



Avaliação de cartilha para o autoexame ocular no contexto do HIV/aids*

Assessment of the virtual guide on eye self-examination in the context of HIV/AIDS

Evaluación de la cartilla para el autoexamen ocular en el contexto del VIH/Sida

Jennara Candido Nascimento¹, Maria Alzete Lima², Paulo Cesár de Almeida³,
Lorita Marlena Freitag Pagliuca⁴, Joselany Áfio Caetano⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a eficácia de uma cartilha com vistas à promoção da saúde ocular. **Métodos:** Estudo transversal, desenvolvido com 130 portadores do HIV/aids, atendidos em um ambulatório, entre maio e agosto/2010. A coleta foi realizada por meio de entrevista e observação, utilizando-se três formulários que abordaram o perfil socioeconômico, o entendimento da cartilha e a realização do autoexame ocular. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, testes de χ^2 e Fisher-Freeman-Halton. Consideraram-se como estatisticamente significantes aqueles com $p < 0,05$. **Resultados:** A cartilha foi avaliada positivamente nos quesitos entendimento do texto e adequação das ilustrações. Houve diferença estatisticamente significativa entre os exames realizados com auxílio da cartilha ($p = 0,036$). Comparando os resultados obtidos pelos participantes e pesquisadores, observou-se proximidade nos achados ($p > 0,140$), excetuando apenas a avaliação da pálpebra direita. **Conclusão:** A cartilha auxiliou no desenvolvimento adequado do autoexame ocular, possibilitando às pessoas conhecerem as alterações no olho.

Descritores: Estudos de avaliação; Tecnologia educacional; Promoção da saúde; Infecções por HIV; Saúde ocular

ABSTRACT

Objective: To analyze the efficacy of a virtual guide with a view to promoting eye health. **Methods:** Cross-sectional study carried out with 130 HIV/AIDS patients from an ambulatory unit between May and August/2010. The data was collected through interviews and observation, using three forms that addressed the socioeconomic profile, understanding and performing the virtual guide eye self-examination. Data were analysed using descriptive statistics, χ^2 and Fisher-Freeman-Halton tests. It was considered statistically significant $p < 0.05$. **Results:** The virtual guide was positively evaluated in the categories of understanding and adequacy of text illustrations. There was statistically significant difference between the tests performed with this virtual guide ($p = 0.036$). Comparing the results obtained by participants and researchers, we observed similarities in the findings ($p > 0.140$), excepting only the evaluation of the right eyelid. **Conclusion:** The virtual guide helped developing proper eye self-exam, enabling people to notice alterations in their eyes. **Keywords:** Evaluation studies; Education technology; Health promotion; HIV infections; Eye health

RESUMEN

Objetivo: Analizar la eficacia de una cartilla con vistas a la promoción de la salud ocular. **Métodos:** Estudio transversal, desarrollado con 130 portadores del VIH/Sida, atendidos en un consultorio externo, entre Mayo y Agosto/2010. La recolección de los datos fue realizada por medio de entrevista y observación, utilizándose tres formularios que abordaron el perfil socioeconómico, el entendimiento de la cartilla y la realización del autoexamen ocular. Los datos fueron analizados por medio de la estadística descriptiva, test de χ^2 y Fisher-Freeman-Halton. Se consideraron como estadísticamente significativos aquellos con $p < 0,05$. **Resultados:** La cartilla fue evaluada positivamente en los criterios de entendimiento del texto y adecuación de las ilustraciones. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre los exámenes realizados con ayuda de la cartilla ($p = 0,036$). Comparando los resultados obtenidos por los participantes e investigadores, se observó aproximación en los hallazgos ($p > 0,140$), exceptuando la evaluación del párpado derecho. **Conclusión:** La cartilla ayudó en el desarrollo adecuado del autoexamen ocular, permitiendo a las personas conocer las alteraciones en el ojo.

