

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

ALISSA IZETTI DE MENDONÇA

AVALIAÇÃO DA
FUNCIONALIDADE VISUAL DE IDOSOS COM
CATARATA
NA PERSPECTIVA DA CIF

BRASÍLIA
2016

ALISSA IZETTI DE MENDONÇA

AVALIAÇÃO DA
FUNCIONALIDADE VISUAL DE IDOSOS COM
CATARATA
NA PERSPECTIVA DA CIF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Profa. Dra. Ruth Losada de Menezes

Coorientador (a): Prof. Dr. Leonardo Petrus da Silva *Paz*

BRASÍLIA
2016

ALISSA IZETTI DE MENDONÇA

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE VISUAL
DE IDOSOS COM CATARATA
NA PERSPECTIVA DA CIF

Brasília, 23/11/2016

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Leonardo Petrus da Silva *Paz*
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Coorientador

Isabela Oliveira Azevedo Trindade
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel
Ministério da Saúde

AGRADECIMENTOS

À meus pais, Ângela e Sávio, por terem me concedido a vida e pelo infinito amor de tantos séculos .

Às minhas amadas irmãs e companheiras, Thayssa, Geisa, Clarissa e Ana Luisa, pela força e inspiração que me conduziram aos caminhos certos.

Às minhas pequenas e adoradas sobrinhas Manuela e Melissa, que coloreem meus dias com toda graça e leveza.

À minhas amigas companheiras da trajetória profissional que só trouxeram alegria e confiança em mim mesma durante a graduação.

À minha maravilhosa tia e amiga Jurilza pela coragem e luz que motiva e clareia minha vida.

À minha professora orientadora Ruth Losada, ao professor Leonardo Petrus e professora Juliana Fracon pelas orientações valiosas, pelo apoio, paciência e competência.

Aos queridos pacientes do período de estágio obrigatório por acreditarem no meu potencial com tanto carinho e doçura. Gratidão pelos aprendizados desse processo.

Agradeço, também, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro durante a Iniciação Científica.

RESUMO

Mendonça AI, Paz LPDS, Menezes RLD. Avaliação da funcionalidade visual de idosos com catarata na perspectiva da CIF. [monografia (Graduação)]. Brasília: Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília; 2016.

Objetivo: Estabelecer uma relação entre o instrumento VFQ-25 e a CIF, além de avaliar a qualidade de vida e funcionalidade de idosos com catarata na perspectiva da CIF. **Métodos:** Na primeira etapa do trabalho foi realizada pesquisa de análise documental baseada no mapeamento cruzado pelo *programa Excel*, entre a CIF, em sua integralidade, e os contextos relacionados à funcionalidade e incapacidade expressos nas seções do instrumento VFQ-25. Na segunda etapa foi realizado estudo descritivo e transversal, com 81 idosos, apresentando 60 anos ou mais, de ambos os sexos e com diagnóstico de catarata bilateral, residentes no Distrito Federal. A partir dos questionários VFQ-25 respondidos pelos idosos, foram quantificados no *Programa Excel* os valores de *respostas desfavoráveis* dos idosos em cada questão e gerados os respectivos percentuais para essas, a fim de identificar as condições desfavoráveis de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos na perspectiva CIF, por meio dos códigos gerados inicialmente no mapeamento cruzado. **Conclusão:** É possível concluir que o instrumento VFQ-25 possui relação e aplicabilidade abrangente da CIF, podendo ainda ser utilizado nessa perspectiva pelos profissionais de saúde na prática clínica para avaliação funcional dos indivíduos com catarata em uma abordagem holística e integrada. Nesse sentido, ele fornece subsídios para adequações das intervenções transdisciplinares em saúde, de políticas de saúde e inclusão social para essas pessoas, por meio da identificação clara dos principais problemas enfrentados por elas. Esse estudo ainda colabora para a elaboração de ferramentas e de métodos de avaliação na perspectiva da CIF.

Descritores: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Envelhecimento; Catarata; Transtornos da visão; Participação social

ABSTRACT

Mendonça AI, Peace LPDS, Menezes RLD. Evaluation of the visual functionality of elderly patients with cataract from the perspective of ICF. [Monograph (Graduation)]. Brasília: Graduation in Physiotherapy, Faculty of Ceilândia, University of Brasília; 2016.

Objective: To establish a correlation between the VFQ-25 instrument and the ICF, and to evaluate the quality of life and functionality of elderly patients with cataract from the ICF perspective. **Methods:** In the first stage of work, it was conducted a document analysis based on the Excel cross-mapping program, between the ICF in its entirety and the contexts related to functionality and disability expressed in the sections of the VFQ-25 instrument. In the second stage, a descriptive and cross-sectional study was conducted, with 81 elderly individuals, 60 years of age or older, of both sexes and diagnosed with bilateral cataract, living in the Federal District. From the VFQ-25 questionnaires answered by the elderly, the values of unfavorable responses given in each question were quantified in the Excel Program and the respective percentages were generated for each, in order to identify the unfavorable conditions of functionality and quality of life of the elderly in the ICF perspective, through the codes initially generated in the cross-mapping. **Conclusion:** It is possible to conclude that the VFQ-25 instrument has a relation and comprehensive applicability of the ICF, and can be used, in this perspective, by health professionals in the clinical practice for the functional evaluation of individuals with cataract in a holistic and integrated approach. In this sense, it provides subsidies for adaptations of transdisciplinary interventions in health, health policies and social inclusion for these people, by clearly identifying their main problems. This study also contributes to tools development and methods evaluation in an ICF perspective.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health; Aging; Cataract ;Vision Disorders; Social Participation.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	10
2- MÉTODOS	12
Relação entre o VFQ-25 e a CIF	12
Relação entre a amostra e a CIF	13
Instrumentos de avaliação	14
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde ...	14
Vision Function Questionnaire (VFQ-25).....	15
3- RESULTADOS.....	17
Análise documental: relação entre o VFQ-25 e a CIF	17
Distribuição dos códigos identificados no VFQ-25 por componentes da CIF.....	17
Relação entre a amostra e a CIF	19
Caracterização da amostra investigada	19
Avaliação das condições desfavoráveis de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos na perspectiva CIF	20
4- DISCUSSÃO	25
5- CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO 1: VISUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE - VFQ – 25. (FERRAZ, 2005)	35
ANEXO 2: TERMO DE ANEXO 2- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	40
ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41
ANEXO 4- FICHA DE REGISTRO DE DADOS	43
ANEXO 5 FATORES CONTEXTUAIS: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	44
ANEXO 6 FATORES CONTEXTUAIS: SAÚDE GERAL	47
ANEXO 7 - Orientações para publicação na Revista Brasileira de Oftalmologia	49

LISTA DE ABREVIATURAS Fonte Arial ou Times New Roman, 12, espaço duplo.

ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCNT	Doenças crônico degenerativas não transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
VAQ	Vision Activities Questionnaire
VFQ-25	Vision Function Questionnaire

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Normas propostas por Cieza <i>et al.</i> ⁽¹⁹⁾	13
Quadro 2	Distribuições de respostas favoráveis e desfavoráveis do VFQ-25	16
Gráfico 1.	Distribuição dos códigos identificados no VFQ-25 por componentes da CIF	17
Quadro 3	Distribuição dos códigos da CIF mais frequentes no VFQ-25 referentes à análise documental	18
Tabela 1	Características sociodemográficas da amostra estudada (n=81)	19
Tabela 2	Características clínicas relacionadas à visão dos idosos com catarata (n=81)	20
Tabela 3	Condições desfavoráveis de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos comunitários do Distrito Federal investigados na perspectiva CIF, expressas nos respectivos códigos (n=81/100%)	21

1 INTRODUÇÃO

No Brasil atualmente, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2014, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais representa o percentual próximo a 13,7% do total da população, sendo estimada para 2060 a representação de 33,7%, segundo a Projeção da População por Sexo e Idade realizada pelo IBGE ⁽¹⁾, o que projeta o atual perfil epidemiológico focalizado nas doenças crônicas e um cenário social com necessidades de assistência especializada de saúde para a população idosa ⁽²⁾.

Dentre as doenças crônico degenerativas não transmissíveis (DCNT), a catarata senil destaca-se pela alta prevalência. No Brasil é de 17,6% antes dos 65 anos, 47,1% no grupo entre 65-74 anos e 73,3% nos indivíduos acima de 75 anos ⁽³⁾, sendo a principal causa de cegueira no país ⁽⁴⁾.

A deficiência do sistema visual pode ocorrer de forma cumulativa e progressiva por meio de danos metabólicos e ambientais, caracterizando estreita relação entre a visão e a senescência ⁽⁵⁾. A visão participa da propriocepção por meio das vias magnocelular e parietal posterior do cérebro, transmitindo informações sobre o movimento e relações espaciais, essenciais para o controle postural ⁽⁶⁾.

A doença gera a alteração do controle postural pela diminuição da percepção visual, visio-espacial e da sensibilidade ao contraste, levando ao isolamento social, menor desempenho em atividades básicas de vida diária (ABVD) e as instrumentais de vida diária (AIVD) pela limitação funcional que, associado a fatores predisponentes externos, favorecem as quedas ^(7,8), principal causa de mortalidade por causas externas em idosos ⁽⁹⁾.

