

EZON VINICIUS FERRAZ

**ADAPTAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA E PERCEPÇÃO RELATIVA
À DOENÇA, APLICADO A INDIVÍDUOS PORTADORES
DE CATARATA SENIL**

CAMPINAS

2005

EZON VINICIUS ALVES PINTO FERRAZ

**ADAPTAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA E PERCEPÇÃO RELATIVA
À DOENÇA, APLICADO A INDIVÍDUOS PORTADORES
DE CATARATA SENIL**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para Obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de concentração Oftalmologia*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta

CAMPINAS

2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F413a Ferraz, Ezon Vinicius
Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida e percepção relativa à doença , aplicado a indivíduos portadores de catarata senil. / Ezon Vinicius Ferraz. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Carlos Eduardo Leite Arieta
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Catarata. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde pública. I.
Arieta, Carlos Eduardo Leite. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(CT/FCM)

Título em inglês: *Adjustment of a quality of life evaluation questionnaire to cataract patients*

Keywords: Cataract ; Quality of life ; Public health.

Área de concentração: Oftalmologia

Titulação: Dissertação de Mestrado

Banca examinadora: Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta ; Dr. Eduardo Melani Rocha ; Dr^a Eméa Rita Temporini Nestari

Data da defesa: 09 / 11 / 2005

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr.(a)

Carlos Eduardo Leite Arieta

Membros:

1. Edmea Rita Temporini

2. Eduardo Melani Rocha

3. Rosane Silvestre de Castro

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data 09/11/2005

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marluce e Ezon

Aos meus irmãos, Renato e Fernando

A minha esposa, Isabela

A minha filha, Juliana

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta, por acreditar na possibilidade deste estudo e por ter sido, ao longo dos anos, um grande amigo.

Ao Prof. Dr. Newton Kara-José, pelo incentivo, pelas críticas sempre pertinentes, pelo exemplo de dedicação que nos impulsiona.

À Prof. Dra. Edméa Rita Temporini, pelo apoio fundamental durante esta pesquisa.

Aos Prof. Dr. Djalma Carvalho Moreira Filho e Claudia Assis Lima, pelo imprescindível apoio para o início desta pesquisa.

Aos amigos Wener Cella, Mauricio Nascimento e André Monsanto, pela ajuda dada principalmente depois que me ausentei de Campinas.

Finalmente, mas imensamente, a todos os funcionários do Serviço de Oftalmologia da FCM da UNICAMP.

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	<i>xiii</i>
ABSTRACT.....	<i>xv</i>
1- INTRODUÇÃO.....	17
1.1-Catarata.....	18
1.2- Catarata x qualidade de vida.....	19
1.3- Mensuração da qualidade de vida.....	20
1.3.1- Instrumentos genéricos.....	24
1.3.2- Instrumentos específicos.....	25
2- OBJETIVOS.....	27
3- PACIENTES E METODOS.....	29
3.1- Tipo de pesquisa.....	30
3.2-População.....	30
3.3- Instrumento.....	30
3.4-Variáveis.....	32
3.4.1- Condições da aplicação do instrumento.....	32
3.4.2- Variáveis descritoras da população.....	33
3.4.3- Avaliação dos domínios e sub-domínios.....	33
3.4.3.1- Domínio físico em relação à presença da catarata.....	34
3.4.3.2- Domínio psicológico em relação à presença da catarata.....	34

3.4.3.3- Domínio do nível de independência.....	35
3.4.3.4- Domínio dos relacionamentos sociais.....	35
3.4.3.5- Domínio da saúde em geral.....	35
3.5- Coleta de dados.....	35
3.6- Procedimento para análise dos dados.....	35
4- RESULTADOS.....	36
5- DISCUSSÃO.....	50
6- CONCLUSÕES.....	60
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
8- ANEXOS.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

AV	Acuidade Visual
Cols	Colaboradores
OD	Olho Direito
OE	Olho Esquerdo
VFQ	Visual Function Questionnaire
NEI	National Eye Institute
NEI VFQ 51	National Eye Institute Visual Function Questionnaire 51
NEI VFQ 25	National Eye Institute Visual Function Questionnaire 25
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIP	Sickness Impact Profile
SF36	Short Form 36
HC	Hospital das Clínicas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
VF	Visual Function

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1- Idade, Sexo, Escolaridade.....	37
Tabela 2- Acuidade Visual.....	38
Tabela 3- Tempo de resposta do questionário.....	38
Tabela 4- Percepção do próprio estado de saúde.....	41
Tabela 5- Percepção acerca da própria visão.....	41
Tabela 6- Percepção acerca de dor ou desconforto nos olhos.....	42
Tabela 7- Grau de dificuldade para leitura.....	42
Tabela 8- Grau de dificuldade para enxergar objetos próximos.....	43
Tabela 9- Grau de dificuldade para achar objetos quando se encontram misturados a outros objetos.....	43
Tabela 10- Grau de dificuldade para ler placas na rua ou letreiro do ônibus.....	44
Tabela 11- Grau de dificuldade para descer escadas.....	44
Tabela 12- Dificuldade para olhar pessoas do outro lado da rua.....	45
Tabela 13- Preocupação em relação à visão.....	45
Tabela 14- Sentimento de tristeza.....	46
Tabela 15- Receio de realizar atividades do cotidiano.....	46
Tabela 16- Ato de deixar de realizar coisas que gosta por causa da visão.....	47
Tabela 17- Limitação para trabalhar ou realizar outras atividades por causa da visão.....	47
Tabela 18- Ficar mais tempo em casa por causa da sua visão.....	48
Tabela 19- Dependência do que as outras pessoas falam.....	48

Tabela 20-	Necessidade da ajuda de terceiros.....	48
Tabela 21-	Capacidade para diferenciar as cores.....	49
Tabela 22-	Capacidade para enxergar os objetos a seu lado quando esta andando sozinho.....	49

	<i>Pág.</i>
Quadro 1- Fatores que influenciam a escolha de um instrumento.....	23
Quadro 2- Sub-domínios do VFQ 25.....	31
Quadro 3- Domínios do VFQ 25.....	32
Quadro 4- Responsividade de cada questão.....	39
Quadro 5- Escores médios dos sub-dominios pela acuidade visual.....	40

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1- Gráfico “Box and Wiskers” dos escores dos 40 pacientes, com Catarata.....	58
Gráfico 2- Gráfico com a correlação entre Acuidade Visual (A V) e os escores obtidos dos 40 pacientes com catarata.....	59

RESUMO

A catarata constitui problema de saúde pública. Devido à perda visual que acarreta, pode impedir a realização de atividades cotidianas, influenciando assim na qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo avaliar a aplicabilidade de questionário para avaliação da qualidade de vida de indivíduos portadores de catarata e testar a sua responsividade e confiabilidade. Foram entrevistados 40 pacientes portadores de catarata com indicação cirúrgica. Utilizou-se questionário específico adaptado, sendo a mesma entrevista realizada duas vezes, com intervalo de uma hora. Todas as questões tiveram mais de 80% de resposta sem que o entrevistador precisasse repetir a pergunta. A análise da consistência mostrou que apenas um paciente respondeu de forma discrepante quatro questões. O questionário adaptado pôde ser aplicado em grupo populacional de baixa escolaridade, representando instrumento válido para avaliação da qualidade de vida de pacientes com catarata.

PALAVRAS-CHAVE: catarata, qualidade de vida, saúde pública.

ABSTRACT

ADJUSTMENT OF A QUALITY OF LIFE EVALUATION QUESTIONNAIRE TO CATARACT PATIENTS

BACKGROUND: Cataracts represent a public health problem because patients presenting the disease are unable to adequately perform routine activities, with a negative influence on their quality of life.

PURPOSE: To evaluate the impact of reduced visual acuity in the quality of life of these patients, the authors adjusted a specific questionnaire to the Brazilian social reality and tested its response adequacy and reliability.

PATIENTS AND METHODS: 40 cataract patients with surgical indication were interviewed. The questionnaire was applied and the same interview was done twice with a one-hour interval.

RESULTS: More than 80 % of questions were answered the first time they were asked. Consistence analysis showed that only one patient answered four questions in a different manner during the interviews.

CONCLUSION: The authors concluded that the adjusted questionnaire is applicable for a population with a low level of formal education, being a reliable instrument in the evaluation of quality of life in cataract patients.

KEY WORDS: Cataract, quality of life, public health

1- INTRODUÇÃO

1.1- A Catarata

O cristalino humano é derivado do ectoderma superficial e forma-se no 22º dia de gestação, no adulto tem aproximadamente 9 mm de diâmetro e 2,5 mm de espessura. Mesmo que o cristalino permaneça transparente com o passar dos anos, surgem diversas mudanças em sua composição molecular, em decorrência de absorção de luz ultravioleta, transformações bioquímicas e oxidação de proteínas.

A catarata é definida como qualquer opacificação do cristalino que difrata a luz, acarretando efeito negativo na visão, sendo que essa opacidade pode ser de uma ou mais camadas do cristalino. A catarata cortical resulta da deterioração de células jovens, formando agregados de moléculas protéicas entre as fibras e pela separação dessas moléculas pela entrada de água. A catarata nuclear decorre de células mais velhas, localizadas no centro da lente, comprometendo a transparência devido à difração da luz pela esclerose das fibras nucleares. Na catarata subcapsular posterior, células epiteliais migram para o pólo posterior do cristalino, formando irregularidades que difratam a luz.

A sintomatologia característica da opacidade nuclear é a diminuição do contraste e da percepção de cores, levando a progressiva diminuição da acuidade visual.

A prevalência da catarata varia de acordo com fatores locais, como maior exposição aos raios ultravioleta, características genéticas e nutrição, o estudo de Framingham aponta para uma prevalência de 17,6% nos indivíduos com menos que 65 anos, 47,1% entre 65 e 74 anos e 73,3% acima de 75 anos.

