

# Educação em saúde à pessoa com deficiência visual – experiência de acadêmicos apoiada nas classificações de enfermagem

## Health education for the visually impaired – academic experience supported by nursing classifications

## Educación en salud para deficientes visuales – experiencia académica sustentada en clasificaciones de enfermeira

Ligia Lucia Weber dos Santos<sup>1</sup>, Iel Marciano de Moraes Filho<sup>2</sup>, Ricardo Costa da Silva<sup>3</sup>, Raiara Caetano<sup>4</sup>, Taynara Maria Estevam da Silva<sup>5</sup>, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha<sup>6</sup>

**Como citar:** Santos LLW, Moraes Filho IM, Silva RC, Caetano R, Silva TME, Carvalho Filha FSS. Educação em saúde à pessoa com deficiência visual – experiência de acadêmicos apoiada nas classificações de enfermagem. 2022; 11(3): 417-34. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p417a434>

# REVISA

1. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-4184-4205>

2. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

3. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-1355-5262>

4. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0297-9895>

5. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7340-3757>

6. Universidade Estadual do Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>

Recebido: 22/04/2022  
Aprovado: 13/06/2022

### RESUMO

**Objetivo:** apresentar relato de experiência do uso da intervenção de enfermagem na Educação em Saúde à pessoa com deficiência visual que apresenta autogestão ineficaz da saúde. **Método:** estudo descritivo-reflexivo, a partir do relato de experiência desenvolvido em ambulatório especializado no atendimento a doenças crônicas de uma cidade na região central do Brasil. Os dados foram obtidos por meio da Consulta de Enfermagem, conduzida pelos alunos de enfermagem e submetidas à análise pelo método de raciocínio clínico diagnóstico Outcome-Present State Test, integrando Diagnóstico, Resultado e Intervenções de Enfermagem baseados no Processo de Enfermagem e no uso das Taxonomias (NANDA, NIC, NOC) a um homem, de 56 anos, com deficiência visual por etiologia traumática, portador de Hipertensão Arterial (HA) e com níveis de glicose no sangue aumentados. **Resultados:** o relato dividiu-se em três vertentes para melhor compreensão: o cenário, a experiência, o detalhamento do caso e a intervenção. **Conclusão:** foi possível compreender os aspectos legais acerca dos direitos da pessoa com deficiência visual, no que tange a disponibilização de materiais em formatos adequados para o entendimento integral do conteúdo, e fomentar o raciocínio clínico de estudantes de enfermagem para intervenções custo-efetivas, através de tecnologias leves, que podem ser aplicadas em contextos similares.

**Descritores:** Pessoas com Deficiência; Letramento em Saúde; Cegueira; Diagnósticos de Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to present an experience report on the use of nursing intervention in Health Education for visually impaired people who present ineffective health self-management. **Method:** a descriptive-reflective study, based on the experience report developed in an outpatient clinic specialized in the care of chronic diseases in a city in the central region of Brazil. Data were obtained through the Nursing Consultation, conducted by nursing students and submitted to analysis using the Outcome-Present State Test diagnostic clinical reasoning method, integrating Nursing Diagnosis, Outcome and Interventions based on the Nursing Process and the use of Taxonomies (NANDA, NIC, NOC) to a 56-year-old man with visual impairment due to traumatic etiology, with Arterial Hypertension (AH) and increased blood glucose levels. **Results:** the report was divided into three aspects for better understanding: the scenario, the experience, the details of the case and the intervention. **Conclusion:** it was possible to understand the legal aspects about the rights of the visually impaired person, regarding the availability of materials in suitable formats for the full understanding of the content, and to foster the clinical reasoning of nursing students for cost-effective interventions, through of lightweight technologies, which can be applied in similar contexts.

**Descriptors:** Disabled Persons; Health Literacy; Blindness; Nursing Diagnosis.

### RESUMEN

**Objetivo:** presentar un relato de experiencia sobre el uso de la intervención de enfermería en Educación en Salud para personas con discapacidad visual que presentan autogestión de salud ineficaz. **Método:** estudio descriptivo-reflexivo, basado en el relato de experiencia desarrollado en un ambulatorio especializado en la atención de enfermedades crónicas en una ciudad de la región central de Brasil. Los datos fueron obtenidos a través de la Consulta de Enfermería, realizada por estudiantes de enfermería y sometidos a análisis utilizando el método de razonamiento clínico diagnóstico Outcome-Present State Test, integrando Diagnósticos, Resultados e Intervenciones de Enfermería con base en el Proceso de Enfermería y el uso de Taxonomías (NANDA, NIC, NOC) a un varón de 56 años con discapacidad visual de etiología traumática, con Hipertensión Arterial (HA) y niveles elevados de glucosa en sangre. **Resultados:** el informe se dividió en tres aspectos para una mejor comprensión: el escenario, la experiencia, los detalles del caso y la intervención. **Conclusión:** fue posible comprender los aspectos legales sobre los derechos de la persona con discapacidad visual, en cuanto a la disponibilidad de materiales en formatos adecuados para la comprensión integral del contenido, y fomentar el razonamiento clínico de los estudiantes de enfermería para intervenciones costo-efectivas, a través de tecnologías ligeras, que se pueden aplicar en contextos similares.

**Descriptorios:** Personas con Discapacidad; Alfabetización en Salud; Ceguera; Diagnóstico de Enfermería.

## Introdução

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)<sup>1</sup> define acessibilidade, por meio da Norma Brasileira (NBR) 9050, como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaços, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos. Além disso, esta norma define o termo acessível como espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida. Logo, o termo acessível implica tanto acessibilidade física como de comunicação. Dessas definições, quatro elementos principais podem ser abstraídos relacionados às condições de: 1) edificações; 2) transporte; 3) equipamentos e mobiliários; e 4) sistemas de comunicações.<sup>2</sup>

Assim, neste espectro, a comunicação se apresenta como um processo de interação social através de símbolos e sistemas de mensagens, atividade inerente à natureza humana que implica a interação e a posição comum de mensagens com significados para influir, de alguma maneira, no comportamento de outros e na organização e desenvolvimento dos sistemas sociais. Considera-se, pois, a comunicação como um processo humano de interação de linguagens, é um fato sociocultural.<sup>3</sup> Não obstante, uma comunicação efetiva é um fator relevante no apoio a pessoas que vivem com algum tipo de deficiência.

