

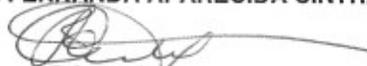
ISABEL CRISTINA MELLO FONSECA

ADAPTAÇÃO CULTURAL DO "NATIONAL EYE INSTITUTE
VISUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE" (NEI VFQ-25)
PARA IDOSOS BRASILEIROS COM BAIXA VISÃO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO "NATIONAL EYE INSTITUTE
VISUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE" (NEI VFQ-25)
PARA IDOSOS BRASILEIROS COM BAIXA VISÃO**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **ISABEL CRISTINA MELLO FONSECA**

PROFA. DRA. FERNANDA APARECIDA CINTRA



Orientadora

Orientadora:

Co-Orientadora: Prof. Dra. Isabela Mello Costa

CAMPINAS

2006

CAMPINAS

2006

**BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP**

ISABEL CRISTINA MELLO FONSECA

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO “NATIONAL EYE INSTITUTE
VISUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE” (NEI VFQ-25)
PARA IDOSOS BRASILEIROS COM BAIXA VISÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de Concentração em Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra

Co-Orientadora: Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre

CAMPINAS

2006

DEDICATÓRIA

*À minha mãe Aparecida e ao meu pai Ademar (in memorian),
pelo amor e valores humanos que me transmitiram;*

À minha tia Lybia (in memorian), pela dedicação;

*Ao Olimpio, meu companheiro em todos os momentos
da minha vida;*

*Às minhas sobrinhas e afilhadas, Vitória e Gabriela,
cujas existências iluminam o meu caminho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça de conviver com “pessoas especiais”;

À minha família, por todo incentivo e compreensão;

Ao meu irmão Ademar e minha cunhada Ângela pelo carinho e atenção;

Aos meus amigos, que sempre me fazem acreditar que eu posso tentar e conseguir;

À Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra, pelo carinho, confiança e pela eficiência nos ensinamentos e orientações imprescindíveis neste trabalho;

À Profa. Dra. Maria Cristina von Zuben de Arruda Camargo, que além de sua valorosa amizade, me ensinou a arte da reeducação visual;

Às Profas. Dras. Miako Kimura e Maria Elisabete Gasparetto, que de forma competente, amável e gentil enriqueceram este trabalho com suas considerações como membros das Bancas Examinadoras do Exame de Qualificação e Defesa;

À Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre, pela valiosa contribuição;

Às Profas. Dras. Maria José D’Elboux Diogo e Maria Cecília Gallani, Prof. Dr. João Alberto Holanda de Freitas, Profs. Heryberto Alvim e Alexandre Campana Rodrigues; e às minhas amigas Marina Von Zuben de Arruda Camargo e Solange Sanches de Arruda Costa, pela excelente contribuição na execução deste trabalho;

À Diretoria e Equipe técnica da Pró-Visão – Sociedade Campineira de Atendimento ao Deficiente Visual, pelo apoio recebido durante a realização deste trabalho;

Ao Lar dos Velhinhos de Campinas, de modo especial a assistente social Isis, pela confiança e contribuição;

Às pessoas idosas, que participaram deste estudo, toda minha gratidão e respeito;

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem da FCM Unicamp, pelo acolhimento e atenção recebida ao longo desses três anos de convivência;

Ao Helymar, membro do Departamento de Estatística da FCM UNICAMP, por sua importante contribuição nos procedimentos estatísticos;

A todas as pessoas que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

	PÁG.
RESUMO	xxix
ABSTRACT	xxxiii
1- INTRODUÇÃO	37
1.1- Justificativa	39
1.2- Envelhecimento e baixa visão adquirida	40
1.3- Qualidade de vida em saúde: breves considerações conceituais	45
1.4- Instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada à saúde	48
1.4.1- Descrição do instrumento National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI VFQ-25).....	52
2- ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA	55
3- OBJETIVOS	65
4- MÉTODO	69
4.1- A Escolha do instrumento	71
4.2- Adaptação cultural do NEI VFQ-25	75
4.2.1-Tradução inicial.....	75
4.2.2- Retrotradução.....	75
4.2.3- Revisão da tradução por comitê de juízes.....	76
4.2.4- Sistema de pontuação.....	77
4.2.5- Pré-teste.....	77

4.3- Avaliação da confiabilidade.....	77
4.3.1- Cenário do estudo.....	78
4.3.2- Sujeitos.....	78
4.3.3- Coleta de dados.....	80
4.3.4- Análise dos dados e tratamento estatístico.....	81
4.4- Aspectos éticos.....	82
5- RESULTADOS.....	83
5.1- Processo de adaptação cultural.....	85
5.1.1- Equivalência semântica e idiomática.....	85
5.1.2- Equivalência cultural e conceitual.....	86
5.1.3- Pré-teste.....	90
5.2- Análise da confiabilidade.....	93
5.2.1- Caracterização dos sujeitos.....	93
5.2.2- Análise descritiva dos escores.....	95
5.3- Confiabilidade.....	100
5.3.1- Consistência interna.....	100
5.3.2- Estabilidade (teste-reteste).....	103
6- DISCUSSÃO.....	107
7- CONCLUSÃO.....	117
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
9- ANEXOS.....	131
Anexo 1- NEI VFQ-25.....	133
Anexo 2- Parecer dos autores do instrumento NEI VFQ-25.....	149

Anexo 3- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	151
Anexo 4- NEI VFQ-25 versão em português.....	153
10- APÊNDICES.....	165
Apêndice 1- Carta para Comitê de Juízes I.....	167
Apêndice 2- Carta para Comitê de Juízes II.....	169
Apêndice 3- Consentimento Livre e Esclarecido.....	171
Apêndice 4- Instrumento para Caracterização dos Sujeitos.....	173
Apêndice 5- Parecer da Instituição.....	175

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AAOS	American Academy of Orthopaedic Surgeons
BT	Back Translation
Dp	Desvio padrão
ICC	Coeficiente de Correlação Intra-classe
NEI VFQ	National Eye Institute Visual Function Questionnaire
NEI VFQ-25	National Eye Institute Visual Function Questionnaire 25 itens
T	Tradução
WHO	World Health Organization
WHOQOL GROUP	World Health Organization Quality of Life Assessment
α	Alfa

	PÁG.
Tabela 1- Recodificação dos itens do instrumento NEI VFQ-25 para pontuação dos escores. Campinas, 2005.....	74
Tabela 2- Alterações sugeridas pelo painel de especialistas para o NEI VFQ-25. Campinas, 2005.....	89
Tabela 3- Modificações sugeridas para o NEI VFQ-25 após a aplicação do pré-teste. Campinas, 2005.....	92
Tabela 4- Descrição das variáveis sócio-demográficas da amostra (n=65). Campinas, 2005.....	93
Tabela 5- Descrição dos dados clínicos da amostra (N= 65). Campinas, 2005.....	94
Tabela 6- Análise descritiva dos valores de escores do NEI VFQ-25 sem o Apêndice Opcional (25 itens) (n=65). Campinas, 2005.....	96
Tabela 7- Análise descritiva dos valores de escores do NEI VFQ-25 com o Apêndice Opcional (39 itens) (n=65). Campinas, 2005.....	97
Tabela 8- Análise comparativa dos escores do instrumento NEI VFQ-25 sem e com o Apêndice Opcional (25 e 39 itens, respectivamente). Campinas, 2005.....	98
Tabela 9- Consistência interna (α de Cronbach) dos domínios do NEI VFQ-25 e do instrumento como um todo, sem o apêndice opcional. Campinas, 2005.....	100

Tabela 10-	Consistência interna (α de Cronbach) dos domínios do NEI VFQ-25 e do instrumento como um todo, com o apêndice opcional. Campinas, 2005.....	102
Tabela 11-	Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC) dos escores do NEI VFQ-25, sem e com o Apêndice Opcional. Campinas, 2005.....	103

	PÁG.
Figura 1- Correlação entre o índice do NEI VFQ-25 no teste e reteste sem o apêndice opcional (25 itens).Campinas, 2005.....	104
Figura 2- Correlação entre o índice do NEI VFQ-25 no teste e reteste com o apêndice opcional (39 itens). Campinas, 2005.....	105

	PÁG.
Quadro 1- Índices de concordância entre os juizes na avaliação da equivalência conceitual do NEI VFQ-25. Campinas. 2005....	86
Quadro 2- Análise descritiva dos dados perdidos “ <i>missings</i> ” durante a aplicação do instrumento NEI VFQ-25 sem e com o Apêndice Opcional. Campinas, 2005.....	99

RESUMO



Este estudo tem como objetivos adaptar para a cultura brasileira o instrumento “National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI VFQ-25) e avaliar a confiabilidade do referido instrumento (sem e com o Apêndice Opcional), em idosos com baixa visão adquirida. A metodologia reconhecida internacionalmente constou das seguintes etapas: tradução, retrotradução, avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, pré-teste e avaliação da confiabilidade. As análises da consistência interna e da estabilidade do instrumento foram avaliadas respectivamente pelo alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC) em 65 idosos com baixa visão adquirida, em uma Instituição filantrópica da cidade de Campinas, São Paulo. A média de idade dos participantes foi 75,1 anos, com predomínio do sexo feminino (60%). A degeneração macular relacionada a idade foi o diagnóstico mais prevalente (66,2%). A versão final do instrumento contém algumas alterações em relação à versão original, com base nas etapas propostas no método. A consistência interna apresentou alfa de Cronbach 0,86 sem o Apêndice Opcional (25 itens), e 0,91 com o Apêndice Opcional (39 itens). A estabilidade teste-reteste, avaliada pelo Coeficiente de correlação intraclass, foi 0,98, sem e com o Apêndice Opcional. Conclui-se que o NEI VFQ-25 apresentou boa confiabilidade na população estudada, o que permite recomendar outras análises psicométricas a fim de determinar a validade deste instrumento em idosos com baixa visão.

Palavras-chave: confiabilidade, qualidade de vida, idoso, baixa visão.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

ABSTRACT



The purpose of this study is to adapt and test a Portuguese version of the “National Eye Institute Visual Function Questionnaire – 25 items (NEI VFQ-25). A Portuguese adaptation was developed with a previously standardized method: translation, back-translation, expert committee, test of the pre-final version and reliability. The internal consistency of the NEI VFQ-25 was analyzed by Cronbach’s α and the intraclass correlation coefficient were used to test-retest reliability in 65 old ageing with low vision in the philanthropic institution in Campinas, Sao Paulo. The mean age of the participants was 75.1 years and the age related macular degeneration was the most prevalent ocular disease. In this study occurs some modifications from the original English NEI VFQ-25. The Cronbach’s α was 0.86 and 0.91 (without Optional Appendix and with Optional Appendix, respectively), and the reliability test-retest was ICC 0.98 in both cases. In conclusion, this study reveals the Portuguese version NEI VFQ-25 is reliable and suggests to be continued the analyzes the psychometric properties to determine the validity in this population.

Keywords: reliability, quality of life, aged, low vision.

Research area: Care Process in Health and Nursing.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Justificativa

Ao longo dos quinze anos como terapeuta em baixa visão, na área de reabilitação visual, vivenciamos as angústias dos indivíduos acometidos pela deficiência visual, bem como de seus familiares.

De modo particular, desperta-nos atenção a população idosa que adquiriu a baixa visão durante o processo de envelhecimento, pela necessidade premente de adaptarem-se a essa nova condição, a fim de conseguirem manter o curso de suas vidas.

A baixa visão é uma condição irreversível, caracterizada por uma importante limitação da função visual, e pode ser uma experiência devastadora para as pessoas que durante sua vida tiveram o sentido da visão permeando a sua relação com o mundo.

A perda da visão “normal” pode trazer implicações funcionais variadas, relacionadas à doença, à sua extensão, às atividades que eram previamente exercidas pelos sujeitos, assim como à reação emocional à essa perda (VEIZTMAN, 2000).

Em nossa experiência profissional percebemos que as inabilidades configuradas pela baixa visão para as atividades de vida diária, como vestir-se, arrumar-se, comer, locomover-se até o local de trabalho, são vividas com muito desagrado pelos idosos.

Nesse contexto, entendemos ser relevante o conhecimento e a avaliação dos problemas vivenciados pelos idosos portadores de baixa visão, uma vez que os elementos obtidos nessa avaliação irão fornecer ferramentas necessárias para ajudá-los a manter ou adquirir uma boa qualidade de vida.

Os instrumentos que avaliam qualidade de vida em saúde mostram-se úteis para compreender essa problemática, na concepção dos próprios sujeitos que vivenciam a doença.

Na literatura internacional está disponibilizado o *National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire* (NEI VFQ-25), que consiste em um instrumento específico das funções visuais, desenvolvido originalmente na língua inglesa, com a finalidade de medir a influência da visão nas múltiplas dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde, como a dimensão emocional e a dimensão social (MANGIONE et al., 2001).

Em nosso meio, esse instrumento foi utilizado em adultos com catarata por FERRAZ et al. (2002) e mostrou-se aplicável a essa população quando utilizados os 25 itens principais, sem a utilização dos itens do Apêndice Opcional. Este estudo revelou a possibilidade de aplicação deste instrumento em outras populações.

Considerando que no Brasil há carência de um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida dos idosos com baixa visão, o presente estudo propõe-se a realizar a adaptação cultural do instrumento NEI VFQ-25 para essa população, incluindo-se os itens do Apêndice Opcional.

1.2- Envelhecimento e baixa visão adquirida

O envelhecimento populacional consiste em um dos maiores desafios na área da saúde. Representa um fenômeno que se iniciou em países desenvolvidos, e manifesta-se de forma acentuada nos países em desenvolvimento.

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2005)¹, até o ano de 2.000 havia 600 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Estima-se que em 2.025 haverá 1.2 bilhões. Hoje, cerca de 60% dessa população vive em países em desenvolvimento, em 2025 será 75%.

¹ <http://www.who.int/ageing/en/>

No Brasil, a população de idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos) representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas (8,6% da população brasileira) e estima-se que nos próximos 20 anos ela poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, representando 13% da população (IBGE, 2005)².

Até a década de 70, o envelhecimento era tido pela Gerontologia e Psicologia como um processo oposto ao desenvolvimento. Atualmente, ambos são vistos como eventos correlatos e presentes em todo o curso de vida. Desse modo, a idade cronológica não é uma variável independente do desenvolvimento (NERI, 1993; 2001a).

NERI (2001a,b) define o envelhecimento como um processo de mudanças universais pautadas geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, traduzindo-se em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte.

A ampliação da população idosa, associada às alterações desencadeadas pela velhice, traz repercussões médicas e sociais para a coletividade, impondo o desafio de se conseguir uma sobrevida com boa qualidade de vida.

Nessa população, NERI (2001a) comenta que a avaliação da qualidade de vida obteve relevância nos últimos 30 anos, ao verificar-se o aumento do número de idosos e a expectativa da longevidade em sociedades diferentes.

Em conseqüência ao aumento da longevidade cresce proporcionalmente a probabilidade de desenvolvimento das doenças relacionadas à idade, entre elas as doenças oculares que podem incorrer em um comprometimento irreversível da visão.

² <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>

Segundo PAPALÉO e PONTE (1996), o envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos, sendo as alterações funcionais e/ou estruturais mais perceptíveis ao final da terceira década de vida.

Na visão, várias alterações orgânicas comumente manifestas durante o envelhecer levam à diminuição da acuidade visual, a qual pode ser ou não restabelecida. Dentre os diferentes níveis dessa diminuição da acuidade visual, a baixa visão merece destaque por sua irreversibilidade, ou seja, pela inviabilidade de correção que promova a cura.

Uma pessoa com baixa visão ou visão subnormal apresenta um comprometimento no seu funcionamento visual, mesmo após tratamento e/ou correção dos erros refracionais comuns, e possui uma acuidade visual inferior a 20/60; 6/18; 0,3³ no melhor olho, até percepção de luz, ou ainda campo visual inferior a 10 graus do seu ponto de fixação. Ainda assim, esse indivíduo utiliza ou é potencialmente capaz de utilizar a visão para o planejamento e a execução de uma tarefa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

Embora o termo “baixa visão” tenha sido adotado oficialmente em substituição ao termo “visão subnormal”, durante uma assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1976, ainda hoje ambas as expressões são utilizadas em publicações consagradas na literatura sobre deficiência visual.

VEIZTMAN (2000) revela que há apenas duas décadas a OMS instituiu os termos “cegueira e baixa visão”. Estas categorias também foram incluídas no ICD-9-CM, a classificação oficial do Sistema de Saúde dos Estados Unidos. Nesta classificação, a visão é categorizada desde normal até a cegueira, mediante uma escala de acuidade visual, que denota a habilidade de reconhecer detalhes, determinada por valores numéricos (CORN e KOENIG, 1996; VEIZTMAN, 2000).

A baixa visão é subdividida em: moderada (20/80 a 20/150, ou 0,25 a 0,12), grave (20/200 a 20/400, ou 0,10 a 0,05) e profunda (20/500 a 20/1000, ou 0,04 a 0,02). Os valores entre 20/1200 e 20/2500 (0,015 e 0,008) são

³ Medidas de acuidade visual registradas na Escala de Snellen.

considerados próximos à cegueira, uma vez que a cegueira total corresponde à ausência de percepção de luz (SPL).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005)⁴, em 2002 havia 161 milhões de pessoas deficientes visuais no mundo, sendo 37 milhões cegas e 124 milhões com baixa visão ou visão subnormal. Essa pesquisa revelou também que a deficiência visual não estava distribuída de maneira uniforme geograficamente, pois 90% das pessoas deficientes visuais viviam nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o censo do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) de 2000 estima que 14,5% da população total brasileira possui algum tipo de deficiência. Dentre elas, a deficiência visual corresponde, segundo os seus portadores, a 48,1%, ou seja, 11.8 milhões do total de deficientes (IBGE, 2004)⁵.

Apesar da falta de dados a respeito dos idosos com baixa visão no Brasil, se considerado o aumento da população idosa nos últimos anos, é possível pressupor que o número de deficientes visuais com idade avançada também seja significativo.

Entretanto, não se pode vincular todas as alterações visuais relacionadas à idade à redução na “eficiência visual”⁶ do indivíduo, dada a possibilidade de correção dessas afecções oculares por meio de recursos ópticos convencionais, cirurgias, colírios, entre outras terapêuticas.

A baixa visão ou visão subnormal é, contudo, uma condição visual que poderia levar o indivíduo a uma proposta de, no mínimo, utilizar “recursos alternativos” para continuar a conduzir a sua vida da forma mais satisfatória possível.

