

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



Dissertação de Mestrado

**ESTUDO DE VALIDAÇÃO SOBRE DIFICULDADE VISUAL AUTORRELATADA
ENTRE ESTUDANTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

Juliana das Chagas Meroni

Pelotas, RS

Dezembro de 2018

Juliana das Chagas Meroni

**Estudo de validação sobre dificuldade visual autorrelatada entre estudantes
dos cursos de graduação da Universidade Federal de Pelotas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Ana Maria Baptista Menezes

Coorientadora: Bruna Gonçalves Cordeiro da Silva

Pelotas, RS

Dezembro de 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M567e Meroni, Juliana das Das Chagas

Estudo de validação sobre dificuldade visual autorrelatada entre estudantes dos cursos de graduação da Universidade Federal de Pelotas / Juliana das Das Chagas Meroni ; Ana Maria Baptista Menezes, orientadora ; Bruna Gonçalves Cordeiro da Silva, coorientadora. — Pelotas, 2019.

262 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Epidemiologia. 2. Transtornos da visão. 3. Inquéritos e questionários. 4. Acuidade visual. 5. Sensibilidade e especificidade. I. Menezes, Ana Maria Baptista, orient. II. Silva, Bruna Gonçalves Cordeiro da, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

Juliana das Chagas Meroni

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de
Mestre.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Mariângela Freitas da Silveira

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Victor Delpizzo Castagno

Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a Ana Maria Baptista Menezes (orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, RS

Dezembro de 2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por me mostrarem a importância dos estudos e por serem os responsáveis por eu nunca pensar em desistir;

À minha irmã, Bibiana, por servir de exemplo de integridade, responsabilidade e coerência desde sempre;

Ao Renan, meu noivo, pela compreensão, estímulo e por estar sempre do meu lado, mesmo de longe;

Aos colegas do mestrado, pelo apoio e compreensão em todos momentos que não pude estar presente devido aos compromissos profissionais. Agradeço, também, por tornarem o mestrado um pouco mais leve;

Aos professores, pela transmissão do conhecimento e exigência condizente com o nível deste programa e pelo tratamento com respeito;

À Deliane, aplicadora do teste de acuidade visual, pelo comprometimento, dedicação e parceria durante o campo;

Aos professores e alunos da UFPel que participaram do consórcio, por cederem seu tempo à esta pesquisa.

Agradecimento especial à Ana e à Bruna, por me orientarem com tamanha habilidade e respeito, desde a escolha do tema até a finalização deste volume. Sem vocês este trabalho estaria uma bagunça!

MERONI, Juliana das Chagas. **Estudo de validação sobre dificuldade visual autorrelatada entre estudantes dos cursos de graduação da Universidade Federal de Pelotas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

RESUMO

Os objetivos do estudo foram avaliar a prevalência de dificuldade visual autorrelatada entre acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas ingressantes em 2017/1, e realizar um estudo de validação de uma pergunta sobre dificuldade visual, através da aplicação da tabela de Snellen, em uma subamostra dos participantes, a fim de estabelecer a sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo para essa pergunta. Realizou-se um estudo transversal e a pergunta sobre dificuldade visual utilizada foi: “Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?”. Como padrão-ouro para o estudo de validação, a acuidade visual (AV) foi medida através da tabela de Snellen. Foram considerados portadores de AV diminuída aqueles com AV menor que 20/40, menor que 20/70 ou menor que 20/200 em qualquer olho. A prevalência de dificuldade visual autorrelatada foi de 37,3% (IC95%: 35,1-39,6) e a de AV menor que 20/40 em qualquer olho foi 6,9% (IC95%: 5,3-8,9). A pergunta apresentou sensibilidade de 71,4% (IC95%: 57,8-82,7), especificidade de 66,9% (IC95%: 63,4-70,2), valor preditivo positivo de 13,8% (IC95%: 10,0-18,3) e valor preditivo negativo de 96,9% (IC95%: 95,1-98,2). Os resultados indicaram uma alta prevalência de dificuldade visual autorrelatada entre jovens universitários. A pergunta mostrou sensibilidade e especificidade razoáveis, podendo ser utilizada como triagem para indicação de consulta com oftalmologista em estudos epidemiológicos com jovens adultos universitários.

Palavras-chave: sensibilidade e especificidade, transtornos da visão, inquéritos e questionários, acuidade visual.

MERONI, Juliana das Chagas. **Validation study on self-reported visual difficulty among undergraduate students of the Federal University of Pelotas.** 2017. Dissertation (Master Degree in Epidemiology) – Postgraduate Program in Epidemiology, School of Medicine, Federal University of Pelotas, 2018.

ABSTRACT

The objectives of the study were to evaluate the prevalence of self-reported visual difficulty among undergraduate students of the Federal University of Pelotas who entered the university in 2017/1, and to validate a question about visual difficulty, through the application of the Snellen chart, in a subsample of the participants in order to establish the sensitivity, specificity and positive and negative predictive values for this question. A cross-sectional study was carried out, and the question about visual difficulty was: "Do you have some difficulty to see up close and/or far?" As the gold standard, visual acuity (VA) was measured through the Snellen chart. Patients with VA less than: 20/40, 20/70 or 20/200 in any eye were considered to have reduced VA. The prevalence of self-reported visual difficulty was 37.3% (95%CI: 35.1-39.6) and VA less than 20/40 in any eye was 6.9% (95%CI: 5.3-8.9). The question showed sensitivity of 71.4% (95%CI: 57.8-82,7), specificity of 66.9% (95%CI: 63.4-70,2), positive predictive value of 13.8% (95%CI: 10.0-18.3), and negative predictive value of 96.9% (95%CI: 95,1-98,2). The results indicated a high prevalence of self-reported visual difficulty among university students. The question showed reasonable sensitivity and specificity and may be used for screening for ophthalmological evaluation in epidemiological studies in young university adults.

Keywords: sensitivity and specificity, vision disorders, surveys and questionnaires, visual acuity.

SUMÁRIO

1. PROJETO DE PESQUISA	8
2. ALTERAÇÕES REFERENTES AO PROJETO DE PESQUISA	92
3. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	96
4. ARTIGO ORIGINAL.....	122
5. NOTA PARA A IMPRENSA.....	142
6. ANEXO E APÊNDICES	
ANEXO – Parecer do aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Consórcio 2017/2018.....	148
APÊNDICE 1 – Questionário aplicado na Pesquisa do Consórcio 2017/2018 (versão impressa)	151
APÊNDICE 2 – Manual de Instruções.....	184
APÊNDICE 3 – Relatório de Campo	257
APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – acuidade visual.....	259
APÊNDICE 5 – <i>Check List</i> de Campo	260
APÊNDICE 6 – Texto de padronização de apresentação da pesquisa em salas de aula	261
APÊNDICE 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido geral	262
APÊNDICE 8 – Folder de encaminhamento	263

1. PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



PROJETO DE PESQUISA

**ESTUDO DE VALIDAÇÃO SOBRE DIFICULDADE VISUAL AUTORREFERIDA
ENTRE ESTUDANTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

Juliana das Chagas Meroni

Pelotas, RS

Setembro de 2017

Juliana das Chagas Meroni

**Estudo de validação sobre dificuldade visual autorreferida entre estudantes
dos cursos de graduação da Universidade Federal de Pelotas**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Ana Maria Baptista Menezes

Coorientadora: Bruna Gonçalves Cordeiro da Silva

Pelotas, RS

Setembro de 2017

Juliana das Chagas Meroni

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Mariângela Freitas da Silveira (examinadora)

Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a Ana Maria Baptista Menezes (orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, RS

Setembro de 2017

Resumo

MERONI, Juliana das Chagas. **Estudo de validação sobre dificuldade visual autorreferida entre estudantes dos cursos de graduação da Universidade Federal de Pelotas.** 2017. Projeto de dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

O presente trabalho está aninhado ao Consórcio de Mestrado da turma 2017/2018, o qual engloba trabalhos de pesquisa de 20 mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel. Este projeto foi elaborado tendo como objetivo principal a validação de uma pergunta sobre dificuldade visual entre estudantes universitários (18 a 40 anos de idade) com ingresso na Universidade Federal de Pelotas (UFPel) no primeiro semestre de 2017. Devido à ausência de indicação de exame oftalmológico de rotina para adultos jovens (18 a 40 anos), a não ser na presença de alguns fatores de risco, a identificação dos casos de deficiência visual através de uma pergunta simples, no lugar de exames de acuidade visual (AV), poderá ser de grande utilidade em estudos epidemiológicos com amostras grandes. Serão coletados dados de todos os estudantes que tenham ingressado na UFPel no primeiro semestre de 2017 e que estejam matriculados no segundo semestre letivo de seu curso. Para o estudo de validação da pergunta sobre dificuldade visual, serão selecionados de forma aleatória sistemática um total de 615 indivíduos para realizarem o teste de acuidade visual com a tabela de Snellen, aqui considerada o padrão-ouro para determinação da sensibilidade e especificidade. Além da validação, pretende-se estimar a prevalência de dificuldade visual autorreferida na população estudada e sua associação com idade, sexo e cor da pele. Os dados serão coletados em sala de aula através de questionário auto aplicado, exceto o teste de acuidade visual, que será conduzido por entrevistadores treinados e supervisionados por esta autora. Estima-se que a coleta de dados iniciará no mês de novembro de 2017, podendo-se estender até março de 2018, respeitando o calendário acadêmico da universidade. Após o trabalho de campo, os dados serão analisados e será elaborado um artigo científico a ser apresentado no final do ano, na defesa desta dissertação de Mestrado.

Palavras-chave: deficiência visual; estudo de validação; inquéritos e questionários; acuidade visual; universitários.

Abstract

MERONI, Juliana das Chagas. **Validation study on self-reported visual difficulty among the undergraduate students of the Federal University of Pelotas.** 2017. Research Project (Epidemiology Masters) - Postgraduate Program in Epidemiology, School of Medicine, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2017.

The present work is nested to the 2017/2018 Masters Consortium, which includes research studies of 20 Master students of the Postgraduate Program in Epidemiology from Federal University of Pelotas (UFPel). This project has been developed with the primary purpose of a question about validation visual difficulty among university students of UFPel in the first half of 2017. Due to the absence of indication of routine eye exam for young adults, except in the presence of some risk factors, the identification of cases of visual impairment through a simple question instead of AV tests, can be of great utility in epidemiological studies with large samples. Data will be collected for all students who have joined UFPel in the first half of 2017 and which are registered in the second half of your academic course. For the validation study of the question about visual difficulty a total of 615 individuals will be selected by a systematic randomized method to perform testing of visual acuity with Snellen chart, here considered the gold standard for determining the sensitivity and specificity. In addition to the validation, the study aim to estimate the prevalence of self-reported visual difficulty in the studied population and its association with age, gender and skin color. The data will be collected in the classroom through self-applied questionnaire, with the exception of the visual acuity test, which will be conducted by trained interviewers and supervised by this author. It is estimated that data collection will begin in November of 2017, and extend until March 2018, respecting the University academic calendar. After the field work, the data will be analyzed and a scientific paper draft will be produced by the end of 2018, to be presented at the Master's dissertation defense.

Keywords: visual impairment; validation study; surveys and questionnaires; visual acuity; University students.

Definição de termos e abreviaturas

AV	Acuidade visual
CID-10	Código Internacional de Doenças 10ª revisão
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ER	Erro(s) Refrativo(s)
ETDRS	Early Treatment Diabetic Retinopathy Study
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
LogMAR	Logarithm of the Minimum Angle of Resolution
NEI-VFQ-25	National Eye Institute Visual Function Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
RO	Razão de Odds
RP	Razão de Prevalência
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Lista de figuras e quadros

Figura 1. Modelo teórico conceitual	63
Figura 2. Tabela de Snellen.....	76
Quadro 1. Categorias de deficiência visual segundo CID-10, versão 2016.....	22
Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.	25
Quadro 3. Artigos de revisão e meta-análises sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.	46
Quadro 4. Estudos de validação de questionários sobre função visual.....	52
Quadro 5. Definição das variáveis de exposição.....	69
Quadro 6. Cálculo do tamanho de amostra para estudo de prevalência de dificuldade visual autorreferida.....	71
Quadro 7. Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à dificuldade visual.	72

Sumário

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 FREQUÊNCIA DE EXAMES OCULARES PERIÓDICOS	19
1.2 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL.....	20
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
2.1 BUSCA NA LITERATURA	23
2.2 ARTIGOS ORIGINAIS SELECIONADOS SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL.....	24
2.2.1 CARACTERÍSTICAS E PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ARTIGOS ORIGINAIS SELECIONADOS SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL.....	41
2.3 ARTIGOS DE REVISÃO E META-ANÁLISES SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL SELECIONADOS	45
2.3.1 CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS DOS ARTIGOS DE REVISÃO E META-ANÁLISES SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL SELECIONADOS	50
2.4 ARTIGOS DE VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAR FUNÇÃO VISUAL SELECIONADOS	51
2.4.1 CARACTERÍSTICAS E PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ARTIGOS DE VALIDAÇÃO SELECIONADOS	57
3. MARCO TEÓRICO	60
4. JUSTIFICATIVA	64
5. OBJETIVOS	65
5.1 OBJETIVOS GERAIS	65
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	65
6. HIPÓTESES	66
7. MÉTODOS	67
7.1 DELINEAMENTO	67
7.2 JUSTIFICATIVA PARA O DELINEAMENTO	67
7.3 POPULAÇÃO-ALVO.....	67
7.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	67
7.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	67
7.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	68
7.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO DESFECHO.....	68
7.5.1 DIFICULDADE VISUAL AUTORREFERIDA.....	68
7.5.2 ACUIDADE VISUAL PRESENTE	68
7.6 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS EXPOSIÇÕES	69
7.7 CÁLCULO DE TAMANHO DA AMOSTRA.....	70
7.7.1 CÁLCULO PARA ESTUDO DE VALIDAÇÃO	70

7.7.2	CÁLCULO PARA ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DIFICULDADE VISUAL AUTORREFERIDA.....	71
7.7.3	CÁLCULO PARA FATORES ASSOCIADOS.....	71
7.8	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	72
7.8.1	PROCESSO DE AMOSTRAGEM DO SUBESTUDO.....	72
7.9	ASPECTOS LOGÍSTICOS DO TRABALHO DE CAMPO.....	73
7.9.1	ASPECTOS LOGÍSTICOS DO SUBESTUDO.....	74
7.10	INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	74
7.10.1	INSTRUMENTO DE PESQUISA DO SUBESTUDO.....	75
7.11	ANÁLISE DOS DADOS.....	76
8.	ASPECTOS ÉTICOS	78
9.	CONTROLE DE QUALIDADE	79
10.	FINANCIAMENTO	80
11.	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	81
12.	CRONOGRAMA	82
	REFERÊNCIAS	83
	<u>APÊNDICES</u>	90
	Apêndice A. Perguntas sobre dificuldade visual.....	91
	Apêndice B. Ficha de avaliação da acuidade visual.....	92
	Apêndice C. Manual para teste de Acuidade Visual.....	93

1. INTRODUÇÃO

A acuidade visual pode ser definida como a quantificação da capacidade de discriminação de formas e contrastes, sendo um dos parâmetros que melhor exprime o desempenho da função visual. O funcionamento do sistema visual está relacionado à transmissão de luz pelas diferentes estruturas oculares chegando até a retina para, através das vias visuais, chegar ao córtex encefálico, onde ocorre a percepção deste estímulo luminoso. A percepção visual é a decodificação dos sinais recebidos e transformação destes em imagem, não dependendo apenas da chegada do estímulo visual ao córtex como também da cognição, ou seja, do entendimento do significado desta imagem. Alterações em quaisquer partes do sistema visual irão alterar a acuidade visual, assim como essa também pode ser afetada por estados emocionais, mentais e educacionais².

Segundo a versão do ano de 2016 do Código Internacional de Doenças (CID) e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as deficiências visuais podem ser divididas em deficiência leve ou ausente (visão normal), moderada, grave e cegueira³. Os limites de classificação encontram-se descritos no Quadro 1.

De acordo com a OMS, cerca de 4% da população mundial apresenta deficiência visual, sendo que 80% destes casos são considerados causas evitáveis. Além disso, aproximadamente 90% destes indivíduos vivem em países de renda baixa e média. Os erros refrativos são considerados a principal causa de deficiência visual e catarata a principal causa de cegueira⁴. A presença de deficiência visual tem impacto negativo em diversos aspectos da vida dos indivíduos. Estudos brasileiros mostraram a associação de baixa acuidade visual com baixo rendimento escolar em crianças⁵⁻⁸. Além disso, esta condição também já foi associada a transtornos depressivos e de ansiedade⁹ e a ideação suicida¹⁰.

Os erros refrativos, também chamados de ametropias ou vícios de refração, ocorrem quando há uma inadequação entre o comprimento axial do olho e seu sistema óptico, composto principalmente pela córnea e pelo cristalino, impedindo que a imagem se forme sobre a retina. É importante salientar que o cristalino é uma estrutura

flexível, tendo seu poder focal aumentado quando se necessita visão nítida para perto, o que ocorre através da contração muscular, processo esse chamado acomodação. A capacidade de acomodação é reduzida progressivamente ao longo da vida, sendo que, em torno dos 40 anos de idade, esta é cerca de apenas um terço da encontrada na infância e praticamente nula ao redor dos 60 anos de idade. A piora progressiva da visão para perto, decorrente desta perda da capacidade de acomodação, é chamada de presbiopia¹¹.

O diagnóstico de miopia, hipermetropia e astigmatismo - as principais ametropias encontradas em todas as faixas etárias - é realizado pelo oftalmologista através do exame de refração. A presença de erro refrativo não corrigido também pode ser sugerida quando ocorre uma melhora na acuidade visual através do uso do *pinhole*, ou orifício estenopéico, colocado à frente do olho para testar a acuidade visual^{11, 12}.

1.1 FREQUÊNCIA DE EXAMES OCULARES PERIÓDICOS

As recomendações para exames de triagem oftalmológica entre adultos, de acordo com a Sociedade Canadense de Oftalmologia, são divididas de acordo com a sintomatologia (sintomáticos ou assintomáticos) e com a presença de fatores de risco. Indivíduos de alto risco para doenças oculares (como diabetes, presença de catarata ou de glaucoma) e maiores de 40 anos de idade devem ser avaliados com intervalos menores. Para indivíduos de baixo risco e assintomáticos, aqueles com idade entre 19 e 40 anos, a indicação de triagem oftalmológica é a cada 10 anos, diminuindo progressivamente conforme aumento da faixa etária, chegando a cada 2 anos para aqueles com mais de 65 anos de idade. Há consenso de que o indivíduo deve ser avaliado, assim que possível, caso torne-se sintomático, ou seja, perceba mudança na acuidade visual, no campo visual ou outras alterações oculares¹³.

De forma semelhante, a Academia Americana de Oftalmologia recomenda que adultos devem realizar avaliações oftalmológicas a partir dos 40 anos de idade e, antes desta idade, a cada 5 a 10 anos para indivíduos assintomáticos ou se apresentarem algum sintoma ou fator de risco conhecido para doença ocular¹⁴.

A Sociedade Brasileira de Oftalmologia recomenda para os adultos de 30 a 40 anos um exame de dois em dois anos e, a partir dos 50 anos, exames anuais¹⁵. Não foram encontradas recomendações formais para a faixa dos 18 aos 30 anos de idades no Brasil. Em 2012, foi implantado no país o projeto Olhar Brasil que é uma ação conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação tendo como objetivo detectar e tratar alterações visuais, principalmente os erros refrativos, em estudantes do ensino fundamental e jovens e adultos em alfabetização¹⁶.

No ano de 1999, a OMS implementou mundialmente um programa chamado *Vision 2020*, que tem como finalidade eliminar os casos de cegueira evitável até o ano de 2020 em todo o mundo. Dentro desse contexto, a Organização Pan Americana de Saúde lançou o plano estratégico para os anos 2014 a 2019, adotado pelo Brasil, compreendendo 5 linhas estratégicas de ação: (1) políticas públicas de saúde visual, (2) saúde ocular universal de qualidade, (3) redução de cegueira e deficiência visual em adultos e (4) em crianças, e (5) redução do impacto negativo da cegueira e baixa visão em todos os grupos etários. Dentre estas linhas estratégicas, são priorizadas as crianças e os adultos maiores de 40 anos¹⁷.

1.2 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL

A avaliação da acuidade visual (AV) é um procedimento comum na prática oftalmológica, porém, são diversas as formas de obtenção desta medida e de seu registro, podendo levar a interpretações diferentes dependendo dos critérios empregados em cada estudo. A acuidade visual é obtida através da percepção de figuras ou símbolos pretos, chamadas de optotipos, impressas ou projetadas em fundo branco, de modo a se permitir maior contraste². Os optotipos apresentam tamanhos distintos e os menores possíveis de serem identificados e diferenciados representam a melhor acuidade visual do indivíduo. Os optotipos são construídos de forma padronizada e podem ser números, letras, desenhos ou símbolos¹⁸. As tabelas de optotipos mais amplamente utilizadas são a tabela “E” de Snellen e a tabela proposta por Bailey-Lovie¹⁹, sendo que a primeira é a mais comumente utilizada em estudos epidemiológicos, pois pode ser aplicada em analfabetos uma vez que os optotipos utilizados não são letras do alfabeto. Além desta, a tabela de Snellen também pode

ser usada com letras do alfabeto ou números, quando aplicadas em indivíduos alfabetizados.

Durante a avaliação, os olhos geralmente são examinados separadamente e o paciente é questionado sobre o reconhecimento dos optotipos e a acuidade visual determinada pela linha contendo os menores optotipos identificados. Geralmente, admite-se um erro de até dois optotipos em cinco para considerar a linha toda como a acuidade determinada¹⁸.

O registro da AV é mais comumente realizado de forma decimal ou fracionária, chamadas notações de Snellen. Quando expressa em forma de fração, o numerador utilizado representa a distância ao qual o optotipo está sendo posicionado em relação ao indivíduo e o denominador a distância que o olho normal perceberia aquele optotipo. A representação decimal corresponde diretamente à divisão do numerador pelo denominador da fração. A notação da acuidade visual pode ser feita usando medidas métricas ou pés. Sendo assim, a acuidade visual de 20/20 (pés) ou 6/6 (metros) pode ter a notação substituída por 1,0 e a acuidade de 20/200 ou 6/60, por 0,1 e assim por diante¹⁸. A AV também pode ser expressa em escala logarítmica, chamada logMAR (*logarithm of the minimum angle of resolution*) e não tem uma correspondência direta com a notação de Snellen (escala geométrica), porém, observa-se que os extremos podem ser associados, onde a acuidade de 20/20 equivale à linha zero da tabela logMAR e 20/200, à linha 10²⁰.

Quando o indivíduo não consegue distinguir o maior optotipo da tabela, é possível testar a visão contando dedos, uma vez que os dedos têm aproximadamente o mesmo tamanho do optotipo referente à AV 20/200 de Snellen. Sendo assim, se o indivíduo identifica o número de dedos mostrados pelo avaliador a 2 pés de distância, a acuidade visual equivale a 20/2000. Caso a AV seja ainda mais baixa, a detecção de estímulo visual é avaliada quanto a presença ou não de percepção luminosa²⁰.

Embora as medidas de AV sejam consideradas necessárias, elas não são suficientes para mensurar a capacidade funcional visual dos indivíduos. Com a finalidade de suprir esta deficiência de avaliação, desde 1980, diversos questionários sobre função visual autorreferida têm sido desenvolvidos, os quais, na sua maioria, consistem de itens sobre atividades específicas do cotidiano, a fim de avaliar a limitação às atividades diárias relacionadas com uma deficiência visual conhecida²¹.

Quadro 1. Categorias de deficiência visual segundo CID-10, versão 2016.

Categoria	Acuidade visual presente	
	Pior que:	Igual ou melhor que:
0. Deficiência visual leve ou ausente	-	6/18 3/10 (0,3) 20/70
1. Deficiência visual moderada	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
2. Deficiência visual severa	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400
3. Cegueira	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60* 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
4. Cegueira	1/60* 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)	Percepção luminosa
5. Cegueira	Sem percepção luminosa	
	Indeterminada ou inespecífica	

* ou conta dedos (CD) a 1 metro.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 BUSCA NA LITERATURA

As buscas realizadas na literatura tiveram como objetivos detectar, em um primeiro momento, artigos relacionados à prevalência de deficiência visual e suas principais causas. Após, foram buscados artigos relacionados a estudos de validação de perguntas ou questionários que tivessem como padrão ouro teste de acuidade visual.

Para a revisão bibliográfica sobre prevalência de deficiência visual e suas principais causas, foram buscados artigos nas bases Lilacs, Pubmed (MEDLINE) e Web of Science, entre os meses de maio e junho de 2017, utilizando os seguintes descritores em diversas pesquisas, acrescidos das expressões “epidemiologia” ou “epidemiology” e “prevalência” ou “prevalence”: erros de refração, errores de refracción, refractive errors, acuidade visual, agudeza visual, visual acuity, transtornos da visão, transtornos de la visión, visual disorders. A busca nas bases foi restrita a estudos publicados nos últimos 10 anos, porém também foram incluídos nesta revisão estudos encontrados através das referências bibliográficas dos artigos lidos.

Ademais, para estudos de validação, foi realizada a busca nas bases Lilacs, Pubmed (MEDLINE) e Web of Science, durante o mês de julho de 2017, utilizando os seguintes descritores em diversas pesquisas: estudos de validação, estudios de validación, validation studies, testes visuais, pruebas de visión, vision tests, inquéritos e questionários, encuestas y cuestionarios, survey and questionnaires, acuidade visual, agudeza visual e visual acuity. Não foi realizada restrição por período. Foram excluídos estudos que continham, no título, populações com patologias específicas, como catarata, glaucoma e retinopatia diabética.

2.2 ARTIGOS ORIGINAIS SELECIONADOS SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL

Foram incluídos na revisão 50 artigos originais de delineamento transversal sobre prevalência de deficiência visual e erros refrativos (ER) não corrigidos, publicados entre 1998-2016 (Quadro 2).

Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Crítérios utilizados	Principais resultados
Lee, 1998 ²²	Estados Unidos	Comparar a prevalência de AV não corrigida para longe entre hispânicos e não-hispânicos (base populacional). Estudo NHANES I.	5.061 indivíduos. Idade entre 25-74 anos.	Deficiência visual leve: AV não corrigida 20/50-20/80 Deficiência moderada: AV não corrigida 20/100-20/160 Deficiência severa: AV não corrigida ≤20/200	As prevalências de deficiência visual variaram de 18% em porto riquenhos a 32% em brancos não hispânicos, sendo maior no sexo feminino, com RO variando entre 1,1 e 2,1 entre as diversas categorias de etnias.
Casson, 2007 ²³	Myanmar	Estimar a prevalência e as causas de deficiência visual no distrito rural de Meiktila, em Myanmar.	2.481 indivíduos. Idade ≥40 anos.	Baixa visão: AV entre 3/18 e 3/60 Cegueira: AV presente <3/60 no melhor olho.	A prevalência de deficiência visual presente foi 40% (IC95% 36,1-44,7) e de cegueira presente foi 8% (IC95% 6,5-9,9). Com <i>pinhole</i> , as prevalências correspondentes foram de 26,8% (IC95% 23,5-30,1) e 5,3% (IC95% 4,0-6,6). Catarata, ER não corrigido e glaucoma foram as causas mais comuns de deficiência visual. Houve associação com maior idade, sexo feminino (RO 1,4), trabalho manual e menor escolaridade.
Dineen, 2007 ²⁴	Paquistão	Estimar a prevalência e causas de deficiência visual em adultos no Paquistão e explorar suas variações sociodemográficas.	16.507 indivíduos. Idade ≥30 anos.	Cegueira: AV presente <3/60 no melhor olho; Deficiência visual moderada: AV entre 6/18 e 6/60	Catarata foi a causa mais comum de cegueira (52%). Para deficiência visual moderada, ER foi a causa mais comum (43%), seguida por catarata (42%). ER, como causa de deficiência visual severa ou cegueira, foi maior na população rural do que na urbana (RO 3,5; IC95% 1,1 – 11,7).

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Oye, 2007 ²⁵	Camarões	Estimar a prevalência e as causas de cegueira e deficiência visual na população maior de 40 anos da área urbana de Limbe.	2.215 indivíduos. Idade ≥40 anos.	Deficiência visual: AV presente <6/18 a ≥6/60 no melhor olho Deficiência severa: AV presente <6/60 a ≥3/60 no melhor olho -Cegueira: AV presente <3/60 no melhor olho	A prevalência de cegueira bilateral foi 1,1% (IC95%: 0,7-1,5%), deficiência visual severa 0,3% (IC95%: 0.1-0.6%) e 3,0% (IC95%: 1,0-4,0%) deficiência visual. Catarata foi a principal causa de deficiência visual severa (43%) e deficiência visual (48%). Cegueira e deficiência visual severa não tiveram associação com idade; sexo feminino apresentou associação com deficiência visual bilateral (RP: 1,9)
Liang, 2008 ²⁶	China	Estimar a prevalência e as causas de baixa visão e cegueira em uma população rural no norte da China.	6.830 indivíduos. Idade ≥30 anos.	Baixa visão: AV presente ≤20/60 a ≥20/400 no melhor olho Cegueira: AV presente <20/400 no melhor olho	A prevalência de cegueira bilateral foi 0,6% e de baixa visão bilateral 4,7%. Cegueira e baixa visão tiveram forte associação com maior idade. Catarata foi a causa predominante de cegueira (36,6%), enquanto ER hipocorrigido de baixa visão presente (78,4%).
Rabiu, 2008 ²⁷	Nigéria	Determinar um baseline para o monitoramento e avaliação do programa "The Kaduna State of Nigeria Eye Care Programme" (KSECP).	8.400 indivíduos de todas as idades.	Deficiência visual: AV<6/18	A prevalência de cegueira foi de 0,6% (IC95%: 0,4-0,8%) e de baixa visão foi 3,2% (IC95%: 2,8-3,6%). As principais causas de cegueira foram catarata (38%), glaucoma (22%) e ER (8,1%).

