

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA REFRACTIVA NA QUALIDADE DE VIDA POR MEIO DO QUESTIONÁRIO NEI-RQL (NATIONAL EYE INSTITUTE REFRACTIVE ERROR QUALITY OF LIFE) - Larissa M.B. Nunes - Tese de Doutorado, UNIFESP 2005. Orientador: Dr. Paulo Schor. Versão traduzida, culturalmente adaptada e validada do questionário NEI-RQL em língua portuguesa.

1. Se você tivesse visão perfeita sem óculos, lentes de contato, ou sem qualquer outro tipo de correção visual, quanto sua vida seria diferente?

( Marque um x no quadrado que melhor descreve sua resposta )

Não haveria diferença.....  1

Haveria pequena diferença para melhor.....  2

Haveria grande diferença para melhor.....  3

Eu já tenho visão perfeita sem uso de correção.....  4

As seguintes questões são sobre o efeito da sua visão nas suas atividades. Quando você responder às questões, pense na correção visual que você usa normalmente para cada atividade, incluindo óculos, lentes de contato, lupa, ou nenhuma correção.

2. Que grau de dificuldade você sente fazendo trabalhos ou atividades de lazer que exigem de você enxergar bem de perto, como cozinhar, consertar objetos em casa, costurar, usar ferramentas manuais, ou trabalhar com computador?

(Marque uma)

- Nenhuma dificuldade.....  1
- Pouca dificuldade.....  2
- Moderada dificuldade.....  3
- Muita dificuldade.....  4
- Nunca tento fazer essas atividades por causa da visão.....  5
- Nunca faço essas atividades por outras razões.....  6

3. Que grau de dificuldade você sente em enxergar, devido às alterações na nitidez da sua visão ao longo do dia?

( Marque uma )

- Não há alterações na nitidez da minha visão.....  1
- Nenhuma dificuldade.....  2
- Pouca dificuldade.....  3
- Moderada dificuldade.....  4
- Muita dificuldade.....  5

4. Que grau de dificuldade você sente para avaliar distâncias, como para descer escadas ou estacionar um carro?

( Marque uma )

- Nenhuma dificuldade .....  1

- Pouca dificuldade .....  2
- Moderada dificuldade .....  3
- Muita dificuldade.....  4

5. Que grau de dificuldade você tem com a sua visão lateral, como para ver carros vindo de saídas de garagens ou ruas transversais, ou pessoas vindo de saídas de pedestres?

( Marque uma )

- Nenhuma dificuldade.....  1
- Pouca dificuldade.....  2
- Moderada dificuldade.....  3
- Muita dificuldade.....  4

6. Que grau de dificuldade você sente para se acostumar ao escuro quando você passa de um ambiente bem iluminado para um lugar escuro, como ao entrar em uma sala de cinema escura?

( Marque uma )

- Nenhuma dificuldade.....  1
- Pouca dificuldade.....  2
- Moderada dificuldade.....  3

Muita dificuldade.....  4

7. Que grau de dificuldade você sente ao ler letras de tamanho padrão impressas em jornais?

( Marque uma )

Nenhuma dificuldade.....  1

Pouca dificuldade.....  2

Moderada dificuldade.....  3

Muita dificuldade .....  4

Nunca tento fazer essa atividade por causa da visão .....  5

8. Que grau de dificuldade você sente ao ler letras pequenas em uma lista telefônica ou em bulas de remédios?

( Marque uma )

Nenhuma dificuldade.....  1

Pouca dificuldade.....  2

Moderada dificuldade.....  3

Muita dificuldade.....  4

Nunca tento fazer essa atividade por causa da visão.....  5

9. Que grau de dificuldade você sente ao dirigir à noite?

( Marque uma )

Nenhuma dificuldade.....  1

Pouca dificuldade.....  2

Moderada dificuldade.....  3

Muita dificuldade.....  4

Nunca dirijo à noite por causa da visão.....  5

Nunca faço essa atividade por outras razões.....  6

10. Que grau de dificuldade você sente ao dirigir em condições difíceis, como com tempo ruim, durante horário de pico no trânsito, em rodovias sem limite de quilometragem ou no tráfego da cidade?

( Marque uma )

Nenhuma dificuldade .....  1

Pouca dificuldade .....  2

Moderada dificuldade .....  3

Muita dificuldade .....  4

Nunca dirijo por causa da visão .....  5

Nunca dirijo por outras razões .....  6

11. Por causa da sua visão, quanta dificuldade você tem nas suas atividades diárias?

( Marque uma )

- Nenhuma dificuldade.....  1
- Pouca dificuldade.....  2
- Moderada dificuldade.....  3
- Muita dificuldade.....  4

12. Por causa da sua visão, que grau de dificuldade você tem ao participar de atividades esportivas ou outras atividades ao ar livre que você goste (como caminhar, nadar, fazer aeróbica, participar de esportes coletivos ou correr)?

