

FORMAÇÃO DE FARMACÊUTICOS PARA ATENDIMENTO AOS SURDOS: LIBRAS E O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE

PHARMACEUTICAL TRAINING TO ASSIST THE DEAF: LIBRAS AND THE PRINCIPLE OF UNIVERSALITY

Angélica Carolina Savelis Rodrigues¹, Luciene Alves Moreira Marques²

¹ Acadêmica do curso de Farmácia da Universidade Federal de Alfenas

² Docente da Universidade Federal de Alfenas.

Autor correspondente: Luciene Alves Moreira Marques. Rua Gabriel Monteiro da Silva 700, Alfenas-MG CEP: 37130-000. e-mail: lualvesmarques@gmail.com e telefone: (35)991360717

RESUMO

O farmacêutico atualmente possui contato direto com o paciente por meio do Cuidado Farmacêutico, buscando a promoção e garantia da saúde. Buscou-se, por meio deste trabalho, identificar, na literatura, a importância da preparação do farmacêutico clínico durante a graduação e a constante formação para o atendimento de surdos que utilizam a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como primeira língua para a comunicação. Por meio de uma revisão narrativa, analisou-se, de forma crítico-reflexiva artigos, legislações e demais materiais que abordavam o tema proposto. Observou-se a falha na comunicação entre surdos sinalizantes e profissionais de saúde gerando dificuldade dos surdos em obter o atendimento de qualidade pelo Sistema Único de Saúde, incluindo os serviços clínicos realizados por farmacêuticos. Após análise crítica de todo o conteúdo coletado e relatado nesse estudo, foi possível constatar a falta de preparo dos profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico no atendimento ao surdo devido às lacunas em sua formação.

Palavras-chave: Cuidado Farmacêutico. Libras. Acessibilidade.

ABSTRACT

The pharmacist currently has direct contact with the patient through pharmaceutical care, seeking to promote and guarantee health. It was sought, through this work, to identify, in the literature, the importance of the preparation of the clinical pharmacist during graduation and the constant training for the care of the deaf who use the Brazilian Sign Language (Libras) as the first language for communication. Through a narrative review, articles, legislation and other materials that addressed the proposed theme were critically and reflexively analyzed. There was a failure in communication between deaf signers and health professionals, generating difficulties for the deaf in obtaining quality care through the Unified Health System, including clinical services performed by pharmacists. After a critical analysis of all the content collected and reported in this study, it was possible to verify the lack of preparation of health professionals, including the pharmacist in attending to the deaf due to the gaps in their training.

Keywords: Pharmaceutical care. Libras. Accessibility.

INTRODUÇÃO

A profissão do farmacêutico vem desde os tempos mais antigos nos quais se procuravam curar enfermidades com plantas e materiais de origem animal baseados inicialmente em crenças religiosas ou culturais (HEPLER; STRAND, 1990 *apud* SATURNINO *et al.*, 2012). O farmacêutico, atualmente, se dedica a ter conhecimentos focando não apenas no medicamento, mas na promoção e recuperação da saúde do paciente, buscando, assim, o trabalho multidisciplinar com toda a equipe de saúde.

Atualmente, uma das áreas que o farmacêutico pode exercer sua profissão é chamada de Farmácia Clínica, na qual o paciente é o principal foco e o medicamento apenas uma das estratégias para a recuperação da saúde. Farmácia Clínica pode ser definida como: área da Farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças. Desta forma, o Conselho Federal de Farmácia em seu arcabouço conceitual considera que o cuidado farmacêutico é o modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade (CFF, 2016). Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos cenários para a prática da Farmácia Clínica, sistema esse que tem em vista o atendimento de toda a população brasileira sem distinções ou preconceitos, em razão de ser direito de todos constitucionalmente o acesso à saúde (BRASIL, 1988).

O SUS possui uma esfera ampla de serviços prestados à comunidade de maneira multidisciplinar. Uma parte importante da população que se utiliza dos serviços de saúde são pessoas portadoras de alguma deficiência física, como amputação ou paralisia de membros, baixa audição, surdez unilateral ou total, baixa visão, cegueira unilateral ou total, entre outras. Não deve haver obstáculos que inviabilizem o devido atendimento para a população de maneira integral, principalmente em se tratando de saúde. A acessibilidade é o resultado da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde e o acesso por parte da população a esses serviços (FRENK, 1985).

