

MODELO DE PRESCRIÇÃO PICTOGRÁFICA INCLUSIVA PARA POPULAÇÕES ANALFABETAS, POUCO LETRADAS E SURDAS, NO BRASIL, EM 2025: UMA ABORDAGEM INTERSECCIONAL ENTRE SAÚDE PÚBLICA E DIREITOS HUMANOS

A MODEL FOR INCLUSIVE PICTOGRAPHIC PRESCRIPTIONS FOR ILLITERATE, LOW-LITERACY, AND DEAF POPULATIONS IN BRAZIL BY 2025: AN INTERSECTIONAL APPROACH COMBINING PUBLIC HEALTH AND HUMAN RIGHTS

Artigo recebido em: 12/23/2025

Artigo aceito em: 3/25/2026

Mario Angelo Cenedesi Júnior*

*Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires, Argentina
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0931921909146273>
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8441-8321>
cenedesijr@gmail.com

Priscila Castro Cordeiro Fernandes*

*Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires, Argentina
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4051840211605333>
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0235-8351>
priccf@gmail.com

Arlete do Monte Massela Malta*

*Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires, Argentina
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4051840211605333>
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3439-0003>
le.mon@uol.com

Renata Trivelato Felício Cenedesi**

**Universidade Aberta, Lisboa, Portugal
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2077703697950493>
Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7375-6398>
renatatri@hotmail.com

The authors declare that there is no conflict of interest

Resumo

O estudo avaliou um modelo de prescrição pictográfica inclusiva voltado a pessoas analfabetas, com baixo letramento funcional e surdas no Brasil, tendo como base o letramento em saúde e os direitos humanos como eixo central de análise. O objetivo foi identificar barreiras de compreensão de prescrições médicas e testar uma estratégia comunicacional acessível, capaz de promover equidade no cuidado. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem mista, com 50 participantes, nos quais foram aplicados questionários antes e após a exposição ao modelo pictográfico. Os resultados iniciais mostraram dificuldades importantes na compreensão de

Abstract

The study evaluated an inclusive pictographic prescription model designed for illiterate, functionally illiterate, and deaf individuals in Brazil, with health literacy and human rights as the central focus of analysis. The objective was to identify barriers to understanding medical prescriptions and to test an accessible communication strategy capable of promoting equity in care. This is a cross-sectional study with a mixed-methods approach, involving 50 participants who completed questionnaires before and after exposure to the pictographic model. Initial results revealed significant difficulties in understanding prescriptions,



receitas, identificação de medicamentos e interpretação de dosagens, sobretudo entre idosos e indivíduos com baixa escolaridade. Após a intervenção, 100% dos participantes relataram melhora na compreensão, maior segurança no uso de medicamentos, melhor adesão terapêutica e alta aceitabilidade do modelo. Conclui-se que a linguagem visual reduz barreiras estruturais de letramento em saúde e fortalece a autonomia dos usuários. Do ponto de vista dos direitos humanos, o estudo evidencia que a comunicação em saúde é parte integrante do direito à saúde, à informação e à acessibilidade, sendo a prescrição pictográfica uma ferramenta concreta de promoção de direitos humanos, equidade e justiça social no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Dignidade Humana. Direitos Humanos. Direito à Saúde. Letramento em Saúde. Saúde Pública.

identifying medications, and interpreting dosages, particularly among older adults and individuals with low educational attainment. After the intervention, 100% of participants reported improved comprehension, greater confidence in medication use, better treatment adherence, and high acceptance of the model. It is concluded that visual language reduces structural barriers to health literacy and strengthens users' autonomy. From a human rights perspective, the study demonstrates that health communication is an integral part of the right to health, information, and accessibility, with pictographic prescriptions serving as a concrete tool for promoting human rights, equity, and social justice in health care.

Keywords: Human Dignity. Human Rights. Right To Health. Health Literacy. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é reconhecida como um direito humano fundamental em instrumentos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), os quais estabelecem o direito ao mais alto padrão possível de saúde física e mental. Apesar desse marco normativo, sua efetivação permanece desigual, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e econômicas (Vasconcelos *et al.*, 2017; Moreira, Nóbrega & Silva, 2003).

Entre os grupos mais afetados por essas desigualdades estão indivíduos com baixos níveis de alfabetização e letramento. A incapacidade de compreender informações básicas em saúde compromete a adesão terapêutica, a compreensão de prescrições e a utilização adequada de medicamentos, aumentando riscos de eventos adversos e agravos evitáveis (Sampaio *et al.*, 2008; Passamai *et al.*, 2012).

De forma análoga, pessoas surdas que não dominam plenamente a língua escrita enfrentam barreiras comunicacionais significativas no acesso à informação em saúde. A ausência de recursos linguísticos adequados, como intérpretes de Libras e materiais acessíveis, contribui para exclusão sistemática desses usuários dos serviços de saúde (Mackellar *et al.*, 2007; Firmo, Uchôa & Lima-Costa, 2004).

O analfabetismo funcional amplia essas limitações ao evidenciar a dificuldade de interpretação de textos complexos, mesmo entre indivíduos formalmente escolarizados. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias de letramento em saúde e comunicação acessível como elementos estruturantes da equidade em saúde (Medeiros *et al.*, 2011; Sorfleet *et al.*, 2009).

No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir universalidade e equidade, porém persistem barreiras estruturais relacionadas à desigualdade educacional e social. Grupos historicamente vulnerabilizados, como populações rurais, indígenas e negras, apresentam maiores dificuldades de acesso e compreensão das informações em saúde (Silva & Kézia, 2010; Maragno, 2009).

A análise interseccional permite compreender como múltiplas dimensões de desigualdade – incluindo raça, gênero, classe e território – influenciam o acesso aos serviços de saúde. Essas interações produzem formas específicas de vulnerabilidade, especialmente entre mulheres e populações periféricas (Ronzani & Silva, 2008; Goulart, 2011).

Diante dessas limitações, estratégias de comunicação em saúde baseadas em recursos visuais emergem como alternativas promissoras. Modelos pictográficos de prescrição médica podem reduzir barreiras cognitivas e linguísticas, favorecendo a compreensão universal de instruções terapêuticas (Silva & Galvão, 2018; Maragno, 2009).

