



O Deficiente Visual e a Atenção Farmacêutica

Eliana L. NASCIMENTO & Luciene A.M. MARQUES *

*Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG. Departamento de Farmácia.
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 Centro. CEP: 37130-000 Alfenas – MG, Brasil*

RESUMO. As dificuldades enfrentadas pelos deficientes visuais são inúmeras e uma delas é o uso de medicamentos. A grande limitação do acesso à informação sobre produtos farmacêuticos e enfermidades é um fato importante que contribui para o uso inadequado de medicamentos. O objetivo deste estudo foi formar uma base de dados sobre os deficientes visuais que permita a definição de estratégias para a implantação da Atenção Farmacêutica no grupo estudado. O estudo foi realizado entre fevereiro a agosto de 2007 na Associação Aliança dos cegos situada na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. O termo de consentimento pós informado foi obtido de todos participantes antes do início do estudo. A metodologia empregada foi a qualitativa em nível exploratório. Os dados foram coletados utilizando-se um roteiro pré definido em 30 participantes do sexo masculino com idade entre 18 e 89 anos. A dificuldade de administração de algumas formas farmacêuticas foi um dos principais problemas relacionados ao medicamento encontrados no grupo estudado. Estratégias foram definidas para a implantação da atenção farmacêutica neste grupo: consulta das necessidades, anseios e prioridades dos cegos; comunicação eficiente geradora de confiança e amizade; aconselhamento e programas educativos e motivacionais de saúde para os deficientes e sua família; atuação de uma equipe multidisciplinar e com visão humanística.

SUMMARY. "Visual Defficient and Pharmaceutical Care". The difficulties faced by visual deficient are countless and one of them is the use of medicines. The poor access to the information on pharmaceutical products and diseases is a fact that contribute to inadequate use of drugs. The aim of this study was to create data base about special needs of visual deficient that allows the definition of strategies to development of the Pharmaceutical Care to this group. This study was conducted from February to August 2007 in the visual deficient association called Associação Aliança, in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Written informed consent was obtained from all participants before their enrollment in the study. It was qualitative study in exploratory level. Survey data were collected through recorded interviews from thirty male participants aged between 18 to 89 years. The interviews followed a subject route previously established. The difficulty of administration of some pharmaceutical forms was one of the principal drug-related problems (DRPs) found in this group. Strategies were defined to development of the Pharmaceutical Care to this group as follow: evaluation of the needs, expectations and priorities of the visual deficient; efficient communication to create trust and friendship; counseling and educational and motivational health programs including visual deficient and their family; action of multidisciplinary team with humanistic vision.

INTRODUÇÃO

A percepção que o homem tem do mundo e sua colocação nele, bem como sua interação e inclusão social têm estreita relação com a visão. Segundo Millecco ¹, nossa civilização é eminentemente visual, onde os outros sentidos parecem não ter a mínima importância para o ho-

mem, marcando os deficientes visuais com preconceito e rejeição ^{1,2}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma estimativa em 1993 na qual existiam cerca de 700 mil deficientes visuais no Brasil. De acordo com o censo de 2000 realiza-

PALAVRAS CHAVE: atenção farmacêutica, deficiente visual, qualidade de vida
KEY WORDS: life quality, pharmaceutical care, visual deficient.

* Autor a quem correspondência deve ser enviada: e-mail: baselua@uol.com.br

do pelo IBGE, 24,5 milhões de brasileiros eram portadores de algum tipo de deficiência, ou seja, 14,5% da população nacional. Desse total, 48,1% possuem deficiência visual e pertencem predominantemente às camadas mais desfavorecidas da sociedade brasileira e menos atingidas pelas políticas sociais ^{3,4}.

As pessoas com problemas de saúde crônicos, de acordo com Smeltzer & Bare ⁵, podem viver independentemente e levar uma vida plena com o mínimo de distúrbios e outras podem requerer monitorização frequente. No caso dos deficientes visuais, a monitorização freqüente e controlada constitui uma dificuldade em função da própria deficiência, já que estes apresentam restrição da mobilidade independente, principalmente em ambientes não familiares ⁶. Além disso, nos grandes centros urbanos é muito pequeno o número de médicos que dispõem de tempo para atendimento domiciliar.