Descriptores: Estudios de evaluación; Tecnología educacional; Promoción de la salud; Infecciones por VIH; Salud ocular

*Artigo extraído da Dissertação "Avaliação de uma tecnologia educativa na promoção da saúde ocular de pessoas portadoras do HIV/aids", apresentada em 2010, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza (CE), Brasil.

¹ Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza (CE), Brasil.

² Mestre em Enfermagem. Professora Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina (PI), Brasil.

³ Estatístico. Doutor. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza (CE), Brasil.

⁴ Doutoradas em Enfermagem. Docentes do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza (CE), Brasil.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de atividades educativas, bem como a construção e validação de tecnologias voltadas à promoção da saúde de indivíduos e coletivos vem se destacando entre as ações de enfermagem ao longo dos anos. Tecnologia, de modo geral, refere-se a todo e qualquer método ou dispositivo utilizado para promover a saúde, impedir a morte, tratar doenças e melhorar a reabilitação ou o cuidado do indivíduo ou da população⁽¹⁾.

Deste modo, destaca-se a importância da tecnologia como instrumento mediador de mudança de comportamento no campo da educação em saúde, com especial ênfase, para as tecnologias leves. Com base nesse entendimento, observa-se uma variedade de materiais empregados no cotidiano das práticas, a exemplo de cartazes, *folders*, manuais, cartilhas, vídeos, com o objetivo de auxiliar na adoção de posturas mais salutares. Esses materiais não só ofertam informação, mas facilitam a experiência do aprendizado e de mudança⁽²⁾.

No contexto do cuidado, percebe-se que, em algumas áreas, a exemplo da saúde materno-infantil⁽³⁾, o desenvolvimento de tais materiais ocorre com maior frequência. No entanto, também se observam áreas, como a saúde ocular, cuja oferta desses recursos ainda não contempla aspectos de importância da assistência dos indivíduos e coletivos, especialmente, no que se referem à promoção da saúde.

Ao analisar a produção de materiais desenvolvidos para o cuidado de pessoas que convivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e com a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), percebe-se que abordam prioritariamente aspectos relacionados à epidemiologia da infecção, à adesão ao tratamento medicamentoso e às condutas preventivas. Embora outros assuntos de interesse, a exemplo das infecções oportunistas e sua repercussão na saúde dessas pessoas, ainda não sejam abordados de forma eficaz.

Na área da saúde ocular, ainda é tímida a oferta de iniciativas voltadas à prevenção de agravos ao sistema visual. Além desse aspecto, merece destacar a limitação do acesso da população à consulta regular com oftalmologista, o que prejudica a identificação de alterações visuais precocemente, contribuindo assim para a instalação de agravos, a exemplo da cegueira⁽⁴⁾.

Dentro desse contexto, enfatiza-se que existem grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas visuais, a exemplo das pessoas que convivem com o HIV/aids. Cerca de 50% a 75% dessas pessoas desenvolvem alguma complicação nos olhos. A maioria é desencadeada por infecções oportunistas e neoplasias, como resultado direto da imunossupressão^(5,6).

Assim, a única ação efetiva é a detecção em estágios iniciais do problema ocular. Diante dos relatos das dificuldades dos usuários dos serviços de saúde para conseguir uma consulta com oftalmologista, o que denota uma

fragilidade na atenção às pessoas soropositivas, além do alto custo dos exames oftalmológicos, uma estratégia eficaz seria o autoexame ocular, que se caracteriza como prevenção, sem custos, seguro e facilmente aplicado em grandes massas populacionais.

Pelo exposto, Caetano e Pagliuca⁽⁷⁾ construiu e validou uma cartilha para o autoexame ocular. Esta foi formulada para ser utilizada pelas pessoas que convivem com HIV/aids em seu cotidiano como parte das ações de autocuidado. A cartilha ensina a prática do autoexame dos olhos, por meio de informações simples, que possibilitam às pessoas ao se examinarem identificar alterações.