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Crítérios utilizados	Principais resultados
Rahi, 2008 ²⁸	Inglaterra	Estimar a prevalência de deficiência visual por ER não diagnosticado e sua associação com a qualidade de vida relacionada à visão (VRQOL), saúde geral e condições sociais.	9.271 membros de uma coorte de nascimentos. Idade 44-45 anos	ER não diagnosticado: AV presente ≥ 0.2 logMAR com 2 linhas de melhora na AV com <i>pinhole</i> , naqueles sem tratamento óptico.	1,6% indivíduos apresentavam ER não diagnosticado e 38% ER diagnosticado. 18% dos não diagnosticados foram classificados como deficiência visual. ER não diagnosticado teve associação com ocupação manual e estado civil.
Varma, 2008 ²⁹	Estados Unidos	Estimar a prevalência de acordo com sexo e idade e indicadores de risco para erro refrativo não corrigido.	6.129 indivíduos de origem latina. Idade ≥ 40 anos.	2 definições de ER não corrigido: Definição 1: AV no melhor olho $< 20/40$ e melhora para AV $\geq 20/40$ após refração. Definição 2: AV no melhor olho $< 20/40$ e melhora ≥ 2 linhas após refração.	A prevalência ER não corrigido pela definição 1 foi 8,9% e pela definição 2 foi 9,6%. Idades mais velhas, 12 anos de educação, e falta de Seguro de saúde foram indicadores para ER não corrigido.
Verrone, 2008 ³⁰	Argentina	Estimar a prevalência de baixa acuidade visual e suas causas em crianças, na cidade de Santa Fé.	177 escolares. Idade = 6 anos.	Normal: AV 0,8-1 em ambos olhos ou $< 0,2$ de diferença entre os olhos -Baixa visão: AV $\leq 0,7$ em ambos olhos ou diferença $> 0,2$ entre os olhos.	Prevalência de baixa acuidade visual foi de 10,7%. Os vícios de refração foram a única causa de baixa acuidade visual, predominando o astigmatismo.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Crítérios utilizados	Principais resultados
Wong, 2008 ³¹	Singapura	Estimar a prevalência e causas de baixa visão e cegueira em uma população Malaia.	3.280 indivíduos. Idade entre 40-79 anos.	Definição Americana: Baixa visão: <20/40 a >20/200 no melhor olho Cegueira: AV presente ≤20/200 no pior olho	Prevalência de cegueira bilateral foi 0,3% e baixa visão bilateral 4,4%. Após melhor correção óptica, diminuíram para 0,1% e 1,0%, respectivamente. Catarata foi a principal causa de cegueira unilateral (39%) e bilateral (65%), enquanto ER não corrigido foi de baixa visão unilateral (69%) e bilateral (52%). Os desfechos tiveram associação com sexo feminino.
Rosman, 2009 ³²	Singapura	Estimar a prevalência e fatores de risco para erro refrativo não corrigido em uma população urbana adulta.	3.280 indivíduos. Idade entre 40-79 anos.	(Tabela logMAR numérica a 4 metros) ER não corrigido: melhora de, no mínimo, 2 linhas comparado à AV presente.	A prevalência de ER não corrigido foi 20%, sendo 22% entre mulheres e 19% em homens; mais comum em indivíduos ≥50 anos (23%). A prevalência de ER não corrigido foi maior em não usuários de óculos (24%) do que em usuários (14%) e em indivíduos com escolaridade mais baixa (RP: 1,9).
Oliveira, 2009 ³³	Brasil	Avaliar os erros refrativos como causa de deficiência visual em crianças escolares da região de Botucatu, São Paulo.	4.623 crianças. Idade entre 4-10 anos.	(Snellen a 5 metros) Visão subnormal: AV <0,3 e ≥0,5 Cegueira: AV <0,05	8% das crianças triadas necessitaram avaliação oftalmológica, das quais houve prevalência de 63% de astigmatismo hipermetrópico, 16% astigmatismo miópico, 13% astigmatismo, 5% hipermetropia e 3,7% miopia. Foram prescritas lentes corretivas para 49% das crianças avaliadas.
Edussuryia, 2009 ³⁴	Sri Lanka	Estimar a prevalência e causas de deficiências visuais não corrigidas em um distrito do Sri Lanka.	1.375 indivíduos. Idade ≥40 anos.	Deficiência visual: AV <6/18 no melhor olho, com melhor correção. Cegueira: AV <3/60 no melhor olho, com melhor correção.	Prevalência de cegueira foi 1,1% e de deficiência visual foi 5,9%. Catarata e degeneração macular relacionada à idade (DMRI) foram as principais causas de deficiência visual.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Crítérios utilizados	Principais resultados
Kyari, 2009 ³⁵	Nigéria	Estimar a prevalência de cegueira e deficiência visual entre adultos da Nigéria.	15.027 indivíduos. Idade ≥40 anos.	Cegueira: AV <20/400 no melhor olho; Deficiência visual severa: AV presente entre 20/200 e 20/400	Prevalência de cegueira foi 4,2% (IC95% 3,8-4,6%) e de deficiência visual severa foi 1,5% (IC95% 1,3-1,7%). Cegueira foi associada com aumento da idade, sexo feminino, baixa escolaridade e residir ao norte.
Lamoureux, 2009 ³⁶	Singapura	Determinar o impacto da miopia e hipermetropia na função visual de uma população urbana Malaia.	2.912 indivíduos. Idade entre 40-80 anos.	(Tabela logMAR numérica a 4 metros) ER não corrigido: ≥2 linhas de diferença entre AV presente e corrigida	Prevalência de hipermetropia corrigida foi 15% e não corrigida 7,3%. Miopia corrigida em 11% e não corrigida 4,5%. Apenas miopia não corrigida foi associada à pior função visual.
Marmamula, 2009 ³⁷	Índia	Investigar a prevalência de ER não corrigido, presbiopia e cobertura de correção óptica, usando uma metodologia de acesso rápido em um distrito da Índia.	3.203 indivíduos. Idade entre 15-50 anos.	AV não corrigida, corrigida e com <i>pinhole</i> , medidas com tabela logMAR a uma distância de 4 metros. ER não corrigido: AV presente <6/12 e que melhora para 6/12 ou melhor com <i>pinhole</i>	Prevalência de ER não corrigido ajustado para idade e sexo causando deficiência visual no melhor olho foi 2,7% (IC95% 2,1-3,2%). A cobertura de correção óptica para ER foi de 29%.
Nowak, 2009 ³⁸	Polônia	Estimar a prevalência de deficiência visual corrigível e não-corrigível em uma amostra de homens de um serviço militar.	969 homens brancos. Idade entre 18-34 anos.	Deficiência visual: AV <20/40 em um ou ambos olhos. Deficiência visual não corrigível: deficiência visual que não é eliminada por correção óptica	Deficiência visual teve associação com aumento de idade. Prevalência de 13% de deficiência visual em pelo menos um olho. Deficiência visual não corrigível foi encontrada em 1,2% dos indivíduos, sendo ambliopia a principal causa (67%). Deficiência visual corrigível foi encontrada em 12% dos pacientes, sendo a miopia o ER mais frequente (76%).

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Crítérios utilizados	Principais resultados
Schellini, 2009 ³⁹	Brasil	Descrever a prevalência e as causas de deficiência visual em crianças e adultos em Botucatu, São Paulo.	2.454 indivíduos. Idade entre 1-91 anos.	(Tabela de Snellen a 5 metros) Baixa visão: AV presente <6/18 a ≥3/60 no melhor olho Cegueira: AV presente <3/60 no melhor olho. Deficiência visual: baixa visão e cegueira.	Baixa visão e cegueira presentes foram encontradas em 5,2% (IC95% 4,3-6,1%) e 2,2% (IC95%: 1,6-2,8%), respectivamente. ER foram responsáveis por 97% dos casos de deficiência visual em menores de 20 anos e 90% entre 21-50 anos. O odds de deficiência visual foi maior nas mulheres em relação aos homens (RO 1,5. IC95%1,1-2,3), naqueles entre 21-50 em relação aos com 20 ou menos (RO 1,7. IC95% 0,6-4,5) e naqueles de etnia afro-brasileira, em relação aos de etnia europeia (RO 1,5. IC95% 0,74-2,8).
Landers, 2010 ⁴⁰	Austrália	Descrever a prevalência e causas de deficiência visual e cegueira entre australianos indígenas.	1.883 indivíduos indígenas. Idade ≥20 anos.	(Tabela de Snellen a 3 metros) Deficiência visual: AV <6/12 no melhor olho Cegueira: AV<6/60 no melhor olho ER como causa da deficiência visual: melhora >1 linha após correção.	19% apresentavam deficiência visual bilateral (sendo 25,1% desses com 40 anos ou mais) e 2,8% cegueira bilateral (3,6% desses com 40 anos ou mais). Erro refrativo foi a principal causa, seguido por catarata. Outras causas: retinopatia diabética e opacidade corneana tracomatosa.
Nakamura, 2010 ⁴¹	Japão	Descrever a prevalência e causas de baixa visão e cegueira em adultos de uma área rural.	3.762 indivíduos. Idade ≥40 anos.	- Baixa visão: AV com melhor correção entre 20/60 e 20/400; - Cegueira: AV < 20/400.	Prevalência de baixa visão bilateral foi 0,6% (IC95%: 0,38-0,89%) e a principal causa foi catarata (0,1%). Prevalência de cegueira bilateral foi 0,4% e as principais causas foram retinose pigmentar (0,2%) e glaucoma (0,1%). Deficiência visual teve associação com sexo feminino (RO 7,37; IC95% 2,2-24,71) e baixo peso corporal (RO 0,94; IC95% 0,9-0,99).

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Brian, 2011 ⁴²	Fiji	Descrever os erros refrativos, presbiopia e suas correções entre adultos em Fiji.	1.381 indivíduos. Idade ≥ 40 anos.	(Tabela Snellen 6 metros) Baixa visão: AV $\geq 6/60$ e $< 6/18$ -Cegueira: AV presente $< 6/60$ Deficiência visual: cegueira e baixa visão. ER hipocorrigido: AV presente $< 6/18$ melhora para $\geq 6/18$ com <i>pinhole</i>	89% apresentavam AV binocular presente maior ou igual a 6/18. 5,7% apresentavam deficiência visual por ER. 6,1% apresentavam ER não corrigido ou hipocorrigido.
Ezelum, 2011 ⁴³	Nigéria	Estimar a prevalência e tipos de erro refrativo e taxa de uso de óculos entre adultos na Nigéria.	13.599 indivíduos. Idade ≥ 40 anos.	Deficiência visual leve: AV entre 6/12 e 6/18; Deficiência visual moderada: AV entre 6/18 e 6/60; -Deficiência visual severa: AV entre 6/60 e 3/60; Cegueira: AV menor que 3/60.	ER não corrigido foi responsável por 78% dos casos de deficiência visual leve, 57% de deficiência moderada, 11% de deficiência severa e 1,4% de cegueira. Prevalência de miopia foi 18%. O uso de óculos melhorava a visão de 16%, mas somente 7,8% dos indivíduos os usavam no momento do exame.
Lindquist, 2011 ⁴⁴	Fiji	Estimar a prevalência de erros refrativos não corrigidos e sua associação com gênero, idade, etnia e local de residência, em escolares de Fiji.	8.201 estudantes. Idade entre 12-20 anos.	(Tabela logMAR a 4 metros) Normal: AV presente $\geq 6/12$ ER corrigido: AV sem correção $< 6/12$ que melhora para $\geq 6/12$ com seus óculos ER não corrigido: melhora de AV $< 6/12$ para $\geq 6/12$ com <i>pinhole</i> Baixa visão: AV presente $< 6/18$ e não melhora com <i>pinhole</i> .	A prevalência de ER foi de 2%. Indianos apresentaram mais chance (RO 5,9) de ER comparados aos naturais de Fiji. A prevalência de ER não corrigido foi 0,9% em estudantes de Fiji; moradores de área rural apresentaram mais ER não corrigido (RO 3,3). A chance de apresentar ER não corrigido diminuiu em 20% a cada ano de aumento na idade. Sem associação com sexo.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Uribe, 2011 ⁴⁵ .	Estados Unidos	Estimar a prevalência de erro refrativo e proporção de ER não corrigido e seus fatores associados em adultos latinos. Projeto VER.	4.509 indivíduos. Idade ≥40 anos.	(Tabela ETDRS a 3 metros) - ER não corrigido: (def.1): melhora ≥2 linhas em pelo menos 1 olho - (def.2): melhora ≥2 linhas nos 2 olhos.	A prevalência de ER em pelo menos um olho foi de 64% e 51% nos dois olhos. Entre os pacientes com ER em pelo menos um olho, 35% tinham ER não corrigido (22% do total da amostra); entre aqueles com ER bilateral, 19% era não corrigido. Houve associação com menor nível educacional, baixa renda familiar e última visita a serviço de saúde há mais e um ano.
Budenz, 2012 ⁴⁶	Gana	Descrever a prevalência, causas e fatores de risco para cegueira e deficiência visual entre adultos de área urbana, na África ocidental.	5.603 indivíduos. Idade ≥40 anos.	(Tabela logMAR a 4 metros) Normal: AV presente ≥20/40 Deficiência visual leve: AV presente <20/40 a ≥20/60 Deficiência moderada: AV presente <20/60 e ≥20/200 Deficiência severa: AV presente <20/200 e ≥20/400. Cegueira: AV presente <20/400	A prevalência de deficiência visual foi 17% e de cegueira, 1,2%. Após correção óptica, a prevalência diminuiu para 6,7% e 0,8%, respectivamente, sugerindo que ER é a maior causa de deficiência visual e cegueira nesta população.
Emamian, 2012 ⁴⁷	Irã	Descrever a prevalência de ER não corrigido e o papel da desigualdade econômica como determinante desta condição, no Irã.	5.190 indivíduos. Idade entre 40-64 anos.	(Tabela logMAR a 4 metros) ER não corrigido (unmet need): AV presente < 0,3 logMAR no melhor olho e melhora ≥0,2 logMAR com melhor correção.	A prevalência de ER não corrigido foi de 5,7%, mais prevalente em mulheres (6,5%) do que em homens (4,6%). Houve uma diferença de 20% entre grupos de maior e menor nível econômico.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Crítérios utilizados	Principais resultados
Hashemi, 2012 ⁴⁸	Irã	Descrever a prevalência de deficiência visual por idade e gênero em Shahroud, Irã.	5.190 Indivíduos. Idades entre 40-64 anos.	(Tabela logMAR a 4 metros) Baixa visão: AV <20/60 a ≥20/400 no melhor olho Cegueira: AV <20/400 no melhor olho.	A prevalência de baixa visão foi 1,8% (IC95% 1,4-2,1%) e cegueira 0,5% (IC95% 0,3-0,7%). Com correção, as prevalências foram 0,5 (IC95% 0,1-0,4%) e 0,3 (IC95% 0,1-0,7%), respectivamente. Deficiência visual aumentou com a idade em mulheres. Erros refrativos não corrigidos (64%) foi a principal causa de deficiência visual presente.
Li, 2012 ⁴⁹	China	Descrever a prevalência de deficiência visual em uma população rural no norte da China.	20.072 indivíduos. Idade ≥7 anos.	(Tabela logMAR 3 metros) Baixa visão: AV presente ≤20/60 a ≥20/400 Cegueira: AV presente < 20/400. Deficiência visual > baixa visão e cegueira.	Prevalências de cegueira e deficiência bilaterais presentes foram de 0,3% e 2,4% respectivamente na população geral e de 0% e 0,5% em indivíduos entre 7 e 39 anos de idade, respectivamente. Prevalências de cegueira e baixa visão foram maiores entre mulheres e aumentaram com a idade naqueles com 40 anos ou mais.
Marmamula, 2012 ⁵⁰	Índia	Avaliar a prevalência de erros refrativos não corrigidos, presbiopia e cobertura de óculos, usando uma metodologia de avaliação rápida de deficiência visual (RAVI), no sul da Índia.	1.560 indivíduos. Idade ≥40 anos.	(Tabela de Snellen a 6 metros) - ER não corrigido: AV presente <6/18 e melhora para ≥6/18 com <i>pinhole</i>	16% apresentavam ER, sendo que 71,6% destes estavam não corrigidos. Não houve associação com idade, gênero e nível educacional.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Nangia, 2012 ⁵¹	Fiji	Estimar a prevalência e causas de cegueira e baixa visão, em Fiji.	1.381 indivíduos. Idade ≥40 anos.	- Deficiência visual: AV presente <6/18 no melhor olho. - ER hipocorrigido: melhora ≥2 linhas com melhor correção.	A prevalência ajustada para etnia, gênero, idade e domicílio foi de 2,6% (IC95% 1,7-3,4%) para cegueira e de 7% (IC95% 5,9-8,6%) para baixa visão. Idade maior que 70 anos foi fator de risco para cegueira. Para deficiência visual, os fatores de risco foram sexo feminino, idade maior e etnia Indo-fijiana. Catarata foi a principal causa de cegueira (71%), e ER não corrigido (63%) de baixa visão.
Zhang, 2012 ⁵²	China	Descrever a prevalência e as causas de cegueira e baixa visão em áreas rurais em uma província da China, entre 2008 e 2009.	10.384 indivíduos de todas as idades	(Tabela logMAR 4 metros) Cegueira: AV <3/60 com melhor correção. Baixa visão binocular: AV <18/60 e ≥3/60 com melhor correção.	As prevalências ajustadas para a idade foram de 0,7% (IC95% 0,5-0,8%) para cegueira bilateral e 1,7% (IC95% 1,4-1,9%) para baixa visão bilateral. Houve associação com idade avançada e com baixa escolaridade. As principais causas para cegueira e baixa visão foram catarata e ER. Sexo feminino foi fator de risco para baixa visão binocular.
Marmamula, 2013 ⁵³	Índia	Comparar o estudo Andhra Pradesh Eye Disease Study (APEDS), realizada entre 1996-2000 com o estudo Rapid Assessment of Refractive Errors (RARE), realizado 10 anos após, com relação à prevalência de deficiência visual, ER não corrigido e uso de óculos.	RARE: 3.095 e APEDS 1.232 indivíduos. Idade entre 15-49 anos.	Deficiência visual: AV presente <20/40 no melhor olho. ER não corrigido: AV presente <20/40 melhorando para ≥20/40 com <i>pinhole</i> .	A prevalência de deficiência visual diminuiu de 10% (IC95% 7,7-11,1%) no APEDS para 3% (IC95% 2,1-3,3%) no RARE. A prevalência de ER não corrigido no melhor olho diminuiu de 6% (IC95% 4,5-7,1%) para 2% (IC95% 1,8-2,8%). O uso de óculos aumentou de 7% (IC95% 5,2-8,0%) para 10% (IC95% 8,7-10,7%).

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Marmamula, 2013 ⁵⁴	Índia	Descrever a prevalência e causas de deficiência visual em uma população urbana e rural, no sul da Índia.	7.378 indivíduos. Idade ≥40 anos.	Cegueira: AV presente <6/60 no melhor olho; Deficiência visual moderada: AV presente <6/18 a 6/60 no melhor olho.	Prevalência de deficiência visual ajustada para idade e sexo foi 14% (IC95% 13,5-15%). A principal causa foram ER (48%) e catarata (44%). A deficiência visual aumentou com a idade. Indivíduos sem educação tiveram risco 2 vezes maior de deficiência visual comparado aqueles com educação. Não teve associação entre gênero e o desfecho.
Nangia, 2013 ⁵⁵	Índia	Descrever a prevalência de deficiência visual em área rural central da Índia.	4.711 indivíduos. Idade ≥30 anos.	Deficiência visual: AV presente <20/60 e ≥20/400 Cegueira: AV presente <20/400 no melhor olho ER hipocorrigido: melhora ≥2 linhas com melhor correção óptica.	Prevalência de deficiência visual ajustada para idade foi 17% e 67% desses melhorava com correção óptica, sendo ER não corrigido a causa principal de deficiência visual e cegueira.
Robinson, 2013 ⁵⁶	Canadá	Estimar a prevalência de deficiência visual devido a ER não corrigido.	768 indivíduos. Idade ≥40 anos.	Realizado AV com melhor correção para aqueles com AV presente <20/25. Deficiência visual: AV <20/40 no melhor olho.	Prevalência de deficiência visual foi 3% (IC95% 1,8-4%), sendo que 72% era corrigido com refração. Houve associação com aumento na idade (RO 3,6; IC95% 1,2-10,4; ≥65 anos comparados a 39-64 anos), e com tempo desde a última consulta (RO 4,9; IC95% 1,2-20,3; ≥5anos comparado com ≤2anos).

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Ferraz, 2014 ⁵⁷	Brasil	Descrever a reversão da deficiência visual e cegueira na população corrigindo erros refrativos e as possíveis associações entre RE e características individuais.	7362 indivíduos. Idade entre 1-90 anos.	Normal: AV \geq 0,15logMAR (0,7 Snellen sem correção óptica -Deficiência visual moderada: AV entre 0,15 logMAR e 0,5logMAR (0,3 Snellen); -Deficiência visual severa: AV entre 0,5 logMAR e 1,3 logMAR (0,05 Snellen); -Cegueira: AV $>$ 1,3 logMAR	Inicialmente, 70% apresentaram visão normal, 15% moderada dificuldade visual, 10% severa dificuldade visual e 4% cegueira. Prevalência total de ER não corrigido foi 14%. Entre aqueles com 20-29 anos, 7% dos indivíduos classificados como deficientes visuais saíram desta categoria após correção óptica.
Pan, 2014 ⁵⁸	Singapura	Descrever as variações étnicas na prevalência e fatores de risco para ER hipocorrigidos e seu impacto na função visual.	10.033 indivíduos. Idade \geq 40 anos.	ER hipocorrigido: melhora de \geq 2 linhas na AV com melhor correção comparado a AV presente no melhor olho, quando AV $<$ 20/40 no melhor olho.10.033	A prevalência total de ER hipocorrigido variou entre 20-25% e foi mais prevalente em não usuários de óculos ou lentes de contato do que em usuários (RP 2,1 – 3,1), e em mulheres (RP 1,02-1,19). Também houve associação com aumento da idade, raça indiana, menor nível de educação, moradia mais pobre.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Qiu, 2014 ⁵⁹	Estados Unidos	Identificar fatores de risco para ER inadequadamente corrigido.	12.758 indivíduos. Idade ≥12 anos.	Deficiência visual que não melhora com correção: AV presente ≤20/50 e não melhora com melhor correção ER hipocorrigido: AV presente ≤20/50 e melhora para ≥20/40 com melhor correção, em usuários de óculos ou lentes de contato ou não usuários.	No total, 48% dos indivíduos não necessitavam correção para ER para chegar a AV 20/40 ou melhor. 1,4% não chegava a 20/40 mesmo com melhor correção. 44% já tinham correção com a qual chegavam a 20/40 ou melhor. 3% estavam hipocorrigidos e 3% tinham ER não corrigido. A prevalência de ER não corrigidos foi maior na faixa entre 12-19 anos (9%), seguida por 6% na faixa entre 20-39 anos. As desigualdades raciais na correção dos erros refrativos foram mais pronunciadas naqueles com menos de 20 anos de idade.
Rim, 2014 ⁶⁰	Coreia	Descrever a prevalência e fatores de risco para deficiência visual e cegueira na Coreia.	14.924 indivíduos. Idade ≥40 anos.	Deficiência visual: AV ≤ 20/40 Cegueira: AV ≤20/200	Prevalência de deficiência visual foi 4% (IC95% 3,6-4,6%) e de cegueira 0,2% (IC95% 0,1-0,3%). Indicadores de risco para os desfechos foram: aumento da idade, baixa educação, morar em zona rural, estar desempregado, ser solteiro e não ter seguro de saúde.
Rius, 2014 ⁶¹	Espanha	Estimar a prevalência de deficiência visual e cegueira entre adultos.	213.626 indivíduos. Idade ≥15 anos.	Deficiência visual autorreferida (cegueira, deficiência visual para longe e deficiência visual para perto)	0,2% apresentavam cegueira, maior em mulheres (RP 1,13) e 2% deficiência visual, também maior em mulheres (RP 1,76). Desigualdades regionais foram observadas, correlacionadas com renda regional e permaneceram após ajuste para idade e nível educacional.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Wilson, 2014 ⁶²	Estados Unidos	Estimar as diferenças de deficiência visual entre imigrantes e nativos.	17.616 indivíduos. Idade ≥12 anos.	Normal: AV presente ≥20/25AV suficiente para licença para dirigir: AV ≥20/40Cegueira legal: AV≤20/200 no melhor olho.	Imigrantes usando lentes corretivas tiveram uma RO ajustada de 0,65 (IC95% 0,48-0,88) de ter AV 20/20 comparados aos nativos; entre não usuários, a RO ajustada para AV 20/40 ou melhor foi 0,54 (IC95% 0,39-0,74). Imigrantes tiveram odds 3,5 (IC95% 1,52-7,83) vezes maior de cegueira do que os nativos, após ajuste para fatores confundidores.
Abdullah, 2015 ⁶³	Paquistão	Estimar a prevalência de ER não corrigido em uma região rural.	917 indivíduos. Idade ≥30 anos.	Deficiência visual: AV presente <20/60 e ≥20/400 Cegueira: AV presente <20/400 no melhor olho Deficiência causada por ER: AV presente<20/60 em indivíduos com ER	A prevalência de ER não corrigido foi de 23,9% em homens e 20% em mulheres. A prevalência do desfecho aumentou com a idade. Hipermetropia foi o ER mais comum (10,14%)20 seguido pela miopia (6,0%) e astigmatismo (5,6%). Baixa acessibilidade foi a barreira mais comum para o uso de óculos, seguido pelo desconhecimento.
Li, 2015 ⁶⁴	China	Estimar a prevalência e as causas de deficiência visual e cegueira na província de Shanxi.	75.016 indivíduos. Idade entre 0-80 anos.	Deficiência visual: AV <6/18 no melhor olhoCegueira: AV com melhor correção <3/60 no melhor olho.	A prevalência de deficiência visual e cegueira foi de 0,6%, sendo maior entre mulheres (RP 1,3)N. A causa mais comum foi catarata (44,9%). ER foram responsáveis por 5% dos casos.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Nowak, 2015 ⁶⁵	Polônia	Estimar a prevalência e causas de deficiência visual e cegueira entre adultos na cidade de Lodz.	1.107 idosos	Baixa visão: AV com melhor correção <20/40 e > 20/200 no melhor olho. Cegueira: AV com melhor correção ≤20/200 em ambos os olhos.	A prevalência de deficiência visual foi 28% no pior olho. Houve associação com aumento da idade (RO 0,98; IC95% 0,97-0,99) e sexo feminino (RO 1,47; IC95% 1,11-1,93). Não foi encontrada associação entre nível socioeconômico e deficiência visual.
Ribeiro, 2015 ⁶⁶	Brasil	Descrever a prevalência de baixa acuidade visual e suas causas em estudantes do ensino público de Belo Horizonte/MG.	1.452 alunos entre 5-19 anos.	Baixa AV (triagem): AV<0,7 (ou 20/30)	Da amostra total 10% apresentaram baixa AV à triagem. 72,5% dos encaminhados à consulta oftalmológica apresentaram indicação de correção visual. Os astigmatismos miópico simples e composto foram os diagnósticos mais relacionados à prescrição de óculos.
Hoeg, 2016 ⁶⁷	Dinamarca	Descrever a prevalência e as causas de deficiência visual em uma população dinamarquesa.	3.843 indivíduos. Idade entre 20-94 anos.	Deficiência visual: AV com melhor correção <20/40 no melhor olho.	A prevalência de deficiência visual foi de 0,4% (IC95% 0,2-0,7%) na população total do estudo, 0,6% (IC95% 0,2-0,7%) entre indivíduos acima de 50 anos e 4% (IC95% 2,1-6,5%) acima dos 80 anos de idade.
Sánchez,, 2016 ⁶⁸	México	Identificar alterações na AV de estudantes de medicina através da medida de acuidade visual.	308 alunos de medicina. Idade entre 19-28 anos.	Deficiência visual moderada: AV <20/60 e >20/200 Deficiência visual severa: AV <20/200 e >20/400 Cegueira: AV <20/400	88% apresentaram AV normal e 12% com déficit de AV. Menos que 1% apresentou diminuição severa da AV em ambos os olhos.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 2. Estudos transversais sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

(Autor, ano de publicação)	País	Objetivo principal	Amostra	Critérios utilizados	Principais resultados
Abokyi, 2016 ⁶⁹	Gana	Estimar a prevalência de deficiência visual atribuível a ER e outras causas em uma população jovem de Gana.	3.437 universitários. Idade entre 16-39 anos.	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiência visual leve: AV presente <6/12-6/18 no melhor olho - Deficiência visual moderada: AV presente <6/18-6/60 no melhor olho - Deficiência visual severa: AV presente <6/60-3/60 - Cegueira: AV presente < 3/60 no melhor olho - Deficiência causada por ER: AV presente <6/12 e melhora para ≥6/12 com <i>pinhole</i> 	Prevalência de deficiência bilateral foi 3% (95% CI: 2.56-3.72) e unilateral 0,8% (95% CI: 0.54-1.14), sem diferença entre os sexos. A prevalência de deficiência bilateral por ER foi 96%, sendo maior entre indivíduos menores de 20 anos (prevalência 4%). A presença de deficiência visual unilateral não apresentou associação com idade e sexo.
Cheng, 2016 ⁷⁰	Mongólia	Estimar a prevalência e causas de deficiência visual para longe e perto em uma população rural chinesa, na Mongólia.	5.158 indivíduos. Idade ≥40 anos.	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa visão: AV presente <20/60 e ≥20/400 no melhor olho - Cegueira: AV presente <20/400 no melhor olho - Deficiência visual: baixa visão e cegueira 	As prevalências de cegueira e deficiência visual, baseadas na AV presente, foram 2% (IC95% 1,8-2,6%) e 10% (IC95% 8,9-10,6%), respectivamente. As principais causas dos desfechos foram catarata e ER não corrigido.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

2.2.1 CARACTERÍSTICAS E PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ARTIGOS ORIGINAIS SELECIONADOS SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL

Dentre os artigos originais incluídos nesta revisão, estudos realizados nos Estados Unidos e na Índia foram os mais numerosos, com cinco artigos por cada país, seguidos por Singapura, China e Brasil, com quatro estudos cada. Já quanto às faixas etárias dos participantes dos estudos, 22 dos 50 artigos originais tiveram como amostra apenas adultos com 40 anos ou mais e somente 12 eram com indivíduos dos 18 aos 39 anos (adultos jovens).