Ademais, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem cerca de 45,6 milhões de brasileiros com algum tipo de deficiência, representando quase  $\frac{1}{4}$  da população do Brasil. Dentre estes, 23,9% apresentam deficiência visual, representando a maior prevalência na população, com aproximadamente 35,7 milhões de pessoas.<sup>4</sup>

A propósito, a Constituição Federal Brasileira explicita, em seu artigo nº 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.<sup>5</sup>

Logo, a intransitabilidade, acentuada nos cegos, ocasiona dificuldades relacionadas à exposição de suas necessidades em decorrência da falta de acessibilidade, mobilidade e comunicação. De modo geral, a maior parte deles vive em lares e cidades sem condições para acolhê-los. Essas pessoas sofrem as consequências da indiferença das entidades governamentais e da sociedade. Tais entidades não se esforçam para apoiá-las ou para eliminar as barreiras físicas e de atitudes que impedem sua integração.<sup>6</sup>

Outrossim, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a pluralidade e contribuam para o avanço na igualdade, bem como a equidade no acesso à informação e desenvolvam atividades de educação em saúde que contemplem a todas as pessoas. Neste contexto, a deficiência da pessoa visual, por exemplo, não pode ser um obstáculo para o acolhimento e o acesso integral à saúde<sup>7</sup>, cabendo aos trabalhadores desenvolverem habilidades e métodos para realizar o atendimento de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade, buscando compreender a pessoa assistida de forma holística e atentando para as suas necessidades individuais e não apenas preocupando-se em prestar um serviço.<sup>8</sup>

Para tanto, os processos de aprendizado e ensino devem ser adequados e dinâmicos, muitas vezes exigindo métodos inovadores. As tecnologias educacionais são ferramentas úteis e importantes a serem utilizadas no ensino que cerceiam o trabalho de profissionais de diversas áreas, como os enfermeiros.

Dessa forma, a construção de tecnologias educacionais, para um aprendizado dinâmico e ativo, é de fundamental importância para responder às atuais demandas da enfermagem. Por isso, os enfermeiros podem criar e aplicar tecnologias em sua prática profissional, pois estas são uma forma de comunicação efetiva, que trazem engajamento e adesão.<sup>9</sup>

Não obstante, na área de atenção à saúde, é primordial partir do princípio de que pacientes são leigos no assunto, sendo assim, a comunicação deve ser feita de forma simples, precisa e objetiva, considerando as condições de vida, escolaridade e o seu letramento em saúde. O *United States Department of Health and Human Services* (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, em tradução livre) define o letramento em saúde como o grau de habilidade que cada indivíduo tem para encontrar, compreender e utilizar informações e serviços para tomada de decisão e desenvolvimento de ações para a própria saúde e de outros.<sup>10-11</sup>

Nessa perspectiva, quando o letramento em saúde é insuficiente, as taxas de hospitalização e efeitos adversos de terapias e medicamentos aumentam, assim como a prevalência de doenças crônicas e a menor adesão ao tratamento indicado. Dessarte, a promoção à saúde e prevenção de agravos estão diretamente relacionados ao letramento em saúde, isto é, à capacidade de adquirir e fazer uso das informações em favor de si e de seu bem-estar.<sup>12</sup>

Desta forma, o objetivo deste artigo foi apresentar um relato de experiência do uso da intervenção de enfermagem Educação em Saúde à pessoa com deficiência visual que apresenta autogestão ineficaz da saúde.

## Método

Estudo descritivo-reflexivo, a partir do relato de experiência, desenvolvido em um ambulatório especializado no atendimento a doenças crônicas em uma cidade na região central do Brasil. A motivação se deu a partir da inserção da temática "Letramento em Saúde" nos encontros teórico-práticos da disciplina de Estágio Supervisionado I de alunos da graduação em Enfermagem, durante os meses de abril a junho de 2022, com o objetivo de refletir e consolidar as vivências do período formativo do alunato.

O sujeito do estudo é um homem, de 56 anos, com deficiência visual por etiologia traumática, portador de Hipertensão Arterial (HA) e com níveis de glicose no sangue aumentados, com evidências clínicas de enfermagem de Autogestão Ineficaz da Saúde devido, primariamente, ao Letramento em Saúde Inadequado. Os dados foram obtidos a partir da Consulta de Enfermagem conduzida pelos alunos de enfermagem e submetidas à análise pelo método de raciocínio clínico diagnóstico OPT (Outcome-Present State-Test)<sup>13</sup>, integrando Diagnóstico, Resultado e Intervenções de Enfermagem, baseado no Processo de Enfermagem (PE)<sup>14</sup> e no uso das Taxonomias: Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I)<sup>15</sup>, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>16</sup> e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).<sup>17</sup>

O presente relato de experiência respeitou todas as determinações contidas nas resoluções N°466/2012 e N°510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 07551112.7.2.7.0000.5554 e parecer n° 153.158.<sup>18-19</sup>

## Resultados e Discussão

O relato foi organizado de forma descritiva e em momentos consecutivos para melhor compreensão do cenário, sendo estes: o cenário, a experiência, o detalhamento do caso, embasamento teórico e a intervenção.

### O cenário

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que fora cenário do atendimento desenvolve acompanhamento a pacientes que convivem com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), sendo a assistência multiprofissional desenvolvida por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, que compreendem a educação em saúde como uma das metas prioritárias para a assistência integral. Entretanto, quando se trata da assistência a pacientes com deficiências, como a visual, existe um aumento na complexidade e personalização para a implementação de medidas de orientação e ensino em saúde.