Entretanto, a literatura aponta que tais modelos ainda são fragmentados e carecem de padronização metodológica e validação científica consistente. A ausência de diretrizes estruturadas limita sua aplicabilidade em diferentes contextos socioculturais e compromete sua efetividade como ferramenta de saúde pública (Medeiros *et al.*, 2011; Katz, Kripalani & Weiss, 2006).

Nesse sentido, a comunicação em saúde acessível é também uma questão de direitos humanos, na medida em que a exclusão informacional compromete a autonomia e a dignidade dos indivíduos. A implementação de soluções inclusivas deve, portanto, ser compreendida como parte das obrigações éticas e políticas dos sistemas de saúde (Campos, Ribeiro & Lima, 2024; Rosaneli *et al.*, 2024).

Assim, propõe-se o desenvolvimento e avaliação de um modelo de prescrição pictográfica inclusiva voltado a populações analfabetas, pouco letradas e surdas no Brasil,

com o objetivo de melhorar a compreensão terapêutica e promover equidade no acesso à saúde, integrando princípios de acessibilidade, justiça social e direitos humanos.

Dessa forma, o objetivo geral do estudo consiste em descrever e desenvolver um modelo de prescrição médica pictográfica inclusiva, adaptado às necessidades de populações analfabetas, pouco letradas e surdas no Brasil, considerando as dimensões interseccionais da vulnerabilidade em saúde e os princípios dos direitos humanos. Os objetivos específicos incluem: identificar barreiras de acesso e compreensão de prescrições médicas nesses grupos populacionais; analisar os impactos sociais, culturais e estruturais associados ao letramento funcional em saúde na adesão ao tratamento; desenvolver diretrizes para a construção de prescrições médicas acessíveis baseadas em linguagem visual e simbólica; e avaliar a percepção e aceitação do modelo proposto por usuários e profissionais de saúde em contextos de vulnerabilidade.

Ainda, parte-se da hipótese de que o uso de linguagem visual e simbólica em prescrições médicas melhora significativamente a compreensão e a adesão ao tratamento em populações analfabetas, pouco letradas e surdas. Assume-se ainda que fatores interseccionais exercem influência direta na produção das barreiras de acesso às informações em saúde. Por fim, postula-se que a implementação de um modelo pictográfico inclusivo contribui para a redução das desigualdades em saúde e para a efetivação prática dos direitos humanos no campo da atenção à saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quali-quantitativa, desenvolvido com o objetivo de avaliar a aceitabilidade e a usabilidade de um modelo pictográfico de prescrição médica em pessoas analfabetas, com baixo letramento funcional e pessoas surdas. A amostra foi composta por 50 participantes maiores de 18 anos, residentes em Ribeirão Preto-SP, Brasil, selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, em razão da ausência de bases populacionais formais para esses grupos.

Foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos analfabetos, com baixo letramento funcional ou surdos com dificuldade de compreensão do vernáculo escrito. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar do estudo ou que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O baixo letramento foi definido

operacionalmente como a autodeclaração de não utilização habitual da leitura e escrita no cotidiano e a incapacidade de compreender instruções escritas simples, independentemente da escolaridade formal.

A coleta de dados foi realizada em três etapas, em um único encontro com o participante, entre setembro-novembro de 2025. Inicialmente, aplicou-se um questionário estruturado ad hoc para avaliar a compreensão prévia dos participantes em relação a prescrições médicas convencionais. Em seguida, os participantes foram expostos a um modelo pictográfico de prescrição médica desenvolvido especificamente para o estudo, fundamentado em princípios de acessibilidade comunicacional, letramento em saúde, segurança do paciente e simplicidade visual. Por fim, aplicou-se um segundo questionário estruturado ad hoc, com o objetivo de avaliar mudanças na compreensão, percepção e usabilidade após a intervenção.

O modelo pictográfico (apêndice #1) foi desenvolvido ao longo de aproximadamente cinco meses, por meio de um processo iterativo de criação, revisão e refinamento, com apoio de profissionais das áreas de saúde e comunicação visual. Foram priorizadas representações de alta iconicidade, linguagem visual simplificada e mínima utilização de elementos textuais. O processo de construção do modelo pictográfico contou com o uso de ferramentas de inteligência artificial generativa apenas como suporte instrumental, sob supervisão e controle exclusivo do pesquisador, que definiu todas as decisões conceituais e finais do material. Ainda, optou-se por ser de traços finos e de coloração ‘preta e branca’ justamente para (a) poder ser usado por pessoas com dificuldade visual, como, por exemplo, portadores de daltonismo, bem como (b) para fácil reprodutibilidade em unidades de saúde, sem depender de impressoras de tinta colorida.

A análise dos dados foi descritiva, com apresentação narrativa e em tabelas, enfocando a comparação entre o nível de compreensão antes e após a intervenção, bem como a percepção de utilidade e aceitação do modelo pictográfico.

O estudo foi aprovado primeiramente pelo Observatório de Direitos Humanos dos Países de Língua Portuguesa, de Portugal, posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá, no Brasil, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE: 86099625.9.0000.5378), em conformidade com as normativas éticas vigentes para pesquisas com populações em situação de vulnerabilidade. Todos os participantes concordaram com a pesquisa mediante concordância com o TCLE proposto. Declara-se não haver conflito de interesses.

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por três grupos principais: analfabetos (46%), não letrados (28%) e surdos (26%), evidenciando predominância de populações com algum nível de vulnerabilidade comunicacional. Em relação à idade, observou-se maior concentração de participantes nas faixas etárias mais avançadas, especialmente entre 80–91 anos (36%), seguidas por 70–79 anos (16%) e 50–59 anos (14%), indicando um perfil predominantemente idoso.

Quanto ao gênero, houve distribuição relativamente equilibrada, com leve predominância feminina (50%), seguida pelo masculino (42%) e uma pequena proporção de outros/não respondidos (8%). No que se refere à escolaridade, a maioria não possuía escolarização formal (42%), seguida por ensino fundamental incompleto (24%), fundamental completo (22%) e ensino médio incompleto (12%), confirmando um cenário de baixa escolaridade geral. Sobre a cor autodeclarada, a maioria se definiu como preta ou parda (72%), seguidos de brancos (26%) e apenas uma pessoa se declarando amarela (2%), sem que houvesse indígenas.