A catarata é considerada a principal causa de cegueira no mundo, sendo responsável por cerca de 50% dos 50 milhões de casos. Considera-se que a incidência anual de indivíduos com deficiência visual por catarata corresponda a 20% de sua prevalência, ou seja, 5 milhões de casos novos por ano.

Nos Estados Unidos a catarata ainda é a principal causa de cegueira reversível e a sua extração é a cirurgia mais freqüente entre os usuários do Medicare, respondendo por 12% em média do seu orçamento geral (MANGIONE 1994).

A cegueira por catarata é reconhecida como grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e, desta forma, programas de prevenção e controle têm sido estabelecidos para diminuir sua ocorrência (POKHAREL 1998). A disciplina de oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas foi pioneira nos projetos de prevenção mediante a implantação do “Projeto Catarata” em 1987, que visa identificar os casos de catarata senil e prover tratamento cirúrgico especialmente a pessoas de baixa renda. No Brasil, estima-se que 600.000 pacientes têm indicação cirúrgica por ano (ARIETA 1999).

1.2- Catarata x qualidade de vida

Por levar à diminuição da acuidade visual, a catarata interfere negativamente na qualidade de vida. De todos os sintomas pesquisados por LEE, et al, 1997, apenas a dificuldade respiratória teve maior impacto na deterioração da qualidade de vida do que a diminuição de acuidade visual. É universalmente estabelecida a importância da avaliação da qualidade de vida em procedimentos de saúde pública e, em Oftalmologia, a ênfase maior baseia-se na demonstração da melhora visual em pacientes submetidos à cirurgia de catarata usando-se instrumentos para medir qualidade de vida e função visual. Esses estudos têm se concentrado nos Estados Unidos e países da Europa, pois os instrumentos desenvolvidos foram testados nessas populações (FLETCHER 1997).

A perda da capacidade visual acarreta consequências adversas em nível individual e coletivo. A perda visual dá origem a problemas psicológicos, sociais, econômicos e de qualidade de vida, pois implica em perda de auto-estima, de status, em restrições ocupacionais e em conseqüente diminuição de renda. Para a sociedade, representa encargo oneroso e perda de força de trabalho (KARA-JOSÉ, TEMPORINI 1999).

Na avaliação de terapêutica para doenças dos idosos é necessário se comparar custo/benefício, analisando as suas possíveis vantagens na população. Os instrumentos de qualidade de vida servem para comparar diferentes tratamentos médicos em diferentes

doenças sendo, portanto, de especial importância a sua utilização principalmente em países em desenvolvimento, que dispõem de menos recursos para aplicação na área da saúde.

As medidas tradicionais de visão, como a tabela de Snellen, podem falhar em avaliar muitos aspectos da disfunção visual que são identificadas como importantes pelas pessoas para exercerem suas atividades diárias. Apenas recentemente as avaliações de função visual e qualidade de vida foram incorporadas à pesquisa e a clínica oftalmológica.

O pesquisador ao incorporar medidas de função visual e qualidade de vida em estudos clínicos vai ajudar não só no melhor entendimento dos resultados de tratamentos mais também em relação a seus efeitos colaterais, sendo muito mais significativo a constatação de melhora de alguma função visual ou domínio da qualidade de vida do que algumas linhas a mais ou menos na tabela de Snellen (MANGIONE 2001). A incorporação dessas medidas pelos pesquisadores tem se tornado cada vez mais rotineira nos últimos anos, particularmente na avaliação de cirurgias de catarata (JAYAMANNE 1999).

1.3- Mensuração da qualidade de vida

A doença tem que ser interpretada, considerando-se a normalidade. Em 1948 a Organização Mundial de Saúde, definiu saúde como sendo, "não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de um bem estar físico, mental e social" (TESTA1996). Isto sugere que a avaliação da saúde de um indivíduo ou população deva ir além da análise da frequência e da gravidade da doença, mas que deva incluir aspectos da qualidade de vida relacionados à saúde. As doenças oculares são de grande impacto na qualidade de vida, pois a diminuição da acuidade visual afeta diferentes domínios (TESTA 1996).

Qualidade de vida é termo amplo, que inclui não somente aspectos relacionados à saúde geral (físicos, emocionais, e mentais), mas também fatores não diretamente relacionados, tais como, trabalho, família, ambiente social e outras circunstâncias da vida; logo qualidade de vida é mais do que uma descrição do estado de saúde do paciente é uma reflexão de como ele percebe e reage a seu estado de saúde e aos aspectos não médicos de sua vida (MANGIONE1994).

Uma diversidade de instrumentos para medir qualidade de vida tem sido desenvolvida. A maioria destes instrumentos é aplicável apenas àquela cultura para a qual foram desenvolvidos. Somente nos últimos anos, despertou-se o interesse em desenvolver instrumentos que pudessem ser utilizados em diferentes culturas (KUYKEN et al, 1994).

É apropriado que os instrumentos desenvolvidos para medir qualidade de vida sejam baseados na percepção do paciente e de aspectos relatados por ele e que possam ser passíveis de mensuração (KUYKEN et al, 1994).

Na estruturação dos questionários que avaliam qualidade de vida, as variáveis são agrupadas sob a denominação de dimensão ou domínio, que por sua vez se subdividem em subdimensões ou subdomínios (referidas como as facetas da qualidade de vida).

Domínio físico da qualidade de vida refere-se à percepção individual que cada um tem das sensações físicas decorrentes da sua doença e a maneira pela qual o indivíduo interage com estas sensações. As percepções sensoriais, como acuidade visual, também são avaliadas neste domínio.

Domínio nível de independência refere-se à percepção do indivíduo em relação a sua capacidade de ir e vir, locomover-se no ambiente de trabalho e ao redor de casa.

Domínio psicológico da qualidade de vida refere-se à percepção de como a doença alterou o estado psicológico do indivíduo. São avaliados sentimentos negativos e positivos e aspectos da vida afetiva.

Domínio social refere-se à percepção que o indivíduo tem de suas relações interpessoais, e de seu papel social, no trabalho e na família. Examina percepção do indivíduo quanto à vivência de momentos de prazer, e à capacidade de amar e ser amado.

Domínio ambiental refere-se à percepção do indivíduo sobre suas relações pessoais, tanto no ambiente familiar, quanto no ambiente de trabalho. Explora também a percepção acerca dos recursos financeiros, da capacidade de sustentar-se e aos seus dependentes.

Domínio espiritual inclui a percepção do indivíduo sobre o “significado da vida”, e sobre suas crenças pessoais. É importante ser avaliado, pois num período de doença, um bem estar neste domínio pode assumir uma importância vital, para apoiar o indivíduo.

Todos estes domínios são influenciados por fatores culturais.

Existe um consenso entre os pesquisadores (MANGIONNE 1998) que:

- Qualidade de vida refere-se muito mais a percepção do indivíduo, do que a aspectos objetivos de sua saúde.
- Qualidade de vida envolve as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais.
- É recomendável utilizar instrumentos padrões, já validados, aos quais serão acrescentados aspectos relevantes ao estudo.

A importância em medir qualidade de vida relacionada à saúde em pesquisas oftalmológicas reside no fato de que:

- A cegueira é uma causa importante de incapacidade. Um melhor entendimento do resultado das terapias na preservação da visão e na capacidade do paciente em viver independentemente pode alocar recursos e favorecer o acesso dos pacientes a estas terapias.
- A medida da qualidade de vida pode captar atributos positivos ou negativos de uma terapia ou intervenção que podem não estar refletidas apenas sob o ponto de vista da mortalidade ou da cegueira.
- Os instrumentos que medem qualidade de vida permitem a comparação entre os vários procedimentos médicos.
- A medida da qualidade de vida pode fornecer subsídios adicionais para auxiliar a decisão do momento exato de intervir com um procedimento terapêutico.

Qualidade de vida é a medida da capacidade funcional do indivíduo em um aspecto multidimensional como saúde física, emocional, habilidade funcional e social, sempre levando em consideração a sua opinião subjetiva quanto ao conceito de qualidade (CELLA, 1994).

Atualmente existe interesse acentuado dos profissionais que lidam com a saúde em transformar o conceito de qualidade de vida em uma medida quantitativa que possa ser usada em ensaios clínicos (FITZPATRICK 1992)

Diversos questionários foram propostos e utilizados com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças variadas. Esses instrumentos podem ser genéricos ou específicos (KATZ 1992; GUYAT 1995), existindo diversos fatores que influenciam sua seleção. (quadro 1).

Questionários de autopreenchimento excluem pacientes que não sabem ler ou escrever ou que ficam nervosos ao responder a um questionário. Questionários administrados por entrevistadores eliminam estes problemas, mas requerem treinamento do aplicador, para minimizar a variabilidade inter-observador e intra-observador. O questionário deve ser aplicado em ambiente tranquilo, com privacidade e o paciente deve ter segurança de que os resultados serão confidenciais.

Quadro 1- Fatores que influenciam a escolha de um instrumento

Boas medidas de mensuração
- Tempo de resposta
- Confiança
- Responsividade
Tipo de instrumento
- Genérico
- Doença específica
- Domínio específico
Método de administração
- Auto administrado
- Entrevista

Na escolha de um questionário de avaliação de qualidade de vida, deve-se considerar: 1- A extensão do questionário, já que questionários muito extensos podem diminuir a colaboração do paciente e torná-lo inviável para aplicação na rotina diária dos serviços de saúde. 2- Abrangência de vários dos diferentes sub-domínios e a função visual, tais como: saúde mental, dependência, aspectos psicológicos, visão para perto e longe, visão de cores, etc. 3- A utilização de instrumentos que tenham figuras e dependam da interpretação e visualização pelos pacientes por não serem adequados a populações de baixa escolaridade e visão deficiente. Tais questionários requerem especial treinamento do aplicador para minimizar a variabilidade intra e inter observador. 4- Possibilidade de mensuração, tornando desta forma possível a quantificação dos resultados e a possível comparação entre os indivíduos e entre os procedimentos terapêuticos ou diagnósticos.