A limitação visual em idosos é um importante fator associado à dificuldade de realização das atividades cotidianas, incluindo a restrição da participação em encontros sociais e isolamento social, o que impacta diretamente na qualidade de vida desses indivíduos e relaciona a presença de problemas oftalmológicos em idosos às altas taxas de depressão ⁽¹⁰⁾. Considera-se ainda que a tendência ao sedentarismo gera perda de força muscular, mobilidade e equilíbrio, interferindo assim de maneira cíclica na execução de ABVD e AIVD ^(11,12).

A investigação do estado funcional do idoso é indispensável, uma vez que a incapacidade funcional pode ser o primeiro sinal de alguma doença ou agravo, além de estar associada a desfechos negativos, como perda de independência e/ou autonomia, podendo levar a institucionalização e até a morte, principalmente no grupo de idosos com 80 anos ou mais ^(13,14,15).

Entre os instrumentos para padronizar a linguagem em relação a funcionalidade humana está a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Trata-se de uma ferramenta adequada para identificar as condições da funcionalidade do indivíduo, do ambiente que o envolve e as características pessoais que interferem na qualidade de vida, por meio da mensuração e descrição dos contextos sociais, econômicos, da condição de saúde e até mesmo de aspectos emocionais. Ainda, a ferramenta auxilia na comunicação e troca de informações concisas entre a equipe multiprofissional ⁽¹⁶⁾.

Visto o impacto da catarata na qualidade de vida e funcionalidade de idosos para realização de atividades diárias, foi desenvolvido, a partir do “Vision Activities Questionnaire”(VAQ), o instrumento de avaliação “Vision Function Questionnaire”(VFQ-25), que avalia tanto qualidade de vida quanto função visual ⁽¹⁷⁾.

Como sugere o estudo de Pessôa ⁽¹⁸⁾ sobre o perfil de funcionalidade de idosos em lista de espera para cirurgia de catarata, conhecer a capacidade funcional dos idosos e os fatores de risco associados é fundamental para manter a qualidade de vida nessa população, sendo necessária atuação multiprofissional e interdisciplinar a fim de minimizar o declínio funcional e promover participação social.

Este estudo tem como objetivo estabelecer uma relação entre o instrumento VFQ-25 e a CIF, além de avaliar a qualidade de vida e funcionalidade de idosos com catarata na perspectiva da CIF.

2- MÉTODOS

Relação entre o VFQ-25 e a CIF

Na primeira etapa do trabalho foi realizada pesquisa de análise documental baseada no mapeamento cruzado pelo *programa Excel*, entre a CIF, em sua integralidade, e os contextos relacionados à funcionalidade e incapacidade expressos nas seções do instrumento VFQ-25, obedecendo as seguintes etapas: a) leitura e análise das questões do VFQ-25; b) mapeamento e cruzamento dos contextos relacionados à funcionalidade e incapacidade no VFQ-25 com os componentes da CIF; c) cálculo dos percentuais de frequência dos códigos identificados no instrumento a partir da presença ou ausência dos mesmos em cada questão; d) verificação da abrangência de cada componente da CIF no VFQ-25 e identificação dos códigos mais frequentes no mesmo.

Dois pesquisadores desempenharam independentemente o mapeamento ou *linking* entre a CIF e os contextos contidos nas questões do VFQ-25. Para os contextos em que não houve concordância entre os pesquisadores, foi usada a opinião de uma terceira pesquisadora.

O procedimento de mapeamento foi realizado independentemente, seguindo as regras padronizadas por Cieza *et al.*⁽¹⁹⁾, expostas no quadro 1. Todos os pesquisadores tinham conhecimento prévio sobre o conteúdo teórico e taxonômico da CIF. Nesse processo e para a identificação dos códigos mais frequentes no VFQ-25 foram considerados o total de 28 questões, pois, apesar do instrumento apresentar 25, algumas possuem subitens – questões 15a, 15b, 15c e 16a- totalizando 29 itens, sendo que 15a e 15b apresentam sentido único, de forma que foram unidas para o mapeamento cruzado e cálculo dos percentuais de frequência.

Quadro 1. Normas propostas por Cieza *et al.*⁽¹⁹⁾

1	Antes de se estabelecer as ligações com a CIF, deve-se ter conhecimento dos fundamentos e conceitos da CIF, assim como dos capítulos e categorias, como também das suas respectivas definições.
2	Cada atividade deve ser ligada à categoria mais precisa da CIF.
3	Não utilizar as categorias com a definição "outras especificadas", identificadas pelo número oito no final. Se o conteúdo de um conceito não é explicitamente nomeado na categoria correspondente da CIF, a informação complementar deve ser descrita no processo de relação.
4	Não utilizar as categorias "não especificadas" identificadas pelo número nove. Utilizar uma categoria de menor nível.
5	Se a informação fornecida pela atividade não for suficiente para selecionar uma categoria da CIF, deve ser atribuído como "não definível".
6	Se a atividade não está contida na CIF, mas é perceptível que o conceito está contemplado por ser um fator pessoal definido na CIF, deve ser atribuído como "fator pessoal".
7	Se a atividade não está contida na CIF, e não se trata de um fator pessoal, deve ser atribuído como "não contemplado pela CIF".
8	Se o conceito da atividade se referir a um diagnóstico ou uma condição específica de saúde, deve ser atribuído como "condição de saúde".

Relação entre a amostra e a CIF

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com 81 idosos que apresentaram diagnóstico de catarata bilateral, selecionados nos serviços de oftalmologia de dois hospitais públicos do Distrito Federal (DF) e Centros de Saúde das regionais de Ceilândia e Sobradinho do DF. O presente estudo deriva-se de um projeto maior intitulado "Impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais de saúde: estudo longitudinal de idosos no Distrito Federal", realizado no período de dezembro de 2011 a dezembro de 2012, obtendo aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil (Parecer nº 0153/11), assim como atendeu às recomendações para pesquisa envolvendo seres humanos.

Inicialmente foram recrutados 144 idosos por meio do agendamento dos ambulatórios de serviços de oftalmologia e após a aplicação dos critérios de seleção, a amostra final foi composta por 86 idosos, dos quais 81 responderam completamente a avaliação pelo VFQ-25. Para o presente estudo foram utilizados os respectivos questionários VFQ-25 já respondidos pela amostra.

Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e com diagnóstico de catarata bilateral. O diagnóstico foi confirmado por meio de exame realizado por oftalmologista ⁽²⁰⁾. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: doenças neurológicas, deficiência visual não corrigida por uso de lentes ou óculos, cirurgia de catarata prévia, deficiência cognitiva avaliada por pontuação no Mini-Exame do Estado Mental (ponto de corte de 17 pontos) ⁽²¹⁾, paralisias ou alterações ortopédicas (tais como amputações e fraturas), incapacidade de se manter em ortostatismo e de se locomover sem assistência. Todos os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi realizado levantamento sócio demográfico da amostra estudada, assim como das características clínicas relacionadas à visão, expostos em Tabela 1 e Tabela 2, respectivamente.

A partir dos questionários já respondidos pela amostra no projeto maior citado, foram quantificados no *Programa Excel* os valores de *respostas desfavoráveis dos idosos* em cada questão e gerados os respectivos percentuais para essas, a fim de identificar as condições desfavoráveis de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos na perspectiva CIF, por meio do mapeamento cruzado realizado na primeira etapa.

Instrumentos de avaliação

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF constitui uma ferramenta fundamental para a descrição e a comparação da saúde das populações num contexto internacional, sendo aplicável a todas as pessoas (com incapacidades ou não) e abrangendo o contexto multidimensional da saúde a partir da classificação de “componentes da saúde”. Deste modo, a CIF assume uma abordagem diferente de uma abordagem de “determinantes da saúde” ou “fatores de risco”, contemplando

uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive ⁽²²⁾.

O sistema de classificação da CIF é hierárquico e alfanumérico, dividido em duas partes: a primeira referente a funções e estruturas do corpo, representados respectivamente pelas letras minúsculas “**b**” (*funções do corpo - body*) e “**s**” (*estruturas do corpo - structure*), e informações de *atividade e participação - domain*, representadas pela letra minúscula “**d**”. A segunda sessão refere-se a fatores contextuais, englobando *fatores ambientais - environment* representados pela letra minúscula “**e**”, além de fatores pessoais que não são passíveis de classificação pela ferramenta ^(16, 22).

Na sequência, é adicionado um código numérico com dois, três ou quatro dígitos, referente à categoria individual de cada componente, seguido do acréscimo de qualificadores, códigos numéricos que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou incapacidade naquela categoria, ou em que medida um fator ambiental facilita ou constitui um obstáculo ⁽¹⁶⁾.

VFQ-25

O *Visual Function Questionnaire 25* (VFQ 25) avalia a saúde geral do paciente, assim como a qualidade de vida relacionada à saúde visual, tendo a validade e a confiabilidade estatisticamente comprovados. O instrumento é composto por três partes, sendo a primeira com quatro perguntas relacionadas à saúde geral e visão, a segunda parte com doze perguntas sobre as dificuldades com atividades diárias e a terceira parte com nove perguntas relacionadas a problemas visuais e como estes podem interferir nas atividades cotidianas ⁽²³⁾.