A prevenção e a promoção da saúde, objetivando uma melhor qualidade de vida através da orientação, educação, monitoramento da terapia medicamentosa e de todo seu contexto são as principais características da Atenção Farmacêutica ⁷.

A OMS define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações ⁸. Abrange a saúde física, o estado psicológico, os níveis de independência, o relacionamento social, as características ambientais e o padrão espiritual ^{9,10}.

Segundo o censo de 2000 do IBGE, a proporção de pessoas deficientes aumenta com a idade. Mais de 70% dos deficientes visuais graves têm acima de 65 anos e, na sua maioria, apresentam pelo menos uma doença crônica em decorrência da idade ¹¹.

O impedimento à palavra impressa gera uma limitação na autonomia e inserção social ¹². Atualmente, o acesso ao braille ainda é precário principalmente para os idosos. A partir dos 65 anos, o tato se torna menos aguçado, o que dificulta o aprendizado de uma nova escrita, além do custo do equipamento ser relativamente elevado.

Existe uma grande quantidade de pacientes com problemas visuais que podem ter dificuldades para administrar corretamente os medicamentos ¹³. A identificação equivocada do medicamento, a dose e o horário inadequados e a percepção de reações adversas que afetam ne-

gativamente a qualidade de vida do paciente, aumentam custos, podendo também dificultar o sucesso da farmacoterapia ^{14,15}.

A Atenção Farmacêutica busca garantir a necessidade, a segurança e a efetividade no uso de medicamentos ^{5,3,16}. Pode contribuir ainda, no desenvolvimento da autoconfiança e valorização da própria capacidade do deficiente em agir com maior segurança em relação ao uso dos medicamentos. Portanto, para definir uma estratégia de implantação é necessário conhecer o universo destas pessoas e obter informações suficientes sobre elas, para definir o melhor método de Atenção Farmacêutica.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi conhecer as necessidades dos deficientes visuais em relação aos cuidados com a saúde e o tratamento medicamentoso e definir estratégias para implantação da Atenção Farmacêutica.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado na Associação Aliança dos cegos no bairro de São Francisco Xavier na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. A Associação é reconhecida como Instituição de utilidade pública pelo Governo Federal – Decreto 4.807 de 24 de outubro de 1939 e atende 68 deficientes visuais do sexo masculino, sendo 30 deles em regime interno. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2007 por meio da observação participante e entrevistas, preservando a privacidade dos entrevistados após o consentimento dos mesmos.

O universo da pesquisa foi constituído de 30 pessoas com deficiência visual com idade entre 18 a 89 anos. Parte delas residente no local, outras passavam o dia e retornavam para suas residências. A escolha dos entrevistados foi aleatória, determinada pela presença dos mesmos nos dias das entrevistas. A metodologia utilizada apresenta a modalidade qualitativa, pois buscou-se maior compreensão do tema.

A coleta de dados foi feita por meio de um formulário com questões fechadas e abertas, organizado em duas partes. Na primeira parte, a pesquisadora coletou dados para a identificação dos sujeitos. A segunda parte foi composta por questões que visaram conhecer as percepções dos sujeitos a respeito do tema estudado. As entrevistas foram gravadas.

Considerando que os dados coletados foram do tipo qualitativo, gerado a partir do registro detalhado, no preenchimento do formulário, os dados foram organizados por categorias para facilitar a interpretação dos resultados.

Para a efetivação das análises foram realizados, primeiramente momentos de leitura livre para um conhecimento geral do resultado e posteriormente buscou-se identificar os temas mais significativos e recorrentes. A partir dessa identificação, procurou-se organizar os dados em categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das entrevistas foram obtidos através de curtas transcrições das respostas e agrupados em gráficos e tabelas para melhor compreensão.

Características dos entrevistados

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, dos trinta entrevistados 80 % encontravam-se acima dos 41 anos.

| Idade (anos) | Nº de entrevistados | Porcentagem (%) |
|--------------|---------------------|-----------------|
| <20 | 1 | 3,33 |
| 21 – 30 | 1 | 3,33 |
| 31 – 40 | 4 | 13,33 |
| 41 – 50 | 6 | 20,00 |
| 51 – 60 | 8 | 26,67 |
| > 60 | 10 | 33,33 |
| Total: | 30 | 100,00 |

Tabela 1. Faixa etária dos entrevistados no ano da entrevista (2007).