Dessa forma, diante da chegada de usuários com tais demandas, houve acréscimo nas dificuldades por parte dos profissionais de saúde em desenvolver as intervenções necessárias. Não obstante, cerca de 22,3% da população da região administrativa manifesta alguma dificuldade ou grande dificuldade para enxergar.<sup>20</sup>

As pessoas assistidas pela UBS, localizada em uma região administrativa periférica de uma grande cidade na região central do Brasil, apresentam condições precárias de emprego e renda, autodeclaram-se como pretos ou pardos, em geral possuem baixa escolaridade e são, na maioria, mulheres, segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios.<sup>20</sup> Tais condições sociodemográficas podem reforçar limitações na autogestão de condições crônicas, tornando os residentes da área como potenciais populações em risco.<sup>15</sup>

Paralelamente, a não adesão ao regime de tratamento também pode ser observada como consequência da autogestão ineficaz da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>21</sup>, a não adesão ao tratamento em longo prazo é em torno de 50% para a população geral. Os fatores relacionados a não adesão estão ligados às características individuais do paciente (esquecimento, crenças, conhecimentos e habilidades inadequadas na gestão dos sintomas e tratamento da doença), à doença em si (se assintomática ou não), aos medicamentos utilizados (polifarmácia, ocorrência de eventos adversos), à interação paciente-serviço de saúde, dentre outros.<sup>22</sup>

Com relação ao último fator, as dificuldades de acolhimento, acessibilidade e de comunicação vivenciadas nos serviços de saúde entre pessoas com deficiência visual e profissionais, potencialmente podem se transformar em um distúrbio atitudinal, da maneira em que o paciente é visto e tratado, acarretando em falta de interesse e segurança em relação ao atendimento e, conseqüentemente, isolamento ou distanciamento das interações sociais.<sup>23</sup>

## **A experiência**

Enfermeiros ocupam papel de destaque no cuidado a pessoas com condições crônicas em diferentes níveis da atenção à saúde, e para tal, aplicam um método de trabalho específico da profissão que suporta os fundamentos teóricos e os saberes científicos da prática da enfermagem (PE). Nesse sentido, para suporte ético-legal da prática, a resolução nº358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE, a qual dita que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.<sup>24</sup>

O PE possibilita a tomada de decisão com base em dados clínicos orientados a partir de referências teóricas da enfermagem, estruturando o método de pensar e fazer da profissão, além de permitir a implementação de intervenções de enfermagem custo-efetivas, a avaliação de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem e a ocorrência de desfechos positivos a partir da resolução de respostas humanas indesejáveis<sup>24</sup>. Nesse sentido, o PE estrutura-se em cinco etapas sequenciais, interrelacionadas e recorrentes:

1. Histórico de Enfermagem: tendo por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo de saúde e doença;
2. Diagnóstico de Enfermagem: definido como o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;
3. Planejamento de Enfermagem: momento em que ocorre a determinação dos resultados que se esperam alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas;
4. Implementação: momento em que ocorrem as ações ou intervenções determinadas na etapa anterior;
5. Avaliação de Enfermagem: momento em que ocorre a verificação de mudanças nas respostas para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações.<sup>24</sup>

Portanto, para efetiva resolução do caso clínico em questão, foram utilizados o suporte das classificações de enfermagem: NANDA Internacional (NANDA-I)<sup>15</sup>, NIC<sup>16</sup> e NOC<sup>17</sup>.

## **Detalhamento do caso**

O paciente D.S.A, 56 anos, sexo masculino, compareceu à UBS após sofrer desmaio em sua residência. Durante a coleta de dados, o paciente relatou fadiga, sudorese e tremores, além de cefaleia intensa, tontura, angina e algia na região cervical posterior. Relata ser portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) e ter a taxa de glicose aumentada (pré-diabético). Faz uso contínuo de losartana potássica com hidroclorotiazida 50 mg (1 comprimido pela manhã) e metformina

500 mg (1 comprimido à noite). Refere alimentação inadequada, com alto teor de carboidratos, sódio e lipídios, ingesta líquida adequada. Refere eliminações adequadas. Questionado, o paciente declara que tomou o fármaco na hora certa, pela manhã e à noite, mas que a embalagem estava fora da caixa, então não conseguiu ler o Braille com o nome, pois a faxineira mexeu em seus remédios (SIC).

Ao exame físico constatou-se que o paciente se apresentava consciente e orientado em tempo e espaço, com um leve quadro de confusão em relação ao regime terapêutico, comunicativo, e com a deambulação prejudicada, necessitando de auxílio por bengala. Mucosas hidratadas e coradas. Crânio e face sem anormalidades. Eupneico. Apresentava tórax plano, expansão torácica simétrica e preservada, pele com aparência pálida, fria e pegajosa ao toque, com sudorese. Som pulmonar claro, sem ruídos adventícios. Frequência Respiratória: 22 movimentos inspiratórios por minuto. Ausculta cardíaca apresentava bulhas rítmicas normofonéticas e Frequência Cardíaca de 105 batimentos por minuto. Membros superiores e inferiores sem evidências de lesão. Altura: 172 cm; peso: 86 kg; e Índice de Massa Corporal de 29.1 kg/m<sup>2</sup> - evidência de sobrepeso. Pressão Arterial de 155x110 mmHg. Glicemia capilar de 65 mg/dl. Temperatura axilar de 36,9°C.

A hipótese elencada no momento da consulta de enfermagem, baseada no relato do paciente e pelos dados obtidos, é que houve a ingesta dupla de metformina, sem a ingesta de losartana, causando sensação geral de mal-estar, com grande cansaço e dificuldade em respirar e elevação da pressão arterial. O Quadro 1 apresenta a indicação de uso dos medicamentos supracitados e o risco da superdosagem ao usuário no que tange ao regime terapêutico.