Esses recursos consistem em auxílios ópticos especiais (ampliam a imagem por meio de lentes corretivas), auxílios não ópticos (envolvem a melhoria das características ambientais, tais como iluminação e ampliação da impressão de

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr73/en/>

⁶ Entende-se como “eficiência visual” a capacidade do indivíduo para utilizar a visão que possui.

leitura, porém, sem utilizar lentes corretivas), e ampliação eletrônica (ampliam o tamanho da imagem por meio de lentes e recursos eletrônicos).

Na população mundial as causas de baixa visão mais comuns na velhice compreendem a degeneração macular relacionada à idade, seguida do glaucoma e da retinopatia diabética (EVANS et al., 2004; BUCH et al., 2004). No Brasil, em estudo realizado por CARVALHO et al., 2004, estas causas foram encontradas em idosos na faixa etária entre 60 e 90 anos, sendo a degeneração macular relacionada à idade a principal causa da baixa visão.

A catarata relacionada à idade, ou catarata senil, também se caracteriza como doença ocular própria do envelhecimento, porém difere-se das afecções oculares citadas anteriormente, pela possibilidade que oferece, por meio de cirurgia, de restaurar as funções visuais (CENTURION et al., 2003).

A baixa visão adquirida durante o processo de envelhecimento tende a modificar vários aspectos da vida do sujeito, se consideradas as possíveis inabilidades decorrentes dessa condição, como fatores limitantes da autonomia e da independência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária, como fazer compras, pagar contas, cozinhar e cuidar da própria saúde. A autonomia é compreendida aqui, conforme aponta PASCHOAL (1996), como a capacidade de decisão e de comando necessária à manutenção das atividades cotidianas, e a independência como a capacidade para realizar algo com seus próprios meios; esses aspectos estão intimamente vinculados com a manutenção da qualidade de vida.

Nesse contexto, parte-se do pressuposto que a baixa visão tem implicações na avaliação do idoso acerca de sua saúde e participação na sociedade no que diz respeito à sua capacidade funcional, numa relação direta com seu estilo de vida.

NERI (2001a) refere-se à capacidade funcional do indivíduo como o grau de preservação da competência em realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. ROSA et al. (2003), em estudo sobre os fatores

determinantes da capacidade funcional dos idosos, constataram importantes implicações para a qualidade de vida dessa população, pela relação estabelecida entre capacidade funcional e capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com atividades agradáveis.

Segundo TEMPORINI e KARA-JOSÉ (2004), a perda visual constitui-se em conseqüências adversas para o indivíduo e a sociedade, uma vez que a visão mantém estreito relacionamento com a qualidade de vida do ser humano.

Nos indivíduos com idade avançada ainda são poucos os estudos acerca da qualidade de vida, especialmente nos sujeitos com alterações visuais. Entretanto, a crescente manifestação de doenças crônicas não-transmissíveis nesta população demanda, igualmente, investigações que possibilitem mensurar esse construto

A qualidade de vida na velhice é compreendida como a avaliação multidimensional vinculada a critérios socionormativos e intrapessoais, que diz respeito às relações atuais, passadas e futuras entre o indivíduo idoso e o seu ambiente (LAWTON, 1983).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde mostra-se, assim, importante para a compreensão dos efeitos da doença na vida do indivíduo, e a sua relação com a capacidade funcional.

1.3- Qualidade de vida em saúde: breves considerações conceituais

O termo “qualidade de vida” foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson em 1964, época em que era Presidente dos Estados Unidos, para referir-se ao sistema bancário americano. Para ele, “os objetivos não podem ser medidos através dos balanços dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK, 1999).

Segundo MOREIRA (2001), a preocupação com qualidade de vida não é tão recente como muitos trabalhos apontam. Entre os séculos XVI e XVII os estudiosos já demonstravam a vinculação entre saúde, higiene e educação, buscando estabelecer fundamentos para o prolongamento da vida.

Desde a década de 50, o termo “qualidade de vida” já era utilizado por sociólogos em discussões sobre os aspectos que envolviam a deterioração da vida humana, propagadas em publicações não acadêmicas (NERI, 2001a).

Ao longo dos anos muitas têm sido as tentativas para definir o construto “qualidade de vida”.

Na concepção de PASCHOAL (2000), qualidade de vida é um conceito submetido a múltiplos pontos de vista, varia de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social, e até mesmo de indivíduo para indivíduo. Nessa mesma óptica, NERI (2001a) define qualidade de vida como um evento com múltiplas dimensões, o qual refere-se à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades.

PATRÍCIO (1999), por sua vez, considera qualidade de vida como produto e processo, que tem influência direta na capacidade adaptativa do indivíduo, no que diz respeito aos atributos e às características que qualificam a vida, e ao sentido que tem para cada ser humano. A autora reporta-se às características do fenômeno da vida e como este se apresenta, como se constrói e como os indivíduos o sentem no constante movimento de tecer o processo de viver nas interações humanas.

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (*WHOQOL GROUP*) define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Para BUSS (2000), o termo qualidade de vida tem destaque na carta de Ottawa que define “promoção de saúde” como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”. Para este autor, a saúde é entendida como recurso fundamental para a vida cotidiana. De forma semelhante segundo PATRÍCIO (1999), ela é analisada como recurso para a satisfação do ser humano nas suas necessidades de ser, ter e estar enquanto ser individual, mas principalmente enquanto ser coletivo.

PASCHOAL (1996) define saúde como a capacidade de um indivíduo ou de um grupo continuar exercendo funções em seu meio físico e social, interagindo e contribuindo com a sociedade.

Nesse sentido, a saúde influencia a qualidade de vida. Em contra-partida, condições inadequadas de vida podem levar à doença. Existem vários estudos no panorama mundial, como no Brasil e na América Latina, que mostram esta relação (BUSS, 2000).

Para GAÍVA (1998), a importância de estudar a qualidade de vida em saúde deve-se à necessidade de conhecer as condições de vida do paciente, suas expectativas, suas situações conflitivas, bem como sua condição na sociedade, no trabalho e na família. A autora pontua ainda que os estudos têm priorizado avaliações de indivíduos com doenças crônicas, pois estas podem alterar a relação indivíduo/família, dependendo da forma com que a situação da doença está sendo vivenciada no contexto familiar. A esse respeito, BOWLING (1995) comenta que a preocupação com a “qualidade de vida relacionada à saúde” deve-se ao fato do “estado de saúde” estar cada vez mais relacionado à qualidade de vida.

MINAYO et al (2000), ao discutirem qualidade de vida relacionada à saúde, revelam que esta apóia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem no conceito da **promoção da saúde** o

seu foco mais relevante. Contudo, os autores destacam que o padrão de qualidade de vida definido pela sociedade, bem como as políticas públicas e sociais, detém um papel importante nessa abordagem.

A qualidade de vida relacionada à saúde, na compreensão de PATRICK e DEYO (1989), abrange cinco conceitos: tempo de vida, limitações, capacidade funcional, percepções e oportunidades sociais. Para os autores, estes conceitos determinam a condição de saúde de uma população. GUYATT et al. (1993), por sua vez, definem qualidade de vida relacionada à saúde como uma medida de opinião subjetiva individual, a qual considera a saúde nas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Para MULDOON (1998), a qualidade de vida relacionada à saúde avalia os efeitos das doenças e tratamentos na satisfação pessoal e na vida diária. CICONELLI (2003) complementa que essa avaliação é feita sob o ponto de vista dos pacientes.

FARQUHAR (1995) propõe que o termo qualidade de vida relacionada à saúde deve ser utilizado quando a investigação sobre a qualidade de vida de uma população reportar-se ao estado de saúde ou à capacidade funcional.

Dentre as várias finalidades para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, EBRAHIM (1995) aponta a avaliação da severidade da doença e os resultados da terapêutica, o que ainda hoje permeiam os estudos dessa natureza. Para essa avaliação são utilizados instrumentos que possibilitam a mensuração desse construto.

1.4- Instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada à saúde

A avaliação da qualidade de vida tem-se expandido na área da saúde, em decorrência da comprovação de que as propriedades dos instrumentos de medida correspondem a um parâmetro válido e reprodutível (CICONELLI, 2003).

Na última década, segundo FLECK et al. (1999), houve uma proliferação de instrumentos para a avaliação da qualidade de vida e afins, e um conseqüente interesse em traduzi-los para a aplicação em outras culturas, uma vez que a maioria desses instrumentos foi desenvolvida nos Estados Unidos.

Os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida são divididos em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos refletem o impacto de uma doença na vida de pacientes em uma ampla variedade de população; os específicos avaliam de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida (CICONELLI, 2003). Estes podem ser específicos para uma doença, função ou um problema de uma determinada população (PASCHOAL, 2000).

Segundo GUYATT et al. (1993), esses instrumentos podem ser auto-aplicados ou empregados por meio de entrevista administrada. Ambos podem ser eficazes para investigar a qualidade de vida relacionada a saúde em populações, e prover informações para decisões na área da saúde pública. Os autores pontuam que estes instrumentos também podem ser utilizados em investigações longitudinais a fim de verificar a **responsividade**, ou seja, analisar a ocorrência de alterações na qualidade de vida relacionada à saúde de uma população, durante um período de tempo.

Para HORNQUIST (1990), a mensuração da qualidade de vida em saúde deve priorizar seis indicadores do estado de satisfação ou de insatisfação com a vida. São eles: orgânicos (saúde e estado funcional); psicológicos (auto-estima, identidade, aprendizado, conhecimentos); sociais (relacionamento, vida familiar, vida sexual); comportamentos (hábitos, lazer, vida profissional, capacidade de autocuidado); materiais (renda, habitação, economia privada, capacidade para se manter); e estruturais (posição social, significado da própria vida).

Na população brasileira, dois instrumentos genéricos, originalmente de língua inglesa e reconhecidos internacionalmente, têm sido comumente utilizados na avaliação da qualidade de vida dos idosos:

- 1- O SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36 itens - Short Form Health Survey*), desenvolvido por Ware em 1990, e adaptado para o português por CICONELLI (1997) em pacientes portadores de artrite reumatóide; e,
- 2- O WHOQOL-100 itens (*The World Health Organization Quality of Life Assessment*), desenvolvido pela *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL, 1998), cuja versão para o português foi adaptada por FLECK et al. (1999).

Com a finalidade de obter um instrumento mais curto, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (*WHOQOL- GROUP*) desenvolveu o *WHOQOL – bref* a partir do *WHOQOL – 100*, disponibilizando dessa forma, uma alternativa útil nas situações em que a aplicabilidade da versão longa é difícil (FLECK et al., 2000).

Um estudo realizado por HUANG et al. (2006) revela diferença conceitual entre os dois instrumentos genéricos de qualidade de vida: SF-36 e *WHOQOL-bref*, uma vez que a análise dos construtos medidos mostra que o *WHOQOL-bref* discrimina a qualidade de vida geral, enquanto o SF-36 mede a qualidade de vida relacionada à saúde. Esta observação deve-se aos diferentes objetivos adotados pelos autores dos respectivos instrumentos. O *WHOQOL* foi desenvolvido para medir a percepção da vida em larga extensão, e contempla: saúde pessoal, acesso aos serviços de saúde e sociais, trabalho e religião (THE WHOQOL GROUP, 1995). Por outro lado, o SF-36 foi desenvolvido para medir aspectos de saúde e atividades gerais, presumida pela condição de saúde (BULLINGER et al. 1993).

Dessa forma, considera-se mais apropriado associar o *WHOQOL-bref* à qualidade de vida global, que aborda a qualidade de vida relacionada à saúde e não relacionada à saúde, e compreender o SF-36 como uma medida de qualidade de vida relacionada à saúde.

FAYERS e MACHIN (1998) advertem que alguns instrumentos genéricos de qualidade de vida são desenvolvidos para uso geral, independente da condição de saúde do indivíduo. Outros, porém, além da qualidade de vida geral, contemplam aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde.

Considerando as especificidades da população idosa, o *WHOQOL-OLD Group* desenvolveu o Projeto *WHOQOL-OLD* com a finalidade de disponibilizar um instrumento para essa faixa etária, com base nos itens do WHOQOL 100 (POWER et al., 2005). Esse projeto constitui-se no primeiro passo para o desenvolvimento de um instrumento transcultural para avaliar a qualidade de vida dos idosos (FLECK et al., 2003).

Ao se pensar em avaliar a qualidade de vida de uma determinada população, é importante investigar a existência de um instrumento capaz de medir o que se pretende, antes de se optar por construí-lo.

CICONELLI (1997; 2003) destaca a importância de avaliar a necessidade da construção de instrumentos, se eles já existem com a mesma proposta e com boa qualidade. A autora entende ser mais vantajoso em relação ao custo e à demanda de tempo do pesquisador, adaptá-los transculturalmente.

Entende-se que a adaptação cultural de um instrumento de medida possibilita a sua utilização em populações distintas, numa mesma cultura. A literatura internacional recomenda para esta adaptação o emprego de etapas metodológicas, visando a padronização desse processo GUILLEMIN (1995); BEATON et al. (2000); ALEXANDRE e GUIRARDELLO (2002).

Essas considerações conduziram à decisão de adaptar culturalmente o NEI VFQ-25, evitando dessa forma a construção de um outro instrumento com a mesma finalidade.

1.4.1- Descrição do instrumento *National Eye Institute - Vision Functioning Questionnaire* (NEI VFQ-25)

O “*National Eye Vision Functioning Questionnaire-25*” (NEI VFQ-25) é um instrumento específico da função visual, originado a partir da redução dos 51 itens do NEI VFQ, que foi desenvolvido e destinado para investigar a influência da visão em múltiplas dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde, tais como os aspectos emocional e social (MANGIONE et al., 2001).

A finalidade dessa redução dos itens foi obter uma versão curta do NEI VFQ que preservasse a sua multidimensionalidade, confiabilidade e validade, e pudesse ser respondido em, aproximadamente, cinco minutos (MANGIONE et al., 2001).

Para o desenvolvimento do NEI VFQ participaram dois grupos de indivíduos. Um grupo foi constituído de portadores das afecções: catarata relacionada à idade; degeneração macular relacionada à idade; retinopatia diabética; glaucoma primário de ângulo aberto; retinite por citomegalovírus; e de indivíduos portadores de baixa visão por qualquer causa. O outro grupo foi formado por sujeitos sem nenhuma doença ocular.

Para identificar os itens do NEI VFQ 51 que deveriam ser preservados no NEI VFQ-25 foram adotados critérios qualitativos: manter os itens com poucos “dados perdidos”, preservar os itens que melhor representassem o constructo do instrumento, priorizar os itens com uma distribuição de resposta mais próxima do normal sobre aqueles com uma distribuição predisposta ao “efeito teto” ou “efeito chão” (“*large ceiling*” or “*floor effects*”) (MANGIONE et al., 2001).

O NEI VFQ-25 é um instrumento originalmente da língua inglesa, que tem sido empregado em pesquisas de qualidade de vida agregada ao aspecto visual (CLEMONS et al., 2003; EVANS, 2004).

Em investigação realizada nos Estados Unidos, com pessoas na faixa etária de 55 a 80 anos, portadoras de doenças oculares relacionadas à idade, como a degeneração macular, a catarata e o glaucoma, o NEI VFQ-25 foi utilizado

com êxito, considerando a consistência interna obtida por meio do alfa de Cronbach que variou entre 0.58 e 0.91 (CLEMONS et al., 2003).

Esse instrumento já foi traduzido e validado para vários idiomas, tais como: espanhol (BROMAN et al., 2001; GLOBE et al., 2003), alemão (FRANKE et al., 2002), italiano (ROSSI et al., 2003), francês (NORDMANN et al., 2004), japonês (SUSUKAMO et al., 2005) e turco (TOPRAK et al., 2005).

***2- ADAPTAÇÃO CULTURAL E
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE
MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA***

Uma vez eleito um instrumento de medida de qualidade de vida originado em língua e cultura diferentes da população que se pretende estudar, faz-se necessário a adaptação deste instrumento com a finalidade de garantir a sua sensibilidade na cultura alvo. Esse processo é chamado de adaptação transcultural e, segundo GUILLEMIN (1995), deve considerar o contexto cultural do país, ponderando o seu idioma e o estilo de vida.

CICONELLI et al. (2003) comentam que a maioria dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida disponíveis foram formulados em língua inglesa e, portanto, direcionados para a população que fala esse idioma.

Para DUARTE et al. (2003), muitas pesquisas na área médica, realizadas em nosso meio e em outros países, têm utilizado questionários desenvolvidos em países diferentes sem os cuidados necessários para a sua adaptação, o que, segundo as autoras, pode levar à resultados e conclusões incorretas.

Com essa preocupação, GUILLEMIN et al. (1993) realizaram há dez anos uma revisão sistemática da literatura, por meio de trabalhos sobre metodologia de tradução e adaptação cultural, e sintetizaram as experiências relatadas por psicólogos, sociólogos, metodologistas e especialistas de qualidade de vida em saúde. A partir daí, propuseram um conjunto de instruções padronizadas para a adaptação transcultural de instrumentos de qualidade de vida.

A *American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)*, com base na proposta de GUILLEMIN et al. (1993), estabeleceu um guia de orientações para adaptação transcultural de instrumentos de medida, resumido nas etapas apresentadas a seguir (AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS, 2002):

a. Tradução Inicial

A tradução inicial deve ser feita, no mínimo, por dois tradutores independentes, preferencialmente nativos do idioma alvo.

O primeiro tradutor deverá estar ciente dos objetivos da tradução e conhecer os conceitos medidos pelo instrumento. O segundo tradutor, ao contrário do primeiro, não deverá ser informado sobre esses conceitos, proporcionando, dessa forma, uma tradução que reflita a linguagem comumente usada pela população de sua língua materna.

A *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS) propõe, também, a realização de uma síntese das traduções, mediada por um terceiro tradutor. Este procedimento permitirá uma tradução com pouca probabilidade de erros e interpretações divergentes, mantendo a integridade do instrumento de medida.

b. Retrotradução (*Back-translation*)

Essa etapa tem a finalidade de assegurar que o conteúdo do instrumento na segunda língua reflita o instrumento original.

A tradução produzida anteriormente deverá ser vertida para o idioma original por, no mínimo, dois tradutores que não participaram da primeira etapa.

Os tradutores devem ser bilíngües, tendo como língua materna o idioma de origem do instrumento de medida, preferencialmente leigos, e não devem conhecer ou ter acesso ao instrumento original, o que aumentará a qualidade da versão final.

c. Revisão da Tradução por um Comitê

O comitê de juízes é multidisciplinar e deverá ser composto por metodologistas, profissionais da área da saúde, e especialistas em línguas e traduções (ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

O objetivo desta etapa é produzir uma versão pré-final do instrumento, com base na comparação de todas as traduções e retrotraduções feitas nas etapas anteriores. Permite, assim, avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, a fim de evitar que palavras sejam traduzidas erroneamente,

tornando a sentença sem sentido, ou o emprego de termos exclusivos de um contexto cultural, dentre outras variações.