( Marque uma )

- Nenhuma dificuldade .....  1
- Pouca dificuldade .....  2
- Moderada dificuldade .....  3
- Muita dificuldade .....  4
- Nunca tento fazer essas atividades por causa da visão .....  5
- Nunca faço essas atividades por outras razões .....  6

QUESTÕES SOBRE A SUA VISÃO

13. Você precisa usar óculos, lentes bifocais ou uma lupa quando está lendo alguma coisa por pouco tempo, como um cardápio ou uma receita?

( Marque uma )

Sim, o tempo todo.....  1

Sim, apenas parte do tempo.....  2

Não.....  3

14. Você precisa usar óculos, lentes bifocais ou uma lupa quando está fazendo uma leitura mais demorada, como de um livro, artigo de revista, ou um jornal?

( Marque uma )

Sim, o tempo todo.....  1

Sim, apenas parte do tempo.....  2

Não.....  3

15. Quando está dirigindo à noite, você precisa usar óculos ou lentes de contato?

( Marque uma )

Sim, o tempo todo.....  1

Sim, apenas parte do tempo.....  2

- Não.....  3
- Não dirijo à noite por causa da visão.....  4
- Não dirijo à noite por outras razões.....  5

16. Ao entardecer, quando está começando a ficar escuro, você precisa usar óculos ou lentes de contato para dirigir?

( Marque uma )

- Sim, o tempo todo.....  1
- Sim, apenas parte do tempo.....  2
- Não.....  3
- Não dirijo ao entardecer por causa da visão.....  4
- Não dirijo ao entardecer por outras razões.....  5

Quando você responder a essas questões, pense na correção de visão que você normalmente usa, incluindo óculos, lentes de contato, lupa, ou correção nenhuma.

17. Com que frequência, quando você está em um local com luzes ou luminosos, à noite, você percebe halos ou brilhos ao redor das luzes que o incomodam ou dificultam enxergar?

( Marque uma )

- O tempo todo.....  1
- A maior parte do tempo..... 2
- Apenas parte do tempo..... 3
- Uma pequena parte do tempo..... 4
- Nunca..... 5

18. Com que frequência você sente dor ou desconforto nos olhos ou ao redor deles (por exemplo, ardor, coceira, ou dor )?

( Marque uma )

- O tempo todo ..... 1
- A maior parte do tempo ..... 2
- Apenas parte do tempo ..... 3
- Uma pequena parte do tempo ..... 4
- Nunca... ..... 5

19. Quanto a secura em seus olhos o incomoda?

( Marque uma )

- Não sinto secura..... 1
- Não incomoda de forma nenhuma..... 2

- Incomoda muito pouco.....  3
- Incomoda moderadamente.....  4
- Incomoda bastante.....  5
- Incomoda demais .....  6

20. Com que frequência você se sente incomodado com alterações na nitidez da sua visão ao longo do dia?

( Marque uma )

- Nunca.....  1
- Raramente.....  2
- Ocasionalmente.....  3
- Algumas vezes.....  4
- O tempo todo.....  5

21. Com que frequência você se preocupa com a sua visão?

( Marque uma )

- Nunca.....  1
- Raramente.....  2

Ocasionalmente.....  3

Algumas vezes.....  4

O tempo todo.....  5

22. Com que frequência você se lembra ou se preocupa com sua visão ?

( Marque uma )

Nunca .....  1

Raramente .....  2

Ocasionalmente .....  3

Algumas vezes .....  4

O tempo todo .....  5

#### SUA VISÃO CORRIGIDA

Quando você responder a essas questões, pense na correção visual que você normalmente utiliza, incluindo óculos, lentes de contato, lupa, cirurgia, ou correção nenhuma.

23. No momento, quão nítida é a sua visão utilizando a correção que você normalmente usa, incluindo óculos, lentes de contato, lupa, ou nenhuma correção?

( Marque uma )

Perfeitamente nítida .....  1

Bem nítida .....  2

Um pouco nítida .....  3

Não é nítida de jeito nenhum .....  4

24. Quanta dor ou desconforto você sente nos olhos ou ao redor deles (por exemplo, ardor, coceira ou dor)?

( Marque uma )

Nenhuma.....  1

Leve.....  2

Moderada.....  3

Severa.....  4

Muito severa.....  5

25. Com que frequência você tem dores de cabeça que você acha que estão relacionadas à sua visão ou à correção visual que você usa?

( Marque uma )

- Nunca .....  1
- Raramente .....  2
- Ocasionalmente .....  3
- Algumas vezes .....  4
- O tempo todo .....  5

26. Quão satisfeito você está com os óculos, lentes de contato, lupa ou outro tipo de correção (incluindo cirurgia) que você utiliza?

( Marque uma )

- Completamente satisfeito.....  1
- Muito satisfeito.....  2
- Pouco satisfeito.....  3
- Um pouco insatisfeito.....  4
- Muito insatisfeito .....  5
- Completamente insatisfeito .....  6

27. Em termos da sua aparência, quão satisfeito você está com os óculos, lentes de contato, lupa, ou outro tipo de correção ( incluindo cirurgia ) que você usa ?