Esta cartilha encontra-se dividida em 14 páginas, constituída de capa, apresentação, material utilizado e descrição da técnica do autoexame ocular. Esta última contempla os itens: exame de acuidade visual – longe e perto; exame das estruturas oculares – externas; exame do campo visual (visão periférica e visão central) e movimento ocular. Todas essas etapas objetivam identificar possíveis alterações como: redução da acuidade visual, borramento, dor, estrabismo, diplopia, vermelhidão, entre outros.

Na avaliação da acuidade visual (AV) para longe, o indivíduo deve posicionar-se a uma distância de 5 metros de uma parede, onde previamente deve ter sido colocada uma escala optométrica, na altura de seus olhos na posição sentada. Em seguida, procede-se à avaliação de cada olho em separado, iniciando sempre pela oclusão do olho esquerdo. A acuidade a ser registrada é aquela em que se enxergou, pelo menos, 75% das ilustrações daquela linha, sendo o valor 0,8 considerado o normal⁽⁸⁾.

Quanto à avaliação da AV para perto, utiliza-se uma escala similar à anterior, diferenciando-se da primeira por apresentar menos linhas, no caso seis, J1, J2, J3, J4, J5 e J6 e pela graduação entre elas, que varia de 0,37 m a 1,25 m. O indivíduo permanece sentado, mantendo a cartela a uma distância de 33 centímetros dos olhos, avaliando um olho por vez, identificando até que linha consegue ler bem. Neste caso, a visão será considerada alterada, quando conseguir visualizar apenas as linhas maiores, ou seja, a graduação superior a J2⁽⁷⁾. Vale ressaltar que, em ambas as avaliações, a pessoa que usar óculos deverá mantê-los durante o teste.

As estruturas externas do olho englobam as pálpebras, conjuntivas, esclera, pupila e íris. Para realizar a avaliação, é necessário o uso de um espelho e de hastes flexíveis com pontas de algodão. As pálpebras superior e inferior devem ser inspecionadas quanto à presença de alterações, como: presença de secreção, edema, vermelhidão, nódulos, lesões, triquíase, entrópio e ectrópio. Além dessas alterações, outros sintomas como lacrimejamento, ardor e dor ao movimento devem ser registrados, pois podem indicar a presença de processos inflamatórios, como esclerite e episclerite.

Em relação à pupila e íris, deve-se examinar o tamanho, formato, simetria e reação pupilar. Deve-se ocluir o olho a ser examinado durante um minuto e posterior-

mente, observar, com auxílio do espelho, se as pupilas estão igualmente reativas e regulares. Quando houver resposta pupilar alterada, deve-se investigar a ocorrência de traumas, cirurgias prévias ou processos patológicos⁽⁹⁾.

O exame do movimento ocular ou mobilidade ocular é realizado, quando um indivíduo acompanha com o olhar a movimentação de um determinado objeto, por exemplo, um lápis, da direita para esquerda, para cima e para baixo e em ambas as diagonais, sem movimentar a cabeça. Por meio dessa ação, investiga-se a presença de nistagmos, movimentos rítmicos, involuntários e bilaterais do globo ocular, além de visão dupla. Esta triagem é, particularmente, valiosa quando se pesquisa a ocorrência de distúrbios de natureza neurológica ou traumática⁽¹⁰⁾.

A visão central é aferida por meio da Grade de Amsler, que consiste em um quadro geométrico de quadrados idênticos, com um ponto de fixação central. Este deve ser posicionado a 33 centímetros de distância do indivíduo e, em seguida, deve ser realizada a avaliação de um olho por vez, utilizando-se um oclutor ou a mão em forma de concha. Com o olho não ocluído, o indivíduo deve olhar diretamente para o ponto preto no centro da grade, mantendo o olhar fixo, observando se todas as linhas encontram-se retas, se todos os quadrados estão visíveis e se possuem o mesmo tamanho. Este teste é importante para a identificação da degeneração macular⁽⁹⁾.