Dentre todos os artigos originais incluídos na presente revisão, a menor prevalência de deficiência visual encontrada foi de 0,4% em um estudo da Dinamarca realizado com adultos entre 20 e 94 anos de idade, enquanto que a maior prevalência foi de 30% em estudo brasileiro com indivíduos de todas as idades. Além disso, dos estudos que avaliaram os fatores associados à deficiência visual, as características mais comumente associadas foram sexo feminino, baixa escolaridade e maior idade. Cabe ressaltar que o termo deficiência visual, quando utilizado desta forma (sem especificação da gravidade e/ou desacompanhado do termo cegueira), refere-se aos casos de deficiência visual moderada e severa em conjunto com os casos de cegueira.

Dos quatro estudos brasileiros incluídos nesta revisão, as prevalências de deficiência visual variaram de 7 a 30%. Schellini e colaboradores realizaram um estudo de base populacional, com indivíduos de todas as idades, encontrando prevalência de deficiência visual em cerca de 7% (baixa visão em 5,2%; IC95% 4,3-6,1 e cegueira em 2,2%; IC 95% 1,6-2,8) da população estudada, sendo que ER eram responsáveis por mais de 90% dos casos em indivíduos com até 50 anos. O desfecho foi mais prevalente em mulheres (RO:1,5; IC95% 1,1-2,3), em maiores de 20 anos (RO:1,7; IC95% 0,6-4,5) e entre afrodescendentes (RO:1,5; IC95% 0,7-2,8)³⁹. Oliveira e colaboradores realizaram estudo com crianças de 4 a 10 anos, sendo que 8% das mais de 4 mil crianças apresentaram alguma alteração no teste de acuidade visual³³. Ferraz e colaboradores avaliaram indivíduos de todas idades, encontrando deficiência visual em 30% da população e 14% de ER não corrigido. Cabe aqui ressaltar que esta prevalência de deficiência visual se refere à acuidade visual sem correção e não à

acuidade visual presente⁵⁷. Ribeiro e colaboradores (2015) avaliaram estudantes com idades entre 5 e 19 anos e encontraram baixa acuidade visual em 10% desta população, sendo que 73% desses necessitaram prescrição de lentes corretoras para ER⁶⁶.

Em um estudo realizado na Argentina foi encontrada deficiência visual em 11% dos escolares de 6 anos de idade, causada por ER não corrigido³⁰. Ainda na América do Sul, Jimenez-Corona e colaboradores investigaram a prevalência de deficiência visual em indivíduos maiores de 20 anos de idade no estado de Chiapas, no sul do México, encontrando 10% na área rural e 4% na urbana, associada com maior idade e menor nível educacional⁷¹. Em outro estudo mexicano, conduzido no estado Puebla, 12% dos alunos do terceiro ano de medicina de uma universidade privada, com idades entre 19 e 28 anos, apresentaram deficiência visual⁶⁸.

Entre os cinco estudos realizados nos Estados Unidos, foram encontradas prevalências de ER não corrigido que variaram de 6 a 22% e constatadas diferenças nas prevalências de deficiência visual conforme diferentes etnias. Um estudo de base populacional que avaliou indivíduos de 25 a 74 anos mostrou prevalência de deficiência visual de 18% a 32%, variando entre as etnias estudadas e sendo maior no sexo feminino, com RO variando de 1,1 (IC95% 0,6-1,9) a 2,1 (IC95% 1,2-3,6) entre as etnias estudadas²². Wilson comparou a AV dividida em normal, mínima suficiente para dirigir sem restrições (AV 20/40), e cegueira legal (AV \leq 20/200) entre imigrantes e nativos dos Estados Unidos, com 12 anos de idade ou mais. Foi encontrado que os imigrantes apresentavam menor prevalência de AV normal do que os nativos (RO: 0,54; IC95%0,39-0,74) e maior prevalência de cegueira legal (RO: 3,5; IC95% 1,52-7,83) ⁶². Varma e colaboradores (2008) avaliaram ER não corrigido entre indivíduos maiores de 40 anos, com prevalência total de 15%²⁹. Outro estudo norte americano também avaliou ER não corrigido na mesma faixa etária em estudo com latinos no Projeto VER, encontrando prevalência de 22% e associação com menor nível educacional e baixa renda familiar⁴⁵. Qiu e colaboradores avaliaram o mesmo desfecho, porém entre maiores de 12 anos de idade, encontrando ER não corrigido em 9% daqueles entre 12 e 19 anos e 6% na faixa entre 20 e 39 anos⁵⁹.

Ainda na América do Norte, um estudo canadense entre adultos com 40 anos ou mais encontrou deficiência visual em 3% da população estudada, sendo que mais

de 70% era corrigido com refração. Foi encontrada associação com maior idade e com maior tempo desde a última consulta⁵⁶.

Dos cinco estudos originais europeus incluídos na presente revisão, as prevalências de deficiência visual encontradas variaram de 0,4%, na Dinamarca, a 13%, na Polônia. Na Inglaterra, Rahi avaliou a presença de ER não diagnosticado entre pertencentes de uma coorte de nascimento com 44 e 45 anos, encontrando pouco menos que 2% de indivíduos com ER não diagnosticado, sendo que 18% destes encontravam-se classificados como deficientes visuais²⁸. Na Polônia, Nowak avaliou homens caucasianos de um serviço militar, encontrando deficiência visual em 13% dos participantes, sendo apenas 1% não corrigível³⁸. O mesmo autor conduziu um estudo em 2015 para avaliar deficiência visual entre idosos também na Polônia, encontrando prevalência de 0,6% e maior entre mulheres (RO:1,5; IC95% 1,1-1,9) e ER responsáveis por apenas 5% dos casos⁶⁵. Na Dinamarca, a prevalência de deficiência visual encontrada foi de 0,4% entre indivíduos maiores de 20 anos de idade⁶⁷. Estudo espanhol encontrou 0,16% de cegueira autorreferida entre os homens e 0,18% entre as mulheres, 1,4% de deficiência visual autorreferida entre homens e 2,4% entre as mulheres. Este foi o único estudo incluído nesta seção de revisão que utilizou a deficiência visual autorreferida para avaliação de prevalência⁶¹.

Com relação a estudos realizados na África, foram incluídos três estudos na Nigéria, dois em Gana e um em Camarões. Em 2008, na Nigéria, Rabiou encontrou cerca de 4% de deficiência visual entre indivíduos de todas as idades, sendo os ER responsáveis por 8% desses²⁷. Em outro estudo nigeriano, Kyari e colaboradores avaliaram mais de 15 mil indivíduos maiores de 40 anos, encontrando deficiência visual em 6% da população estudada, apresentando associação com aumento de idade, sexo feminino e baixa escolaridade³⁵. Ezelum conduziu estudo entre adultos maiores de 40 anos também na Nigéria, estimando que os ER foram responsáveis por 78% dos casos de deficiência visual leve, 57% de deficiência moderada, 11% de deficiência severa e 1,4% de cegueira e que, dentre os 16% que tinham sua visão melhorada por óculos, apenas metade os usavam no momento do exame⁴³. Em Gana, a prevalência de deficiência visual encontrada foi de 18% em adultos com 40 anos de idade ou mais, reduzindo pouco menos da metade após correção de ER, sugerindo que ER era a maior causa de deficiência visual⁴⁶. Abokyi realizou estudo entre estudantes universitários em uma universidade pública de Gana, com idades entre 16

e 39 anos, encontrando 4% de deficientes visuais, sem diferença entre sexos. A prevalência de deficiência bilateral por ER foi 96%, sendo maior entre indivíduos menores de 20 anos⁶⁹. Outro estudo encontrou prevalência de 4,4% de deficiência visual entre indivíduos com 40 anos ou mais, em Camarões. Sexo feminino apresentou associação com deficiência visual bilateral (RP: 1,9)²⁵.

Em Fiji, na Oceania, em 2011, Brian e colaboradores avaliaram adultos com 40 anos ou mais, encontrando 11% com deficiência visual e 6% de ER não corrigido ou hipocorrigido⁴². Em outro estudo conduzido no mesmo país, estudantes foram avaliados com relação à prevalência de ER não corrigidos, sendo encontrada em 0,9% daqueles naturais de Fiji e menor em 20% a cada ano de aumento na idade, não sendo encontrada associação com sexo⁴⁴. Ainda em Fiji, outro estudo reportou que a prevalência ajustada para etnia, sexo, idade e tipo de domicílio (rural ou urbano) era de 3% entre indivíduos maiores de 40⁵¹. Na Austrália, indígenas aborígenes com 20 anos ou mais foram estudados, sendo encontrada cerca de 22% de deficiência visual e tendo ER como a principal causa⁴⁰.

Estudos realizados no continente asiático foram a maioria entre os estudos originais incluídos nesta revisão. Entre os cinco estudos realizados na Índia, quatro foram conduzidos por Marmamula e colaboradores. Entre indivíduos de 15 a 50 anos, os autores encontraram prevalência de ER não corrigidos de 2,7% e cobertura de óculos de cerca de 29%³⁷. Em 2013, esse estudo foi comparado com um realizado na década anterior, realizado entre a mesma faixa etária, sendo evidenciada uma diminuição da prevalência de deficiência visual e aumento da cobertura de óculos⁵³. Em estudos com adultos com 40 anos ou mais foi encontrada prevalência de deficiência visual de 14% e de ER não corrigido de 11%^{50, 54}.

Ainda em continente asiático, em Singapura, a prevalência total de ER hipocorrigido em adultos com 40 anos ou mais variou entre 20 e 25% e foi mais prevalente em não usuários de óculos ou lentes de contato do que em usuários (RP variando de 2,1 a 3,1 entre as diferentes faixas etárias), e em mulheres (RP variando de 1,0 a 1,2 entre as faixas etárias)^{32, 58}. Outro autor encontrou que apenas miopia não corrigida foi associada a pior função visual entre indivíduos com 40 anos ou mais de Singapura³⁶. Na China, as prevalências de deficiência visual nos estudos variaram

de 0,6% em todas as idades a 5%, em maiores de 30 anos, e foi maior em indivíduos do sexo feminino (RP: 1,3)^{26, 49, 52, 64}.

Outros estudos asiáticos mostraram prevalências de deficiência visual variando entre 1% no Japão a 48% em Myanmar, sendo maior em mulheres (RO: 1,4)^{23, 24, 34, 48, 60, 70}. Importante salientar que a prevalência encontrada no estudo japonês considerou a acuidade visual com melhor correção e, não, a AV presente⁴¹. As prevalências de ER não corrigidos variaram entre 6% entre maiores de 40 anos no Irã⁴⁷ e 24% em maiores de 30 anos, no Paquistão⁶³. Ambos estudos encontraram maior prevalência do desfecho entre mulheres (RP: 1,4 e 1,2, respectivamente).

Para interpretação dos resultados apresentados, faz-se importante salientar a heterogeneidade das populações avaliadas, com diferentes faixas etárias e de diferentes regiões do mundo, e, também, dos critérios utilizados para categorização de deficiência visual, cegueira e ER não corrigido. Mesmo entre aqueles que adotaram os critérios presentes no CID-10, estes não foram uniformes, uma vez que a classificação foi alterada a partir do ano de 2010, quando a AV considerada deixou de ser “com melhor correção” e passou a ser considerada a “presente”, ou seja, aquela que o indivíduo se apresenta no momento da avaliação, sem correção óptica ou com seus óculos (ou lentes de contato) em uso.

2.3 ARTIGOS DE REVISÃO E META-ANÁLISES SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL SELECIONADOS

Foram incluídos 13 artigos de revisão e meta-análises, publicados entre 2008-2016 (Quadro 3).

Quadro 3. Artigos de revisão e meta-análises sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	Objetivos e região	Principais resultados
Salomão, 2009 ⁷²	Prover uma visão geral sobre cegueira e deficiência visual no contexto de estudos epidemiológicos recentes brasileiros.	A prevalência de cegueira em idosos foi 1,5% diminuindo para 1,1% com correção refrativa. Nas crianças, deficiência visual não corrigida era 4,82% diminuindo para 0,4% com correção. A causa mais comum de deficiência visual em crianças escolares foi ER não corrigido.
Leasher, 2014 ⁷³	Estimar a magnitude e tendência temporal da prevalência e causas de cegueira e deficiência visual severa e moderada na América Latina e Caribe.	A prevalência geral de cegueira passou de 0,8% (IC95% 0,6-1,1%) em 1990 a 0,4% (IC95% 0,4-0,8%) em 2010; prevalência de deficiência visual moderada e severa diminuiu de 4,3% (IC95% 3,1-5,3%) para 2,7% (IC95% 2,2-3,4%). Foi estimado 2,3 milhões de cegos e 14,1 milhões de deficientes visuais em 2010. Em 2010, catarata era responsável por grande proporção de cegueira, exceto no sul da América Latina, onde degeneração macular foi mais comum, e ER foram a causa mais comum de deficiência visual moderada e grave.
Jonas, 2014 ⁷⁴	Estimar a prevalência, padrões e tendências da deficiência visual e suas causas de 1990 a 2010, no centro e sul da Ásia.	A prevalência geral de cegueira na Ásia Central passou de 0,4% (IC95% 0,3-0,6%) em 1990 a 0,2% (IC95% 0,2-0,3%) em 2010; prevalência de deficiência visual moderada e severa diminuiu de 3,0% (IC95% 1,9-4,7%) para 1,9% (IC95% 1,2-3,2%); no sul da Ásia, a cegueira diminuiu de 1,7% (IC95% 1,4-2,1%) para 1,1% (IC95% 0,9-1,3%) e a deficiência visual de 8,9% (IC95% 6,9-10,9%) para 6,4% (IC95% 5,2-8,2%). Em 2010, 135.000 pessoas eram cegas na Ásia Central e 10.600.000 no sul do continente; Deficiência visual estava presente em 1.178.000 na região central e 71.600.000 no sul. Mulheres eram geralmente mais acometidas que os homens. A principal causa de cegueira foi catarata e de deficiência visual moderada a grave, ER; estas causas principais não mudaram de 1990 a 2010.
Xiang, 2013 ⁷⁵	Estimar a prevalência de miopia baseada na AV não corrigida em escolares da China, nos últimos 20 anos.	Em 1988, mais de 80% das crianças com 6 anos e cerca de 30% daquelas com 17 anos tinham acuidade visual sem correção normal. Em 2007, as prevalências diminuíram para 60% aos 6 anos e 10% aos 17. A prevalência de deficiência visual moderada e severa sem correção passou de 6,2% aos 6 anos e 62,5% aos 17 anos em 1988 para 14,5% aos 6 e 84,11% aos 17 em 2007. As prevalências não tiveram mudanças entre 2003 e 2007 em nenhuma das faixas etárias.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 3. Artigos de revisão e meta-análises sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	Objetivos e região	Principais resultados
Keefe, 2014 ⁷⁶	Estimar a prevalência e causas de deficiência visual no sudeste da Ásia e Oceania, em 1990 e 2010.	Na Oceania, a prevalência de cegueira e deficiência visual moderada e grave não diminuíram significativamente (de 1,3% a 0,8% e 6,6% a 5,1%, respectivamente), mas no sudeste da Ásia a cegueira teve uma diminuição importante, de 1,4% a 0,8%. A cegueira foi maior entre mulheres no sudeste da Ásia (2,18 milhões) do que entre os homens (1,28 milhões) em 2010, sem diferença significativa entre os sexos em deficiência visual. Catarata foi a principal causa de cegueira nas duas regiões e nos dois períodos. ER não corrigido, seguido por catarata, degeneração macular, glaucoma e retinopatia diabética foram as principais causas de deficiência visual em 1990 e 2010.
Khairallah, 2014 ⁷⁷	Descrever a prevalência e causas de deficiência visual e cegueira no norte da África e no Oriente Médio (NAME) em 1990 e 2010.	A prevalência de cegueira diminuiu de 2,1% para 1,1% e de deficiência visual de 7,1% a 4,5%. Em 2010, 3.119 milhões de pessoas eram cegas e 13.700 milhões tinham deficiência visual moderada a severa. Mulheres eram geralmente mais afetadas do que homens. As principais causas de cegueira foram catarata, ER não corrigido, degeneração macular e glaucoma; as principais causas de deficiência visual moderada e severa foram catarata e ER não corrigido.
Resnikoff, 2008 ⁷⁸	Estimar a prevalência de deficiência visual causada por ER não corrigido em 2004 em pessoas com 5 anos ou mais de idade, determinada por pesquisas publicadas e não publicadas. Deficiência visual: AV menor que 6/18 no melhor olho com correção atual, se presente, e que melhora para 6/18 ou mais com <i>pinhole</i> .	Estimativa de cerca de 153 milhões de pessoas com deficiência visual por ER não corrigido. Esta causa de deficiência visual era negligenciada em estimativas prévias, que eram baseadas na visão com melhor correção. ER não corrigidos podem dificultar a performance escolar, diminuir a produtividade e emprego, e piorar de maneira geral a qualidade de vida. Além disso, a correção de ER com óculos apropriados está entre as intervenções de saúde ocular mais custo-efetivas.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 3. Artigos de revisão e meta-análises sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	Objetivos e região	Principais resultados
Sherwin, 2012 ⁷⁹	<p>Revisão de estudos sobre erro refrativo não corrigido (URE) como causa de cegueira e deficiência visual em adultos com 40 anos ou mais na África subsahariana (SSA).</p> <p>- Deficiência visual moderada: AV presente $\leq 6/60$ e $> 6/18$</p>	<p>Mais da metade dos estudos (6/11) não reportaram cegueira por URE. A proporção de deficiência visual moderada por ER não corrigido variou de 12,3% a 57,1%.</p>
Pascolini, 2012 ⁸⁰	<p>Estimar a magnitude de deficiência visual e suas causas em 2010. Definições de deficiência visual foram baseadas na AV presente de acordo com a classificação internacional de doenças (CID-10).</p>	<p>Estudos de 39 países satisfizeram os critérios de inclusão. No mundo, o número de pessoas deficientes visuais de todas as idades foi estimado em 285 milhões, dos quais 39 milhões eram cegas, com incerteza de 10-20%. Pessoas com 50 anos ou mais representam 65% dos deficientes visuais e 82% dos cegos. As principais causas de deficiência visual foram ER não corrigidos (43%) seguidos por catarata (33%); a principal causa de cegueira foi catarata (51%).</p>
Bourne, 2014 ⁸¹	<p>Estimar a prevalência e causas de cegueira e deficiência visual em regiões de alta renda na Europa central e oriental em 1990 e 2010.</p>	<p>Em países com maior desenvolvimento, a prevalência de cegueira e deficiência visual moderada e severa diminuíram, mesmo com o aumento no número de pessoas idosas na população. Nestes países de alta renda, a degeneração macular é a principal causa de cegueira, mas ER não corrigido permanecem como a principal causa de deficiência visual.</p>
Naidoo, 2014 ⁸²	<p>Estimar a magnitude, tendência temporal e variação regional da prevalência de cegueira e deficiência visual moderada e severa na África subsaariana.</p>	<p>A prevalência de cegueira diminuiu de 1,9% (IC95% 1,5-2,2%) em 1990 a 1,3% (IC95% 1,1-1,5%) em 2010 e de deficiência visual moderada e severa passou de 5,3% para 1,3%. Porém, houve um aumento em 16% no número absoluto de pessoas com cegueira e em 28% no de pessoas com deficiência visual. As principais causas de cegueira em 2010 foram catarata (35%), causas não identificadas/outras causas (33,1%), ER (13,2%), degeneração macular (6,3%), tracoma (5,2%), glaucoma (4,4%) e retinopatia diabética (2,8%). Em 2010, a prevalência de deficiência visual por sexo foi de 3,8% (IC95% 3,1-4,7%) em homens e 4,2% (IC95% 3,6-5,3%) em mulheres, com variações entre as sub-regiões.</p>

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

Continuação. Quadro 3. Artigos de revisão e meta-análises sobre prevalência de deficiência visual e de erros refrativos não corrigidos.

Autor, ano de publicação	Objetivos e região	Principais resultados
Wong, 2014 ⁸³	Descrever a prevalência e causas de deficiência visual e cegueira no leste da Ásia, em 1990 e 2010.	A prevalência de cegueira foi 0,7% (IC95% 0,6-0,9%) em 1990 e 0,4% (IC95% 0,3-0,5%) em 2010, enquanto de deficiência visual moderada e severa passou de 3,6% (IC95% 2,3-4,4%) para 2,3% (IC95% 1,7-2,8%). Estas estimativas foram menores que de outras regiões do mundo. O número absoluto de indivíduos afetados por cegueira em 2010 foi 5,2 milhões e por deficiência visual, 33,3 milhões; ambos foram maiores em mulheres que em homens. Catarata foi a principal causa de cegueira, enquanto ER não corrigido foi a de deficiência visual moderada e severa.
Naidoo, 2016 ⁸⁴	<p>Estimar o número de pessoas no mundo com deficiência moderada e severa ou cegueira por ER não corrigido, estimar tendências na prevalência entre 1990 e 2010 e analisar diferenças regionais.</p> <p>Deficiência visual moderada e severa: AV presente <6/18 até ≥3/60</p> <p>Cegueira: AV presente <3/60</p>	Em 2010, 6,8 milhões (IC95% 4,7-8,8 milhões) de pessoas eram cegas (7,9% a mais que em 1990) e 101,2 milhões (IC95% 87,88-125,5 milhões) deficientes visuais devido a ER não corrigido (15% a mais que em 1990). Em 2010, ER não corrigido foi responsável por 20,9% de todos os casos de cegueira e 52,9% de deficiência visual.

AV: acuidade visual; ER: erro(s) refrativo(s)

2.3.1 CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS DOS ARTIGOS DE REVISÃO E META-ANÁLISES SOBRE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA VISUAL SELECIONADOS

Em relação aos artigos de revisão, quatro tiveram como objetivo geral o estudo de erros refrativos não corrigidos e os outros nove objetivaram estimar a prevalência de deficiência visual e suas causas em diversas regiões do mundo. Cabe salientar que todos, mesmo o artigo realizado em 2008⁷⁸, levaram em conta a acuidade visual presente para a classificação de deficiência visual.

Resnikoff e colaboradores publicaram, em 2008, um importante estudo sobre a prevalência mundial de deficiência visual causada por ER não corrigido entre pessoas com 5 anos ou mais de idade. Foi estimada uma prevalência absoluta de cerca de 153 milhões de pessoas com deficiência visual por ER não corrigido. Os autores apontaram também que ER não corrigidos podem dificultar a performance escolar, diminuir a produtividade e emprego e piorar de maneira geral a qualidade de vida dos indivíduos; além disso, a correção de ER com óculos apropriados está entre as intervenções de saúde ocular mais custo-efetivas⁷⁸. Erros refrativos como causa de deficiência visual em nível mundial também foram o foco de revisão de Naidoo e colaboradores ao comparar as prevalências entre os anos 1990 e 2010 entre estudos de 190 países. Foi estimado que a prevalência de deficiência visual devido a ER não corrigido diminuiu de 33% para 25% entre os anos estudados⁸⁴.

No ano de 2012, foram compilados estudos provenientes de todas as regiões do mundo, chegando a estimativa de mais de 285 milhões de deficientes visuais de todas as idades, sendo cerca de 19 milhões entre indivíduos de 0 a 14 anos, 80 milhões entre indivíduos de 15 a 49 anos e mais de 186 milhões em maiores de 50 anos. A prevalência geral de deficiência visual foi cerca de 9% na maioria das regiões, sendo menor na região do Pacífico Ocidental (excluindo a China) com 5,2% e maior na Índia (22%) e na China (27%)⁸⁰.

Na América Latina e Caribe, as prevalências de cegueira e deficiência visual moderada e severa diminuíram, respectivamente, de 0,8% e 4,3% em 1990 para 0,4% e 2,7% em 2010, também tendo como principais causas a catarata (cegueira) e ER não corrigidos (deficiência visual moderada e severa)⁷³.

Na África subsaariana, Sherwin e colaboradores (2012) encontraram uma prevalência de deficiência visual moderada por erro refrativo não corrigido em adultos com 40 anos de idade ou mais variando entre 12% e 57%⁷⁹.

Na China, em um estudo com objetivo de analisar a tendência da prevalência de miopia em escolares através da acuidade visual não corrigida, foi constatado que a prevalência de acuidade visual normal sem correção entre escolares diminuiu e a de deficiência visual moderada aumentou entre os anos de 1988 e 2007, sendo que esta foi ao redor de 63% naqueles indivíduos com 17 anos, entre os estudos do último período analisado⁷⁵.

Os demais artigos de revisão incluídos no presente estudo também demonstraram queda nas prevalências de deficiência visual no decorrer de 20 anos, mantendo como causa principal de cegueira a catarata e de deficiência visual moderada e severa, os erros refrativos não corrigidos e maiores entre o sexo feminino. Exceções foram encontradas na Oceania, onde não se encontrou diferença significativa entre os anos estudados⁷⁶, e em região de alta renda, na Europa Central e oriental, onde a principal causa de cegueira foi doença macular relacionada a idade, mantendo erro refrativo não corrigido como a principal causa de deficiência visual moderada e severa⁸¹.

2.4 ARTIGOS DE VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAR FUNÇÃO VISUAL SELECIONADOS

No total, foram incluídos 15 estudos de validação de perguntas e questionários sobre visão, publicados entre 1983-2014 (Quadro 4).

Quadro 4. Estudos de validação de questionários sobre função visual

Autor, ano publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Questionário/pergunta	Resultados principais
Hiller, 1983 ⁸⁵	EUA	Comparar a resposta a uma pergunta sobre dificuldade visual e a medida da acuidade visual.	3.997 indivíduos. Idade entre 25-74 anos.	"Have you ever worn glasses or contact lenses?" Se resposta positiva: "Do (did) you have trouble with your vision even when wearing glasses or contact lenses?"	15% dos indivíduos entre 25-74 anos responderam positivamente à questão "Do (did) you have trouble with your vision even when wearing glasses or contact lenses?", sendo que a porcentagem aumentou com a idade: 11% entre 25-44 anos; 15% dos 45-64 e 19% entre 65-74. Sensibilidade: 16 a 48%, dependendo da idade e severidade da deficiência visual. Especificidade: >80% em todos grupos de idade e de severidade da deficiência visual. A sensibilidade foi maior no sexo feminino e não teve diferença entre raça e nível educacional.
Coren, 1989 ⁸⁶	Inglaterra	Desenvolver e validar um questionário para medir acuidade visual não corrigida.	164 indivíduos (comunidade e estudantes universitários)	ASI (Acuity Screening Inventory): 10 questões	Correlação de 0,83 entre a pontuação obtida pelo questionário e a visão no melhor olho. Analisado de forma dicotômica, a especificidade foi 89,8%, a sensibilidade foi 94,6% e o valor preditivo positivo foi 92,1 %.
Carta, 1998 ⁸⁷	Inglaterra	Investigar a associação de um questionário sobre qualidade de vida e função visual com um teste clínico objetivo da função visual.	120 indivíduos com alguma patologia ocular. Idades entre 40-80 anos	Quality of Life and Vision Function Questionnaire: 17 questões	Coeficiente de correlação de Spearman para a visão de longe: 0,489.

AV: acuidade visual

Continuação Quadro 4. Estudos de validação de questionários sobre função visual

Autor, ano publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Questionário/pergunta	Resultados principais
Valbuena, 1999 ⁸⁸	EUA	Descrever a utilidade do questionário Activities of Daily Vision Scale (ADVS) para avaliar a função visual entre idosos nos EUA.	2.520 indivíduos. Idade entre 65-84 anos.	Activities of Daily Visin Scale (ADVS): 21 atividades	A chance de ter maior função visual para longe (autorreferida) entre aqueles com menor deficiência visual comparados àqueles com maior deficiência foi RO: 2,7 (IC95%: 2,1-3,7), controlado para outras variáveis visuais e demográficas.
Klein, 1999 ⁸⁹	EUA	Descrever e comparar a função visual autorreferida e a objetiva. Beaver Dam Eye Study	3.722 indivíduos. Idades entre 43-84 anos.	- Visão em geral: excelente, muito boa, boa, média, ruim, não sabe.	Coefficientes de correlação entre a pergunta sobre visão geral e a AV presente para longe foi 0,33. Não houve diferença entre os sexos.
Ivers, 2000 ⁹⁰	Austrália	Avaliar as associações entre doença ocular e testes de função visual com dificuldade visual autorreferida.	3.654 indivíduos. Idade ≥49 anos. (The Blue Mountains Eye Study)	1. "Do you have any problems driving at night?" (para aqueles que referiram digirir) 2. Are you able to recognize a friend across the street? 3. Can you read the ordinary print in the newspaper reasonably well – that is, comfortably – with or without reading glasses? 4. Are you able to recognize detail on television?	A presença de uma ou mais doenças oculares foi associada com as 4 perguntas. Uma diminuição de 2 linhas na AV com melhor correção ou presente foi associada com as 4 perguntas. As pontuações em todos os testes de função visual diminuiram com a idade.