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde de 2012, estima-se que 360 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com perda auditiva incapacitante (WHO, 2016). No Brasil, as pessoas com deficiência auditiva parcial à severa fazem parte de pelo menos 5% da população (ANDRÉS, 2010), e esta parcela ainda é destituída do direito de acesso

a alguns serviços de saúde devido às falhas na comunicação (KUENBURG; FELLINGER; FELLINGER, 2016; FERGUSON; LIU, 2015). Há dificuldades de acesso à saúde e educação por parte dos surdos pois estes utilizam uma língua diferente daquela dos ouvintes (MOURA, 2000). Atualmente, as legislações vigentes procuram garantir a acessibilidade. Porém, falhas são facilmente identificadas e devem ser corrigidas, uma vez que os surdos continuam sendo privados do direito a um serviço de saúde de qualidade que atenda suas necessidades devido aos obstáculos na comunicação com os ouvintes.

De acordo com o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, o farmacêutico deve atender aos indivíduos sem distinção de classe social, etnia, idade ou deficiência, uma vez que o acesso à saúde é um direito de todos (CFF, 2014). É visível uma falha na formação do farmacêutico para exercer seu trabalho de forma integral. Uma vez que, a Língua Brasileira de Sinais (Libras) é uma língua oficial brasileira utilizada por uma parcela da população que encontra barreiras no acesso à saúde devido ao despreparo dos profissionais. Este preparo deveria ser realizado por meio da inclusão da disciplina de Libras como item obrigatório na dinâmica curricular, não apenas do curso de Farmácia, mas de todos os cursos da área da saúde.

O objetivo deste estudo foi discutir a importância da preparação do farmacêutico clínico durante sua formação para o atendimento e trabalho com surdos que utilizam a Libras como primeira língua e a necessidade de contínua capacitação do farmacêutico que atua em serviços de saúde.

DESENVOLVIMENTO

FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO

O farmacêutico, inicialmente, sem possuir essa denominação, surgiu desde o período paleolítico segundo registros antigos, no qual havia o emprego de plantas e substâncias de origem animal para fins curativos (HEPLER; STRAND, 1990 *apud* SATURNINO *et al.*, 2012). Os primeiros registros encontrados acreditam-se ser de meados de 1500 a.C por meio de receitas gravadas em um papiro sobre o preparo de misturas para distintas doenças como picadas de cobras, dentre outras. Antigamente, a profissão de médico e farmacêutico eram exercidas em conjunto, sem uma diferenciação do profissional. Após muitas guerras e envenenamentos em Alexandria, houve a primeira visibilidade da importância do papel do farmacêutico, ocorrendo, então, o desmembramento em duas profissões com responsabilidades e valores distintos (SBFC, 2019).

Seguido de conflitos e guerras, situações estas propícias para ferimentos e evolução de doenças graves, os farmacêuticos alcançaram descobertas significantes como, por exemplo, as terapias

antimicrobianas. Iniciados durante a Primeira Guerra Mundial, avanços como esses foram aprimorados e refinados seguindo a evolução da tecnologia. A profissão do farmacêutico vem evoluindo juntamente com a tecnologia e com as necessidades da população, buscando sempre a melhoria, garantia e recuperação da saúde e da qualidade de vida (HADDAD *et. al.*, 2009).

No Brasil, o papel do farmacêutico iniciou-se com os portugueses trazendo conhecimentos e experiências em botica, bem como seus registros sobre formulações. Seguindo de um lento e progressivo avanço da educação no Brasil, as escolas de Medicina foram criadas e, inicialmente, a Farmácia era apenas uma das disciplinas ministradas. Apenas em 1832 foi fundado o curso de Farmácia a partir de uma reforma do ensino médico, gerando um melhor direcionamento na trajetória do farmacêutico (SBFC, 2019). O farmacêutico passa, então, a exercer grande influência na área da saúde por possuir conhecimentos que complementam o sistema de saúde no desenvolvimento de novas terapias e aplicação das mesmas. O farmacêutico deixou de ser apenas um profissional que elabora e prepara medicamentos, adquirindo espaço na orientação do uso dos mesmos e no acompanhamento da evolução do tratamento dos pacientes (HADDAD *et. al.*, 2009).

A qualidade na construção do profissional de saúde possui influência direta no desenvolvimento do sistema público de saúde (CAMPOS; AGUIAR; BELISSÁRIO, 2008). Analisando-se o histórico do ensino de graduação em saúde no Brasil, é possível notar um formato que visa conteúdos com núcleos isolados. Determinadas áreas possuem cargas horárias maiores em relação a outras, tendo o foco na doença e na cura, gerando, assim, uma distância entre o ensino e o trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2006). A Declaração da Alma-Ata, aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978), contribuiu para uma concepção mais ampla de saúde e para um modelo assistencial novo, promovendo a Atenção Primária em Saúde (APS).