1.3.1- Instrumentos genéricos

Os instrumentos genéricos são desenvolvidos com o fim de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma população variada, avaliando aspectos relativos à disfunção e ao desconforto físico e mental (GUYATT, PATRICK 1993).

Esses questionários proporcionam uma ampla abrangência de diferentes aspectos referentes à qualidade de vida, podendo ser utilizados em qualquer população (GUYATT 1995) porém, não são sensíveis em detectar aspectos particulares e específicos da qualidade de vida relacionada a uma determinada doença (GUYAT 1989). Tem a vantagem de poder fazer comparações da doença estudada com outros agravos. Porém essa ampla abrangência pode reduzir o nível de resposta a intervenções de saúde pública (FLETCHER 1992)

Dos diferentes modelos genéricos de avaliação de qualidade de vida propostos na literatura, destacam-se o “Sickness Impact Profile” (SIP), “Máster Health Index Questionnaire (MHIQ).

1.3.2- Instrumentos específicos

Estes instrumentos são capazes de avaliar de forma específica determinados aspectos da qualidade de vida. Sua principal característica é o potencial de ser sensível às alterações após uma determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada função, população ou doença (GUYATT, 1995).

Os instrumentos específicos tem diversas vantagens teóricas, eles reduzem o cansaço do paciente e aumentam a aceitação incluindo apenas domínios relevantes, a desvantagem seria a impossibilidade de comparação dos resultados com outras doenças e a possibilidade de se perder alguma informação em domínios não abrangidos (FLETCHER 1992).

Existem diversos instrumentos para avaliar qualidade de vida cuja validade e confiabilidade já foram demonstrados em populações diferentes. A maioria desses instrumentos são aplicáveis apenas àquela população e cultura para a qual foram desenvolvidos (KUYKEN 1994). A adaptação de questionários utilizados para pacientes com distúrbios visuais permite não somente a exploração dos impactos específicos da baixa de visão, mas também, comparar diferentes terapêuticas em relação ao risco-benefício (SCOTT 1994).

Dentre esses instrumentos o VF 14 (STEIMBERG 1994), o ADVS (MANGIONE 1992), o NEI VFQ 25 (MANGIONE 2001) e o WHOQOL (WHOQOL GROUP 1997) foram concebidos para avaliação de qualidade de vida relacionadas a doenças oculares. O ADVS possui 20 atividades referentes à visão, identificadas e categorizadas em cinco domínios, porém atividades relevantes não foram abordadas nesse questionário, dentre elas, o domínio psicológico e o nível de dependência. O WHOQOL abrange todos os domínios considerados relevantes na avaliação da qualidade de vida, porém a sua extensão (56 questões), foi considerada imprópria para ser aplicada em indivíduos idosos. O National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ) é um questionário desenvolvido a partir do Vision Activities Questionnaire, que avalia tanto qualidade de vida quanto função visual (VAQ) (MANGIONE 1992).

O VFQ 25 é derivado do NEI VFQ 51 e já foi traduzido e validado em 8 línguas e está em uso em varias fundações de pesquisa que estão examinando diversas doenças oculares. Pesquisadores são encorajados a usar o instrumento para verificar a influência de doenças oculares assim como de intervenções, nas atividades diárias do paciente e no seu bem estar (MANGIONE 2001).

A partir do VFQ 25 foi proposto e testado um instrumento para avaliar qualidade de vida de pacientes com catarata, desenhado para medir a percepção que o paciente tem da sua doença e de suas repercussões nos diferentes domínios da qualidade de vida. Este instrumento deve ser capaz de detectar as alterações ou diferenças na qualidade de vida do indivíduo, conseqüente à doença apresentada.

A disciplina de Oftalmologia da FCM/UNICAMP tem desenvolvido uma linha de pesquisa visando qualidade em saúde, já tendo trabalhado com produtividade e otimização de recursos em cirurgias de catarata (ARIETA e cols 1999), satisfação dos clientes quanto ao serviço prestado, avaliação de qualidade de vida em portadores de ceratocone (LIMA 1999). Este estudo se soma a essa preocupação do departamento com qualidade e busca contínua de bons resultados.

2- OBJETIVOS

- Adaptar e testar um instrumento de avaliação da qualidade de vida e função visual de portadores de catarata do HC/UNICAMP.
- Identificar a percepção e conduta de portadores de catarata, relativa a influencia da doença na qualidade de vida.

3- PACIENTES E MÉTODOS

3.1- Tipo de pesquisa

Estudo analítico transversal, realizado no ambulatório de catarata do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

3.2- População

Para o propósito deste estudo selecionou-se uma amostra de 40 indivíduos portadores de catarata atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário no período de fevereiro a maio de 2001.

Critérios de inclusão:

- Idade entre 45 e 75 anos.
- Acuidade visual menor que 20/60 no melhor olho.
- Indicação cirúrgica de facectomia com implante de lente intra-ocular.

Critérios de exclusão:

- cirurgia oftalmológica prévia.
- doença ocular prévia.

3.3- Instrumento

Utilizou-se o questionário de avaliação de qualidade de vida Visual Function Questionnaire 25 (VFQ 25) (MANGIONE 2001), instrumento derivado do NEIVFQ-51 (National Eye Institute Visual Function Questionnaire), validado para língua inglesa.

Na estruturação dos questionários que avaliam qualidade de vida, as variáveis divididas em dimensões ou domínios, que, por sua vez se subdividem em subdimensões ou subdomínios (referidas como as facetas da qualidade de vida).

O VFQ tem 25 questões (anexos 1, 2 e 3) agrupados em 13 sub-domínios (quadro 2) agrupados em 5 domínios (quadro 3) com uma ou mais questões em cada sub-domínio. Para cada questão há 5 ou 6 possibilidades de resposta, sendo que para cada resposta obtém-se uma pontuação que varia de 0 a 100 (0, 25, 50, 75, 100). A pontuação final obtida é então dividida pelo número de questões respondidas, nas questões em que há 6 possibilidades de resposta, caso o paciente opte pela ultima opção (numero 6) esta questão não será computada no escore total.

Obtém-se um escore para cada paciente, cujo valor mínimo é zero e o valor máximo é 100. Quanto maior o escore alcançado, melhor a qualidade de vida e função visual do paciente.

Quadro 2- Sub-domínios do VFQ 25

SUB-DOMÍNIO	NÚMERO DE ITENS	QUESTÕES
Saúde geral	1	1
Visão	1	2
Dor ocular	2	4, 19
Atividades para perto	3	5, 6, 7
Atividades para longe	3	8, 9, 14
Aspectos sociais	2	11, 13
Saúde mental	4	3, 21, 22, 25
Atividades da vida diária	2	17, 18
Dependência	3	20, 23, 24
Capacidade para dirigir automóveis	2	15c, 16
Visão de cores	1	12
Visão periférica	1	10

Quadro 3- Domínios do VFQ 25

DOMÍNIO	NÚMERO DE QUESTÕES
Domínio físico	10
Domínio psicológico	4
Domínio nível de dependência	7
Domínio dos relacionamentos sociais	3
Domínio da saúde em geral	1

O questionário foi traduzido para o português por duas pessoas distintas, após o qual realizou-se um estudo exploratório (PIOVESAN, TEMPORINI 1995), por meio de entrevista de 10 pacientes que permitiu obter informações sobre as questões adaptadas a partir do questionário original traduzido. As questões foram levadas à discussão durante a entrevista e os fatores supracitados levados em consideração, com o objetivo de verificar a compreensão dos temas abordados pela população. Como exemplo, cita-se o texto da tradução inicial da questão número 14: “Você tem dificuldade para ir ao cinema, jogos ou eventos esportivos?”; após o estudo exploratório, levando-se em conta o estilo de vida, essa questão foi modificada para:” Você tem dificuldade para enxergar as pessoas do outro lado da rua?”.

Após a análise das questões obteve-se um questionário adaptado à realidade a ser estudada (anexo 1,2 e 3) que foi submetido a teste prévio em 40 sujeitos portadores de catarata.

3.4- Variáveis

Por meio do teste prévio foi possível incluir as seguintes variáveis:

3.4.1- Condições da aplicação do instrumento

- responsividade de cada questão, calculada através do numero de pacientes que responderam a pergunta sem a necessidade de reformulação da mesma.

- tempo médio de resposta em minutos.
- análise de reprodutibilidade, que foi realizada repetindo-se a entrevista 1h após a entrevista inicial pelo mesmo e por um outro entrevistador, para verificar se discrepâncias intra e inter observador.

3.4.2- Variáveis descritoras da população

- Idade
- Sexo
- Escolaridade
- Acuidade visual obtida com correção no olho a ser operado e no melhor olho e classificada segundo critérios da OMS (Organização Mundial de Saúde) em:
 - Normal: Acuidade visual melhor que 20/60 nos dois olhos
 - Dificuldade visual: Acuidade visual melhor que 20/200 no melhor olho e entre 20/60 e 20/200 no pior olho.
 - Cegueira unilateral: melhor que 20/200 no melhor olho e pior que 20/200 no pior olho.
 - Cegueira moderada: entre 20/200 e 20/400 no melhor olho e pior que 20/200 no pior olho.
 - Cegueira grave: pior que 20/400 em ambos os olhos.

3.4.3- Avaliação dos domínios e sub-domínios

Considerou-se variáveis deste estudo, a percepção e conduta relativa a influência da catarata na qualidade de vida do indivíduo.

Essas variáveis apresentam múltiplas características e são classificadas conforme as dimensões descritas a seguir:

3.4.3.1- Domínio físico em relação à presença da catarata

- Presença de dor e desconforto
- Percepção acerca do quanto esta dor ou desconforto atrapalham nas suas atividades do dia-a-dia.
- Visão de longe.
- Visão de perto
- Percepção acerca da visão de um modo geral
- Visão de cores
- Visão periférica

3.4.3.2- Domínio psicológico em relação à presença da catarata

- Grau de valorização e confiança em si mesmo.
- Frequência com que ocorrem sentimentos negativos, como tristeza ou depressão por causa do problema visual.
- Frequência com que o paciente preocupa-se com o problema visual.
- Percepção acerca do quanto estes sentimentos negativos de tristeza e depressão o (a) prejudicam.