Em um estudo que avaliou a aplicabilidade do VFQ-25, o mesmo mostrou-se um instrumento válido, evidenciando responsividade em torno de 80%, mesmo quando testado em população de baixa escolaridade, sendo que o tempo médio da entrevista de 7min e 40s não constituiu obstáculo para sua aplicação ⁽²⁴⁾.

As opções de respostas para as 25 questões do instrumento VFQ-25 variam de 5 a 6 alternativas, que foram reorganizadas e agrupadas nesse estudo pelas pesquisadoras com o intuito de terem-se apenas duas opções de

resposta: favorável ou desfavorável, conforme está descrito no quadro a seguir (quadro 2).

Quadro 2. Distribuições de respostas favoráveis e desfavoráveis do VFQ-25

Questão do instrumento VFQ-25	Alternativas de resposta reagrupadas como "favorável"	Alternativas de resposta reagrupadas como "desfavorável"
1 e 2	Excelente Muito boa Boa Regular	✓ Ruim
3	Não	✓ Um pouco ✓ Algumas vezes ✓ A maior parte do tempo ✓ O tempo todo
4	Não sinto	✓ Fraca ✓ Moderada ✓ Forte ✓ Muito forte
5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15c, 16, 16a	Sem dificuldade nenhuma	✓ Pouca dificuldade ✓ Dificuldade moderada ✓ Muita dificuldade ✓ Deixou de realizar por causa da visão
15, 15a	Não definível	
15b	Principalmente por outra razão	✓ Principalmente pela visão ✓ Visão e outra razão
17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	Poucas vezes Nunca	✓ De vez em quando ✓ A maioria das vezes ✓ Sempre

3- RESULTADOS

Análise documental: relação entre o VFQ-25 e a CIF

Distribuição dos códigos identificados no VFQ-25 por componentes da CIF

Na análise geral de distribuição de todos os códigos da CIF identificados no VFQ-25, foram encontrados 19 códigos pertencentes ao componente “Função”, 2 ao “Estrutura”, 39 referentes ao “Atividades e participação” e 18 ao “Ambiente”, totalizando 78 códigos. No Gráfico 1 é possível visualizar o predomínio de códigos do componente “Atividades e Participação” (50%), seguido do “Função” (24%), “Fatores ambientais” (23%) e “Estrutura” (3%).

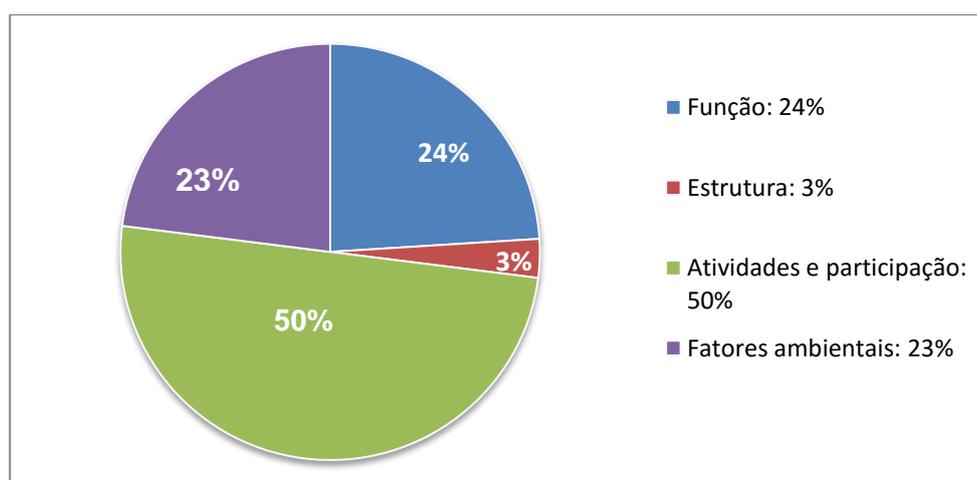


Gráfico 1. Distribuição dos códigos identificados no VFQ-25 por componentes da CIF

Dos 78 códigos da CIF identificados no mapeamento cruzado foram selecionados apenas os códigos com frequências superiores a 30% (20 códigos selecionados) para facilitar a análise dos dados, sendo eles: sete (07) códigos pertencem ao componente “b” (funções do corpo), dois (02) códigos ao componente “s” (estruturas do corpo), oito (08) códigos ao componente “d” (atividades e participação) e três (03) ao componente “e” (fatores ambientais). Conforme quadro 3 a seguir.

Quadro 3. Distribuição dos códigos da CIF mais frequentes no VFQ-25 referentes à análise documental

Componentes da CIF	Códigos da CIF identificados como mais frequentes no VFQ-25 e suas descrições		Questões do VFQ-25 (de 1 a 25)	Código com frequência superior a 30% no VFQ-25
Funções do corpo	b210	Funções da visão	1 a 25	100%
	b156	Funções da percepção	1 a 25	100%
	b140	Funções da atenção	5, 6, 8 a 19 e 22	64,3%
	b1263	Estabilidade psíquica	3, 15 a 25	50,0%
	b1266	Segurança	3, 9,10, 15 a 25	57,14%
	b152	Funções emocionais	3,4, 11, 13, 14,17 a 19, 21, 22,24 e 25	42,9%
	b1301	Motivação	15,16, 16.a, 17 a 22	35,7%
Estruturas do corpo	s210	Estrutura da cavidade ocular	1 a 25	100%
	s2204	Cristalino	1 a 25	100%
Atividades e participação	d110	Observar	5 a 16.a, 18	85,7%
	d920	Recreação e lazer	6, 8, 9, 11, 13 a 16.a,	67,9%
	d910	Vida comunitária	6,8,9, 11, 13 a 20, 22, 24 e 25	64,3%
	d930	Religião e espiritualidade	5, 9, 14 a 20, 22, 24 e 25	53,6%
	d230	Realizar rotina diária	6 a 9, 12, 14 a 20, 22 a 25	67,9%
	d2202	Executar tarefas múltiplas, independentemente	6, 13 a 20, 22 a 25	57,14%
	d940	Direitos humanos	9, 13,14 a 20,22 a 25	53,6%
	d950	Vida política e cidadania	9, 13,14 a 20, 22 a 25	57,14%
Fatores ambientais	e125	Produtos e tecnologias para a comunicação	2, 5 a 16.a, 17 a 20, 22 a 25	85,7%
	e120	Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores	9, 10, 13 a 20, 22, 24 e 25	53,6%
	e150	Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público	8, 9, 13 a 16.a a 22	42,9%

Relação entre a amostra e a CIF

Caracterização da amostra investigada

A amostra foi composta por 81 idosos, cujas características sociodemográficas estão demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada (n=81)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	51	63,0%
Masculino	30	37,0%
Idade		
60 a 69 anos	34	42,0%
70 a 79 anos	43	53,1%
80 anos ou mais	4	04,9%
Estado civil		
Casado ou vive com companheiro	45	55,6%
Solteiro	8	09,9%
Divorciado/separado	7	08,6%
Viúvo	21	25,9%
Anos de escola		
Nunca foi a escola	17	21,0%
Alfabetização para adultos	3	03,7%
Primário	34	42,0%
Ensino médio	20	24,7%
Científico	7	08,6%
Mora só		
Sim	6	07,4%
Não	75	92,6%
Provedor do lar		
Sim	51	63,0%
Não	29	35,8%
NS – NR – NA	1	01,2%
Renda mensal		
Até 1/2	6	07,4%
De 1/2 a 1 salários mínimos	26	32,1%
De 1 a 2 salários mínimos	24	29,6%
De 4 a 4 salários mínimos	13	16,1%
De 5 a 10 salários mínimos	4	05,0%
Mais de 20 salários mínimos	1	01,2%
NS – NR – NA	7	08,6%
Dinheiro suficiente		
Sim	45	55,6%
Não	36	44,4%
Alguém para cuidar		
Sim	71	87,7%
Não	10	12,3%
Total	81	100%

*NS – NR – NA: não sabe, não respondeu ou não se aplica

As características clínicas relacionadas à visão dos idosos com catarata estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Características clínicas relacionadas à visão dos idosos com catarata (n=81)

Características clínicas	N	%
Faz uso de óculos		
Sim	50	61,7
Não	21	26,0
Não sabe	10	12,3
Capacidade de enxergar autorrelatada		
Sem problemas	11	13,6
Poucos problemas	38	46,9
Muitos problemas	32	39,5
Total	81	100

Avaliação das condições desfavoráveis de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos na perspectiva CIF

A tabela 3 apresenta apenas questões do VFQ-25 que apresentaram repostas desfavoráveis, com percentuais acima de 50% (10 questões), a fim de facilitar a descrição dos maiores problemas enfrentados pelos idosos com catarata.