A avaliação da equivalência semântica compreende a análise da equivalência gramatical e do vocabulário, ou seja, nessa avaliação é verificado se as palavras traduzidas têm o mesmo significado original e se há dificuldade gramatical para a tradução (AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS, 2002).

A equivalência idiomática avalia a presença de expressões idiomáticas sem possibilidade de tradução. Neste caso, o comitê sugere a substituição destas expressões por termos ou expressões equivalentes.

Na análise da equivalência cultural ou experimental o comitê identifica as situações relatadas no instrumento original que são incompatíveis com a população alvo e sugerem, a exemplo da situação anterior, a substituição destas situações por outras similares, porém compatíveis com a população do estudo.

A equivalência conceitual verifica se os termos têm o mesmo conceito. Como exemplo, nos países em desenvolvimento os termos “tio” e “irmão” podem ter outro significado além do grau de parentesco (CICONELLI, 2003).

d. Pré-Teste

O pré-teste compreende uma das etapas do processo de tradução e adaptação cultural do instrumento de medida. Esta etapa envolve a verificação das equivalências entre as versões original e final do instrumento.

Há duas formas propostas para a realização do pré-teste. A primeira consiste em aplicar o instrumento em uma amostra da população-alvo. A segunda forma é a aplicação das versões original e final do instrumento a um grupo de pessoas bilíngües e leigas, avaliando a equivalência de cada item. GUILLEMIN et al. (1993) recomendam a opção por apenas uma das técnicas.

BEATON et al. (2000) recomendam que o pré-teste deve ser realizado com uma amostra da população-alvo, idealmente composta por 30 a 40 pessoas.

Em estudo sobre o processo de tradução e adaptação cultural de questionários de qualidade de vida, FALCÃO et al. (2003), propõem uma forma alternativa por meio de uma simplificação da metodologia proposta por GUILLEMIN et al. (1993).

No que se refere à tradução, os autores propõem que ela seja feita por um médico ou profissional da saúde (tradutor 1), fluente em ambas as línguas (a original do instrumento e a da população alvo), com experiência em adaptação cultural de questionários e conhecimento do tema qualidade de vida.

A retrotradução poderia ser realizada por um tradutor nativo da língua do instrumento original (tradutor 2), sendo essa versão revisada pelos dois tradutores (1 e 2) e gerada uma segunda versão.

Um grupo composto por dois médicos ou profissionais da saúde, com experiência na utilização de instrumentos sobre qualidade de vida, um paciente instruído e diferenciado, e um professor nativo da língua original do instrumento, seriam responsáveis pela última etapa: a adaptação cultural.

Apesar do reconhecimento do trabalho de FALCÃO et al. (2003), optou-se no presente estudo pelo emprego das normas reconhecidas internacionalmente para adaptar culturalmente um instrumento de medida. Segundo ALEXANDRE e GUIRARDELLO (2002), esse procedimento visa assegurar a qualidade do instrumento adaptado.

e. Avaliação do Sistema de Pontuação

GUILLEMIN et al. (1993) apontam que a atribuição dos escores do instrumento original seja reavaliada no contexto cultural-alvo, a fim de verificar a necessidade de realizar uma adaptação desses valores de pontuação.

Esse procedimento pode ser feito por meio de técnicas estatísticas ou pelo julgamento de profissionais da saúde (especialistas) e de pessoas leigas.

f. Avaliação das Propriedades Psicométricas

Esta etapa compreende a avaliação da **confiabilidade** e da **validade** do instrumento adaptado (ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

A **confiabilidade** refere-se à capacidade do instrumento de medida reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, e a **validade** refere-se à capacidade do instrumento em medir exatamente o que se propõe a medir (MCDOWEEL e NEWELL, 1996).

Segundo MCSWEENY e CREER (1995), a **confiabilidade** e a **validade** estão inter-relacionadas, uma vez que antes de se aferir a validade de um instrumento é necessário estabelecer a sua **confiabilidade**.

Há três maneiras de avaliar a **confiabilidade** de um instrumento de medida: por meio da homogeneidade ou consistência interna, da estabilidade e/ou da equivalência (POLIT e HUNGLER, 1995; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A consistência interna é um atributo relacionado à homogeneidade ou coerência interna dos itens da escala medirem o mesmo evento, portanto deverá haver uma intercorrelação das questões desta escala. LOBIONDO-WOOD e HABER (2001) indicam quatro métodos para avaliar a homogeneidade: 1. correlação item-total; 2. confiabilidade de duas metades; 3. coeficiente de Kuder-Richardson (KR 20); e, 4. alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach é o teste de confiabilidade mais utilizado (KIMURA, 1999; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001); ele compara cada questão da escala simultaneamente, por meio da dimensão da correlação entre os itens de uma mesma subescala (ou domínio) com o escore desta subescala (CRONBACH, 1951). O valor mínimo aceitável para o alfa de Cronbach é 0,70 (STREINER e NORMAN, 1998).

A estabilidade é medida pelo teste-reteste (WALTZ et al., 1991; FONSECA, 2001), que consiste em avaliar os mesmos sujeitos com o mesmo instrumento em ocasiões diferentes, sob condições semelhantes e pelo mesmo entrevistador (intraobservador). O objetivo é verificar se o instrumento é estável no tempo, ou seja, se o tempo não interfere nas respostas do sujeito. O coeficiente de Correlação Intra-classe é utilizado para verificar a estabilidade. É uma medida de avaliação da fidedignidade do instrumento, e revela o quanto de relação existe entre duas variáveis. Os valores oscilam entre “zero” e “um”, e representa que quanto mais próximo de “um”, mais fidedigno é o instrumento (STREINER e NORMAN, 1998).

A equivalência é a concordância demonstrada pelo instrumento quando o mesmo é utilizado por dois ou mais observadores (interobservador) em relação ao comportamento observado. (POLIT-HUNGLER, 1995; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). A equivalência interobservadores consiste na técnica em que os mesmos sujeitos são avaliados por dois ou mais avaliadores, com o objetivo de investigar a concordância da aplicação e/ou de interpretação entre os avaliadores (MENEZES e NASCIMENTO, 1999).

Segundo MENEZES e NASCIMENTO (1999), o grau de concordância entre as avaliações é quantificado por meio de coeficientes de confiabilidade, que podem ser calculados por medidas como o Kappa, o Kappa ponderado e o coeficiente de correlação intra-classe.

A **validade** é a habilidade do instrumento em medir aquilo que ele se propõe a medir (GUILLEMIN, 1995). Há três tipos de validade a serem utilizadas. A sua escolha dependerá do propósito do estudo: validade de conteúdo, validade de construto e validade relacionada ao critério (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A validade de conteúdo avalia a capacidade dos itens em representar o universo do conteúdo que se pretende medir (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A validade de construto é, segundo GUYATT et al. (1993), a abordagem mais rigorosa para se estabelecer a validade. Refere-se à comprovação de que o instrumento mede aquilo que se propõe a medir (MENEZES e NASCIMENTO, 1999).

As principais formas usadas para medir a validade de construto, conforme LOBIONDO-WOOD e HABER (2001), são: convergente, divergente, discriminante e análise fatorial.

As validades convergente e divergente envolvem a evidência correlacional entre o instrumento com outros que medem o mesmo construto. Se as medidas forem correlacionadas positivamente, a validade convergente é sustentada, por outro lado, se a correlação for negativa, a validade divergente é fortalecida.

A validade discriminante verifica se há diferenças significativas entre grupos de indivíduos, nos quais há suspeita de apresentarem resultado extremamente alto ou baixo nas características a serem medidas pelo instrumento.

A análise fatorial avalia o grau em que as questões individuais de uma escala se agrupam, de fato, em torno de uma ou mais dimensões.

A validade de critério indicará que o instrumento é válido se os seus resultados corresponderem a um critério-padrão. Quando o instrumento refere-se a uma avaliação no presente, é chamada validade de critério concorrente, entretanto, se ele reportar-se a uma avaliação no futuro, denomina-se validade de critério preditiva.

3- OBJETIVOS

- ◆ Adaptar para a cultura brasileira o instrumento NEI VFQ-25, em idosos com baixa visão adquirida;
- ◆ Avaliar a confiabilidade do instrumento NEI VFQ-25, com e sem o Apêndice Opcional.
- ◆ Realizar a análise comparativa entre os escores do NEI VFQ-25 com e sem o Apêndice Opcional.

4- MÉTODO

4.1- A escolha do instrumento

A opção pelo NEI VFQ-25 considera a possibilidade de disponibilizar no Brasil um instrumento específico da função visual, que possa auxiliar na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Destaca-se também a possibilidade dessa ferramenta ser utilizada na população idosa com baixa visão.

Há duas formas de aplicação do NEI VFQ-25, a forma auto-dirigida e a entrevista administrada, sendo essa última a escolhida para o presente estudo.

O NEI VFQ-25 (ANEXO 1) consiste num questionário composto de 25 itens, reunidos em 12 domínios, sendo que para alguns itens há cinco possibilidades de resposta, e para outros são oferecidas seis possibilidades. Os domínios ou subescalas são:

1- Saúde geral: composto por um item de múltipla escolha, que varia de excelente a ruim (questão 1);

2- Visão geral: composto por um item de múltipla escolha, que varia de excelente a completamente cego (questão 2);

3- Visão de perto: composto por três itens, que abordam a dificuldade e o interesse por atividades do cotidiano que envolvam a visão de perto (questões 5, 6 e 7);

4- Visão de longe: composto por três itens, que analisam a dificuldade em situações que exigem a visão a distância (questões 8, 9 e 14);

5- Dirigir automóvel: composto por seis itens, que avaliam a condição visual para conduzir automóvel (questão 15, itens a, b, c; questão 16 e questão 16a);

6- Visão periférica: composto por um item que avalia o campo visual para a locomoção (questão 10);

7- Visão de cores: composto por um item que aborda a dificuldade em diferenciar as cores (questão 12);

8- Dor ocular: composto por dois itens, que abordam desconforto e dor ocular (questões 4 e 19);

9- Função social: composto por dois itens que analisam a integração social do indivíduo (questões 11 e 13);

10- Dependência: composto por três itens, que contemplam o aspecto emocional e as limitações relacionadas à visão (questões 20, 23 e 24);

11- Saúde mental: composto por quatro itens, que incluem sentimentos de preocupação, receio e tristeza (questões 3, 21, 22 e 25).

12- Limitações na vida diária: composto pelos itens 17 e 18, que se referem às atividades diárias.

Há também um Apêndice Opcional com 14 itens que contemplam os seguintes domínios: Saúde Geral (uma questão), Visão Geral (uma questão), Visão de Perto (três questões), Visão de Longe (três questões), Função social (uma questão), Dirigir Automóvel (uma questão), Limitações na Vida Diária (duas questões), Dependência (uma questão) e Saúde mental (uma questão).

Os autores do NEI VFQ-25 sugerem que se necessário o emprego de uma subescala desse Apêndice, todos os itens dessa subescala devem ser contemplados. Destacam ainda que se esses itens forem utilizados na aplicação do instrumento, eles serão incluídos na pontuação dos escores. Com exceção dos itens A1 e A2, que permitem dez opções de resposta, os demais seguem os mesmos critérios dos 25 itens principais.

A pontuação dos escores do instrumento NEI VFQ-25, com ou sem os itens opcionais, é realizada em duas etapas (MANGIONE et al., 1998).

Inicialmente, todos os valores numéricos originais do instrumento são recodificados, conforme mostra a Tabela 1. Cada item é então convertido em uma escala de zero a 100, correspondendo desta forma a menor ou maior possibilidade de escore entre os valores de zero a 100, respectivamente.

Posteriormente, os itens pertencentes a cada subescala ou domínio são agrupados para a criação dos escores individuais das 12 subescalas. Os itens cujas respostas não se aplicam ao aspecto visual não apresentam valor numérico e, portanto, são tratados como “dados perdidos”, sem considerá-los para o cálculo do escore da escala. As subescalas com pelo menos um item respondido e pontuado podem ser usadas para o escore do domínio. Conseqüentemente, elas serão consideradas no escore geral. Dessa forma, o escore representa a média de todos os itens das subescalas que foram respondidos.

Para o cálculo combinado da pontuação, é obtida a média dos escores das subescalas relacionadas ao aspecto visual, excluindo-se a questão que avalia a condição geral de saúde.

Assim, é atribuído peso igual a cada subescala, a fim de evitar a atribuição de maior peso para as sub-escalas com maior número de itens, e obtém-se uma pontuação na qual, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida relacionada à função visual.

Tabela 1- Recodificação dos itens do instrumento NEI VFQ-25 para a pontuação dos escores. Campinas, 2005.

Itens	Valores originais (a)	Valores recodificados
1,3,4,15c (b)	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
2	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
5,6,7,8,9,10,11,12,13, 14,16,16 a,A3,A4,A5, A6,A7,A8,A9 (c)	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
	6	*
17,18,19,20,21,22,23, 24,25,A11a,A11b, A12,A13	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	6	100
A1,A2	0	0
	a	a
	10	100

(a) Valores das opções de respostas do questionário

(b) O item 15c tem quatro níveis de resposta, mas pode ser expandido para cinco níveis se utilizado o item15b. Assim, se 15b=1, 15c será recodificado para "0"; se 15b=2, 15c será considerado "*missing*"; se 15b=3, 15c será considerado "*missing*".

(c) A letra "A" antes do número indica que o item pertence ao Apêndice Opcional.

* A resposta "6" não se refere a limitação visual. Quando esta escolha for feita, o item é considerado "*missing*".

4.2- Adaptação cultural do NEI VFQ-25

O instrumento original NEI VFQ-25 está disponibilizado no site: www.rand.org/health/surveys/vfq25. Embora não necessitasse de autorização, optou-se por solicitar o consentimento formal para a sua utilização.

O procedimento adotado para a adaptação cultural do instrumento NEI VFQ-25 está embasado em propostas metodológicas recomendadas por pesquisadores da área (GUILLEMIN, 1993, 1995; BEATON, 2000; AMERICAN ACADEMY ORTHOPAEDIC SURGEONS, 2002; ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

4.2.1- Tradução inicial

Inicialmente, o instrumento NEI VFQ-25 incluindo os itens do Apêndice opcional foi traduzido por duas profissionais de diferentes áreas de atuação, brasileiras e bilíngües com respeito à língua inglesa: uma psicóloga com pleno conhecimento dos objetivos da tradução e uma administradora de empresas que não recebeu informações sobre a finalidade do trabalho. Posteriormente, foi realizada a síntese das traduções obtidas (T1 & T2), mediada pela pesquisadora junto às tradutoras, permitindo dessa forma um consenso quanto à tradução inicial (T1,2).

4.2.2- Retrotradução

A tradução inicial (T1,2) foi vertida para o inglês por dois cidadãos americanos, bilíngües e professores da língua inglesa. Estes profissionais não tiveram acesso ao instrumento original, visando garantir a qualidade da versão final (BT1 & BT2).

4.2.3- Revisão da tradução por comitê de juízes

As traduções iniciais (T1, T2 e T1,2) juntamente com as duas retrotraduções (BT1 & BT2) foram comparadas com o instrumento original em inglês por um comitê de seis juízes para as análises das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

Primeiramente, foram realizadas individualmente as análises das equivalências semântica e idiomática por três juízes: um médico oftalmologista, docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – SP, uma doutora em enfermagem, com experiência em adaptação cultural de instrumento de medida e docente na UNICAMP; e uma mestre em lingüística.

Os juízes receberam orientações para utilizar uma escala de equivalência, composta pelas seguintes opções: -1=não equivalente, 0=indeciso e 1=equivalente. Esta escala permitiu a resolução de discrepâncias e a incorporação de sugestões efetuadas por, no mínimo, dois juízes.

Após a realização dessas análises e as devidas modificações no instrumento, este foi encaminhado para um comitê que, também individualmente, realizou as avaliações cultural e conceitual. Fizeram parte deste comitê: uma doutora em enfermagem, docente da UNICAMP; um doutor em oftalmologia, docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - SP; e um oftalmologista, *Fellow* do Wills Eye Hospital da Philadelphia - EUA.

Nessa etapa, o instrumento foi organizado por domínios, a fim de facilitar a análise conceitual. Para a obtenção do índice de concordância de 80% entre os juízes, utilizou-se o modelo de WALTZ et al. (1991).

Todos os juízes que realizaram as análises de equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual receberam orientações com respeito a finalidade do estudo, os critérios a serem considerados para a avaliação das traduções e retrotraduções em comparação com o instrumento original, e os critérios adotados para resolver as discrepâncias (APÊNDICES 1 e 2). Esse processo foi originalmente elaborado por KIMURA (1999) e adaptado para o presente estudo.

4.2.4- Sistema de pontuação

Após ser avaliado pelo comitê de juízes, o sistema de pontuação do instrumento NEI VFQ-25 não foi alterado. Houve consenso de que a forma de obtenção dos escores, por não privilegiar as sub-escalas ou domínios que apresentam maior número de itens, permitiria maior credibilidade ao escore total do instrumento e, portanto, deveria ser mantida.

4.2.5- Pré-teste

A versão obtida na análise pelo comitê de juízes foi aplicada a um grupo de 30 idosos, conforme sugerem BEATON et al. (2000), com idade igual ou superior a 60 anos, que apresentavam baixa visão adquirida.

A cada item do instrumento em português foi acrescentada a opção “não aplicável”, para identificar as questões não compreendidas ou inapropriadas para a cultura alvo.

Na ocorrência de no mínimo 10% de respostas “não aplicáveis” para uma mesma questão, essa foi modificada com base nas expressões ou palavras sugeridas pelos sujeitos.

4.3- Avaliação da confiabilidade

Após todas as etapas anteriormente descritas, o instrumento NEI VFQ-25 traduzido para o português foi aplicado a uma amostra de idosos com baixa visão adquirida, cujos sujeitos não participaram do pré-teste.

A confiabilidade foi avaliada por dois atributos: a consistência interna, por meio do coeficiente alfa de Cronbach, e a estabilidade pelo teste-reteste em um intervalo aproximado de sete dias.

4.3.1- Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um Serviço de Visão Subnormal de uma instituição filantrópica na cidade de Campinas, SP, que atende a população local e a Região Metropolitana, incluindo as cidades: Sumaré, Hortolândia, Paulínia, Santo Antonio de Posse, Mogi-Mirim, Pedreira, Valinhos, Artur Nogueira, Monte Mor, Santa Bárbara do Oeste, Americana, Cosmópolis, Jaguariúna, Vinhedo, Mogi-Guaçú, Jacutinga, Bom Jesus dos Perdões, Conchal, Indaiatuba, Salto, Sorocaba, Itú, Albertina, Holambra, Nova Odessa, Porto Ferreira e Votorantim. Atualmente, a instituição presta serviços a outras regiões do país, cuja demanda justifica-se pela cidade de Campinas assumir uma posição de referência nacional na área da saúde.