3.4.3.3- Domínio do nível de independência

- Grau de dificuldade para descer escada, sem ajuda, em lugares conhecidos.
- Grau de dificuldade para sair de casa sozinho.
- Grau de dificuldade para realizar as atividades cotidianas.
- Percepção acerca do quanto o problema oftalmológico afetou capacidade para trabalhar.

3.4.3.4- Domínio dos relacionamentos sociais

- Percepção acerca do grau de facilidade para conversar com amigos ou parentes.
- Frequência com que costuma sentir-se sozinho.

3.4.3.5- Domínio da saúde em geral

- Percepção acerca da saúde de um modo geral.

3.5- Coleta de dados

A execução da entrevista foi realizada por dois médicos residentes de Oftalmologia no ambulatório de catarata do HC/UNICAMP no momento da indicação da cirurgia, sendo repetida 1 hora depois.

3.6- Procedimento para análise dos dados

Recorreu-se a análise descritiva dos dados com cálculo das médias e desvio padrão, expostos por meio de tabelas e gráficos.

Utilizou-se o modelo de regressão linear simples para investigar a associação entre os escores obtidos nos questionários e a acuidade visual destes indivíduos.

4- RESULTADOS

Os dados coletados da amostra formada por 40 indivíduos portadores de catarata, permite descrever a população de pacientes segundo a distribuição de idade, sexo, escolaridade e acuidade visual. A idade variou de 54 a 83 anos, com média de 70 anos e desvio padrão de 8.11. Quanto à escolaridade, 68% dos entrevistados declararam possuir 1º grau completo ou incompleto (tabela 1).

Tabela 1- Idade, Sexo, Escolaridade

n = 40		
IDADE (anos)	f	%
- 45 e 54 anos	1	2,5
- 55 e 64 anos	12	30
- maior que 65 anos	27	67,5
média: 70 anos		
Desvio padrão: 8.11		
SEXO		
- masculino	17	42,5
- feminino	23	57,5
ESCOLARIDADE		
- 1 grau incompleto	23	57,5
- 1 grau completo	05	12,5
- 2 grau incompleto	09	22,5
- 2 grau completo	3	7,5
- Superior	0	0

Quanto à acuidade visual 70% dos pacientes tinham acuidade visual (AV) pior que 20/200 no olho a ser operado, medidas através da tabela de Snellen com a melhor correção possível (tabela 2).

Tabela 2- Acuidade Visual

CATEGORIAS	f	%
Normal ($\geq$ 20/60 nos dois olhos)	0	0
Dificuldade visual ($\geq$ 20/60 no melhor olho e entre 20/60 e 20/200 no pior)	10	25,0
Cegueira unilateral ($\geq$ 20/200 no melhor olho e $<$ 20/200 no pior).	15	37,5
Cegueira moderada (entre 20/200 e 20/400 nos dois olhos).	12	30,0
Cegueira grave (pior que 20/400 nos dois olhos)	3	7,5
TOTAL	40	100

O tempo de resposta do questionário variou de 4 min e 50seg a 9min e 10seg, com média de 7min e 40seg (tabela 3), e 45% respondendo com tempo entre 6 e 7 minutos.

Tabela 3- Tempo de resposta do questionário

TEMPO EM MINUTOS	f	%
- menos de 5 minutos	2	5
- entre 5 e 6 minutos	5	12,5
- entre 6 e 7 minutos	18	45
- entre 7 e 8 minutos	10	25
- maior que 8 minutos	5	12,5
TOTAL	40	

Quanto a responsividade, 10 das 25 questões tiveram 100% de respostas sem dúvidas quando da formulação da pergunta; todas as 25 questões tiveram acima de 80% de respostas sem que o entrevistador fosse obrigado a repetir ou explicar melhor a pergunta (quadro 4).

Quadro 4- Responsividade de cada questão

QUESTÃO	RESPONSIVIDADE
1	100%
2	100%
3	92.5%
4	82.5%
5	100%
6	100%
7	80%
8	97.5%
9	95%
10	85%
11	80%
12	100%
13	80%
14	100%
15	85%
16	100%
17	97.5%
18	82.5%
19	90%
20	100%
21	100%
22	87.5%
23	90%%
24	100%
25	82.5%

A análise da reprodutibilidade inter-observador teve os seguintes resultados: uma discrepância: 5 pacientes; duas discrepâncias: 7 pacientes; três discrepâncias: 2 pacientes; quatro discrepâncias: 1 paciente. A análise intra-observador: uma discrepância: 8 pacientes; duas discrepâncias: 3 pacientes; três discrepâncias: 3 pacientes.

Da amostra de 40 indivíduos atendidos nos ambulatórios de catarata do Hospital das Clínicas da UNICAMP, obteve-se um escore médio de 52,5 pontos, com 25% dos indivíduos apresentando escores menores do que 43,5 pontos (Graf 1).

Quando comparamos os escores dos subdomínios estudados com a acuidade visual dos pacientes (quadro 5) vimos que os pacientes com cegueira moderada e severa tiveram escores mais baixos que os outros grupos de acuidade visual.

Quadro 5- Escores médios dos sub-domínios pela acuidade visual

	NORMAL	DIFICULDADE VISUAL	CEG UNILATERAL	CEG MODERADA	CEG SEVERA
Visão periférica	-	70	55	40	17
Saúde geral	-	69	53	40	34
Visão	-	54	36	22	17
Dor ocular	-	67	63	48	41
Atividades para perto	-	66	55	41	25
Atividades para longe	-	64	44	33	17
Aspectos sociais	-	61	54	40	25
Saúde mental	-	66	48	37	25
Atividades da vida diária	-	60	43	34	17
Dependência	-	63	52	45	17
Cap. para dirigir automóveis	-	65	40	10	0
Visão de cores	-	68	57	43	8
Média	-	64,5	50,5	36,0	20,25

Considerando-se que quanto menor a pontuação obtida no questionário, pior a qualidade de vida dos indivíduos, realizou-se a análise de regressão linear, considerando-se como variáveis os escores dos indivíduos e acuidade visual do pior olho obtida com correção (Gráfico 2). Verifica-se que o gráfico apresenta boa dispersão e embora apresente coeficiente angular pequeno, demonstra haver associação entre diminuição da acuidade visual e piora da qualidade de vida.

Quando perguntado em relação a sua saúde 70% dos respondentes a consideraram no mínimo boa (Tabela 4), com escore médio de 51,8 pontos.

Tabela 4- Percepção do próprio estado de saúde.

	f	%
Excelente	1	2,5
Muito boa	10	25
Boa	22	55
Regular	5	12,5
Ruim	2	5
TOTAL	40	100

Quando perguntado sobre como está a sua visão 57,5% dos pacientes responderam que tinham a percepção de que estava regular ou ruim (Tabela 5), com escore médio de 34 pontos, um dos menores entre os subdomínios.

Tabela 5- Percepção acerca da própria visão.

	f	%
Excelente		
Muito boa	3	7,5
Boa	14	35
Regular	16	40
Ruim	7	17,5
TOTAL	40	100

Dor ocular foi um sintoma citado por 80% dos pacientes, sendo que essa queixa foi percebida como fraca ou moderada por 57,5% dos respondentes (Tabela 6). O escore médio de 58,1 pontos foi um dos mais elevados entre as 25 questões.

Tabela 6- Percepção acerca de dor ou desconforto nos olhos.

DOR	f	%
Não sinto	8	20,0
Fraca	7	17,5
Moderada	16	40,0
Grave	8	20,0
Muito grave	1	2,5
TOTAL	40	100

O subdomínio visão para perto, avaliado em três questões do instrumento, foi uma das funções visuais menos comprometidas entre os respondentes do questionário (Tabela 7, 8 e 9), com 30% dos pacientes referindo pouca ou nenhuma dificuldade em exercer atividades que requer uma maior visão de perto. O escore médio foi de 50,8 pontos.

Tabela 7- Grau de dificuldade para leitura.

	f	%
Não tenho dificuldade	5	12,5
Pouca dificuldade	7	17,5
Dificuldade moderada	10	25,0
Muita dificuldade	10	25,0
Deixou de ler por causa da visão	3	7,5
Deixou de ler por outros motivos ou não se interessa por leitura	5	12,5
TOTAL	40	100

Tabela 8- Grau de dificuldade para enxergar objetos próximos (cozinhar, costurar).

	f	%
Não tenho dificuldade	4	10,0
Pouca dificuldade	7	17,5
Dificuldade moderada	15	37,5
Muita dificuldade	8	20,0
Deixou de fazer por causa da visão	5	12,5
Deixou de fazer por outros motivos ou não de interessa por isso	1	2,5
TOTAL	40	100

Tabela 9- Grau de dificuldade para achar objetos quando se encontram misturados a outros objetos (ex: Talher, sapato, roupa)

	f	%
Não tenho dificuldade	6	15,0
Pouca dificuldade	8	20,0
Dificuldade moderada	14	35,0
Muita dificuldade	6	15,0
Deixou de fazer por causa da visão	4	10,0
Deixou de fazer por outros motivos ou não de interessa por isso	2	5,0
TOTAL	40	100

Entre os subdomínios que avaliam função visual, o de visão de longe foi sem dúvida o mais comprometido nos pacientes com cegueira moderada e severa, com 30% dos pacientes relatando muita dificuldade de ver letreiro de ônibus e placas na rua (Tabela 10), 20% para descer escadas (Tabela 11) e 35% para ver pessoas no outro lado da rua (Tabela 12). O escore médio foi de 41,8 pontos.