AV: acuidade visual

Continuação Quadro 4. Estudos de validação de questionários sobre função visual

Autor, ano publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Questionário/pergunta	Resultados principais
Djafari, 2003 ⁹¹	Canadá	Avaliar a deficiência visual autorreferida entre indivíduos com deficiência visual conhecida.	570 indivíduos. Idade ≥50 anos.	1. Are you usually able to see well enough to read ordinary newsprint without glasses or contact lenses? 2. Are you usually able to see well enough to read ordinary newsprint with glasses or contact lenses? 3. Are you able to see at all? 4. Are you usually able to see well enough to recognize a friend on the other side of the street without glasses or contact lenses? 5. Are you usually able to see well enough to recognize a friend on the other side of the street with glasses or contact lenses?	Questões referentes a AV de perto e longe com óculos tiveram boa sensibilidade (83% e 82%) e boa especificidade (86% e 89%) para presença de deficiência visual severa.
Gothwal, 2003 ⁹²	EUA	Desenvolver e validar um questionário para avaliar a função visual autorreferida em crianças deficientes visuais.	78 indivíduos com deficiência visual. Idade entre 8-18 anos, referenciadas a um serviço de baixa visão (Prasad Eye Institute).	The Low Vision Prasad-Functional Vision Questionnaire, (LVP-FVQ): 19 itens	A medida estimada pelo questionário apresentou correlação de -0,57 com a acuidade medida em logMAR.

AV: acuidade visual

Continuação Quadro 4. Estudos de validação de questionários sobre função visual

Autor, ano publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Questionário/pergunta	Resultados principais
Laitinen, 2005 ⁹³	Finlândia	Estimar a prevalência de níveis de AV e de deficiência visual na Finlândia e determinar suas correlações com a função visual autorreferida.	6.663 indivíduos. Idade ≥30 anos.	3 perguntas: 1. Is your eyesight good enough (with glasses) to read normal newspaper text? 2. Are you able to read television text (with glasses) from the normal watching distance (+-3m/0? 3. Does your eyesight restrict your ability to move about?	Coeficiente de correlação de Spearman: 0,27-0,40.
Cinoto, 2006 ⁹⁴	Brasil	Comparar as respostas obtidas de um questionário de função visual com a medida da acuidade visual para longe e perto.	806 indivíduos. Idade ≥60 anos.	Questionário simplificado sobre função visual: 9 perguntas	Foram encontradas fracas correlações (de 0,10 a 0,24 entre a acuidade visual e as respostas do questionário.
Owen, 2006 ⁹⁵	Inglaterra	Comparar as respostas ao questionário NEI-VFQ-25 com medidas objetivas de deficiência visual.	1.807 indivíduos. Idade entre 77-101 anos.	NEI-VFQ-25	Coeficiente de determinação de 0,16 entre AV (logMAR) e a pontuação obtida pelo questionário.

AV: acuidade visual

Continuação Quadro 4. Estudos de validação de questionários sobre função visual

Autor, ano publicação	País	Objetivo principal	Amostra	Questionário/pergunta	Resultados principais
Yip, 2014 ⁹⁶	Inglaterra	Avaliar a relação entre AV e a visão autorreferida em relação a quedas entre participantes do estudo European Prospective Investigation into Cancer-Norfolk Eye study.	8.317 indivíduos. Idade entre 48-92 anos.	“How good is your eyesight for seeing things at a distance, like recognising a friend from across the street (wearing lenses or glasses if you usually wear them)?”	60% dos indivíduos com deficiência visual relataram visão ruim e 36% consideravam sua visão boa ou excelente. 5,3% dos indivíduos com AV melhor que 6/12 consideravam sua visão ruim.
Klein, 2000 ⁹⁷ 89	EUA	Estimar a frequência de disfunção visual autorreferida em situações diárias específicas. Comparado com acuidade visual binocular presente dividida em 20/32 ou melhor e 20/40 e pior.	3.378 indivíduos. Idade entre 48-91 anos. (Beaver Dam Eye Study)	4 perguntas: ler sinais de trânsito à noite; ler um cardápio, achar o assento de cinema no escuro, ler à noite.	Apenas 17 a 35% reportaram visão excelente ou boa visão nas 4 perguntas. Todos os coeficientes de correlação foram abaixo de 0,35
Globe, 2004 92	EUA	Avaliar a associação entre AV presente e função visual autorreferida medida pelo questionário National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25).	5.287 indivíduos. Idade ≥40 anos. (The Los Angeles Latino Eye Study)	National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25): 25 itens	Os coeficientes de correlação entre AV (logMAR e subescalas da função visual variaram entre -0,14 (saúde geral) e -0,43 (dificuldade para dirigir).
Massof, 2007 96	EUA	Validar estimativas da habilidade para dirigir autorreferida através de questões e determinar a associação entre a dificuldade para dirigir com a magnitude da deficiência visual.	851 pacientes de uma clínica de baixa visão. Idade entre 18-101 anos.	3 questões sobre dirigir do questionário Activity Inventory (AI), com 50 itens sobre atividades gerais.	O coeficiente de correlação entre a capacidade de dirigir percebida e a AV (logMAR) foi de -0,28.

AV: acuidade visual

2.4.1 CARACTERÍSTICAS E PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ARTIGOS DE VALIDAÇÃO SELECIONADOS

Todos os estudos de validação incluídos na revisão tinham um único teste de acuidade visual como teste objetivo ou um conjunto de exames objetivos para validação das perguntas. Os resultados de alguns testes específicos - como campo visual, sensibilidade ao contraste ou visão de perto - foram omitidos por não fazerem parte do que se pretende estudar. Foram incluídos 15 estudos de validação, sendo que seis desses utilizaram questionários com diversos itens (de 9 a 25 itens) sobre atividades diárias relacionadas à visão, e os outros sete estudos utilizaram questionários com 5 questões ou menos. As populações estudadas e as análises realizadas também foram heterogêneas entre os estudos, conforme o descrito a seguir.

Hiller e colaboradores compararam, em 1983, a resposta a uma pergunta sobre dificuldade visual com a medida da acuidade visual, entre aqueles indivíduos que já usavam ou já tinham usado óculos ou lentes de contato. Os autores encontraram que 15% dos indivíduos responderam positivamente à pergunta sobre dificuldade visual, mesmo com o uso de seus óculos ou lentes de contato. Este percentual foi diferente entre as faixas etárias, sendo de 11% na faixa entre 25 e 44 anos a 19% entre os 65 e 74 anos. A sensibilidade da pergunta variou de 16%, na faixa entre 25-44 anos com mínima deficiência visual (AV 20/25 ou pior no melhor olho) a 48%, na faixa etária entre 65-74 anos com deficiência visual severa (AV 20/100 ou pior no melhor olho), e foi maior no sexo feminino. A sensibilidade não foi diferente conforme raça e nível educacional. A especificidade, por sua vez, foi maior do que 80% em todos os grupos de idade, independente da severidade da deficiência visual⁸⁵. Outro estudo reportou a sensibilidade e especificidade de um questionário, realizado entre indivíduos com 50 anos de idade ou mais e com deficiência visual conhecida e utilizou cinco perguntas sobre capacidade de enxergar em certas situações, com e sem óculos, encontrando boa sensibilidade para as questões sobre AV longe ($82\% \pm 16,1$) e boa especificidade ($89\% \pm 2,7$) para a presença de deficiência visual severa e, para deficiência visual moderada ou severa, sensibilidade de $69\% \pm 13,1$ e especificidade de $91\% \pm 2,4$. A prevalência de dificuldade visual autorreferida para longe com correção habitual foi de $13,9\%$ ⁹¹.

A maior parte dos estudos (n=9) utilizou coeficiente de correlação para comparação dos resultados obtidos através de questionário com os resultados dos testes visuais, com estes coeficientes variando de -0,57, em um estudo entre crianças e adolescentes de um serviço de baixa visão dos Estados Unidos⁹² a 0,83, entre indivíduos da comunidade e de uma universidade da Inglaterra, com o questionário Acuity Screening Inventory (ASI) comparado a visão no melhor olho⁸⁶. Faz-se importante destacar que as pontuações entre os diversos questionários eram diferentes entre os estudos – maior pontuação para maior dificuldade ou para melhor visão –, assim como os métodos de coleta e análise da AV – em logMAR, a AV de 0 é equivalente a 20/20 (visão normal) e de 1 é equivalente a 20/200 (deficiência visual) –, resultando em coeficientes de correlação tanto positivos, quanto negativos.

A acuidade visual e outros testes clínicos objetivos da função visual, como sensibilidade ao contraste e campo visual, foram comparados com um questionário sobre qualidade de vida e função visual – Quality of Life and Vision Function Questionnaire – em um estudo entre indivíduos com mais de 40 anos e com alguma patologia ocular, sendo encontrado um coeficiente de correlação de 0,49 na variável relativa à acuidade visual para longe⁸⁷.

Em um estudo conduzido nos Estados Unidos entre indivíduos com mais de 40 anos, o Beaver Dam Eye Study, a função visual autorreferida foi comparada à medida objetiva, encontrando-se um coeficiente de correlação de 0,33 entre uma pergunta sobre percepção da visão em geral e a AV presente medida para longe⁸⁹. Em outro artigo sobre o mesmo estudo, porém realizado em momento posterior ao anteriormente citado, foi reportado que apenas 17 a 35% dos indivíduos referiram visão excelente ou boa visão em todas as situações perguntadas (ler sinais de trânsito à noite, ler um cardápio, achar o assento de cinema no escuro e ler à noite) sendo o coeficiente de correlação relacionados à visão de longe igual a 0,34⁹⁷.

Em um grande estudo realizado nos Estados Unidos, com mais de 5 mil indivíduos com 40 anos de idade ou mais, a AV presente foi comparada com a função visual autorreferida medida pelo questionário National Eye Institute Visual Function Questionnaire de 25 itens (NEI-VFQ-25). Foi encontrado que os coeficientes de correlação entre a AV em logMAR e a pontuação obtida pelo questionário variou de 0,14, na subescala de saúde geral a -0,43, na subescala

de dificuldade para dirigir⁹⁸. O mesmo questionário foi utilizado em estudo conduzido na Inglaterra entre idosos, encontrando-se um coeficiente de determinação de 0,16 entre a AV em logMAR e a pontuação obtida pelo questionário⁹⁵.

Em um estudo de validação, na Finlândia, de um questionário composto por três perguntas, em uma população adulta, foram encontrando coeficientes de correlação de 0,27 na questão relacionada à restrição de mobilidade devido à AV e de 0,40 na questão sobre ler textos na televisão⁹³. Em outro estudo, Massof e colaboradores utilizaram três itens de um questionário maior (Activity Inventory) relacionados à habilidade para dirigir e compararam as respostas à magnitude da deficiência visual medida. Foi encontrado um coeficiente de correlação de -0,28⁹⁹.

Outro estudo que reportou a associação entre respostas obtidas por questionário e aquelas obtidas por testes visuais objetivos através de coeficiente de correlação foi realizado no Brasil, entre idosos com 60 anos de idade ou mais. Foi utilizado um questionário com nove questões sobre visão de longe e de perto, sendo encontradas fracas correlações, que variaram de 0,15 a 0,24 nas questões relacionadas à AV de longe⁹⁴.

Em um estudo conduzido na Austrália, conhecido como The Blue Mountains Eye Study, entre indivíduos com 48 a 91 anos, foram encontradas associações entre quatro perguntas sobre dificuldade visual e a presença de uma diminuição de 2 linhas na AV com melhor correção⁹⁰. Valbuena e colaboradores reportaram que a chance de ter maior função visual para longe (autorreferida) entre aqueles com melhor visão foi de 2,7 (IC95%: 2,1-3,7) vezes maior, comparados àqueles com pior AV⁸⁸.

Na Inglaterra, foi utilizada uma única pergunta sobre visão de longe, encontrando-se que 60% dos indivíduos com deficiência visual relataram visão ruim e 36% consideravam sua visão boa ou excelente. 5,3% dos indivíduos com AV melhor que 6/12 consideravam sua visão ruim⁹⁶.

De acordo com os resultados expostos, é possível perceber que os valores de correlação entre o questionário ou pergunta e a medida objetiva da acuidade visual foram fracos a moderados e que a maioria dos estudos avaliou somente o coeficiente de correlação e não a sensibilidade e a especificidade do

instrumento que objetivavam validar. Além disso, grande parte dos estudos foi realizado entre população idosa e somente um foi conduzido no Brasil.

3. MARCO TEÓRICO

A realização do presente estudo fundamenta-se na avaliação da sensibilidade e especificidade de uma pergunta sobre dificuldade visual tendo como padrão-ouro um teste objetivo de acuidade visual. Considerando-se que a percepção visual não depende apenas da estrutura anatômica ocular e das vias visuais como também da cognição, ou seja, do entendimento do significado desta imagem, a acuidade visual também pode ser afetada por estados emocionais, mentais e educacionais¹¹. Sendo assim, é possível acreditar que características individuais podem influenciar na confiabilidade da informação obtida por uma pergunta, aumentando ou diminuindo a proporção de falsos positivos (aqueles que responderem apresentar dificuldade visual e tiverem AV normal medida pelo teste) e de falsos negativos (aqueles que responderem não ter dificuldade visual, com AV alterada ao teste).

Tanto a medida objetiva da acuidade visual como a autopercepção da visão podem ser afetadas pela escolaridade do indivíduo. É importante levar em conta que esta associação deve ser bidirecional, uma vez que uma baixa escolaridade pode ter sido influenciada justamente pela presença de deficiência visual. Como este estudo de validação será conduzido entre estudantes universitários, todos terão, no mínimo, ensino médio completo. Portanto, o fator escolaridade será considerado como sendo sem grande variabilidade entre todos os indivíduos a serem entrevistados.

Características demográficas e socioeconômicas serão consideradas como um bloco determinante distal, podendo atuar sobre os fatores relacionados à saúde, aqui considerados determinantes proximais. Um estudo conduzido nos Estados Unidos, em 1983, encontrou que a sensibilidade da pergunta sobre acuidade visual foi maior entre indivíduos do sexo feminino⁸⁵. Tal achado poderia ser explicado pelo fato de que, conforme diversos estudos sobre utilização de serviços, mulheres frequentam mais os serviços de saúde em relação aos

homens¹⁰⁰, tendo maior probabilidade de já terem realizado algum teste de visão. Além disso, esta maior utilização de serviços pode ser considerada como uma consequência de um maior cuidado e melhor percepção de saúde das mulheres em relação aos homens.

Nível socioeconômico, também como determinante distal, vai exercer influência na resposta à pergunta a ser validada. Em estudo brasileiro com indivíduos idosos e de baixa renda, Cinoto e colaboradores encontraram fraca correlação entre perguntas sobre acuidade visual e a AV medida. Os autores salientaram que, as características desta população, podem ter sido fator decisivo na escolha da melhor alternativa de resposta durante a administração do questionário. Além disso, também foi apontado que, as diferenças encontradas nas respostas do questionário entre pessoas da mesma categoria de visão poderiam ser explicadas por alguns fatores, como distúrbios cognitivos, limitações físicas, distúrbios neurológicos e psiquiátricos, alterações que também limitariam as atividades analisadas pelo questionário⁹⁴.

Entre os determinantes proximais, o uso ou não de algum tipo de correção óptica (óculos ou lentes de contato) e a utilização de serviços de saúde devem ser considerados. Acredita-se que estes fatores podem exercer influência direta quanto à percepção da acuidade visual, uma vez que estão relacionados com avaliação ocular prévia, podendo fornecer parâmetros de uma visão normal ou de alteração da mesma pelo indivíduo. Estes determinantes podem ser diretamente influenciados pelo nível socioeconômico¹⁰¹. Além disso, estudo realizado na cidade de Pelotas em 2008, mostrou associação entre maior idade, sexo feminino e uso de correção óptica, com maior prevalência de consulta para os olhos nos cinco anos anteriores ao estudo¹⁰⁰.

Independentemente dos fatores mencionados, espera-se que, indivíduos com deficiências visuais moderadas ou severas bilaterais se apresentem como verdadeiros positivos, uma vez que estas deficiências apresentam maior impacto na vida do indivíduo.

A UFPel tem grande parte de suas vagas preenchidas pelo processo do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), que é aplicado em todos os estados brasileiros simultaneamente, o que faz com que os acadêmicos sejam de diversas regiões do país e tenham diferentes níveis socioeconômicos e

características individuais. Este estudo, porém, irá descrever a sensibilidade e especificidade de uma pergunta sobre dificuldade visual na população universitária em geral, e não de acordo com cada variável possivelmente associada. Sendo assim, o modelo teórico conceitual apresentado na Figura 1 não será utilizado para análise do objetivo principal deste estudo, mas será levado em conta para análise dos resultados de prevalência de dificuldade visual autorreferida entre os universitários entrevistados e interpretação dos resultados.

MODELO TEÓRICO

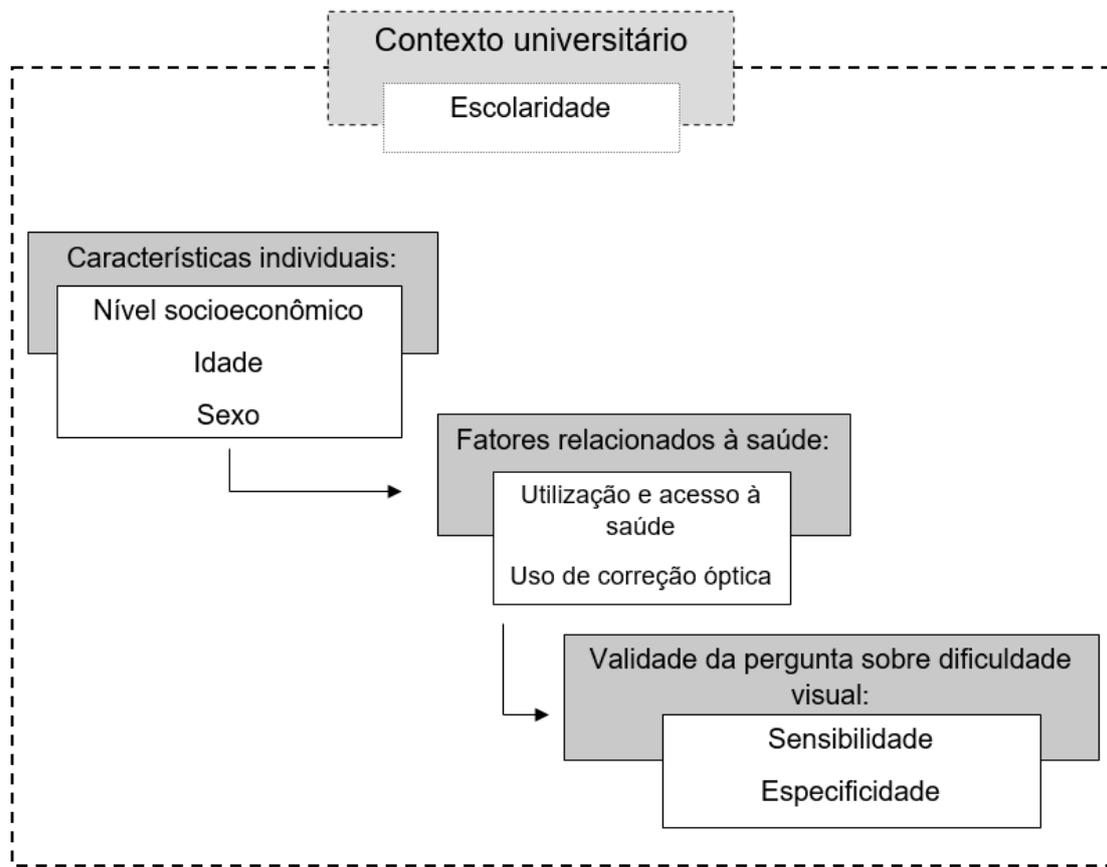


Figura 1. Modelo teórico conceitual

4. JUSTIFICATIVA

Com o projeto instituído pela OMS no final dos anos 90, o *Vision 2020*, as prevalências de deficiência visual moderada e severa diminuíram consideravelmente entre a última década dos anos 90 e a primeira dos anos 2000. No entanto, o objetivo principal da campanha – erradicar os casos de deficiência visual evitáveis – ainda não foi alcançado. A prevalência média de deficiência visual na grande parte das regiões do mundo girou em torno de 9% no ano de 2010, sendo a causa principal destes casos os erros refrativos, passíveis de correção com o uso de lentes corretoras adequadas, em óculos ou lentes de contato⁸⁰.

Entre adultos jovens, os erros refrativos são as alterações oculares mais frequentes. Estudos nacionais e internacionais com estudantes adolescentes e adultos jovens mostraram prevalência de erros refrativos ao redor de 60%¹⁰²⁻¹⁰⁵. Estudo brasileiro de base populacional mostrou que a miopia foi mais frequente entre a segunda e a terceira década de vida, com prevalência de cerca de 43%, e, a queixa de visão ruim para longe ocorreu em 23,8% entre os adultos jovens¹⁰⁶. Ainda assim, há uma escassez de estudos sobre o assunto entre os adultos jovens, especialmente no Brasil.

Além disso, conforme descrito anteriormente, adultos jovens não são prioridade para exames de rotina, a não ser que estes façam parte de algum grupo de risco ou que percebam alguma alteração em sua função ocular. Com base nisto e nas implicações da deficiência visual anteriormente mencionadas, o processo de identificação dos casos de deficiência visual através de uma pergunta simples, no lugar de exames de AV, que necessitam treinamento de equipe, maior tempo e maior custo relativos, será de grande utilidade, facilitando a detecção de possíveis deficientes visuais e o seu respectivo encaminhamento para serviços oftalmológicos.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GERAIS

- Validar uma pergunta sobre acuidade visual (AV) através da aplicação da tabela de Snellen.
- Estimar a prevalência de dificuldade visual autorreferida entre acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a sensibilidade e a especificidade da pergunta “você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?” de acordo com a presença de deficiência visual, medida pela tabela de Snellen.
- Medir a prevalência de deficiência visual autorreferida entre a população estudada e descrevê-la de acordo com fatores demográficos e socioeconômicos.

6. HIPÓTESES

As hipóteses para o presente estudo são:

- A pergunta sobre dificuldade visual apresentará, aproximadamente, sensibilidade de 80% e especificidade de 80%⁹¹.
- A prevalência de dificuldade visual autorreferida será em torno de 15%, sendo maior entre aqueles do sexo feminino, com maior idade, pele de cor negra e com menor renda.

7. MÉTODOS

7.1 DELINEAMENTO

Será conduzido um estudo observacional do tipo transversal, realizado sob a forma de consórcio de pesquisa. Concomitantemente, com a mesma população, será realizado o presente estudo de validação.

7.2 JUSTIFICATIVA PARA O DELINEAMENTO

O delineamento escolhido é o mais adequado para medir a prevalência de dificuldade visual na população de alunos nos cursos de graduação da UFPel e realizar um estudo de validação de uma pergunta sobre o assunto. Os estudos transversais demandam menor custo e menos tempo para sua realização, se comparado a outros tipos de delineamento. Ainda, uma vez que este estudo faz parte de um consórcio onde diversas pesquisas estarão sendo realizadas simultaneamente, o delineamento transversal se torna a melhor opção a ser utilizada neste estudo.

7.3 POPULAÇÃO-ALVO

A população alvo será composta por universitários ingressantes na UFPel no primeiro semestre do ano letivo de 2017.

7.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

7.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos no estudo os alunos ingressantes no primeiro semestre letivo de 2017 (2017/1) de todos os cursos de graduação presenciais da UFPel,

que estejam matriculados no segundo semestre de seu respectivo curso e que tenham 18 anos de idade completos ou mais.

7.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos indivíduos com 40 anos de idade ou mais, uma vez que o presente estudo não objetiva avaliar casos de presbiopia.

7.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO DESFECHO

7.5.1 DIFICULDADE VISUAL AUTORREFERIDA

A dificuldade visual autorreferida será avaliada através da seguinte pergunta: “Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?”, sendo que, para aqueles que utilizarem alguma correção óptica (óculos ou lentes de contato) a pergunta será: “Usando seus óculos ou lentes de contato, você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?”.

As opções de resposta serão as listadas a seguir, porém, a resposta será analisada de forma dicotômica (sim/não).

- Não
- Sim, de perto
- Sim, de longe
- Sim, ambos

7.5.2 ACUIDADE VISUAL PRESENTE

Será aferida a acuidade visual de ambos os olhos separadamente, utilizando-se um oclutor posicionado na frente do olho contralateral ao examinado, com tabela de Snellen a 6 metros de distância, em ambiente iluminado. Será considerada para a acuidade a menor linha da tabela em que o indivíduo puder identificar todos os optotipos, ou incorrer em erro em menos da metade dos optotipos presentes em cada linha. A determinação da acuidade

será realizada com os óculos vigentes ou lentes de contato, naqueles que o utilizarem, chamada acuidade visual presente.

Para categorização da acuidade visual, serão adotados os critérios para deficiência visual baseados no recomendado pela OMS. A categoria deficiência visual leve ou ausente será subdividida em deficiência visual leve e boa visão. As categorias deficiência visual moderada e severa serão agrupadas na categoria baixa visão.

Categorização da acuidade visual:

- $AV \geq 20/30$: boa visão;
- $20/30 > AV \geq 20/70$: deficiência visual leve;
- $20/70 > AV \geq 20/400$: baixa visão;
- $AV < 20/400$: cegueira.

Para fins de validação, a sensibilidade e especificidade da pergunta será comparada com duas definições de deficiência visual:

1. Deficiência visual leve ou pior: AV pior que 20/30 em qualquer olho.
2. Deficiência moderada ou pior (segundo critérios da OMS)³: AV pior que 20/70 em qualquer olho.

7.6 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS EXPOSIÇÕES

Serão analisadas as variáveis sociodemográficas, conforme disposto no Quadro 5.

Quadro 5. Definição das variáveis de exposição

Variável	Tipo de Variável	Definição
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Sexo	Catagórica dicotômica	Masculino/feminino
Cor da pele (referida pelo entrevistado)	Catagórica nominal	Branca / Preta / Amarela / Indígena / Parda ou outra
Classe econômica (ABEP)	Catagórica ordinal	A / B / C / D / E

7.7 CÁLCULO DE TAMANHO DA AMOSTRA

7.7.1 CÁLCULO PARA ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Os cálculos para o estudo de validação foram realizados a fim de se obter uma amostra de tamanho suficiente para garantir uma estimativa de sensibilidade e de especificidade com um grau de precisão aceitável. O cálculo utilizado incorpora a prevalência do desfecho na população, além da precisão aceitável (amplitude do intervalo de confiança de 95%) e os valores esperados de sensibilidade e especificidade¹⁰⁷.

Para os cálculos foram considerados os seguintes parâmetros:

- Prevalência do desfecho na população: 10%
- Precisão aceitável do IC95% (W): 10 p.p.
- Sensibilidade esperada (SN): 80%
- Especificidade esperada (SP): 80%

CÁLCULO DO NÚMERO NECESSÁRIO BASEADO NA SENSIBILIDADE (N1):

$$N1 = 1,96^2 \frac{SN \times (1 - SN)}{W^2 \times P} = 614,4$$

CÁLCULO DO NÚMERO NECESSÁRIO BASEADO NA ESPECIFICIDADE (N2):

$$N2 = 1,96^2 \frac{SP \times (1 - SP)}{W^2 \times (1 - P)} = 68,2$$

Para atender aos objetivos do estudo, o tamanho da amostra selecionado será o de maior número calculado (615 indivíduos). Uma vez que o subestudo iniciará concomitantemente com o censo a ser realizado entre os acadêmicos, não se faz necessário acrescentar uma porcentagem para perdas e recusas, pois o mesmo só se encerrará após atingir o número de indivíduos necessários.

Como alternativa para o número necessário da amostra, também podemos considerar suficiente para os cálculos de validação a presença de 100 indivíduos com deficiência visual pelo padrão-ouro e 100 indivíduos sem deficiência visual, também pelo padrão ouro. Portanto, serão considerados adequados ambos os tamanhos de amostra, optando-se pelo que ocorrer primeiro. O processo de amostragem será descrito em subitem específico no presente projeto.

7.7.2 CÁLCULO PARA ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DIFICULDADE VISUAL AUTORREFERIDA

Embora o processo de amostragem a ser adotado pelo Consórcio de Pesquisa seja censo, os cálculos de tamanho de amostra também foram realizados para que se tenha um tamanho de amostra suficiente para o estudo de prevalência, conforme simulados no Quadro 6. Foi utilizada a ferramenta online OpenEpi e considerada uma prevalência de 15%, significância de 5% e erro aceitável simulado para 1, 2 e 3 pontos percentuais. Foi adicionado 10% para perdas e recusas.

Quadro 6. Cálculo do tamanho de amostra para estudo de prevalência de dificuldade visual autorreferida.