No Brasil, em meados dos anos 80, o Movimento da Reforma Sanitária idealizava a conquista da democracia e transformação do sistema de saúde, enfatizando a importância da APS. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, contribuiu para que o disposto na Constituição Federal (BRASIL, 1990) fosse alcançado, tornando a saúde um direito universal seguido pela construção do SUS. A saúde passou a ser universal, ou seja, todos os cidadãos sem distinção devem ter acesso aos serviços de saúde. A adoção deste princípio a partir da Constituição de 1988 transforma a saúde em um direito de todos pois anteriormente somente pessoas com vínculo formal de trabalho tinham acesso aos serviços públicos.

Na área da Farmácia, houve questionamentos quanto à formação profissional e, por meio da Federação Nacional dos Farmacêuticos e Estudantes, resultou o encaminhamento da Proposta de Reformulações de Ensino de Farmácia no Brasil ao Ministério da Educação (BRASIL, 2008). Tal proposta objetivava o perfil do profissional farmacêutico com formação generalista, crítica, reflexiva e humanista, e que foi implementada a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). As DCN foram um enorme avanço para o ensino de graduação, levando o farmacêutico a direcionar-se para a promoção

da saúde e seu relacionamento com os pacientes (SOARES *et. al.* 2008). A Assistência Farmacêutica passou a ser tema da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), no entanto, houve necessidade de que as estratégias da Assistência Farmacêutica fossem efetivadas sendo assim publicada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004). Esforços vêm sendo feitos desde então para garantir o funcionamento e correta aplicação da Assistência Farmacêutica, tornando-se uma área essencial para o SUS até os dias de hoje.

A Assistência Farmacêutica possui como atribuição reorganizar a conformação dos serviços farmacêuticos, tendo o foco na garantia do acesso ao serviço por todos os usuários. A criação de uma nova referência para a educação farmacêutica foi acompanhada de desafios significantes quanto às necessidades do SUS (BOFF; SANTOS, 2012). Passados mais de quinze anos da aprovação das DCN, ainda são encontrados questionamentos e falhas a respeito do assunto. Silva (2019) questiona os modelos curriculares em seu formato atual por formarem profissionais com visão e atuação fragmentadas. Ao citar currículos e DCN, é necessário enfatizar que constantemente são implementadas estratégias que buscam diminuir essa fragmentação e aumentar a integração, reorientando o profissional para as necessidades da atenção básica e todos os seus desafios de acesso e inclusão (BOFF; SANTOS, 2012).

A fim de organizar ações e serviços de saúde, existem as Redes de Atenção à Saúde que visam a melhoria do acesso, integralidade do cuidado e eficiência das ações a todos os cidadãos sem distinções. As Redes de Atenção à Saúde são compostas por diversas subdivisões, dentre elas a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pela Portaria nº.793 de 24 de abril de 2012. O cuidado à saúde humanizado e centrado nas diferentes carências de cada indivíduo é munido de estratégias diversificadas para o funcionamento dessa rede. A oferta de serviços focados nas necessidades da população assistida e do território sanitário é elemento essencial para o devido funcionamento da rede de cuidados. A identificação da população com deficiência e suas carências é inegável para compor um trabalho adequado nas Redes de Atenção à Saúde (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

Cuidado Farmacêutico

A profissão farmacêutica vem acompanhando o desenvolvimento do sistema de saúde e sofrendo mudanças e evoluções assim como todas as outras profissões. Transformações estas que foram desencadeadas pela otimização e expansão industrial e tecnológica de medicamentos e insumos farmacêuticos. Essa ampliação na escala industrial levou a quase extinção das farmácias magistrais, e direcionou o farmacêutico à posição de mero entregador de medicamentos nas drogarias. Vivenciando um novo desafio de reintegrar seu papel e sua importância como profissional de saúde, em 1960, estudantes e professores de uma universidade americana iniciaram o movimento denominado Farmácia Clínica. Esse movimento possuía o propósito de reaproximar o farmacêutico do paciente e de toda a equipe de saúde alcançando, assim, o aprimoramento e aplicação de habilidades direcionadas à farmacoterapia (MENEZES, 2000).

Inicialmente o farmacêutico exercia seu trabalho apenas no âmbito hospitalar, mas a necessidade de atingir uma maior faixa da população desencadeou uma redefinição na atuação do farmacêutico com a ampliação do seu público para além do hospital. Houve então o redirecionamento dos serviços farmacêuticos para a Atenção Primária à Saúde, ampliando a função de apenas acompanhar a terapia medicamentosa para acompanhar o histórico clínico e evolução do quadro, tornando o paciente o foco principal e a terapia apenas uma das estratégias (MIKEAL *et. al.*, 1975). Hepler e Strand (1990 *apud* SATURNINO *et al.*, 2012), foram os primeiros a usar cientificamente o termo *Pharmaceutical Care*, traduzido inicialmente como Atenção Farmacêutica, sendo; “[...] a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorassem a qualidade de vida do paciente.” (HEPLER; STRAND, 1990 *apud* SATURNINO *et al.*, 2012, p. 12). Esse artigo foi profundamente discutido pela OMS, levando a definição do papel principal do farmacêutico na atenção primária, atribuindo a responsabilidade de atuar ativamente na prevenção de doenças e promoção da saúde integralizada com outros profissionais de saúde. O farmacêutico passa, então, a dispor de uma ampla área de atuação com contato direto com o paciente e maior influência no sistema de saúde voltado à atenção básica. Esta interação deve compreender as concepções de seus pacientes respeitando suas individualidades biopsicossociais, atentando-se à integralidade das ações de saúde (IVAMA *et. al.*, 2002).