**Quadro 1 - Indicação de uso e riscos relacionados à superdosagem (Brasil, 2022)**

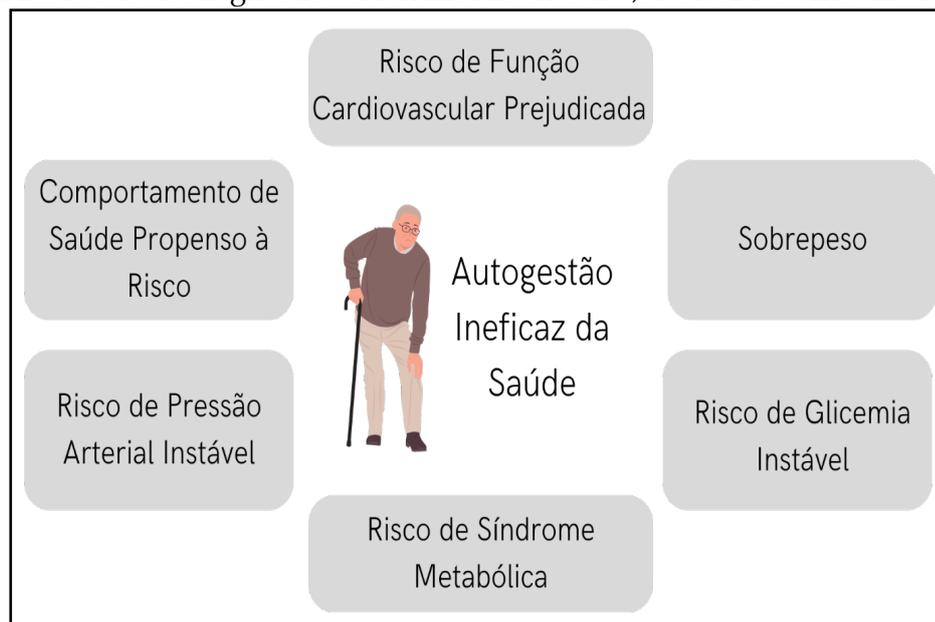
Nome do medicamento:	Losartana Potássica + Hidroclorotiazida
Indicação de uso:	<p>Em pacientes com pressão alta e espessamento das paredes do ventrículo esquerdo (hipertrofia do ventrículo esquerdo), a losartana, frequentemente em combinação com a hidroclorotiazida, reduz o risco de derrame (acidente vascular cerebral) e de ataque cardíaco (infarto do miocárdio) e ajuda os pacientes a viverem mais.</p> <p>A dose inicial recomendada é 500 mg, uma vez ao dia no café da manhã. Esta dose pode ser gradualmente aumentada, a critério médico, visando a manutenção dos níveis plasmáticos de glicose e/ou da HbA1C dentro do intervalo de normalidade. Recomenda-se controle regular da glicemia e também dos fatores de risco, para avaliar se o tratamento permanece sendo necessário.</p>
Superdosagem:	<p>A superdosagem de Losartana Potássica + Hidroclorotiazida pode levar à hipotensão, cujos sintomas são: baixo nível de energia, diminuição da força, fraqueza, tontura, desmaio, suor frio, sede excessiva, taquicardia, visão embaçada, pele fria, respiração ofegante e confusão mental.</p> <p>Taquicardia: falta de ar, tontura, fraqueza repentina, vibração no peito, atordoamento e desmaios.</p>

Nome do medicamento:	Cloridrato de Metformina
Indicação de uso:	<p>Como agente antidiabético, associado ao regime alimentar, para o tratamento de:</p> <p><i>Diabetes mellitus</i> tipo 2, não dependente de insulina (diabetes da maturidade, diabetes do obeso, diabetes em adultos de peso normal), isoladamente ou complementando a ação de outros antidiabéticos (como as sulfonilureias);</p> <p><i>Diabetes mellitus</i> tipo 1, dependente de insulina, como complemento da insulinoterapia em casos de diabetes instável ou insulino-resistente;</p> <p>Prevenção de <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 em pacientes com sobrepeso (IMC <math>\geq</math> 24 kg/m<sup>2</sup>; 22 kg/m<sup>2</sup> entre asiáticos) com pré-diabetes (IGT e/ou IFG e/ou HbA1c aumentada) e pelo menos um fator de risco adicional (tais como hipertensão arterial, idade acima de 40 anos, dislipidemia, histórico familiar de diabetes ou histórico de diabetes gestacional) para desenvolvimento de <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 evidente e nos quais a modificação intensiva no estilo de vida (dieta rigorosa e exercícios físicos regulares) isoladamente não proporcionou controle glicêmico adequado.</p>
Superdosagem:	<p>A superdosagem de cloridrato de metformina pode levar à acidose lática e conseqüentemente ao coma. Os sintomas são: vômitos, dor abdominal, câibras musculares, sensação geral de mal-estar, com grande cansaço e dificuldade em respirar.</p> <p>O cloridrato de metformina isoladamente não provoca hipoglicemia, entretanto, se tomar cloridrato de metformina juntamente com outros medicamentos para o tratamento da diabetes que possam causar hipoglicemia (tais como sulfonilureias, insulina, meglitinidas), existe risco de desenvolvimento de hipoglicemia. Sintomas: fraqueza, tonturas, sudorese, taquicardia, perturbações da visão ou dificuldades de concentração.</p>

Fonte: (EMS S/A; 2013<sup>25</sup>; EMS S/A; 2013<sup>26</sup>).

Após a leitura cuidadosa das bulas dos medicamentos, constatou-se que a sensação geral de mal-estar com grande cansaço e dificuldade em respirar e elevação da pressão arterial foi ocasionada devido à superdosagem do medicamento Cloridrato de Metformina e a não ingestão da Losartana Potássica + Hidroclorotiazida. Logo foi operacionalizado um plano de cuidados individualizado. Considerando as informações colhidas durante a anamnese e exame físico, diferentes diagnósticos de enfermagem da NANDA-I<sup>15</sup> poderiam ser elencados ao caso, conforme apresentado na Figura 1, seguindo o raciocínio clínico-diagnóstico proposto pelo modelo OPT<sup>13</sup>.

**Figura 1** - Possíveis diagnósticos identificados no caso, de acordo com o modelo OPT.



Portanto, considerando o diagnóstico de enfermagem Autogestão Ineficaz da Saúde<sup>15</sup> como o prioritário, uma vez que, ao resolvê-lo, todos os outros diagnósticos são resolvidos em sequência, estabeleceu-se o plano de cuidados em conjunto com as classificações de enfermagem NIC<sup>16</sup> e NOC<sup>17</sup>. Assim, o principal objetivo foi resolver o fator relacionado que predispõe em maior grau a ocorrência desse diagnóstico, sendo este o Letramento em Saúde Inadequado. Os detalhes do plano estão presentes no Quadro 2.

