nenhum dos entrevistados citou o farmacêutico como o profissional que orienta sua terapia, medicamentosa ou não.

Alguns entrevistados comentaram suas experiências em serviços de saúde e a forma como preferem buscar informações, conforme descrito nos relatos apresentados abaixo.

“Sempre me atendem direcionando todas as informações para minha mãe ou irmã.”

“Meu filho também possui Diabetes. Isso facilita, pois ele só repassa as orientações que recebeu para o tratamento dele.”

“Acho mais fácil pesquisar na internet, consigo tirar todas as minhas dúvidas.”

“Falta tratamento especializado para quem tem a deficiência visual. Os médicos, enfermeiros e farmacêuticos não sempre passa as orientações para quem esta acompanhando, nunca conversam diretamente com nós.”

Nascimento e Marques publicaram um estudo em 2008 com resultados parecidos, onde a maioria dos pacientes (50%) afirmou saber pouco sobre suas



enfermidades. Estes números ressaltam a falha na comunicação entre o profissional e o paciente, seja ela por despreparo ou qualquer outro motivo que impossibilita um tratamento adequado. Estes dados corroboram com os de Bandeira (2012), na qual seus entrevistados relataram o despreparo do profissional em se comunicar com um paciente especial e a falta de informações.

O indivíduo com alguma deficiência possui sistemas não alterados, com extremo potencial para serem explorados no sentido da sua reabilitação para a execução de tarefas (DUALIBI; DUALIBI, 1989), sendo que a necessidade de explorar outros sentidos em pacientes com deficiência visual, como o tato, a audição e o olfato, amplia o número de informações que possam ser captadas pelo indivíduo com deficiência visual (RATH, 2001).

Deste modo, Koch et al. (1992) destacam a importância de uma comunicação verbal clara e abrangente, uma vez que a visão está comprometida. Em estudos odontológicos, citam algumas orientações para realizar uma boa comunicação durante o atendimento, devendo primeiramente avaliar o grau da deficiência visual, período em que a deficiência comprometeu o indivíduo, capacidade de percepção de claro e escuro do paciente, a presença de outras deficiências (ex. auditivas, motoras, intelectuais), grau de independência e o comportamento do paciente e de seu cuidador. Ressalta a necessidade de cuidadores até sua familiarização com o ambiente, descrição do local em que esta, aparência do profissional e sempre que possível, limitar-se a um único profissional (MCDONALDS; AVERY, 2001). Ainda, em um estudo realizado com pacientes surdos, a falha na comunicação entre o paciente e o profissional, reflete em obstáculos na promoção da saúde (NEVES, 2016).

Ao questionar sobre a qualidade dos serviços de saúde, somente três disseram estar satisfeitos. Os demais relataram a falta de preparo dos profissionais, falta de tempo e paciência, falta de preferência, estrutura física inapropriada e demais fatores que comprometem ainda mais sua independência.

“Não tem como ir sozinha ao médico. Da última vez em que fui ao dentista e entrei sem acompanhante, ele mandou sentar sem nem me orientar onde estava a cadeira. Ao iniciar o procedimento, ao invés de me avisar o que faria ou o que eu deveria fazer (vire para a direita/para a esquerda), simplesmente puxava minha cabeça.”

Este relato ressalta a importância da comunicação eficaz, citada acima. Conforme estudo de Bezerra et al. (2009), é extremamente importante manter uma

comunicação verbal clara e paciente, já que este tipo de deficiência impossibilita o mesmo de captar gestos e maneirismos do interlocutor.

Outras citações dos entrevistados referem-se ao tempo de espera, inadequações nas instalações do serviço de saúde e despreparo dos profissionais.

“Tem vez que vou ao posto e fico horas esperando para ser atendida, da vontade de desistir.”

“Frequento a farmácia municipal só porque precisa da minha presença para a entrega do meu medicamento. Se não precisasse nem iria. É trabalhoso ir até lá, demora muito, a maioria dos funcionários esta sempre estressada.”

Quanto ao tempo de espera, evidências na literatura demonstram que pacientes com diversos tipos de deficiência afirmaram que este seria um problema no acesso aos serviços de saúde, sendo constantemente mencionado por autores como dificuldade nos atendimentos ambulatorial e hospitalar (FRANCO & CAMPOS, 1998; OLIVEIRA et al., 2006; CASTRO, 2010). A existência da Lei Federal 10.048, de 8 de novembro de 2000, que prioriza uma parcela da população nos atendimentos em repartições públicas, em ambiente de serviços de saúde não garante a priorização de pacientes pela presença de deficiência, já que o mesmo pode não ser o paciente que mais necessite do atendimento naquele determinado momento (CASTRO et al., 2010).

“Falta sinalização, placas escritas em Braille, alguma forma de informar o deficiente visual onde tem degrau, porta ou algo do tipo”.

Segundo dados do IBGE (2011) 42% das prefeituras do Brasil não têm acesso eficaz para deficientes. Em pesquisa feita em 2011 sobre o Perfil dos Municípios Brasileiros, quase metade das cidades brasileiras não tem acesso para pessoas com deficiência, sendo que 42,6% não tem nenhum dos 13 itens listados pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Apenas 3,8% apresentam seis ou mais deles.