O conceito de *Pharmaceutical Care* mais usado continua a ser o de Hepler e Strand (1990, *apud* SATURNINO *et. al.* 2012), que define esta prática farmacêutica como a prestação de cuidados integrais relacionados aos medicamentos que o paciente utiliza com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Inicialmente, o termo havia sido traduzido erroneamente como Atenção Farmacêutica, porém, atualmente, o Conselho Federal de Farmácia e o Ministério da Saúde passaram a utilizar o termo Cuidado Farmacêutico por ser uma tradução mais correta do termo *Pharmaceutical Care* (FERNANDES, 2008).

Entre os serviços clínicos que o farmacêutico pode prestar durante o processo do Cuidado Farmacêutico, pode-se citar: a) rastreamento em saúde – por meio de uma entrevista para identificação de sintomas, sinais, histórico familiar e alguns testes como Score de risco de diabetes tipo 2, é possível identificar uma provável doença ou condição de saúde para um diagnóstico correto e precoce (JOÃO, 2013); b) educação em saúde - orientações para todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) desenvolvendo autonomia e responsabilidade sobre decisões para o cuidado de sua própria saúde (FRADE, 2006); c) dispensação – cabe ao farmacêutico a avaliação da prescrição sob ponto de vista técnico e legal e, quando necessário, intervir junto ao prescritor. A dispensação do medicamento ou produto para a saúde deve ser seguida de orientação para que seu uso seja realizado da melhor maneira possível (GALATO, 2008); d) manejo de problema de saúde autolimitado – o farmacêutico, através de seus conhecimentos e habilidades clínicas, seleciona e documenta tratamentos farmacológicos (que não exigem prescrição médica) e não farmacológicos para transtornos menores. Deve ser seguido de acompanhamento das orientações dadas, adesão às intervenções e verificar se houve resolução do

problema. Caso necessário, é feito o encaminhamento do paciente a outro profissional de saúde (NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY, 2016); e) monitorização terapêutica de medicamentos – utilização de uma abordagem combinada de técnicas e análises farmacêuticas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas para monitoramento de níveis séricos de fármacos. O objetivo é monitorar níveis séricos de fármacos com janela terapêutica estreita, que possuem variabilidades farmacocinéticas, ou conhecidos por reações adversas (KANG; LEE, 2009); f) conciliação de medicamentos – serviço prestado a pacientes que geralmente passam por diferentes serviços de saúde podendo assim haver uma discrepância não intencional da prescrição de medicamentos como duplicidade. Uma lista é elaborada contendo todos os medicamentos utilizados, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras, evitando danos desnecessários (KITTS; REEVE; TSUL, 2014); g) revisão da farmacoterapia – análise dos medicamentos em uso pelo paciente de forma a identificar problemas como efeitos indesejados, má adesão, erros de dosagem, interações e necessidade de acompanhamento ou terapia adicional. Podendo ser realizada em âmbito hospitalar sem contato direto com o paciente ou focada em adesão ao tratamento, sendo necessário o contato direto com o paciente (CLYNE; BLENKINSOPP; SEAL, 2008); h) gestão da condição de saúde – centrada em uma doença ou condição específica como, por exemplo, diabetes *mellitus* ou hipertensão arterial, visa fornecer ao paciente conhecimento e ferramentas necessárias para o autocuidado. Realizada em uma esfera multiprofissional contando com farmacêuticos, enfermeiros, médicos, nutricionistas entre outros (PEYTREMANN-BRIDEVAUX; BURNAND, 2009); i) acompanhamento farmacoterapêutico – seguido de vários encontros com o paciente para a identificação de problemas com medicamentos, analisando suas causas e realizando intervenções documentadas para resolvê-los ou preveni-los. Este serviço possui como diferencial múltiplas consultas com o paciente gerando continuidade do cuidado pelo farmacêutico (IVAMA *et. al.*, 2002).