( Marque uma )

- Completamente satisfeito.....  1
- Muito satisfeito.....  2
- Pouco satisfeito.....  3
- Um pouco insatisfeito.....  4
- Muito insatisfeito.....  5
- Completamente insatisfeito.....  6

28. Se você tivesse visão perfeita sem óculos, lentes de contato, ou qualquer outro tipo de correção visual, quanto você acha que sua vida mudaria?

( Marque uma )

- Não haveria diferença.....  1
- Haveria pequena diferença para melhor.....  2
- Haveria grande diferença para melhor.....  3
- Eu já tenho visão perfeita sem uso de correção.....  4

29. Em termos da sua aparência, o tipo de correção que você vem usando é o melhor que você já teve?

( Marque uma )

- Sim.....  1
- Não .....  2

30. Em termos da sua aparência, existe um tipo de correção visual que seja melhor do que o que você vem usando?

( Marque uma )

Sim.....  1

Não .....  2

31. Com que frequência você usou um tipo de correção desconfortável nos últimos dois meses, porque isso melhorava a sua aparência?

( Marque uma )

O tempo todo.....  1

A maior parte do tempo.....  2

Apenas parte do tempo.....  3

Uma pequena parte do tempo.....  4

Nunca.....  5

32. Com que frequência você usou um tipo de correção que não corrige a sua visão tão bem quanto outro tipo poderia corrigir, nos últimos 2 meses, porque isso melhorava a sua aparência?

( Marque uma )

- O tempo todo.....  1
- A maior parte do tempo.....  2
- Apenas parte do tempo.....  3
- Uma pequena parte do tempo.....  4
- Nunca.....  5

33. Você participa menos do que você gostaria de atividades esportivas ou outras atividades ao ar livre (como caminhar, nadar, fazer aeróbica, participar de esportes coletivos ou correr) por causa da sua visão?

( Marque uma )

- Sim.....  1
- Não .....  2

34. Existe algum tipo de atividade esportiva ou recreativa que você não faz por causa da sua visão ou do tipo de correção que você usa?

( Marque uma )

- Sim, muitas .....  1
- Sim, poucas .....  2
- Não .....  3

35. Existem atividades diárias que você gostaria de fazer mas não faz por causa da sua visão ou do tipo de correção que você usa?

( Marque uma )

Sim, muitas .....  1

Sim, poucas .....  2

Não .....  3

Você sentiu um dos seguintes problemas nos últimos dois meses? Se sua resposta é sim, quanto isto o tem incomodado? Por favor, responda em relação a problemas em cada olho, ou em ambos os olhos.

		Marque uma	Se a resposta é sim, quanto isto o tem incomodado? (Marque uma)
36.	Lacrimejamento?	a. Sim..... <input type="checkbox"/> 1 Não..... <input type="checkbox"/> 2	b. Muito..... <input type="checkbox"/> 1 Moderadamente..... <input type="checkbox"/> 2 Um pouco..... <input type="checkbox"/> 3 De jeito nenhum..... <input type="checkbox"/> 4
37.	Visão Distorcida?	a. Sim..... <input type="checkbox"/> 1 Não..... <input type="checkbox"/> 2	b. Muito ..... <input type="checkbox"/> 1

			Moderadamente..... <input type="checkbox"/> 2 Um pouco ..... <input type="checkbox"/> 3 De jeito nenhum .... <input type="checkbox"/> 4
38.	Ofuscamento? Visão ofuscada pela luz ?	a. Sim ..... <input type="checkbox"/> 1 Não ..... <input type="checkbox"/> 2	b. Muito..... <input type="checkbox"/> 1 Moderadamente..... <input type="checkbox"/> 2 Um pouco..... <input type="checkbox"/> 3 De jeito nenhum..... <input type="checkbox"/> 4
39.	Visão borrada com o tipo de correção que você usa ou com a sua própria visão?	a. Sim..... <input type="checkbox"/> 1 Não..... <input type="checkbox"/> 2	b. Muito..... <input type="checkbox"/> 1 Moderadamente..... <input type="checkbox"/> 2 Um pouco..... <input type="checkbox"/> 3 De jeito nenhum..... <input type="checkbox"/> 4
40.	Problemas para enxergar?	a. Sim..... <input type="checkbox"/> 1 Não..... <input type="checkbox"/> 2	b. Muito..... <input type="checkbox"/> 1 Moderadamente..... <input type="checkbox"/> 2 Um pouco..... <input type="checkbox"/> 3 Não incomoda..... <input type="checkbox"/> 4
41.	Coceira nos olhos ou ao redor deles?	a. Sim..... <input type="checkbox"/> 1 Não..... <input type="checkbox"/> 2	b. Muito..... <input type="checkbox"/> 1 Moderadamente..... <input type="checkbox"/> 2 Um pouco..... <input type="checkbox"/> 3 Não incomoda..... <input type="checkbox"/> 4

42.	Irritação ou cansaço nos olhos?	a. Sim..... <input type="checkbox"/> 1 Não..... <input type="checkbox"/> 2	b. Muito..... <input type="checkbox"/> 1 Moderadamente..... <input type="checkbox"/> 2 Um pouco..... <input type="checkbox"/> 3 Não incomoda..... <input type="checkbox"/> 4
-----	---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------