Em vista destes valores, verifica-se a necessidade de maiores investimentos neste setor, de modo que ampliem a acessibilidade de portadores de deficiência visual, com a criação de identificação de nome de logradouros públicos em placas rebaixadas em Braille, bem como nos elevadores de edifícios de uso público; adaptação de transportes coletivos; aplicação de normas contra a construção de barreiras arquitetônicas; implantação de sinal sonoro nos semáforos, entre outros (BERNAL et al., 2015).

Alguns dos entrevistados enfatizaram o comum despreparo dos profissionais, que por vezes os tratam com sentimentos descritos como “piedade” e “discriminação”, evitando relacionamento direto com os mesmos.

“A maioria acha que pelo fato de ser cega não entendo o que esta falando. Mas não é bem assim, sou uma pessoa normal”.

“Tem vezes que vou ser atendida e percebo comentários de piedade, como se eu fosse uma coitada. Isso é péssimo”!

“Irrita quando chego ao médico e ele pergunta para meu marido quais os meus sintomas. Sei que não faz por mal, mas eu que estou sentindo e sei ouvir e conversar”.

O trabalho de Nascimento E.L. & Marques L.A.M. (2009) realizado em deficientes visuais destaca este fato, 46,7% dos entrevistados se sentem oprimidos pela sociedade que por diversas vezes não os compreendem, gerando uma discriminação.

Diante desses relatos obtidos, nota-se o interesse por parte dos deficientes visuais com sua situação, sua saúde. Porém, a falha na comunicação impossibilita que tenham maior autonomia quanto aos cuidados com sua própria saúde.

### 6.3. O FARMACÊUTICO E A COMPREENSÃO E EXECUÇÃO DA TERAPIA

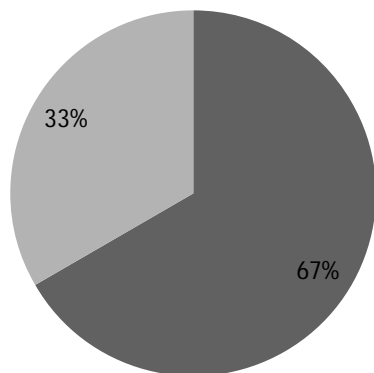
Todos os entrevistados relataram a dificuldade do acesso ao serviço de saúde, referindo-se à forma de locomoção e estrutura física inapropriada. Outro ponto relevante, exposto por eles e também citado no tópico acima foi a comunicação entre eles e o profissional ineficaz, dependendo sempre de um acompanhante para o recebimento de informações de forma clara.

“Não consigo ir sozinho, meu médico é longe de casa. Como meu esposo precisa me levar, já aproveita e entra na consulta comigo.”

Ao questionar a frequência em que vão à farmácia (figura 10), 66,66% afirmaram que vão raramente ou mesmo nunca frequentam o estabelecimento, 33,33% estão frequentemente em farmácias, porém, justificaram sua ida apenas pelo fato da farmácia popular e de alto custo exigir a presença do paciente.

**Figura 10** – Frequência em que vão à farmácia.

■ Nunca ou Raramente   ■ Frequentemente

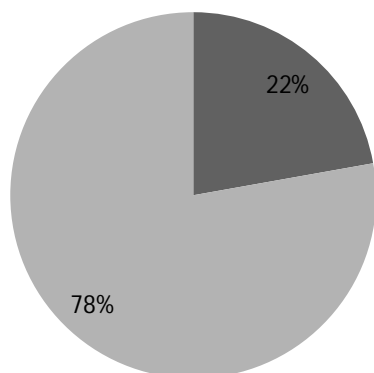


Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação aos serviços farmacêuticos (figura 11), o resultado foi significativo, 77,77% entrevistados não souberam responder as funções do farmacêutico e apenas 29,62% tiram dúvidas com o profissional. Em contrapartida, um dos indivíduos que afirmou pedir informações ao farmacêutico, relatou que o profissional utiliza métodos explicativos que se limita a pacientes que possuem auxílio da visão.

**Figura 11** – Relação de entrevistados sabem quais as funções do profissional farmacêutico.

■ sim   ■ não



Fonte: Elaborado pela autora.

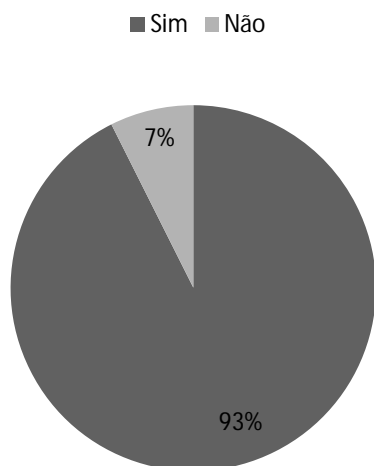
“Sempre pergunto como devo tomar meus remédios, o farmacêutico acaba anotando na caixa a forma como deve ser tomado. Preciso da ajuda de algum parente para ler”.