Tabela 10- Grau de dificuldade para ler placas na rua ou letreiro do ônibus.

	f	%
Não tenho dificuldade	1	2,5
Pouca dificuldade	4	10,0
Dificuldade moderada	17	42,5
Muita dificuldade	12	30,0
Deixou de ler por causa da visão	5	12,5
Deixou de ler por outros motivos ou não de interessa por isso	1	2,5
TOTAL	40	100

Tabela 11- Grau de dificuldade para descer escadas.

	f	%
Não tenho dificuldade	6	
Pouca dificuldade	6	15,0
Dificuldade moderada	12	30,0
Muita dificuldade	8	20,0
Deixou de fazer por causa da visão	6	15,0
Deixou de fazer por outros motivos ou não de interessa por isso	2	5,0
TOTAL	40	100

Tabela 12- Dificuldade para olhar pessoas do outro lado da rua.

	f	%
Não tenho dificuldade	1	2,5
Pouca dificuldade	2	5,0
Dificuldade moderada	17	42,5
Muita dificuldade	14	35,0
Deixou de ver por causa da visão	6	15,0
Deixou de ver por outros motivos ou não de interessa por leitura		
TOTAL	40	100

Quatro questões avaliam o subdomínio saúde mental neste instrumento, que avalia a repercussão da catarata sob aspectos psicológicos do paciente, principalmente o sentimento da tristeza e preocupação. Ao analisar essas questões verificamos que mais de 50% dos entrevistados são bastante afetados nesse sub-domínio, relatando esses sentimentos negativos a maior parte do tempo (Tabelas 13, 14 e 15). O escore médio neste subdomínio foi de 46; 25 pontos.

Tabela 13- Preocupação em relação à visão.

	f	%
Não	1	2,5
Um pouco	6	15,0
Algumas vezes	16	40,0
A maior parte do tempo	12	30,0
O tempo todo	5	12,5
TOTAL	40	100

Tabela 14- Sentimento de tristeza.

	f	%
Sempre	7	17,5
A maioria das vezes	12	30,0
De vez em quando	11	27,5
Poucas vezes	7	17,5
Nunca	3	7,5
TOTAL	40	100

Tabela 15- Receio de realizar atividades do cotidiano (trabalhar com ferramentas, cozinhar, lavar roupas).

	f	%
Sempre	4	10,0
A maioria das vezes	7	17,5
De vez em quando	14	35,0
Poucas vezes	9	22,5
Nunca	6	15,0
TOTAL	40	100

Entende-se por atividades da vida diária a capacidade da pessoa manter a sua rotina, exercendo as suas atividades básicas do dia a dia. 45% dos entrevistados afirmaram ter mudado a sua rotina diária devido à piora da visão, deixando de fazer atividades que gosta e se sentindo limitado para o trabalho devido a sua visão na maioria das vezes, com escore médio de 38,1 neste subdomínio (Tabelas 16 e 17).

Tabela 16- Ato de deixar de realizar coisas que gosta por causa da visão.

	f	%
Sempre	9	22,5
A maioria das vezes	12	30,0
De vez em quando	13	32,5
Poucas vezes	4	10,0
Nunca	2	5,0
TOTAL	40	100,0

Tabela 17- Limitação para trabalhar ou realizar outras atividades por causa da visão.

	f	%
Sempre	7	17,5
A maioria das vezes	14	35,0
De vez em quando	11	27,5
Poucas vezes	8	20,0
Nunca	1	2,5
TOTAL	40	100,00

Em nosso estudo cerca de 70% dos respondentes afirmaram estar mais dependente dos outros por causa da visão (Tabelas 18, 19 e 20), com escore médio de 48,1 neste subdomínio.

Tabela 18- Ficar mais tempo em casa por causa da sua visão

	f	%
Sempre	4	10,0
A maioria das vezes	7	17,5
De vez em quando	16	40,0
Poucas vezes	9	22,5
Nunca	4	10,0
TOTAL	40	100,0

Tabela 19- Dependência do que as outras pessoas falam.

	f	%
Sempre	3	7,5
A maioria das vezes	9	22,5
De vez em quando	20	50,0
Poucas vezes	6	15,0
Nunca	2	5,0
TOTAL	40	100,0

Tabela 20- Necessidade da ajuda de terceiros.

	f	%
Sempre	4	10,0
A maioria das vezes	12	30,0
De vez em quando	18	45,0
Poucas vezes	4	10,0
Nunca	3	7,5
TOTAL	40	100,0

Quanto as funções visuais de visão de cores e visão periférica, percebemos que ambas são relatadas, sendo a deficiência de visão de cores mais percebida pelo paciente, com 60% dos pacientes relatando dificuldade pelo menos de vez em quando (Tabela 21).

Tabela 21- Capacidade para diferenciar as cores.

	f	%
Sempre	4	10,0
A maioria das vezes	13	32,5
De vez em quando	09	22,5
Poucas vezes	6	15,0
Nunca	9	22,5
TOTAL	40	100,0

Tabela 22- Capacidade para enxergar os objetos a seu lado quando esta andando sozinho (anda tropeçando nas coisas?).

	f	%
Sempre	1	2,5
A maioria das vezes	4	10,0
De vez em quando	24	60,0
Poucas vezes	7	17,5
Nunca	4	10,0
TOTAL	40	100,0

Quanto a capacidade para dirigir automóveis, 55% dos entrevistados nunca dirigiram, dentre os habilitados, 40% deixaram de dirigir por causa da visão. O escore médio neste subdomínio foi de 34,2 pontos.

5- DISCUSSÃO

A avaliação da qualidade de vida em ensaios clínicos é amplamente aceita para se avaliar o efeito de diferentes doenças e tratamentos, inclusive agravos oftalmológicos. Torna-se relevante então obter um instrumento estruturado e testado, que considere diferenças culturais, para avaliação da qualidade de vida e função visual em portadores de catarata dessa população.

Na estruturação de um questionário de avaliação de qualidade de vida, alguns passos devem ser obrigatoriamente considerados. A primeira questão a ser abordada é se o questionário aplicar-se-á ao objetivo para o qual é proposto. Isto está assegurado pelas medidas psicométricas do instrumento (FITZPATRICK 1992).

A adaptação de questionários já validados para pacientes com desordens visuais permite não somente a exploração dos impactos específicos devido à baixa acuidade visual, como também permite fazer comparações.

s da qualidade de vida de pacientes oftalmológicos com indivíduos portadores de outras doenças (SCOTT 1994).

A decisão de traduzir um questionário já validado fortalece o instrumento final, uma vez realizadas as fases de estudo exploratório e teste prévio, descritos abaixo.

1) Tradução e adequação das questões

As questões não podem ser traduzidas literalmente, uma vez que a maioria dos idiomas não permite traduções puramente técnicas. As questões devem ser adaptadas, considerando-se as diferenças culturais e os vocábulos populares. Devem ser claras, sucintas e objetivas (MANGIONE 2001).

2) Estudo Exploratório

Considerando-se que fatores humanos compõem o objeto da presente pesquisa, torna-se imprescindível à realização de um estudo exploratório na etapa de planejamento de qualquer estudo descritivo que envolva questionário, com a preocupação de identificar outras variáveis relevantes, vocábulos populares e percepções que possam não ter sido percebidas nas fases anteriores da pesquisa (PIOVESAN, TEMPORINI 1995). Tratando-se

de um questionário adaptado a partir de um original em inglês, o estudo exploratório teve também a finalidade de adequar os termos e as perguntas à realidade sociocultural dos sujeitos.

3) Teste prévio

O teste prévio é um procedimento metodológico importante para assegurar a confiança e a validade dos dados obtidos nas etapas anteriores de planejamento da pesquisa, desta forma assegurando o aperfeiçoamento do questionário. Utiliza-se para este fim, população com características semelhantes às da população-alvo do estudo. O teste prévio não deve ser descartado ou confundido com pesquisa exploratória (TEMPORINI 1995).

0A relação entre função visual e qualidade de vida e a acuidade visual não é absoluta, entretanto, essa relação sugere que essas medidas vão muito além que as medidas clínicas de visão em caracterizar a importância da perda visual e cegueira e os benefícios da cirurgia de catarata na vida das pessoas (ZHAO 1998).

Steimberg e cols (1994) desenvolveram o questionário denominado “visual function 14” (VF14) para medir o sofrimento de portadores de catarata e suas dificuldades em relação as atividades da vida diária. Os sujeitos relataram insatisfação com a visão em domínios diversos.

Desai e cols (1996) em estudo realizado em pacientes submetidos à cirurgia de catarata avaliaram a qualidade de vida antes da cirurgia e 4 meses após utilizando o VF 14. Os resultados pós-operatórios mostraram problemas menos frequentes com a visão, menor dependência e melhora nas atividades diárias.

PARRICH (1996) determinou a relação entre sofrimento visual de pacientes com glaucoma e sua qualidade de vida, usando o SF36, o VF 14 e o NEI VFQ. Os resultados mostraram que o SF36 demonstrou fraca relação com sofrimento visual, o VF 14 detectou moderada relação com sofrimento visual e o NEI VFQ revelou que o desconforto visual teve uma relação fraca.

BOIOSJOLY & cols (1999) avaliaram o prejuízo da visão em pacientes com indicação de transplante de córnea pelo questionário de função visual (VF 14) em 134 pacientes. Além do VF 14 foi aplicado o SF36. Este estudo mostrou que antes dos transplantes os pacientes tinham uma qualidade de vida empobrecida e que os questionários citados são válidos tanto para transplante de córnea quanto para catarata.

SCOTT e cols (1999) avaliaram a qualidade de vida de pacientes que do setor de visão subnormal do “Bascon Palmer Institute” e usavam auxílio óticos. Os pacientes responderam aos questionários SF36, VF14 e NEI VFQ, antes e 3 meses depois da prescrição do auxílio. O SF 36 não mostrou diferença significativa na comparação entre as duas aplicações, o VF 14 detectou uma melhora significativa na qualidade de vida e o NEI VFQ mostrou melhora significativa após a segunda aplicação do questionário nos seguintes sub-domínios: visão geral, visão para perto e longe e visão periférica.