Prevalência	Significância	Erro (pp)	Total	Total + 10%
15%	5%	1,0	2203	2423
15%	5%	2,0	938	1032
15%	5%	3,0	480	528

7.7.3 CÁLCULO PARA FATORES ASSOCIADOS

Além do estudo descritivo da prevalência, serão estudadas possíveis diferenças entre grupos populacionais. Assim como os cálculos para estudo de prevalência, foi usada a ferramenta online OpenEpi. Foram adotados nível de

confiança de 95% e poder de 80%, acrescentado 15% para controle de possíveis fatores de confusão, além de 10% para perdas e recusas, conforme Quadro 7.

Quadro 7. Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à dificuldade visual.

Variáveis de exposição	Razão não exp:exp	Prevalência entre os não expostos	RR (prev.exp:prev não exp).	Total + 10%	Total + 10% + 15%
Sexo Não exposto: Masculino	46%:54%= 0,85	8,4%	13,04%:8,4% = 1,4	2.100 + 210 = 2.310	2.310 + 315 = 2.625
Idade Não exposto: > 20 anos	58%:42%= 1,38	7,9%	12,9%:7,87% = 1,64	1.258 + 126 = 1.384	1.384 + 189 = 1.572
Cor da pele Não exposto: branca	75%:25%= 3	8,9%	13,33%:8,9% = 1,5	2.730 + 273 = 3.003	3.003 + 410 = 3.413

7.8 SELEÇÃO DA AMOSTRA

O consórcio de pesquisa 2017/2018 será realizado na forma de censo entre os estudantes com ingresso nos 83 cursos de graduação da UFPel no primeiro semestre letivo do ano 2017 e que estiverem cursando o segundo semestre letivo de seu curso.

7.8.1 PROCESSO DE AMOSTRAGEM DO SUBESTUDO

Para o estudo de validação da pergunta sobre dificuldade visual, serão selecionados aleatoriamente 615 indivíduos, de forma sistemática. O processo de seleção ocorrerá no momento das entrevistas, sendo que o primeiro indivíduo que entregar o questionário respondido será encaminhado para imediato teste de acuidade visual. Após, será realizado pulo de um até que se realize o teste em 615 indivíduos.

Como mencionado no cálculo de tamanho de amostra, a seleção da amostra para o subestudo poderá ser interrompida antes de se recrutar 615 pessoas, caso já se tenha 100 indivíduos com teste de acuidade visual alterado e 100 indivíduos com teste de acuidade visual normal, embora, devido à prevalência esperada de deficiência visual na população alvo, não se espere que isto ocorra antes do recrutamento de 615 pessoas.

7.9 ASPECTOS LOGÍSTICOS DO TRABALHO DE CAMPO

A organização do trabalho de campo será dividida por comissões, as quais serão compostas pelos mestrandos. Estas comissões serão: elaboração do questionário e manual de instruções, banco de dados, logística e trabalho de campo, divulgação, finanças, elaboração do projeto final.

Anteriormente ao início do trabalho de campo será realizado um estudo piloto entre universitários da UFPel de outros semestres. Também antes do início do trabalho de campo, será realizada uma divulgação sobre a realização da pesquisa, a fim de informar a comunidade acadêmica sobre a importância da participação do estudo através de mídia – facebook, site da UFPel, rádio, televisão, e-mail – e de cartazes a serem fixados nos prédios da universidade.

O trabalho de campo será realizado com o fim de atingir aos objetivos propostos nos projetos do consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2017/2018 do PPGE/UFPel. Os mestrandos serão responsáveis pela supervisão do trabalho de campo e formaram equipes de aplicadores do instrumento de pesquisa. O trabalho de campo se constituirá na coleta de dados nas salas de aulas dos universitários selecionados para o estudo. O prédio do Centro de Pesquisas em Saúde Dr. Amilcar Gigante, da UFPel, servirá como núcleo do trabalho de campo, onde haverá um determinado número de supervisores diariamente, com exceção dos finais de semana e feriados, com as responsabilidades referentes a esta etapa de coleta de dados que serão definidas posteriormente. Em relação à coleta de dados, serão utilizados tablets Samsungs Galaxy Tab E 7.0 WiFi SM-T113 com tela 7” com software Research Electronic Data Capture (REDCap), o qual possibilitará a entrada das informações

de modo direto no banco de dados, através de codificação automática das respostas. Todos os mestrandos receberão treinamento para uso do equipamento antes da coleta dos dados.

7.9.1 ASPECTOS LOGÍSTICOS DO SUBESTUDO

Serão contratados e treinados entrevistadores para realizarem os testes de acuidade visual. O treinamento será realizado e supervisionado pela própria menstranda autora deste projeto. O treinamento ocorrerá antes do projeto piloto para que, quando da realização desse, os testes de acuidade visual sejam realizados pelos contratados sob supervisão da autora, que realizará controle de qualidade em 10% dos testes aplicados. Para avaliar a concordância entre os testes, será utilizada o teste Kappa.

Os entrevistadores acompanharão as equipes de mestrandos que estiverem aplicando o questionário para que, ao final do questionário, aqueles sorteados sejam encaminhados para o teste de visão.

Os locais a serem utilizados para os testes de visão em cada unidade da UFPel serão pré-definidos pela autora junto à comissão responsável pela logística do trabalho de campo do consórcio.

7.10 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de pesquisa será composto por questionário dividido em um bloco geral e um específico. No bloco geral, estarão as questões sobre características socioeconômicas e demográficas, sobre consumo de álcool e fumo e área do curso em que o entrevistado está matriculado e serão comuns a todos os mestrandos. O bloco específico será subdividido em blocos menores compostos por questões referentes aos temas de pesquisa de cada mestrando, a saber: informações sobre alimentação, atividade física e comportamento sedentário, hábitos de sono, saúde mental, relacionamentos interpessoais, aspectos comportamentais, uso de substâncias, saúde bucal e qualidade de

vida, acesso e utilização dos serviços de saúde, percepção corporal e saúde física.

As questões sobre dificuldade visual estarão no bloco sobre saúde física e encontram-se no Anexo 1. Tais questões foram baseadas em uma pergunta utilizada no consórcio de pesquisa 2000/2001 do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia (PPGE) da UFPeI¹⁰⁸.

7.10.1 INSTRUMENTO DE PESQUISA DO SUBESTUDO

Para realização dos testes de acuidade visual serão utilizados:

- cartazes com a tabela de Snellen;
- fita com 6 metros, para medida da distância a ser fixada a tabela;
- cadeira
- oclusor ocular, para oclusão do olho contralateral.

Como padrão-ouro para o estudo de validação será utilizada a tabela de Snellen (Figura 2), embora o padrão-ouro para pesquisas clínicas seja a tabela proposta por Bailey-Lovie, posteriormente modificada para o ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study). Isto se deve ao fato de que a tabela do ETDRS deve ser utilizada com retroiluminação específica, o que inviabilizaria o estudo em diversos locais devido às dificuldades de transporte, além do alto valor de aquisição da mesma. Um estudo comparou a medida da acuidade visual com ambas as tabelas, encontrando um coeficiente de determinação de 0,88 entre elas, sendo uma maior diferença para casos de AV pior do que 20/400¹.

Os dados dos testes visuais serão registrados nos mesmos tablets usados para a aplicação do questionário.

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
F E Z O L C F T D	11	

Figura 2. Tabela de Snellen

7.11 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será realizada no programa STATA versão 14.0. Primeiramente, será realizada uma análise descritiva das variáveis independentes para caracterização da amostra. Será calculada a prevalência de dificuldade visual autorreferida, com seu respectivo intervalo de confiança de 95%, conforme as variáveis independentes. Serão calculadas as razões de prevalências para cada exposição e para teste de hipóteses será realizado o teste exato de Fisher. O controle de possíveis confundidores será realizado através do método de Mantel-Haenszel. Será adotado um nível de significância de 0,05.

Para fins de validação, serão calculadas a especificidade e sensibilidade da pergunta sobre dificuldade visual, assim como o cálculo dos valores preditivos positivo e negativo, com seus respectivos intervalos de confiança. A sensibilidade e especificidade da pergunta serão calculadas para ambas as

classificações de deficiência visual, conforme disposto na definição operacional dos desfechos.

8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto final do consórcio de pesquisa, o qual incluirá itens dos projetos individuais de todos os mestrandos, será submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel. Antes da entrega dos questionários aos alunos, alguns integrantes da equipe de mestrandos farão uma explicação geral do estudo, esclarecendo possíveis dúvidas e, somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário e os testes de visão poderão ser aplicados. O TCLE será assinado em duas vias, sendo que uma permanecerá com o entrevistado e outra será arquivada pela equipe de mestrandos por, no mínimo, 5 anos.

Os princípios éticos estarão assegurados mediante o sigilo absoluto dos dados informados, sendo que somente a equipe de pesquisa terá acesso às informações obtidas, ou o próprio entrevistado, que poderá acessar seus dados, mediante solicitação pessoal. Será garantido o direito de se recusar a participar da pesquisa, assim como desistir da participação em qualquer momento após tê-la iniciado.

Quando detectada alteração no teste de AV ($AV < 20/30$), os participantes do estudo serão orientados a buscar serviço de saúde para encaminhamento a um oftalmologista, devido à provável presença de alteração ocular.

9. CONTROLE DE QUALIDADE

A qualidade dos dados coletados será avaliada pelos supervisores do trabalho de campo (mestrandos do consórcio de pesquisa 2017/2018) através de reaplicação de um questionário reduzido para 10% dos entrevistados, por telefone. Para avaliar a concordância entre as questões será utilizada a estatística Kappa.

10. FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte do consórcio de pesquisa do Mestrado em Epidemiologia 2017/2018, do PPGE da UFPel e será financiado por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROEX/CAPES) e, se necessário, com aporte adicional pelos mestrandos. O valor estimado para o consórcio de pesquisa é de R\$30.000,00.

O subestudo a ser realizado para validação da pergunta sobre dificuldade visual será financiado por esta mestranda, autora do presente projeto, uma vez que este tema não tem relação com os temas dos demais mestrandos.

11. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados por meio de um volume final de dissertação e um artigo a ser publicado em periódico científico indexado. Além disso, um resumo com os principais resultados será divulgado em nota à imprensa e à comunidade acadêmica.

12. CRONOGRAMA

Atividades	2017										2018												
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboração do projeto			■	■	■	■																	
Preparação do instrumento				■	■	■																	
Defesa do projeto							■																
Estudo piloto							■	■															
Trabalho de campo									■	■	■	■											
Controle de qualidade									■	■	■	■	■	■									
Análise dos dados											■	■	■	■									
Redação da dissertação													■	■	■	■	■	■	■				
Defesa da dissertação																				■			

REFERÊNCIAS

1. Kaiser PK. Prospective evaluation of visual acuity assessment: a comparison of snellen versus ETDRS charts in clinical practice (An AOS Thesis). *Transactions of the American Ophthalmological Society* 2009; **107**: 311-24.
2. Bicas HEA. Acuidade visual: medidas e notações. *Arq bras oftalmol* 2002; **65**: 375-84.
3. Organization WH. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2016 ed; 2016.
4. WHO. Global Data in Visual Impairments 2010. Geneva: WHO; 2012.
5. Lemos LEC, Pinheiro Júnior MN. Erros refracionais e sua influência no aprendizado de jovens escolares da Cidade de Manaus. *Rev bras oftalmol* 2002; **61**: 268-76.
6. Silva CMFd, Bazzano FCO, Mesquita Filho M, et al. Desempenho escolar: interferência da acuidade visual[^]ipt. *Rev bras oftalmol* 2013; **72**: 168-71.
7. Simionato EZR, Rizzon ES, Pires EME, Bassani FR, Ártico LG, Soldera J. Relação da Baixa Acuidade Visual com Reprovação Escolar em crianças do nordeste do Rio Grande do Sul. *ACM arq catarin med* 2007; **36**: 72-5.
8. Toledo CC, Guerra MR, Leite ICG, Maior MRS, Camilo GB, Paiva APG. Detecção precoce de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2010; **56**: 415-9.
9. Loprinzi PD, Codey K. Influence of visual acuity on anxiety, panic and depression disorders among young and middle age adults in the United States. *Journal of affective disorders* 2014; **167**: 8-11.
10. Rim TH, Lee CS, Lee SC, Chung B, Kim SS. Influence of visual acuity on suicidal ideation, suicide attempts and depression in South Korea. *The British journal of ophthalmology* 2015; **99**: 1112-9.
11. Bicas HEA. Ametropias e presbiopia. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1997; **30**: 20-6.
12. Schiefer U, Kraus C, Baumbach P, Ungewiss J, Michels R. Refractive errors Epidemiology, Effects and Treatment Options. *Dtsch Arztebl Int* 2016; **113**: 693.
13. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in adults in Canada. *Canadian journal of ophthalmology Journal canadien d'ophtalmologie* 2007; **42**: 39-45, 158-63.
14. Feder RS, Olsen TW, Prum BE, Jr., et al. Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation Preferred Practice Pattern Guidelines. *Ophthalmology* 2016; **123**: P209-36.
15. Oftalmologia SBd. *Importância do Médico Oftalmologista*. 2017 [cited 2017 11/10/2017]; Available from: (http://sboportal.org.br/update_materia.aspx?id=5)
16. Educação MdSeMd. Portaria Interministerial nº 2.299, de 3 de outubro de 2012. 2012: 4.
17. Organization PAH. *Plan of action for the prevention of blindness and visual impairment*. Pan American Health Organization; 2014 2014.
18. de Albuquerque Alves A. *Refração (6a. Ed.)*: Grupo Gen - Guanabara Koogan; 2000.

19. Bailey IL, Lovie JE. New design principles for visual acuity letter charts. *American journal of optometry and physiological optics* 1976; **53**: 740-5.
20. Holladay JT. Visual acuity measurements. *Journal of cataract and refractive surgery* 2004; **30**: 287-90.
21. Massof RW, Rubin GS. Visual function assessment questionnaires. *Survey of ophthalmology* 2001; **45**: 531-48.
22. Lee DJ, Gomez-Marin O, Lam BL. Prevalence of uncorrected binocular distance visual acuity in Hispanic and non-Hispanic adults - Results from the HHANES and the NHANES I. *Ophthalmology* 1998; **105**: 552-60.
23. Casson RJ, Newland HS, Muecke J, et al. Prevalence and causes of visual impairment in rural myanmar: the Meiktila Eye Study. *Ophthalmology* 2007; **114**: 2302-8.
24. Dineen B, Bourne RR, Jadoon Z, et al. Causes of blindness and visual impairment in Pakistan. The Pakistan national blindness and visual impairment survey. *The British journal of ophthalmology* 2007; **91**: 1005-10.
25. Oye JE, Kuper H. Prevalence and causes of blindness and visual impairment in Limbe urban area, South West Province, Cameroon. *The British journal of ophthalmology* 2007; **91**: 1435-9.
26. Liang YB, Friedman DS, Wong TY, et al. Prevalence and causes of low vision and blindness in a rural chinese adult population: the Handan Eye Study. *Ophthalmology* 2008; **115**: 1965-72.
27. Rabiou MM. Prevalence of blindness and low vision in north central, Nigeria. *West African journal of medicine* 2008; **27**: 238-44.
28. Rahi JS, Peckham CS, Cumberland PM. Visual impairment due to undiagnosed refractive error in working age adults in Britain. *The British journal of ophthalmology* 2008; **92**: 1190-4.
29. Varma R, Wang MY, Ying-Lai M, Donofrio J, Azen SP. The prevalence and risk indicators of uncorrected refractive error and unmet refractive need in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. *Investigative ophthalmology & visual science* 2008; **49**: 5264-73.
30. Verrone PJ, Simi MR. Prevalencia de agudeza visual baja y trastornos oftalmológicos en niños de seis años de la ciudad de Santa Fe. *Arch argent pediatr* 2008; **106**: 328-33.
31. Wong TY, Chong EW, Wong WL, et al. Prevalence and causes of low vision and blindness in an urban malay population: the Singapore Malay Eye Study. *Archives of ophthalmology (Chicago, Ill : 1960)* 2008; **126**: 1091-9.
32. Rosman M, Wong TY, Tay WT, Tong L, Saw SM. Prevalence and risk factors of undercorrected refractive errors among Singaporean Malay adults: the Singapore Malay Eye Study. *Investigative ophthalmology & visual science* 2009; **50**: 3621-8.
33. Oliveira CASd, Hisatomi KS, Leite CP, Padovani CR, Padovani CRP, Schellini SA. Erros de refração como causas de baixa visual em crianças da rede de escolas públicas da regional de Botucatu - SP. *Arq bras oftalmol* 2009; **72**: 194-8.
34. Edussuriya K, Sennanayake S, Senaratne T, et al. The prevalence and causes of visual impairment in central Sri Lanka the Kandy Eye study. *Ophthalmology* 2009; **116**: 52-6.
35. Kyari F, Gudlavalleti MV, Sivsubramaniam S, et al. Prevalence of blindness and visual impairment in Nigeria: the National Blindness and Visual Impairment Study. *Investigative ophthalmology & visual science* 2009; **50**: 2033-9.

36. Lamoureux EL, Saw SM, Thumboo J, et al. The impact of corrected and uncorrected refractive error on visual functioning: the Singapore Malay Eye Study. *Investigative ophthalmology & visual science* 2009; **50**: 2614-20.
37. Marmamula S, Keeffe JE, Rao GN. Uncorrected refractive errors, presbyopia and spectacle coverage: results from a rapid assessment of refractive error survey. *Ophthalmic Epidemiol* 2009; **16**: 269-74.
38. Nowak MS, Gos R, Jurowski P, Smigielski J. Correctable and non-correctable visual impairment among young males: a 12-year prevalence study of the Military Service in Poland. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)* 2009; **29**: 443-8.
39. Schellini SA, Durkin SR, Hoyama E, et al. Prevalence and causes of visual impairment in a Brazilian population: the Botucatu Eye Study. *BMC ophthalmology* 2009; **9**: 8.
40. Landers J, Henderson T, Craig J. The prevalence and causes of visual impairment in indigenous Australians within central Australia: the Central Australian Ocular Health Study. *The British journal of ophthalmology* 2010; **94**: 1140-4.
41. Nakamura Y, Tomidokoro A, Sawaguchi S, Sakai H, Iwase A, Araie M. Prevalence and causes of low vision and blindness in a rural Southwest Island of Japan: the Kumejima study. *Ophthalmology* 2010; **117**: 2315-21.
42. Brian G, Pearce MG, Ramke J. Refractive error and presbyopia among adults in Fiji. *Ophthalmic Epidemiol* 2011; **18**: 75-82.
43. Ezelum C, Razavi H, Sivasubramaniam S, et al. Refractive error in Nigerian adults: prevalence, type, and spectacle coverage. *Investigative ophthalmology & visual science* 2011; **52**: 5449-56.
44. Lindquist AC, Cama A, Keeffe JE. Screening for uncorrected refractive error in secondary school-age students in Fiji. *Clinical & experimental ophthalmology* 2011; **39**: 330-5.
45. Uribe JA, Swenor BK, Munoz BE, West SK. Uncorrected refractive error in a Latino population: proyecto VER. *Ophthalmology* 2011; **118**: 805-11.
46. Budenz DL, Bandi JR, Barton K, et al. Blindness and visual impairment in an urban West African population: the Tema Eye Survey. *Ophthalmology* 2012; **119**: 1744-53.
47. Emamian MH, Zeraati H, Majdzadeh R, Shariati M, Hashemi H, Fotouhi A. Unmet refractive need and its determinants in Shahroud, Iran. *International ophthalmology* 2012; **32**: 329-36.
48. Hashemi H, Khabazkhoob M, Emamian MH, Shariati M, Fotouhi A. Visual impairment in the 40- to 64-year-old population of Shahroud, Iran. *Eye (London, England)* 2012; **26**: 1071-7.
49. Li X, Zhou Q, Sun L, et al. Prevalence of blindness and low vision in a rural population in northern China: preliminary results from a population-based survey. *Ophthalmic Epidemiol* 2012; **19**: 272-7.
50. Marmamula S, Madala SR, Rao GN. Prevalence of uncorrected refractive errors, presbyopia and spectacle coverage in marine fishing communities in South India: Rapid Assessment of Visual Impairment (RAVI) project. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)* 2012; **32**: 149-55.
51. Nangia V, Jonas JB, Sinha A, Gupta R, Bhojwani K. Prevalence of undercorrection of refractive error in rural Central India. The Central India eye and medical study. *Acta Ophthalmol* 2012; **90**: e166-7.

52. Zhang Y, Wang H, Liu J, et al. Prevalence of blindness and low vision: a study in the rural Heilongjiang Province of China. *Clinical & experimental ophthalmology* 2012; **40**: 484-9.
53. Marmamula S, Keeffe JE, Narsaiah S, Khanna RC, Rao GN. Changing trends in the prevalence of visual impairment, uncorrected refractive errors and use of spectacles in Mahbubnagar district in South India. *Indian J Ophthalmol* 2013; **61**: 755-8.
54. Marmamula S, Narsaiah S, Shekhar K, Khanna RC, Rao GN. Visual impairment in the South Indian state of Andhra Pradesh: Andhra Pradesh - rapid assessment of visual impairment (AP-RAVI) project. *PloS one* 2013; **8**: e70120.
55. Nangia V, Jonas JB, Gupta R, Khare A, Sinha A. Visual impairment and blindness in rural central India: the Central India Eye and Medical Study. *Acta Ophthalmol* 2013; **91**: 483-6.
56. Robinson B, Feng Y, Woods CA, Fonn D, Gold D, Gordon K. Prevalence of visual impairment and uncorrected refractive error - report from a Canadian urban population-based study. *Ophthalmic Epidemiol* 2013; **20**: 123-30.
57. Ferraz FH, Corrente JE, Opromolla P, Schellini SA. Influence of uncorrected refractive error and unmet refractive error on visual impairment in a Brazilian population. *BMC ophthalmology* 2014; **14**: 84.
58. Pan CW, Chiang PPC, Wong TY, et al. Ethnic Differences in Undercorrected Refractive Error in Asians. *Optom Vis Sci* 2014; **91**: 212-20.
59. Qiu M, Wang SY, Singh K, Lin SC. Racial disparities in uncorrected and undercorrected refractive error in the United States. *Investigative ophthalmology & visual science* 2014; **55**: 6996-7005.
60. Rim TH, Nam JS, Choi M, Lee SC, Lee CS. Prevalence and risk factors of visual impairment and blindness in Korea: the Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey in 2008-2010. *Acta Ophthalmol* 2014; **92**: e317-25.
61. Rius A, Artazcoz L, Guisasola L, Benach J. Visual impairment and blindness in spanish adults: geographic inequalities are not explained by age or education. *Ophthalmology* 2014; **121**: 408-16.
62. Wilson FA, Wang Y, Stimpson JP, Kessler AS, Do DV, Britigan DH. Disparities in visual impairment by immigrant status in the United States. *American journal of ophthalmology* 2014; **158**: 800-7 e5.
63. Abdullah AS, Jadoon MZ, Akram M, et al. Prevalence of uncorrected refractive errors in adults aged 30 years and above in a rural population in pakistan. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC* 2015; **27**: 8-12.
64. Li T, Du L, Du L. Prevalence and Causes of Visual Impairment and Blindness in Shanxi Province, China. *Ophthalmic Epidemiol* 2015; **22**: 239-45.
65. Nowak MS, Smigielski J. The prevalence and causes of visual impairment and blindness among older adults in the city of Lodz, Poland. *Medicine* 2015; **94**: e505.
66. Ribeiro GdB, Silva TABe, Macedo RdL, Chaves PHP, Coelho ALD. Avaliação oftalmológica de crianças de escolas públicas de Belo Horizonte/MG: um panorama acerca da baixa acuidade visual. *Rev bras oftalmol* 2015; **74**: 288-91.
67. Hoeg TB, Ellervik C, Buch H, et al. Danish Rural Eye Study: Epidemiology of Adult Visual Impairment. *Ophthalmic Epidemiol* 2016; **23**: 53-62.
68. Sánchez Hernández CdR, González Pérez Á, Rivadeneyra Espinoza L. Agudeza visual en alumnos de medicina en una universidad privada de Puebla, México. *Rev med Risaralda* 2016; **22**: 79-82.

69. Abokyi S, Ilechie A, Nsiah P, et al. Visual impairment attributable to uncorrected refractive error and other causes in the Ghanaian youth: The University of Cape Coast Survey. *Journal of optometry* 2016; **9**: 64-70.
70. Cheng F, Shan L, Song W, Fan P, Yuan H. Distance- and near-visual impairment in rural Chinese adults in Kailu, Inner Mongolia. *Acta Ophthalmol* 2016; **94**: 407-13.
71. Jimenez-Corona A, Jimenez-Corona ME, Ponce-de-Leon S, Chavez-Rodriguez M, Graue-Hernandez EO. Social Determinants and Their Impact on Visual Impairment in Southern Mexico. *Ophthalmic Epidemiol* 2015; **22**: 342-8.
72. Salomão SR, Mitsuhiro MRKH, Belfort Júnior R. Visual impairment and blindness: an overview of prevalence and causes in Brazil. *An acad bras ciênc* 2009; **81**: 539-49.
73. Leasher JL, Lansingh V, Flaxman SR, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 619-28.
74. Jonas JB, George R, Asokan R, et al. Prevalence and causes of vision loss in Central and South Asia: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 592-8.
75. Xiang F, He M, Zeng Y, Mai J, Rose KA, Morgan IG. Increases in the prevalence of reduced visual acuity and myopia in Chinese children in Guangzhou over the past 20 years. *Eye* 2013; **27**: 1353-8.
76. Keeffe J, Taylor HR, Fotis K, et al. Prevalence and causes of vision loss in Southeast Asia and Oceania: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 586-91.
77. Khairallah M, Kahloun R, Flaxman SR, et al. Prevalence and causes of vision loss in North Africa and the Middle East: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 605-11.
78. Resnikoff S, Pascolini D, Mariotti SP, Pokharel GP. Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. *Bull World Health Organ* 2008; **86**: 63-70.
79. Sherwin JC, Lewallen S, Courtright P. Blindness and visual impairment due to uncorrected refractive error in sub-Saharan Africa: review of recent population-based studies. *The British journal of ophthalmology* 2012; **96**: 927-30.
80. Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. *The British journal of ophthalmology* 2012; **96**: 614-8.
81. Bourne RR, Jonas JB, Flaxman SR, et al. Prevalence and causes of vision loss in high-income countries and in Eastern and Central Europe: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 629-38.
82. Naidoo K, Gichuhi S, Basanez MG, et al. Prevalence and causes of vision loss in sub-Saharan Africa: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 612-8.
83. Wong TY, Zheng Y, Jonas JB, et al. Prevalence and causes of vision loss in East Asia: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 599-604.
84. Naidoo KS, Leasher J, Bourne RR, et al. Global Vision Impairment and Blindness Due to Uncorrected Refractive Error, 1990-2010. *Optometry and vision science : official publication of the American Academy of Optometry* 2016; **93**: 227-34.
85. Hiller R, Krueger DE. Validity of a survey question as a measure of visual acuity impairment. *American journal of public health* 1983; **73**: 93-6.

86. Coren S, Hakstian AR. Validation of a self-report inventory for the measurement of visual acuity. *International journal of epidemiology* 1989; **18**: 451-6.
87. Carta A, Braccio L, Belpoliti M, et al. Self-assessment of the quality of vision: association of questionnaire score with objective clinical tests. *Current eye research* 1998; **17**: 506-11.
88. Valbuena M, Bandeen-Roche K, Rubin GS, Munoz B, West SK. Self-reported assessment of visual function in a population-based study: the SEE project. Salisbury Eye Evaluation. *Investigative ophthalmology & visual science* 1999; **40**: 280-8.
89. Klein BE, Klein R, Lee KE, Cruickshanks KJ. Associations of performance-based and self-reported measures of visual function. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmic Epidemiol* 1999; **6**: 49-60.
90. Ivers RQ, Mitchell P, Cumming RG. Visual function tests, eye disease and symptoms of visual disability: a population-based assessment. *Clinical & experimental ophthalmology* 2000; **28**: 41-7.
91. Djafari F, Gresset JA, Boisjoly HM, et al. Estimation of the misclassification rate of self-reported visual disability. *Canadian journal of public health* 2003; **94**: 367-71.
92. Gothwal VK, Lovie-Kitchin JE, Nutheti R. The development of the LV Prasad-Functional Vision Questionnaire: a measure of functional vision performance of visually impaired children. *Investigative ophthalmology & visual science* 2003; **44**: 4131-9.
93. Laitinen A, Koskinen S, Harkanen T, Reunanen A, Laatikainen L, Aromaa A. A nationwide population-based survey on visual acuity, near vision, and self-reported visual function in the adult population in Finland. *Ophthalmology* 2005; **112**: 2227-37.
94. Cinoto RW, Berezovsky A, Belfort Júnior R, Salomão SR. Comparação entre qualidade de visão auto-relatada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. *Arq bras oftalmol* 2006; **69**: 17-22.
95. Owen CG, Rudnicka AR, Smeeth L, Evans JR, Wormald RP, Fletcher AE. Is the NEI-VFQ-25 a useful tool in identifying visual impairment in an elderly population. *BMC ophthalmology* 2006; **6**: 24.
96. Yip JL, Khawaja AP, Broadway D, et al. Visual acuity, self-reported vision and falls in the EPIC-Norfolk Eye study. *The British journal of ophthalmology* 2014; **98**: 377-82.
97. Klein BE, Klein R, Jensen SC. A short questionnaire on visual function of older adults to supplement ophthalmic examination. *American journal of ophthalmology* 2000; **130**: 350-2.
98. Globe DR, Wu J, Azen SP, Varma R. The impact of visual impairment on self-reported visual functioning in Latinos: The Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology* 2004; **111**: 1141-9.
99. Massof RW, Deremeik JT, Park WL, Grover LL. Self-reported importance and difficulty of driving in a low-vision clinic population. *Investigative ophthalmology & visual science* 2007; **48**: 4955-62.
100. Castagno VD, Fassa AG, Silva MCd, Carret MLV. Carência de atenção à saúde ocular no setor público: um estudo de base populacional. *Cad saúde pública* 2009; **25**: 2260-72.
101. McClure LA, Zheng DD, Lam BL, et al. Factors Associated With Ocular Health Care Utilization Among Hispanics/Latinos: Results From an Ancillary

- Study to the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *JAMA Ophthalmol* 2016; **134**: 320-9.
102. José FCK, Passos LB, Jervásio AC, Salomão GH. Interesse e conhecimento em cirurgia refrativa entre estudantes de medicina[^]ipt. *Arq bras oftalmol* 2002; **65**: 71-4.
103. Wedner SH, Ross DA, Todd J, Anemona A, Balira R, Foster A. Myopia in secondary school students in Mwanza City, Tanzania: the need for a national screening programme. *Br J Ophthalmol* 2002; **86**: 1200-6.
104. Costa RTd, Barreto RBP, Souza ALGd, Souza ACDd. Características do uso de correção óptica em acadêmicos de medicina de Pernambuco. *Rev bras oftalmol* 2003; **62**: 572-7.
105. Barreto Junior J, Prevedello LMS, Silveira CA, Yared JH, Abib FC. Prevalência da Miopia em Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Paraná[^]ipt. *Rev bras oftalmol* 2000; **59**: 719-23.
106. Ferraz FH. *Perfil de distribuição de erros refracionais no sul do centro-oeste do estado de São Paulo e seu impacto na acuidade visual: estudo de base populacional*. Botucatu: s.n; 2013.
107. Buderer NM. Statistical methodology: I. Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 1996; **3**: 895-900.
108. Duarte WR, Barros AJD, Dias-da-Costa JS, Cattán JM. Prevalência de deficiência visual de perto e fatores associados: um estudo de base populacional. *Cad saúde pública* 2003; **19**: 551-9.