Em seu trabalho publicado em 2001, Mendes e seus colaboradores descrevem a realidade do profissional farmacêutico como algo longe de ser a ideal e prevista no código de ética da profissão. Nota-se um número exacerbado de profissionais desqualificados, incompetentes e pouco preocupados com a saúde dos pacientes da unidade saúde que esta responsável, se preocupando somente com o retorno financeiro (MENDES et al., 2001), algo também mencionado pelos entrevistados em nosso trabalho.

Esta realidade que prevalece nas drogarias teve início no século de 1960 com a exploração das indústrias, na qual o farmacêutico antes visto como o responsável pelas fórmulas e orientações pessoal ao enfermo passou a ser substituído por atendentes sem preparo técnico, cedendo a eles atribuições exclusivas do profissional farmacêutico (ZUBIOLLI, 2004; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004). A troca de funções e a falta do reconhecimento do profissional veem gerando erros graves que comprometem na prevenção da saúde.

Esses relatos refletem nos resultados obtidos referentes ao uso de medicamentos. A maioria deles afirmou ter dificuldades com a administração de medicamentos (figura 12). Mesmo dizendo não ter problema com administração, o relato se contradiz ao relatar a necessidade de um familiar para organizar, diferenciar, preparar e/ou administrar o fármaco.

**Figura 12** – Relação de pacientes que apresentam dificuldades na administração de medicamentos.



Fonte: Elaborado pela autora.

Mesmo afirmando não possuir nenhuma dificuldade quanto à administração de medicamentos, alguns entrevistados se contradisseram ao dizer que algum familiar ou cuidador fica responsável pelo seu tratamento farmacoterapêutico. A maioria relatou dificuldades com a falta do braille, a semelhança entre os blisters e comprimidos e a administração de insulinas e medicamentos em gota.

Abaixo transcrevemos alguns dos relatos obtidos nas entrevistas:

“Minha mulher se responsabiliza em separar os meus medicamentos, organiza em uma caixinha de forma que eu saiba qual que eu devo tomar.”

“Minha mãe organiza os meus comprimidos, guardo na memória a ordem em que eles estão. O problema maior é com a insulina, não consigo preparar nem aplicar.”

Observa-se a importância da presença de um familiar ou cuidador na prevenção e promoção à saúde do paciente com deficiência, se responsabilizando pelo recebimento de informações que auxiliem no tratamento (OTHERO & DALMASO, 2009). Devido à deficiência, esses pacientes se tornam mais frágeis e dependentes, já que possuem um acesso à informação debilitado (SANTOS; SHIRATORI, 2004).

“Organizo os meus medicamentos numa bolsinha. Já decorei o formato de cada um e suas pequenas diferenças. O único problema é com a data de validade que acabo perdendo.”

“Geralmente faço marcações com elásticos de dinheiro, pois muitos ainda veem sem Braille.”

“Todos os medicamentos que busco na farmácia municipal vem fora da caixa, sem bula e sem informações em Braille. Todas as cartelas são muito parecidas, preciso fazer algumas marcações para diferenciar.”

“Uso sempre os mesmos medicamentos, então procuro gravar na memória o formato e algumas diferenças dos blisters. Acontece que as farmácias municipais sempre mudam as marcas, conseqüentemente os blisters mudam de formato também. Acabo precisando da ajuda de outra pessoa.”

A RDC 47 de 2009, em seu artigo 5º, exige a impressão de bulas em formato especial, bulas apropriadas ao deficiente visual, devendo seguir às diretrizes da Comissão Brasileira de Braille, assim como as normas brasileiras de acessibilidade editadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (BANDEIRA, 2012). Porém, ainda é notório a dificuldade que o paciente especial tem de utilizar seus medicamentos sozinho, visto que os medicamentos não apresentam todas as informações em Braille. Em vista dessa dificuldade, foi observada a criação de métodos próprios para distinguir e utilizar seus medicamentos.

“Já encontrei caixas de medicamentos com o Braille muito fraco na embalagem, até mesmo escrito errado. Não dá para confiar!”

Santos e D´Amaral realizaram estudo em 2011 avaliando a assistência de enfermagem em pacientes com deficiência visual, na qual observaram alguns relatos de indivíduos quanto ao uso de medicamentos. Alguns entrevistados afirmaram que o braile das caixas não é muito bom para ler, tendo que diferenciar através do tamanho e formato das cartelas.

“O Braille seria ótimo, porém, por conta da Diabetes e da minha idade perdi um pouco da sensibilidade nos dedos. Quando estou muito nervosa ou com a glicemia alto fica muito difícil ler.”

Uma das principais comorbidades associadas a diabetes é a neuropatia, a qual afeta o sistema nervoso autônomo e o sistema nervoso periférico, gerando morbidade e mortalidade. Mais comumente afeta primeiramente os pés e depois as mãos, causando alterações sensoriais nos dedos e artelhos (WUNDERLICH et al., 1998). Este fato foi observado no estudo de Gossenheimer, em 2010, na qual os entrevistados relataram a redução da sensibilidade de suas extremidades, impossibilitando a leitura do Braille.

“Tenho dificuldades no preparo da insulina por ser muito pequena. Normalmente minha filha deixa algumas seringas preparadas na geladeira e alguém aplica em mim.”