Fundada em 1982 com a proposta de assistir crianças deficientes visuais na faixa etária de zero a 12 anos, desde 1995 essa instituição ampliou o atendimento aos idosos com baixa visão, tendo em vista a crescente demanda dessa população .

4.3.2- Sujeitos

Participaram idosos de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, portadores de baixa visão adquirida, em seguimento no Setor de Visão Subnormal ou ingressantes neste Serviço.

O cálculo para o tamanho amostral, realizado com o apoio do Serviço de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, estimou um número mínimo de 47 sujeitos a partir dos valores de correlação observado no pré-teste, considerando o coeficiente de correlação mínimo de 0,40 (correlação de Spearman), o nível de significância de 5% ($\alpha= 0,05$) e $\beta= 0.20$, que equivale a um poder de 80% (HULLEY e CUMMINGS, 1988).

Participaram do estudo os sujeitos que atenderam os seguintes **critérios de inclusão:**

- ◆ Diagnóstico de baixa visão determinada por, no mínimo, uma das doenças oculares: degeneração macular relacionada à idade, glaucoma, retinopatia diabética ou atrofia do nervo óptico;
- ◆ Apresentar cognição e estado físico que permitam a compreensão e a comunicação verbal com a pesquisadora;
- ◆ Concordar em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram adotados os seguintes **critério de exclusão:**

- ◆ Evidência ou comprovação de déficit cognitivo, físico ou distúrbio psiquiátrico, que inviabilizasse a aplicação do questionário;
- ◆ Apresentar deficiência auditiva profunda e doenças neurodegenerativas.

O diagnóstico de baixa visão bem como todas as informações clínicas foram obtidos pela pesquisadora por meio de consulta ao prontuário dos pacientes.

Foi utilizado como “baixa visão”, a acuidade visual com valores entre 0,25 e 0,02, com a melhor correção óptica no olho de melhor visão ou um campo visual inferior a 10o do seu ponto de fixação, conforme é definido pela OMS (WHO, 1993). Foram incluídos os idosos portadores de: baixa visão moderada, baixa visão severa ou baixa visão profunda, conforme a classificação ICD-9-CM (CDC, 2002)⁷.

⁷ www.cdc.gov/nchs/ic019.htm#RTF

A faixa etária foi definida segundo a Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842/94⁸, a qual considera “idosos” os indivíduos acima de 60 anos.

4.3.3- Coleta de dados

O convite para participar na pesquisa foi realizado aos sujeitos que atendiam a todos os critérios de inclusão e nenhum de exclusão citados anteriormente, utilizando-se uma linguagem que possibilitou aos idosos a compreensão das informações, evitando qualquer dúvida sobre a proposta da pesquisadora.

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. Inicialmente foi aplicado um formulário para a caracterização dos sujeitos (APÊNDICE 4), o qual abordou informações relativas a identificação dos idosos, aos aspectos sociodemográficos e aos dados de natureza clínica.

Na identificação dos sujeitos foram obtidos o nome, a idade, o sexo e a raça. Nos aspectos sócio-demográficos foram registrados: estado civil, residência, escolaridade, ocupação e renda familiar. As informações clínicas centralizaram-se na história da doença ocular referindo-se a: classificação da baixa visão, uso de recurso para magnificação da imagem, diagnóstico médico e terapêutica(s) realizada(s).

Posteriormente foi aplicado o instrumento NEI VFQ-25 já traduzido e adaptado culturalmente para a população alvo. Ressalta-se que foram incluídos também os itens do Apêndice Opcional nas duas etapas (teste e reteste).

A leitura das questões e as anotações das respostas foram feitas pela própria pesquisadora. Considerando tratar-se de uma população com limitação da função visual optou-se por esta forma de entrevista administrada, a qual não requereu a auto leitura, o que poderia aumentar o tempo de resposta em função

⁸ <http://www.pbh.gov.br/leisdeidosos/politicafederalei8842.htm>

do esforço visual requerido ou, em algumas situações, impossibilitar a leitura mesmo com a ampliação do texto.

Nas respostas aos itens 5, 6, 8, A3, A4 e A8 foi considerada a utilização de auxílio óptico especial por 20 dos 65 idosos entrevistados. Esse recurso substitui a correção óptica convencional (óculos), a qual deve ser contemplada segundo as instruções para a utilização do instrumento.

O NEI VFQ-25 foi aplicado pela pesquisadora em duas ocasiões diferentes, a fim de verificar a estabilidade do mesmo. As entrevistas ocorreram no intervalo de uma semana, no mesmo local, em condições e horários similares.

4.3.4- Análise dos dados e tratamento estatístico

Os dados coletados foram transferidos para o programa EXCELL e, posteriormente, ao programa *SAS System for Windows (Statistical Analysis System)* versão 8.02, para as análises:

- ◆ descritiva, para a descrição das variáveis sócio-demográficas e das condições clínicas dos sujeitos, utilizando-se tabelas de frequência para as variáveis categóricas, e medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas;
- ◆ descritiva, para a comparação entre os escores do NEI VFQ-25 com e sem o Apêndice Opcional, por meio do teste de Wilcoxon;
- ◆ de consistência interna, por meio do coeficiente alfa de Cronbach, com valor limite para aceitação da consistência $\alpha \geq 0,7$ (STREINER e NORMAN, 1998);
- ◆ de estabilidade, pelo emprego do Coeficiente de Correlação Intra-Classe com valor limite fixado $r \geq 0,4$, a fim de garantir relações satisfatórias entre o teste e o reteste (STREINER e NORMAN, 1998).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi $p < 0,05$.

As análises estatísticas foram realizadas com o apoio do Serviço de Estatística da Câmara de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

4.4- Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, obtendo parecer favorável (Parecer CEP no. 485/2004 – ANEXO 3).

A autorização para a adaptação cultural do instrumento NEI VFQ-25 foi obtida após consulta ao Dr. Leon Ellwein, do National Eye Institute, que detém os direitos autorais do instrumento (ANEXO 2).

Foi solicitado ao Serviço de Visão Subnormal autorização para a realização deste estudo, a qual foi obtida sem nenhuma restrição (APÊNDICE 5).

Todos os sujeitos que participaram do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3) que foi lido pela pesquisadora e, posteriormente, assinado por eles ou por uma testemunha, após o seu consentimento verbal .

5- RESULTADOS

5.1- Processo de adaptação cultural

Após a realização das primeiras etapas do processo de adaptação cultural, ou seja, a tradução inicial e a retrotradução, estas foram encaminhadas ao comitê de juizes para as avaliações semântica e idiomática, cultural e conceitual. A descrição que se segue dessas avaliações baseia-se em KIMURA (1999), considerando a clareza e detalhamento com que a autora apresenta os elementos obtidos nesse processo.

5.1.1- Equivalência semântica e idiomática

A análise das equivalências semântica e idiomática entre a versão original do instrumento NEI VFQ-25, as traduções e as retrotraduções constituiu a primeira etapa de avaliação do comitê de juizes.

No primeiro item do instrumento, os juizes entenderam que o termo “*overall*” (como um todo), estava redundante na frase, levando à concordância pela sua retirada.

Quanto ao item 3, a tradução “quanto tempo” (*how much of the time*) foi substituída pela expressão “com que frequência”, uma vez que para dois juizes as opções de resposta mostravam-se mais relacionadas à frequência do que à intensidade.

No item 13, os três avaliadores destacaram que o significado da expressão “*visiting with*” foi alterado na tradução para “visitar pessoas”. Essa tradução foi substituída por “interagir com pessoas” mantendo, dessa forma, o significado do instrumento original.

O item 17 teve o enunciado “você realiza menos que gostaria” modificado para “você faz menos coisas que gostaria”, a fim de permitir melhor compreensão.

Os itens 4 e 19 tiveram a palavra “dor” retirada dos exemplos, pois já estava contida no enunciado da pergunta.

5.1.2- Equivalência cultural e conceitual

Após a avaliação semântica e idiomática, bem como as adequações sugeridas pelos juízes, o instrumento foi submetido a avaliação das equivalências cultural e conceitual.

O Quadro 1 indica os índices de concordância entre os juízes (A, B e C) que participaram da análise conceitual do instrumento. Os índices de concordância superior a 0.8 indicam a validade de conteúdo do instrumento.

Quadro 1- Índices de concordância entre os juizes na avaliação da equivalência conceitual do NEI VFQ-25. Campinas. 2005.

	A	B	C
A	1.00	0.94	0.89
B		1.00	0.90
C			1.00

A, B e C correspondem aos três juízes, respectivamente.

A instrução geral do instrumento NEI VFQ-25 e as instruções específicas foram consideradas equivalentes pelos três avaliadores.

A expressão “quanta dificuldade” presente no enunciado dos itens 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15c, 16, 16a, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9, foi considerada redundante e a sua retirada da frase foi sugerida pelos juízes.

No domínio “Saúde geral”, o item A1 não obteve equivalência cultural, sendo sugerido pelos juízes a retirada do termo “tão ruim quanto à morte”.

No item 6, que corresponde ao domínio “visão de perto”, o termo “fazer consertos em casa” foi substituído por “atividades manuais”. Segundo os juízes, a expressão original refere-se a uma atividade comum na cultura americana, o que não corresponde à cultura brasileira.

No item 9, a expressão “pouca luminosidade” foi substituída por “locais mal iluminados”, a fim de facilitar a compreensão dos entrevistados.

O termo “interagir com pessoas” do item 13 foi substituído por “reunir-se com pessoas”. Os juízes avaliaram que “reunir-se” tem o mesmo conceito de “interagir” e seria mais compreensível na população a ser estudada.

No item 14 não havia clareza se a dificuldade investigada referia-se ao “ato de assistir filmes, teatro ou eventos esportivos” ou “sair de casa para essas atividades”. Após consulta ao autor do instrumento, ficou esclarecido que a intencionalidade da questão era avaliar a “dificuldade de sair de casa para qualquer tipo de programa”. À partir daí, foi possível um consenso entre os avaliadores quanto a substituição de “assistir filmes” por “ir ao cinema”.

Na questão 16 a. a palavra “auto-estrada” foi substituída por “estrada”, e o termo “trânsito da cidade” foi retirado. Os juízes entenderam que o termo estava redundante, uma vez que havia no enunciado da questão a expressão “horário de muito movimento”, que sinalizava para a mesma finalidade.

Os itens 20, 21, 22, 23, 24 e 25, e os itens A12 e A13 do Apêndice Opcional, foram modificados da forma afirmativa para a interrogativa.

As opções de respostas dos itens 20, 21, 22, 23, 24 e 25 também foram alteradas e reavaliadas pelos juízes que as consideraram equivalentes conceitualmente. As expressões “definitivamente verdadeira”, “geralmente verdadeira”, “não tenho certeza”, “geralmente falsa” e “definitivamente falsa” foram substituídas, respectivamente, por “o tempo todo”, “a maior parte do tempo”, “algumas vezes”, “poucas vezes” e “nunca”.

No item 20, a expressão “a maior parte do tempo” presente no enunciado da pergunta, foi substituída por “muito tempo”; o pronome “muito” foi retirado do item 21; o termo “muito menos controle” do item 22 foi substituído por “inseguro”.

A expressão “tão ruim ou pior que ser cego” foi retirada do enunciado da questão A2.

O termo "formulários legais", presente no item A3, foi substituído por "documentos", por ser adequado à cultura brasileira.

Na questão A7, o jogo de "golfe" citado como exemplo foi substituído por "futebol".

O verbo "entreter" do item A9 foi substituído por "receber", uma vez que na população brasileira ele corresponde ao ato de manter uma conversa, sem modificar, portanto, o sentido da frase.

Dos itens A11a e A12 foram retirados, respectivamente, os advérbios “freqüentemente” e “mais”.

Na Tabela 2 estão sintetizadas as alterações propostas pelo painel de especialistas para a adequação do instrumento, posteriormente utilizado no pré-teste.

Tabela 2- Alterações sugeridas pelo painel de especialistas para o NEI VFQ-25.
Campinas, 2005.

NEI VFQ-25 *	Tradução	Alteração
Formato afirmativo (20,21,22,23,24,25, A12 e A13)	manteve	formato de pergunta
(1) Overall	como um todo	retirada do instrumento
(3) How much of the time	quanto tempo	com que frequência
How much Difficulty	quanta dificuldade	retirada do instrumento
(6) fixing things around the house	fazer consertos em casa	trabalhos manuais
(9) dim light	pouca luminosidade	locais mal iluminados
13) visiting with	visitar pessoas	interagir com as pessoas
	interagir com pessoas	reunir-se com as pessoas
(14) going out to see movies	ir assistir filmes	ir ao cinema
(16 a) freeway city traffic	auto-estrada trânsito da cidade	estrada retirada do instrumento
(20) most of the time	maior parte do tempo	muito tempo
(21) a lot of	muito	retirada do instrumento instrumento
(22) much less control	muito menos controle	inseguro
(23) rely too much on what other people tell me	confiar muito naquilo que as outras pessoas me dizem	depende muito daquilo que as pessoas lhe dizem
(A2) as bad or worse than being blind	tão ruim ou pior que ser cego	retirada do instrumento
(A7) golf	golfe	futebol
(A11a) more help	muita ajuda	ajuda
(A12) often	freqüentemente	retirada do instrumento

* Instrumento original

5.1.3- Pré-teste

Após as modificações propostas pelos juízes que analisaram as equivalências semântica e idiomática, cultural e conceitual, o instrumento foi aplicado em 30 idosos com as mesmas características elegíveis à amostra do estudo, conforme descrito no método.

Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento, sendo esclarecidos quanto a sua colaboração para a adequação final do instrumento. Após a leitura de cada item, eram indagados se haviam compreendido claramente e se tinham alguma sugestão, que era anotada pela pesquisadora.

As sugestões com, no mínimo, 10% de ocorrência foram apreciadas por dois membros do comitê de juízes que, em consenso, concluíram a adequação do instrumento a ser aplicado na amostra populacional do estudo.

A seguir são descritas as alterações efetuadas após o pré-teste e previamente a aplicação do instrumento à amostra.

Os termos “fraca” e “extrema” presentes como opção de resposta em várias questões, foram substituídos respectivamente por “ruim” e “muita”.

No item 9 foi acrescentado “letreiro de ônibus” às opções de respostas.

A expressão “notar objetos ao seu redor enquanto você anda”, presente no item 10, foi alterada para “perceber coisas ou pessoas ao seu redor, enquanto você está andando”.

No item 11, ao termo "reagem ao que você diz" foi acrescentado “durante uma conversa”, a fim de proporcionar melhor entendimento à questão.

No item 13 foi sugerido acrescentar "outros locais", a fim de permitir mais uma opção de resposta.

A expressão “deixa de fazer coisas que gostaria de fazer” propiciou melhor entendimento uma vez que após a pergunta “faz menos coisas que gostaria de fazer?”, os sujeitos verbalizavam “você (a pesquisadora) quer dizer, se eu **deixo** de fazer coisas que gostaria de fazer?”

A mesma dificuldade de compreensão descrita acima ocorria com a questão 23, quando os sujeitos questionavam se a pergunta era “depende de **informações** de outras pessoas”.

O termo “como você classificaria” presente nos itens A1 e A2 foi substituído por “que nota você daria”.

Na questão A4 foi sugerido, pelos sujeitos, acrescentar “conta de água, luz, telefone” para exemplificar as contas recebidas e facilitar a compreensão da pergunta.

No item A7, os dois juízes que analisaram as sugestões feitas pelos entrevistados, foram favoráveis pelo acréscimo de “outra atividade ao ar livre que você goste”, pois muitos deles ofereceram outras opções como, por exemplo, pescar e nadar.

O termo “receber” substituiu “entreter” no item A9, dado que os sujeitos demonstravam não compreender o significado da palavra, e referiam-se a “dificuldades em **receber** visitas, amigos e parentes”. Essa mesma falta de compreensão ocorreu no item 11b com a expressão “nos tipos de coisas que faz”, sendo substituída por “na maneira de fazer as coisas”.

Uma outra sugestão feita por 20 sujeitos refere-se ao acréscimo nos itens 5, 6, 8, A3, A4 e A8 da opção “utilizar recurso especial”. Isto se deve ao fato destes sujeitos utilizarem recursos especiais para a ampliação da imagem, tais como, lupas e telelupas. Após consulta aos autores do NEI VFQ-25 obteve-se a orientação para considerar esses recursos em substituição ao uso de óculos. Destaca-se que nas instruções de aplicação do questionário consta que as respostas devem ser efetuadas considerando-se a correção óptica, se fizer uso.

Em todo o instrumento, apenas o item 19 referente à “Dor ocular”, causava “estranheza” nos sujeitos que já haviam respondido no item 4, que também participa do mesmo domínio, não apresentarem esta queixa.

Na Tabela 3 são apresentadas as modificações feitas no instrumento após a realização do pré-teste (n=30).

Tabela 3- Modificações sugeridas para o NEI VFQ-25 após a aplicação do pré-teste. Campinas, 2005.

Itens do Instrumento/Palavras	Modificação
—	
Fraca	Ruim
Extrema	Muita
(9)	Acrescentar a opção “leiteiro de ônibus”
(10) notar objetos ao seu redor enquanto você anda	perceber coisas ou pessoas ao seu redor, enquanto você está andando
(11)	acrescentar “durante uma conversa”
(13)	acrescentar a opção “outros locais”
(17) faz menos coisas que gostaria	deixa de fazer coisas que gostaria de fazer
(23) depende muito daquilo que as outras pessoas lhe dizem	depende muito de informações das outras pessoas
(A1), (A2) como você classificaria	que nota você daria
(A4)	acrescentar exemplos (conta de água, luz, telefone)
(A7)	acrescentar “ou outra atividade ao ar livre que você goste”
(A9) entreter	receber
(A11b) nos tipos de coisas	na maneira de fazer as coisas

O resultado de todas as etapas e procedimentos descritos anteriormente, gerou o NEI VFQ-25 adaptado para a cultura brasileira (ANEXO 4), o qual foi aplicado a uma amostra de 65 idosos com baixa visão adquirida a fim de comparar e avaliar a confiabilidade do instrumento, sem e com o Apêndice Opcional.

5.2- Análise da confiabilidade

5.2.1- Caracterização dos sujeitos

A amostra foi constituída por 65 idosos que atenderam a todos os critérios de inclusão e nenhum de exclusão, estabelecidos para o estudo. Os dados sócio-demográficos são demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4- Descrição das variáveis sócio-demográficas da amostra (n=65). Campinas, 2005.