LIBRAS

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) elabora relatórios quantitativos de pessoas com deficiência. O último censo do IBGE estimou 46 milhões de pessoas com deficiências, entre elas 5,1% possuía deficiência auditiva e 1,1% com grau severo de perda auditiva. Dentre estas pessoas, supõem-se que existam surdos sinalizantes que utilizam a Libras para se comunicar e expressar ideias, valores, sentimentos, além de interpretar o mundo pela via visual de comunicação (MOURA, 2000).

Iniciado em meados da década de 1980, um movimento mundial vem se desenvolvendo apontando à necessidade da implementação de uma política educacional bilíngue quando o assunto é educação para surdos. De maneira resumida, esse conceito leva em consideração que, de início, os surdos desenvolveriam a língua de sinais como primeira língua, tendo contato com adultos surdos que fazem uso dessa língua e colaboradores ativos no processo educacional. Somente então, tendo a língua

de sinais como linguagem primária, os surdos teriam contato e aprenderiam a língua escrita majoritária como segunda língua (LODI; MOURA, 2006). As línguas de sinais não são compreendidas apenas como uma linguagem ou meio de expressão, mesmo que sejam estruturadas linguisticamente assim como as outras línguas auditivo-oral, e sim uma identidade da comunidade surda, algo que os auxilia a definir-se como sujeitos dentro da sociedade e desempenhar seu papel como cidadãos (GOLDFELD, 1997).

No Brasil, a Libras é atualmente reconhecida pela Lei nº10.436 de 2002 regulamentada em 2005 pelo Decreto nº5.626, como um meio de comunicação e expressão das comunidades surdas. Decreto este que foi um grande avanço de visibilidade para a comunidade surda, uma vez que o ensino da Libras passou a ser obrigatório em cursos de graduação como Fonoaudiologia, Pedagogia e demais licenciaturas. Porém, outros cursos podem ainda optar por integrar ou não o ensino de Libras em suas dinâmicas curriculares. O Ministério da Educação também assumiu o comprometimento em desenvolver programas específicos para institucionalização de cursos de graduação que visem a formação de professores de Libras. Programas que abrangem a educação infantil, primeiros anos do ensino fundamental e ensino médio, bem como cursos de Licenciatura em Letras: Libras/Língua Portuguesa ou Pedagogia/Bilíngue, viabilizando assim educação bilíngue às pessoas surdas. No entanto, mesmo tendo amparo legal para garantir a devida educação auxiliando em sua inserção na sociedade, a realidade não condiz com o que determina o decreto.

A diferença linguística das pessoas surdas sinalizantes faz com que estas enfrentem desafios diários, incluindo o acesso aos serviços de saúde por serem quase exclusivamente concedidos em uma língua auditivo-oral (CASTRO *et. al.* 2011). Essa diferença linguística cultural entre o Português e a Libras gera uma falha importante na assistência à saúde das pessoas surdas, pois o Cuidado Farmacêutico, filosofia de prática esta que por meio dos diversos serviços que podem ser prestados exige para seu sucesso uma boa comunicação com o paciente (CFF, 2016). As dificuldades de comunicação entre profissionais, devido à falta de preparo durante sua formação, levam a uma falha no atendimento humanizado e inclusivo, uma vez que o atendimento necessitará de uma terceira pessoa para traduzir ou não ocorrerá por não ser possível estabelecer uma comunicação entre paciente e farmacêutico (CASTRO; PAIVA; CÉSAR, 2012).

IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO EM LIBRAS

A revisão narrativa do tema proposto foi a ferramenta adequada para a devida análise da importância do preparo do farmacêutico durante sua graduação para o atendimento dos surdos utilizando-se da Libras. Foi possível constatar, durante a pesquisa, que a comunicação é a ferramenta essencial para que haja êxito no Cuidado Farmacêutico, uma vez que se faz necessário o detalhamento por parte do paciente quanto ao seu quadro clínico e medicamentos utilizados (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000). A entrevista realizada pelo farmacêutico durante o atendimento apenas será efetiva quando a comunicação bilateral for corretamente estabelecida, possibilitando ao profissional a coleta do

máximo de informações. Cabe ao farmacêutico direcionar esse contato para que a documentação e análise do paciente possa ser feita de modo integral e que as dúvidas existentes possam ser sanadas (JOÃO, 2013).

Apesar do Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005, estabelecer que funcionários de unidades do serviço público devem estar capacitados para comunicar-se através da Libras, a comunicação entre o paciente surdo e os profissionais de saúde ainda é falha (Art. 25, IX - atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação). Essa barreira na comunicação é considerada um grande obstáculo para a comunidade surda ao buscar por serviços de saúde (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005). O atendimento deficitário pode gerar um comprometimento na qualidade de vida dessas pessoas devido à perda da confiança no profissional de saúde (CASTRO; PAIVA; CÉSAR, 2012). Barreiras na comunicação geram sentimentos negativos e afastam o paciente surdo das unidades de saúde, pois o medo de não ser compreendido faz com que este busque atendimento apenas em caso de adoecimento. Portanto, é fundamental que o profissional invista em estratégias que facilitem a compreensão e o acolhimento destes pacientes por meio de uma comunicação efetiva (SANTOS; PORTES, 2019). Alguns autores evidenciam também a falta de conhecimento por parte do profissional quanto às necessidades da comunidade surda no decorrer do atendimento em saúde (PEREIRA; FORTES, 2010).