Tabela 3. Condições desfavoráveis de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos comunitários do Distrito Federal investigados na perspectiva CIF, expressas nos respectivos códigos (n=81/100%)

Questão do VFQ-25	Códigos da CIF identificados na questão				Percentuais de idosos com respostas desfavoráveis na questão
	Por componentes da CIF				
	Estrutura	Função	Atividades e participação	Fatores ambientais	
2- Como você acha que está a sua visão (com óculos ou lentes de contato)?	s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular	b210= Funções da visão b156 =Funções da percepção b180= Funções de experiência pessoal e do tempo b220= Sensações associadas ao olho e aos anexos		e125 = Produtos e tecnologias para a comunicação	89,0%
3- Você tem se preocupado com a sua visão?	s2204= Cristalino s210= Estrutura da cavidade ocular	b210= Funções da visão b156= Funções da percepção b152=Funções emocionais b1266=Segurança b1263=Estabilidade psíquica b180= Funções de experiência pessoal e do tempo			90,0%
4- Você tem sentido dor ou desconforto nos seus olhos?	s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular	b210=Funções da visão b156 =Funções da percepção b152=Funções emocionais b180= Funções de experiência pessoal e do tempo b280=Sensação de dor b220= Sensações associadas ao olho e aos anexos b2801=Dor localizada			76,0%

5- Você tem dificuldade para ler jornal, livro ou revista?	s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular	b210=Funções da visão b140 =Funções da atenção b156 =Funções da percepção	d110= Observar d166= Ler d2102 =Realizar uma única tarefa, de forma independente d920 = Recreação e lazer d930= religião e espiritualidade d140 =Aprender a ler d145= Aprender a escrever d150= Aprender a calcular	e1300= Produtos e tecnologias gerais para educação e1451= Produtos e tecnologias de apoio para a prática religiosa e espiritualidade e560= Serviços, sistemas e políticas relacionados com os meios de comunicação e125 = Produtos e tecnologias para a comunicação	75,3%
6- Quanta dificuldade você tem fazendo o trabalho ou os passatempos que requerem que você veja bem de perto (cozinhando, consertando coisas em casa, costurando, ou usando ferramentas de mão)?	s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular	b210=funções da visão b140 =Funções da atenção b156 = Funções da percepção	d630= Preparar refeições d650= Cuidar dos objetos da casa d640= Realização de tarefas domésticas d110= Observar d2202= Executar tarefas múltiplas, independentemente d920 =Recreação e lazer d910 =Vida comunitária d230= Realizar a rotina diária d8451= Manter um emprego d850 =Trabalho remunerado d855= Trabalho não remunerado	e325=Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade e310= Família próxima e340=Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais e575= Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral e125 =Produtos e tecnologias para a comunicação	70,4%
8- Você tem dificuldade de ler placas na rua ou letreiros de ônibus?	s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular	b210=Funções da visão b140 =Funções da atenção b156 =Funções da percepção	d315=Comunicar e receber mensagens não verbais d110= Observar d2102=Realizar uma única tarefa, de forma independente d4702=Utilizar transporte público d920=Recreação e lazer d910 =Vida comunitária d230=Realizar a rotina diária	e125 = Produtos e tecnologias para a comunicação e150= Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público	69,0%

<p>9- Por causa da sua visão, você tem tido dificuldade para descer ladeiras, escadas ou meio fio?</p>	<p>s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular</p>	<p>b210=Funções da visão b140 =Funções da atenção b156 =Funções da percepção b770= funções relacionadas com o padrão de marcha b1266=Segurança</p>	<p>d4551=Subir/descer d110= Observar d450= Andar d460=Deslocar-se por diferentes locais d930= Religião e espiritualidade d940 = Direitos Humanos d950 =Vida política e cidadania d920 =Recreação e lazer d910 =Vida comunitária d230= Realizar a rotina diária d415= Manter a posição do corpo d465= Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento</p>	<p>e120= Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores e125= Produtos e tecnologias para a comunicação e150= Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público</p>	<p>63,0%</p>
<p>10- Por causa da sua visão, você tem tido dificuldade para enxergar objetos ao seu lado quando está andando sozinho?</p>	<p>s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular</p>	<p>b210=Funções da visão b140 =Funções da atenção b156 =Funções da percepção b1266=Segurança</p>	<p>d465= Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento d110= Observar d450= Andar d2102= Realizar uma única tarefa, de forma independente</p>	<p>e120= Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores e125 = Produtos e tecnologias para a comunicação</p>	<p>50,0%</p>
<p>17- Você faz menos coisas do que gostaria por causa da sua visão?</p>	<p>s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular</p>	<p>b1301= Motivação b156 =Funções da percepção b140 =Funções da atenção b210=Funções da visão b1263=Estabilidade psíquica b152=Funções emocionais b1264= Abertura à experiência b1265 =Otimismo b1266=Segurança b1267=Confiabilidade</p>	<p>d2202 =Executar tarefas múltiplas, independentemente d910= Vida comunitária d920= Recreação e lazer d230= Realizar a rotina diária d110= Observar d930= Religião e espiritualidade d940 = Direitos Humanos d950 =Vida política e cidadania</p>	<p>e120= Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores e125= Produtos e tecnologias para a comunicação</p>	<p>60,4%</p>

<p>19- Com que frequência a dor ou desconforto nos seus olhos ou ao redor deles, por exemplo, queimação coceira, impede de você fazer o que gostaria de estar fazendo?</p>	<p>s2204= Cristalino s210 =Estrutura da cavidade ocular</p>	<p>b210=Funções da visão b156 =Funções da percepção b140 =Funções da atenção b152=Funções emocionais b280=Sensação de dor b220= Sensações associadas ao olho e aos anexos b2801=Dor localizada b1301= Motivação b1263=Estabilidade psíquica b1264= Abertura à experiência b1265 =Otimismo b1266=Segurança b1267=Confiabilidade</p>	<p>d910= Vida comunitária d920= Recreação e lazer d930= Religião e espiritualidade d940 = Direitos Humanos d950 =Vida política e cidadania d2202 =Executar tarefas múltiplas, independentemente d230= Realizar a rotina diária d110= Observar</p>	<p>e125= Produtos e tecnologias para a comunicação</p>	<p>65,4%</p>
<p>TOTAL</p>					<p>100%</p>

4-DISCUSSÃO

O presente estudo avaliativo da qualidade de vida e funcionalidade dos idosos com catarata está de acordo com as aplicações da CIF, levando em conta que no âmbito da saúde ela é fundamental, oferecendo uma estrutura conceitual para a informação aplicável na prevenção e promoção da saúde, na melhoria da participação social e dos cuidados de saúde pessoais, contribuindo para a remoção ou redução das barreiras sociais e estimulando apoios de facilitadores⁽¹⁶⁾. A avaliação da saúde nessa perspectiva incorpora as dimensões biomédica, psicológica e a social, sendo que cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos envolvidos pelos fatores ambientais ⁽²⁵⁾.

O VFQ-25 e a CIF são ferramentas que, quando unificadas, proporcionam compreensão global e detalhada dos fatores que envolvem os indivíduos com catarata, descrevendo os estados de saúde e seus determinantes. Em maio de 2012 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a resolução Nº 452 para que o Ministério da Saúde faça uso da CIF no Sistema Único de Saúde (SUS) como geradora de indicadores da funcionalidade humana, assim como entre outras aplicabilidades ⁽²⁶⁾, promovendo melhor planejamento e a resolubilidade das ações e dos serviços em saúde ⁽¹⁶⁾.

Com isso, a partir dos resultados expostos (gráfico 1), foi possível verificar grande abrangência do CIF pelo questionário VFQ-25, em especial do componente Atividades e participação, visto que o questionário considera, principalmente, funcionalidade dos indivíduos com catarata para as atividades diárias. Ainda assim, verificam-se altas frequências dos códigos referentes aos componentes “Função” (24%) e “Fatores ambientais” (23%), justificada pela análise minuciosa dos fatores envolvidos nas perguntas do instrumento.

Os códigos do componente “Função” mais frequentes no VFQ-25 referem-se às funções impactadas pela limitação visual, importantes na realização de tarefas únicas ou múltiplas envolvidas do cotidiano dos indivíduos, sendo possível relacionar com a alta frequência (57,14%) do código “Executar tarefas múltiplas, independentemente” (d2202), as quais possuem maior complexidade para indivíduos com perda de qualquer um dos componentes sensoriais ⁽⁷⁾.

Especificamente sobre o código “Funções da percepção” (b156), o mesmo é incluso durante o mapeamento em todas as perguntas do

instrumento, visto que a mesma está diretamente relacionada à visão e participa da propriocepção e equilíbrio do indivíduo durante as atividades diárias ⁽⁷⁾. Já o código “Observar” (d110), tarefa diretamente relacionada à função visual, é incluída nas perguntas que sugerem o ato de captar estímulos visuais intencionalmente, obtendo, portanto, alto percentual (89,3%) ⁽¹⁶⁾.

A inclusão em todas as perguntas de apenas dois códigos do componente “Estrutura”, referente à descrição “Estrutura da cavidade ocular” (s210) e a “Cristalino”(s2204), deve-se ao fato do questionário ser relativo, exclusivamente, a limitação visual gerada pela catarata, cabendo para este estudo o reconhecimento apenas das estruturas envolvidas na doença. Na catarata o cristalino evolui de opacificação para a redução da acuidade visual do indivíduo ⁽⁷⁾.

Portanto, apesar da limitação visual nos indivíduos resultar em perda funcional de outros sistemas fora o sensorial, como o cardiovascular, respiratório e musculoesquelético, principalmente, gerada pela menor realização de atividades físicas e cotidianas ^(11,12), considerou-se nesse estudo apenas a deficiência de estruturas relacionadas à visão propriamente dita, levando em conta a especificidade do VFQ-25.