Variável	Média (Dp)	Mediana	Varição observada	Categorias	n	%
Idade	75,1 (8,6)	76,0	60 – 90	-	-	-
Sexo	-	-	-	Feminino	39	60,0
				Masculino	26	40,0
Raça declarada	-	-	-	Branca	59	90,8
				Negra	6	9,2
Escolaridade (anos)	7,2 (5,2)	4,0	0 - 20	-	-	-
Estado Civil	-	-	-	Solteiro	10	15,4
				Casado	32	49,2
				Viúvo	19	29,2
				Desq/Div	1	1,5
				Sep	1	4,6
Renda Familiar (em SM)	-	-	-	Até 3 SM	18	27,7
				3 – 10 SM	31	47,7
				>10 SM	16	24,6
Residência	-	-	-	Campinas	36	55,4
				R.Met.Campinas	9	13,8
				Estado SP	17	26,2
				Outro Estado	3	4,6

Desq.= desquitado; Div.= divorciado; Sep = separado; R.Met.Campinas= Região Metropolitana de Campinas.; SM= salário mínimo; SM vigente= R\$ 300,00; Dp= desvio padrão.

A faixa etária variou entre 60 e 90 anos, com média de 75,1(\pm 8,6). Houve predomínio do sexo feminino (60%) e da raça declarada branca (90,8%). O tempo médio de escolaridade foi 7,2 (\pm 3,4; mediana= 4) anos de estudo. A maioria dos sujeitos era casada (49,2%), 55,4% eram residentes em Campinas. Com relação à renda familiar, 27,7% recebiam até três salários mínimos (SM), 47,7% entre três e dez salários mínimos e 24,6% recebiam acima de dez salários mínimos.

Na Tabela 5, são apresentadas as características clínicas da amostra.

TABELA 5- Descrição dos dados clínicos da amostra (n= 65). Campinas, 2005.

Variável	Categorias	n	%
Condição visual	Baixa visão moderada	29	44,6
	Baixa visão grave	25	38,5
	Baixa visão profunda	11	16,9
Auxílio óptico convencional (óculos)	Indicação	65	100,0
	Utilização	27	41,5
	Não utilização	23	35,4
Auxílio especial	Sim (óptico ou não óptico)	20	30,8
	Não	45	69,2
Auxílio óptico convencional e auxílio especial	Utilização	15	23,1
Diagnóstico	Degeneração macular relacionada à idade	43	66,2
	Retinopatia diabética	14	21,5
	Glaucoma	8	12,3

Com respeito à avaliação oftalmológica, o índice de baixa visão moderada foi o maior obtido (44,6%). Apesar da condição visual de baixa visão, 69,2% não utilizava nenhum auxílio especial (recurso de magnificação da imagem). O diagnóstico médico com maior prevalência foi a degeneração macular relacionada à idade (66,2%); a retinopatia diabética e o glaucoma apareceram em proporções menos significativas (21,5% e 12,3%, respectivamente).

Embora todos os participantes do estudo (n= 65) afirmarem possuir recurso óptico convencional (óculos), 41,5% (27/65) dos sujeitos entrevistados declararam utilizá-lo de **forma regular ou esporádica**, 23.1% (15/65) utilizavam os óculos e auxílio para a magnificação da imagem e, 35.4% (23/65) não usavam nenhum recurso.

5.2.2- Análise descritiva dos escores do NEI VFQ-25

Conforme citado anteriormente, o NEI VFQ-25 foi aplicado sem e com o Apêndice Opcional (25 e 39 itens, respectivamente), visando uma análise cuidadosa do referido instrumento e a sua posterior disponibilidade na população brasileira.

O tempo de duração das entrevistas variou sensivelmente entre as duas possibilidades de aplicação do instrumento, conforme o número de itens contemplados.

Na entrevista utilizando-se o instrumento com 25 itens (sem o Apêndice Opcional) obteve-se um tempo médio de 10 minutos e 9 segundos ($\pm 3,6$), mediana de 10 minutos e variação entre 6 e 25 minutos. A média do tempo de resposta ao questionário com 39 itens (com o Apêndice Opcional) foi 14 minutos e 7 segundos ($\pm 5,4$), mediana de 14 minutos e variação entre 8 e 35 minutos.

Os escores do NEI VFQ-25 obtidos sem e com o Apêndice Opcional estão descritos nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6- Análise descritiva dos escores do NEI VFQ-25 sem o Apêndice Opcional (25 itens) (n=65). Campinas, 2005.

NEI VFQ-25	Média (Dp)	Mínima	Mediana	Máxima
25 itens	57,2 (18,1)	23,6	59,1	91,8
Saúde geral	51,9 (28,1)	0,0	50,0	100,0
Visão geral	50,6 (20,0)	20,0	60,0	100,0
Dor ocular	78,6 (23,2)	12,5	87,5	100,0
Visão de perto	38,5 (20,3)	0,0	41,7	75,0
Visão de longe	41,4 (25,7)	0,0	37,5	100,0
Função social	65,6 (28,0)	12,5	62,5	100,0
Saúde mental	58,7 (24,5)	0,0	62,5	100,0
Limitações na vida diária	48,1 (28,2)	0,0	50,0	100,0
Dependência	48,1 (28,2)	8,3	66,7	100,0
Dirigir automóvel	23,3 (30,2)	0,0	0,0	87,5
Visão de cores	75,4 (34,3)	0,0	100,0	100,0
Visão periférica	60,9 (31,1)	0,0	100,0	100,0

Dp = Desvio padrão

Tabela 7- Análise descritiva dos escores do NEI VFQ-25 com o Apêndice Opcional (39 itens) (n=65). Campinas, 2005.

NEI VFQ-25	Média (Dp)	Mínima	Mediana	Máxima
39 itens	58,6 (17,6)	25,1	61,9	90,1
Saúde geral	63,6 (19,7)	12,5	65,0	100,0
Visão geral	52,1 (20,5)	15,0	55,0	100,0
Dor ocular	78,6 (23,2)	12,5	87,5	100,0
Visão de perto	37,3 (18,0)	0,0	37,5	75,0
Visão de longe	44,5 (22,4)	0,0	40,0	100,0
Função social	73,6 (22,9)	25,0	62,5	100,0
Saúde mental	61,6 (23,7)	5,0	65,0	100,0
Limitações na vida diária	51,5 (24,6)	6,3	50,0	100,0
Dependência	60,4 (27,1)	6,3	62,5	100,0
Dirigir automóvel	23,3 (30,2)	0,0	0,0	87,5
Visão de cores	75,4 (34,3)	0,0	100,0	100,0
Visão periférica	60,9 (31,1)	0,0	100,0	100,0

Dp = Desvio padrão

A média do instrumento NEI VFQ-25 com o Apêndice Opcional (39 itens) foi superior à média obtida sem o Apêndice Opcional (25 itens). O mesmo ocorreu com os Domínios “Saúde geral”, “Visão geral”, “Visão de longe”, “Função social”, “Saúde mental”, “Limitações na vida diária” e “Dependência”.

Em ambas as análises de aplicação do instrumento, os domínios com escores mais altos foram: domínios “Dor ocular”, “Função social” e “Visão de cores”. Nos domínios “Visão de perto”, “Visão de longe” e “Dirigir automóvel” a pontuação dos escores foi a mais baixa.

A fim de verificar a ocorrência ou não de diferença estatística entre os escores do NEI VFQ-25, foi realizada uma análise comparativa por meio do teste de Wilcoxon, uma vez que este teste mostra-se adequado para avaliar modificações significativas entre os dois conjuntos de dados (Tabela 8).

Tabela 8- Análise comparativa dos escores do instrumento NEI VFQ-25 sem e com o Apêndice Opcional (25 e 39 itens, respectivamente). Campinas, 2005.

NEI VFQ-25	Z-escore	p-valor
Escore Total	3,91	< 0,001
Saúde geral	5,05	< 0,001
Visão geral	1,54	0,123
Dor ocular	0,00	1,000
Visão de perto	1,10	0,272
Visão de longe	2,25	0,025
Função social	5,03	< 0,001
Saúde Mental	3,61	< 0,001
Limitações na vida diária	2,45	0,014
Dependência	1,32	0,188
Dirigir	0,00	1,000
Visão de cores	0,00	1,000
Visão periférica	0,00	1,000

p-valor referente ao teste de Wilcoxon

Z-escore = posição relativa dos elementos da amostra em relação à média aritmética.

Essa análise revela uma diferença estatística significativa para alguns escores do NEI VFQ-25, com maiores valores na aplicação do instrumento com o Apêndice Opcional, conforme verificado na Tabela 7. Para a sua realização, todos os escores do instrumento foram convertidos num escore Z, a fim de se avaliar a distância relativa dos escores da média. Segundo LOBIONDO-HABER (2001), o Z-escore é utilizado em análise estatística descritiva para comparar as medições em unidades padrões.

Com relação aos dados perdidos (“missings”), o Quadro 2 apresenta uma análise descritiva da aplicação do NEI VFQ-25 com e sem o Apêndice Opcional.

Quadro 2- Frequência dos dados perdidos (“missings”) em cada item do instrumento NEI VFQ-25, incluindo o Apêndice Opcional. Campinas, 2005.

Itens*	Frequência de dados perdidos (“missings”)
1	-
2	-
3	-
4	-
5	2
6	4
7	-
8	1
9	2
10	1
11	-
12	3
13	9
14	35
15 c	48
16	59
16 a	57
17	-
18	-
19	-
20	-
21	-
22	-
23	-
24	-
25	-
A1*	-
A2*	-
A3*	1
A4*	17
A5*	1
A6*	-
A7*	28
A8*	4
A9*	9
A11 a*	-
A11 b*	-
A12*	-
A13*	-

* Itens do Apêndice Opcional

Nesta descrição observa-se que os itens 14, 15c, 16, 16 a, A4 e A7 apresentaram elevada frequência de dados perdidos, sendo excluídos do cálculo da consistência interna a fim de não comprometer as premissas para o cálculo do alfa de Cronbach.

5.3- Confiabilidade

5.3.1- Consistência interna

A análise da consistência interna do NEI VFQ-25 também foi realizada com os dados das versões sem e com o Apêndice Opcional (25 e 39 itens, respectivamente).

O alfa de Cronbach para o instrumento sem o Apêndice Opcional foi $\alpha = 0,86$ e com os itens do Apêndice $\alpha = 0,91$. Estes valores revelam alta consistência interna para o instrumento como um todo.

A Tabela 8 apresenta a análise de consistência interna do NEI VFQ-25 e dos domínios que participaram do cálculo, quando este instrumento foi aplicado sem o Apêndice Opcional.

Tabela 9- Consistência interna (α de Cronbach) dos domínios do NEI VFQ-25 e do instrumento como um todo, sem o Apêndice Opcional. Campinas, 2005.

Domínios do NEI VFQ-25 25 itens*	No. de itens	α de Cronbach	Ítem com menor consistência	Correlação com o total	α de Cronbach (após retirada do item 19)
NEI VFQ-25 (n=49) **		0,86	19	-0,09	0,87
Visão de Perto (n=60)	3	0,45	-	-	-
Visão de Longe (n=62)	2	0,47	-	-	-
Dor Ocular (n=65)	2	0,38			
Limitações na vida diária (n=65)	2	0,44	-	-	-
Função Social (n=56)	2	0,28	-	-	-
Saúde Mental (n=65)	4	0,65	-	-	-
Dependência (n=65)	3	0,67	-	-	-

* os itens 14, 15c, 16 e 16 a foram desconsiderados devido à grande frequência de dados perdidos.

** n = número de sujeitos que responderam todos os itens da subescala.

Para o cálculo do alfa de Cronbach foram considerados apenas os sujeitos que responderam todos os itens da subescala ou domínio. Assim, somente nos domínios “Saúde mental”, “Limitações na vida diária” e “Dependência”, todos os sujeitos da amostra (n = 65) foram contemplados no cálculo desse coeficiente.

Tendo em vista que um índice superior a 10% de “dados perdidos” (“*missing*”), compromete o cálculo do alfa de Cronbach, foram desconsiderados os itens 14, 15c, 16 e 16a devido a elevada freqüência de dados perdidos.

O item 19, que se refere a “Dor ocular”, apresentou baixa consistência e mostrou correlação negativa com o instrumento como um todo. Porém, a retirada deste item não alterou o valor do alfa de Cronbach.

O domínio “Dirigir automóvel” foi excluído da análise de confiabilidade do instrumento, tendo em vista que na análise descritiva todos os seus itens (15c, 16 e 16 a) apresentaram elevada freqüência de “*missings*” (“dados perdidos”). Sendo assim, a sua manutenção comprometeria a consistência interna do instrumento.

Os domínios “Saúde geral”, “Visão geral”, “Dor ocular”, “Visão Periférica” e “Visão de Cores” também foram retirados da análise, considerando que sendo compostos por apenas um item também comprometeria o cálculo do alfa de Cronbach.

Na Tabela 9 é demonstrada a análise da consistência interna do NEI VFQ-25 com o Apêndice Opcional.

Tabela 10- Consistência interna (α de Cronbach) dos domínios do NEI VFQ-25 e do instrumento como um todo, com o apêndice opcional. Campinas, 2005.

Domínios do NEI VFQ-25 25 itens*	No. de itens	α de Cronbach	Item com menor consistência	Correlação com o total	α de Cronbach (após retirada do item 19)
NEI VFQ-25 (n=46)**	31**	0,90	19	- 0,04	0,92
Saúde Geral (n=65)	2	0,40	-	-	-
Visão Geral (n=65)	2	0,72	-	-	-
Dor ocular (n=65)	2	0,38	-	-	-
Visão de Perto (n=59)	5	0,64	-	-	-
Visão de Longe (n=59)	4	0,72	-	-	-
Limitações na vida diária (n=65)	4	0,67	-	-	-
Função Social (n=52)	3	0,49	-	-	-
Saúde Mental (n=65)	5	0,74	-	-	-
Dependência (n=65)	4	0,74	-	-	-

* os itens 14, 15c, 16, 16 a, A4 e A7 foram desconsiderados devido à grande frequência de dados perdidos.

** n = número de sujeitos que responderam todos os itens da subescala.

Para a análise da consistência interna do NEI VFQ-25 com o Apêndice Opcional (39 itens), seguiu-se os mesmos critérios descritos anteriormente com o instrumento sem o Apêndice Opcional (25 itens), ou seja, considerou-se apenas os sujeitos que responderam todos os itens de cada subescala ou domínio, e desconsiderou-se os itens com elevada frequência de “missings” bem como os domínios com apenas um item.

Nessa análise foram contemplados alguns domínios que não participaram do cálculo da consistência interna do instrumento sem o Apêndice Opcional: “Saúde geral”, “Visão geral” e “Dor ocular”. Estes domínios foram incluídos devido ao aumento no número de itens pertencentes a eles, ocorrido com a agregação do Apêndice Opcional ao instrumento.

O domínio “Dirigir automóvel” não participou da análise por apresentar muitos “*missings*”. Os domínios “Visão periférica” e “Visão de cores” também foram excluídos por conterem apenas um item cada, mesmo com o Apêndice Opcional.

Da mesma forma observada na análise anterior, o item 19 que corresponde a “Dor ocular” manteve correlação negativa com o escore total do instrumento com o Apêndice Opcional. A sua retirada também não alterou de forma significativa o valor alfa de Cronbach do instrumento como um todo, embora o domínio “Dor ocular” ao qual pertence mostrou o menor valor $\alpha = 0,38$.

5.3.2- Estabilidade (teste- reteste)

O índice de Correlação Intra-classe foi utilizado para analisar a estabilidade do NEI VFQ-25 entre as fases do teste e reteste, por ser uma medida de avaliação da fidedignidade do instrumento (Tabela 10).

Tabela 11- Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC) dos escores do NEI VFQ-25, sem e com o Apêndice Opcional. Campinas, 2005.

NEI VFQ-25	ICC
Sem o Apêndice Opcional (25 itens)	0,98 p < 0,001
Com o Apêndice Opcional (39 itens)	0,98 p < 0,001

p = p-valor

O índice de Correlação Intra-classe do NEI VFQ-25 teve o mesmo valor para os 25 itens (sem o Apêndice Opcional) e para os 39 itens (com o Apêndice Opcional), sendo o ICC = 0,98 ($p < 0,001$). Considerando que o Coeficiente de Correlação intra-classe (ICC) varia de “zero” a “um”, e quanto mais próximo de “um” estiver o coeficiente mais confiável é o instrumento (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001), pode-se afirmar que o instrumento NEI VFQ-25 obteve elevada estabilidade em ambas as situações de aplicação, sem e com o Apêndice Opcional.

Nas Figuras 1 e 2 estão representadas a dispersão da amostra em relação aos escores obtidos no teste e reteste do NEI VFQ-25, sem e com o Apêndice Opcional, respectivamente.

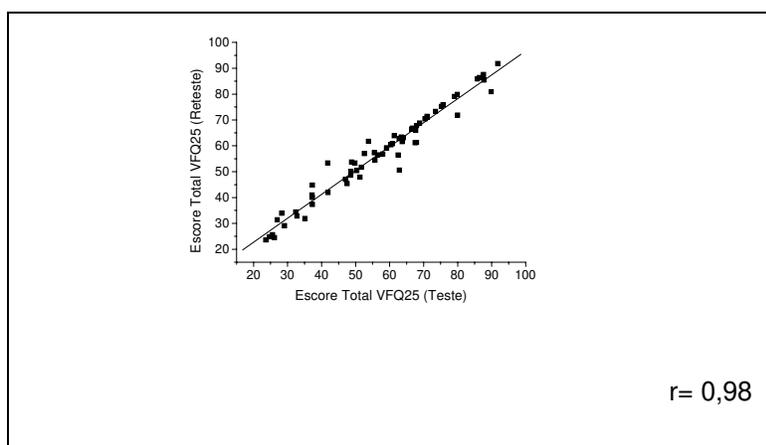


Figura 1- Correlação entre o índice do NEI VFQ-25 no teste e reteste sem o Apêndice Opcional (25 itens). Campinas, 2005.

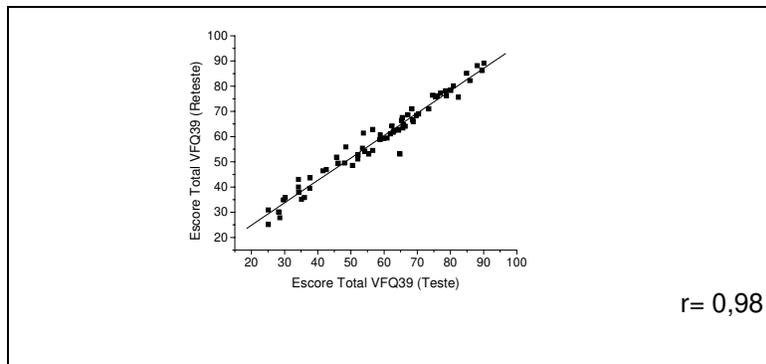


Figura 2- Correlação entre o índice do NEI VFQ-25 no teste e reteste com o Apêndice Opcional (39 itens). Campinas, 2005.