Em trabalho realizado na China (ZHAO 1998) utilizando o Visual Function/quality of life Questionnaire 25 para avaliar qualidade de vida e função visual em pacientes operados de catarata encontrou-se uma responsividade de 85% no pré-operatório e de 90% nos pacientes pseudofácicos. Quando comparamos com os resultados do presente estudo, com uma responsividade semelhante, observa-se que mesmo com a baixa escolaridade das duas populações, o questionário se mostrou simples o suficiente para ser entendido pelo paciente.

No aspecto de clareza e objetividade, o questionário pode ser considerado adequado, pois mais de 80% dos respondentes conseguiram responder a todas as questões sem dificuldades.

Quanto a análise de reprodutibilidade inter e intra-observador, as poucas discrepâncias observadas não se mostraram consistentes, não havendo necessidade de se proceder a alterações no instrumento e capacitando os pesquisadores a executar as entrevistas.

Pokharel e cols (1998) em trabalho utilizando questionário semelhante no Nepal, contendo também 25 questões sobre qualidade de vida e função visual, verificou um tempo de resposta que variou de 10 a 20 minutos. Esse tempo superior ao encontrado em

nosso trabalho pode ser explicado pelo índice de analfabetismo maior que 70% no Nepal e pelo fato da entrevista no presente estudo ter sido realizada por médicos.

No domínio da saúde geral 70% acham que tem boa saúde. Dos subdomínios avaliados, saúde geral foi o aspecto onde se obtém os maiores escores, dados que conferem com Pokkarel (1998) no Nepal e Lau J e cols (2002) em Hong Kong usando instrumento semelhante.

A satisfação com a saúde é uma medida que avalia se os sentimentos, anseios, aspirações do indivíduo estão sendo satisfeitos. Deriva de atitudes, relacionamentos, do modo de ser do indivíduo e de como ele percebe a sua doença e interage com ela. A maneira como ele encara a saúde, determinará o seu comportamento em relação a ela, as suas escolhas, a comunicação com os profissionais de saúde, a obediência ao tratamento, ou simplesmente lhe dará suporte para aceitar o inevitável. Satisfação é um conceito abstrato. Não há dúvida que satisfação e felicidade tem alguma coisa em comum, mas existe uma diferença entre elas (FITZPATRICK 1992). Satisfação envolve um ato, um julgamento, e não é apenas um estado de espírito espontâneo, como a felicidade.

Dentre as funções sensoriais, foram avaliadas a acuidade visual para longe e perto, visão de cores e periférica.

Dos entrevistados, verificou-se que 75% apresentavam algum grau de dificuldade para ler placas na rua ou letreiro do ônibus, 70% para enxergar pessoas a longa distancia e 60% para ler jornal, livro ou revista, demonstrando que a maioria dos indivíduos apresentaram a percepção de que a catarata afeta bastante atividades como ler, ver de longe e locomover-se em ambientes conhecidos.

Visão periférica e de cores foram sub-domínios cujas respostas variaram muito entre os entrevistados, talvez por serem domínios que avaliam funções visuais cuja percepção de alterações em doença crônica e de progressão lenta como a catarata, se torna difícil. Steimberg e cols encontraram baixo escore neste sub-domínio principalmente em pacientes com cegueira severa e moderada.

Kleen & Levoy reportaram em seu estudo que a incapacidade de leitura seria um dos sub-domínio que levaria a maior preocupação na população com baixa visão. Monestan e cols constataram que 90% dos pacientes do seu estudo gostariam de passar mais tempo lendo.

Observou-se que 75% da população é de pouca escolaridade, o que sem duvida diminui a importância da avaliação de leitura, porem mesmo assim, a incapacidade de leitura e outros itens do subdomínio visão de perto foram relatados como importante pelos pacientes. He e cols em trabalho semelhante realizado na China verificou uma taxa de analfabetismo de 49%.

Assistir televisão é sabidamente uma das principais forma de lazer da população idosa (GUYAT 1989), essa atividade requer alem de boa acuidade visual, sensibilidade ao contraste normal. Monestan e cols constataram em seu estudo que mais de 80% dos portadores de catarata com visão inferior a 20/60 reclamaram de dificuldade ao ver televisão. Pokkarel e cols (1998) encontraram baixos escores nesses subdomínios em seus pacientes com catarata e visão menor que 20/200. Encontramos no sub-domínio visão para longe um dos aspectos mais afetados pela baixa de visão com escore médio de 41.8 pontos de 100 possíveis, sendo de 33 pontos no grupo de cegueira moderada e 17 pontos no grupo de cegueira severa.

He e Cols (1999) em trabalho realizado na China encontrou um escore médio de 48.47 e Lau e Cols (2002) teve neste subdomínio um escore médio de 54.2 em Hong Kong.

Dentro do VFQ 25, dor e desconforto são consideradas uma das 13 facetas da qualidade de vida e função visual. Verifica-se que a presença de dor ou desconforto tem um impacto significativo na percepção da qualidade de vida em geral e sua presença afeta percepções de 5 dos 6 domínios da qualidade de vida; sendo o domínio da espiritualidade, religião e crenças pessoais, a exceção. Quando a qualidade de vida é avaliada, sentimentos negativos estão mais intimamente relacionados com o relato de dor e desconforto do que qualquer outra faceta (SKEVINGTON, 1999). O aumento da dor está relacionado com uma

piora das funções relacionadas à qualidade de vida, mesmo quando a doença de base está estabilizada ou sob controle, embora esta correlação não seja linear (WANG 1999).

Dor ou desconforto ocular foi um sintoma citado por 60% dos pacientes, sendo o escore médio de 58.1 pontos foi um dos mais elevados entre as 25 questões, resultado esperado, pois dor não é sintoma preponderante em catarata.

Já foi mostrado que uma pequena piora na visão pode ocasionar aumento na dependência e piora da capacidade de exercer atividades do dia a dia; que é fator importante para a manutenção da auto-estima e orgulho próprio causando impactos negativos em todo os outros domínios (GUYAT 1995). He e Cols (1999) constatou algum problema de locomoção em lugares não conhecidos e noção de distancia em 78 % dos pacientes com catarata com um escore médio de 26.73 no Doumen County, China e Lau e Cols (2002) teve neste sub-domínio um escore médio de 76.2 em pacientes com visão menor que 20/200 em Hong Kong, essa diferença é justificada pelo autor como sendo devido ao pequeno tamanho dos apartamentos em Hong Kong e a infra-estrutura de água encanada, luz elétrica e gás que é disponível a população, o que facilita a vida das pessoas.

O sub-domínio saúde mental neste instrumento é avaliado pela repercussão da catarata sob aspectos psicológicos do paciente, principalmente o sentimento da tristeza, auto-estima e preocupação com a visão. Quando inquiridos sobre esses sentimentos negativos, 75% dos pacientes responderam estar sentindo tristeza em algum momento de suas vidas devido à visão, 80% dos respondentes disseram sentir-se preocupados com seu problema visual e 60% dos pacientes apresentam a percepção de insegurança em realizar atividades que eram acostumados a fazer, como ir ao banheiro sozinho ou trabalhar com ferramentas.

O escore médio de 46.25 pontos que obtivemos neste sub-domínio foi inferior a He e Cols (1999) que encontrou um escore médio de 70.88 e semelhante a Lau e Cols (2002) que neste sub-domínio obteve um escore médio de 48.9 em Hong Kong.

Fletcher e cols (1997) avaliaram saúde mental em seu trabalho na Índia utilizando o VFQ, com baixos escores principalmente com acuidades visuais menores que 20/200.

Segundo WILLIAMNS et al, 1998 o impacto psicológico da diminuição da acuidade visual é comparável aos dos pacientes com melanoma, síndrome da imunodeficiência adquirida, e transplante de medula óssea. A perda da visão não tem apenas um impacto psicológico, pois afeta vários outros domínios, levando a uma deterioração da qualidade de vida. Estes achados corroboram nos quais uma melhora na acuidade visual pós-cirurgia, está relacionada com uma melhora na qualidade de vida.

Aspectos relativos à vida social dos portadores de catarata foram estudados por Fletcher e Cols (1997) na Índia e Zhao e cols (1998) na China, sendo este domínio bastante afetado em ambos os estudos, principalmente nos pacientes com visão menor que 20/200 no melhor olho, com escores médios de 31.7 e 27.3 respectivamente. Nossos resultados corroboram com essas afirmações, obtendo-se um escore médio de 32.50 pontos neste subdomínio nos pacientes com visão abaixo de 20/200.

Devido à baixa renda da população estudada, a maioria não se interessa por dirigir automóveis, o que torna esse dado inexpressivo em nosso estudo, já que 60% dos entrevistados nunca dirigiu. Zhao (1998), Fletcher (1997) e Pokkarel (1998) em trabalho semelhante realizado em população de países em desenvolvimento descartaram esse domínio do seu instrumento final. Devemos portanto excluir este sub-domínio quando se avaliam pessoas atendidas em hospitais públicos no Brasil.

Considerando-se que quanto menor a pontuação obtida no questionário, pior a qualidade de vida dos indivíduos, realizou-se a análise de regressão linear, considerando-se como variáveis os escores dos indivíduos e acuidade visual do pior olho obtida com correção (Gráfico2). Verifica-se que o gráfico apresenta boa dispersão e embora apresente coeficiente angular pequeno, demonstra haver associação entre diminuição da acuidade visual e piora da qualidade de vida.

Estes achados devem ser entendidos dentro das limitações do estudo que não comparou pessoas da mesma faixa etária e situação socioeconômica sem alterações visuais.

Recomenda-se a continuidade deste estudo, aumentando a população estudada, tornando-a mais heterogênea, desta forma verificando-se a possibilidade de estabelecer-se um ponto de corte, a partir do qual seria possível indicar uma intervenção.