Em relação à idade da perda da visão, conforme a Figura 1, a faixa etária mais populosa dos entrevistados (33%) estava entre um mês de vida até 10 anos de idade, seguida pela faixa de 40 a 50 anos de idade (20%).

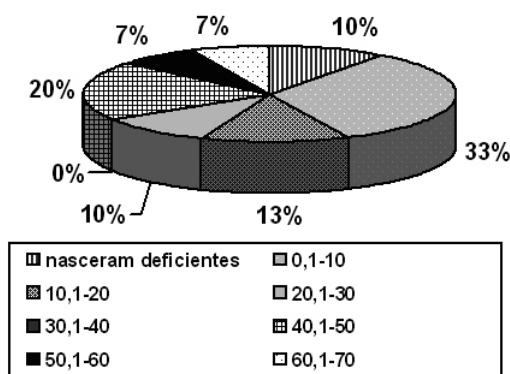


Figura 1. Faixa etária da perda da visão.

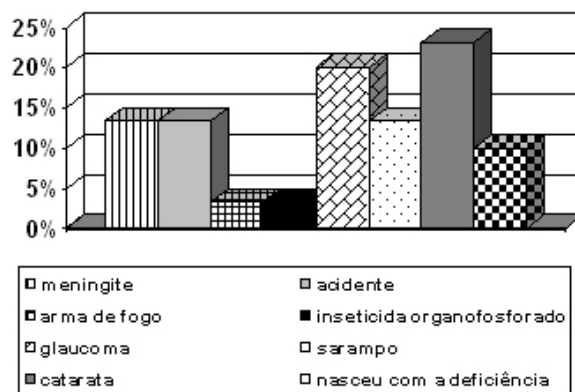


Figura 2. Causas da perda da visão.

A data de aparecimento e o tempo de cegueira são variáveis que intervêm sobre o comportamento destas pessoas, pois quanto mais tarde surge a cegueira maior a probabilidade de encontrar sentimentos de tristeza e desespero que provocam ansiedade e depressão crônicas.

A natureza da deficiência (Fig. 2) é relevante no tipo de ajustamento ao nível social e emocional efetuado pelos deficientes visuais. Os entrevistados com cegueira adquirida, súbita ou gradual, passam grande parte do tempo centrados sobre a sua perda.

Os entrevistados que perderam a visão gradualmente se mostraram mais adaptados à nova condição física, dentro de suas limitações, em relação aos que perderam a visão subitamente. São mais receptivos a novas informações e orientações, o que é essencial na Atenção Farmacêutica.

Ser cego é...

Ao ser indagados sobre o que significa ser cego, obteve-se as seguintes respostas: "É dificuldade do ser humano, porém suportável quando se tem o apoio da sociedade", "É ser maltratado por muita gente. O cego tem que se colocar no seu lugar". "É viver na escuridão pra sempre. Tanto faz se é dia ou noite. A vida acabou. É só ir levando". "Me sinto capaz com certas limitações como o vidente também". Dentre os entrevistados, 20,0% responderam que ser cego é um problema de adaptação, 23,4% que são dificuldades, 20,0% que é revoltante, 30,0% que é ser dependente, 3,3% que é ser maltratado e 3,3% que é ser limitado.

Ao orientar um paciente deficiente visual, o farmacêutico deve desenvolver a potencialidade inerente a cada pessoa, levando conhecimentos e técnicas, às vezes simples, mas eficazes no contexto do uso racional dos medicamentos.

É o incentivo à elevação da auto estima que faz com que certas limitações sejam superadas e o paciente perceba que sua deficiência não é incapacitante e tão pouco uma doença.

Visão própria e das pessoas videntes sobre a cegueira, segundo os entrevistados

“Muitos amigos se afastaram, me sentia como uma cruz, que eu atrapalhava, me sentia muito humilhado”, “Sou alegre, mas depende do lugar. Onde há maior número de cegos o convívio é melhor”, “Sou muito dependente”.

Sob o ponto de vista dos deficientes visuais entrevistados, a visão da sociedade em relação a eles é predominantemente preconceituosa (46,7%). Eles se sentem oprimidos pela sociedade que não os compreende, e com isso se fecham em si mesmos ou preferem o convívio só com outros deficientes. O farmacêutico, como cidadão e como profissional, deve estar consciente de sua responsabilidade em contribuir para a diminuição das desigualdades.