Por meio dos gráficos de dispersão observa-se que nas duas situações de teste e reteste, sem e com o Apêndice Opcional (25 e 39 itens respectivamente), os valores apresentam-se de forma linear, revelando uma correlação positiva.

6- DISCUSSÃO

A adaptação cultural do instrumento NEI VFQ-25, realizada nesta pesquisa, está embasada em todos os critérios previamente estabelecidos, considerando-se as recomendações internacionais. DUARTE et al. (2003) advertem que a falta de uma metodologia adequada para a adaptação cultural de instrumentos de medida pode levar a tendenciosidades que comprometem a pesquisa.

As adequações feitas na versão desse instrumento no presente estudo revelam a importância do cumprimento de todas as etapas da proposta metodológica utilizada (tradução, retrotradução, análises das equivalências semântica e idiomática, cultural e conceitual e pré-teste) para a adaptação cultural. Nesse processo algumas considerações merecem destaques.

Nas análises das equivalências semântica e idiomática considerou-se um índice de concordância mínimo de 80% entre os juízes, o que facilitou a compreensão do texto como, por exemplo, do terceiro item do instrumento que se refere a “frequência” e não a “quantidade”. Isto também foi corroborado pela versão hispânica realizada por BROMAN et al. (2001).

As análises das equivalências cultural e conceitual foram favorecidas pelo modelo de WALTZ et al. (1991) utilizado para a obtenção do índice de concordância entre os juízes, uma vez que permitiu verificar a validade de conteúdo do instrumento.

Uma das alterações de maior destaque proposta pelos juizes foi a padronização do instrumento no formato de perguntas. Esta medida foi possível por tratar-se de uma entrevista administrada, a qual segundo os juízes também pode ser auto-aplicada, tendo em vista que as opções de resposta permitem uma boa compreensão à pergunta. Na adaptação do NEI VFQ-25, realizada por FERRAZ et al. (2002), para portadores de catarata, essa alteração também foi efetuada.

Com relação à retirada da expressão “quanta dificuldade”, do enunciado de alguns itens, os juizes ponderaram que na cultura brasileira a pergunta “Você tem dificuldade?”, remete à compreensão de “quantidade” ou de “quanta dificuldade”.

A consulta feita aos autores do NEI VFQ-25, para maior compreensão do item 14, foi uma estratégia utilizada pelos juizes que contribuiu para a análise, uma vez que o esclarecimento da intencionalidade da pergunta permitiu a adequação de uma expressão com o mesmo significado (“ir ao cinema” em substituição a “ir assistir filmes”) mais comumente utilizada na cultura brasileira.

Outra alteração importante ocorreu no item do Apêndice Opcional A7, na substituição da palavra “golfe” por “futebol”, dado que esta prática esportiva (jogar golfe) não é comumente realizada na população brasileira.

Todas as adequações demonstraram a importância de um comitê de especialistas para as análises das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual em um estudo de adaptação cultural de um instrumento.

Após a realização do pré-teste percebeu-se a necessidade de alguns ajustes no instrumento, a fim de torná-lo mais condizente com a população estudada. Como exemplo vale destacar as sugestões acrescidas aos itens 9, 13, A4 e A7, que correspondem às expressões “leiteiro de ônibus”, “outros locais”, “exemplos de contas a pagar” e “outra atividade ao ar livre”, respectivamente.

No estudo de GLOBE et al. (2003) são discutidas as dificuldades e limitações encontradas na aplicação do NEI VFQ-25 em latinos residentes em Los Angeles, Estados Unidos, pela diferença cultural existente, embora os sujeitos participantes da investigação residissem no país de origem do instrumento. A fim de evitar problemas dessa natureza, a literatura recomenda a adaptação cultural de instrumentos de avaliação previamente à sua aplicação em imigrantes, uma vez que trazem consigo uma bagagem cultural (BEATON, 1998, 2000; ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

Na administração do instrumento, apenas o item 19 (dor ocular) necessitou ser repetido nas entrevistas com os sujeitos que já haviam respondido, no item 4, não apresentar esta queixa. Entende-se que essa repetição ocorreu pelo fato do item 19 ser complementar ao item 4, e estar situado distante do mesmo.

Na amostra utilizada para avaliar a confiabilidade do NEI VFQ-25, a idade média dos sujeitos de 75,1 anos, com variação entre 60 e 90 anos, foi a maior dentre as publicações acerca da adaptação cultural deste instrumento (BROMAN et al., 2001; FRANKE et al., 2002; ROSSI, et al., 2003; GLOBE et al., 2003; NORDMANN et al., 2004; TOPRAK et al., 2005; SUSUKAMO et al., 2005).

Outro diferencial na amostra do presente estudo foi a participação de pessoas que utilizavam recursos especiais para a ampliação da imagem. Considerando que o uso desses recursos pela população estudada levaria à respostas distintas em alguns itens, daquelas obtidas sem o recurso, optou-se por consultar os autores do instrumento sobre a possível citação do uso deste auxílio nas instruções sobre a aplicação do mesmo. A orientação recebida foi considerar essa informação (uso de recurso especial), como o uso de óculos, cuja orientação é apresentada nas instruções do instrumento.

Quanto ao recurso óptico convencional (óculos), a justificativa para a não utilização dos mesmos por 23 (35,4%) sujeitos, considerando que todos (n= 65) declararam possuí-los, foi a percepção de que este recurso não contribuía para a melhora da visão em suas atividades diárias. Dessa forma, acredita-se que o resultado da investigação não seria diferente se estes sujeitos estivessem utilizando este recurso.

A Degeneração macular relacionada à idade foi o diagnóstico oftalmológico de maior prevalência (66,2%) entre os sujeitos entrevistados. Acredita-se que a média de idade elevada (75,1) tenha contribuído para este dado, além de não ter sido incluído na amostra sujeitos com Catarata relacionada

a idade, cujo diagnóstico foi o mais prevalente em estudos similares (FERRAZ, 2002; ROSSI, 2003; SUZUKAMO, 2005), bem como no trabalho que desenvolveu o instrumento original (MANGIONE et al., 2001).

A variação no tempo de resposta ao questionário com a aplicação dos 25 itens (sem o Apêndice Opcional), entre seis e 25 minutos, não foi compatível ao encontrado por FERRAZ (2002), que obteve uma variação entre quatro minutos e cinco segundos a nove minutos e dez segundos. Outros estudos não mencionam informações sobre esse dado.

É possível que a variação do tempo encontrada no presente trabalho esteja relacionada às características da população estudada - idosos com deficiência sensorial importante e adquirida - que se preocupava não somente em responder às questões, mas em acrescentar informações relacionadas ao tempo de instalação da deficiência, entre outras. Isto revela a possibilidade que o instrumento oferece de abordar outros aspectos também relevantes na vida dos sujeitos.

Ao se comparar os escores do instrumento sem e com o Apêndice Opcional (25 e 39 itens, respectivamente), verificou-se diferença significativa nas médias encontradas. Para citar um exemplo, os domínios “Dor ocular”, “Função social” e “Visão de cores” mantiveram-se com médias elevadas. Porém, os domínios “Saúde geral”, “Visão geral”, “Dependência”, “Visão de longe e “Limitações na vida diária”, foram beneficiados com o Apêndice Opcional, possivelmente pelo aumento do número de itens.

A exclusão dos itens considerados “dados perdidos” foi possibilitada pelo sistema de pontuação do instrumento que permite identificá-los durante a aplicação do mesmo. Esse aspecto foi importante para análise da consistência interna do NEI VFQ-25, uma vez que a existência de “*missings*” compromete o alfa de Cronbach .

A consistência interna do NEI VFQ-25 com ou sem o Apêndice Opcional, medida por meio do alfa de Cronbach, foi respectivamente 0.91 e 0.86, indicando que o instrumento apresenta confiabilidade excelente para essa população (NUNNALLY, 1994; STREINER e NORMAN, 1998).

Na análise da consistência interna desse instrumento foram desconsiderados os domínios: “Dirigir automóvel”, “Visão de cores” e “Visão periférica”. O domínio “Dirigir automóvel” foi excluído devido ao grande número de dados perdidos (*missings*). A ausência de respostas justifica-se pelo abandono dessa prática em função da idade avançada e não pela capacidade visual. Dessa forma, segundo os critérios de pontuação do instrumento, esse domínio não foi contemplado. Deve-se considerar, ainda, a possibilidade das questões desse domínio não serem apropriadas a essa população, gerando inconsistência nas respostas. Os domínios “Visão de cores” e “Visão periférica” foram excluídos por apresentarem apenas um item, o que comprometeria o cálculo do alfa de Cronbach.

Na versão do instrumento para a cultura japonesa o índice de dados perdidos também foi elevado, tendo em vista que 60% dos sujeitos não exercia a prática de dirigir veículos (SUZUKAMO et al., 2005). O mesmo foi observado no trabalho realizado por NORDMAN et al. (2004), no qual o domínio “Dirigir automóvel” também foi excluído da análise da consistência interna devido a alta frequência de itens perdidos. Por outro lado, na versão italiana do NEI VFQ-25 este domínio apresentou alfa de Cronbach 0,82 e estabilidade 0,81 (ROSSI, 2003). É importante ressaltar que a média de idade dos sujeitos entrevistados era 60,6 anos, inferior à do presente estudo que correspondeu a 75,1 anos.

Dentre os domínios que participaram do cálculo do alfa de Cronbach sem o Apêndice Opcional, apenas “Saúde Mental” e “Dependência” atingiram valores próximos aos aceitáveis (0,65 e 0,67, respectivamente), os demais estiveram entre 0,28 e 0,47. A inclusão do Apêndice Opcional aumentou o número de itens, elevando a pontuação desses domínios. Além disso, esse acréscimo

permitiu a inclusão de outros domínios que não participaram do cálculo da consistência interna sem o Apêndice Opcional, por apresentarem apenas um item: “Saúde geral”, “Visão geral” e “Dor ocular”.

O número reduzido de itens em alguns domínios, alguns com apenas um item, compromete o valor do alfa de Cronbach do referido domínio, bem como do instrumento como um todo (NUNNALLY, 1994).

Na versão japonesa do NEI VFQ-25 (SUZUKAMO et al., 2005) o alfa de Cronbach foi 0,96 (sem o Apêndice Opcional). Não participaram do escore total do instrumento os domínios “Saúde geral”, “Visão geral”, “Visão periférica” e “Visão de cores”. Nesse trabalho, os pesquisadores sugeriram a substituição de itens dos domínios “Visão de longe” e “Visão de perto” por itens do mesmo domínio do Apêndice Opcional, os quais, segundo os autores, eram mais compatíveis com a cultura japonesa. Sugeriram também, que o domínio “Dirigir automóvel” fosse considerado opcional. É importante ressaltar que nessa pesquisa houve a participação de um dos autores do instrumento NEI VFQ-25 original.

BROMAN et al. (2001) entendem que as propriedades psicométricas do NEI VFQ-25 são comprometidas pelos domínios com apenas um item, bem como pela falta de padronização no enunciado das questões.

Dentre os trabalhos de adaptação do NEI VFQ-25 consultados, o único que incluiu o Apêndice Opcional para a análise das propriedades psicométricas foi o realizado no Japão por SUZUKAMO et al. (2005). A utilização deste Apêndice mostrou-se útil, permitindo que os pesquisadores sugerissem aos autores do instrumento original a substituição de alguns itens principais por itens do Apêndice Opcional.

No presente estudo, a intenção de incluir o Apêndice Opcional no processo de adaptação cultural do instrumento foi a de possibilitar a sua utilização em estudos posteriores.

A análise da confiabilidade do instrumento sem e com o Apêndice Opcional (25 e 39 itens, respectivamente) revelou que este Apêndice permite a inclusão dos domínios “Saúde geral” e “Visão geral” no cálculo da consistência interna, por aumentar o número de itens destes domínios, elevando dessa forma o valor do alfa de Cronbach. Isto se revela importante para o emprego do instrumento em investigações acerca da função visual, nas quais interessa os aspectos desses domínios.

O NEI VFQ-25 mostrou-se estável no tempo, com um coeficiente de Correlação Intra-classe 0,98 (com ou sem o Apêndice Opcional). Um valor proporcional foi encontrado na cultura italiana, 0,94 (ROSSI, 2003). Essa estabilidade é uma característica importante do instrumento para o emprego em seguimentos de casos, tomando-se o cuidado de avaliar o intervalo de tempo mais adequado para a população.

Os resultados obtidos sugerem a continuidade das análises das propriedades psicométricas do NEI VFQ-25 na população idosa com baixa visão, bem como em outras populações.

ROSSI et al. (2003) e FRANKE et al. (2002) relatam a existência de vários estudos que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com catarata, porém entendem que o único instrumento capaz de avaliar esse constructo em pessoas com diferentes doenças oculares crônicas é o NEI VFQ e a sua versão reduzida NEI VFQ-25.

SUZUKAMO et al. (2005) destacam a importância de instrumentos para avaliar a qualidade de vida relacionada à função visual, pois medidas clínicas convencionais tais como acuidade e campo visual não expressam a influência de uma incapacidade visual no cotidiano de uma pessoa.

Recomenda-se considerar o uso de um instrumento genérico para o processo de validação do NEI VFQ-25, tendo em vista a falta até o presente momento de outro instrumento específico que avalie a função visual. A esse

respeito, TOPRAK et al. (2005) mostram boa correlação entre o NEI VFQ-25 e o *WHOQOL-bref* na validação realizada na Turquia, em pessoas com média de idade equivalente a 60,9. O SF-36 também foi utilizado nos estudos de FRANKE et al. (2002), ROSSI et al. (2003) e SUZUKAMO et al. (2005), revelando boa correlação com o NEI VFQ-25.

Tendo em vista a frequência elevada de “dados perdidos” nos itens que compõem o domínio “Dirigir automóvel”, e considerando que a sua retirada não comprometeu a pontuação do instrumento como um todo, recomenda-se em estudos com a população idosa a avaliação cuidadosa da manutenção ou retirada desse domínio.

Espera-se que esta pesquisa contribua para futuras investigações clínicas com a população idosa com baixa visão, com vistas a elevar a qualidade da assistência e proporcionar incremento na qualidade de vida daqueles que necessitam de cuidadosa atenção para a promoção da sua saúde.

7- CONCLUSÃO

O estudo permite concluir que o processo de adaptação cultural do National Eye Visual Functioning Questionnaire-25 (NEI VFQ-25) foi realizado com sucesso, obedecendo todas as etapas recomendadas internacionalmente: tradução, retrotradução, avaliação por um comitê de especialistas, pré-teste e análise da confiabilidade.

O instrumento foi preservado, mantendo-se todos os domínios e o mesmo sistema de pontuação dos escores, e mostrando-se aplicável à população brasileira pela excelente confiabilidade obtida sem e com o Apêndice Opcional.

A consistência interna do NEI VFQ-25 sem o Apêndice Opcional (25 itens) foi $\alpha = 0,86$, e com o Apêndice opcional (39 itens), $\alpha = 0,91$. O índice de Correlação Intra-classe atingiu o mesmo valor: 0,98, $p < 0.001$ em ambas as formas (sem e com o Apêndice Opcional).

A análise comparativa entre os escores do NEI VFQ-25 com e sem o Apêndice Opcional, revelou uma diferença significativa elevando os seus valores quando o instrumento é aplicado com o Apêndice Opcional.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptação cultural de instrumentos utilizados em saúde ocupacional. **Rev Panam Salud Publica**, 11(2): 109-111, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. **Recommendations for the cross-cultural adaptation for health status measures**. Primeira Revisão. Toronto: Institute for Work & Health, 2002.

BEATON, D.; CLAIRE, B.; GUILLEMIN, F; FERRAZ, M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **SPINE**, 25 (24): 3186-91, 2000.

BOWLING, A. Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: BOWLING, A. **Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995. p.1-19.

BROMAN, A.T.; MUNOZ, B.; WEST, S.K.; RODRIGUEZ, J.; SANCHEZ, R.; SNYDER, R.; KLEIN, R. Psychometric properties of the 25-Item NEI VFQ in a hispanic population: Proyecto VER. **Invest Ophthalmol Vis Sci**, 42: 606-13, 2001.

BUCH, H.; VINDING, T.; COUR, M.; APPLEYARD, M.; JENSEN, G.B.; NIELSEN, N.V. Prevalence and causes of visual impairment and blindness among 9980 Scandinavian Adults. **Ophthalmology**, 111(1): 53-61, 2004.

BULLINGER, M.; ANDERSON, R.; CELLA, D.; AARONSON, N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, 2: 451-59, 1993.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc saúde coletiva**, 5(1): 163-77, 2000.

CARVALHO, K.M.; MONTEIRO, G.B.M.; ISAAC, L.O.S.; AMARAL, M.S.. Causes of low vision and use of optical aids in the elderly. **Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo**, 59(4): 157-60, 2004.

CENTURION, V.; LACAVALA, A.C.; CARRARI, M.J. Restauração da função visual através da facectomia no paciente muito idoso. **Rev Bras Oftal**, 62(12): 883-88, 2003.

CDC. National Center for Health Statistics. Classification of diseases and functioning & disability ICD-9-CM Rich text files:2002. Disponível em: www.cdc.gov/nchs/ic019.htm#RTF. Acesso em 10.out.2005.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”** - São Paulo, 1997. (Tese - Doutorado - Universidade Federal de São Paulo).

CICONELLI, R.M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev Bras Reumat**, 43(2): 9-13, 2003.

CLEMONS, T.E.; CHEW, E.Y.; BRESSLER, S.B.; McBEE, W. National Eye Institute Visual Function Questionnaire in the age-related disease study (AREDS): AREDS Report No.10. **Arch Ophthalmol**, 121(2): 211-7, 2003.

CORN, A.; KOENIG, A.J. **Foundations of low vision**. New York: AFB, 1996. 474p.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, 16: 297-334, 1951.

DUARTE, S.P.; MIYAZAKI, M.C.O.S.; CICONELLI, R.M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL - SF). **Rev Assoc Med Bras**, 49(4): 375-81, 2003.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health related quality of life measurement. **Soc Sci Med**, 41(10): 1383-94, 1995.

EVANS, J. R.; FLETCHER, A.E.; WORNALD, R.P.L. Age-related macular degeneration causing visual impairment in people 75 years or older in Britain: an add-on study to the medical research council trial of assessment and management of older people in the community. **Ophthalmology**, 111(3): 513-517, 2004.