APÊNDICES

Apêndice A. Perguntas sobre dificuldade visual

Agora vamos fazer umas perguntas sobre sua saúde ocular:

QUESTÃO 1. Você usa algum tipo de lente/óculos para enxergar melhor?

- (0) Não → *pula para a questão 3*
- (1) Sim, óculos
- (2) Sim, lentes de contato
- (3) Sim, óculos e lentes de contato

QUESTÃO 2. Usando seus óculos ou lentes de contato, você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?

- (0) Não
- (1) Sim, de perto
- (2) Sim, de longe
- (3) Sim, ambos

→ pula para o próximo questionário após qualquer resposta

QUESTÃO 3. Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?

- (0) Não
- (1) Sim, de perto
- (2) Sim, de longe
- (3) Sim, ambos

Apêndice B. Ficha de avaliação da acuidade visual

Entrevistador: _____	AENTREV: __
Data do teste: __/__/____	ADE: __/__/__
AV olho direito: _____ (1) com correção (2) sem correção	AAVD: __
Obs.: _____	ACORREOD: _
AV olho esquerdo: _____ (1) com correção (2) sem correção	AAVE: __
Obs.: _____	ACORREOE: _

Apêndice C. Manual para teste de Acuidade Visual**MANUAL PARA TESTE DE ACUIDADE VISUAL**

- Enquanto os alunos preenchem o questionário:

- Fixar a tabela em uma parede, na altura do olhar de uma pessoa sentada.
- Medir a distância de 6 metros e marcar com uma fita adesiva o local exato.
- Posicionar uma cadeira com as patas traseiras na marca dos 6 metros.

- Após o preenchimento do questionário e entrega do tablet para a equipe de mestrandos:

1°. Convidar o aluno sorteado para fazer um teste simples de visão. Explicar que é rápido e fácil.

2°. Observar se aluno está usando óculos e, caso não os esteja usando, perguntar: “você está usando lentes de contato?”. Caso afirmativo, marcar “com correção”.

OBS: caso perceba que o aluno tenha tirado os óculos para fazer o teste, pedir para que os coloque.

4°. Posicionar o aluno no local marcado, seguindo às informações:

- “você vai tapar o olho esquerdo com este oclusor (mostrar) e ler em voz alta as letras da tabela, linha por linha, de cima até embaixo. Depois, repetimos com o outro olho”.
- O aluno deve manter os olhos abertos durante todo o teste, piscando normalmente.

5°. Durante o teste, se o aluno apresentar alguma dificuldade, incentivar para que tente adivinhar a letra¹.

6°. Anotar como acuidade visual (AV) a linha correspondente em que o aluno errou a metade ou mais das letras.

Exemplo: 2 erros em uma linha de 4; 3 erros em uma linha de 5.

7°. Se o aluno não conseguir ver a primeira letra, anotar como AV < 20/200.

8°. Se a AV de um ou ambos os olhos for pior que 20/30, informar que há a possibilidade de alguma alteração ocular, devendo o aluno buscar consulta com um oftalmologista. No SUS, o encaminhamento deve ser feito através das unidades básicas de saúde (UBS).

9°. Agradecer a participação.

2. ALTERAÇÕES REFERENTES AO PROJETO DE PESQUISA

Em relação ao projeto original, as seguintes alterações foram realizadas:

- Quanto às definições de alteração da acuidade visual presente, foram consideradas:

- AV pior que 20/40 em qualquer olho
- AV pior que 20/70 em qualquer olho
- AV menor que 20/200 em qualquer olho

Após revisão continuada da literatura, o termo deficiência visual (leve, moderada ou severa) foi abandonado, pois seu conceito considera a acuidade visual presente no melhor olho¹, enquanto que, neste estudo, utilizou-se a AV em qualquer olho. A opção por utilizar a AV em qualquer olho foi decorrente de dois motivos principais: (1) a pergunta realizada era referente a “(...) alguma dificuldade para enxergar (...)”, assim, indivíduos que percebem dificuldade visual em um olho e que apresentassem AV alterada em um olho apenas, seriam considerados falsos positivos caso a definição de deficiência visual fosse utilizada; (2) indivíduos com AV alterada em um olho devem ser avaliados por oftalmologista, devendo, portanto, serem detectados em uma triagem.

- Variáveis independentes analisadas:

Quadro 1. Definição das variáveis de exposição

Variável	Tipo de Variável	Definição
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Sexo	Catagórica dicotômica	Masculino/feminino
Cor da pele (referida pelo entrevistado)	Catagórica nominal	Branca / Preta / Amarela / Indígena / Parda ou outra
Classe econômica (ABEP)	Catagórica ordinal	A / B / C / D / E
Estado civil	Catagórica nominal	Solteiro / Casado ou união estável / Separado ou divorciado / Viúvo
Uso de correção óptica	Catagórica dicotômica	Sim / Não

- Quanto à análise de dados, optou-se por não calcular razões de prevalência e controle de confusão, uma vez que o estudo possui caráter descritivo além de não possuir tamanho de amostra suficiente, de acordo com o cálculo realizado no projeto de pesquisa. As prevalências da dificuldade visual autorrelatada e acuidade visual menor que 20/40 em qualquer olho e seus intervalos de confiança de 95% foram calculadas para cada categoria das variáveis independentes e foi realizado teste qui-quadrado para teste de significância entre as categorias. A análise dos dados foi realizada no programa STATA versão 15.1 (StataCorp, College Station, TX, EUA).

- Em virtude do conteúdo de caráter íntimo presente nas perguntas de alguns mestrandos, optou-se pelo anonimato do questionário, sem qualquer identificação dos respondentes. Portanto, não foi realizado controle de qualidade do questionário do consórcio. O controle de qualidade do teste de acuidade visual foi possível, pois a mestrandia responsável, autora deste projeto, realizou o registro da acuidade visual de uma parcela dos entrevistados (8,9%), de maneira independente do registro da entrevistadora. A comparação de ambos registros foi comparada posteriormente, através da estatística kappa.

REFERÊNCIA

1. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, et al. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global health* 2017; **5**: e888-e97.

3. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA



RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO CONSÓRCIO DE PESQUISA 2017/2018

Avaliação da saúde dos ingressantes em 2017/1 da
Universidade Federal de Pelotas, RS



PELOTAS

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	101
2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO.....	102
3. QUESTIONÁRIO.....	107
4. MANUAL DE INSTRUÇÕES	108
5. CÁLCULO DO TAMANHO DE AMOSTRA E CENSO	109
6. ESTUDOS PRÉ-PILOTO E PILOTO	109
7. TRABALHO DE CAMPO	110
8. CONTROLE DE QUALIDADE	112
9. RESULTADOS GERAIS	112
10. ORÇAMENTO	121
11. CRONOGRAMA	121
12. REFERÊNCIAS	123

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado no ano de 1991, a partir de um trabalho conjunto de docentes, grande parte deles do Departamento de Medicina Social.

Desde 1999, os alunos do PPGE trabalham coletivamente para a construção de seu campo de pesquisa. Esse esforço culmina na realização de um trabalho conjunto, de campo único, na forma de um estudo transversal, em que todos os mestrandos participam de maneira integral, denominado “Consórcio de Pesquisa”.

Nos anos 2017/2018 o Consórcio de Pesquisa estudou a população universitária com 18 anos ou mais ingressante na UFPel no primeiro semestre de 2017 (2017/1), e matriculados em cursos presenciais dos *campi* de Pelotas e Capão do Leão em 2017/2, buscando contemplar informações relativas à saúde, sob diversos aspectos. A população estudada foi escolhida por meio de discussões entre docentes e mestrandos do PPGE. A pesquisa contou com a participação de 19 mestrandos da turma de 2017, sob a coordenação de trabalho de campo de três docentes do Programa: Dr^a Elaine Tomasi, Dr^a Helen Gonçalves e Dr^a Luciana Tovo Rodrigues.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso de mestrado, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrandos. Nessa pesquisa foram investigados temas específicos de cada mestrando (Tabela 1).

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde dos ingressantes em 2017/1 da Universidade Federal de Pelotas, RS”. Este projeto mais amplo contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo.

O projeto geral foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Medicina (FAMED), da UFPEL. Em outubro de 2017, recebeu aprovação com o número de protocolo 79250317.0.0000.5317. O parecer contendo a aprovação para o estudo encontra-se no Anexo 1.

Este relatório descreve o processo de construção desse estudo.

Tabela 1. Mestrandos, Orientadores e Temas do Consórcio de Pesquisa do PPG. Pelotas, 2017/2018.

Mestrando	Orientador	Tema
Betina Flesh	Ana Claudia Fassa	Depressão
Bianca Cata Preta	Andréa Dâmaso	Uso de <i>smartdrugs</i>
Bruno Könsgen	Elaine Tomasi	Utilização de serviços de saúde
Caroline Carone	Iná dos Santos	Epidemiologia do sono
Débora Gräf	Ana Claudia Fassa	Comportamento sexual de riscos
Deisi Silva	Luiz Augusto Facchini	Discriminação nos serviços de saúde
Fabiane Höfs	Helen Gonçalves	Eventos estressores e eventos associados.
Fernanda Prieto	Ana Maria Menezes	Avaliação do controle da asma
Fernando Guimarães	Andréa Dâmaso	Comportamento de risco para lesões intencionais e não intencionais.
Gbèrankpon Houvèssou	Mariângela da Silveira	Consumo de drogas lícitas e ilícitas.
Inaê Valério	Helen Gonçalves	Violência por parceiro íntimo
Juliana Meroni	Ana Maria Menezes	Dificuldade visual
Karoline Barros	Maria Cecília Assunção	Padrões de dieta
Mariana Echeverria	Flavio Demarco	Falta de acesso e utilização de serviços odontológicos
Patrice Tavares	Luciana Rodrigues	<i>Jetlag</i> social
Priscila Lautenschläger	Tiago Munhoz	Vitimização por violência comunitária
Sarah Karam	Flavio Demarco	Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida
Thielen da Costa	Maria Cecília Assunção	Insatisfação corporal
Vania Oliveira	Bernardo Horta	Característica das refeições

2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca também capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível, foram estabelecidas comissões a fim de garantir agilidade, melhor distribuição de tarefas e bom andamento do trabalho de campo.

Todos os mestrandos participaram de comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma. Ainda, este consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Beatriz Lerm, Franciele Hellwig, Roberta Bouilly e Úrsula Reyes), que participaram das comissões e do trabalho de campo durante os quatro primeiros meses do estudo. Seus projetos de dissertação não previam a utilização dos dados coletados pelo consórcio.

As atividades relacionadas a cada comissão e seus responsáveis estão descritas a seguir.

2.1 Elaboração do projeto de pesquisa que reuniu todos os estudos

Os responsáveis pela elaboração do projeto geral foram os mestrandos Deisi Silva, Fernanda Prieto, Fabiane Hofs e Vânia Oliveira. A equipe reuniu justificativas, objetivos gerais e específicos e hipóteses dos projetos individuais dos 19 mestrandos na composição de um único documento sobre o estudo, o “projetão”.

O projetão também contemplou aspectos comuns a todos, como: descrição do PPGE e da forma de pesquisa adotada pelo programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem, instrumentos utilizados, logística, estudo pré-piloto e piloto, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

2.2 Elaboração do questionário e manual de instruções

Os responsáveis por esta comissão foram os mestrandos Caroline Maria de Mello Carone, Patrice de Souza Tavares, Juliana das Chagas Meroni e Roberta Bouilly. A equipe elaborou um instrumento único contendo as perguntas de cada mestrando e um manual de instrução com todas as informações sobre o instrumento geral, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta.

A versão impressa do questionário completo e do manual de instruções encontram-se nos Apêndice 1 e Apêndice 2, respectivamente.

A versão digital do questionário foi inserida no *Research Eletronic DataCapture* (RedCap) pelo mestrando responsável pelo banco de dados.

2.3 Gestão do banco de dados

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Bruno Iorio Konngen, Pedro Augusto Crespo da Silva, Franciele Hellwig e Priscila Lautenschlager. Ela foi responsável pela inserção do questionário na sua versão

digital, na plataforma RedCap, pela instalação do aplicativo em todos os equipamentos e pela atualização de todos os *tablets*.

A comissão também ficou encarregada da gestão do banco de dados que compreendeu o reparo de erros técnicos que comprometessem os questionários, limpeza e checagem de inconsistências e atualização do banco de dados para todos os mestrandos.

2.4 Comunicação e Divulgação

Os responsáveis por essa comissão foram as mestrandas Inaê Dutra Valério, Karoline Sampaio Barros, Thielen Borba da Costa e Débora Dalmas Graf.

Antes do início do trabalho de campo a comissão ficou encarregada de trabalhar em conjunto com a equipe responsável pela comunicação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) para elaborar nome e logomarca da pesquisa, cartazes para fixar nos prédios da UFPel e texto sobre o estudo para divulgação na plataforma Cobalto, utilizada por docentes e discentes da Universidade. Ferramentas como *Facebook* e *Instagram* também foram utilizadas para divulgação da pesquisa.

O logotipo e sigla do consórcio criados em parceria com as profissionais de *design* gráfico e comunicação social do CPE Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente, estão apresentados na Figura 1.

Antes e durante o trabalho de campo a equipe também ficou responsável por ligações telefônicas e envio de *e-mails* aos coordenadores e professores dos cursos elegíveis, solicitando autorização para realização da pesquisa. Os mestrandos trabalharam diretamente com a comissão de logística para organizar escalas de mestrandos e horários de campo.

Até a elaboração deste relatório, o trabalho de divulgação não foi concluído. Após a conclusão dos trabalhos individuais de cada mestrando, será elaborado um material para divulgação dos resultados para a comunidade universitária.



Figura 1. Versões do logotipo do consórcio 2017/2018.

2.5 Logística

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Marina Silveira Echeverria, Sarah Arangurem Karam, Pedro Augusto Crespo da Silva e Débora Dalmas Graf.

A comissão foi responsável pela gestão do trabalho de campo propriamente dito. A equipe ficou responsável pelo mapeamento de todos os cursos elegíveis, fornecimento das listas de chamadas dos alunos elegíveis e da elaboração de escalas para o plantão e para realização da coleta de dados.

Em conjunto com a comissão de comunicação e divulgação, a equipe ajudou na marcação de horários com os professores para aplicação do questionário e, mais ao final do campo, na busca ativa de alunos elegíveis que ainda não haviam participado da pesquisa. Em conjunto com a comissão de relatório, a equipe apresentava os dados mais recentes do trabalho de campo nas reuniões entre mestrandos e docentes coordenadores da pesquisa.

2.6 Remanescentes

Após três meses do trabalho de campo, surgiu a necessidade da criação de uma comissão não prevista, nomeada comissão dos remanescentes. Os mestrandos Betina Daniele Flech, Fabiane Neitzke Hofs e Patrice de Souza Tavares foram os responsáveis por esta comissão que passou a trabalhar com novas listas de alunos matriculados fornecidas pela reitoria a fim de contabilizar os alunos desistentes e trancamento. Em conjunto com a comissão de relatório, esta equipe trabalhou na atualização de alunos regularmente matriculados na UFPEL e dos alunos que já haviam respondido ao questionário.

Mais ao final do campo, a equipe trabalhou com a comissão de logística para fornecer dados sobre as disciplinas mais prováveis de ter alunos elegíveis que ainda não haviam participado da pesquisa.

2.7 Financeiro

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Betina Daniele Flesch, Úrsula Reyes, Fernando Silva Guimarães e Beatriz Raffi Lerm. A comissão ficou encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante todo o Consórcio de Pesquisa.

2.8 Elaboração de relatórios

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Bianca de Oliveira Cata Preta, Gbènkpon Mathias Houvèssou e Deisi Lane Rodrigues Silva. A equipe foi responsável pelo registro das reuniões com a coordenação e informações relevantes do trabalho de campo como questões relativas às perguntas do questionário geral, condutas a serem tomadas pelos mestrandos em campo, etc.

Além disso, ela fornecia dados atualizados sobre o trabalho de campo para ser apresentado nas reuniões entre mestrandos e coordenadoras em conjunto com a comissão de logística. A equipe ficou responsável pela gestão de planilha com a contabilização dos alunos respondentes, recusas e perdas e registro das intercorrências ocorridas durante o campo. Para isso, elaborou um documento denominado Relatório Diário (Apêndice 3) a ser preenchido pelos mestrandos a cada ida à campo.

A comissão também realizou contagem e conferência periódica dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelos participantes e, em conjunto com a comissão do banco de dados, verificava se o número de TCLEs assinados era compatível com o número de questionários no banco.

Por fim, a comissão foi responsável pela elaboração e redação final do presente relatório.

3. QUESTIONÁRIO

O questionário foi composto por três partes: a primeira com perguntas denominadas "gerais", com informações relacionadas ao curso do graduando e sua visão sobre a UFPEL, às características demográficas e socioeconômicas, à prática religiosa, à ocupação e aos benefícios sociais recebidos; a segunda parte denominada "específica", com perguntas que continham questões relacionadas à dissertação de cada mestrando e a terceira parte compreendeu o teste de acuidade visual. As três partes estavam divididas em seis blocos mais a parte para inserir o resultado do teste de acuidade visual, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Blocos, número de questões e assuntos abordados no questionário do consórcio 2017/2018.

Bloco	Questões	Assuntos
A	01 – 26	Aluno e Curso de graduação
	27 – 40	Posse de bens
	41 – 48	Trabalho e benefícios
	49 – 71	Comportamento
	72 – 80	Deslocamento e lazer
	81 – 85	Rotina acadêmica
B	01 – 25	Alimentação
	26 – 38	Atividade física e comportamento sedentário
	39 – 45	Percepção corporal
C	01 – 07	Hábitos de sono
	08 – 21	Folga e descanso
	22 – 31	Eventos com impacto negativo na vida do estudante
D	32 – 43	Saúde mental
	01 – 10	Asma e saúde ocular
	11 – 24	Saúde bucal
E	25 – 56	Acesso e utilização de serviços de saúde
	01 – 21	Comportamento sexual
	22 – 28	Comportamento no trânsito
	29 – 34	Comportamento violento
F	35 – 45	Uso de substâncias ilícitas
	01 – 19	Uso de <i>smart drugs</i>
	20 – 30	Violência e agressão
-	A1 – A5	Teste de acuidade visual

3.1 Teste de acuidade visual

O teste de acuidade visual foi realizado para o subestudo de uma das mestrandas e teve como objetivo validar uma pergunta sobre acuidade visual. Como padrão-ouro, foi aferida a acuidade visual de ambos os olhos separadamente, utilizando-se um oclusor posicionado na frente do olho contralateral ao examinado, com tabela de Snellen a 6 metros de distância. A determinação da acuidade foi realizada com os óculos vigentes ou lentes de contato, naqueles que os utilizavam, e registrada no mesmo tablet utilizado pelo aluno. Uma aplicadora foi treinada para realizar e registrar o teste em uma amostra de conveniência do censo de estudantes.

O processo de seleção para o subestudo ocorreu no momento da aplicação do questionário, de maneira que o primeiro indivíduo que entregasse o questionário respondido fosse encaminhado para imediato teste de acuidade visual. Após, foi realizado pulo de um até que se atingisse o tamanho da amostra calculado (615 indivíduos).

Os indivíduos que participaram deste subestudo assinaram, antes da aplicação, um TCLE específico. (Apêndice 4)

4. MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento dos mestrandos e no trabalho de campo. A versão impressa do manual fazia parte do *kit* que era levado a cada ida acampo, ainda uma versão digital ficou disponível no Dropbox com acesso a todos os mestrandos.

O manual possuía informações necessárias para cada questionário, incluindo orientações sobre o que se pretendia coletar de dados, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para perguntas em que as opções deveriam ser lidas ou não. Também possuía as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

5. CÁLCULO DO TAMANHO DE AMOSTRA E CENSO

Decidiu-se por realizar um censo dos alunos ingressantes no primeiro semestre de 2017 e matriculados no segundo semestre do mesmo ano, em todos os 80 cursos presenciais de graduação que se localizam nos *campi* da UFPel, nos municípios de Pelotas e Capão do Leão. O nome, o número de matrícula e as disciplinas que os alunos estavam cursando foram fornecidas pela reitoria da universidade.

De acordo com esta, no primeiro semestre de 2017 ingressaram na UFPel 3212 alunos, sendo 2706 matriculados no segundo semestre, sendo este número considerado o denominador do estudo.

Para avaliar o número de indivíduos necessários para a realização dos trabalhos, cada mestrando calculou o tamanho amostral adequado e suficiente para alcançar seus objetivos, tanto para estimar prevalência quanto para examinar associações. Esses números foram reunidos e observou-se que o maior número amostral necessário seria de 2423 para prevalências e de 2972 para associações.

6. ESTUDOS PRÉ-PILOTO E PILOTO

Com o objetivo de detectar falhas de compreensão das questões ou do modo de preenchimento, no dia 9 de outubro de 2017 foi realizado o estudo pré-piloto, em duas turmas de graduação da UFPEL, uma de Gastronomia e outra de Relações Internacionais, cursos escolhidos por não serem elegíveis para a coleta de dados. No total foram aplicados 44 questionários impressos.

Em seguida os mestrandos se reuniram e avaliaram todas as dúvidas, inconsistências e dificuldades encontradas, organizando uma nova versão do questionário para aplicação do estudo piloto.

O estudo piloto foi realizado no dia 20 de outubro de 2017, em uma turma do curso de Psicologia, igualmente não elegível para o estudo. No total, foram aplicados 27 questionários em papel e realizados 13 testes de acuidade visual.

Novamente os mestrandos se reuniram, avaliaram e corrigiram os questionamentos e as incompatibilidades que surgiram nesta ocasião, redigindo uma versão mais clara do questionário.

A versão digital no *tablet* foi testada em 12 mestrandos e doutorandos do PPGE no dia 27 de outubro de 2017. Os erros encontrados foram corrigidos em tempo real.

7. TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi iniciado no dia 6 de novembro de 2017 e terminou no dia 13 de julho de 2018, contando com 134 dias úteis de trabalho, já que para que fosse possível encontrar os participantes na universidade os dias trabalhados foram somente dias letivos.

Antes de iniciar o trabalho de campo, a equipe da Comissão de Comunicação entrou em contato com os coordenadores de cada curso para explicar sobre o estudo e solicitar autorização para realizar o trabalho com os alunos do curso referente. Após resposta positiva, foi solicitado nomes de professores que estariam dispostos a colaborar com a pesquisa. De posse dessas informações, a Comissão entrou em contato com os professores solicitando um período da aula necessário à aplicação do questionário.

Conforme escala organizada pela comissão de logística, o mestrando de plantão era responsável pela organização dos materiais a serem levados à campo, carregamento e limpeza de tablets, *upload* de questionários e organização da sala de plantão. O *checklist* utilizado para organização dos materiais para o campo encontra-se no Apêndice 5.

Os mestrandos escalados para o campo, normalmente três, pegavam os materiais na sala de plantão e iam até ao *campus* e a sala de aula indicados. De novembro de 2017 até março de 2018, os mestrandos localizavam os alunos elegíveis em dia e em disciplina previamente agendados com o professor. Após esse período, a maneira de localizar os alunos foi alterada e será explicada mais adiante.

A pesquisa era apresentada a todos os alunos em sala, através de um texto padronizado (Apêndice 6). Neste momento, os alunos elegíveis eram

identificados, as recusas caracterizadas e aqueles menores de 18 anos ou com ingresso em outro semestre que não 2017/1 eram liberados da aula. Em seguida, era realizada leitura do TCLE (Apêndice 7) para os elegíveis e, após sua assinatura, os *tablets* eram entregues.

No início do campo, antes da aquisição dos 27 *tablets* a pesquisa dispunha de 33 *tablets*, não sendo em número suficiente para aplicação em algumas turmas. Por isso, 51 questionários foram aplicados na versão impressa. Além destes, um participante preferiu realizar a pesquisa na versão impressa, por não se sentir à vontade para usar o *tablet*. A dupla digitação desses questionários foi realizada na plataforma RedCap por dois mestrandos. Um total de 25 alunos não elegíveis respondeu ao questionário, provavelmente por não terem entendido o critério de elegibilidade.

Todos os *tablets* levados à campo tinham uma identificação única e em cada um deles uma lista sequencial de números únicos para serem utilizados como identificador (ID) do questionário. Ao início da aplicação, o mestrando colocava um ID e a hora da aplicação no *tablet* e o entregava ao participante. A utilização de IDs foi necessária para garantir o anonimato dos questionários.

Os mestrandos ficavam em sala de aula para sanar eventuais dúvidas e problemas com os *tablets*. Ao término do preenchimento do questionário, alguns alunos eram convidados a realizar o teste de acuidade visual em ambiente separado. Todos os alunos participantes receberam um folder com endereço dos serviços de saúde em Pelotas (Apêndice 8) e uma caneta brinde com a logo do consórcio.

Ao término da aplicação, o relatório diário era preenchido e os mestrandos voltavam para a sala de plantão para entregar os materiais utilizados e armazenar os TCLEs assinados. Eles também eram responsáveis pelo preenchimento da planilha que diferenciava alunos respondentes, ausentes e com recusa.

No final de março de 2018, a metodologia de busca dos alunos foi alterada por que não era mais viável solicitar ao professor um período inteiro de aula para aplicação do questionário, visto que a maioria dos alunos matriculados na disciplina já havia respondido. Pelo número reduzido de alunos elegíveis por turma, optou-se por buscar individualmente os alunos, sem contato prévio com o professor.

A comissão de logística organizou um cronograma com os dias, horários e locais das disciplinas em que os alunos elegíveis poderiam estar matriculados, conforme informação passada pela Reitoria. Dessa maneira, os mestrandos escalados iam até a sala de aula, solicitavam ao professor alguns minutos da aula para explicar sobre a pesquisa e convidar os alunos a responder ao questionário ao final da aula ou em outro momento a ser combinado entre participantes e mestrandos.

Alguns professores permitiram o preenchimento do questionário durante a aula, outros liberaram os alunos para a participação fora da sala de aula. Alguns alunos participaram da pesquisa no intervalo ou ao término na aula.

8. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade tem o objetivo de garantir a qualidade das respostas coletadas e avaliar o trabalho realizado por entrevistadores. O questionário desta pesquisa foi autoaplicado e anônimo não sendo possível efetuar tal procedimento, porém realizou-se treinamento e constante padronização dos mestrandos no momento de explicar o estudo.

O controle de qualidade foi aplicado apenas para o teste de acuidade visual, descrito na sessão 3.1 deste relatório. A mestranda responsável pelo tema de saúde ocular, médica oftalmologista, realizou o teste em paralelo com a aplicadora em 72 alunos (9%). A partir disso, calculou-se a concordância entre as respostas do teste pela estatística kappa para variável de acuidade visual.

9. RESULTADOS GERAIS

A coleta de dados foi concluída em 13 de julho de 2018. A comissão de relatórios trabalhou nas semanas seguintes fazendo a contagem de TCLEs e conferência da planilha que diferenciava alunos respondentes, recusas e desistências. Em seguida, trabalhou na contagem de alunos e conferências de listas atualizadas de matriculados por semestre enviadas pela Reitoria. A

comissão de gestão de banco detectou e corrigiu inconsistências, localizou e eliminou 10 dos 25 questionários detectados como “ruído” e realizou a limpeza do banco de dados para entrega aos mestrandos.

As duas comissões trabalharam com as coordenadoras do consórcio para definir a melhor maneira de categorizar as variáveis de área de curso, idade, cor da pele e estado civil que serviriam para caracterizar os participantes.

A Figura 2 apresenta o número de alunos elegíveis matriculados por semestre, bem como as desistências e trancamentos e o número de questionários respondidos em cada etapa do campo.