Motivo de estar na Associação Aliança dos Cegos

Ao ser indagados sobre o motivo de estar na Associação Aliança dos Cegos, obteve-se as seguintes respostas: *“Vim para estudar, mas não me adaptei ao braille e preferi trabalhar”* e *“Como eu não podia ficar só, minhas primas me trouxeram para cá. Aprendi a andar só com os outros companheiros daqui”.*

Somente duas opções foram mencionadas pelos entrevistados: local para morar (70 %) e local para trabalhar (30 %). Na Associação, os deficientes produzem vassouras, espanadores e outros objetos que são comercializados para auxiliar na manutenção da Instituição.

Família

Ao ser indagados sobre a família, obteve-se as seguintes respostas: *“Minha família não me aceita do jeito que estou. Eles se incomodam com a minha presença, poucas vezes ligam pra cá”, “Me discriminam totalmente. Não querem saber de mim. Sou sozinho”* e *“Todos se preocupam comigo. Me ligam a toda hora e não querem que eu fique aqui no Rio de Janeiro. Sou de outro estado. Mas eu me sinto melhor no meio dos meus colegas, pessoas iguais a mim”.* Dos entrevistados, 70% foram abandonados pela família; 10 % relataram que a família era indiferente à sua presença e 20% recebiam apoio dos familiares.

Dentro desse contexto, o farmacêutico, no

seu papel de educador de saúde, deve incluir na sua estratégia de Atenção Farmacêutica aos deficientes visuais, um programa de participação da família, onde seja possível a compreensão da deficiência e das enfermidades apresentadas por eles.

Dificuldades para chegar ao consultório médico e frequência das consultas médicas

De acordo com 100% dos entrevistados, a maior dificuldade para chegar ao médico é a locomoção. Com relação à frequência que consultam o médico, 63,3% responderam que a última vez que foram a uma consulta médica havia mais de dez anos; 13,3% responderam que havia mais de sete anos e outros 13,3% responderam que compareciam periodicamente, de seis em seis meses no consultório médico. Um entrevistado (3,3%) respondeu que a última vez que esteve no consultório médico havia seis meses, mas porque passou mal e que era difícil procurar um médico. Os outros dois entrevistados (6,6%) responderam que havia 10 meses e quatro anos respectivamente que procuraram um médico (Fig. 3).

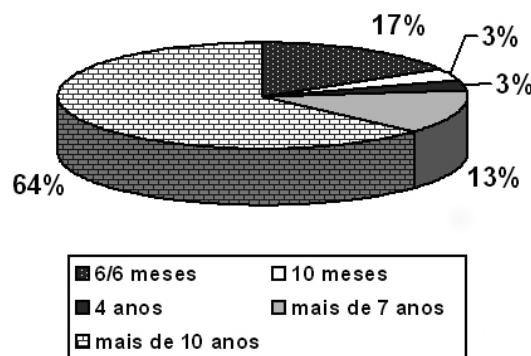


Figura 3. Frequência que consultam o médico.

A locomoção é uma das grandes dificuldades relatadas pelos deficientes visuais que necessitam de ajuda para transitar em lugares distantes, populosos e desconhecidos para eles. Seguem alguns dos depoimentos: *“A dificuldade para ir ao médico é que dependo de alguém para me colocar no ônibus, depois dependo de alguém para saltar do ônibus e por fim dependo de alguém para me fazer chegar na porta do médico”, “Tenho medo de andar só. Da última vez que fui ao médico, fui com um colega cego, caí e me machuquei na rua. Andar nessa cidade dá medo”* e *“Tenho que ir com uma pessoa. O hospital é grande e tem muitas pessoas lá dentro. É difícil para se locomover”.*

Outro fator observado em relação às respostas representadas na Figura 3 foi a negação de qualquer enfermidade ou mal estar por parte de alguns entrevistados: *“Tem sete anos que não procuro um médico, mas eu também não sinto nada”*, *“Tem muito tempo que não vou ao médico. É muito difícil eu sentir alguma coisa”*, e *“A frequência de ir no médico é pouca. É muito difícil. Eu vou em último caso somente”*.