Diabéticos e/ou familiares apresentam medo ao preparar as insulinas NPH e regular, isto porque as escalas de graduação da seringa são pequenas, dificultando a visualização (ALENCAR, 2004).

“Medicamentos em gota é horrível de tomar, é muito difícil contar exatamente as 20 gotas que o médico receita.”

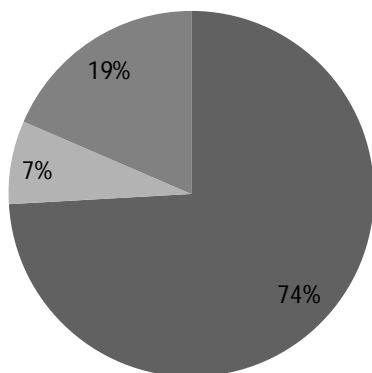
Estudos afirmam que cerca de 20% dos idosos acima de 80 anos, por conta da visão debilitada, apresentam dificuldades de enxergar as gotas de medicamentos que precisam medir (CIM, 2003). Muitos pacientes encontram técnicas próprias para facilitar o uso de medicamentos, uma delas é sentir as gotas caindo no dedo (PAGLIUCA; UCHOA; MACHADO, 2009).

“Os comprimidos que tomo são muito parecidos, tem vezes que diferencio pelo gosto. Coloco na boca e já percebo se é o medicamento certo, quando sinto que é o errado, tiro rapidamente da boca e volto pra caixinha.”

Com relação ao uso de medicamentos manipulados, a maioria nunca utiliza. A pequena parcela que afirma utilizar frequentemente justifica dizendo ter sido receitado pelo próprio médico o uso de vários princípios ativos em um único medicamento (Figura 13).

**Figura 13** – Relação de pacientes que fazem uso de medicamentos manipulados.

■ nunca ■ raramente ■ frequentemente



Fonte: Elaborado pela autora.



O incentivo do uso de medicamentos manipulados, sempre que possível, facilitaria o uso correto de medicamentos por estes pacientes. Neste caso, o ideal seria associar diversos princípios ativos em uma única fórmula, utilizar cápsulas de tamanhos variados e embalagens diferentes (GOSSENHEIMER, 2010). No caso de associação de múltiplos medicamentos em uma única fórmula, fica evidente a necessidade da análise de interações farmacêuticas entre os compostos manipulados.

De forma geral, observou deficiência entre o acesso à saúde e o paciente deficiente visual, comprometendo o uso correto de medicamentos. O papel do farmacêutico continua não sendo reconhecido pela sociedade, gerando uma falha na comunicação.

A função do farmacêutico neste contexto consiste em prestar a devida assistência complementar ao atendimento médico, permitindo que o paciente tire todas suas dúvidas em relação ao tratamento farmacoterapêutico e realize o uso racional dos medicamentos prescritos. Para isso, é necessário não só uma formação acadêmica que aborde a inclusão de segmentos da sociedade mais susceptíveis a problemas relacionados aos medicamentos, mas também o desenvolvimento de aspectos sociais na prática profissional, diretamente no ambiente de prestação do serviço farmacêutico, permitindo adequada comunicação com toda sociedade, sem restrição.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da revisão da literatura literária e as entrevistas realizadas nos permitem observar com clareza o posicionamento do deficiente visual na sociedade com foco nos serviços de saúde, acerca de aspectos relativos à comunicação, autonomia e outros fatores que interferem no uso racional de medicamentos desses pacientes.

Em vista do Diabetes ser a causa da deficiência mais prevalente no público estudo, constata a necessidade de uma melhor estratégia de prevenção e promoção a saúde da população em geral, com foco na retinopatia diabética, evitando o progresso dessa doença e, por consequência, a deficiência visual no paciente diabético.

Ainda, os resultados demonstraram que a falta de autonomia dos pacientes com deficiência visual para a realização de tarefas do cotidiano é um dos maiores problemas em relação aos cuidados essenciais em saúde, sendo mais crítica entre pacientes que tenham adquirido a cegueira ao longo da vida, dificultando a adaptação dos mesmos às tarefas essenciais. Esta falta de autonomia também está relacionada à locomoção e acesso desses indivíduos aos serviços de saúde, que se encontra em situação frágil para ir a consultas médicas ou farmácias sozinhos. Em alguns casos, este fato impossibilita de receber os devidos atendimentos. Uma forma de resolver este problema seria o atendimento domiciliar, no qual profissionais da saúde se disponibilizariam a ir até suas residências, facilitando e prevenindo de futuras comorbidades. As estratégias de saúde da família podem ser uma excelente forma de sanar tal problemática, permitindo o cuidado frequente com a saúde.

Ainda, a comunicação ineficaz foi muito citada pelos entrevistados, isto porque existe um despreparo dos profissionais em se dialogar de forma clara com o paciente ou a falta de conhecimento de técnicas para adaptação da troca de informação com pacientes portadores de deficiência visual. Em muitos casos, acabam trocando informações com familiares e cuidadores, evidenciando a dependência dos deficientes. Para isso, é necessário desenvolver habilidades necessárias de como lidar e se comunicar com pacientes especiais, de forma a encontrar métodos de prevenir e promover a saúde. Não menos importante, o processo de comunicação com cuidadores e familiares deve ser focado como uma das principais estratégias para a realização adequada dos tratamentos indicados

para pacientes com deficiência visual, tornando estes cuidadores membros importantes do processo de comunicação entre paciente e profissional de saúde.