Para a avaliação da visão periférica, a pessoa deve fixar o olhar em uma palavra localizada no meio de um jornal aberto, posteriormente, aproximando o jornal, a fim de que a impressão ocupe todo o campo de visão; logo, em seguida, deve observar se alguma área apresenta-se embaçada, escura ou ausente e repetir o teste com o outro olho.

A cartilha para o autoexame ocular foi elaborada para ser utilizada em grande escala, potencializando as chances de a pessoa soropositiva identificar precocemente alterações que sejam indicativas de manejo especializado. Outrossim, sua aplicação em espaços institucionais de ensino e serviço não demanda grande custo, contribuindo para a sensibilização de acadêmicos e profissionais da saúde para a problemática da saúde ocular no contexto do HIV/aids. Saliencia-se que detectada alguma alteração pela realização do autoexame ocular, o profissional oftalmologista deve ser procurado, a fim de estabelecer um diagnóstico, bem como o tratamento adequado.

Vale ressaltar, que se faz necessário o desenvolvimento de estudos que avaliem a eficácia, e outros aspectos das tecnologias leves, com vistas à sua inserção na dinâmica de atendimento por meio de consulta multiprofissional. Logo, torna-se necessário que esta esteja adequada em relação à linguagem e às ilustrações, a fim de facilitar a compreensão e o uso.

Em face do exposto, este estudo objetivou analisar a eficácia de uma tecnologia educativa com vista à promoção da saúde ocular de pessoas portadoras de HIV/Aids.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, desenvolvido em um hospital de referência no atendimento de doenças infecciosas, localizado em Fortaleza, CE, (Brasil). A população foi constituída de pessoas portadoras de HIV/aids que estavam em atendimento ambulatorial na referida instituição, entre maio e agosto de 2010. No referido período, essa população foi composta por aproximadamente, 2.583 portadores do HIV/aids.

Para o cálculo do tamanho da amostra, estimou-se a proporção P de indivíduos com escolaridade maior que o Ensino Fundamental completo igual a 75%, nível de significância em 5% ($\alpha = 0,05$) e erro amostral relativo de 9,6% (erro absoluto de 7,2%). Esses valores, aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas, proporcionaram uma amostra de tamanho igual a 130 usuários.

Como critérios de inclusão, foram considerados os seguintes parâmetros: estar devidamente cadastrado no serviço citado, ser maior de 18 anos e apresentar condições físicas e emocionais para a execução das atividades propostas para o autoexame ocular. Para fins de ingresso neste estudo, foram desconsiderados todos os pacientes portadores de transtorno mental, aqueles que possuíam limitação visual avançada e dificuldade de comunicação.

A coleta de dados foi realizada por triangulação de técnicas, utilizando-se a entrevista estruturada, a observação e o formulário, sendo realizada em três momentos, a saber: abordagem dos usuários na sala de espera; utilização da cartilha pelos participantes; realização do exame ocular pelos pesquisadores e entrevista.

O roteiro de entrevista estruturada foi formulado para obtenção dos dados sociodemográficos (idade, gênero, renda, escolaridade, estado civil), dos dados relativos à patologia (tempo de diagnóstico e tratamento medicamentosos) e sobre o entendimento da cartilha. Nesta última, foram abordadas questões relativas ao entendimento do texto como um todo, aos desenhos que ilustravam os passos a serem seguidos, e presença ou não de dificuldades para utilização da cartilha. Empregou-se, para tanto, a escala de Likert, com itens distribuídos em três blocos de análise: Concordo, Neutro e Discordo.