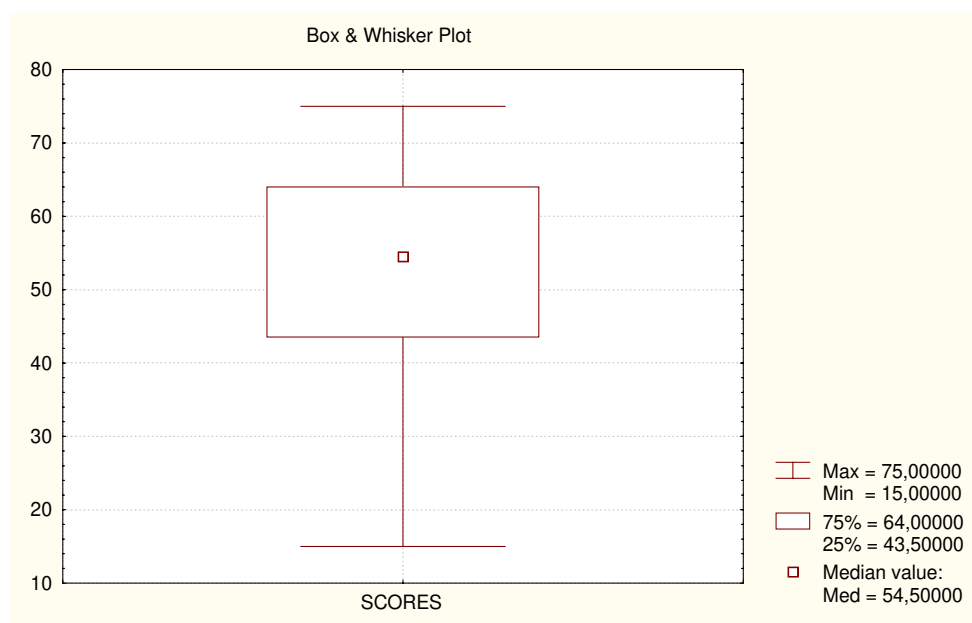


Gráfico 1 – Gráfico “Box and Wiskers” dos escores dos 40 pacientes, com catarata, atendidos no ambulatórios de catarata do Hospital das Clínicas da UNICAMP

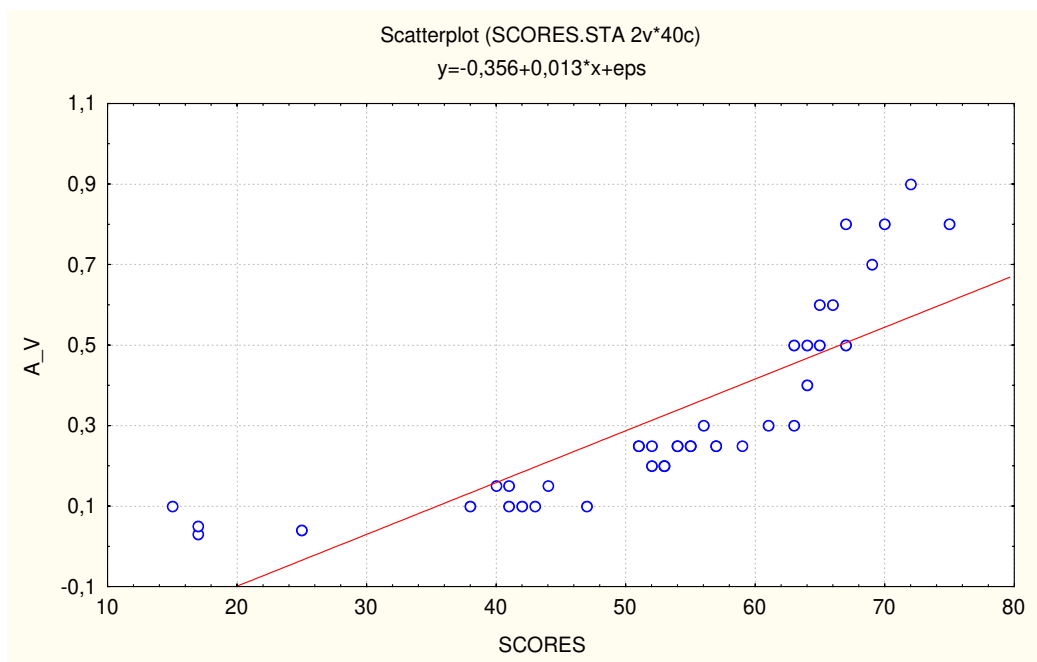


Gráfico 2 – Gráfico com a correlação entre Acuidade Visual (A V) e os escores obtidos dos 40 pacientes com catarata, atendidos no ambulatórios de catarata do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

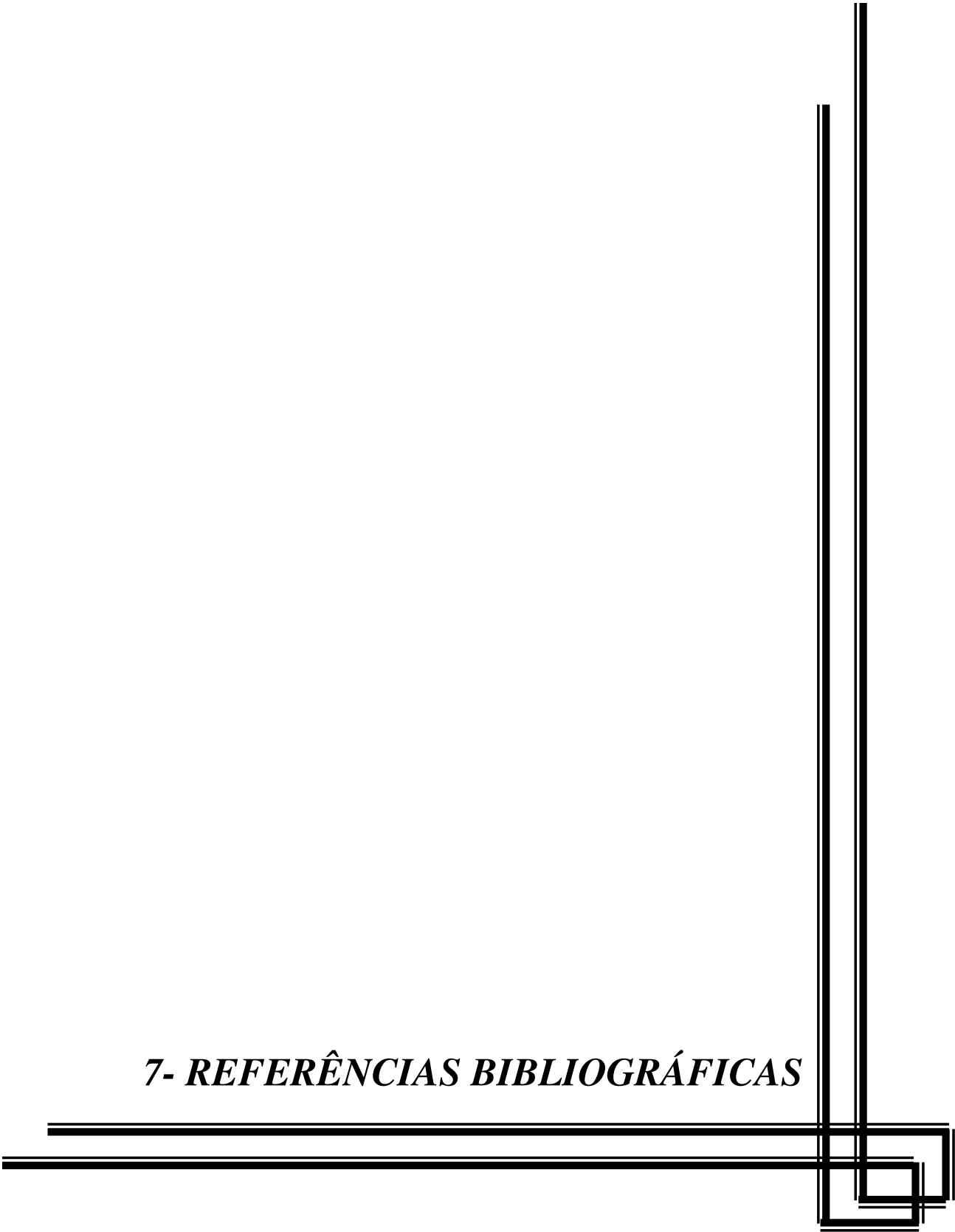
6- CONCLUSÕES

1) O questionário adaptado a partir do VFQ 25 pôde ser usado na avaliação de qualidade de vida de indivíduos portadores de catarata, pois:

- Apresentou responsividade de 80%, mesmo quando testado em população de baixa escolaridade, pois:
- O tempo médio da entrevista de 7min e 40seg não constituiu obstáculo para sua aplicação, não se observando desgaste do entrevistador e dos entrevistados.
- A aplicação do questionário por meio de entrevista possibilitou incluir no estudo indivíduos de baixa escolaridade.
- As poucas discrepâncias encontradas ao se testar a variação inter e intra-observador indica que médicos obtém bom desempenho.

2) O portador de catarata tem a percepção da influência negativa da doença na qualidade de vida.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- ARIETA C.E.L., KARA-JOSE N, CARVALHO FILHO D.M., ALVES M.R. Optimization of a university cataract-patient care service in Campinas, Brazil. *Ophthalmic Epidemiol* 1999; 6 (2): 113-123.
- BOISJOLY, H; GRESSET, J; FONTAINE, N; CHARES, M; BRUNETT, I; LEFRANÇOIS, M; DESCHÊNES, J; BAZIN, R. The VF 14 index of functional visual impairment in candidates for a corneal graft. *Am. J. Ophthalmol* 128: 38-44. 1999.
- CELLA, D.F. Quality of Life: concepts and definitions. *J. Pain Symptom Manage*; 9 (3): 186-92, 1994.
- DESAI, P; REIDY. A; MINASSIAN, D.O; VAFIDIS. G.; BOLGER, J. Gains from cataract surgery: Visual Function and Quality of Life. *Brit J. Ophthalmol.* 80: 868 – 73, 1996.
- FLETCHER, A.E.; ELLWEIN, L.B.; SELVARAJ, S.; VIJAYKUMAR, V.; RAHMATHULLAH, R.; THULASIRAJ, R.D. Measurements of vision function and quality of life in patients with cataracts in Southern India: report of instrument development. *Arch Ophthalmol* 115:767-774 1997.
- FITZPATRICK, R; FLETCHER, A. Quality of life measures in health care: Applications and issues in assessment. *BMJ* 305: 1074-7 1992.
- GUYAT, G.H.; ZATEN, S. J.A.V.; FEENEY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can. Med. Assoc. J.* 140: 144-8, 1989.
- GUYAT, G.H.; FEENEY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health related quality of lyfe. *Ann Intern Med*; 118: 622-9, 1993.
- GUYAT, G.H. A taxonomy of health status instruments. *J. Rheumatol*; 22: 1188-90, 1995.
- HE M, X.U.J; LI S, W.U.K; MUNOZ, S.R; ELLWEIN, L.B. Visual acuity and quality of life in patients with cataract in Doumen County, China. *Ophthalmology*, 106(8):1609-1, 1999.
- JAYAMANNE, G. R.; WOOD, C. M. Correlation between early, measurable improvement in quality of life and speed of visual rehabilitation after phacoemulsification. *J. Cataract Refract Surg.* 25: 1135-39, 1999.