Quanto ao uso de medicamentos, observou-se certa dificuldade dos entrevistados em diferenciar e separar seus medicamentos, necessitando do auxílio de um familiar ou cuidador, e ainda assim, os relatos demonstram o desconhecimento de fatores que predispõem o paciente à condições de risco em relação aos problemas relacionados aos medicamento. Em alguns casos, informações nas caixas escritas em Braille resolveriam o problema, porém, esta medida não é pode ser abordada como solução, já que uma parcela significativa dos pacientes nunca teve contato com a leitura em Braille ou mesmo não possuem sensibilidade nos membros inferiores, impossibilitando a diferenciação. O ideal seria disponibilizar em cada farmácia ou na internet, bulas em formato de áudio para esses pacientes.

O uso de medicamentos de uso contínuo a partir de prescrição médica, indicando alta procura de serviços de saúde por esta população, evidencia a importância de uma política de assistência à saúde específica a esta parcela com deficiência visual. No contexto da atenção e assistência farmacêutica, podemos concluir que o farmacêutico como profissional responsável pelo uso racional de medicamentos, deve desenvolver competências que lhe permitam atender com eficiência pacientes com deficiências diversas. Neste contexto, empresas do segmento farmacêutico devem investir em conteúdo para orientação de pacientes deficientes visuais através de bulas em forma de áudio e material em braille. Vale ressaltar a importância da relação entre o farmacêutico e os cuidadores e/ou familiares do paciente, permitindo a transferência das informações sobre os medicamentos com maior eficiência.

Desta forma, podemos sugerir como medidas futuras de atenção aos pacientes entrevistados os seguintes procedimentos:

- Assistência farmacêutica periódica no lar, facilitando o acesso dos indivíduos à orientação sobre o uso racional de medicamentos;
- O seguimento farmacoterapêutico de pacientes que realizam o uso contínuo de medicamentos para controle de doenças crônicas;
- Palestras e campanhas de orientação em saúde para os pacientes portadores de deficiência visual e seus familiares e/ou cuidadores,

visando medidas preventivas em saúde, evitando assim a necessidade de intervenções que são mais complexas nesta classe de pacientes;

- Elaboração de programas de ensino para profissionais de saúde junto à portadores de deficiência visual, visando a formação destes profissionais de forma a cumprirem o seu papel social mediante a inclusão destes indivíduos nos serviços e saúde.

Com base no exposto, o presente trabalho deixa os pontos citados acima como precedentes para a realização de futuros trabalhos junto à comunidade estudada, o que poderá permitir futuramente a avaliação do impacto destas medidas na qualidade de vida e nos parâmetros de saúde destes indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Farmacovigilância da ANVISA ganha prêmio internacional na Holanda. Notícias da Anvisa: Diário e Mensal outubro 2002. Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/divulga/noticias/2002/181002.htm#>>. Acesso em: 26 jul. 2007.

ALENCAR, A. M. P. G. **A Prática do Preparo e Administração de Insulina Realizada Pelo Cliente Diabético ou Responsável no CIDH de Barbalha.** Universidade Federal do Paraná, Fortaleza, 2004.

AQUINHO, D. S. **Por que o Uso de Medicamentos Deve ser Prioridade?** Rev. Ciência e Saúde Coletiva Art.13 P.733-736 2008

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. **Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança.** Rev. Bras. Ciên. Farm., v.42, n.1, p.137-46, 2006.

ARRAIS, P. S. D. **O uso irracional de medicamentos e a Farmacovigilância no Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro nº. 18, p. 1478-1479, 2002.

BARROS, E.; BARROS, H. M. T. **Medicamentos na Prática Clínica.** Editora Artmed. Porto Alegre/RS. 2010

BARROS, J. A. C.; JOANY S. **Anúncio de Medicamentos em Revista Médica: Ajudando a Promover a Boa Prescrição?** In: ROZENFIELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 717-724, mai-jun. 2003.

BERNAL, V. A.; BARBOSA, A. T. R.; FERRAZZA, S. R.; Braga, M. A. C. **Tecnologia na Inserção do Deficiente Visual na Sociedade como Cidadão Pleno de seus Direitos.** CONTECC. Fortaleza-CE, Brasil, 2015.

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.** Revista Enferm, Escola Anna Nery, 13 (4): 842-48 / out-dez., 2009.

BOCHNER, R.; BORTOLETTO, M. E. **Impacto dos Medicamentos nas Intoxicações Humanas no Brasil.** Cad. Saúde Pública. P.859-869, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília. Ministério da Saúde; 2001.

CABEZAS, V. P. Y.; ORMENO, E. A. M.; PABIAZA, L. C. V. **Automedicación de analgésicos no narcóticos.** Consultório Santo Tomás. Santiago do Chile, 2000. 114 p.

CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS. **Uso de Medicamentos pelo Idoso.** São Paulo, n 01, fev/mar., 2003.

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. **Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.

D'AMARAL, R. K. K.; SANTOS, H. A. N. **Assistência de Enfermagem a Portadores de Deficiência Visual**. Rev. Enferm. UNISA. P. 117-120. 2011.

DIAS, M. F. & et al.. **Sensibilização dos Profissionais de Saúde para o Programa Brasileiro de farmacovigilância na ANVISA**. In: I Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, no 1, 2002 , de 02 a 04 de Dezembro , São Paulo. Resumo de Trabalhos. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 05 maio. 2016

DIAS, M. F. **Farmacovigilância no Brasil**. 2005. Disponível em:<<http://www.msdbrazil.com/salaconferencia/conf21/pt/teaula.htm>>. Acesso em: 06 maio. 2016.

DINIZ, D. P. & SCHOR, N. **Qualidade de vida**. 1 ed. Barueri: Manole, 221 p, 2006.

FIGUEIREDO, P. M. et al.. **Reações adversas a medicamentos**. Revista Fármacos e Medicamentos, São Paulo, v. 34, n. 6, maio/jun. 2006.

EDWARDS, I. R. **Pharmacovigilance - beyond 2000**. Reactions, v. 1, n. 783, p. 3-5, 2000.

FOURNIOL, A. **Pacientes Especiais e a Odontologia**. São Paulo. Santos, 1998.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. **Inclusão Social da Pessoa com Deficiência: Conquistas, Desafios e Implicações para a Enfermagem**. Revista Esc Enferm USP, 43(1):170-7/2009.

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

FREITAS; PEREIRA, A. **Evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**. Rev. Bras. De Ciências Farmac., vol.44, n.4, p. 602-612, 2008.

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

IBGE – IBSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Rio de Janeiro, 2010.

JÁCOME, A. J. **Dispositivos para mejorar el cumplimiento en atención farmacéutica**. Boletín de Atención Farmacéutica Comunitaria, España, v. 3, n. 6, 1999

KAMAT, R. V.; NICHTER, M. **Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay**. India. Soc. Sci. Med., v.47, n.6, p.779-794, 1998.

LAMBERTINI, N. N. R. **A Percepção de Farmacêuticos sobre a Utilização de Algoritmos na Prática da Atenção Farmacêutica: um Estudo Delphi.** 2012. 101f. Dissertação (Mestrado). Faculdade De Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

LEONTIDIS, G.; AL-DIRI, B.; HUNTER, A. **Summarising the retinal vascular calibres in healthy, diabetic and diabetic retinopathy eyes.** Computers in Biology and Medicine, Lincoln, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.compbiomed.2016.03.006>. Acessado em: 25 nov. 2016.

LINDQUIST, A. M. **Seeing and Observing in Internacional Pharmacovigilance: Achievements and Prospects in Worldwide Drug Safety.** Uppsala: The Uppsala Monitoring. 2003.

MANZINI, F.; ALENCAR, L. B. O.; SALES, L.; BEZERRA, M.B.; CAMPANHA, P.; MACEDO, R.; MENDES, S.J.; CONTEZINI, S.N.L.; SANTOS, S.C.M.; UEHARA, W.H.O. **O Farmacêutico na Assistência Farmacêutica do SUS: Diretrizes para Ação.** Editora Qualytá Gráfica. N.298. Brasília 2015.

MARGONATO, F.B. **Atribuições do Farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos.** Rev. Infarma V.18; nº3/4; p 28/31; 2006.

MENDES, A. B. F.; OLIVEIRA, G. S.; BORGES, I.; MARTINS, R. S.; NEGREIROS R. H. V. **Farmacêutico: Compromisso com a saúde ou com o comércio?**

MC DONALD, R.; AVERY, D. **Odontopediatria.** 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 367p. NOGUEIRA, A.J.; NOG

MEINERS, M. **Atenção farmacêutica: em busca de um consenso para o Brasil.** Rev. Pharm. Bras., n. p . 16, 17, 2001.

MENDES, G. B.; CARVALHO, O. M.; PFAFFENBACH, G. **Reações Adversas a Medicamentos como Determinantes da Admissão Hospitalar.** Rev. Assoc. Med. Bras. P.237-241, 2002.

MENDES, M. C. P.; PINHEIRO, R. O.; AVELAR, K. E. S.; TEIXEIRA, J. L.; SILVA, G. M. S. **História da Farmacologia no Brasil.** Rev. Brasil. Farm. Art.89. p. 246-251. 2008.

MENEZES, E. B. B. **Atenção farmacêutica em xeque.** Rev. Pharm. Bras., v.22, n. p.28, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS.** Ed. MS. Brasília/DF, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Uso Racional de Medicamentos.** Ed. MS. Brasília/DF, 2012.

MOURA, G. R.; PEDRO, E. N. R. **Adolescentes portadores de deficiência visual: percepções sobre sexualidade.** Rev. Latino-am. Enfermagem. 2006; 14(2): 220-6.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?** Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.