A maior parte dos participantes residia em área urbana (66%), enquanto 34% eram provenientes de áreas rurais. Em relação à ocupação, destacaram-se trabalhadores informais (20%), agricultores (18%) e aposentados (16%), seguidos por estudantes (14%), desempregados (12%) e trabalhadores formais (12%), além de outras ocupações (8%).

Sobre habilidades de letramento, 40% declararam saber ler e escrever completamente, enquanto 36% relataram capacidade parcial e 24% afirmaram não saber. Em termos de compreensão textual, 34% afirmaram interpretar totalmente o que leem, 30% parcialmente e 36% não conseguem interpretar adequadamente.

As dificuldades relacionadas ao uso de prescrições médicas foram frequentes: 56% relataram dificuldade com receitas e 80% com medicamentos. Além disso, 36% não conseguem identificar medicamentos, enquanto 30% os identificam completamente e 34% apresentam dificuldade parcial. A maioria já precisou de ajuda para compreender informações em saúde (62%), e 62% relataram receber sempre orientação verbal dos profissionais.

Em relação ao comportamento informacional, 46% guardam receitas sempre, 22% às vezes e 32% nunca. O acesso à internet foi relativamente dividido entre uso constante

(44%), eventual (28%) e ausência de acesso (28%). Quanto à compreensão de dosagens, apenas 22% afirmaram entendimento completo, enquanto 46% têm compreensão parcial e 32% apresentam dificuldades.

No que se refere à comunicação profissional, 26% consideraram as explicações completamente claras, 32% parcialmente e 42% não as consideraram claras. Além disso, 38% relataram dúvidas frequentes sobre quantidade de medicamentos, 36% às vezes e 26% nunca. Quanto à orientação em caso de esquecimento, 40% receberam instruções claras, 24% parcialmente e 36% não receberam.

A percepção sobre facilidade de uso das receitas tradicionais também mostrou limitações, com apenas 34% considerando-as fáceis de seguir, enquanto 28% relataram facilidade parcial e 38% não as consideraram adequadas – os dados completos encontram-se sistematizados na Tabela 1.

Já no pós-intervenção, observou-se unanimidade de respostas positivas: 100% dos participantes relataram maior facilidade com o modelo pictográfico, melhor compreensão de horários e quantidades, maior segurança no uso, melhor adesão ao tratamento e utilidade universal para pessoas com baixo letramento.

Além disso, 100% dos participantes afirmaram intenção de uso contínuo do modelo, consideraram-no totalmente fácil de compreender e relataram que ele contribui diretamente para a prevenção de erros em medicamentos – os dados completos encontram-se sistematizados na Tabela 2.

Tabela 1

Apresentação dos dados coletados referentes à etapa pré-exposição ao modelo pictográfico

Item	Frequência n (%)	Item	Frequência n (%)	Item	Frequência n (%)
GRUPO		IDADE		ESCOLARIDADE	
Não letrado	14 (28%)	19–29	6 (12%)	Nenhuma	21 (42%)
Surdo	13 (26%)	30–39	2 (4%)	Fundamental incompleto	12 (24%)
Analfabeto	23 (46%)	40–49	5 (10%)	Fundamental completo	11 (22%)
		50–59	7 (14%)	Médio incompleto	6 (12%)
GÊNERO		60–69	4 (8%)		
Feminino	25 (50%)	70–79	8 (16%)	SABE LER E ESCREVER	
Masculino	21 (42%)	80–91	18 (36%)	Sim, totalmente	20 (40%)
Outro/NR	4 (8%)			Sim, parcialmente	18 (36%)
		PROFISSÃO		Não	12 (24%)
ÁREA DE RESIDÊNCIA		Trabalhador informal	10 (20%)	DIFICULDADE COM RECEITAS	
Urbana	33 (66%)	Agricultor	9 (18%)	Sim	28 (56%)
Rural	17 (34%)	Aposentado	8 (16%)	Não	22 (44%)
		Estudante	7 (14%)		
COR AUTODECLARADA		Desempregado	6 (12%)	LÊ RECEITAS	
Branca	13 (26%)	Trabalhador formal	6 (12%)	Sim, sempre	18 (36%)
Preta + Parda	36 (72%)	Outro	4 (8%)	Às vezes	12 (24%)
Amarela	1 (2%)			Não	17 (34%)
Indígena	0 (0%)	IDENTIFICA MEDICAMENTOS			
		Sim, completamente	15 (30%)	Não, nunca	3 (6%)
INTERPRETA O QUE LÊ		Às vezes	10 (20%)		
Sim, totalmente	17 (34%)	Não, tenho dificuldade	18 (36%)	RECEBEU ORIENTAÇÃO VERBAL	
Sim, parcialmente	15 (30%)	Não, não sei identificar	7 (14%)	Sim, sempre	31 (62%)
Não	18 (36%)				

DIFICULDADE COM MEDICAMENTOS		GUARDA RECEITAS		Às vezes	11 (22%)
Sim	40 (80%)	Sim, sempre	23 (46%)	Não, nunca	8 (16%)
Não	10 (20%)	Às vezes	11 (22%)	EXPLICAÇÃO FOI CLARA	
		Não, nunca	16 (32%)	Sim, completamente	13 (26%)
				Às vezes	16 (32%)
				Não, nunca	21 (42%)
PRECISOU DE AJUDA		IDENTIFICA DOSAGEM		DÚVIDAS SOBRE QUANTIDADE	
Sim	31 (62%)	Sim, completamente	11 (22%)	Sim, sempre	19 (38%)
Às vezes	12 (24%)	Às vezes	23 (46%)	Às vezes	18 (36%)
Não	7 (14%)	Não, tenho dificuldade	16 (32%)	Não, nunca	13 (26%)
ACESSO À INTERNET		RECEITAS FÁCEIS DE SEGUIR		ORIENTAÇÃO EM CASO DE ESQUECIMENTO	
Sim, sempre	22 (44%)	Sim	17 (34%)	Sim	20 (40%)
Às vezes	14 (28%)	Às vezes	14 (28%)	Às vezes	12 (24%)
Não, nunca	14 (28%)	Não	19 (38%)	Não	18 (36%)