Borges ⁽²⁷⁾, em seu estudo sobre atividades cotidianas em idosos comunitários com catarata refere que, além da catarata, o sedentarismo, comorbidades e o próprio envelhecimento funcional são fatores contribuintes para a incapacidade funcional em adultos e idosos, de forma que a atuação fisioterapêutica no sentido de prevenção e reversão desse processo é indispensável para evitar eventos negativos adversos da saúde.

Sobre os códigos pertencentes ao componente Fatores ambientais, o código “Produtos e tecnologias para a comunicação” (e125) apresenta alta frequência no instrumento (85,7%) por ser referente à utilização do óculos de grau ou lentes de contato durante as AVD, participando dos fatores contextuais que os envolvem. Esse produto pode ser classificado como *facilitador ambiental* para o indivíduo, melhorando o desempenho na realização das AVD e AIVD, ou até mesmo como *barreira*, a depender da adequação dos graus e tipos de correção da visão em cada caso ^(22,28). Nos idosos investigados 61,7% relataram uso de óculos de acordo com a caracterização clínicas da amostra (tabela 2).

Já o código “Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores” (e120) identifica-se como um dos mais frequentes (53,6%) em decorrência do possível uso pelos indivíduos de dispositivos de locomoção (cadeira de rodas, muleta, bengala ou andador) nas questões que sugerem mobilidade em diferentes ambientes. Esses dispositivos podem ser *facilitadores* ou *barreiras*, ao considerar seu mau uso ou em más condições ^(22,28).

Em um contexto semelhante, o código “Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público” (e150) foi incluso no mapeamento (frequência de 42,9%), pois refere-se a estrutura física do ambiente público como um *facilitador* ou uma *barreira ambiental* para a locomoção do indivíduo nesses locais, a depender da acessibilidade e adequações ergonômicas direcionadas as pessoas com deficiências físicas ^(22,28).

Assim, ao se considerar uma *barreira ambiental*, o indivíduo permanece restrito de frequentar determinado local público, a depender no nível de intensidade da *barreira*, o que o limita a participação social. O inverso ocorre quando o ambiente público é *facilitador* da mobilidade do indivíduo, apresentando boas instalações físicas e adaptações para deficientes visuais ^(22,28).

Na relação da amostra estudada com a CIF (tabela 3), é possível verificar as principais condições desfavoráveis de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos com catarata expressas nos códigos. As questões 2 e 3 do VFQ-25 apresentaram maior percentual de respostas desfavoráveis entre os idosos investigados (89% e 90%, respectivamente), expondo a má percepção da própria visão que ele apresentam e a preocupação que sentem em relação ao problema vivenciado, respectivamente, assim como a dor e desconforto nos olhos, expressos na questão 4, são frequentes (76%), o que gera efeitos negativos nas funções emocionais e na qualidade de vida desses indivíduos.

Nas características clínicas da amostra (tabela 2) é possível relacionar tais dados, verificando a capacidade autorrelatada de enxergar expressa como “poucos problemas” em 46,9% dos idosos e “muitos problemas” em 39,5%. Porém, é importante considerar que tais dados são subjetivos e pouco específicos, já que o próprio envelhecimento fisiológico gera alteração dos sistemas sensoriais e propriocepção ⁽⁷⁾, podendo haver assim controvérsias nesses autorrelatos.

Uma revisão sistemática de 2009 ⁽²⁹⁾ que teve como objetivo verificar fatores de risco para incapacidade funcional no idoso, identificou, entre outros, a deficiência cognitiva e visual, marcha lenta, autorrelato de saúde ruim, depressão, restrição social e sedentarismo, dados que corroboram com o presente estudo.

Ainda é possível identificar a dificuldade de leitura nos idosos investigados (questão 5, 75,3%), o que impacta, por exemplo, nas atividades de recreação e lazer (d920), religião e espiritualidade (d930) e vida comunitária(d910). Nas demais questões expostas na tabela 3 (questões 6, 8, 9, 10, 17 e 19) identificam-se limitações na execução independente de ABVD e AIVD pelos idosos e prejuízo de atividades de participação social fundamentais.

Nesse contexto, a presença de *facilitadores* expressos pelos “Fatores ambientais” (tabela 3) no cotidiano desses indivíduos, é indispensável para promover a socialização e participação dos mesmos, incluindo não só os aspectos físicos do ambiente, mas também as redes sociais de apoio- conhecidos, colegas, membros da comunidade, família próxima, prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, serviços e políticas de apoio social geral ^(22 28,30).

Nesse estudo destacam-se os códigos do componente “Atividades e participação”, visualizados em grande quantidade e repetidos em diversas perguntas do instrumento, sendo, portanto, tarefas prejudicadas pela limitação visual nos idosos investigados e de necessária atenção dos profissionais de saúde e setores envolvidos na adequação ambiental para deficientes físicos e disponibilização de recursos para a mobilidade e qualidade de vida desses indivíduos ⁽²⁸⁾.

Considerando a maior prevalência da catarata nos idosos, como sugere Mendonça ⁽³⁰⁾ em seu estudo sobre as políticas públicas para os idosos no Brasil sob influência das Normativas Internacionais, uma rede de serviços estruturada é fundamental, incluindo atenção domiciliar aos idosos, assim como centros de saúde, serviço de fisioterapia, transporte, centros de assistência social e atividades socioculturais, o que facilita o planejamento e o diagnóstico da ação a serem desenvolvidas em prol desses indivíduos. Deve-se considerar ainda a acessibilidade no domicílio e nos ambientes externos, além da oferta de ajudas técnicas, quando possível.

Na revisão de literatura inicial realizada para o presente estudo, não foram encontradas pesquisas com propostas equiparáveis ou semelhantes, de forma que carece estudos detalhados sobre as condições e contextos de vida das pessoas com catarata na perspectiva da CIF. Esse fato pode ser considerado como uma das limitações do estudo, visto a impossibilidade de comparação dos presentes resultados. Entretanto, compreende-se a relevância dessa pesquisa pelo fato da privação ou alteração em qualquer um dos sistemas sensoriais predispor o idoso ao déficit de equilíbrio, a episódios de quedas e à dependência funcional. Sendo assim, a catarata é uma doença que pode acarretar em graves consequências se não tratada ⁽⁷⁾, sendo necessário preveni-la e tratá-la em perspectiva global do indivíduo.

Embora haja avanços na cirurgia de catarata em muitas partes do mundo, a catarata ainda é a maior causa de cegueira evitável cirurgicamente ⁽⁴⁾. A cirurgia apresenta alta eficiência e favorável custo-benefício no tratamento e na reabilitação visual ⁽³¹⁾.

Ainda, considera-se como limitação do presente estudo, a ausência de Teste de Concordância entre os 2 examinadores que codificaram o instrumento VFQ-25 na etapa inicial de análise documental. Portanto, estudos futuros devem ser realizados para confirmar os presentes resultados, aplicando o Teste de Concordância entre os examinadores.

Por fim, sabe-se da importância da elaboração de *Core sets* para as doenças, os quais apresentam as principais categorias da classificação da CIF para determinadas doenças ⁽³²⁾. No entanto, carece atualmente um *Core set Catarata*, de forma que o presente trabalho possui contribuição importante para criação de um, a fim de aperfeiçoar a avaliação dos pacientes com a doença na perspectiva da CIF e elaboração de políticas públicas específicas para essas pessoas.

5- CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, é possível concluir que o instrumento VFQ-25 possui relação e aplicabilidade abrangente da CIF, podendo ainda ser utilizado nessa perspectiva pelos profissionais de saúde na prática clínica para avaliação funcional dos indivíduos com catarata em uma abordagem holística e integrada, passando a significar muito além de um instrumento de avaliação clínica, mas ainda de condições pessoais e de vida. Nesse sentido, ele fornece subsídios para adequações das intervenções transdisciplinares em saúde, de políticas de saúde e inclusão social para essas pessoas, por meio da identificação clara dos principais problemas enfrentados por elas. Esse estudo ainda colabora para a elaboração de ferramentas e de métodos de avaliação na perspectiva da CIF.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
2. Comité Especial de la Cepal sobre Población y Desarrollo - CEPAL/CELADE. Población y salud em América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafios. Cepal: Naciones Unidas; 2010.
3. Taleb A, Faria MARD, Avilla M, Mello PAD. As condições de saúde ocular no Brasil-2012 [Internet]. 2012 [acesso em 2015 set 12]. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/01-cegueira.pdf>
4. Santos, BWL, Cançado JEP, Ferraz VAS, Campos M. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de catarata, com implantes de lentes monofocais bifocais e multifocais. Rev Bras Oftalmol. 2014; 73(2):86-92.
5. Romani FA. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. Arq Bras Oftalmol. 2005; 68(5):649-55.
6. Wade MG, Jones G. The role of vision and spatial orientation in the maintenance of posture. Phys Ther. 1997; 77: 619-28.
7. Menezes RI, Bachion MN. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. Rev. Bras. Oftalmol. 2012; 71(1): 23-27.
8. Lamoureux E, Gadgil S, Pesudovs K, Keeffe J, Fenwick E, Irani M, et al. The relationship between visual function, duration and main causes of vision loss and falls in older people with low vision. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 2010; 248(4):527-33.
9. Camargo ABM. Idosos e mortalidade: preocupante relação com as causas externas. Fundação SEADE [Internet]. 2016 [acesso em 2016 julh 8]; (35). Disponível em: http://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Primeira_Analise_35_fev16.pdf
10. Bravo FVTF, Ventura RU, Brandt CT, Sarteschi C, Ventura MC. Impacto do déficit visual na Qualidade de Vida em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde Vivendo em sertão de Pernambuco. Arq. Bras. Oftalmol. 2012; 75(3). [acesso em 2016 set 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v75n3/02.pdf>