A leitura da fala, às vezes chamada de leitura labial, no estudo de STEINBERG *et al.*, 2006, foi considerada inadequada pelos surdos participantes do estudo, por muitos motivos, embora este pareça ser um método comum de tentativa de comunicação. Às vezes, havia barreiras físicas para transmitir qualquer informação por meio de leitura de fala, como máscaras cirúrgicas, por exemplo. A comunicação através da escrita também foi apontada como inadequada porque muitas vezes a caligrafia e/ou o vocabulário dificultavam a compreensão.

As Unidades Básicas de Saúde, bem como os Serviços de Saúde Auditiva recebem uma grande quantidade de pessoas com deficiência auditiva que possuem dificuldades na comunicação. Parte do processo de inclusão desse público é salientar a importância do preparo dos funcionários e profissionais que atuam nesses locais (MAGRINI; SANTOS, 2014). Em um estudo realizado por Henrique *et al.* (2017), um dos entrevistados comenta a dificuldade em não ser compreendido durante o atendimento:

É um pouco complicado, quando eu quero dizer, por exemplo, que estou com uma dor nos rins, as pessoas não entendem o que eu estou falando, aí o que eu faço... pego o celular e escrevo em forma de mensagens, e mostro pra ver se eles conseguem me entender mais claro, mas eles geralmente quando veem que eu sou surda, falam mais alto e olham pra mim, mas eu não entendo, não adianta falar mais alto, algumas vezes eu tento fazer leitura labial e tentar

entender mais claramente. [...] eles tentam escrever no papel, mandam ir em outro hospital, e chego lá é a mesma coisa (Entrevistado 03).

Em estudo realizado por Santos e Portes (2019) com 121 adultos surdos, quando questionados em relação à compreensão das informações fornecidas pelo profissional de saúde, 82% mencionaram não compreender seu diagnóstico e 70% disseram não entender as orientações sobre seu tratamento. Ainda, 61% dos surdos que responderam à pesquisa declararam que os profissionais de saúde não os entendem se estiverem sozinhos. Assim, a presença de um acompanhante ouvinte (73%) e a utilização de mímica/gestos (68%) foram apontadas como as estratégias mais utilizadas pelo sujeito surdo para facilitar sua comunicação durante os atendimentos.

Segundo um estudo conduzido por Castro, Paiva e César (2012), em cidades do estado de São Paulo, as pessoas com deficiência fazem maior uso de medicamentos quando comparado com pessoas não deficientes, mesmo o uso desses medicamentos não estando relacionado diretamente com a deficiência. O fato de existir um maior consumo de medicamentos dentre as pessoas com deficiência (auditiva, visual ou física), enfatiza a necessidade de uma política de assistência direcionada em específico a esse grupo de pessoas.

Em relação à orientação quanto ao uso de medicamentos, Henrique *et al.* (2017, p. 279-280), em seu estudo, relata as deficiências na orientação de pacientes surdos, conforme nos relatos abaixo:

Eu não me comunico, só entrego a receita e compro. Às vezes pela expressão facial eu consigo entender alguma coisa, então eu quase consigo comunicar. Sem comunicação total, não, consigo um pouco às vezes” (Entrevistado 05) [...] “É simples, por exemplo, eu pego a receita, entrego, ele lê o que está escrito, pega e me entrega, aí eu olho vejo se é aquilo mesmo, pago e vou embora”. Só. “Ah e às vezes eu pergunto pra que é, faço classificadores para eles entenderem, por exemplo, garganta, nariz escorrendo, aí ele me explica mais ou menos (Entrevistado 06).

Durante um estudo realizado por Magrini e Santos (2014), por meio de entrevistas com funcionários de uma unidade do SUS, foi constatado o interesse pela capacitação em Libras devido à dificuldade e sentimentos de incapacidade e impotência na comunicação com o surdo. Este estudo ressalta a necessidade da disciplina de Libras ser incluída na grade curricular dos cursos de graduação dos profissionais que atuam na rede de serviços do SUS, bem como cursos de capacitação de funcionários e de empresas que proveem suporte a esses atendimentos. Outro ponto destacado durante o estudo foi o incentivo a novas pesquisas sobre a surdez e a cultura surda bem como palestras educativas e políticas públicas, tendo como objetivo sensibilizar e conscientizar não apenas médicos e enfermeiros, mas todos os profissionais de saúde e a população em geral.