**Quadro 2-** Diagnóstico NANDA, NOC e NIC

Diagnóstico de Enfermagem - NANDA						
<b>AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE</b> Definição: "Manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica." <sup>15</sup>						
Resultados Esperados - NOC						
Comportamento de Alfabetização em Saúde						
Indicadores	1	2	3	4	5	Meta
Identifica necessidades pessoais de saúde		X				4 em 30 dias
Verbaliza entender informações verbais relevantes à saúde			X			5 em 14 dias
Verbaliza entender informações sobre medicamentos			X			5 em 14 dias
Verbaliza entender informações sobre o tratamento			X			5 em 14 dias
Reconhece as responsabilidades do paciente		X				5 em 7 dias
Compartilha dúvidas		X				4 em 7 dias
Compartilha preocupações		X				4 em 7 dias
Utiliza sistema de apoio pessoal					X	Manter

### Intervenção de Enfermagem - NIC

#### EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Atividades:

- Identificar fatores internos ou externos que possam melhorar ou reduzir a motivação para o comportamento saudável.
- Determinar o conhecimento atual sobre saúde e comportamento saudável do indivíduo, família ou grupos-alvos.
- Identificar características da população-alvo que afetem a seleção de estratégias educacionais.
- Identificar recursos (ex.: pessoal, espacial, equipamento, financeiro etc.) necessários para conduzir o programa.
- Enfatizar os benefícios positivos imediatos ou em curto prazo na saúde para serem recebidos por um comportamento de vida positivo, em vez dos benefícios em longo prazo ou efeitos negativos de não aceitação.
- Desenvolver material educacional escrito em um nível apropriado de leitura ao público-alvo.
- Envolver pessoas, famílias e grupos no planejamento e implementação no plano de vida ou modificação do comportamento de saúde.
- Usar estratégias variadas e pontos de intervenção no programa educacional
- Desenvolver e implementar estratégias para mensurar os resultados dos pacientes a intervalos regulares durante e após a realização do programa.

**Fonte:** (Diagnóstico NANDA<sup>15</sup>, NIC<sup>16</sup> e NOC<sup>17</sup>).

#### Embasamento Teórico

No Brasil, o Código de Defesa do Consumidor (CDC) (Lei nº 8.078/90) exige informações claras e adequadas em língua portuguesa sobre os diferentes produtos e serviços, com descrição das características, composição, qualidade, preço e riscos que apresentem<sup>27</sup>. Entretanto, conforme estudo prévio realizado, constatou-se que uma considerável parcela de pessoas com deficiência visual só recebe informações de forma oral ou com familiares e conhecidos<sup>28</sup>.

Concluiu-se que quando realizada a transcrição para o Braille, diretamente de uma bula impressa, mantendo toda a estruturação de títulos, linhas e advertências, estas acabam se mostrando como um grande empecilho para os pacientes com deficiência visual, uma vez que podem sofrer confusão na diferenciação de informações por se tratar de um texto corrido e com poucos recursos para distinguir as sessões da bula<sup>28</sup>.

Neste sentido, o Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 explicita, no artigo 58 § 1º, que "A partir de seis meses da edição deste Decreto, a indústria de medicamentos deve disponibilizar, mediante solicitação, exemplares das bulas dos medicamentos em meio magnético, Braille ou em fonte ampliada".<sup>29</sup>

Ademais, é importante destacar que, segundo as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), embalagens de medicamentos devem citar, utilizando o sistema Braille: o nome do medicamento comercial ou a sua denominação genérica, citando cada princípio ativo presente. Prevê também a bula em formato diferenciado, que seria fornecida à pessoa com deficiência visual, em configuração apropriada, para atender as suas necessidades. Pode ser disponibilizada em áudio ou em texto com arquivo passível de conversão para áudio, impressas em Braille ou com fonte ampliada<sup>30</sup>.

Diariamente, a pessoa com deficiência visual encontra barreiras, como a impossibilidade de encontrar o medicamento, de diferenciar as embalagens, além de acompanhar os horários para administração da medicação, influenciando no esquecimento de uma ou mais doses, além da dificuldade em manter a dose correta, principalmente tratando-se de fármacos em apresentação líquida<sup>31</sup>.

Não obstante, fármacos, sejam de venda livre ou restrita, podem ser ameaças, quanto a riscos de intoxicações, de reações adversas graves ou se utilizados de maneira equivocada. A dose do medicamento, o intervalo entre a mesma e a duração do tratamento devem ser observados criteriosamente, por isso administrar uma medicação errada ou da forma incorreta, devido a algum tipo de barreira que venha a ser imposta às pessoas com deficiência, por não saberem exatamente aquilo que estão comprando ou usando, pode representar um risco ainda mais elevado<sup>32</sup>.

Portanto, estas embalagens podem ser transformadas em recursos didático-pedagógicos acessíveis, favorecendo a acessibilidade pedagógica, digital e comunicacional, o que, por sua vez, aumenta a compreensão dos conceitos ao fazer com que a percepção tátil auxilie o processo de aprendizagem na ausência de visão<sup>33</sup>.

Assim, pessoas com deficiência visual estão sujeitas a um conjunto de fatores que acrescentam complexidade ao acesso a recursos da comunidade, a serviços de saúde e até à própria condição, potencializando a utilização dos serviços de saúde. Dessa maneira, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência determina estratégias e métodos para acolher de forma qualificada as pessoas com deficiência visual, adequando o espaço físico, o desenvolvimento e a capacitação de profissionais de saúde para praticar desde a atenção básica na Estratégia Saúde da Família até o nível terciário de atendimento<sup>34</sup>.

Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem por definição perfazer um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e Vigilância em Saúde. As ações são desenvolvidas utilizando-se de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, envolvendo uma equipe multiprofissional e dirigida a um território definido e a sua população, assumindo assim a responsabilidade sanitária<sup>35</sup>.

As principais estruturas físicas da APS são as Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde, as quais devem estar sempre situadas contíguas à comunidade, ocupando papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade. Quando engendradas corretamente, estes estabelecimentos de saúde contribuem para o desenvolvimento de processos de cuidado seguro e influenciam em seus resultados, trazendo melhoria da qualidade da prestação de serviço<sup>35</sup>.