Tabela 2

Apresentação dos dados coletados referentes à etapa pós-exposição ao modelo pictográfico

Item	Frequência n (%)	Item	Frequência n (%)	Item	Frequência n (%)
PÓS-INTERVENÇÃO – FACILIDADE (PICTOGRAMA)		COMPREENSÃO DA QUANTIDADE		CUIDADOS ESPECIAIS	
Sim, muito mais fácil	50 (100%)	Sim, completamente	50 (100%)	Sim, completamente	50 (100%)
ENTENDIMENTO DOS HORÁRIOS		SEGURANÇA NO USO		ADESÃO AO TRATAMENTO	
Sim, totalmente	50 (100%)	Sim, completamente	50 (100%)	Sim, completamente	50 (100%)
USO CONTÍNUO DE PICTOGRAMAS		PREVENÇÃO DE ERROS		UTILIDADE PARA BAIXO LETRAMENTO	
Sim, sempre	50 (100%)	Sim, com certeza	50 (100%)	Sim	50 (100%)
FACILIDADE DO MODELO					
Sim, totalmente fácil	50 (100%)				

4 DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de forma intencional, envolvendo pessoas surdas usuárias de Libras e indivíduos analfabetos ou com baixíssimo letramento funcional, com o objetivo de analisar a efetividade comunicacional das prescrições médicas em populações estruturalmente excluídas do modelo textual convencional. O desenho metodológico priorizou justamente sujeitos que representam os limites do modelo escrito de prescrição, permitindo avaliar a comunicação em saúde em condições de vulnerabilidade real. Essa estratégia está alinhada a abordagens contemporâneas de saúde coletiva que enfatizam o estudo de populações marginalizadas em contextos cotidianos (Sørensen *et al.*, 2015; Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

O recrutamento ocorreu em ambientes comunitários e de atenção primária, como associações de surdos, unidades básicas de saúde e espaços sociais de convivência. Essa escolha metodológica buscou reduzir o viés institucional típico de pesquisas realizadas em ambientes hospitalares, nos quais há maior influência de autoridade médica e respostas socialmente desejáveis. A literatura aponta que abordagens comunitárias favorecem maior autenticidade dos relatos em populações vulneráveis (Nguyen & Peschard, 2003; Helman, 2007).

O perfil sociodemográfico da amostra revelou predominância de baixa escolaridade, analfabetismo funcional e limitações comunicacionais significativas. Esse padrão confirma a adequação do recorte, pois permite analisar diretamente os efeitos da comunicação médica em grupos para os quais o modelo textual tradicional não foi concebido. A homogeneidade relativa da amostra também reduz variáveis de confusão relacionadas à escolarização formal (Sørensen *et al.*, 2015).

No que se refere à cor autodeclarada, a amostra apresentou predominância expressiva de participantes que se identificaram como pretos e pardos. Esse perfil racial não é um dado neutro, mas dialoga diretamente com a literatura sobre desigualdades estruturais em saúde no Brasil, que aponta maior concentração de analfabetismo funcional, barreiras de acesso à informação e vulnerabilidades comunicacionais entre populações negras. A sobre-representação de pretos e pardos na amostra reforça que as limitações observadas na compreensão de prescrições médicas não se distribuem de forma aleatória, mas acompanham marcadores sociais de desigualdade historicamente consolidados. Nesse sentido, a dificuldade de acesso à informação em saúde assume

também uma dimensão racial, evidenciando que a exclusão comunicacional se insere em um contexto mais amplo de iniquidades sociais e sanitárias. Assim, a análise da cor autodeclarada contribui para compreender que o problema investigado não é apenas linguístico ou educacional, mas interseccional, envolvendo raça, escolaridade e acesso a direitos, o que reforça a necessidade de modelos comunicacionais inclusivos orientados pela equidade (Sørensen *et al.*, 2015; Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Os dados de letramento funcional indicam um cenário crítico de incapacidade de leitura e interpretação textual em saúde. Uma parcela expressiva dos participantes não sabe ler ou apresenta leitura extremamente limitada, o que compromete diretamente a compreensão de instruções médicas. Essa distinção entre alfabetização e letramento funcional é amplamente reconhecida na literatura como central para a análise de segurança do paciente (Doak, Doak & Root, 1996; Campos, 2009).

Mais da metade dos participantes afirmou não conseguir interpretar textos, mesmo quando consegue decodificar palavras isoladas. Isso demonstra que a leitura mecânica não garante compreensão funcional em saúde, especialmente quando há necessidade de interpretação de instruções técnicas. Estudos prévios já demonstraram que a compreensão clínica exige competências cognitivas adicionais à leitura básica (Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Weiss, 2007).

A dependência de terceiros para compreensão de receitas médicas foi amplamente relatada, evidenciando um padrão estrutural de heteronomia informacional. Essa dependência não apenas compromete a autonomia terapêutica, mas também introduz riscos de erro e perda de confidencialidade nas decisões de saúde. A literatura destaca que a mediação informal frequentemente aumenta vulnerabilidades em vez de reduzi-las (Araújo *et al.*, 2015; Schillinger *et al.*, 2003).

Entre pessoas surdas, essa dependência assume dimensão ainda mais crítica, pois envolve simultaneamente barreiras linguísticas e institucionais. A ausência de intérpretes de Libras e de comunicação acessível nos serviços de saúde limita a compreensão desde o momento da consulta. Estudos mostram que a exclusão comunicacional de pessoas surdas no sistema de saúde é estrutural e persistente (Kuenburg *et al.*, 2016; McKee *et al.*, 2011).

No conjunto, os dados indicam que a prescrição textual tradicional não cumpre sua função comunicacional para grande parte da amostra. Isso não representa falha individual dos pacientes, mas inadequação estrutural do modelo comunicacional baseado

exclusivamente em linguagem escrita. Tal problema já foi identificado em estudos sobre letramento em saúde em diferentes contextos populacionais (Santos & Portes, 2019).