Muito embora diversos estudos apontem a necessidade de inclusão da Libras para o atendimento aos surdos, estes fazem menção a outros profissionais de saúde que não o farmacêutico.

Diante da procura pelo paciente e da carência quanto ao atendimento do surdo evidenciados por esse trabalho, o farmacêutico, assim como todos os profissionais de saúde, deve estar preparado para o atendimento em Libras do surdo sinalizante. Isso enfatiza a necessidade de inserir o ensino da Libras como disciplina obrigatória em cursos de Bacharelado em Farmácia.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Farmácia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de novos farmacêuticos. As DCN determinam que a formação do farmacêutico deve ser humanista, crítica, reflexiva e generalista (BRASIL, 2017). De acordo com as novas diretrizes curriculares de Farmácia (BRASIL, 2017), 50% do curso de Farmácia deve focar o cuidado em saúde, 40% tecnologia e inovação em saúde e 10% a gestão em saúde. Desta forma, como as universidades devem adequar-se às diretrizes esta é uma excelente oportunidade para que a disciplina de Libras seja inserida na dinâmica curricular de forma obrigatória, pois a formação de farmacêuticos clínicos aptos a interagir com a população surda é importante para que o mesmo possa acolher melhor o indivíduo, verificar as necessidades em saúde, realizar a anamnese farmacêutica e registrar as informações referentes ao cuidado em saúde. Para o êxito destas ações é necessário que seja estabelecida uma comunicação efetiva com o paciente surdo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o que Boff e Santos (2012) relataram no Encontro Nacional de Coordenadores de Cursos de Farmácia sobre as DCN para o curso de Farmácia, existe a necessidade de adequação da dinâmica curricular quanto as necessidades do SUS. Dentre elas está a necessidade de capacitação do farmacêutico, durante a graduação e de maneira continuada, quanto ao atendimento de surdos sinalizantes utilizando a Libras. Considerando ainda os resultados encontrados por Magrini e Santos (2014) durante entrevistas de funcionários de uma unidade de saúde do SUS, é correto dizer que existe o interesse da melhoria do atendimento para que o serviço possa realmente ter acessibilidade para os surdos sinalizantes.

A conscientização dos profissionais, principalmente farmacêuticos, deve ser realizada desde a graduação através da inclusão da Libras na dinâmica curricular de maneira obrigatória. E não apenas uma disciplina optativa com carga horária de 30 horas como é realizada hoje em dia e, sim, com uma carga horária maior para que o acadêmico possa realmente estar capacitado em Libras e não apenas ter uma breve introdução.

Os cursos de Farmácia deveriam adequar-se ao conceito de acessibilidade e integrar a disciplina de Libras em suas dinâmicas curriculares para que assim possam formar profissionais que contribuam para o acesso dos indivíduos surdos aos serviços de saúde, principalmente ao Cuidado Farmacêutico.

REFERÊNCIAS

ANDRÉS, A. Consultoria Legislativa da Área XV. Educação, Cultura e Desporto. *Educação de alunos superdotados/altas habilidades - Legislação e normas nacionais e Legislação internacional*. Brasília, DF, 2010. Disponível em <http://52.206.72.101/uploads/reference/file/413/documento-referencia.pdf> . Acesso em: 1 jun 2019.

BOFF, P.R.; SANTOS, R.I. Reflexões sobre a política de educação no Brasil e as diretrizes curriculares nacionais para a farmácia: uma breve introdução. In: ENCONTRO NACIONAL DE COORDENADORES DE CURSOS DE FARMÁCIA, 2012.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº. 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 25 abril 2002.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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**. 20 set 1990.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 20 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**. 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Fórum nacional de educação farmacêutica: o farmacêutico de que o Brasil necessita**, Relatório final. Brasília: DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. 30 Out 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº.793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 25 abril 2012.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Diário Oficial da União. **23 dezembro 2005**.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T.; BELISSÁRIO, S.A. Formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 1-35.

CASTRO, S.S.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C., *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CASTRO, S.S.; PAIVA, K.M.; CÉSAR, C. L.G. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 17, n. 2, p. 128-134, 2012.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M.A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 4, p. 417-22, 2005.

CIPOLLE, R.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw Hill – Interamericana, 2000.

CLYNE, W.; BLENKINSOPP, A.; SEAL, R.A. Guide to medication review. London: National Prescribing Centre, v. 3, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº. 596, de 21 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: 2016. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 1 jun 2019.

FERGUSON, M.; LIU, M. Communication needs of patients with altered hearing ability: Informing pharmacists' patient care services through focus groups. **J Am Pharm Assoc**, v. 55, n. 2, p.153-160, 2015.