FALCÃO, D.M.; CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B. Translation and cultural adaptation of quality of Life questionnaires: an evaluation of methodology. **J Rheumatol**, 30(2): 379-85, 2003.

FARQUHAR, M. Elderly People's definitions of quality of life. **Soc Sci Med**, 41(10): 1439-46, 1995.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analyses and interpretation**. Chichester: Ed. John Wiley & Sons, 1998, 404p.

FERRAZ, E.V.A.P.; LIMA, C.A.; CELLA, W.; ARIETA, C.A.L. Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. **Arq Bras Oftalmol**, 65(3): 293-98, 2002.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, 21(1): 19-28, 1999.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVIC, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública**, 34(2): 178-83, 2000.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 37 (6): 793-9, 2003.

FONSECA, P.P. **Um questionário para avaliação do impacto de doenças crônicas: tradução validada e estudo de confiabilidade do IEQ (Illness Effects Questionnaire)**. São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal de São Paulo).

FRANKE, G.H.; ESSER, J.; REIMER, J.; MAEHNER, N. Vision-targeted quality of life under different degrees of visual impairment. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 4(1): 39-49, 2002.

GAÍVA, M.A. Qualidade de vida e saúde. **R Enferm**, 6(2): 377-382, 1998.

GLOBE, D.; VARMA, R.; AZEN, S.P.; PAZ, S.; YU, E.; PRESTON-MARTIN, S. et al. Psychometric performance of the NEI VFQ-25 in visually normal latinos: The Los Angeles latino eye study. **Invest Ophthalmol Vis Sci**, 44: 1470-78, 2003.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, 46(12): 1417-32, 1993.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**, 24 (2): 61-3, 1995.

GUIYATT, G.H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med**, 118(8): 622-629, 1993.

HORNQUIST, J.O. Quality of life: concept and assessment. **Scand J Soc Med**, 18: 69-79, 1990.

HUANG, C.; WU, A. W.; FRANGAKIS, C. Do the SF-36 and WHOQOL-bref measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. **Qual Life Res**, 15: 15-24, 2006.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. **Designing clinical research**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988. p.219.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr73/en>. Acesso em: 20.abr.2004

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.Br/home/presidência/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em 06.nov.2005.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers** - São Paulo, 1999. (Tese - Livre Docência - Universidade de São Paulo).

LAWTON, M.P. Environment ad other determinants of well-being in older people. **Gerontologist**, 23(4): 349-57, 1983.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.186-99.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. T. The theoretical and technical foundations of health measurement. In: MCDOWELL, I.; NEWELL, C., ed. **Measuring health. A guide to rate scales and questionnaires**. 2.ed. New York: Oxford University Press, 1996. p. 10-46.

MCSWEENEY, A.J.; CREER, T.L. Health-related quality of life assessment in medical care. **Dis Mon**, 41(1): 5-71, 1995.

MANGIONE, C.M.; LEE P.P.; GUTIERREZ, P.R.; SPRITZER, K.; BERRY, S.; HAYS, R.D. for the NEI-VFQ field test investigators. Psychometric properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ). **Arch Ophthalmol**, 116: 1496-1504, 1998.

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 Function Questionnaire. **Arch Ophthalmol**, 119: 1050-8, 2001.

MENEZES, R.P.; NASCIMENTO, A. F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo, Lemos Editorial, 1999, p.23-28.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciênc saúde coletiva**, 5(1): 7-18, 2000.

MOREIRA, W.W. Qualidade de vida: como enfrentar este desafio? In: MOREIRA,W.W.(Org) **Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001. p. 7-25.

MULDOON, M.F. What are quality of life measurements measuring? **BMG**, 316: 542-5, 1998.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. São Paulo, Papyrus, 1993. p.9 - 56.

NERI, A.L. **Palavras chaves em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001a,136p.

NERI, A.L. O Fruto dá sementes: processo de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A.L. **Maturidade e Velhice: Trajetórias individuais e socioculturais**. São Paulo, Papyrus, 2001b, p. 11-52.

NORDMANN, J.P.; VIALA, M.; SULLIVAN, K.; ARNOUD, B.; BERDEAUX, G. Psychometric validation of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire – 25 (NEI FQ-25) French version: in a population of patients treated for ocular hypertension and Glaucoma. **Pharmacoeconomics**, 22 (3): 197-206, 2004.

NUNNALLY, J.C **Psychometric Theory**. New York: McGraw-Hill, 1994. p.190-255.

PAPALEO, M.N.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: **Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. p.313-23.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALEO, M.N. **Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. p.313-23.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião** - São Paulo, 2000. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).

PATRICIO, Z.M. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas. In: PATRÍCIO, Z.M.; CASAGRANDE,J.L.; ARAUJO,M.F. (org). **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas**. Florianópolis: Ed.autor, 1999. p.19-87.

PATRICK, D.L.; DEYO, R.A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Med Care**, 27(3): 5217-32, 1989.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S; WHOQOL-Old Group. Development of the WHOQOL-Old module. **Qual Life Res**, 14: 2197-2214, 2005.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.A.; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, 37(1): 40-8, 2003.

ROSSI, G.C.M.; GIOVANNI, M.; TINELLI, C. The Italian of the 25-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire: translation, validity, and reliability. **J Glaucoma**, 12 (3): 213-20, 2003.

STREINER, D.L., NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2nd. ed. Oxford University Press, New York, 1998.

SUZUKAMO, Y.; OSHIKA, T.; YUZAWA, M.; TOKUDA, Y.; TOMIDOKORO, A.; OKI, K.; MANGIONE, C.M.; GREEN, J.; FUKUHARA, S. Psychometric properties of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ-25), Japanese version. **Health Qual Life Outcomes**, 3: 65, 2005.

TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSE, N. A perda da visão - estratégias de prevenção. **Arq Bras Oftalmol**, 67(4): 597-601, 2004.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, 41(10): 1403-9, 1995.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, 46 (12): 1569-85, 1998.

TOPRAK, A.B.; ESER, E.; GULER, C.; BASER, F.E.; MAYALI, H. Cross-validation of the Turkish Version of the 25-Item National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI VFQ 25). **Ophthalmic Epidemiology**, 12 (4): 259-69, 2005.

VEITZMAN, S. **Visão Subnormal**. São Paulo : Cultura Médica, 2000. 192p.

WALTZ. C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing research**. 2nd. ed., Davis, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Management of low vision of childhood. proceedings of WHO/PBL Consultation Bangkok; July, 1992. Geneva: **WHO**, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Magnitude and causes of visual impairment. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>. Acesso em 02.dez.2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing and life course. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en/>. Acesso em 02.dez.2005.

9- ANEXOS



ANEXO 1

PB/IA

National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire - 25 (VFQ-25)

version 2000

(INTERVIEWER ADMINISTERED FORMAT)

January 2000

RAND hereby grants permission to use the "National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire 25 (VFQ-25) July 1996, in accordance with the following conditions which shall be assumed by all to have been agreed to as a consequence of accepting and using this document:

1. Changes to the NEI VFQ-25 - July 1996 may be made without the written permission of RAND. However, all such changes shall be clearly identified as having been made by the recipient.
2. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for the accuracy of any translations of the NEI VFQ-25 Test Version - July 1996 into another language and for any errors, omissions, misinterpretations, or consequences thereof.
3. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for any consequences resulting from the use of the NEI VFQ-25.
4. The user of the NEI VFQ-25 - July 1996 will provide a credit line when printing and distributing this document or in publications of results or analyses based on this instrument acknowledging that it was developed at RAND under the sponsorship of the National Eye Institute.
5. No further written permission is needed for use of this NEI VFQ-25 - July 1996.

7/29/96

© RAND 1996

Instructions:

I'm going to read you some statements about problems which involve your vision or feelings that you have about your vision condition. After each question I will read you a list of possible answers. Please choose the response that best describes your situation.

Please answer all the questions as if you were wearing your glasses or contact lenses (if any).

Please take as much time as you need to answer each question. All your answers are confidential. In order for this survey to improve our knowledge about vision problems and how they affect your quality of life, your answers must be as accurate as possible. Remember, if you wear glasses or contact lenses for a particular activity, please answer all of the following questions as though you were wearing them.

Visual Functioning Questionnaire - 25

PART 1 - GENERAL HEALTH AND VISION

1. **In general**, would you say your overall **health** is*:

(Circle One)

READ CATEGORIES:	Excellent	1
	Very Good	2
	Good	3
	Fair	4
	Poor.....	5

2. At the present time, would you say your eyesight using both eyes (with glasses or contact lenses, if you wear them) is **excellent**, **good**, **fair**, **poor**, or **very poor** or are you **completely blind**?

(Circle One)

READ CATEGORIES:	Excellent	1
	Good	2
	Fair	3
	Poor.....	4
	Very Poor.....	5
	Completely Blind.....	6

* Skip Question 1 when the VFQ-25 is administered at the same time as the SF-36 or RAND 36-Item Health Survey 1.0

3. How much of the time do you worry about your eyesight?

(Circle One)

- READ CATEGORIES:
- None of the time 1
 - A little of the time 2
 - Some of the time 3
 - Most of the time 4
 - All of the time? 5

4. How much pain or discomfort have you had in and around your eyes (for example, burning, itching, or aching)? Would you say it is:

(Circle One)

- READ CATEGORIES:
- None..... 1
 - Mild..... 2
 - Moderate..... 3
 - Severe, or 4
 - Very severe?..... 5

PART 2 - DIFFICULTY WITH ACTIVITIES

The next questions are about how much difficulty, if any, you have doing certain activities wearing your glasses or contact lenses if you use them for that activity.

5. How much difficulty do you have reading ordinary print in newspapers? Would you say you have:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

6. How much difficulty do you have doing work or hobbies that require you to see well up close, such as cooking, sewing, fixing things around the house, or using hand tools? Would you say:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

7. Because of your eyesight, how much difficulty do you have finding something on a crowded shelf?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

8. How much difficulty do you have reading street signs or the names of stores?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

9. Because of your eyesight, how much difficulty do you have going down steps, stairs, or curbs in dim light or at night?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

10. Because of your eyesight, how much difficulty do you have noticing objects off to the side while you are walking along?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

11. Because of your eyesight, how much difficulty do you have seeing how people react to things you say?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

12. Because of your eyesight, how much difficulty do you have picking out and matching your own clothes?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

13. Because of your eyesight, how much difficulty do you have visiting with people in their homes, at parties, or in restaurants ?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

14. Because of your eyesight, how much difficulty do you have going out to see movies, plays, or sports events?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

15. Now, I'd like to ask about driving a car. Are you currently driving, at least once in a while?

(Circle One)

Yes..... 1 Skip To Q 15c

No 2

15a. IF NO, ASK: Have you never driven a car or have you given up driving?

(Circle One)

Never drove..... 1 Skip To Part 3, Q 17

Gave up..... 2

15b. IF GAVE UP DRIVING: Was that mainly because of your eyesight, mainly for some other reason, or because of both your eyesight and other reasons?

(Circle One)

Mainly eyesight..... 1 Skip To Part 3, Q 17

Mainly other reasons..... 2 Skip To Part 3, Q 17

Both eyesight and other reasons 3 Skip To Part 3, Q 17

15c. IF CURRENTLY DRIVING: How much difficulty do you have driving during the daytime in familiar places? Would you say you have:

(Circle One)

No difficulty at all 1

A little difficulty..... 2

Moderate difficulty..... 3

Extreme difficulty 4

16. How much difficulty do you have driving at night? Would you say you have: (READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Have you stopped doing this because of your eyesight..... 5
- Have you stopped doing this for other reasons or are you not interested in doing this..... 6

16a. How much difficulty do you have driving in difficult conditions, such as in bad weather, during rush hour, on the freeway, or in city traffic? Would you say you have: (READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Have you stopped doing this because of your eyesight..... 5
- Have you stopped doing this for other reasons or are you not interested in doing this..... 6

PART 3: RESPONSES TO VISION PROBLEMS

The next questions are about how things you do may be affected by your vision. For each one, I'd like you to tell me if this is true for you all, most, some, a little, or none of the time.

(Circle One On Each Line)

READ CATEGORIES:	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
17. <u>Do you accomplish less than you would like because of your vision?</u>	1	2	3	4	5
18. <u>Are you limited in how long you can work or do other activities because of your vision?.....</u>	1	2	3	4	5
19. <u>How much does pain or discomfort in or around your eyes, for example, burning, itching, or aching, keep you from doing what you'd like to be doing? Would you say:</u>	1	2	3	4	5

For each of the following statements, please tell me if it is definitely true, mostly true, mostly false, or definitely false for you or you are not sure.

(Circle One On Each Line)

	Definitely True	Mostly True	Not Sure	Mostly False	Definitely False
20. I stay home most of the time because of my eyesight.	1	2	3	4	5
21. I feel <u>frustrated</u> a lot of the time because of my eyesight.	1	2	3	4	5
22. I have <u>much less control</u> over what I do, because of my eyesight.	1	2	3	4	5
23. Because of my eyesight, I have to <u>rely too much on what other people tell me...</u>	1	2	3	4	5
24. I <u>need a lot of help</u> from others because of my eyesight.	1	2	3	4	5
25. I worry about <u>doing things that will embarrass myself or others</u> , because of my eyesight.	1	2	3	4	5

That's the end of the interview. Thank you very much for your time and your help.

Appendix of Optional Additional Questions

SUBSCALE: GENERAL HEALTH

A1. How would you rate your overall health, on a scale where zero is as bad as death and 10 is best possible health?

(Circle One)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Worst										Best

SUBSCALE: GENERAL VISION

A2. How would you rate your eyesight now (with glasses or contact lens on, if you wear them), on a scale of from 0 to 10, where zero means the worst possible eyesight, as bad or worse than being blind, and 10 means the best possible eyesight?

(Circle One)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Worst										Best

SUBSCALE: NEAR VISION

A3. Wearing glasses, how much difficulty do you have reading the small print in a telephone book, on a medicine bottle, or on legal forms? Would you say:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

A4. Because of your eyesight, how much difficulty do you have figuring out whether bills you receive are accurate?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

A5. Because of your eyesight, how much difficulty do you have doing things like shaving, styling your hair, or putting on makeup?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

SUBSCALE: DISTANCE VISION

A6. Because of your eyesight, how much difficulty do you have recognizing people you know from across a room?

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty..... 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

A7. Because of your eyesight, how much difficulty do you have taking part in active sports or other outdoor activities that you enjoy (like golf, bowling, jogging, or walking)?
 (READ CATEGORIES AS NEEDED)

- (Circle One)*
- No difficulty at all 1
 - A little difficulty..... 2
 - Moderate difficulty..... 3
 - Extreme difficulty..... 4
 - Stopped doing this because of your eyesight 5
 - Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

A8. Because of your eyesight, how much difficulty do you have seeing and enjoying programs on TV?
 (READ CATEGORIES AS NEEDED)

- (Circle One)*
- No difficulty at all 1
 - A little difficulty..... 2
 - Moderate difficulty..... 3
 - Extreme difficulty..... 4
 - Stopped doing this because of your eyesight 5
 - Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

SUBSCALE: SOCIAL FUNCTION

A9. Because of your eyesight, how much difficulty do you have entertaining friends and family in your home?
 (READ CATEGORIES AS NEEDED)

- (Circle One)*
- No difficulty at all 1
 - A little difficulty..... 2
 - Moderate difficulty..... 3
 - Extreme difficulty..... 4
 - Stopped doing this because of your eyesight 5
 - Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this..... 6

SUBSCALE: DRIVING

A10. [This items, "driving in difficult conditions", has been included as item 16a as part of the base set of 25 vision-targeted items.]

SUBSCALE: ROLE LIMITATIONS

A11. The next questions are about things you may do because of your vision. For each item, I'd like you to tell me if this is true for you all, most, some, a little, or none of the time.

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Circle One On Each Line)

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. <u>Do you have more help from others because of your vision?.....</u>	1	2	3	4	5
b. <u>Are you limited in the kinds of things you can do because of your vision?.</u>	1	2	3	4	5

SUBSCALES: WELL-BEING/DISTRESS (#A12) and DEPENDENCY (#A13)

The next questions are about how you deal with your vision. For each statement, please tell me if it is **definitely true**, **mostly true**, **mostly false**, or **definitely false** for you or you **don't know**.

(Circle One On Each Line)

	Definitely True	Mostly True	Not Sure	Mostly False	Definitely False
A12. I am often <u>irritable</u> because of my eyesight.....	1	2	3	4	5
A13. I don't go out of my home alone, because of my eyesight.	1	2	3	4	5

ANEXO 2

Parecer dos autores do Instrumento NEI VFQ-25

Isabel Fonseca:

This is to give you formal approval to translate the NEI-VFQ into Portuguese and conduct linguistic validation studies.

Leon Ellwein, Ph.D.
Associate Director, NEI

-----Original Message-----

From: isabel fonseca
To: Ellwein, Leon (NIH/NEI)
Sent: 19/05/2004 19:47
Subject: NEI VFQ-25

Leon B. Ellwein, PhD
Associate Director for Applications of Vision Research
National Eye Institute
Dear Sir,

Thank you so much for your permission to use the NEI VFQ-25 in my study.
I would like asking you a formal answer in my name with your permission to translate the NEI VFQ-25 into Portuguese and conduct linguistic validation studies.

This proceeding is necessary to presentation at a Research Ethics Committee at the University of Campinas.

I am really thank you for your attention.

Sincerely yours
Isabel Cristina Mello Fonseca
Pos Graduate Student
School of Nursing at the University of Campinas
São Paulo, Brazil.

ANEXO 3



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
🌐 www.fcm.unicamp.br/psquisa/etica/index.html
✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 19/10/04.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 485/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO *NATIONAL EYE INSTITUTE - VISUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE* (NEI VFQ-25) PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA COM BAIXA VISÃO”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Isabel Cristina Mello Fonseca

INSTITUIÇÃO: Pró-Visão Sociedade Campineira de Atendimento ao Deficiente Visual

APRESENTAÇÃO AO CEP: 22/09/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 19/10/05

II - OBJETIVOS

Adaptar para a cultura brasileira o instrumento de avaliação de qualidade de vida do idoso com baixa visão do National Eye Institute, Norte americano.

III - SUMÁRIO

Trata-se de estudo transversal de aplicação visando validação de questionário traduzido e adaptado ao meio cultural brasileiro em população idosa, de ambos os sexos e na faixa etária igual ou acima de 60 anos, com baixa visão que frequenta o serviço da Pró-Visão em Campinas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo não propõe nenhum tipo de intervenção diagnóstica ou terapêutica e o projeto contempla cuidados com aspectos éticos envolvidos nesse tipo de estudo, como garantia de anonimato das informações e direito de recusa em participar sem interferência no seguimento na instituição. Termo de Consentimento Livre e esclarecido bem estruturado, com texto claro e objetivo.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de outubro de 2004.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 4

National Eye Institute

Questionário da Função Visual –25

Versão 2000

(Formato de entrevista aplicada)

Janeiro 2000

RAND por meio deste, concede permissão para o uso do “Questionário da Função Visual do National Eye Institute 25 (VFQ-25) Julho de 1996, de acordo com as condições a seguir, as quais deverão ser assumidas por todos enquanto concordantes como consequência da aceitação e uso deste instrumento”.