As experiências prévias com receitas médicas revelam dificuldades recorrentes na compreensão de instruções básicas como horários, doses e duração do tratamento. Essas dificuldades impactam diretamente a adesão terapêutica e aumentam o risco de eventos adversos. A literatura associa baixa compreensão de prescrições a maior probabilidade de erros de medicação (Bernardo *et al.*, 2021; Shrank *et al.*, 2010).

A identificação de medicamentos também se mostrou limitada, com baixa capacidade de reconhecer corretamente fármacos e suas funções. Esse problema é agravado em contextos de polifarmácia, nos quais múltiplos medicamentos com aparência semelhante aumentam o risco de confusão. Estudos apontam que identificação inadequada de medicamentos é fator relevante em eventos adversos evitáveis (Bates *et al.*, 2003; Shrank *et al.*, 2010).

Apenas uma minoria consegue compreender adequadamente a posologia prescrita, incluindo frequência, quantidade e duração do tratamento. Essa limitação compromete diretamente a eficácia terapêutica e pode levar a subdosagem, superdosagem ou interrupção indevida do tratamento. A literatura identifica a posologia como um dos pontos críticos de falha na comunicação em saúde (Gellad *et al.*, 2011; Bailey *et al.*, 2014).

As estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes são predominantemente informais e instáveis. Incluem memória, ajuda de familiares ou armazenamento de embalagens como referência visual, o que não garante segurança contínua. Tais estratégias são reconhecidas como insuficientes para garantir adesão terapêutica segura (Institute of Medicine, 2006; Wolf *et al.*, 2011).

O acesso à informação digital também é limitado, o que impede a utilização de ferramentas tecnológicas como suporte ao letramento em saúde. A exclusão digital reforça desigualdades já existentes no acesso à informação médica. Estudos demonstram que tecnologias de saúde não substituem adequadamente intervenções estruturais de acessibilidade comunicacional (Levine *et al.*, 2020).

A orientação verbal oferecida nos serviços de saúde apresenta limitações importantes, especialmente em relação à retenção de informações e acessibilidade linguística. Instruções verbais isoladas tendem a ser esquecidas ou mal compreendidas,

sobretudo em contextos de baixa literacia em saúde. A literatura confirma a baixa eficácia desse modelo comunicacional isolado (McCarthy *et al.*, 2012).

Esse conjunto de evidências demonstra que o sistema de prescrição vigente depende de competências não distribuídas de forma equitativa na população. Isso gera uma assimetria estrutural entre o modelo comunicacional do sistema de saúde e as capacidades reais dos usuários. Tal assimetria é reconhecida como problema central em estudos de equidade em saúde (Sørensen *et al.*, 2015).

Antes da intervenção, predominava um quadro de insegurança terapêutica generalizada, com dúvidas constantes sobre uso de medicamentos e baixa compreensão das instruções médicas. Esse cenário está associado a maior risco de eventos adversos e baixa adesão ao tratamento. A literatura indica forte correlação entre baixo letramento e insegurança medicamentosa (Doak, Doak & Root, 1996; Weiss, 2007).

A incapacidade de seguir corretamente prescrições médicas não deve ser interpretada como negligência individual, mas como resultado de inadequação estrutural do modelo comunicacional. Essa leitura desloca a responsabilidade do indivíduo para o sistema de saúde, alinhando-se a abordagens críticas do letramento em saúde (Rudd, 2007; Wolf *et al.*, 2011).

A análise dos dados evidencia que o problema não é apenas técnico, mas estrutural e institucional, pois o sistema pressupõe um usuário ideal alfabetizado e plenamente letrado. Esse pressuposto não corresponde à realidade social dos usuários do sistema público de saúde. Essa desconexão já foi amplamente discutida na literatura sociológica da saúde (Lima, 2008; Jodelet, 2009).

O quadro empírico descrito anteriormente adquire densidade jurídica quando se observa que a comunicação em saúde não é apenas uma dimensão técnica do cuidado, mas um elemento constitutivo do próprio direito à saúde. No ordenamento brasileiro, o art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o que implica não apenas acesso a serviços, mas também acesso compreensível às informações necessárias ao seu uso adequado (Brasil, 1988; Correia & Ferreira, 2025).

Nesse sentido, a incompreensão generalizada de prescrições médicas por parte dos participantes indica uma limitação material do exercício do direito à saúde. Não se trata de ausência formal de acesso ao sistema, mas de impossibilidade prática de utilização segura dos serviços ofertados. Essa distinção é central para a análise contemporânea de equidade em saúde (Santos & Portes, 2019; Wolf *et al.*, 2011).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) reforça esse dever ao estabelecer a obrigatoriedade de acessibilidade comunicacional em serviços públicos, incluindo saúde. A ausência de adaptações para pessoas surdas, especialmente no que se refere à Libras, configura barreira comunicacional incompatível com o padrão normativo de acessibilidade previsto na legislação brasileira (Brasil, 2015; Vinuto, 2014).

Do ponto de vista dos direitos humanos internacionais, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, com status constitucional no Brasil, estabelece que os Estados devem assegurar acesso à informação em formatos acessíveis. A persistência de modelos exclusivamente textuais de prescrição contraria esse dever de adaptação razoável, especialmente para pessoas com deficiência sensorial ou intelectual (ONU, 2006; Mazzu-Nascimento *et al.*, 2020).

A análise dos dados também evidencia violação do direito à informação em saúde, elemento essencial para o consentimento livre e esclarecido. Sem compreensão adequada das instruções médicas, não há autonomia real na tomada de decisões terapêuticas, o que compromete a validade material do consentimento (UNESCO, 2005; Beauchamp & Childress, 2013).

A autonomia, nesse contexto, não pode ser entendida como atributo abstrato, mas como capacidade concreta de compreensão. Quando 56% dos participantes não compreendem prescrições e 80% relatam dificuldades no uso de medicamentos, há um déficit estrutural de autonomia decisional no cuidado em saúde (WHO, 2011; Jodelet, 2009).

Esse cenário também implica violação do princípio da não maleficência, uma vez que a manutenção de um modelo comunicacional inacessível expõe previsivelmente pacientes a riscos evitáveis. Erros de dose, interrupções indevidas e uso incorreto de medicamentos são consequências previsíveis de falhas comunicacionais sistemáticas (Beauchamp & Childress, 2013; Institute of Medicine, 2006).