O medo de uma dependência maior aliado ao medo do sofrimento pode justificar a atitude de negação da existência de alguma enfermidade por parte do entrevistado. Por outro lado, a depressão causada pela falta de apoio de familiares, por limitações físicas, dificuldade de elaborar novos projetos de vida, falta de atividades que preencham o tempo também podem ser a causa de tal atitude.

Aprendizado do Braille

A maioria dos entrevistados (63,3%) não conseguiu aprender o Sistema Braille. Apenas 10 % declararam ler e escrever bem, enquanto 26,6% aprenderam pouco. A leitura mediante ao tato é realizada letra a letra e não através do reconhecimento das palavras completas, como ocorre na leitura dos videntes. Por se tratar de uma tarefa lenta e que requer, a princípio, uma grande concentração, é difícil de ser aprendida por pessoas idosas.

Alguns fatores interferem no processo do aprendizado do Sistema Braille como o estímulo pessoal em aprender, o apoio das outras pessoas, a idade que se inicia o aprendizado, o grau de desenvolvimento ou desgaste do tato e a forma do aprendizado. A escrita é mais rápida e apresenta menos dificuldade do que a leitura. Seguem as opiniões dos deficientes: *“É muito difícil. Tentei, mas não consegui”*, *“Estudei pouco. Não gostei. A leitura e a escrita do braille é muito lenta. Tentei aprender com 28 anos”*, *“Sei bem. Apreendi desde pequeno”* e *“Eu tentei aprender, mas meus dedos já não sentiam os pontos. Desisti”*.

Este quadro reflete um problema grave quanto ao uso seguro de medicamentos pelos deficientes estudados, já que apesar das medidas que estão sendo adotadas pelos laboratórios farmacêuticos de adaptar as embalagens para impressão em Braille, a maioria dos deficientes não sabem ler em Braille.

Recebimento de informações sobre o mundo

O recebimento de informações sobre o mun-

do chegava a maior parte dos deficientes entrevistados (70%) pela televisão e pelo rádio. Somente quatro ouviam o rádio, pois não gostavam da televisão e cinco entrevistados já estavam com a audição comprometida. Segue o depoimento de um dos deficientes: *“Outro dia, eu ouvi no rádio a propaganda de um remédio que é muito bom pros ossos, pra dor de cabeça, pra dor no estômago, pra fraqueza e cansaço, melhora os intestinos e é bom pra memória. Era muito caro, mas eu comprei. Ta até acabando. Meus colegas compraram também. É muito bom. A senhora conhece?”*

A automedicação neste grupo é originada pelas propagandas de rádio e televisão. A propaganda causa grande motivação para o uso irracional e prejudicial de medicamentos. A dificuldade e o custo de conseguir uma opinião médica, o desespero e a angústia desencadeados por sintomas ou pela possibilidade de se adquirir uma doença, informações sobre medicamentos obtidos pelo rádio e televisão e a falta de programas educativos sobre os efeitos muitas vezes irreparáveis da automedicação são alguns dos motivos que podem levar as pessoas a se automedicarem.

Descrição da consulta e orientação médica sobre a enfermidade e os medicamentos prescritos

“Só perguntam - O que o senhor ta sentindo? - e não fazem exame e prescreve o remédio”, *“O médico diz que a diabete é assim mesmo. Não dá nenhuma orientação. Não explica o açúcar no sangue que foi a 492”*, e *“O médico explica tudo, porque pergunto tudo também”*.

O grau de informação que o paciente possui sobre seu problema de saúde indica a preocupação do profissional em torná-lo atuante no seu tratamento. Segundo 50% dos entrevistados, o médico perguntava o que sentia, não examinava e já prescrevia o medicamento; 23,3% afirmaram que o médico atendia com pressa; e 20 % que o médico perguntava os sintomas, examinava e prescrevia.

No Brasil, as consultas são cada vez mais rápidas e desumanizadas, já que os médicos do serviço público são obrigados a atender dezenas de pessoas por dia, devido ao elevado contingente populacional carente de nosso país. É preciso ouvir mais o paciente, dar importância para as suas queixas e estar preparado para identificar os distúrbios.