Ao todo, os mestrandos foram a campo 339 vezes conseguindo que 1865 alunos respondessem à pesquisa, resultando em uma taxa de resposta geral de 69%. O tempo médio de resposta do questionário foi de 48,5 minutos. Os 15 questionários “ruídos” receberam o mesmo tratamento dos elegíveis por não ser possível a diferenciação devido ao anonimato das respostas. A taxa de resposta por curso e por grande área de curso estão descritas nas tabelas 4 e 5 respectivamente.

A categorização por cursos foi construída a partir da Tabela de Áreas de Conhecimento/Avaliação da Capes⁴ que separa os cursos em nove grandes áreas. Por uma questão de facilidade na manipulação dos dados e síntese, as nove áreas foram concentradas em quatro, conforme Quadro 1. Os cursos: física, química, ciências biológicas, ciências sociais, filosofia, história e artes visuais são contados duas vezes na Tabela 4 pois possuem graduação para bacharelado e licenciatura. O curso de matemática possui ingressos para curso integral e noturno, portanto também foi contado duas vezes.

A maioria dos alunos respondentes do questionário geral era do sexo feminino, com idade entre 18 e 19 anos, da classe B (de acordo com a ABEP) e dos cursos de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas. Estas e outras características sociodemográficas dos participantes estão detalhadas na Tabela 6.

Considerou-se perda os alunos que não foram encontrados durante o período do campo após algumas buscas.

Quarenta e nove alunos recusaram-se a participar da pesquisa, representando 1,8% do total de elegíveis. Por se tratar de um número reduzido, as recusas foram caracterizadas junto com as perdas, conforme descrito na

Tabela 7. As perdas não puderam ser caracterizadas pela cor da pele, por falta da variável e as recusas eram em sua maior de cor branca (78%).

Foram realizados 811 testes de acuidade visual e controle de qualidade em 9% deles, com $kappa = 0,87$ para a variável de acuidade visual.

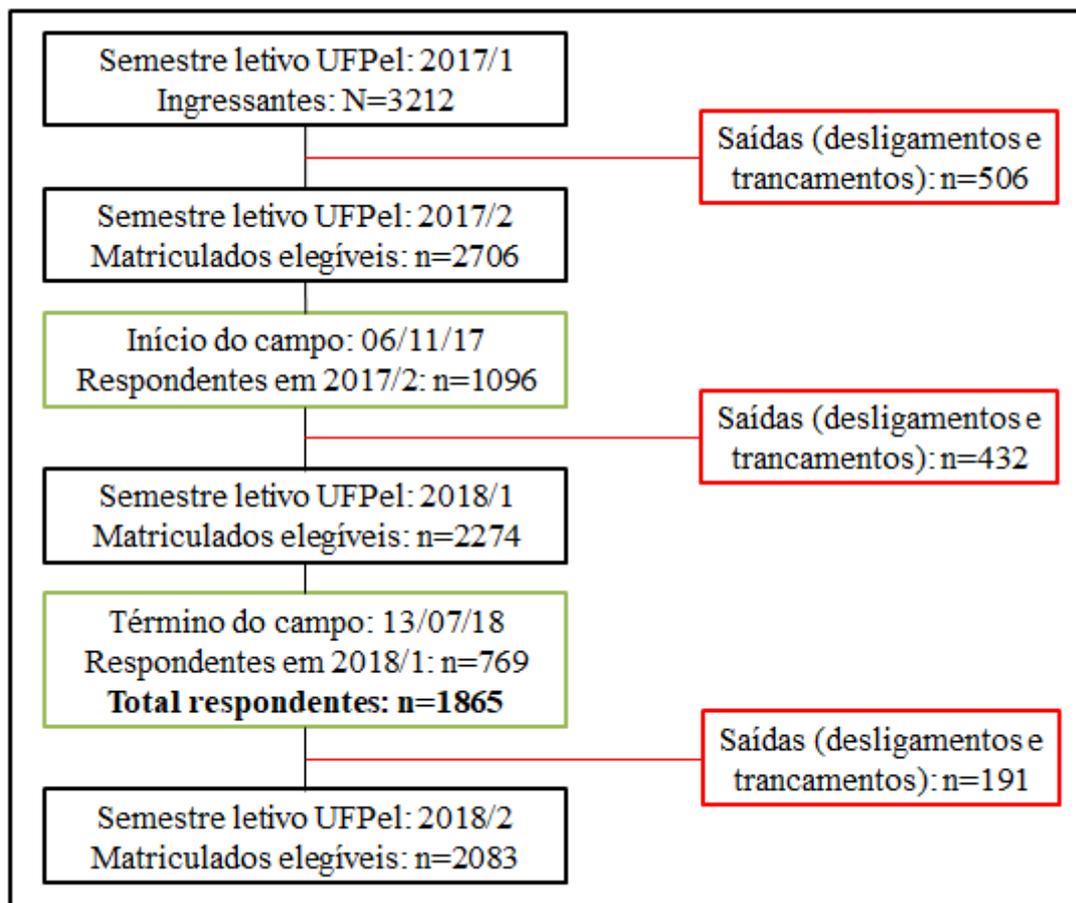


Figura 2 - Fluxograma de saída, número de alunos matriculados elegíveis e número de questionários respondidos nos semestres de 2017 e 2018 do consórcio 2017/2018.

Tabela 4 – Taxa de resposta por ordem decrescente, por curso de graduação elegível. Consórcio 2017/2018.

Curso	nº de matriculados	nº de respondentes	Taxa de resposta
Design gráfico	24	24	100%
Hotelaria	18	18	100%
Letras português e alemão	23	23	100%
Música	8	8	100%
Música violino	2	2	100%
Biotecnologia	34	33	97%
Cinema de animação	28	26	93%
Teatro	22	20	91%
Administração	39	33	85%
Jornalismo	47	40	85%
Meteorologia	13	11	85%
Cinema e audiovisual	29	24	83%
Engenharia hídrica	39	32	82%
Letras português	17	14	82%
Dança	15	12	80%
Arquitetura	33	26	79%
Enfermagem	53	42	79%
Engenharia civil	42	33	79%
Música - flauta transversal	29	23	79%
Letras português e inglês	52	40	77%
Agronomia	95	71	75%
Engenharia de petróleo	24	18	75%
Medicina	53	40	75%
Medicina veterinária	59	44	75%
Processos gerenciais	48	36	75%
Educação física	112	83	74%
Zootecnia	35	26	74%
Ciências biológicas	67	49	73%
Gestão ambiental	33	24	73%
Ciências econômicas	50	36	72%
Odontologia	43	31	72%
Relações internacionais	46	33	72%
Conservação e Restauração de Bens Culturais	23	16	70%
Letras português e francês	37	26	70%
Nutrição	43	30	70%
Ciências sociais	62	43	69%
História	91	63	69%
Engenharia de materiais	28	19	68%
Museologia	22	15	68%
Antropologia	36	24	67%
Gestão pública	49	33	67%
Letras tradução inglês português	6	4	67%
Pedagogia	48	32	67%
Engenharia de produção	41	27	66%

Continuação Tabela 4. Taxa de resposta por ordem decrescente, por curso de graduação elegível. Consórcio 2017/2018.

Curso	nº de matriculados	nº de respondentes	Taxa de resposta
Turismo	38	25	66%
Ciência da computação	44	28	64%
Geografia	66	42	64%
Artes visuais	92	58	63%
Engenharia eletrônica	38	23	61%
Química de alimentos	23	14	61%
Direito	146	88	60%
Química	50	30	60%
Engenharia de controle e automação	32	19	59%
Engenharia da computação	40	23	58%
Física	36	21	58%
Música - popular	12	7	58%
Engenharia agrícola	35	20	57%
Música - ciências musicais	16	9	56%
Engenharia industrial madeireira	29	16	55%
Letras português e espanhol	26	14	54%
Filosofia	58	30	52%
Letras redação e revisão de textos	25	13	52%
Matemática	64	32	50%
Música - composição	4	2	50%
Engenharia ambiental e sanitária	28	13	46%
Música - piano	7	3	43%
Geoprocessamento	38	15	39%
Engenharia geológica	30	10	33%
Música – violão	6	2	33%
Música - canto	4	1	25%
Letras tradução espanhol português	1	0	0%
Total	2706	1865	69%

Tabela 5 – Taxa de resposta por área de concentração dos cursos elegíveis. Consórcio 2017/2018.

Área	Nº de cursos	Matriculados 2017/2	Taxa de resposta
Ciências exatas e da terra/agrárias	25	863	62,9%
Ciências da Saúde e Biológicas	10	438	75,1%
Ciências sociais aplicadas e humanas	21	921	68,8%
Linguística, letras e artes	24	484	71,1%
Total	80	2706	69,0%

Tabela 6– Frequência absoluta (n) e relativa (%) das variáveis sociodemográficas dos respondentes, ingressantes na Universidade Federal de Pelotas em 2017/1 e matriculados em 2017/2. (N=1.865)

Variáveis	n	%
Sexo (n= 1862)		
Masculino	841	45,2
Feminino	1021	54,8
Idade (n=1852)		
18 e 19 anos	768	41,4
20 a 22 anos	603	32,6
23 anos ou mais	481	26,0
Cor da pele/ Etnia (n=1863)		
Branca	1343	72,0
Preta	242	13,0
Parda	247	13,3
Amarela / Indígena / Outro	31	1,7
Estado civil (n= 1864)		
Solteiro	1678	90,0
Casado ou em união estável	158	8,5
Separado ou divorciado	23	1,2
Viúvo	5	0,3
Tipo de escola no ensino médio (n= 1864)		
Escola pública	1363	73,1
Escola privada	501	26,9
Exerce atividade remunerada (n=1860)		
Sim	485	26,1
Não	1375	73,9
Classe econômica – ABEP (n=1780)		
A	226	14,9
B	787	44,2
C	649	36,5
D-E	78	4,4
Escolaridade da mãe (n= 1854)		
Analfabeta	15	0,8
Ensino fundamental incompleto	400	21,6
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	222	12,0
Ensino médio completo (ou curso técnico) ou superior incompleto	595	32,1
Ensino superior completo (ou curso tecnólogo) ou pós-graduação incompleta	410	22,1
Pós-graduação completa	212	11,4
Região que morava antes do ingresso na UFPel (n= 1859)		
Sul	1549	83,3
Sudeste	243	13,1
Centro-Oeste	29	1,6
Norte	21	1,1
Nordeste	17	0,9
Grande área do curso - Capes (n=1865)		
Ciências exatas e da terra/agrárias e engenharias	544	29,2
Ciências da saúde e biológicas	332	17,8
Ciências sociais aplicadas e humanas	641	34,3
Linguística, letras e artes	348	18,7

Tabela 7 – Caracterização de perdas e recusas quanto ao sexo, idade, área do curso e região de procedência do Consórcio 2017/2018. Pelotas, RS

Variáveis	Respondentes (%)	Perdas/Recusas (%)
Sexo		
Feminino	1021 (54,8)	392 (47,2)
Masculino	841 (45,2)	439 (52,8)
Idade		
18 a 19 anos	765 (41,4)	200 (24,2)
20 a 22 anos	603 (32,6)	240 (29,1)
23 anos ou mais	481 (26,0)	385 (46,7)
Área do Curso		
Ciências exatas e da terra/agrarias e engenharias	544 (29,2)	318 (38,3)
Ciências da Saúde e Biológicas	332 (17,8)	91 (11,0)
Ciências Sociais Aplicadas e Humanas	641 (34,4)	289 (34,7)
Linguística, Letras e artes	348 (18,7)	133 (16,0)
Região do Brasil		
Sul	1549 (83,3)	754 (90,7)
Sudeste	243 (13,1)	54 (6,5)
Centro-oeste	29 (1,6)	15 (1,8)
Norte	21 (1,1)	4 (0,5)
Nordeste	17 (0,9)	4 (0,5)

Quadro 1 – Lista dos cursos elegíveis da UFPel categorizados em quatro áreas a partir da Tabela de Áreas de Conhecimento/Avaliação da Capes.

Ciências exatas e da terra/agrárias	Ciências da Saúde e Biológicas	Ciências sociais aplicadas e humanas	Linguística, letras e artes
Agronomia	Biotecnologia*	Administração	Artes Visuais
Ciência da Computação	Ciências Biológicas (como biologia geral)	Antropologia	Cinema de Animação
Engenharia Agrícola	Educação Física	Arquitetura e Urbanismo	Cinema e Audiovisual
Engenharia Ambiental e Sanitária	Enfermagem	Ciências Econômicas	Conservação e Restauração* de Bens Culturais Móveis
Engenharia Civil	Gestão Ambiental*	Ciências Sociais	Dança
Engenharia de Computação	Medicina	Design Gráfico	Letras - Redação e Revisão de Textos
Engenharia de Controle e Automação	Nutrição	Direito	Letras - Tradução Espanhol - Português
Engenharia de Materiais	Odontologia	Filosofia	Letras- Português
Engenharia de Petróleo		Geografia	Letras- Português/ Alemão
Engenharia de Produção		Gestão Pública*	Letras- Português/ Francês
Engenharia Eletrônica		História	Letras- Português/ Inglês
Engenharia Geológica		Hotelaria*	Letras- Português/Espanhol
Engenharia Hídrica		Jornalismo	Letras- Trad. Inglês-português
Engenharia Industrial Madeireira		Museologia	Música
Física		Pedagogia*	Música - Canto
Geoprocessamento*		Processos gerenciais*	Música - Ciências Musicais
Matemática			Música - Composição
Medicina Veterinária		Relações Internacionais*	Música - Flauta Transversal
Meteorologia			Música - Música Popular
Química		Turismo	Música - Piano
Química de alimentos*			Música - Violão
Zootecnia			Música - Violino
			Teatro

*Cursos não listados na tabela de referência. Sua alocação nas áreas foi baseada no Guia do Estudante ou, quando não presente neste, no julgamento dos mestrandos.

10. ORÇAMENTO

O financiamento do consórcio de pesquisa foi proveniente da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal no Nível Superior (CAPES/ PROEX), no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) e de recursos dos mestrandos R\$ 2.480,00 (dois mil quatrocentos e oitenta reais, totalizando R\$ 32.480,00 (trinta e dois mil quatrocentos e oitenta reais). Para contratação de aplicadora do teste de Snellen do estudo de validação de dificuldade visual, o financiamento foi proveniente da mestranda responsável e totalizou R\$ 7.208,00 (sete mil duzentos e oito reais).

Além disso, a UFPel financiou a impressão/cópia de 5.000 páginas utilizadas para impressão dos TCLEs e o PPGE cedeu espaço físico e linha telefônica para a operacionalização do trabalho. Os gastos estão detalhados na tabela 8.

Tabela 8. Gastos Parciais do Consórcio 2017/2018.

Item	Quantidade	Custo total (R\$)
Tablets	27	16.171,70
Cases para tablets	18	534,00
Canetas	2.800	2.576,00
Crachás	24	216,00
Camisetas	24	549,60
Cópias e impressões ¹	4153	1.732,80
Itens eletrônicos ²	NA	223,20
Transporte ³	NA	186,28
Total		22.189,58

NA: não se aplica. ¹Reprodução de materiais: questionários, TCLE e cartazes. ²Extensões elétricas e adaptadores de tomada. ³Deslocamento dos mestrandos por serviços de transporte privado urbano e combustível.

11. CRONOGRAMA

O cronograma do Consórcio está representado abaixo (Figura 3). O Consórcio será encerrado após a divulgação dos resultados para população em data ainda a ser definida.

Atividades	2017				2018												2019		
	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
Projeto																			
Avaliação do CEP																			
Divulgação do estudo																			
Confecção do questionário e do Manual																			
Estudo pré-piloto e piloto																			
Trabalho de Campo																			
Organização e análise dos dados																			
Redação e defesa das dissertações																			
Divulgação dos Resultados																			

Figura 3 – Cronograma do Consórcio 2017/2018.

12. REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
3. REDCap. Nashville: Research Electronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30]
4. Ministério da Educação. CAPES. Tabela de Áreas do Conhecimento, 21 Mar 2018. Acesso em 10/10/2018. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/tabela-de-areas-do-conhecimento-avaliacao>>.

4. ARTIGO ORIGINAL

Este artigo será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública.

Estudo de validação sobre dificuldade visual autorrelatada entre estudantes dos cursos de graduação da Universidade Federal de Pelotas.

RESUMO

Os objetivos do estudo foram avaliar a prevalência de dificuldade visual autorrelatada entre acadêmicos de 18 a 39 anos de idade da Universidade Federal de Pelotas ingressantes em 2017/1, e realizar um estudo de validação de uma pergunta sobre dificuldade visual, através da aplicação da tabela de Snellen, em uma subamostra dos participantes, a fim de estabelecer a sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo para essa pergunta. Realizou-se um estudo transversal e a pergunta sobre dificuldade visual utilizada foi: “Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?”. Como padrão-ouro para o estudo de validação, a acuidade visual (AV) foi medida através da tabela de Snellen. Foram considerados com AV alterada aqueles com AV menor que 20/40, menor que 20/70 ou menor que 20/200 em qualquer olho. A prevalência de dificuldade visual autorrelatada foi de 37,3% (IC95%: 35,1-39,6) e a de AV menor que 20/40 em qualquer olho foi 6,9% (IC95%: 5,3-8,9). A pergunta apresentou sensibilidade de 71,4% (IC95%: 57,8-82,7), especificidade de 66,9% (IC95%: 63,4-70,2), valor preditivo positivo de 13,8% (IC95%: 10,0-18,3) e valor preditivo negativo de 96,9% (IC95%: 95,1-98,2). Os resultados indicaram uma alta prevalência de dificuldade visual autorrelatada entre jovens universitários. A pergunta mostrou sensibilidade e especificidade razoáveis e um alto valor preditivo negativo, podendo ser utilizada como triagem para indicação de consulta com oftalmologista em estudos epidemiológicos com jovens adultos universitários.

Palavras-chave: sensibilidade e especificidade, transtornos da visão, inquéritos e questionários, acuidade visual.

Validation study on self-reported visual difficulty among undergraduate students of the Federal University of Pelotas.

ABSTRACT

The objectives of the study were to evaluate the prevalence of self-reported visual difficulty among undergraduate students aged between 18 and 39 years old of the Federal University of Pelotas who entered the university in 2017/1, and to validate a question about visual difficulty, through the application of the Snellen table, in a subsample of the participants in order to establish the sensitivity, specificity and positive and negative predictive values for this question. A cross-sectional study was carried out, and the question about visual difficulty was: "Do you have some difficulty to see up close and/or far?" As the gold standard, visual acuity (VA) was measured through the Snellen chart. Patients with VA less than: 20/40, 20/70 or 20/200 in any eye were considered to have reduced VA. The prevalence of self-reported visual difficulty was 37.3% (95%CI: 35.1-39.6) and VA less than 20/40 in any eye was 6.9% (95%CI: 5.3-8.9). The question showed sensitivity of 71.4% (95%CI: 57.8-82.7), specificity of 66.9% (95%CI: 63.4-70.2), positive predictive value of 13.8% (95%CI: 10.0-18.3), and negative predictive value of 96.9% (95%CI: 95.1-98.2). The results indicated a high prevalence of self-reported visual difficulty among university students. The question showed reasonable sensitivity and specificity and high negative predictive value, and may be used for screening for ophthalmological evaluation in epidemiological studies in young university adults.

Keywords: sensitivity and specificity, vision disorders, surveys and questionnaires, visual acuity.

INTRODUÇÃO

A acuidade visual (AV) pode ser definida como a quantificação da capacidade de discriminação de formas e contrastes, sendo um dos parâmetros que melhor representa o desempenho da função visual. A percepção visual é a decodificação dos sinais recebidos e transformação desses em imagem, não dependendo apenas da chegada do estímulo visual ao córtex como também da cognição, ou seja, do entendimento do significado desta imagem. Alterações em quaisquer partes do sistema visual irão alterar a AV, assim como essa também pode ser afetada por estados emocionais, mentais e educacionais¹.

Estimativas de deficiência visual baseadas na população mundial em 2015 apontam prevalência de 5,5% de deficiência visual², sendo que a principal causa de deficiência visual em indivíduos com 50 anos de idade ou menos são erros refrativos não corrigidos³. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, um inquérito brasileiro de base populacional, relatou prevalência de deficiência visual autorreferida de 5,9% na região sul do país e 5,2% em indivíduos com menos de 40 anos de idade⁴. Um estudo realizado entre universitários de Gana mostrou prevalência de 3% de deficiência visual bilateral, sendo que 96% destes era devido a erro refrativo não corrigido⁵. Não foram encontrados estudos brasileiros sobre o tema.

Embora estas prevalências sejam baixas, a presença de deficiência visual tem impacto negativo em diversos aspectos da vida dos indivíduos. Estudos brasileiros mostraram a associação de baixa AV com baixo rendimento escolar em crianças⁶⁻⁹. Além disso, estudos internacionais mostraram que esta condição também esteve associada a transtornos depressivos e de ansiedade¹⁰ e ideação suicida¹¹. Sabendo-se que a maior causa de deficiência visual é erro refrativo, uma condição reversível com óculos ou lente de contato, a detecção e tratamento adequado destes indivíduos pode trazer melhora na sua qualidade de vida.

A Sociedade Brasileira de Oftalmologia recomenda um exame na infância, um na idade adulta entre 30 e 40 anos e exames anuais a partir dos 40 anos¹². De acordo com a Sociedade Canadense de Oftalmologia, para indivíduos entre 19 e 40 anos de baixo risco para doenças oculares e assintomáticos, a indicação

de triagem oftalmológica é a cada 10 anos¹³. De forma semelhante, a Academia Americana de Oftalmologia recomenda que, antes dos 40 anos de idade, a consulta oftalmológica deva ser realizada a cada 5 a 10 anos, ou menos, se apresentarem algum sintoma ou fator de risco conhecido para doença ocular¹⁴. Exames anuais após os 40 anos são também indicados pelas entidades canadense e americana. Não foram encontradas recomendações formais para a faixa dos 18 aos 30 anos de idades no Brasil.

Assim, adultos jovens não são prioridade para exames de rotina, a não ser que estes façam parte de algum grupo de risco ou que percebam alguma alteração em sua função ocular¹⁴. Com base nisto e nas implicações da deficiência visual anteriormente mencionadas, a identificação dos casos de deficiência visual através de uma pergunta simples, no lugar de exames de AV, que necessitam treinamento de equipe, maior tempo e maior custo relativo, pode ser de grande utilidade, facilitando a detecção de possíveis deficientes visuais e o seu respectivo encaminhamento para serviços oftalmológicos.

Diversos instrumentos já foram desenvolvidos para avaliar a função visual, como o National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25)¹⁵, com 25 questões e o Activities of Daily Vision Scale (ADVS)¹⁶, adaptado para o português por Simão e colaboradores¹⁷, com questões sobre 21 atividades diárias. Instrumentos menores, com apenas uma questão, também já foram desenvolvidos a fim de avaliar alterações de AV. Em Pelotas/RS, Duarte e colaboradores (2003) elaboraram uma pergunta para rastreamento de dificuldade visual para perto entre adultos com 30 anos ou mais, obtendo sensibilidade e especificidade de 86% e 72,6%, respectivamente¹⁸. Para fins de validação da referida pergunta, foi utilizado como padrão-ouro a tabela de Jaeger. Recentemente, no Japão, foi desenvolvido o *paper-based visual acuity* (PBVA), um instrumento composto por apenas uma pergunta e considerado pelos autores útil na triagem de indivíduos com baixa AV e, também, para estudos populacionais¹⁹. Contudo, estes instrumentos foram validados em populações predominantemente mais velhas, com idades em que o exame oftalmológico de rotina já tem indicação.

O presente estudo foi realizado como parte do consórcio de pesquisa “Saúde dos Estudantes Universitários da Universidade Federal de Pelotas (SEU-

UFPel)”, um estudo observacional transversal. Os objetivos desse estudo foram avaliar a prevalência de dificuldade visual autorrelatada entre acadêmicos da UFPel ingressantes em 2017/1, e realizar um estudo de validação de uma pergunta sobre dificuldade visual, através da aplicação da tabela de Snellen, em uma subamostra do consórcio, a fim de estabelecer a sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo para essa pergunta, para fins de uso em estudos epidemiológicos e como rastreamento para aqueles que devem ser encaminhados para consulta com oftalmologista.

MÉTODOS

Foram elegíveis para o estudo todos os alunos ingressantes no primeiro semestre letivo de 2017 (2017/1) dos cursos de graduação presenciais da UFPel, matriculados no segundo semestre de seu respectivo curso e com 18 anos de idade completos ou mais. A coleta dos dados foi realizada entre novembro de 2017 e julho de 2018.

Para o cálculo do tamanho de amostra do estudo de validação, utilizou-se uma prevalência do desfecho na população de 10%, intervalo de confiança de 95% com amplitude de 10 pontos percentuais e valores esperados de sensibilidade e especificidade²⁰ de 80%, obtendo-se um número final de 615 indivíduos. Para o estudo de prevalência de dificuldade visual autorrelatada, foram considerados prevalência de 15%, significância de 5% e erro de 2 pontos percentuais, obtendo-se um número de 938 indivíduos.

Utilizou-se um questionário geral anônimo, autoaplicado, com variáveis demográficas e socioeconômicas, além de questões sobre os diversos temas do consórcio. Com relação à dificuldade visual autorrelatada, havia uma pergunta filtro: “Você usa algum tipo de lente/óculos para enxergar melhor?”. Para aqueles que responderam “não”, a pergunta sobre dificuldade visual era: “Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?”¹⁸; e, para aqueles que utilizavam alguma correção óptica (óculos ou lentes de contato), a pergunta era: “Usando seus óculos ou lentes de contato, você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?” com as seguintes opções de resposta: “não”, “sim, de perto”, “sim de longe” ou “sim, ambos”. Logo após, um a cada dois participantes foi encaminhado ao teste de AV para o estudo de validação,

independente da resposta à pergunta sobre dificuldade visual. Para fins de análise, foram considerados positivos para dificuldade visual autorrelatada todos que responderam “sim, de perto”, “sim de longe” ou “sim, ambos”.

Como padrão-ouro para o teste da AV, foi utilizada a tabela de Snellen posicionada a 6 metros de distância do participante, em ambiente iluminado. Foi considerado como resultado do teste de AV a linha contendo as letras (optotipos) de menor tamanho na qual o indivíduo conseguiu identificar corretamente pelo menos metade das mesmas²¹. A determinação da acuidade foi realizada com os óculos vigentes ou lentes de contato, naqueles que o utilizavam, chamada acuidade visual presente. Para categorização da AV, foram adotados critérios baseados no recomendado pela OMS²². Os critérios utilizados no teste para considerar o participante como portador de AV diminuída foram: AV menor que 20/40 em qualquer olho, AV menor que 20/70 em qualquer olho ou AV menor que 20/200 em qualquer olho.

Indivíduos com 40 anos de idade ou mais foram excluídos das análises e, posteriormente, aqueles usuários de correção óptica que não estavam com seus óculos ou lentes de contato no momento da realização do teste de AV foram excluídos do estudo de validação. O teste de acuidade visual foi conduzido por uma aplicadora treinada. Foi realizado controle de qualidade dos testes de AV, por oftalmologista, em 8,9% dos participantes.

Para caracterização da amostra geral do consórcio e do estudo de validação, foram utilizadas frequências brutas e relativas para as variáveis de idade, coletada em anos completos e categorizada em três grupos para análise (18-19, 20-22, 23-39), sexo, cor da pele autorrelatada (branca, preta, parda ou outras), estado civil (solteiro, casado ou em união estável, separado ou divorciado, ou viúvo), classe social de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), e quanto ao uso ou não uso de correção óptica (óculos ou lentes de contato).

Foram avaliados sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A análise de concordância, para controle de qualidade do teste padrão-ouro, foi calculada através da estatística kappa. As prevalências da dificuldade visual autorrelatada e AV menor que 20/40 em qualquer olho e seus intervalos de confiança de 95% foram calculados para cada categoria das variáveis idade, sexo, cor da pele,

estado civil, classe social e uso de correção óptica, e foi realizado teste qui-quadrado para avaliar diferenças nas prevalências entre as categorias dessas variáveis. Foi utilizado o software Stata versão 15.1 (StataCorp, College Station, TX, EUA) para todas as análises.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, sob protocolo 79250317.0.0000.5317, e todos participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, todos participantes que apresentaram AV menor que 20/30 foram orientados a buscar atendimento oftalmológico por possível alteração visual.

RESULTADOS

A taxa de resposta ao consórcio universitário foi de 69% e, dentre os respondentes selecionados para o teste de AV, a taxa de resposta foi de 95,9%. As perdas e recusas do consórcio foram maiores entre indivíduos com 23 anos ou mais (46,7%) e do sexo masculino (52,8%). A **Figura 1** mostra o fluxograma dos participantes durante o estudo.

Na **Tabela 1** estão descritas as características da amostra geral do consórcio, além das prevalências de dificuldade visual autorrelatada entre estes e de AV menor que 20/40 em qualquer olho entre os participantes do estudo de validação. Entre os 1.769 participantes do consórcio, a maioria era do sexo feminino (54,9%), solteira (93,1%), de cor da pele branca (71,9%), pertencente à classe social B (43,7%) e não usuária de correção óptica (55,5%). A prevalência de dificuldade visual autorrelatada entre eles foi de 37,3% (IC95%: 35,1-39,6), sendo maior entre os participantes do sexo feminino (46,6%; IC95%: 43,5-49,8), nos pertencentes às classes sociais D e E (49,4%; IC95%: 38,2-60,5) e nos usuários de correção óptica (52,9%; IC95%: 49,4-56,4).