1. Mudanças no NEI VFQ-25 – Julho de 1996 podem ser feitas sem a permissão de RAND. Porém, todas as alterações devem ser claramente identificadas como tendo sido feitas pelo usuário.
2. O usuário do NEI VFQ-25 - Julho 1996 aceita total responsabilidade, e concorda em manter RAND isento pela exatidão de qualquer tradução do NEI VFQ-25 Versão Teste – Julho 1996 em qualquer língua e por quaisquer erros, omissões, interpretações errôneas ou consequências destes.
3. O usuário do NEI VFQ-25 – Julho 1996 aceita total responsabilidade e concorda em manter RAND isento de qualquer consequência do uso do NEI VFQ-25.
4. O usuário do NEI VFQ-25 – Julho 1996 providenciará uma nota de reconhecimento ao imprimir e distribuir este documento, ou na publicação de resultados ou análises baseadas neste instrumento, reconhecendo que este foi desenvolvido por RAND, sob o patrocínio de National Eye Institute.
5. Nenhuma outra autorização escrita é necessária para o uso deste NEI VFQ-25 – Julho 1996.

INSTRUÇÕES:

Eu vou ler para você algumas questões sobre problemas que envolvem sua visão ou sentimentos que você tem sobre sua condição visual. Após cada pergunta, eu apresentarei uma lista de possíveis respostas. Você deverá escolher a que melhor descreve a sua situação.

Responda a todas as perguntas como se você estivesse usando seus óculos ou lentes de contato (se usar).

Por favor, use o tempo que for necessário para responder a cada pergunta. Todas as suas respostas são confidenciais. Para que este estudo aprimore nosso conhecimento sobre problemas visuais e como eles afetam sua qualidade de vida, suas respostas precisam ser as mais exatas possíveis. Lembre-se, se você usar óculos ou lentes de contato para uma atividade específica, por favor, responda às questões que se seguem, como se você os estivesse usando.

PARTE 1 – SAÚDE GERAL E VISÃO

1- Em geral, como você diria que está sua saúde?¹

Excelente.....	1
Muito boa.....	2
Boa.....	3
Regular.....	4
Ruim.....	5

2- No momento, como você diria que está sua visão (com óculos ou lentes de contato se você os usa)?

Excelente.....	1
Boa.....	2
Regular.....	3
Ruim.....	4
Muito Ruim.....	5
Completamente Cego.....	6

3- Com que frequência você se preocupa com sua visão?

Nunca.....	1
Poucas vezes.....	2
Algumas vezes.....	3
A maior parte do tempo.....	4
O tempo todo.....	5

4- Você tem sentido dor ou desconforto (por exemplo, ardência, coceira), dentro ou ao redor dos seus olhos?

Nenhuma.....	1
Leve.....	2
Moderada.....	3
Severa.....	4
Muito severa.....	5

¹ Pular a Questão 1 quando o VFQ-25 estiver sendo administrado ao mesmo tempo que o SF-36 ou RAND 36-Item Health Survey 1.0

PARTE 2 – DIFICULDADES COM ATIVIDADES

As próximas questões referem-se a quanta dificuldade você tem, se tiver, fazendo certas atividades usando seus óculos ou lentes de contato - se você os usar para essas atividades.

5- Você tem dificuldade para ler jornal, livros ou revistas?

Nenhuma dificuldade.....	1
Pouca dificuldade.....	2
Dificuldade moderada.....	3
Muita dificuldade.....	4
Parou de fazer isso por causa da visão.....	5
Não faz isso por outras razões ou por interesse.....	6

6- Você tem dificuldade em atividades que requeiram que você veja de perto, como, usar ferramentas, costurar, ou realizar outros trabalhos manuais?

Nenhuma dificuldade.....	1
Pouca dificuldade.....	2
Dificuldade moderada.....	3
Muita dificuldade.....	4
Parou de fazer isso por causa da visão.....	5
Não faz isso por outras razões ou por interesse.....	6

7- Por causa de sua visão, você tem dificuldade para achar coisas dentro de um armário cheio?

Nenhuma dificuldade.....	1
Pouca dificuldade.....	2
Dificuldade moderada.....	3
Muita dificuldade.....	4
Parou de fazer isso por causa da visão.....	5
Não faz isso por outras razões ou por interesse.....	6

8- Você tem dificuldade para ler placas de ruas, nomes de lojas, letreiros de ônibus?

Nenhuma dificuldade.....	1
Pouca dificuldade.....	2
Dificuldade moderada.....	3
Muita dificuldade.....	4
Parou de fazer isso por causa da visão.....	5
Não faz isso por outras razões ou por interesse.....	6

9- Por causa da sua visão, você tem dificuldade para descer degraus, escadas, ou sarjetas em locais mau iluminados ou à noite?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

10- Você tem dificuldade, por causa da sua visão, para perceber coisas ou pessoas ao seu redor enquanto você está andando?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

11- Você tem dificuldade, por causa da sua visão, para perceber a reação das pessoas ao que você diz, durante uma conversa?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

12- Por causa da sua visão, você tem dificuldade para escolher e combinar suas próprias roupas?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

13- Você tem dificuldade, por causa da sua visão para reunir-se com as pessoas em suas casas, nas festas, restaurantes ou outros locais?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

14- Você tem dificuldade, por causa da sua visão, para ir ao cinema, teatro ou eventos esportivos?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

15- Agora, gostaria de perguntar sobre dirigir automóvel. Atualmente, você tem dirigido pelo menos de vez em quando?

- Sim..... 1 Passe para a questão 15c
- Não..... 2

15 a. Você nunca dirigiu um carro ou desistiu de dirigir?

- Nunca dirigiu..... 1 Passe para a parte 3, questão 17
- Desistiu..... 2

15 b. Você desistiu de dirigir principalmente por causa da sua visão, principalmente por alguma outra razão, ou pelos dois motivos juntos?

- Principalmente por causa da visão 1 Passe para a parte 3, Questão 17
- Principalmente por outra razão 2 Passe para a parte 3, Questão 17
- Os dois motivos juntos 3 Passe para a parte 3, Questão 17

15c. Você tem dificuldade para dirigir em locais conhecidos durante o dia?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4

16- Você tem dificuldade para dirigir à noite?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

16a. Você tem dificuldade para dirigir em situações difíceis, como mau tempo, horário de muito movimento, ou na estrada?

- Nenhuma dificuldade..... 1
- Pouca dificuldade..... 2
- Dificuldade moderada..... 3
- Muita dificuldade..... 4
- Parou de fazer isso por causa da visão..... 5
- Não faz isso por outras razões ou por interesse..... 6

PARTE 3: RESPOSTAS A PROBLEMAS VISUAIS

As próximas questões referem-se a como as coisas que você faz podem ser afetadas pela sua visão.

17 - Você deixa de fazer coisas que gostaria de fazer, por causa da sua visão?

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

18- Por causa da sua visão, você se sente limitado quanto ao tempo que consegue trabalhar ou realizar outras atividades?

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

19- A dor ou desconforto (por exemplo, ardência, coceira) dentro ou ao redor dos seus olhos, o impede de fazer as coisas que você gostaria de fazer?

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

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

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

21- Você se sente frustrado por causa da sua visão?

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

22- Por causa da sua visão, você se sente inseguro nas coisas que faz?

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

23- Por causa da sua visão, você depende muito de informações das outras pessoas?

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

24- Você precisa da ajuda dos outros por causa da sua visão?

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

25- Por causa da sua visão, você se preocupa em fazer coisas que possam lhe envergonhar ou aos outros? (por exemplo, não responder a um cumprimento, não reconhecer um amigo)

- O tempo todo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Algumas vezes..... 3
- Poucas vezes..... 4
- Nunca..... 5

Chegamos ao final da entrevista. Muito obrigado por seu tempo e sua colaboração.

A5- Você tem dificuldade, por causa da sua visão, para fazer coisas como se barbear, pentear os cabelos, ou maquiar-se?

- | | |
|--|---|
| Nenhuma dificuldade..... | 1 |
| Pouca dificuldade..... | 2 |
| Dificuldade moderada..... | 3 |
| Muita dificuldade..... | 4 |
| Parou de fazer isso por causa da visão..... | 5 |
| Não faz isso por outras razões ou por interesse..... | 6 |

SUB ESCALA: VISÃO PARA LONGE

A6- Por causa da sua visão, você tem dificuldade para reconhecer pessoas conhecidas do outro lado de uma sala?

- | | |
|--|---|
| Nenhuma dificuldade..... | 1 |
| Pouca dificuldade..... | 2 |
| Dificuldade moderada..... | 3 |
| Muita dificuldade..... | 4 |
| Parou de fazer isso por causa da visão..... | 5 |
| Não faz isso por outras razões ou por interesse..... | 6 |

A7- Por causa da sua visão, você tem dificuldade para participar de atividades esportivas (como futebol, boliche, corrida, caminhada) ou outras atividades ao ar livre que você goste?

- | | |
|--|---|
| Nenhuma dificuldade..... | 1 |
| Pouca dificuldade..... | 2 |
| Dificuldade moderada..... | 3 |
| Muita dificuldade..... | 4 |
| Parou de fazer isso por causa da visão..... | 5 |
| Não faz isso por outras razões ou por interesse..... | 6 |

A8- Você tem dificuldade, por causa da sua visão, para assistir e se divertir com programas de televisão?

- | | |
|--|---|
| Nenhuma dificuldade..... | 1 |
| Pouca dificuldade..... | 2 |
| Dificuldade moderada..... | 3 |
| Muita dificuldade..... | 4 |
| Parou de fazer isso por causa da visão..... | 5 |
| Não faz isso por outras razões ou por interesse..... | 6 |

SUB ESCALA: FUNÇÃO SOCIAL

A9- Por causa da sua visão, você tem dificuldade para receber amigos e familiares em sua casa?

- | | |
|--|---|
| Nenhuma dificuldade..... | 1 |
| Pouca dificuldade..... | 2 |
| Dificuldade moderada..... | 3 |
| Muita dificuldade..... | 4 |
| Parou de fazer isso por causa da visão..... | 5 |
| Não faz isso por outras razões ou por interesse..... | 6 |

SUB ESCALA: LIMITAÇÕES NO DESEMPENHO

A11.a - Você tem ajuda dos outros por causa da sua visão?

- | | |
|-----------------------------|---|
| O tempo todo..... | 1 |
| A maior parte do tempo..... | 2 |
| Algumas vezes..... | 3 |
| Poucas vezes..... | 4 |
| Nunca..... | 5 |

A11.b- Você se sente limitado na maneira de fazer as coisas , por causa da sua visão?

- | | |
|-----------------------------|---|
| O tempo todo..... | 1 |
| A maior parte do tempo..... | 2 |
| Algumas vezes..... | 3 |
| Poucas vezes..... | 4 |
| Nunca..... | 5 |

A12- Você fica irritado por causa da sua visão?

- | | |
|-----------------------------|---|
| O tempo todo..... | 1 |
| A maior parte do tempo..... | 2 |
| Algumas vezes..... | 3 |
| Poucas vezes..... | 4 |
| Nunca..... | 5 |

A13- Por causa da sua visão, você não sai de casa sozinho(a)?

- | | |
|-----------------------------|---|
| O tempo todo..... | 1 |
| A maior parte do tempo..... | 2 |
| Algumas vezes..... | 3 |
| Poucas vezes..... | 4 |
| Nunca..... | 5 |

10- APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Prezado (a). Sr (a). _____

Estamos desenvolvendo um estudo que consiste na adaptação cultural e validação do “*National Eye Institute - Visual Functioning Questionnaire*”(VFQ 25). Trata-se de um instrumento específico de medida das funções visuais, desenvolvido nos Estados Unidos.

Considerando a proposta de utilizarmos o instrumento na população brasileira idosa com baixa visão, faz-se necessário a adaptação cultural face às diferenças culturais entre o país de origem e o da população alvo. Para isso, estaremos seguindo metodologia apropriada para estudos dessa natureza.

Esse estudo constitui-se em um projeto de dissertação de Mestrado, que está sendo conduzido junto ao Programa de pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem FCM – UNICAMP.

Solicitamos assim, a valiosa colaboração de V.Sa. no sentido de avaliar as equivalências semântica e idiomática, ou seja, a correspondência quanto ao significado das palavras e o uso de expressões equivalentes em ambos os idiomas, considerando as seguintes orientações:

- 1- a letra A equivale ao item original; e a letra B, à forma traduzida para o português;
- 2- a escala de equivalência a ser utilizada será composta de: -1 = não equivalente; 0 = indeciso; + 1 = equivalente.
- 3- se a resposta assinalada for -1 ou 0, faça sugestões quanto a(s) alteração(ões) que julgar pertinentes.

Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários e, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Isabel Cristina Mello Fonseca

APÊNDICE 2

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Prezado (a). Sr (a). _____

Estamos desenvolvendo um estudo que consiste na adaptação cultural e validação do “*National Eye Institute - Visual Functioning Questionnaire*”(VFQ 25). Trata-se de um instrumento específico de medida das funções visuais, desenvolvido nos Estados Unidos.

Considerando a proposta de utilizarmos o instrumento na população brasileira idosa com baixa visão, faz-se necessário a adaptação cultural face às diferenças culturais entre o país de origem e o da população alvo. Para isso, estaremos seguindo metodologia apropriada para estudos dessa natureza.

Esse estudo constitui-se em um projeto de dissertação de Mestrado, que está sendo conduzido junto ao Programa de pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem FCM – UNICAMP.

Solicitamos assim, a valiosa colaboração de V.Sa. no sentido de avaliar as equivalências conceitual e cultural, ou seja, verificar a coerência dos itens com relação ao domínio que pretendem medir, bem como, se as situações retratadas na versão original condizem com o contexto cultural para o qual o instrumento está sendo traduzido.

Considerar as seguintes orientações:

- 1- a letra A equivale ao item original; e a letra B, à forma traduzida para o português;
- 2- a escala de equivalência a ser utilizada será composta de: -1 = não equivalente; 0 = indeciso; + 1 = equivalente.
- 3- se a resposta assinalada for -1 ou 0, faça sugestões quanto a(s) alteração(ões) que julgar pertinente.

Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários e, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Isabel Cristina Mello Fonseca

APÊNDICE 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO “NATIONAL EYE INSTITUTE VISUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (NEI VFQ-25)” PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA IDOSA COM BAIXA VISÃO

PESQUISADORAS: ISABEL CRISTINA MELLO FONSECA e FERNANDA APARECIDA CINTRA

Eu, _____, _____
Nome Idade
_____, residente à _____
RG Endereço
_____, _____, _____
Complemento (endereço) Cidade Estado

Concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por objetivo adaptar um questionário para cultura brasileira a fim de avaliar a qualidade de vida do idoso com baixa visão. O estudo permitirá aos profissionais das áreas de saúde e reabilitação visual identificar as características dessa população, contribuindo com o serviço prestado.

Estou ciente que:

1. serei submetido a uma entrevista oral, realizada e registrada (anotada) pela pesquisadora, com duração de aproximadamente 20 minutos;
2. receberei resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
3. caso não concorde em participar da pesquisa ou decida retirar meu consentimento em qualquer fase da mesma, não terei prejuízo do atendimento recebido no Serviço de Visão Subnormal;
4. tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei à pesquisadora;
5. este estudo não apresenta riscos, e dentre os benefícios que serão obtidos destaca-se a disponibilização de um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de idosos com baixa visão; e,
6. estou ciente do número do telefone da Secretaria de Comitê de Ética em Pesquisa da FCM – UNICAMP e das pesquisadoras, acadêmica Isabel Cristina Mello Fonseca e Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra, para proceder eventuais queixas, se necessário.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente

Nome, RG e assinatura da testemunha

Eu, _____ RG no. _____, declaro que informei ao sr.(a) _____ e a testemunha _____ sobre o propósito e as implicações desta pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Telefones: Comitê de Ética em Pesquisa: 3788.8936

. Pesquisadoras: 3235.3673; 3788.8820

APÊNDICE 4

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

No. da entrevista: _____

Data: _____

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

II – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

Raça: (1) Branca (2) Negra
(3) Amarela (4) Indígena

Escolaridade: _____ (anos)

Estado civil: (1) solteiro (2) casado
(3) viúvo (4) desquitado/ divorciado
(5) separado (6) união consensual
(7) não responde

Com que mora: (1) sozinho (2) com cônjuge
(3) com filhos (4) com cônjuge e filhos
(5) outros

Residência: (1) Campinas (2) Região Metropolitana de Campinas
(3) outra cidade do Estado de SP (4) cidade de outro Estado brasileiro

Profissão: _____

Ocupação: _____

Situação de Trabalho: (1) ativo (2) aposentado compulsoriamente
(3) aposentado por invalidez (4) aposentado + trabalho
(5) recebendo auxílio-doença (6) desempregado
(7) do lar (8) pensionista

Renda mensal familiar: R\$ _____

Conversão em salários mínimos: R\$ _____

Conversão em dólar: US\$ _____

III - HISTÓRIA DA DOENÇA OCULAR

Baixa visão: (1) Moderada (2) Severa (3) Profunda

Uso de recursos para magnificação da imagem:

(1) Auxílio óptico especial (2) auxílio não óptico (3) ampliação eletrônica

Diagnóstico:

(1) degeneração macular relacionada à idade (2) glaucoma
(3) retinopatia diabética (4) atrofia do nervo óptico

Terapêutica(s) realizada(s): (1) clínico (2) cirúrgico
(3) 1+2 (4) nenhum

APÊNDICE 5



Campinas, 10 de setembro de 2004.

À
Isabel Cristina Mello Fonseca
Mestranda em Enfermagem
Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp

Em resposta à solicitação feita para desenvolver seu Projeto de
Dissertação de Mestrado na Pró-Visão, vimos por meio desta proferir nossa
permissão.

Atenciosamente,


Martinho José Veiga de Luna Alencar
Presidente

Avenida Antonio Carlos Salles Junior, 580 - CEP 13.096-010 - CAMPINAS (SP) - Fone: (19) 3254-4648
Registro de Pessoa Jurídica nº 58691 - CGC nº 51.917.995/0001-90
Utilidade Pública Municipal Lei nº 5377
Reg. Sec. Promoção Social da Prefeitura nº 150
Cons. Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - 0054/94
Sec. da Criança, Família e Bem Estar Social de Estado de São Paulo - 4752