Realização de exames

“Nem me lembro mais quando foi a última

vez que fiz exames”, “Em 1999 foi a última vez que fiz exames. Tava tudo bem” e “Tem uns quatro anos, mais ou menos. Mas tá tudo bem. Eu não tô sentindo nada”. De acordo com os entrevistados, apenas 26,7% realizaram exames recentes; 30% fizeram os exames entre quatro a cinco anos atrás; e outros 30% fizeram os exames de sete a dez anos atrás. Em relação ao conhecimento dos resultados, 63,3% declararam não conhecer os resultados dos exames, enquanto 36,7% conhecem os resultados.

No grupo estudado, onde a prevalência de idade está acima de 50 anos, e os exames laboratoriais datam de mais de quatro anos para a maioria dos entrevistados, o diagnóstico das condições de saúde no momento e de prováveis enfermidades existentes são necessárias para o acompanhamento terapêutico medicamentoso. Avaliar e registrar os exames laboratoriais bem como registrar a ocorrência de problemas relacionados aos medicamentos são atividades do farmacêutico na prática da Atenção Farmacêutica. Os exames em alguns casos são essenciais para a avaliação da efetividade do tratamento no seguimento farmacoterapêutico.

Enfermidades atuais

Os três problemas de saúde mais relatados pela população estudada foram diabetes (86,7%), hipercolesteremia (90%) e hipertensão arterial (93,3%), seguidos de escabiose (46,7%), alergia (43,3 %), depressão (40 %) e obesidade (30%). Ainda foram mencionados problemas de memória (23,3 %), asma (6,7%), hipotireoidismo (3,3 %), sinusite (3,3%), esquizofrenia (3,3%) e erisipela (3,3%).

A falta de conhecimento sobre a enfermidade atual foi declarada por 50 % dos entrevistados, enquanto 33,3% afirmaram conhecer sobre sua enfermidade, e 16,7% responderam que não apresentavam doenças. A maioria dos pacientes (50%) sabe muito pouco sobre a enfermidade e como combatê-la, o que compromete a efetividade do tratamento, levando a não adesão terapêutica.

A educação do paciente faz parte do tratamento e o farmacêutico é o profissional de saúde que deve assumir o maior grau de responsabilidade em minimizar a não adesão, proporcionando acesso facilitado à informação através do estabelecimento de uma relação farmacêutico – paciente, com a garantia ao direito do paciente em conhecer sua enfermidade e os riscos e benefícios do tratamento.

Compra de medicamentos

De acordo com os entrevistados, 73,3% compravam seu próprio medicamento, enquanto 20% solicitavam a um voluntário para comprar e 6,67% pediam a um parente. Entre os entrevistados que compravam seu próprio medicamento, 86,4% pediam por telefone; e 13,6% compravam no balcão da farmácia, como revelado nos seguintes depoimentos: E: “*Eu mesmo compro o medicamento por telefone e peço para entregar aqui. Peço alguém para ler a receita. Não tenho certeza se o balconista mandou o remédio certo ou errado*”, “*Eu mesmo compro. Levo a receita na farmácia*” e “*Eu tenho colesterol alto, mas já baixou. Quando eu sinto que ele aumentou eu compro o medicamento que já sei qual é*”.

Relato de problemas derivados do uso de medicamentos

Conforme os entrevistados, 90% não tinham problemas com medicamentos; 3,3% reclamaram de impotência e não recordavam o nome do medicamento que a causou; 3,3% apresentaram alergia com tetraciclina; e 3,3% reclamaram de cefaléia com o uso de um composto vitamínico.

Percepção da hora de usar o medicamento

“*Ouço a sineta da Associação e a Hora do Brasil, sei que tá na hora de usar o colírio*” e “*Tomo todos juntos no mesmo horário. Sempre com as refeições*”. Dos entrevistados, 53,3% tomavam seus medicamentos durante as refeições; outros 23,3% tinham o relógio sonoro que avisava a hora; 16,7% só tomavam o medicamento na crise da enfermidade, não estavam em terapia medicamentosa de uso contínuo.

O interesse, a participação e a responsabilidade do paciente são essenciais para o sucesso da terapia medicamentosa, onde a atenção farmacêutica assume um compromisso maior de conscientização sobre o medicamento certo, na dose certa, à hora da administração certa e administrados corretamente, pois de forma equivocada, podem ter a efetividade e segurança reduzidos.