O roteiro para observação foi desenvolvido, de modo que se pudesse avaliar o uso da cartilha para o autoexame ocular pelas pessoas que conviviam com o HIV/Aids, por meio da realização ou não das instruções nela contidas. Os dados foram coletados por um formulário de observação. Tratou-se de uma escala de cinco pontos do tipo Likert (1 – Totalmente Adequado, 2 – Adequado, 3 – Parcialmente Adequado, 4 – Inadequado e 5 – Totalmente Inadequado). O instrumento foi dividido em cinco áreas referentes ao conteúdo trabalhado na cartilha: a) exame da acuidade visual – longe; b) acuidade visual – perto; exame das estruturas oculares externas (pálpebras, conjuntiva e esclera, pupila/

íris); d) exame do campo visual – visão periférica; e) exame do campo visual – visão central. Dentro de cada categoria, foi atribuída uma pontuação para cada resposta, variando em uma escala de 1 a 5, cujo valor mínimo foi atribuído à resposta Totalmente Inadequado e o valor máximo à resposta Totalmente Adequado. A distribuição gerou um valor único para a escala, correspondente às respostas dos 39 itens. O intervalo possível da escala foi de 39 (39 itens multiplicados pelo valor 1) a 195 (39 itens multiplicados pelo valor 5).

Considerou-se totalmente Adequado, quando o participante conseguiu realizar adequadamente o comando sem auxílio; Adequado, quando o participante realizou o comando proposto na cartilha, mas adaptou alguma medida sem prejudicar o exame; Parcialmente Adequado, quando realizou o comando em parte ou solicitou esclarecimento em algum momento; e Inadequado sempre que o comando não foi realizado ou não houve registro dos resultados.

Após a conclusão dos dois primeiros momentos, o exame foi repetido pelas pesquisadoras e os dados obtidos foram comparados aos primeiros, a fim de se observar o desempenho da cartilha, como material de orientação para o autoexame ocular.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer nº 005/2010. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Também lhes foram garantidos o direito e a liberdade de não participar da pesquisa ou dela sair a qualquer momento.

Para a análise dos dados, calcularam-se as medidas descritivas média e o desvio padrão. As análises de associação foram realizadas por meio dos testes de χ^2 e de Fisher-Freeman-Halton. Para todas as análises, consideraram-se como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$. Os dados foram processados no *Predictive Analytics Software* (PASW) versão 18.0.

RESULTADOS

Dos 130 participantes do estudo, 76,9% eram do gênero masculino e 75,4%, solteiros. A média de idade

foi de 35 anos (± 8 anos), a escolaridade, contada a partir do 1º ano de estudo, em 58,5%, foi de 12 anos e a renda per capita de 45,5% foi de um salário mínimo, sendo a média de $1,8 \pm 0,8$ salários mínimos. Em relação ao tempo de diagnóstico, 27,7% tinham entre 2 e 5 anos de confirmação diagnóstica, com média de 6 ± 5 anos, com dispersão em volta da média muito grande ($CV = 82,8\%$). O tempo de tratamento apresentou média de $5,7 \pm 4,6$ anos, também com dispersão muito alta ($CV = 80,7\%$).

De acordo com os dados da Tabela 1, a proporção de concordância para as categorias “texto fácil de entender” (85,4%) e “os desenhos facilitam a realização dos passos” (97,7%) foi maior ($p < 0,001$) do que as proporções de neutro e discordo. Já a categoria dificuldade durante o uso apresentou proporções equivalentes entre concordância e discordância, embora a maior frequência tenha sido para a categoria discordo.

Tabela 1. Distribuição das pessoas portadoras do HIV/aids, conforme avaliação do entendimento do texto, da adequação dos desenhos e da presença de dificuldades no uso da cartilha. Fortaleza, CE, 2010 n=130

	Concordo n(%)	Neutro n(%)	Discordo n(%)	Valor de p*
Texto fácil de entender	1111(85,4)	9(6,9)	10(7,7)	<0,001
Os desenhos facilitaram a realização dos passos	127(97,7)	-	57(2,3)	<0,001
Apresentou alguma dificuldade durante o uso	63(48,5)	2(1,5)	65(50,0)	<0,001

*Para a Tabela 3x3: p de Fisher-Freeman-Halton < 0,001

Ao avaliar a realização do autoexame ocular com auxílio da cartilha (Tabela 2) ($p=0,036$), verificou-se que a avaliação da visão central foi o único exame que apresentou diferença estatisticamente significativa entre as categorias de desempenho ($p=0,008$), sendo a maior frequência registrada para a categoria, parcialmente adequado. No concernente aos demais exames, observou-se que a verificação