A Declaração de Helsinki reforça essa obrigação ao determinar que informações médicas devem ser fornecidas de forma compreensível aos participantes e pacientes, levando em consideração suas capacidades linguísticas e educacionais. A ausência de adequação comunicacional, portanto, não é neutra, mas eticamente problemática (World Medical Association, 2013).

Sob a ótica do princípio da equidade, o modelo atual de prescrição reproduz desigualdades estruturais ao exigir competências de leitura e interpretação não

distribuídas de forma uniforme na população. Em vez de reduzir desigualdades, o sistema as incorpora e as amplia no momento da comunicação clínica (Sørensen *et al.*, 2015; Lima, 2008).

Essa assimetria revela uma forma de exclusão institucionalizada, na qual apenas indivíduos plenamente alfabetizados e letrados conseguem exercer de forma segura o cuidado de si. Isso configura uma barreira estrutural ao acesso igualitário à saúde, contrariando o princípio da universalidade do sistema (Brasil, 1988; Rudd, 2007).

No caso das pessoas surdas, a exclusão comunicacional assume caráter agravado, pois envolve simultaneamente barreiras linguísticas, institucionais e culturais. A ausência de comunicação em Libras durante consultas e orientações farmacêuticas compromete diretamente o direito à acessibilidade comunicacional (Kuenburg *et al.*, 2016; McKee *et al.*, 2011).

A soma desses elementos demonstra que a comunicação em saúde, quando inacessível, produz não apenas ineficiência clínica, mas também violação de direitos fundamentais. O acesso à saúde, nesse caso, deixa de ser materialmente universal e passa a ser condicionado ao capital educacional do indivíduo (Correia & Ferreira, 2025; Santos & Portes, 2019).

Nesse contexto, a intervenção pictográfica analisada no estudo assume relevância jurídica e sanitária, pois reconfigura a comunicação médica em direção à acessibilidade universal. Ao transformar instruções textuais em linguagem visual, o modelo reduz barreiras estruturais de compreensão (Houts *et al.*, 2006; Dowse & Ehlers, 2005).

Os resultados demonstram que a compreensão plena por parte dos participantes não é apenas um dado empírico, mas um indicador de adequação normativa às exigências de acessibilidade em saúde. A universalidade da compreensão observada sugere alinhamento com princípios de equidade e inclusão (Ferreira, 2016; Smiciklas, 2012).

A efetividade do modelo pictográfico, portanto, não se limita à melhoria da adesão terapêutica, mas alcança dimensão normativa mais ampla, relacionada à concretização de direitos fundamentais. Trata-se de uma tecnologia de mediação comunicacional com impacto direto na justiça em saúde (Correia & Ferreira, 2022).

Além disso, a intervenção contribui para a redução da dependência de terceiros, fortalecendo a autonomia informacional dos pacientes. Isso tem implicações éticas relevantes, pois reduz riscos de interpretação incorreta e preserva a confidencialidade do cuidado (Wolf *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2015).

Dessa forma, o modelo pictográfico pode ser compreendido como instrumento de efetivação prática dos direitos humanos no campo da saúde. Ele materializa o dever estatal de garantir informação acessível, compreensível e segura a todos os usuários do sistema (ONU, 2006; Wolf *et al.*, 2011).

Conclui-se que a persistência de modelos exclusivamente textuais de prescrição médica, diante de evidências robustas de incompreensão por parte de populações vulneráveis, configura não apenas um problema técnico, mas uma questão de justiça distributiva e direitos humanos. A intervenção analisada representa, portanto, uma resposta normativa e ética a essa assimetria estrutural (Campos, Ribeiro & Lima, 2024).

5 CONCLUSÃO

A análise integrada dos resultados demonstra que o modelo de prescrição pictográfica inclusiva é não apenas viável, mas altamente efetivo para reduzir lacunas estruturais de acesso, compreensão e segurança medicamentosa entre pessoas analfabetas, pouco letradas e surdas. Os achados evidenciam que as dificuldades identificadas na fase pré-intervenção não são circunstanciais, mas expressão de desigualdades históricas vinculadas à exclusão educacional, barreiras comunicacionais e falhas institucionais persistentes no sistema de saúde. Nesse contexto, a incapacidade de compreender prescrições médicas não pode ser interpretada como déficit individual, mas como resultado de um modelo comunicacional estruturalmente excludente, que compromete diretamente o exercício do direito à informação em saúde e à autonomia terapêutica.

Os resultados da intervenção indicam impacto imediato e universal na compreensão, com 100% dos participantes relatando maior clareza, segurança e autonomia no uso de medicamentos. Esse achado confirma que a transformação da linguagem clínica em formato visual reduz significativamente desigualdades interseccionais relacionadas à escolaridade, idade, deficiência sensorial e contexto social. Assim, o modelo pictográfico não apenas melhora a adesão terapêutica, mas opera como mecanismo concreto de redução de assimetrias estruturais no acesso à saúde. Do ponto de vista teórico, os dados reforçam que o letramento em saúde não pode ser resolvido apenas por estratégias educativas, exigindo transformações estruturais nos próprios instrumentos de comunicação do sistema.

À luz dos direitos humanos, os achados permitem afirmar que a ausência de comunicação acessível em saúde configura restrição material ao direito à saúde, ao direito à informação e ao direito à autonomia decisória. Quando prescrições médicas não são compreensíveis para parcelas significativas da população, há violação do princípio da igualdade substancial no acesso ao sistema de saúde, bem como enfraquecimento do consentimento informado. A intervenção pictográfica evidencia, por outro lado, que a adaptação comunicacional dos serviços de saúde é capaz de concretizar esses direitos de forma efetiva, promovendo equidade, segurança e dignidade. Conclui-se, portanto, que a prescrição acessível não é apenas uma inovação técnica, mas uma exigência ética e jurídica de direitos humanos, ao transformar o acesso à informação em saúde em condição real de cidadania e justiça social.