Dificuldades no uso dos medicamentos

A forma farmacêutica que apresentou maior dificuldade de uso entre os deficientes entrevistados foram as soluções orais em gotas com 53,3% dos relatos; outros 20% declararam dificuldades com o uso de colírios; enquanto 26,7% não tinham dificuldades em usar algum medica-

mento. “Quando não tem alguém para ajudar com o remédio em gotas, eu meço no copinho e viro na boca uma quantidade que acho suficiente. Eu sei que não é certo”, “Prá colocar uma gota de colírio em cada olho, as vezes eu erro e coloco a mais. A vista fica doendo, mas não tem outro jeito” e “Prá tomar um remédio a gente se vira por conta própria”.

Situações em que deixam de utilizar o medicamento

Conforme os deficientes entrevistados, 50% paravam de usar o medicamento porque já se sentiam melhor; 23,3% paravam de usar porque o medicamento acabava; outros 6,7% porque estava fazendo mal; e apenas 20% seguiam a prescrição médica: “Não tomo muito remédio para não viciar”, “Não gosto de remédios. É errado encher o organismo com remédios. É melhor curar pela alimentação” e “Paro de tomar o remédio da pressão por relaxamento e, as vezes, por esquecimento e outras porque me sinto melhor”.

Sugestões dos entrevistados para o uso seguro de medicamentos

De acordo com a opinião de 50 % dos entrevistados, as embalagens diferentes facilitariam o reconhecimento do medicamento com maior segurança (Fig. 4); enquanto para 36,6 % o tamanho e o formato da cartela garantiria mais confiança; apenas 6,67% mencionaram que o braille deveria ser mais legível nas caixas; e outros 6,67% indicaram a bula em áudio (Fig. 4). Abaixo seguem alguns dos depoimentos: “Para não confundir os remédios é melhor o braille na caixa. Formato de caixas diferentes confunde muito”, “O Braille das caixas não é muito bom para ler o que está escrito ali. Conhecemos os medicamentos pelo tamanho e formato da cartela. Faço furos nas caixas e amarro barbantes e coloco em

lugares diferentes” e “Colocar o Braille bem legível nas caixas. Tem que ser maior”.

Sugestões para a melhoria do atendimento à saúde

Atendimento domiciliar foi a sugestão predominante para melhoria do atendimento à saúde mais relatada entre os entrevistados (83,3 %). Cuidar da saúde dos deficientes no local onde residem, humaniza o tratamento, incentiva a adesão e facilita a educação para a mudança de atitudes em relação à saúde.

CONCLUSÃO

A Atenção farmacêutica que consiste na relação pessoal entre o farmacêutico e o usuário, é pautada pela garantia do uso racional de medicamentos. A promoção do uso racional de medicamentos passa por um processo educativo dos usuários.

O grupo entrevistado encontra-se completamente carente de qualquer tipo de atenção à saúde e como co-responsável pelo bem-estar dos pacientes, o farmacêutico deve colocar em prática ações que beneficiem os deficientes visuais.

O farmacêutico deve orientar o seu trabalho para as verdadeiras necessidades dos cegos, através da compreensão e da ajuda nas situações em que o uso da visão é solicitado. Ter uma conduta de superproteção é não acreditar na capacidade do deficiente de execução de tarefas e, em consequência, é negar-lhe o direito de inclusão e reabilitação.

As necessidades, anseios e prioridades deste grupo relatados neste estudo, determinam que certas estratégias devem ser adotadas antes de se implantar a Atenção Farmacêutica propriamente dita (Acompanhamento do tratamento farmacológico): a) Comunicação geradora de confiança, através de trocas de experiências e desenvolvimento do lado humano representado pelo verdadeiro interesse pela pessoa, respeitando a diversidade humana; b) Saber conduzir as manifestações psicológicas e comportamentais de medo, desespero, pânico, agressividade e outras que possam estar associadas ao fenômeno da cegueira; c) Desenvolver o aconselhamento, programas educativos e motivacionais de saúde para os cegos e sua família, para o desenvolvimento do conceito de que restabelecimento da saúde não se restringe à prática terapêutica medicamentosa, mas constitui um conjunto de outros fatores que devem ser observados; d) Atuar em uma equipe multidisciplinar