11. Luiz LC, Rebelatto, JR, Coimbra AMV, Ricci NA. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev. Bras. Fisioter.* 2009; 13 (4):X-XX.
12. De Melo BS, Cintra FA. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev Bras Oftalmol.* 2010; 69(3):146-51.
13. Bravell ME, Berg S, Malmberg B. Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2008; 46(1):1-14.
14. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008; 24:1260-70.
15. Marengoni A, Von SE, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni I. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *Journal of Internal Medicine.* 2009; 265(2):288-95.
16. Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1^o.ed., 2^a. reimpr. atual. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2015.
17. Mangione CM, Phillips RS, Seddon JM, Lawrence MG, Cook EF, Dailey R, et al. Development of the activities of daily vision Scale: a measure of visual functional status. *Medical Care.* 1992; 30:1111-1125.
18. Pessoa GA. Perfil de funcionalidade de idosos em lista de espera para cirurgia de catarata. [monografia (Graduação)]. Brasília: Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília; 2013
19. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 2005; 37(4):212-8.
20. Thompson J, Lakhani N. Cataracts. *Prim Care Clin Off Pract.* 2015; 42(3):409–23.
21. Brucki SMD, Nitrin R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B):777–81.

22. Araújo ES. Manual de utilização da CIF em saúde funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.
23. Mello PR, Roma AC, Júnior HV. Análise da qualidade de vida de portadores de uveítes de causas infecciosas e não infecciosas pelo questionário NEI-VFQ-25. Arq Bras Oftalmol. 2008; 71(6):847-54.
24. Ferraz EV, Lima CA, Cella W, Arieta CEL. Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. Arq. Bras. Oftalmol. 2002; 65:293-8.
25. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev. bras. epidemiol. 2005; 8 (2).
26. Conselho Nacional de Saúde - CNS / Ministério da Saúde - MS. Resolução Nº. 452 de 10 de maio de 2012. [acesso em 2013 mar 9]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm
27. Borges LDL. Atividades cotidianas, atividades instrumentais de vida diária, mobilidade e catarata em idosos comunitários: estudo transversal realizado no Distrito Federal, Brasil [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
28. Lima MMLP. A importância das tecnologias assistivas para a inclusão de aluno com deficiência visual [Monografia] [internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011. [acesso em 2016 out 5]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2433/1/2011_ManoelaMariaLiomiziaPereiradeLima.pdf
29. Rodrigues MAP, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. Cad. Saúde Pública. 2009; 25: 464-76.
30. Mendonça JMBD. Políticas públicas para idosos no Brasil: Análise à luz da influência das Normativas Internacionais [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
31. Pereira MCSR, Krieger MAL, Mariushi AC, Moreira H. Perfil epidemiológico de pacientes com catarata traumática no Hospital de Olhos do Paraná. Rev Bras Oftalmol. 2012;71(4):236-40.
32. Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kolleritsollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a delphi exercise. J Rehabil Med. 2004; 44:12-21.

ANEXO 1: VISUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE - VFQ – 25. (FERRAZ, 2005)

PROJETO: Impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais da saúde: estudo longitudinal de idosos no Distrito Federal

Nome: _____

Grupo: G1 – Com Catarata

Visual Functioning Questionnaire (VFQ – 25) (FERRAZ, 2005)

Parte 1: Saúde Geral e Visão

1 – Como você acha que está a sua saúde

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Regular	4
Ruim	5

2 – Como você acha que está a sua visão (com óculos ou lentes de contato)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Regular	4
Ruim	5

3 – Você tem se preocupado com a sua visão

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

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

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

Parte 2: Dificuldades com atividades diárias

5 – Você tem dificuldade para ler jornal, livro ou revista

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

6. Quanta dificuldade você tem fazendo o trabalho ou os passatempos que requerem que você veja bem de perto, como cozinhando, consertando coisas em casa, costurando, ou usando ferramentas de mão? Você diria que:

Sem dificuldade nenhuma	1
Um pouco de dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Parei de fazer isso por causa da visão	5
Parei de fazer isso por outras razões	
Ou não tenho interesse nisso	6

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

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Parei de fazer isto por causa da visão	5
Parei de fazer isto por outros motivos	6
Ou não se interessa por isto	

8. Você tem dificuldade ler placas na rua ou letreiros de ônibus?

Sem dificuldade nenhuma	1
Um pouco de dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Parei de fazer isso por causa da visão	5
Parei de fazer isso por outras razões	
ou não tenho interesse nisso	6

9. Por causa de sua visão, você tem tido dificuldade para descer ladeiras, escadas, ou meio fio?

Sem dificuldade nenhuma	1
Um pouco de dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Parei de fazer isso por causa da visão	5
Parei de fazer isso por outras razões	
ou não tenho interesse nisso	6

10. Por causa de sua visão, você tem tido dificuldade para enxergar objetos a seu lado quando você está andando sozinho?

- Sem dificuldade nenhuma 1
- Um pouco de dificuldade 2
- Dificuldade moderada 3
- Muita dificuldade 4
- Parei de fazer isso por causa da visão 5
- Parei de fazer isso por outras razões ou não tenho interesse nisso 6

11. Por causa de sua visão, quanta dificuldade você tem para ver como as pessoas reagem às coisas que você diz?

- Sem dificuldade nenhuma 1
- Um pouco de dificuldade 2
- Dificuldade moderada. 3
- Muita dificuldade. 4
- Parei de fazer isso por causa da visão 5
- Parei de fazer isso por outras razões ou não tenho interesse nisso. 6

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

- Sem dificuldade nenhuma 1
- Um pouco de dificuldade 2
- Dificuldade moderada 3
- Muita dificuldade 4
- Parei de fazer isso por causa da visão 5
- Parei de fazer isso por outras razões ou não tenho interesse nisso 6

13. Por causa de sua visão, quanta dificuldade você tem para visitar pessoas em suas casas, em festas, ou em restaurantes?

- Sem dificuldade nenhuma 1
- Um pouco de dificuldade 2
- Dificuldade moderada 3
- Muita dificuldade 4
- Parei de fazer isso por causa da visão 5
- Parei de fazer isso por outras razões ou não tenho interesse nisso 6

14. Por causa de sua visão, quanta dificuldade você tem para sair para ver um filme, uma peça de teatro, ou um evento esportivo?

- Sem dificuldade nenhuma 1
- Um pouco de dificuldade 2
- Dificuldade moderada 3
- Muita dificuldade 4
- Parei de fazer isso por causa da visão 5
- Parei de fazer isso por outras razões ou não tenho interesse nisso 6

15. Agora, eu gostaria de perguntar sobre dirigir um carro. Você atualmente dirige, pelo menos de vez em quando?

- Sim 1 **Pule para Q 15c**
- Não 2

15a. SE NÃO, PERGUNTE: Você nunca dirigiu um carro ou você desistiu de dirigir?

Nunca dirigiu 1 **Pule para Parte 3, Q 17**

Desistiu 2

15b. SE DESISTIU DE DIRIGIR: Isto foi principalmente por causa de sua visão, principalmente por outra razão, ou por causa de sua visão e outra razão?

Principalmente pela visão 1 **Pule para Part 3, Q 17**

Principalmente por outra razão 2 **Pule para Part 3, Q 17**

Visão e outra razão 3 **Pule para Part 3, Q 17**

15c. SE AINDA DIRIGE: Quanta dificuldade você tem para dirigir durante o dia em lugares conhecidos? Você diria que tem:

Sem dificuldade nenhuma 1

Um pouco de dificuldade 2

Dificuldade moderada 3

Muita dificuldade 4

16. Quanta dificuldade você tem para dirigir à noite? Você diria que tem:

Sem dificuldade nenhuma 1

Um pouco de dificuldade 2

Dificuldade moderada 3

Muita dificuldade 4

Parei de fazer isso por causa da visão 5

Parei de fazer isso por outras razões ou não tenho interesse nisso 6

16a. Quanta dificuldade você tem para dirigir em situações difíceis, com o tempo ruim, durante horas de grande movimento, na estrada, ou no tráfego da cidade? Você diria que tem:

Sem dificuldade nenhuma 1

Um pouco de dificuldade 2

Dificuldade moderada 3

Muita dificuldade. 4

Parei de fazer isso por causa da visão 5

Parei de fazer isso por outras razões ou não tenho interesse nisso 6

PARTE 3: RESPOSTAS PARA PROBLEMAS DE VISÃO

As próximas questões são sobre como coisas que você faz podem ser afetados por sua visão. Para cada um, eu gostaria que você me dissesse se é verdadeiro para sempre, a maioria das vezes, de vez em quando, poucas vezes, nunca.