KARA-JOSÉ, N.; TEMPORINI, E.R. Cirurgia de catarata: o porquê dos excluídos. Rev Panam Salud Publica. 6 (4): 242-248. 1999.

KATZ, J.N.; LARSON, M. G.; PHILLIPS, C.B.; FOSSEL, A.H.; LIANG, M. H. Comparative measurement sensitivity of short and long health status instruments. Med Care, 30: 917-25. 1992.

KUYKEN, W; ORLEY, J; HUDELSON, P; SARTORIUS, N. Quality of life assessment across cultures. Int J Ment Health 23 (2):5-27 1994.

LAU J; MICHON J.J; CHAN W.S; ELLWEIN L.B. Visual acuity and quality of life outcomes in cataract surgery patients in Hong Kong. Br J Ophthalmol. 86(1):12-7 2002.

LIMA, C.A. Avaliação da qualidade de vida em portadores de ceratocone. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1999.

MANGIONE C.M; PHILLIPS R.S; SEDDON J.M; LAWRENCE M.G; COOK E.F; DAILEY R; GOLDMAN L. Development of the Activities of daily vision Scale. Medical Care 30 (12), 1111-25 1992.

MANGIONE, C.M.; BERRY, S.; SPRITZER, K. Identifying the content area for the 51-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire: results from focus groups with visually impaired persons. Arch. Ophthalmol. 116: 227-33. 1998.

MANGIONE, C.M.; RUSSEL, S.; PHILLIPS, M.D. Improved visual function and attenuation of decline in health-related quality of life after cataract extraction. Arch. Ophthalmol. 112: 1419-1425 1994.

MANGIONE, C.M; LEE, P.P; GUTIERREZ, P.R; SPRITZER, K; BERRY, S; HAYS, R.D. Development of the 25-item National Eye Institute visual functioning . Arch Ophthalmol; 119: 1050-8, 2001.

MONESTAN, E.; WACHTMEISTER, L. The impact of cataract surgery on low vision patients: a population based study. Acta Ophthalmol Scand; 75:569-576, 1997.

PARRISH, R.K. Visual impairment, visual functioning, and quality of life assessments in patients with glaucoma. Trans Am Ophthalmol Soc 94: 919-28, 1996.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para estudos de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública 29: 318-25, 1995.

POKHAREL, G.P; SELVARAJ, S; ELLWEIN, L.B. Visual functioning and quality of life outcomes among cataract operated and unoperated blind populations in Nepal. Br J Ophthalmology, 82:606-610, 1998.

STEIMBERG, E. P; TIELSCH, J.M; SCHEIN, O.D; SCHARKEY, P; CASSARD, S. D; LEGRO, M.W; BASS, E.B; DAMIANO, A. M; SOMMER, A. The V F 14. index of functional impairment in patients with cataract. Arch. Ophthalmol 112. 1994.

SCOTT, I.U; SCHEIN, O.D; WEST, S; FOLSTEIN, M.F. Functional status and quality of life measurements among ophthalmic patients. Arch. Ophthalmol 112: 329-335. 1994.

TEMPORINI E.R. Prevenção da AIDS: percepção e conduta sexual de estudantes universitários no Estado de São Paulo. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1995.

TESTA, M.A; SIMONSON, D.C. Assessment of quality of life outcomes. N_Engl J Med, 334(13) ,835-40 ,1996.

29 - SKEVINGTON, S. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. Pain ;76(3), 395-406 , 1999.

WANG, X. S; CLEELAND, C. S; MENDOZA, T. R; ENGSTROM, M.C; LIU, S; XU, G; WANG, Y; REN, X. S. The effects of pain severity on health-related quality of life: A study of Chinese cancer patients. Cancer 86(9):_1848-55, 1999.

WILLIAMS, R. A.; BRODY, B. L.; THOMAS, R. G.; KAPLAN, R. M.; BROWN, S. I. – The psychosocial impact of macular degeneration. Arch Ophthalmol 116, 514-520, 1998.

WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. Int. J. Ment. Health 23(3), 24-56, 1994.

ZHAO, J; RUIFANG, S; LIJAN, J; FLETCHER, A; ELLWEIN, L.B. Visual acuity and Quality of Life Outcomes in Patients With Cataract in Shunyi County, China. Am J Ophthalmol 126: 515-23, 1998.

8- ANEXOS

ANEXO 1- Questionário adaptado do VFQ (PARTE 1: SAÚDE GERAL E VISÃO)

VISUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (VFQ) ADAPTADO

PARTE 1: SAÚDE GERAL E VISÃO

1 - Como você acha que esta a sua saúde?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Regular	4
Ruim	5

2 - Como você acha que está a sua visão (com óculos ou lentes de contato, se usuário) ?

Excelente	1
Boa	2
Regular	3
Ruim	4
Muito ruim	5

3 - Você tem se preocupado com sua visão?

Não	1
Um pouco	2
Algumas vezes	3
A maior parte do tempo	4
O tempo todo	5

4 - Você tem sentido dor ou desconforto nos seus olhos (por ex.: coceira, queimação, dor)? Sim ou não? Esta dor ou desconforto é:

Não sinto	1
Fraca	2
Moderada	3
Forte	4
Muito forte	5

ANEXO 2- Questionário adaptado do VFQ (PARTE 2: DIFICULDADES COM ATIVIDADES DIÁRIAS)

VISUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (VFQ) ADAPTADO

Parte 2: DIFICULDADES COM ATIVIDADES DIÁRIAS

5 - Você tem dificuldade para ler jornal, livro ou revista?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de ler por causa da visão	5
Deixou de ler por outros motivos, ou não se interessa por leitura	6

6 - Você tem dificuldade para cozinhar, costurar ou ver coisas de perto?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

7 - Por causa da sua visão, você tem tido dificuldade para achar coisas quando se encontram misturadas a outros objetos (talher, sapato, roupa)?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

8 - Você tem dificuldade para ler placas na rua ou letreiro do ônibus?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de ler devido à visão	5
Deixou de ler por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

9 - Você tem tido dificuldade para descer escadas?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

10 - Você tem tido dificuldade para enxergar os objetos a seu lado quando você está andando sozinho (anda tropeçando nas coisas?)

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos,	

ou não se interessa por isso 6

11 - Você tem dificuldade para conversar com os amigos ou parentes por causa da sua visão?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

12 - Você tem dificuldade, por causa da visão, para diferenciar as cores?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de trocar de roupa sozinho por causa da visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

13 - Você tem dificuldade, por causa da visão, para reunir-se com os amigos ou parentes em suas casas, em festas ou em reuniões?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

14 - Você tem dificuldade, por causa da visão, para olhar as pessoas quando estão do outro lado da rua?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de assistir por causa da visão	5
Deixou de assistir por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

15 - Você dirige, mesmo que de vez em quando?

SIM	1
(vá para questão 15c)	
NÃO	2

15a- Você nunca dirigiu ou desistiu de dirigir?

NUNCA DIRIGIU	1
(vá para parte 3, questão 17)	
DESISTIU	2

15b- Se você desistiu, foi devido à visão, por outras razões ou as duas coisas ao mesmo tempo?

PRINCIPALMENTE PELA VISÃO	1
(vá para parte 3, questão 17)	
POR OUTROS MOTIVOS	2
(vá para parte 3, questão 17)	
PELA VISÃO E OUTROS MOTIVOS	3

(vá para parte 3, questão 17)

15c- Você tem dificuldade para dirigir, durante o dia, em lugares conhecidos?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Moderada dificuldade	3
Muita dificuldade	4

16 - Você tem dificuldade para dirigir durante a noite?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de dirigir devido a visão	5
Deixou de dirigir por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

ANEXO 3- Questionário adaptado do VFQ (PARTE 3: QUESTÕES PARA PROBLEMAS VISUAIS)

VISUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (VFQ) ADAPTADO

PARTE 3: QUESTÕES PARA PROBLEMAS VISUAIS

17 - Você tem deixado de realizar coisas que gosta por causa da sua visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

18 - Você se acha limitado para trabalhar ou realizar outras atividades por causa da visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

19 - Você sente desconforto nos olhos ou em volta deles (por ex.: queimação, coceira, dor) que faz você deixar de fazer coisas que gosta?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

20 - Você fica muito tempo em casa por causa da sua visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

21 - Você tem se sentido triste por causa da sua visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

22 - Você tem sentido receio de fazer coisas que estava acostumado a fazer (cozinhar, lavar roupa, trabalhar com ferramentas etc.) por causa da visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

23 - Você, por causa da visão, depende do que as outras pessoas falam?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

24 - Por causa da sua visão, você tem precisado da ajuda dos outros ?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

25 - Por causa da sua visão, você tem tido receio de fazer as coisas com medo de passar vergonha, p.ex. entrar no banheiro errado, não falar com pessoas conhecidas, urinar fora do sanitário etc.?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5