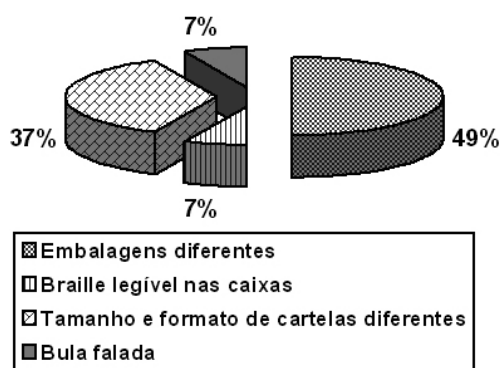


Figura 4. Sugestões para o uso seguro de medicamentos.

formada por um grupo de especialistas, que possam participar de um trabalho de reabilitação, educação e promoção da saúde de pessoas com deficiências visuais; e) Desenvolver a atuação domiciliar; f) Desenvolver atividades diárias, variadas e divertidas, envolvendo o social e o emocional, desenvolvendo as potencialidades inerentes a cada deficiente visual, bem como sua auto-estima; g) Desenvolver materiais educativos em áudio; h) Utilizar a manipulação de medicamentos (medicamentos magistrais) como ferramenta para facilitar a adesão: associando diversos princípios ativos em um único medicamento, envasando os medicamentos em embalagens diferentes, produzindo novas formas farmacêuticas para diferenciar um medicamento do outro.

O cuidado dispensado aos deficientes estudados deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos e os conhecimentos a respeito de sua doença e dos tratamentos clínicos, pois as necessidades emocionais e sociais deste grupo devem ser consideradas, além de abranger a utilização de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento.

REFERÊNCIAS

1. Millico, L.A. (2004) *Olhos de ver, o desafio da cegueira*. 1. ed. Bragança Paulista: Lachâtre, cap. 1.
2. Mansine, E.F.S. (1993) Conversa sobre deficiente visual. *Revista Con-Tato*, São Paulo, n. 3, p. 24.
3. WHO. World Health Organization (1993). *Young people's health-a challenge for society: report of a WHO study group on young people and Health for all by the year 2000*. Geneva: WHO.
4. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar. <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/pop-censo2000pdf>>.
5. Smeltzer, S.C. & B.G. Bare(1998) *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
6. Machado, W.C.A. (2001) *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiania, v. 3, n. 1. <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.
7. Faus, M.J. & F. Martínez (1999) La Atención Farmacêutica em Farmácia Comunitária: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm. Care*, España, v. 1; n. 1, enero/feb.1999. <<http://www.pharmaceutical-care.org/revista.htm>>.
8. WHOQOL. World Health Organization Quality of Life (1999). *Quality of life assessment: an annotated bibliography – WHOQOL*. Geneva, Oct. 1999. <<http://depts.washington.edu/yqol/docs/WHOQOL-bibliography.pdf>>.
9. Haq, I., F. Zainulabdin, A. Naqvi, A.H. Rizvi & S.H.Ahmed (1991) *J. Pak. Med. Ass.* **41**: 99-100.
10. Diniz, D. P. & Schor, N. (2006) *Qualidade de vida*. 1 ed. Barueri: Manole, 221 p.
11. IBGE, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: FIBGE. Departamento de População e indicadores Sociais, 2002.
12. Oliva, F.P. (2000) *Comissão de braille*. Do braille à braillogia. Necessidade de formação brailológica. Lisboa. <http://www.lerparaver.com/braille_braillogia.html/>.
13. Jácome, A. J. (1999) Dispositivos para mejorar el cumplimiento en atención farmacêutica. *Boletín de Atención Farmacêutica Comunitaria*, España, v. 3, n. 6. <<http://ugr.es/~atencfar/boletin.htm>>.
14. Hepler, C. D. (2000) Observations on the conference: a pharmacist's perspective. *Am J Health Syst Pharm*, Bethesda M.D., v. 57, n. 23. <http://www.medscape.com/viewpublication/74_index>.
15. 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. <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.
16. Hepler, C.D. & Strand, L. (1990) Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Health Syst Pharm*, Bethesda M.D., v. 47; n. 3. <<http://www.ajhp.org/content/vol47/issue3/index.dtl>>.