LEIA AS CATEGORIAS:	Sempre	A maioria das vezes	De vez em quando	Poucas vezes	Nunca
17. Você faz menos coisas do que gostaria por causa da sua visão?	1	2	3	4	5
18. Você é limitado em quanto tempo pode trabalhar ou fazer outras atividades por causa da sua visão?	1	2	3	4	5
19. Com que frequência a dor ou desconforto nos seus olhos ou ao redor deles, por exemplo, queimação, coceira, ou dolorido, impede você de fazer o que gostaria de estar fazendo? Você diria que:	1	2	3	4	5
20. Você fica muito tempo em casa tempo por causa da sua visão.	1	2	3	4	5
21. Você tem se sentido triste por causa da sua visão.	1	2	3	4	5
22. Você tem sentido receio em fazer coisas que estava acostumado a fazer (cozinhar, lavar roupa, trabalhar com ferramentas etc) por causa da visão	1	2	3	4	5
23. Você, por causa da visão, depende do que as outras pessoas falam	1	2	3	4	5
24. Por causa da visão, você tem precisado da ajuda dos outros	1	2	3	4	5
25. Por causa da visão, você tem sentido receio de fazer as coisas com medo de passar vergonha, por ex.: entrar no banheiro errado, não falar com pessoas conhecidas, urinar fora do sanitário etc.	1	2	3	4	5

ANEXO 2: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0153/2011

PROCOLO Nº DO PROJETO: 153/2011 - IMPACTO DA CIRURGIA DE CATARATA NA OCORRÊNCIA DE QUEDAS E NOS ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS DA SAÚDE: ESTUDO LONGITUDINAL DE IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 18/05/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a **necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 18 de maio de 2011.

Atenciosamente,


Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3205-4955 - e-mail: cep@ses.df.gov.br
SENA - Q. 301 - Bloco "K" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907
BRASILIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: O impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais da saúde de idosos.

O nosso objetivo é descobrir se a cirurgia de catarata irá ajudar o senhor (a) a fazer suas atividades do dia-a-dia com mais facilidade, como andar, levantar-se e sentar-se de uma cadeira e outras. Queremos também saber se esta cirurgia irá melhorar seu equilíbrio quando estiver parado (a) ou andando, se o senhor (a) irá deixar de cair ou, pelo menos, cair menos depois da correção da sua catarata.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e asseguramos ao senhor (a) que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a)

A sua participação será através de uma entrevista e avaliação no setor de Oftalmologia do Hospital de Base e no laboratório da UNB-Campos Ceilândia na data combinada com um tempo estimado. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a entrevista e avaliação. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Setor de Oftalmologia do Hospital de Base, na Instituição Universidade de Brasília e na regional Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Ruth Losada de Menezes, na instituição Faculdade UnB Ceilândia (61) 3376-6042.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO 4- FICHA DE REGISTRO DE DADOS**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Gênero: () masculino () feminino

Assinatura do TCLE () sim () não

Nome familiar, amigo ou vizinho para contato: _____

Telefone: _____

O(a) senhor(a) sofreu quedas nos últimos 12 meses?

 Sim Não

Quantas vezes?

 Uma vez Duas 3 e mais vezes

ANEXO 5: FATORES CONTEXTUAIS: CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

<p>1. Qual seu estado civil?</p> <p><input type="checkbox"/> Casado (a) ou vive com companheiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado (a) / Separado (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo (a)</p> <p><input type="checkbox"/> NS</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> NR</p>	<p>2. Qual sua cor?</p> <p><input type="checkbox"/> Branca</p> <p><input type="checkbox"/> Preta/Negra</p> <p><input type="checkbox"/> Mulata/cabocla/parda</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena</p> <p><input type="checkbox"/> Amarela/oriental</p> <p><input type="checkbox"/> NS</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> NR</p>
<p>3. Trabalha atualmente? (se não, vá para questão 5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> NS</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> NR</p>	<p>4. O que o (a) senhor (a) faz (perguntar informações precisas sobre o tipo de ocupação)</p>
<p>5. O senhor (a) é aposentado (a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> NS</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> NR</p>	<p>6. O senhor (a) é pensionista?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> NS</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> NR</p>

<p>7. O senhor (a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar NÃO)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>	<p>8. Até que ano da escola o (a) senhor (a) estudou?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos) <input type="checkbox"/> Curso de alfabetização de adultos <input type="checkbox"/> Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> Ginásio (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso magistério, curso técnico) <input type="checkbox"/> Curso Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>
<p>9. Quantos filhos (as) o (a) Sr/Sra tem? _____</p>	<p>10. O (a) Sr/Sra mora só? (Se não, vá para questão 11)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>11. Quem mora com o (a) senhor (a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Marido/mulher/companheiro (a) <input type="checkbox"/> Filhos ou enteados <input type="checkbox"/> Netos <input type="checkbox"/> Bisnetos <input type="checkbox"/> Outros parentes <input type="checkbox"/> Pessoas fora da família</p>	<p>12. O (a) Sr/Sra é proprietário (a) sua residência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>
<p>13. O (a) Sr/Sra é o principal responsável pelo sustento da família? (Se sim, vá para 15)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>	<p>14. O (a) Sr/Sra ajuda nas despesas da casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>

<p>15. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Até ½ salário mínimo<input type="checkbox"/> Mais de ½ a 1 salário mínimo<input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos<input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos<input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários mínimos<input type="checkbox"/> De 10 a 20 salários mínimos<input type="checkbox"/> Mais de 20 salários mínimos<input type="checkbox"/> NR	<p>16. Qual a renda mensal da sua família, ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o (a) senhor (a)?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Até ½ salário mínimo<input type="checkbox"/> Mais de ½ a 1 salário mínimo<input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos<input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos<input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários mínimos<input type="checkbox"/> De 10 a 20 salários mínimos<input type="checkbox"/> Mais de 20 salários mínimos<input type="checkbox"/> NR
<p>17. O (a) senhor (a) e sua (seu) companheiro (a) consideram que tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades de vida diária?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim<input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> NS<input type="checkbox"/> NA<input type="checkbox"/> NR	<p>18. O (a) senhor (a) tem algum parente, amigo ou vizinho que poderia cuidar de você por alguns dias, caso necessário?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim<input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> NS<input type="checkbox"/> NA<input type="checkbox"/> NR

ANEXO 6: FATORES CONTEXTUAIS: SAÚDE GERAL

CATARATA E OUTRAS DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS

19. Possui Catarata? () Sim () Não
20. Há quanto tempo foi diagnosticado Catarata? _____ (ano ou mês)
21. Catarata:
 () Um olho → Qual: () Direito () Esquerdo
 () Dois olhos
22. Já operou de Catarata? () Sim () Não
23. Se sim, operou:
 () 2 olhos ()
 () 1 olho → () Direito () Esquerdo
24. Aguardando cirurgia: () Sim () Não → Se sim, data agendada e Hospital:

25. Há quanto tempo aguarda cirurgia?
 () Menos de 6 meses
 () Há 6 meses
 () Há mais de 6 meses → _____ (Relatar quantos meses)
26. Possui algum outro problema de visão diagnosticado? () sim () não
 Se sim, qual?

27. A última vez em que retornou ao Oftalmologista:
 () Há menos de 1 ano
 () Há 1 ano
 () Há mais de 1 ano
28. Possui prescrição para uso de óculos? () sim () não
29. Óculos para corrigir qual problema? () Miopia () Hipermetropia () Astigmatismo () NS
30. Faz uso de óculos segundo prescrição médica? () sim () não
31. Algum médico já disse que o (a) senhor (a) tem:
- Problema de audição? () Sim () Não () NR
 - Problema do coração/doença do coração? () Sim () Não () NR
 - Pressão alta/hipertensão? () Sim () Não () NR
 - Embolia/Derrame? () Sim () Não () NR
 - Diabetes Mellitus? () Sim () Não () NR
 - Tumor maligno/câncer? () Sim () Não () NR
 - Artrite/Reumatismo? () Sim () Não () NR
 - Doença Pulmonar crônica? () Sim () Não () NR
 - Depressão? () Sim () Não () NR
 - Osteoporose? () Sim () Não () NR
 - Incontinência urinária (perda involuntária de urina)? () Sim () Não () NR
 - Incontinência fecal (perda involuntária de fezes)? () Sim () Não () NR
 - Doença do labirinto (labirintite)? () Sim () Não () NR
32. Auto-relato de deficiência visual e auditiva:

- a) Como o senhor (a) acha/considera que está sua capacidade de enxergar, mesmo quando usa óculos ou lentes
- sem problemas = sem deficiência/alteração
 - poucos problemas = deficiência/alteração moderada
 - muitos problemas = deficiência/alteração severa
- b) Como o senhor (a) acha/considera que está sua capacidade de ouvir, mesmo quando usa aparelho auditivo
- sem problemas = sem deficiência/alteração
 - poucos problemas = deficiência/alteração moderada
 - muitos problemas = deficiência/alteração severa
33. Quantos medicamentos o (a) senhor (a) está usando regularmente nos últimos 3 meses prescritos pelo médico ou que o (a) senhor (a) toma por conta própria?
- Nenhum
 - 1 -2
 - 3 – 5
 - Mais de 5
 - NR
34. Tipos de medicamentos em uso:
- Sedativos
 - Hipnóticos
 - Ansiolíticos
 - Anti-depressivos
 - Ação Cardiovascular
35. Hábitos de Vida
36. Etilista Ex-etilista Não etilista
37. Consumo diário: _____
38. Parou há quanto tempo: _____
39. Tabagista Ex-tabagista Não tabagista
40. Consumo diário: _____
41. Parou há quanto tempo: _____
42. Praticar atividade física SIM NÃO
43. Frequência (vezes/semana): _____
44. Modalidade: _____
45. Duração da atividade: _____
46. Há quanto tempo faz: _____
47. Faz uso de algum dispositivo de auxílio para marcha? Sim Não - 54
48. Se sim, qual?
- Andador
 - Bengala de uma ponta
 - Bengala tipo Canadense
 - Muleta Axilar
 - Bengala de 3 ou 4 pontas
 - Outro.