NASCIMENTO, A.C; **Propaganda no Brasil. É possível regular?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14 n.3, p. 869-877, Mai-Jun 2009.

NASCIMENTO E. L. & MARQUES L. A. M; **O Deficiente Visual e a Atenção Farmacêutica.** Rev. Lat. Am. J. Pharm., v.28, n. p. 203-210, 2009.

NEVES, D. B.; FELIPE, I. M. A.; NUNES, S. P. H. **Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos.** Rev. Infarma. v.28, ed.3, p.157-165, 2016.

NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. C. P. A. **Pharmaceutical assistance in the Brazilian National Health System (SUS): Pharmacy students' perceptions.** Interface - Comunic., Saude, Educ.

OLIVEIRA, A. B.; OYAKAWA, C. N.; MIGUEL, M. D.; ZANIN, S. M. W.; MONTRUCCHIO, D. P. **Obstáculos da Atenção Farmacêutica no Brasil.** Rev. Bras. Ciên. Farm.,v.41, n.4, p.409-413, 2005.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. A importância da Farmacovigilância.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Farmacovigilância: Garantia da Segurança no Uso de Medicamentos. Perspectivas Políticas da OMS sobre Medicamentos.**, p. 1-6, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>. Acessado em: 12 abril 2016.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. **Termo de referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância.** Brasília: OPAS, 2002.

OPAS- Organização Panamericana de Saúde. **O papel do farmacêutico no sistema de atenção á saúde.** Brasília: OPAS, 2004.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts (El Uso Racional de Medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos).** Ginebra, OMS, 1985.

PAGLIUCA, L. M. F.; UCHOA, R. S.; MACHADO, M. M. **Pais Cegos: Experiências Sobre o Cuidado dos Seus Filhos.** Rev Latinoam Enfermagem. 2009; 17(2).

PETRAMALE, C. A. **Rede de hospitais sentinelas. II Oficina sobre Uso Seguro e Vigilância de Medicamentos em Hospitais.** 2002. Disponível em: <[http://www.Anvisa.gov.br/farmacovigilancia/oficinas/oficina\\_2/programa.htm](http://www.Anvisa.gov.br/farmacovigilancia/oficinas/oficina_2/programa.htm)> Acesso em: 18 maio.2016.

REYNALDO,V. J. B. **Uso Indiscriminado de Medicamentos.**, Caxias/MA, 2009.

RIBEIRO, M. R. **Incidência e Fatores de Risco de Reações Adversas a Medicamentos em Pacientes Hospitalizados em Clínicas de Especialidades do Hospital das Clínicas da FMUSP.** Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 2015.



ROCHA, A. L. R. **Uso Racional de Medicamentos**. [TCC - Especialização]. Rio de Janeiro: Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

SÁ, E. D.; CAMPOS, I. M.; SILVA, M. B. C. **Atendimento Educacional Especializado: Deficiência Visual**. Gráfica e Editora Cromos: Brasília, 2007. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aee\\_dv.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aee_dv.pdf). Acesso em: 04 de maio de 2016.

SILVA, A. E. B. C. & CASSIANI, S. H. B. (2004) **Administração de Medicamentos: uma Visão Sistêmica para o Desenvolvimento de Medidas Preventivas dos Erros na Medicação**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiania, v. 6, n. 2. .

SILVA, O. M. P.; PANHOCA, L.; BLACHMAN, I.T. **Os Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Revisando os Conceitos de Incapacidade, Deficiência e Desvantagem**. Salusvita, Bauru, v. 23, n. 1, p. 109-116, 2004.

WUNDERLICH, R.; PETERS, E. J. G.; BOSMA, J., ARMSTRONG, D. G. **Pathophysiology and Treatment of Painful Diabetic Neuropathy of the Lower Extremity**. South Med Journal, 91:957-60, 1998.

ZUBIOLI, A. **Ética Farmacêutica**. Sobravime, 2004.

**ANEXOS****ANEXO I****QUESTIONÁRIO – 01  
ENTREVISTA FARMACÊUTICA  
Lar Escola Santa Luzia para cegos  
BAURU – 2016**

- **Nome do paciente:** \_\_\_\_\_
  
- **Data de Nascimento:** \_\_/\_\_/\_\_
  
- **Características do entrevistado:**
  - Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
  - Idade: \_\_\_\_ anos
  
- **Causa da deficiência**
  - Doença congênita ( )
  - Catarata ( )
  - Glaucoma ( )
  - Meningite ( )
  - Diabetes Melittus ( )
  - Acidente em geral ( )
  - Outra ( ) Qual? \_\_\_\_\_
  
- **Grau de deficiência visual:**
  - Parcial ( )
  - Total ( )
  
- **Motivo de estar no Lar Sta. Luzia:**
  - Aprender o Braille ( )
  - Conhecer pessoas com as mesmas dificuldades e dividir conhecimentos ( )
  - Não tenho com quem ficar ( )
  - Aprender a lidar com minhas dificuldades ( )
  
- **Como lida com a doença:**
  - Inaceitável ( )
  - Aceitável, porém, difícil se acostumar as limitações ( )
  - Aceitável, desenvolvi novas capacidades para superar as limitações e me adaptar a uma nova forma de viver ( )
  