Ademais, a PNAB, em sua portaria de criação, de N<sup>o</sup> 2.436, de 21 de setembro de 2017, assegura que, de acordo com as normas vigentes, há de se garantir infraestrutura adequada e em boas condições para o funcionamento das UBS, que devem ter espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade para pessoas com deficiência. Para tanto, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores que devem abranger todos os espaços, e estes devem estar adaptados para as pessoas com deficiência, respeitando as normativas vigentes<sup>35</sup>.

Todavia, a falta de elaboração, capacitação e estímulo por parte dos dirigentes, no intuito de prontificar os profissionais de saúde para acolher e prestar atendimentos adequadamente a essa população, pode causar falhas no que se refere ao desenvolvimento e às habilidades de comunicação com as pessoas com deficiência visual. Desse modo, a assistência dos serviços de saúde a esses pacientes tende a se desenvolver de forma fragmentada e pouco resolutiva, opondo-se, dessa forma, aos princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS<sup>36</sup>.

Neste sentido, é de fundamental importância utilizar o aporte da educação permanente em saúde para implementar reflexões no que tange às *práxis* diuturnas vivenciadas no aporte aos usuários. De tal forma, é de fundamental importância o desenvolvimento do letramento em saúde (LS) como ferramenta a enfatizar o uso destas informações, devendo ser operacionalizado para a tomada de decisões benéficas, eficientes e resolutivas, objetivando mitigar decisões consideradas apropriadas, mas que não se adequam ao paciente<sup>12</sup>.

Ainda, o LS é considerado um fator condicionante para o autocuidado, assim como para a efetividade da terapêutica aplicada, visto que, quando ocorre de forma indevida, transforma-se em um problema público de saúde, pois impacta negativamente no desfecho clínico dos pacientes e indivíduos de forma geral. Logo, faz-se necessário segmentar aqueles que necessitam de maior apoio institucional, promovendo um cuidado igualitário e evitando o uso inadequado de recursos e serviços, taxas altas de hospitalização, aumento na prevalência de doenças crônicas e menor adesão aos tratamentos<sup>12</sup>.

Nessa perspectiva, o LS adequado pode trazer mudanças positivas em todas as etapas do tratamento, pois melhora o prognóstico, evitando o uso de atendimentos de maior complexidade. Existem classificações acerca do LS que representam as habilidades do indivíduo de compreender as questões de saúde e exercer maior controle sobre elas, como: Funcional (capacidade de ler panfletos relacionados à saúde ou ler o rótulo de um medicamento); Interativo (ler e interpretar informações da internet sobre saúde e discutir com o profissional da saúde enquanto negociam um tratamento); Crítica (efetivo autocontrole, pede ajuda quando necessário e toma decisões informadas)<sup>37</sup>.

Esses conceitos evidenciam que o importante não é apenas saber se o indivíduo domina a leitura e a escrita, mas o que ele é capaz de fazer com essas habilidades, especificamente no âmbito da saúde, em especial no gerenciamento de DCNT'S (cada vez mais prevalentes como causa de morbimortalidade no Brasil). Observa-se, pois, que mesmo pessoas com bom nível instrucional podem apresentar dificuldades em compreender orientações sobre os cuidados com a saúde. As limitações quanto ao LS dificultam a promoção e a educação em saúde e devem ser foco da atenção de profissionais da área e gestores<sup>37</sup>.

Portanto, foram elencadas as principais dificuldades, as quais se referem ao autocuidado, principalmente no que tange à identificação dos medicamentos que compõem o tratamento diário, de forma que os profissionais de enfermagem possam contribuir para reduzir agravos relacionados ao mau uso da medicação e ao aumento na adesão ao tratamento proposto pela equipe médica e de enfermagem, na situação em questão, o paciente com deficiência visual.

Com base nas informações do caso, foi desenvolvida uma proposta para auxiliar na identificação dos medicamentos em uso pelo paciente, bem como para aqueles que o auxiliam no dia a dia, além do funcionário da farmácia, onde os

medicamentos são dispensados. Um protótipo foi desenvolvido, considerando as dificuldades apresentadas em relação ao seu tratamento.

## Intervenção

Utilizando-se dos conceitos descritos anteriormente, realizou-se o planejamento do protótipo de armazenamento dos medicamentos, que contou com a imagem, em tamanho ampliado, da caixa de medicamento e com o recurso tátil do sol e da lua, representando, respectivamente, manhã e noite, além do Braille, indicando o nome do medicamento e o horário em que deve ser consumido.

Posterior à estruturação dos dados, foi possível prosseguir com a confecção do protótipo, utilizando como base o Acetato de Vinila (EVA) de cor preta e um molde em formato de bolsa, que foi grampeado, fechando as laterais e parte inferior, criando dois bolsões, um frontal e um posterior. As imagens da lua e do sol foram recortadas, respectivamente em EVA azul e em EVA amarelo, e coladas na parte superior direita de cada bolsão, assim como um comprimido de cada medicação, visto que ambas têm formatos diferenciados, auxiliando no reconhecimento dos fármacos.

As imagens das embalagens de medicamento foram impressas em tamanho ampliado e coladas, respeitando a indicação de uso manhã/noite. A figura resultante da tradução para o Braille foi preenchida por meias esferas, possibilitando adicionar o relevo necessário para a leitura em Braille. Após a confecção, os remédios foram recortados de seus blister e dispostos em cada bolsão respectivo à indicação do medicamento, conforme a figura 2.