Tabela 2. Distribuição do número de portadores do HIV/aids, conforme o desempenho na realização do autoexame ocular. Fortaleza, CE, 2010. n=130

Exames	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	Totalmente inadequado	Valor de p*
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Acuidade visual longe	-	8(6,2)	33(25,4)	61(46,9)	28(21,5)	0,001
Acuidade visual perto	9(6,9)	26(20,0)	49(37,7)	36(27,7)	10(7,7)	0,001
Estruturas oculares externas	-	2(1,5)	104(80,0)	23(17,7)	1(0,8)	0,001
Campo visual– visão periférica	50(38,5)	49(37,7)	22(16,9)	2(1,5)	7(5,4)	0,001
Campo visual– visão central	15(11,5)	36(27,7)	38(29,2)	21(16,2)	20(15,4)	0,088
Movimento ocular	47(36,2)	59(45,4)	9(6,9)	1(0,8)	14(10,8)	0,001

*Para a Tabela 6x5: p de Fisher-Freeman-Halton= 0,036

da acuidade visual longe apresentou maior frequência para a categoria, inadequado (46,9%), e a verificação da visão periférica apresentou maior frequência para a categoria totalmente adequado (38,5%). Os demais exames foram classificados como parcialmente adequados.

Após a utilização da cartilha pelas pessoas portadoras do HIV/aids, iniciou-se a avaliação ocular pelos pesquisadores, com o intuito de comparar os resultados obtidos e estabelecer se a cartilha, como instrumento

de orientação, conseguiu auxiliar no desenvolvimento adequado do autoexame ocular, gerando resultados similares entre as pesquisadoras e os participantes. Com base nos dados apresentados pela Tabela 3, houve proximidade nos resultados encontrados por ambos os grupos ($p > 0,140$), excetuando apenas a avaliação da pálpebra direita (PAD) em estrutura ocular externa ($p = 0,036$), cujos participantes apresentaram dificuldade ao realizar alguns dos passos propostos.

Tabela 3. Comparação entre os resultados obtidos pelo grupo participante e os pesquisadores, após a realização do exame ocular. Fortaleza, CE, 2010

Exames	Participantes do estudo (n=72)*		Pesquisadores (n=130)		Valor de p**
	Normal	Alterado	Normal	Alterado	
Acuidade visual longe					
OD	57	15	114	16	0,149
OE	58	14	110	20	0,572
Acuidade visual perto					
OD	64	8	120	10	0,488
OE	64	8	113	17	0,585
Estruturas oculares externas**					
PAD	64	4	129	1	0,036 ^a
PAE	65	3	128	2	0,248
CID	67	1	130	-	0,178
CIE	64	8	130	-	0,178
COJD	64	4	127	3	0,225
COJE	66	2	127	3	0,835
ESD	66	2	127	3	0,835
ESE	66	2	125	5	0,692
CORD	67	-	130	-	-
CORE	67	-	130	-	-
PUD	63	-	127	3	0,211
PUE	63	-	128	2	0,309
IRISD	66	1	129	1	0,661
IRISE	67	-	129	1	0,459
Visão Periférica					
OD	51	18	102	28	0,605
OE	52	16	102	38	0,279
Visão central					
OD	62	7	119	11	0,784
OE	62	7	114	16	0,558
Movimento ocular	66	-	121	1	0,447

*Números diferem para cada variável em razão do não registro da resposta. **Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$); ^aDiferença estatisticamente significante; OD- olho direito; OE- olho esquerdo. **PAD- pálpebra direita; PAE- pálpebra esquerda; CID- cílios direito; CIE- cílios esquerdos; COJD conjuntiva direita; COJE- conjuntiva esquerda; ESD- esclera direita; ESE- esclera esquerda; CORD- córnea direita; CORE- córnea esquerda; PUD- pupila direita; PUE- pupila esquerda; IRISD- íris direita; IRISE- íris esquerda.

DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes do estudo revelou um grupo expressivo de adultos jovens, em sua maioria do gênero masculino e com nível de escolaridade médio, dados condizentes com a literatura e o Ministério da Saúde^(11,12). Ao longo do tempo, evidenciam-se discursos sobre a associação da baixa escolaridade às péssimas condições de vida e saúde, contudo essa tendência estende-se até entre aqueles que detêm bons níveis de escolarização, o que exige novas posturas em relação à elaboração e divulgação de instrumentos destinados à promoção da saúde das coletividades.

Diante disso, vale frisar que a epidemia de aids no Brasil iniciou-se nos meios sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade⁽¹³⁾. Assim, ressalta-se que houve um aumento proporcional no número de casos de HIV/aids entre a população com 8 a 11 anos de estudo, entre os anos de 1999 a 2006⁽¹²⁾. Mas, o acesso ao conhecimento não deve ser encarado como o único fator capaz de promover o desenvolvimento e a incorporação de comportamentos saudáveis ao cotidiano dos indivíduos⁽¹⁴⁾. Por conseguinte, os profissionais de saúde devem estar atentos aos aspectos que promovem ou dificultam esse processo de aquisição e aplicação desses conhecimentos.

Ao avaliar a cartilha para o autoexame ocular, constatou-se que, no geral, ela foi compreendida pelo grupo, embora em alguns momentos tenha havido confusão na interpretação das instruções nela contidas. Este ponto merece ser trabalhado, uma vez que no contexto de elaboração de materiais educativos, grande parte dos equívocos e das iniciativas malsucedidas são desencadeados por uma abordagem textual eminentemente conceitual e abstrata⁽¹⁵⁾. Como se pretende incorporar esses materiais ao cotidiano dos cuidados à saúde das coletividades, torna-se necessário que as informações neles contidos estejam apresentadas de forma clara e concisas, facilitando o uso.

A introdução de materiais educativos bem estruturados pode auxiliar as pessoas a transformarem a realidade em que estão inseridas, adotando posturas mais salutaras, desde que estejam adequadas às demandas de cada contexto. A eleição desses materiais como estratégia e instrumento de apoio terapêutico, fundamentado em termos científicos, pode promover a saúde e a reinserção social dos indivíduos, ao mesmo tempo em que melhora a condição de vida⁽¹⁶⁾. Trata-se, portanto, de um instrumento valioso para a promoção da saúde (PS) das coletividades, e deve ser cultivado dentro da dinâmica dos serviços, garantindo o direito das pessoas ao acesso a recursos que possam auxiliá-las a conviver melhor com a doença, ou quando possível, erradicá-la.

Ao analisar as dificuldades apresentadas durante a utilização da cartilha, destaca-se a qualidade da escrita, apontada por muitos como impeditiva para a realização dos passos adequados. Alguns participantes tiveram dificuldade para identificar parte do material utilizado na avaliação dos olhos, em razão da pouca familiaridade com alguns termos empregados, como: escala de Snellen e grade de Amsler. Além destes, também causaram discordância outros termos como: grau de acuidade visual, conjuntiva, esclera, nódulo, conjuntivite, esclerite, episclerite, triquiase, entrópico e ectrópico. A adequação da linguagem a todas as camadas da sociedade, independente do grau de instrução, é parte fundamental da elaboração de Manuais de orientação para a saúde. Essa preocupação é necessária, uma vez que a adesão das pessoas às condutas de prevenção e tratamento é determinada, em parte, pela qualidade das informações e orientações dispensadas⁽¹⁷⁾.

As facilidades também estiveram presentes no decorrer das observações. O melhor desempenho foi evidenciado durante a avaliação do movimento ocular e da visão periférica, sendo este último o que teve os passos realizados de forma totalmente adequada. Atribui-se a esse desempenho a maior identificação do grupo com o material utilizado, à simplicidade da técnica empregada e o texto curto. Sendo assim, os textos longos apresentam maior chance de serem compreendidos apenas em seus aspectos gerais, além de contribuírem para o desinteresse do grupo⁽¹⁵⁾.