- **Aprendizado do Braille:**
  - Sim ( )
  - Em fase de aprendizagem ( )
  - Não ( )
  
- **Recebimento de informações da mídia:**
  - Computador ( )
  - Televisão ( )

- Celular ( )
- Rádio ( )
- **Possui alguém que auxilie em tarefas do cotidiano?**
  - Sim ( )
  - Não ( )
  
- **Mora com quem?**
  - Pais ( )
  - Cônjuge ( )
  - Filhos ( )
  - Amigos ( )
  - Sozinho ( )
  - Outros ( ) Quem? \_\_\_\_\_
  
- **Com qual frequência necessita de ajuda nas tarefas do cotidiano?**
  - Necessito de alguém para me auxiliar 24h/dia ( )
  - Necessito de ajuda somente em tarefas mais complexas ( )
  - Consigo realizar todas as atividades sozinho ( )
  
- **Com qual frequência realiza exames de rotina?**
  - Nunca ( )
  - Raramente ( )
  - Frequentemente
  
- **Com que frequência vai a consultas médicas?**
  - Semanalmente ( )
  - Mensalmente ( )
  - Anualmente ( )
  - Não frequento o médico, exceto em emergências ( )
  
- **Recebe orientações médicas quanta à sua enfermidade e os medicamentos prescritos?**
  - Nunca ( )
  - Raramente ( )
  - Frequentemente ( )
  
- **Se sim, de qual profissional ou parente faz esta orientação?**
  - Parentes ( )
  - Médico ( )
  - Farmacêutico ( )
  - Enfermeiro ( )
  - Outros ( ) Quem? \_\_\_\_\_
  
- **Possui alguma doença crônica ou alergia?**
  - Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_
  - Não ( )
  
- **Faz uso de medicamento contínuo?**
  - Sim ( )
  - Não ( )

- **Qual/Quais medicamentos?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Faz uso de outros medicamentos eventualmente?**

- Sim ( )
- Quais? \_\_\_\_\_
- Qual frequência? \_\_\_\_\_
- Não ( )

- **Faz uso de medicamentos manipulados?**

- Nunca ( )
- Raramente ( )
- Frequentemente ( )

- **Como identifica seus medicamentos?**

---

- **Faz uso de chás ou medicamentos à base de plantas medicinais?**

- Nunca ( )
- Raramente ( )
- Frequentemente ( )

- **Quem se responsabiliza pela compra de medicamentos?**

- Parentes ( )
- Amigos ( )
- Cuidador ( )
- Eu mesmo ( )

- **Frequenta farmácias? Com qual frequência?**

- Nunca ( )
- Raramente ( )
- Frequentemente ( )

- **Costuma pedir informações ao farmacêutico?**

- Nunca ( )
- Raramente ( )
- Frequentemente ( )

- **Você sabe o que faz um farmacêutico?**

- Sim ( )
- Não ( )

- **Já teve problemas relacionados ao uso de medicamentos? Se sim, quais?**

- Sim ( )
- Intoxicação ( )
- Ineficácia terapêutica ( )
- Interação medicamentosa ( )
- Troca acidental de medicamentos ( )
- Problemas de administração ( )
- Esqueceu de tomar ( )
- Não ( )

- **Como estabelece a hora de usar o medicamento?**

- Uso despertador automático ( )
- Alguém se responsabiliza por me avisar ( )
- Não controlo o horário que administro meu medicamento ( )
- Baseio-me nos horários que realizo as principais refeições ( )
- Baseio-me nos horários que acordo e durmo ( )

- **Foi orientado como deve tomar este medicamento?**

- Sim. De forma muito claro, esclarecendo todas as minhas dúvidas. ( )
- Sim. Porém, continuo com algumas dúvidas ( )
- Não ( )

- **Possui dificuldades no uso de medicamentos? Quais?**

- Sim ( )
- Não ( )

- **Você deixa de utilizar o medicamento em alguma situação? Qual?**

---

---

---

---

- **Você possui alguma sugestão para promover o uso seguro de medicamentos por deficientes visuais?**

---

---

---

---

- **Você possui alguma sugestão para a melhoria do atendimento à saúde dos deficientes visuais?**

---

---

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: "Problemas relacionados a medicamentos em pacientes com deficiência visual"

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alexandre Bechara

Endereço: R. Irmã Arminda, 10-50

CEP: 17011-160 – Bauru - SP

Fone: (14) 2107-7000

E-mail: alexandre.bechara@usc.br/alebechara@gmail.com

- **Resumo:** Deve descrever a metodologia e os instrumentos que serão utilizados na pesquisa: o texto deve ser claro e preciso, em linguagem acessível ao sujeito de pesquisa.
- **Riscos e Benefícios:** Descrever os riscos e benefícios que a pesquisa poderá proporcionar.
- **Custos e Pagamentos:** Citar que não existirão encargos adicionais associados à participação do sujeito de pesquisa neste estudo.
- **Confidencialidade**

Eu..... entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

- **Direito de Desistência**

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

- **Consentimento Voluntário.**

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa: .....

Data:.....

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a) ....., acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:.....

Data:.....