FERNANDES, Z.C.; BERMOND, M.D.; OLIVEIRA FILHO, N.C.F. *et al.* *Os desafios da educação farmacêutica no Brasil*. Brasília: CFF, 2008. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/teste/C%20de%20Desafios%20da%20Educa%20Farmac%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 1 jun 2019.

FRADE, J.C.Q.P. Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas René Rachou, 2006.

FRENK, J. El Concepto y la Medicion de Accesibilidad. **Rev. Salud Publica de México**. México, v. 27, n 5, p. 438-453, 1985.

GALATO, D.; ALANO, G.M.; TRAUTHMAN, S.C.; *et al.* A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Rev. Bras. Ciências Farmacêuticas**, [S.l.], v. 44, p. 465-475, 2008.

GOLDFELD, M. **A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista**. São Paulo: Plexus, 1997.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C.; PIERANTONI, C.R., *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2010.v44n3/383-393/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 17 dez 2019.

HENRIQUE, D.; GALATO, D.; GALLASSI, A. *et al.* Percepções da comunidade surda sobre processos de comunicação e informação para o uso racional de Medicamentos. **Atas CIAIQ2017 - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud**, v. 2017, n. 2, p. 276-284, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1218/1179>. Acesso em: 23 jun 2019.

IVAMA, A.M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S. *et al.* Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: *Proposta*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

JOÃO, W.S. J. Carta aberta sobre prescrição farmacêutica. Brasília: CFF, 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=1325&titulo=CARTA+ABERTA+SOBRE+PRESCRI%C3%87%C3%83O+FARMAC%C3%8AUTICA>. Acesso em: 1 jun 2019.

KANG, J.S.; LEE, M.H. Overview of Therapeutic Drug Monitoring. **The Korean journal of internal medicine**, Seoul, v. 24, n. 1, p. 1-10, 2009.

KITTS, N.K.; REEVE, A.R.; TSUL, L. Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role. **The Consultant pharmacist: the journal of the American Society of Consultant Pharmacists**, Arlington, v. 29, n. 3 p. 179-190, 2014.

KUENBURG, A.; FELLINGER, P.; FELLINGER, J. Health care access among Deaf people. **J Deaf Stud Deaf Educ**, v. 21, n.1, p. 1-10, 2016.

LODI, A.C.B.; MOURA, M.C. Primeira língua e constituição do sujeito: uma transformação social. **Educação Temática Digital**, v. 7, n. 2, p. 1-13, 2006. Disponível em: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-101535>. Acesso em: 20 mar 2019.

MAGRINI, A.M.; SANTOS, T.M.M. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? **Distúrbios Comum**, v. 26, n. 3, p. 550-558, 2014.

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

MIKEAL, R.L; BROWN, T.R; LAZARUS, H.L, *et al.* Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.32, n.6, p. 567-574, 1975.

MOURA, M.C. **O surdo: caminhos para uma nova identidade**. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY. The nonprescription medicine academy's definition of self care, c2016. Disponível em: <http://www.nmafaculty.org/about-nma>. Acesso em: 1 jun 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). World Health Organization - Declaration of Alma-Ata, Geneva: 1978. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Acesso em: 11 jun 2019.

PEREIRA, P.C.; FORTES, P.A. Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. **Am. Ann. Deaf**, v. 155, n. 1, p. 31-37, 2010.

PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I.; BURNAND, B. Disease management: a proposal for a new definition. **International Journal of Integrated Care**, v. 9, n. 2, 2009.

SANTOS, A.S.; PORTES, A.J.F. Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt_0104-1169-rlae-27-e3127.pdf. 2019. Acesso em: 1 jun 2019.

SATURNINO, L.T. M.; PERINI, E.; LUZ, Z.M.P., *et al.* Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, p. 10-16, 2012.

SILVA, W.B. A emergência da atenção farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino. Tese (Doutorado em Educação Científica e Tecnológica) – Centro de Ciências da Educação, UFSC, Florianópolis, 2009.

SOARES, L.; BOFF, P.R.; VALGAS, C.; *et al.* Educação farmacêutica e identidade profissional. In: CORDEIRO, Benedito C.; LEITE, Silvana N. (orgs.) **O farmacêutico na atenção à saúde**. Itajaí: Univali; 2008. p. 263-286.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA (SBFC). História da Farmácia, 2019. Disponível em: <http://www.safc.org.br/site/paginas.php?id=2>. Acesso em: 4 set 2019.

STEINBERG, A.G.; BARNETT, S.; MEADOR, H.E.; WIGGINS, E.A.; ZAZOVE, P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. **J Gen Intern Med**, v. 21, n. 3, p. 260-266, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and burden of diseases and prevention of blindness and deafness 2012. Available from: http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf?ua=1. Accessed December 4, 2019.