Diante desses resultados, torna-se necessário comentar que, apesar das dificuldades encontradas, nenhum participante abandonou o uso cartilha, empenhando-se em realizar o autoexame ocular, com base nas orientações descritas, manifestando ao final suas percepções sobre o texto, a adequação das ilustrações e presença de dificuldades.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que a cartilha auxiliou os participantes na realização do autoexame ocular, comprovando a sua eficácia. Ademais, outros aspectos relevantes foram identificados ao longo da pesquisa, a exemplo do desconhecimento dos problemas oculares por parte das pessoas soropositivas.

Como limitação do estudo, destacou-se a não aplicação da cartilha entre pessoas não letradas. Ainda, é necessário desenvolver outros trabalhos nessa temática, envolvendo esse grupo específico, uma vez que também apresenta risco para desenvolver comprometimento visual. Como esta cartilha, propõe-se promover a saúde ocular das coletividades, há a necessidade de maior divulgação dessa técnica, ampliando seu uso a todo e qualquer indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Polanczyk CA, Vanni T, Kuchenbecker RS. Avaliação de tecnologias em saúde no Brasil e no contexto internacional. In: Nita ME, Secoli SR, Nobre MRC, Ono-Nita SK, Campino ACC, Sarti FM, et al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 433-49.
2. Kaplún G. Material educativo: a experiência de aprendizado. *Comun Educ.* 2003; 9(27):46-60.
3. Ferecini GM, Fonseca LM, Leite AM, Daré MF, Assis CS, Scochi CG. Perceptions of mothers of premature babies regarding their experience with a health educational program. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):250-6.
4. Temporini ER, Kara-José N. [Visual loss: prevention strategies]. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67(4):597-601. Portuguese.
5. Moayedi S. Head, neck and ophthalmologic manifestations of HIV in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2010; 28(2):265-71.
6. Gupta AK, Krishna V. Ocular manifestation of aids. In: Gupta AK, Krishna V, editors. *Clinical ophthalmology: contemporary perspectives.* 9th ed.. Gurgaon: Elsevier; 2009. p. 401-10.
7. Caetano JA, Pagliuca LM. [Primer about the ocular self-examination to the HIV/aids porters as an emancipated tecnology: an experience report]. *Rev Eletrônica Enferm [Internet].* 2006 [cited 2012 Out 20]; 8(2):241-9. Portuguese. Available from: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7039
8. Dantas RA, Pagliuca LM. [Optometric scales: history and optical principles]. *Rev Rene.* 2009; 10(1):152-8. Portuguese.
9. Foss-Freitas MC, Marques Junior W, Foss MC. [Autonomic neuropathy: a high risk complication for type 1 diabetes mellitus]. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2008; 52(2):398-406. Portuguese.
10. Dantas AM. [Patient examination with neurologic disorders]. *Rev Bras Oftalmol.* 2007; 66(5):350-9. Portuguese.
11. Caetano JA, Pagliuca LM, Soares E. Incidência de problemas oculares em portadores do HIV/AIDS: uma manifestação na consulta de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2000; 4(1):83-94.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
13. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CL, Travassos C, Szwarcwald CL. [Aids and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986 to 1996]. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(Supl 1):77-87.
14. Richards E, Digger K. Adesão, motivação e comportamentos de saúde do aprendiz. In: Bastable SB. *O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.221-47.
15. Araújo I. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: Monteiro S, Vargas E, organizadores. *Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-69.
16. Oliveira MS, Fernandes AF, Sawada NO. [Educational handbook for self care in women with mastectomies: a validation study]. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(1):115-23. Portuguese.
17. Oliveira LA, Landroni MA, Kurokawa e Silva NE, Ayres JR. [Humanization and care: the experience of an STD/ Aids healthcare team in the city of São Paulo]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(3):689-98. Portuguese.