ANEXO 7 - ORIENTAÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Diretrizes para Autores

A Revista Brasileira de Oftalmologia (Rev Bras Oftalmol.) - ISSN 0034-7280, publicação científica da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, se propõe a divulgar artigos que contribuam para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da prática, da pesquisa e do ensino da Oftalmologia e de especialidades afins. Todos os manuscritos, após aprovação pelos Editores, serão avaliados por dois ou três revisores qualificados (peer review), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários dos revisores serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativa de sua conservação. Somente após aprovações finais dos revisores e editores, os manuscritos serão encaminhados para publicação. O manuscrito aceito para publicação passará a ser propriedade da Revista e não poderá ser editado, total ou parcialmente, por qualquer outro meio de divulgação, sem a prévia autorização por escrito emitida pelo Editor Chefe. Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados não cabendo recurso. Os artigos publicados na Revista Brasileira de Oftalmologia seguem os requisitos uniformes proposto pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizado em fevereiro de 2006 e disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

APRESENTAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

O artigo enviado deverá ser acompanhado de carta **assinada por todos os autores**, autorizando sua publicação, declarando que o mesmo é inédito e que não foi, ou está sendo submetido à publicação em outro periódico e foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição em que o mesmo foi realizado. A esta carta devem ser anexados:

Declaração de Conflitos de Interesse, quando pertinente. A Declaração de Conflitos de Interesses, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais; Informações sobre eventuais

fontes de financiamento da pesquisa; Artigo que trata de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração de que os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre Informado.

Todas as pesquisas, tanto as clínicas como as experimentais, devem ter sido executadas de acordo com a Declaração de Helsinki. A Revista Brasileira de Oftalmologia não endossa a opinião dos autores, eximindo-se de qualquer responsabilidade em relação a matérias assinadas. Os artigos podem ser escritos em português, espanhol, inglês ou francês.

A Revista Brasileira de Oftalmologia recebe para publicação: Artigos Originais de pesquisa básica, experimentação clínica ou cirúrgica; Divulgação e condutas em casos clínicos de relevante importância; Revisões de temas específicos, Atualizações; Cartas ao editor. Os Editoriais serão escritos a convite, apresentando comentários de trabalhos relevantes da própria revista, pesquisas importantes publicadas ou comunicações dos editores de interesse para a especialidade. Artigos com objetivos comerciais ou propagandísticos serão recusados. Os manuscritos deverão obedecer as seguintes estruturas:

Artigo Original: Descreve pesquisa experimental ou investigação clínica - prospectiva ou retrospectiva, randomizada ou duplo cego. Deve ter: *Título em português e inglês, Resumo estruturado, Descritores; Abstract, Keywords, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.*

A) Folha de Rosto deverá conter:

- Título do artigo, em português e inglês, contendo entre dez e doze palavras, sem considerar artigos e preposições. O Título deve ser motivador e deve dar idéia dos objetivos e do conteúdo do trabalho;
- Nome completo de cada autor, sem abreviaturas, porém, se o autor já possui um formato utilizado em suas publicações, deve informar à secretaria da revista;
- Indicação do grau acadêmico e/ou função acadêmica e a afiliação institucional de cada autor, separadamente. Se houver mais de uma afiliação institucional, indicar apenas a mais relevante. Cargos e/ou funções administrativas não devem ser indicadas.
- Indicação da Instituição onde o trabalho foi realizado;
- Nome, endereço, fax e e-mail do autor correspondente;
- Fontes de auxílio à pesquisa, se houver;

- Declaração de inexistência de conflitos de interesse.

B) Segunda folha

Resumo e Descritores: Resumo, em português e inglês, com no máximo 250 palavras. Para os artigos originais, deverá ser estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão), ressaltando os dados mais significativos do trabalho. Para Relatos de Caso, Revisões ou Atualizações, o resumo não deverá ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores (Keywords) que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS - Descritores em Ciências da Saúde - disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br/>

Abaixo do Resumo, indicar, para os Ensaaios Clínicos, o número de registro na base de Ensaaios Clínicos (<http://clinicaltrials.gov>)*

C) Texto: deverá obedecer rigorosamente a estrutura para cada categoria de manuscrito.

Em todas as categorias de manuscrito, a citação dos autores no texto deverá ser numérica e seqüencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos. As citações no texto deverão ser numeradas seqüencialmente em números arábicos sobrepostos, devendo evitar a citação nominal dos autores.

Introdução Deve ser breve e conter e explicar os objetivos e o motivo do trabalho.

Métodos: Deve conter informação suficiente para saber-se o que foi feito e como foi feito. A descrição deve ser clara e suficiente para que outro pesquisador possa reproduzir ou dar continuidade ao estudo. Descrever a metodologia estatística empregada com detalhes suficientes para permitir que qualquer leitor com razoável conhecimento sobre o tema e o acesso aos dados originais possa verificar os resultados apresentados. Evitar o uso de termos imprecisos tais como: aleatório, normal, significativo, importante, aceitável, sem defini-los. Os resultados da pesquisa devem ser relatados neste capítulo em seqüência lógica e de maneira concisa.

Informação sobre o manejo da dor pós-operatório, tanto em humanos como em animais, deve ser relatada no texto (Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde e Normas Internacionais de Proteção aos Animais).

Resultados: Sempre que possível devem ser apresentados em Tabelas, Gráficos ou Figuras.

Discussão: Todos os resultados do trabalho devem ser discutidos e comparados com a literatura pertinente.

Conclusão: Devem ser baseadas nos resultados obtidos.

Agradecimentos: Devem ser incluídos colaborações de pessoas, instituições ou agradecimento por apoio financeiro, auxílios técnicos, que mereçam reconhecimento, mas não justificam a inclusão como autor.

Referências: Devem ser atualizadas contendo, preferencialmente, os trabalhos mais relevantes publicados, nos últimos cinco anos, sobre o tema. Não deve conter trabalhos não referidos no texto. Quando pertinente, é recomendável incluir trabalhos publicados na RBO. As referências deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá seguir o formato denominado “Vancouver Style”, conforme modelos abaixo. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela National Library of Medicine, disponível na “List of Journal Indexed in Index medicus” no endereço eletrônico: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>. Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Quando em número maior, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

Tabelas e Figuras: A apresentação desse material deve ser em preto e branco, em folhas separadas, com legendas e respectivas numerações impressas ao pé de cada ilustração. No verso de cada figura e tabela deve estar anotado o nome do manuscrito e dos autores. Todas as tabelas e figuras também devem ser enviadas em arquivo digital, as primeiras preferencialmente em arquivos Microsoft Word (r) e as demais em arquivos Microsoft Excel (r), Tiff ou JPG. As grandezas, unidades e símbolos utilizados nas tabelas devem obedecer a nomenclatura nacional. Fotografias de cirurgia e de biópsias onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais serão consideradas para impressão colorida, sendo o custo adicional de responsabilidade dos autores.

Legendas: Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo as suas citações no texto.

Abreviaturas e Siglas: Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto ou nas legendas das tabelas e figuras.

Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor ou editor, constando a fonte de referência onde foi publicada.

O texto deve ser impresso em computador, em espaço duplo, papel branco, no formato 210mm x 297mm ou A4, em páginas separadas e numeradas, com margens de 3cm e com letras de tamanho que facilite a leitura (recomendamos as de nº 14). O original deve ser encaminhado em uma via, acompanhado de CD, com versão do manuscrito, com respectivas ilustrações, digitado no programa "Word for Windows 6.0". A Revista Brasileira de Oftalmologia reserva o direito de não aceitar para avaliação os artigos que não preencham os critérios acima formulados.

Versão português-inglês: Seguindo os padrões dos principais periódicos mundiais, a Revista Brasileira de Oftalmologia contará com uma versão eletrônica em inglês de todas as edições. Desta forma a revista impressa continuará a ser em português e a versão eletrônica será em inglês.

A Sociedade Brasileira de Oftalmologia, Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intraoculares e Sociedade Brasileira de Cirurgia Refrativa, se comprometem a custear a tradução dos artigos para língua inglesa, porém seus autores uma vez que tenham aprovado seus artigos se disponham a traduzir a versão final para o inglês, esta será publicada na versão eletrônica antecipadamente a publicação **impressa (ahead of print)**.

* **Nota importante:** A "Revista Brasileira de Oftalmologia" em apoio às políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso somente aceitará para publicação, a partir de 2008, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, disponível no endereço: <http://clinicaltrials.gov> ou no site do Pubmed, no item. O número de identificação deverá ser registrado abaixo do resumo. Os trabalhos poderão ser submetidos pela Internet, pelo site - rbo.emnuvens.com.br.