REFERÊNCIAS

- Araújo, C. C. J., Coura, A. S., França, I. S. X., Araújo, A. K. F., & Medeiros, K. K. A. S. (2015). Consulta de enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. *ABCS Health Sciences*, 40, 38–44.
- Bailey, S. C., Brega, A. G., Crutchfield, T. M., Elasy, T., Herr, H., Kaphingst, K. A., Karter, A. J., Moreland-Russell, S., Osborn, C. Y., Pignone, M., Rothman, R. L., & Schillinger, D. (2014). Update on health literacy and diabetes. *The Diabetes Educator*, 40(5), 581–604. <https://doi.org/10.1177/0145721714540220>
- Bates, D. W., Cohen, M., Leape, L. L., Overhage, J. M., Shabot, M. M., & Sheridan, T. (2003). Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(3), 299–308. <https://doi.org/10.1197/jamia.M120>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Bernardo, L. A., Tholl, A. D., Nitschke, R. G., Viegas, S. M. F., Schoeller, S. D., Bellaguarda, M. L. R., *et al.* (2021). Cotidiano de estudantes no cuidado de surdos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 25, e20200341.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.
- Brasil. (2015). *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*.
- Campos, A. M., Ribeiro, K. D., & Lima, L. C. (2024). Saúde e informação: direitos humanos, crise sanitária e a governança democrática. *Informação & Informação*, 28(4), 148–178. <https://doi.org/10.5433/1981-8920.2023v28n4p148>

- Campos, P. H. F. (2009). O estudo da ancoragem das representações sociais e o campo da educação. *Revista de Educação Pública*, 26, 775–797.
- Correia, L. P. de F., & Ferreira, M. de A. (2025). O cuidado ao surdo no serviço de saúde: um clamor silenciado. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT045224>
- Correia, L. P. F., & Ferreira, M. A. (2022). Health care of deaf persons during coronavirus pandemics. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 1), e20201036.
- Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). Teaching patients with low literacy skills (2nd ed.). J. B. Lippincott.
- Dowse, R., & Ehlers, M. (2005). Pharmaceutical pictograms for low-literate patients: Design and evaluation. *Patient Education and Counseling*.
- Ferreira, M. A. (2016). Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20, 214–219.
- Firmo, J. O. A., Uchôa, E., & Lima-Costa, M. F. (2004). Projeto Bambuí: Fatores associados ao conhecimento da condição de hipertensão entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 512-521.
- Gellad, W. F., *et al.* (2011). Medication adherence and health outcomes in chronic disease populations. *American Journal of Medicine*.
- Goulart, F. A. A. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde (1ª ed.). Ministério da Saúde.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 173-190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.006>
- Institute of Medicine. (2006). Preventing medication errors. The National Academies Press.
- Jodelet, D. (2009). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e Estado*, 24, 679–712.
- Katz, M. G., Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Use of pictorial aids in medication instructions: A review of the literature. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63(23), 2391-2397. <https://doi.org/10.2146/ajhp060216>
- Kuenburg, A., Fellingner, P., & Fellingner, J. (2016). Health care access among Deaf people: A review. *Community Health*, 40(4), 865–872. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0091-y>

- Levine, D. M., Lipsitz, S. R., Linder, J. A., & Bates, D. W. (2020). Digital health interventions for vulnerable populations: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e18276.
- Lima, L. C. (2008). Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. *Revista de Educação Pública*, 17, 83–97.
- Mackellar, A., Ashcroft, D. M., Bell, D., James, D. H., & Marriott, J. (2007). Identifying criteria for the assessment of pharmacy students' communication skills with patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 71(3), 1-50.
- Maragno, C. A. D. (2009). Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Mazzu-Nascimento, T., Melo, D. G., Evangelista, D. N., Silva, T. V., Afonso, M. G., Cabello, J., *et al.* (2020). Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. *Audiology – Communication Research*, 25, e2361.
- McCarthy, D. M., Waite, K. R., Curtis, L. M., Engel, K. G., Baker, D. W., & Wolf, M. S. (2012). What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Medical Care*, 50(4), 277–282.
- McKee, M. M., Barnett, S. L., Block, R. C., & Pearson, T. A. (2011). Impact of communication on preventive services among Deaf American Sign Language users. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(1), 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.03.004>
- Medeiros, G. C. R., Silva, P. Q., Silva, S. S., & Leal, L. B. (2011). Pictogramas na orientação farmacêutica: Um estudo de revisão. *Revista Brasileira de Farmácia*, 93(3), 96-103.
- Moreira, M. F., Nóbrega, M. M. L., & Silva, M. I. T. (2003). Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 184-188. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200004>
- Oliveira, Y. C. A., Celino, S. D. M., & Costa, G. M. C. (2015). Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis*, 25, 307–320.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S19–S26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Passamai, M. P. B., Sampaio, H. A. C., Dias, A. M. I., & Cabral, L. A. (2012). Functional health literacy: Reflections on Brazilian studies. *Revista de Saúde Pública*.
- Ronzani, T. M., & Silva, C. D. M. (2008). O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 23-34. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>

- Rosaneli, C. F., Karasinski, M., Michelotto, L. M., Ricciardi, F. D., Pereira, F. E. O., & Pioresan, I. W. (2024). Vulnerabilities and human rights violations based on the Global Burden of Disease in Brazil: An integrative review. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 26, 1-16. <https://doi.org/10.14422/rib.i26.y2024.002>
- Rudd, R. E. (2007). *Health literacy skills of U.S. adults*. Harvard School of Public Health.
- Sampaio, L. F., Silva, L. M. L., Velhos, G. C. C., Martins, M. G. G., Castilho, S. R., & Altenburg, S. P. (2008). Pictogramas como linguagem para a compreensão da prescrição medicamentosa. *Revista Brasileira de Farmácia*, 89(2), 150-154.
- Santos, A. S., & Portes, A. J. F. (2019). Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na atenção básica à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3127.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., ... & Bindman, A. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83–90. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>
- Shrank, W. H., Choudhry, N. K., Liberman, J. N., Brennan, T. A., & Solomon, D. H. (2010). Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of nonadherence. *JAMA Internal Medicine*, 170(11), 981–987. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.120>
- Silva, L. W. S., & Kézia, M. O. (2010). Analfabetismo e declínio cognitivo: Um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), 245-257.
- Silva, M. T., & Galvão, T. F. (Eds.). (2018). *Portal Tuxauas: Pensando condutas e práticas baseadas em evidências*. Disponível em: <http://www.tuxauas.com.br>
- Smiciklas, M. (2012). *The power of infographics: Using pictures to communicate and connect with your audiences*. Que Publishing.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- UNESCO. (2005). *Education for all global monitoring report*. UNESCO Publishing.
- Sorfleet, C., Vaillancourt, R., Groves, S., & Dawson, J. (2009). Design, development, and evaluation of pictographic instructions for medications used during humanitarian missions. *Canadian Pharmacists Journal*, 142(2), 82-88. <https://doi.org/10.1177/1715163509336513>
- Vasconcelos, M. I. O., Farias, Q. L. T., Nascimento, F. G., Cavalcante, A. S. P., Mira, Q. L. M., & Queiroz, M. V. O. (2017). Educação em saúde na atenção básica: Uma análise das ações com hipertensos. *Revista APS*, 20(2), 253-262. <https://doi.org/10.11202/aps.v20i2.3553>



Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22, 203–220.





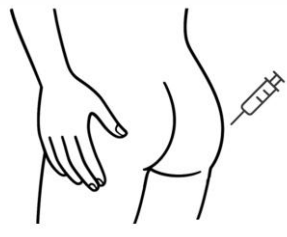
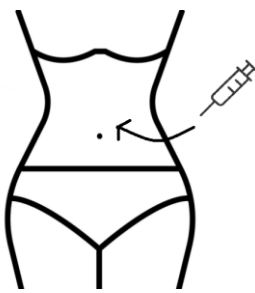
Weiss, B. D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand*. American Medical Association Foundation.

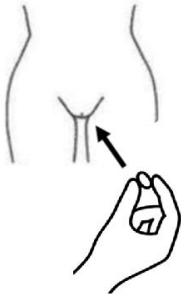



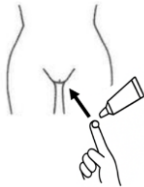


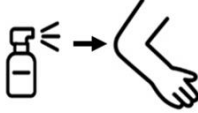


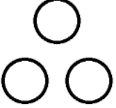
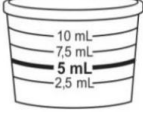
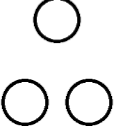

Wolf, M. S., Curtis, L. M., Waite, K., Bailey, S. C., Hedlund, L. A., Davis, T. C., Shrank, W., Parker, R. M., & Wood, A. J. (2011). *Helping patients simplify and safely use complex prescription regimens*. *Archives of Internal Medicine*, 171(4), 300–305.

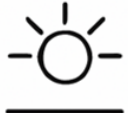

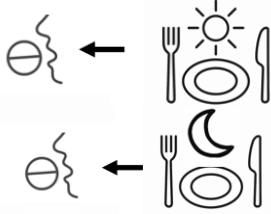
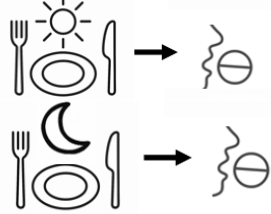
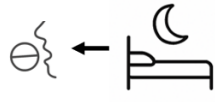





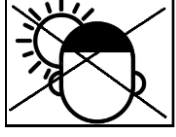
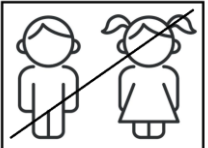

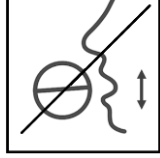


World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

APÊNDICE 1 – MODELO PICTOGRÁFICO BASEADO EM POPULAÇÕES ANALFABETAS, SURDAS E POUCO LETRADAS

 <p>Adesivo transdérmico</p>	 <p>Cápsula ou comprimido</p>
 <p>Aerossol com espaçador</p>	 <p>Colírio (oftálmico)</p>
 <p>Aerossol sem espaçador</p>	 <p>Comprimido efervescente</p>

 <p>Aplicar puff no nariz</p>	 <p>Comprimido mastigável</p>
 <p>Comprimido sublingual</p>	 <p>Creme ou pomada</p>
 <p>Creme ocular</p>	 <p>Gotas orais</p>
 <p>Gotas otológicas</p>	 <p>Injeção intramuscular</p>
 <p>Injeção no braço</p>	 <p>Injeção subcutânea</p>

 <p>Óvulo vaginal</p>	 <p>Pó para diluir</p>
 <p>Pó para reconstituição</p>	 <p>Pomada anal</p>
 <p>Pomada vaginal</p>	 <p>Pomada ocular</p>
 <p>Spray para garganta</p>	 <p>Spray no corpo</p>
 <p>Supositório (anal)</p>	 <p>Suspensão oral</p>
 <p>Comprimido/cápsula</p>	 <p>Mililitros (ml)</p>
 <p>Puffs</p>	 <p>Início da manhã</p>

 <p>Meio dia</p>	 <p>Final da tarde</p>
 <p>Antes de comer</p>	 <p>Depois de comer</p>
 <p>Antes de dormir</p>	 <p>Não fumar</p>
 <p>Não beber álcool</p>	 <p>Não armazenar refrigerado</p>
 <p>Armazenar refrigerado</p>	 <p>Evitar sol (exposição do fármaco)</p>
 <p>Evitar sol (exposição da pessoa)</p>	 <p>Manter longe de crianças</p>
 <p>Não dirigir após uso</p>	 <p>Não mastigar</p>
 <p>Tomar com água após</p>	 <p>Tomar se dor de cabeça</p>

 <p>Tomar se dor no braço</p>	 <p>Tomar se dor no joelho</p>
 <p>Tomar se dor geral</p>	 <p>Tomar se febre</p>
 <p>Tomar se náusea ou vômito</p>	

<p style="text-align: center;">D S T Q Q S S</p> <p>☀ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>☾ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>☺</p> <p style="text-align: center;">Dias</p>
<p style="text-align: center;">D S T Q Q S S</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>⊘</p> <p style="text-align: center;">Semanas</p>
<p style="text-align: center;">D S T Q Q S S</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>⊘</p> <p style="text-align: center;">Ciclos</p>