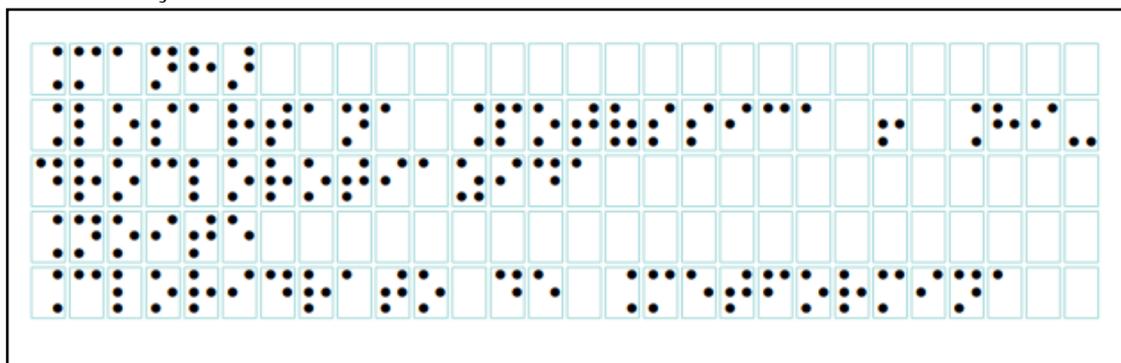
**Figura 2** – Protótipo confeccionado pelos alunos.



Prontamente, o método Braille é um sistema de escrita utilizado para que pessoas cegas ou com baixa visão possam ler. O sistema surgiu no século XIX, na França, e foi criado por Louis Braille. Anteriormente, utilizava-se o método de alfabetização que consistia em imprimir letras em alto-relevo, distinguíveis por meio do tato. Braille criou um modelo que se baseava nas letras do alfabeto e nos números, permitindo um total de 63 combinações em relevo. Esse modelo chegou ao Brasil em 1854 e até hoje é utilizado no país, embora tenha passado por atualizações para adaptá-lo à língua portuguesa<sup>38</sup>.

Neste rol, existem diversos sites, como o domínio aqui utilizado: “<https://www.atractor.pt/mat/matbr/matbraille.html>”<sup>39</sup>, que permitem que seja feita a “tradução” para o Braille. Neste caso, optou-se por imprimir o material (figura 3) e colar meia pérola de Acrilonitrila Butadieno Estireno (ABS) de 3mm, transformando o papel impresso em recurso tátil. A imagem que segue tem em sua translação as palavras: Manhã - Losartana Potássica + Hidroclorotiazida; Noite - Cloridrato de Metformina.

**Figura 3** - Tradução para Braille do nome dos fármacos e horário de administração



Fonte: [Atractor, 2022](#)

Com tais características, utilizando-se de pictograma, escrita em Braille, imagem com identidade visual e escrita em português, foi possível atingir todos os envolvidos no caso apresentado, assim, espera-se que não haja reincidência, diminuindo, conseqüentemente, o risco do uso indevido de medicação. Portanto, é imprescindível trabalhar de forma intersetorial para obtenção de um prognóstico positivo. À vista disso, devem-se compartilhar os achados com a equipe multiprofissional, de forma a traçar um atendimento integral, holístico, humanizado e efetivo aos pacientes, a seus familiares e ao grupo de apoio<sup>40</sup>

## Conclusão

A legislação nacional caminha a passos lentos para que as pessoas com deficiências, com destaque para a visual, sejam incluídas em completude na sociedade, estabelecendo leis, normas e regras que visam à integração total, sem limitações de acesso a bens e recursos. Neste contexto, a enfermagem tem papel de destaque para redução de inequidades e para advogar em prol de necessidades especiais, prestando assistência integral, ética, humanizada e resolutiva, a partir de fundamentos teóricos específicos da profissão. Enfermeiros atuam na promoção e proteção da saúde humana e na prevenção de agravos em

saúde, sendo o manejo das respostas humanas o caminho que solidifica a ciência da enfermagem.

A partir da intervenção de enfermagem aplicada ao caso, foi possível compreender os aspectos legais acerca dos direitos da pessoa com deficiência visual, no que tange à disponibilização de materiais em formatos adequados para o entendimento integral do conteúdo. Ainda, permitiu fomentar o raciocínio clínico de estudantes de enfermagem para intervenções custo-efetivas, por meio de tecnologias leves, que podem ser aplicadas em contextos similares.

Os profissionais de saúde têm participação fundamental no processo de inclusão e integração, contribuindo para a manutenção da saúde, da melhoria da qualidade de vida e da independência de pessoas com deficiências visuais. Como perspectivas futuras, salienta-se a necessidade de estratégias de educação continuada para fomentar o acolhimento, de conhecimento técnico para o desenvolvimento de estratégias e de humanização para estender o cuidado para além das linhas habituais, promovendo inovação no cuidado direto.

O estudo se limitou quanto à aplicação a apenas um usuário, a baixa representatividade e possibilidade de generalização, pouca capacidade de avaliar o "peso causal" das variáveis, alto nível de indeterminação e uma frequente falta de independência entre os casos estudados (*idem*), merecendo o cuidado necessário quando buscar generalizações. Entretanto, é de grande utilidade para futuras pesquisas exploratórias e comparadas.

## Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

## Referências

1. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050:2020: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: < [https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1\\_-03-08-2020.pdf](https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf) >. Acesso em 29 out. 2022.
2. Manzini EJ. Inclusão e acessibilidade. Revista da Sobama. 2005; 10(1):31-36. Disponível em: < <http://fio.edu.br/site2013/images/NAU/001d-%20manzini%202005%20acessibilidade.pdf> >. Acesso em 29 out. 2022.
3. Comunicação [home page na Internet]. Conceito. Disponível em: < <https://conceitos.com/comunicacao> >. Acesso em 29 set. 2022
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. [Online]. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: < [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf) >. Acesso em 05 ago. 2022.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

6. Oliveira MG, Pagliuca LMF. Análise comparativa da acessibilidade para cegos: contextos culturais. *Benjamin Constant*. 2014; 57(1):92-103. Disponível em: < <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/348> >. Acesso em: 29 out. 2022.
7. Zanchetta MS *et al.* Incorporação do letramento em saúde comunitária ao Sistema Único de Saúde: possibilidades, controvérsias e desafios. *J. nurs. health*. 2020; 10(3):e20103010. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19285> >. Acesso em 05 ago. 2022.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 set. 1990. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html> >. Acesso em 05 ago. 2022.
9. Pontes L, Reichembach MT, Bottega BM, Machado MC, Pereira JFG, Moreira FN. A Inspeção na Avaliação Clínica Diária do Enfermeiro: Produção de uma Tecnologia Educacional. *Enferm. Foco*. 2019; 10(7):57-62. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2437/728> >. Acesso em 06 ago. 2022.
10. Maragno CA, Mengue SS, Moraes CG, Rebelo MV, Guimarães AM, Pizzol TS. Teste de letramento em saúde em português para adultos. *Rev. bras. Epidemiol.* 2019; 22:e190025. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kzZkT67nn6S7rfSxW8nRSLp/?lang=pt> >. Acesso em 06 ago. 2022.
11. CDC. Health Literacy: Accurate, Accessible and Actionable Health Information for All. Centers for Disease Control and Prevention. 2019. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/healthliteracy/index.html> >. Acesso em 15 abr. 2022.
12. Ribas KH, Araújo AH. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. *RSD*. 2021; 10(16):e493101624063. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24063> >. Acesso em 05 ago. 2022.
13. Pesut D, Herman J. *Clinical reasoning: the art and Science of critical and creative thinking*. New York: Delmar Publishers;1999.
14. Moraes Filho IM, Sousa TV, Carvalho Filha FSS, Arantes AA, Fonseca PP, Silva MVRS. Eletroconvulsoterapia, implicações éticas, legais e a sistematização da assistência de enfermagem. *Glob Acad Nurs*. 2022;3(3):e269.
15. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *Diagnósticos de Enfermagem Da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023*. 12 Ed. Artmed; 2021.

16. BulechekGM, Butcher HK, Docheterman JM, Wagner CW. Classificação Das Intervenções De Enfermagem (NIC). 6. Ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier;2016, p. 640.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4. Ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier; 2010, 936 p.39.
18. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012. Disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em 08 ago. 2022.
19. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. 07 abr. 2016. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> >. Acesso em 08 ago. 2022.
20. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2018. Brasília (DF): Companhia de Planejamento do Distrito Federal; 2019. Disponível em: < [https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD\\_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf](https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf) >. Acesso em 20 ago. 2022.
21. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
22. Tavares NUL *et al.* Factors Associated with low adherence to drug treatment for chronic diseases in Brazil. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):10s.
23. Oyama SM, Terceiro FA, Parazzi LC. Comunicação do enfermeiro docente na assistência a pessoas cegas e surdas. CuidArte. Enfermagem. 2017; 11(1):78-85. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-31628> >. Acesso em 15 ago. 2022.
24. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN n° 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 out. 2009. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html) >. Acesso em 15 ago. 2022.
25. BULA Losartana Potássica + Hidroclorotiazida EMS S/A 2013.
26. BULA Cloridrato de Metformina EMS S/A 2013.

27. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 set. 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm) >. Acesso em 03 ago. 2022.

28. Lopes MO, Spinillo CG. Estudo experimental de leitura de uma bula de medicamentos, transcrita para o Sistema Braille, por usuários portadores de cegueira. InfoDesign. 2010; 5(3):24-36. Disponível em: < <https://www.infodesign.org.br/infodesign/article/view/61> >. Acesso em 23 ago. 2022.

29. Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2 dez. 2004 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm) >. Acesso em 18 ago. 2022.

30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução-RDC nº 71, de 22 de dezembro de 2009. Estabelece regras para a rotulagem de medicamentos Diário Oficial da União. 22 dez. 2009. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0071\\_22\\_12\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0071_22_12_2009.html) >. Acesso em 27 ago. 2022.

31. Weeraratne CL, Opatha ST, Rosa CT. Challenges faced by visually disabled people in use of medicines, self-adopted coping strategies and medicine-related mishaps. WHO South-East Asia J Public Health. 2012; 1(3):256-67. Disponível em: < <https://www.who-seajph.org/text.asp?2012/1/3/256/207022> >. Acesso em 01 set. 2022.

32. Shetty S, Sunita S, Shetty I. Empowering the visually impaired by customized Braille prescription and thus reducing medication errors. Indian J Ophthalmol. 2021; 69(6):1388-90. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011706/> >. Acesso em 01 set. 2022.

33. Lima MG, Loures BA, Pereira CA. Pedagógica para inclusão do deficiente visual no ensino superior. In Conferencia en CIDU 2018 Porto Alegre (Brasil); 2018; Porto Alegre. p. 1-11. Disponível em: < <https://www.aidu-asociacion.org/objetos-tateis-como-proposta-didatico-pedagogica-para-inclusao-do-deficiente-visual-no-ensino-superior/> >. Acesso em 12 ago. 2022.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 set. 2017. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) >. Acesso em 30 ago. 2022.
36. Wiegand BB, Meirelles JM. Saúde das pessoas com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa na perspectiva bioética. Rev. latinoam. bioet. 2019; 37(2):31-46. Disponível em: < <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/3900> >. Acesso em 30 ago. 2022.
37. Marques SR, Lemos SM. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. Trab. educ. saúde. 2018; 16(2):535-59. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tes/a/FDsyPny6mSdsCGcJG9jLLqm/?format=pdf&amp;lang=pt> >. Acesso em 30 ago. 2022.
38. Nota da Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB) sobre o Dia Nacional do Braille. ONCB. 2021. Disponível em: < <https://www.oncb.org.br/nota-oncb-dia-nacional-braille/> >. Acesso em 18 ago. 2022
39. Atractor. Tradutor Para Braille. Porto; 2022 [acesso em 2022 jun. 12]. Disponível em <https://www.ator.pt/mat/matbr/matbraille.html> .
40. Lima TP, Sousa TV, Bezerra ML, Filha FS, Lima LM, Vilanova JM, et al. A inter-relação do acidente de consumo e assistência à saúde: revisão integrativa. REVISIA. 2021; 10(3):469-80. Disponível em: < <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/761> >. Acesso em 12 set. 2022.

**Autor de correspondência**

Ligya Lucia Weber dos Santos  
Universidade Paulista- Campus Brasília  
Sgas Quadra 913, s/nº - Conjunto B. CEP: 70390130-  
Asa Sul. Brasília- Distrito Federal, Brasil.  
[ligya.weber@gmail.com](mailto:ligya.weber@gmail.com)