Participaram do estudo de validação 811 indivíduos do consórcio com idade média de 21 anos (DP: 3,8). No decorrer do estudo, foi observado que a sensibilidade e a especificidade variavam de acordo com algumas características, portanto, optou-se por estender o estudo de validação, mesmo após atingir o tamanho de amostra calculado previamente (N=615). As

características desses foram semelhantes às da amostra geral do consórcio, exceto para uso de correção óptica (Tabela Suplementar 1). A prevalência de dificuldade visual autorrelatada nesta amostra foi de 35,8% (IC95%: 32,5-39,1). AV menor que 20/40 em qualquer um dos olhos foi encontrada em 6,9% (IC95%: 5,3-8,9) da amostra do estudo de validação, sendo maior entre indivíduos separados ou divorciados (50,0%; IC95%: 4,0-96,0) e entre os usuários de correção óptica (10,6%; IC95%: 7,6-14,4) (**Tabela 1**). No controle de qualidade do teste de acuidade visual obteve-se um kappa igual a 0,87.

A **Figura 2** mostra as prevalências de AV alterada em qualquer um dos olhos para cada um dos três critérios utilizados (AV menor que 20/40, menor que 20/70 e menor que 20/200), de acordo com a resposta à pergunta sobre dificuldade visual autorrelatada. Entre aqueles que relataram apresentar dificuldade visual, as prevalências de AV menor que 20/40, menor que 20/70 e menor que 20/200 foram, respectivamente, 13,8%, 2,8% e 1,7%. Entre os indivíduos que relataram não apresentar dificuldade visual, estas prevalências foram de 3,1%, 0,6% e 0,4%, respectivamente.

Entre os 56 participantes que apresentavam AV menor que 20/40, 40 afirmaram apresentar dificuldade visual, o que correspondeu a uma sensibilidade de 71,4% (IC95%: 57,8-82,7). Já entre aqueles com AV igual ou maior que 20/40, 505 relataram não ter dificuldade visual, correspondendo a uma especificidade de 66,9% (IC95%: 63,4-70,2). Dentre os 290 participantes que relataram apresentar dificuldade visual, 250 foram falsos-positivos, levando a um valor preditivo positivo de 13,8% (IC95%: 10,0-18,3) e, dentre os 521 participantes que relataram não ter dificuldade visual, 16 eram falsos-negativos, o que correspondeu a um valor preditivo negativo de 96,9% (IC95%: 95,1-98,2). A acurácia da pergunta foi de 67,2% (IC95%: 63,9-70,4) (**Tabela 2**). Os valores de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo de acordo com as características da amostra estão descritos em material suplementar (Tabela Suplementar 2), destacando-se a sensibilidade e especificidade por sexo (sensibilidade 83,3%; IC95% 65,3-94,4 no sexo feminino e 57,7%; IC95% 36,9-76,6 no sexo masculino; especificidade 57,1%; IC95% 52,1-61,9 no sexo feminino e 78,5%; IC95% 73,8-82,7 no sexo masculino) e entre usuários (sensibilidade 70,6%; IC95% 52,5-84,9 e especificidade 50,0%; IC95% 44,1-

55,9) e não usuários de correção óptica (sensibilidade 72,7%; IC95% 49,8-89,3 e especificidade 77,3%; IC95%73,2-81,0). 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo detectou uma prevalência de 37,3% de dificuldade visual autorrelatada entre os jovens universitários. Os valores de sensibilidade e especificidade da pergunta estudada foram 71,4% e 66,9%, e os valores preditivos positivo e negativo 13,8% e 96,9%, respectivamente.

A prevalência de dificuldade visual autorrelatada foi superior à encontrada em estudo nacional prévio (5,9%)⁴. Tal achado pode ser devido à diferença nos termos utilizados (deficiência vs. dificuldade), uma vez que deficiência pode ser entendida como um diagnóstico médico prévio, enquanto dificuldade como uma percepção pessoal sobre a visão. Outra hipótese para o achado seria a de que pertencer a uma população universitária possivelmente leva a um maior esforço visual (exigido pelas atividades acadêmicas), o que aumentaria, de alguma forma, a percepção de sua condição visual, ou seja, facilitaria perceber condições oftalmológicas que até então poderiam não ser percebidas. Além disso, a população universitária apresenta uma maior escolaridade, o que leva a uma maior percepção de seu estado de saúde.

Estudo realizado no Japão, com 301 indivíduos com idade média de 49 anos submetidos a teste de qualificação para dirigir, mostrou sensibilidade de 73,2% e especificidade de 35,7% para uma pergunta única (*"How well can you see in your daily life?"*), comparada com AV menor que 20/40¹⁹. Embora a população estudada não seja equivalente entre os estudos, as sensibilidades encontradas em ambos estudos foram superiores a 70%, porém a especificidade foi maior no presente estudo.

Em estudo norte-americano, Hiller e colaboradores relataram que 15% dos indivíduos entre 25 e 74 anos responderam positivamente à questão *"Do (did) you have trouble with your vision even when wearing glasses or contact lenses?"*, sendo que essa porcentagem aumentou com a idade. A sensibilidade encontrada variou entre 16 e 48%, dependendo da idade e severidade da

deficiência visual. Já a especificidade foi maior que 80% em todos grupos de idade e de severidade da deficiência visual. A sensibilidade foi maior no sexo feminino e não houve diferença entre etnia e nível educacional²³. Tal achado pode ser consequência de um maior cuidado e melhor percepção de saúde das mulheres em relação aos homens. Em nosso estudo, a sensibilidade não foi maior estatisticamente nos indivíduos de sexo feminino (Tabela Suplementar 2). Cabe ressaltar, também, a maior prevalência de resposta positiva no presente estudo (35,8%).

Houve maior especificidade no sexo masculino (78,5% vs. 57,1 % no sexo feminino) e entre não usuários de correção óptica (77,3% vs. 50,0% em usuários de correção óptica). A menor proporção de falsos-positivos encontrada nesses grupos pode ser decorrente de uma menor exigência quanto a sua própria visão. A sensibilidade nestes grupos não foi estatisticamente diferente, mas não se pode descartar a possibilidade de falta de poder estatístico para essas comparações.

O valor preditivo positivo encontrado (13,8%), embora baixo, leva a uma probabilidade pós-teste de AV alterada duas vezes maior que a probabilidade pré-teste (prevalência de 6,9%), após uma resposta positiva. O valor preditivo negativo encontrado (96,9%) foi alto, porém, não auxilia na definição ou exclusão de casos, uma vez que a probabilidade de não possuir AV alterada passa de 93,1% pré-teste para 96,9% após uma resposta negativa à pergunta.

Dentre as limitações deste estudo de validação, é importante destacar que não foi realizado um exame oftalmológico completo para avaliar a saúde ocular geral dos participantes. Além disso, os parâmetros utilizados para cálculo de tamanho de amostra previram uma prevalência de deficiência visual maior do que o encontrado (10% vs. 6,9%), levando a uma amostra de tamanho insuficiente para estratificações e com intervalos de confiança de 95% mais amplos do que se esperava. Outra possível limitação é a definição de AV alterada. Embora os pontos de corte sejam os mesmos utilizados pela OMS, aqui utilizamos a presença de alteração em pelo menos um olho, quando, pelo Código Internacional de Doenças (CID) é a AV no melhor olho que determina a deficiência do indivíduo. A alteração da acuidade visual foi assim definida devido à necessidade de identificação destes indivíduos para adequado encaminhamento a serviço especializado, a fim de corrigir tal alteração. É

importante salientar, também, que o estudo foi realizado com universitários e que, portanto, os achados não podem ser extrapolados para indivíduos de 18 a 39 anos que não tenham ingressado na universidade, uma vez que a AV pode ser influenciada pelos níveis educacionais²⁴. É possível que indivíduos com menor escolaridade não tenham a mesma percepção de sua AV.

Com relação ao teste de AV, embora o padrão-ouro recomendado para pesquisas clínicas seja a tabela proposta por Bailey-Lovie e, posteriormente, modificada e utilizada a ETDRS (*Early Treatment Diabetic Retinopathy Study*), para o presente estudo de validação foi utilizada a tabela de Snellen devido à praticidade dessa. Estudo prévio, que comparou a medida da AV com ambas as tabelas, encontrou um coeficiente de determinação de 0,88 entre elas, sendo uma maior diferença para casos de AV pior do que 20/400²⁵. Assim, a tabela utilizada como padrão-ouro neste estudo não deve ser considerada uma limitação do mesmo.

Entre os pontos fortes do estudo, importante destacar que a pergunta validada e suas opções de respostas são simples e de fácil compreensão. Além disso, importantes requisitos para um estudo de validação foram contemplados²⁶: aplicadora do teste padrão-ouro cega para a resposta à pergunta e sua realização independente do resultado da pergunta em estudo. Ademais, o controle de qualidade da aplicação do teste padrão-ouro mostrou excelente concordância.

Os resultados deste estudo indicaram uma alta prevalência de dificuldade visual autorrelatada entre jovens universitários. Além disso, a pergunta utilizada mostrou sensibilidade e especificidade razoáveis, podendo ser utilizada para triagem em uma população que não tem indicação de consulta de rotina com oftalmologista. Ademais, a pergunta em estudo pode ter utilidade, também, para estudos epidemiológicos entre jovens adultos universitários por apresentar sensibilidade e especificidade conhecidas e satisfatórias para este fim. Um estudo de base populacional com maior tamanho de amostra deve ser realizado para melhor generalização dos resultados.

FONTE DE FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não apresentar conflitos de interesse relacionados ao presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Bicas HEA. Acuidade visual: medidas e notações. *Arq bras oftalmol* 2002; **65**: 375-84.
2. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, et al. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global health* 2017; **5**: e888-e97.
3. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health* 2017; **5**: e1221-e34.
4. Malta DC, Stopa SR, Canuto R, et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciencia & saude coletiva* 2016; **21**: 3253-64.
5. Abokyi S, Ilechie A, Nsiah P, et al. Visual impairment attributable to uncorrected refractive error and other causes in the Ghanaian youth: The University of Cape Coast Survey. *Journal of optometry* 2016; **9**: 64-70.
6. Lemos LEC, Pinheiro Júnior MN. Erros refracionais e sua influência no aprendizado de jovens escolares da Cidade de Manaus. *Rev bras oftalmol* 2002; **61**: 268-76.
7. Silva CMFd, Bazzano FCO, Mesquita Filho M, et al. Desempenho escolar: interferência da acuidade visual. *Rev bras oftalmol* 2013; **72**: 168-71.
8. Simionato EZR, Rizzon ES, Pires EME, Bassani FR, Ártico LG, Soldera J. Relação da Baixa Acuidade Visual com Reprovação Escolar em crianças do nordeste do Rio Grande do Sul. *ACM arq catarin med* 2007; **36**: 72-5.
9. Toledo CC, Guerra MR, Leite ICG, Maior MRS, Camilo GB, Paiva APG. Detecção precoce de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar: study in a early detection of visual impairment and its relation with school effectiveness. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2010; **56**: 415-9.
10. Loprinzi PD, Codey K. Influence of visual acuity on anxiety, panic and depression disorders among young and middle age adults in the United States. *Journal of affective disorders* 2014; **167**: 8-11.

11. Rim TH, Lee CS, Lee SC, Chung B, Kim SS. Influence of visual acuity on suicidal ideation, suicide attempts and depression in South Korea. *The British journal of ophthalmology* 2015; **99**: 1112-9.
12. Oftalmologia SB. *Importância do Médico Oftalmologista*. 2017 [acesso em 11/10/2017]; Available from: (http://sboportal.org.br/update_materia.aspx?id=5)
13. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in adults in Canada. *Canadian journal of ophthalmology Journal canadien d'ophtalmologie* 2007; **42**: 39-45, 158-63.
14. Feder RS, Olsen TW, Prum BE, Jr., et al. Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation Preferred Practice Pattern Guidelines. *Ophthalmology* 2016; **123**: P209-36.
15. Revicki D, Rentz A. National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*: Springer; 2014. p. 4246-51.
16. Mangione CM, Phillips RS, Seddon JM, et al. Development of the 'Activities of Daily Vision Scale': a measure of visual functional status. *Medical care* 1992: 1111-26.
17. Simão LM, Teixeira AL, Araújo CR, Lana-Peixoto MA, Moreira MA. Versão brasileira do questionário de função visual de 25 itens do questionário do National Eye Institute: tradução, confiabilidade e validação. *Arq bras oftalmol* 2008; **71**: 540-6.
18. Duarte WR, Barros AJD, Dias-da-Costa JS, Cattán JM. Prevalência de deficiência visual de perto e fatores associados: um estudo de base populacional. *Cad saúde pública* 2003; **19**: 551-9.
19. Uchino M, Kawashima M, Kaido M, et al. Evaluation of a paper-based visual acuity questionnaire. *Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ)* 2017; **11**: 1213.
20. Buderer NM. Statistical methodology: I. Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 1996; **3**: 895-900.
21. Alves ADA. *Refracção (6a. Ed.)*: Grupo Gen - Guanabara Koogan; 2000.

22. Organization WH. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2016 ed; 2016.
23. Hiller R, Krueger DE. Validity of a survey question as a measure of visual acuity impairment. *American journal of public health* 1983; **73**: 93-6.
24. Bicas HEA. Ametropias e presbiopia. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1997; **30**: 20-6.
25. Kaiser PK. Prospective evaluation of visual acuity assessment: a comparison of snellen versus ETDRS charts in clinical practice (An AOS Thesis). *Transactions of the American Ophthalmological Society* 2009; **107**: 311-24.
26. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL, et al. Users' Guides to the Medical Literature: III. How to Use an Article About a Diagnostic Test B. What Are the Results and Will They Help Me in Caring for My Patients? *Jama* 1994; **271**: 703-7.

Tabela 1. Características e prevalências de dificuldade visual autorrelatada e de acuidade visual menor a 20/40 em um ou em ambos olhos, nas amostras dos estudantes da Universidade Federal de Pelotas/RS.

Características	Amostra estudo de prevalência (N=1.769)		Amostra estudo de validação ¹ (N=811)	
	N (%)	Dificuldade visual autorrelatada % (IC95%)	N (%)	AV ² < 20/40 % (IC95%)
Idade		p=0,609***		p=0,063***
18 a 19	763 (43,1)	36,7 (33,3-40,2)	348 (42,9)	5,5 (3,5-8,4)
20 a 22	600 (33,9)	36,7 (32,9-40,6)	264 (32,6)	6,1 (3,7-9,7)
23 a 39	406 (23)	39,4 (34,8-44,3)	199 (24,5)	10,6 (7,0-15,7)
Sexo*		p<0,001***		p=0,907***
Feminino	970 (54,9)	46,6 (43,5-49,8)	440 (54,3)	6,8 (4,8-9,6)
Masculino	797 (45,1)	26,0 (23,0-29,1)	370 (45,7)	7,0 (4,8-10,1)
Estado civil**		p=0,386***		p=0,002
Solteiro	1648 (93,1)	37,7 (35,4-40,1)	755 (93,1)	6,5 (4,9-8,5)
Casado/união estável	111 (6,3)	30,6(22,7-39,9)	52 (6,4)	9,6 (4,0-21,5)
Separado/divorciado	10 (0,6)	44,4 (14,6-79)	4 (0,5)	50,0 (4,0-96,0)
Cor da pele*		p=0,178***		p=0,632***
Branca	1271 (71,9)	36,3 (33,7-39)	595 (73,5)	6,7 (5,0-9,0)
Preta	230 (13)	43,9 (37,6-50,4)	102 (12,6)	5,9 (2,6-12,6)
Parda	235 (13,3)	37,0 (31,1-43,4)	101 (12,5)	8,9 (4,7-16,4)
Outra ³	31 (1,8)	35,5 (20,4-54,2)	12 (1,5)	--
Classe social⁴*		p=0,043***		p=0,416***
A	257 (15,2)	35,8 (30,1-41,9)	111 (14,3)	3,6 (1,3-9,3)
B	740 (43,7)	35,0 (31,6-38,5)	345 (44,3)	8,1 (5,7-11,5)
C	620 (36,6)	39,7 (35,9-43,6)	286 (36,7)	6,6 (4,3-10,2)
D-E	77 (4,5)	49,4 (38,2-60,5)	37 (4,8)	5,4 (1,3-20,0)
Correção óptica		p<0,001***		p=0,001***
Não	981 (55,5)	24,8 (22,2-27,6)	489 (60,3)	4,5 (3,0-6,7)
Sim	788 (44,5)	52,9 (49,4-56,4)	322 (39,7)	10,6 (7,6-14,4)
Geral	1.769	37,3 (35,1-39,6)	811	6,9 (5,3-8,9)

¹ Tabela de Snellen a 6 metros

² AV: Acuidade visual presente

³ Categoria inclui cores amarela e indígena

⁴ Classe social determinada de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)

* Variáveis com *missing*. classe social foi a variável com maior percentual de *missing* (4,2%)

** Estado Civil: omitida a categoria "viúvo(a)" por ter somente uma observação na amostra geral

*** Teste qui-quadrado

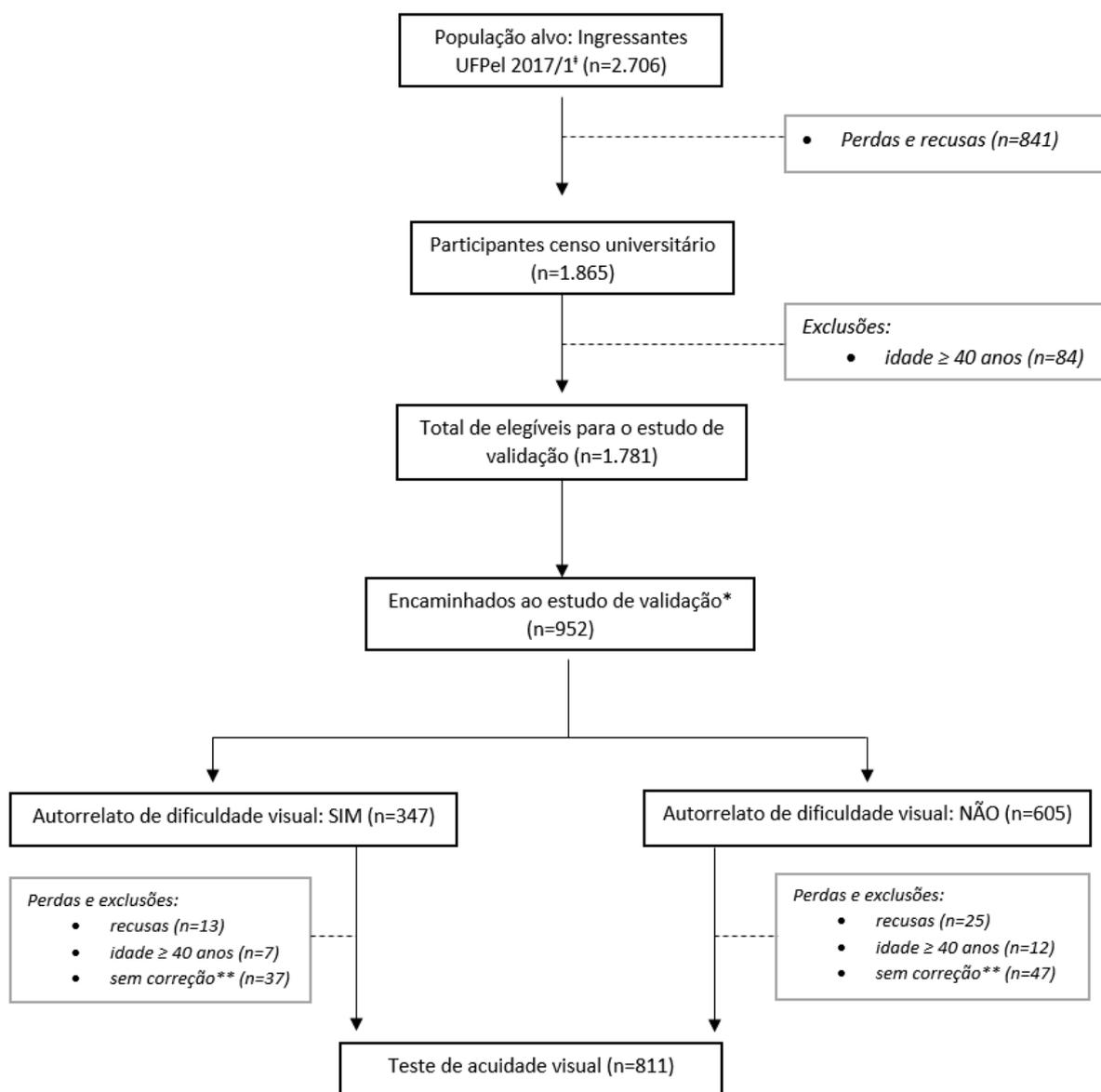
Tabela 2. Tabela de contingência do estudo de validação e valores de sensibilidade, especificidade, valores preditivos e acurácia para acuidade visual (AV) menor que 20/40 em qualquer olho.

Dificuldade visual autorrelatada	AV < 20/40	
	Sim	Não
Sim	40	250
Não	16	505
	%	IC95%
Sensibilidade	71,4	57,8-82,7
Especificidade	66,9	63,4-70,2
VPP	13,8	10,0-18,3
VPN	96,9	95,1-98,2
Acurácia	67,2	63,9-70,4

AV: Acuidade visual presente (Tabela de Snellen)

VPP: Valor preditivo positivo

VPN: Valor preditivo negativo



[†] População-alvo do consórcio: ingressantes na Universidade Federal de Pelotas no primeiro semestre letivo de 2017 e que estivessem matriculados na universidade no segundo semestre letivo do mesmo ano.

* Excluídos 4 participantes que não responderam à pergunta a ser validada.

**84 excluídos por usarem óculos e não estarem com óculos no momento do teste.

Figura 1. Fluxograma do estudo de validação sobre acuidade visual na amostra de estudantes da Universidade Federal de Pelotas/RS.

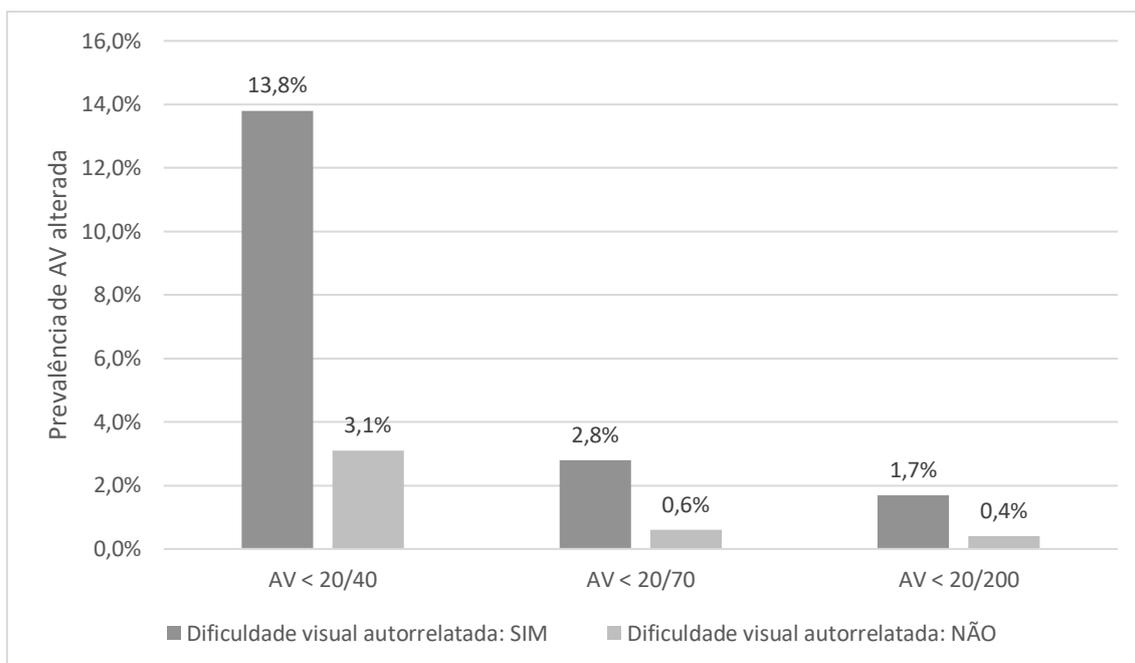


Figura 2. Prevalência de acuidade visual alterada pelo teste padrão-ouro em qualquer um dos olhos para cada um dos três critérios utilizados, de acordo com a resposta à pergunta sobre dificuldade visual autorrelatada.

Tabela Suplementar 1. Características dos estudantes da Universidade Federal de Pelotas/RS, nas amostras dos estudos de prevalência e de validação.

†Teste qui-quadrado

Características	Amostra estudo de prevalência	Amostra estudo de validação	Valor-p[†]
	N (%)	N (%)	
Idade			0,634
18 a 19	763 (43,1)	348 (42,9)	
20 a 22	600 (33,9)	264 (32,6)	
23 a 39	406 (23)	199 (24,5)	
Sexo*			0,786
Feminino	970 (54,9)	440 (54,3)	
Masculino	797 (45,1)	370 (45,7)	
Estado civil**			0,966
Solteiro	1648 (93,1)	755 (93,1)	
Casado/união estável	111 (6,3)	52 (6,4)	
Separado/divorciado	10 (0,6)	4 (0,5)	
Cor da Pele*			0,850
Branca	1271 (71,9)	595 (73,5)	
Preta	230 (13)	102 (12,6)	
Parda	235 (13,3)	101 (12,5)	
Outra ¹	31 (1,8)	12 (1,5)	
Classe social^{2*}			0,940
A	257 (15,2)	111 (14,3)	
B	740 (43,7)	345 (44,3)	
C	620 (36,6)	286 (36,7)	
D-E	77 (4,5)	37 (4,8)	
Correção óptica			0,021
Não	981 (55,5)	489 (60,3)	
Sim	788 (44,5)	322 (39,7)	
Total	1.769	811	

* Variáveis com *missing*. classe social foi a variável com maior percentual de *missing* (4,2%)

** Estado Civil: omitida a categoria “viúvo(a)” por ter somente uma observação na amostra geral

¹ Categoria inclui cores amarela e indígena

² Classe social determinada de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)

Tabela Suplementar 2: Sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo de acordo com as características da amostra do estudo de validação.

	AV ¹ < 20/40			
	Sensibilidade % (IC95%)	Especificidade % (IC%)	VPP ² % (IC95%)	VPN ³ % (IC95%)
Idade				
18 a 19	57,9 (33,5-79,7)	65,7 (60,2-70,8)	8,9 (4,5-15,3)	96,4 (93,1-98,4)
20 a 22	87,5 (61,7-98,4)	69,0 (62,8-74,7)	15,4 (8,7-24,5)	98,8 (95,9-99,9)
23 a 39	71,4 (47,8-88,7)	66,3 (58,8-73,2)	20,0 (11,6-30,8)	95,2 (89,8-98,2)
Sexo				
Feminino	83,3 (65,3-94,4)	57,1 (52,1-61,9)	12,4 (8,2-17,8)	97,9 (95,2-99,3)
Masculino	57,7 (36,9-76,6)	78,5 (73,8-82,7)	16,9 (9,8-26,3)	96,1 (93,1-98,0)
Cor da pele				
Branca	72,5 (56,1-85,4)	68,1 (64,1-72,0)	14,1 (9,6-19,6)	97,2 (95-98,6)
Preta	83,3 (35,9-99,6)	60,4 (49,9-70,3)	11,6 (3,9-25,1)	98,3 (90,9-100)
Parda	66,7 (29,9-92,5)	66,3 (55,7-75,8)	16,2 (6,2-32,0)	95,3 (86,9-99,0)
Outra*	-	-	-	-
Estado civil				
solteiro	73,5 (58,9-85,1)	66,0 (62,4-69,5)	13,0 (9,3-17,6)	97,3 (95,4-98,5)
casado/união estável	60,0 (14,7-94,7)	80,9 (66,7-90,9)	25,0 (5,5-57,2)	95,0 (83,1-99,4)
separado/divorciado	50,0 (1,3-98,7)	50,0 (1,3-98,7)	50,0 (1,3-98,7)	50,0 (1,3-98,7)
Classe social**				
A	75,0 (19,4-99,4)	71,0 (61,5-79,4)	8,8 (1,9-23,7)	98,7 (93,0-100)
B	57,1 (37,2-75,5)	65,3 (59,8-70,5)	12,7 (7,4-19,8)	94,5 (90,6-97,1)
C	89,5 (66,9-98,7)	68,5 (62,6-74,1)	16,8 (10,1-25,6)	98,9 (96,1-99,9)
D-E	50,0 (0,3-98,7)	57,1 (39,4-73,7)	6,3 (0,2-30,2)	95,2 (76,2-99,9)
Correção óptica				
Não	72,7 (49,8-89,3)	77,3 (73,2-81,0)	13,1 (7,7-20,4)	98,4 (96,5-99,4)
Sim	70,6 (52,5-84,9)	50,0 (44,1-55,9)	14,3 (9,4-20,5)	93,5 (88,4-96,8)
Geral	71,4 (57,8-82,7)	66,9 (63,4-70,2)	13,8 (10,0-18,3)	96,9 (95,1-98,2)

¹ Acuidade visual presente (Tabela de Snellen)

² Valor preditivo positivo

³ Valor preditivo negativo

* Categoria inclui cores amarela e indígena

** Classe social determinada de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

5. NOTA PARA A IMPRENSA

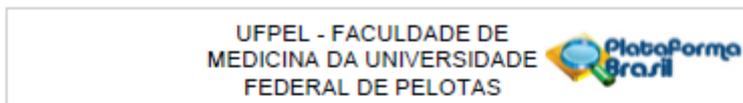
Dificuldade visual entre universitários

Pesquisa realizada com universitários entre 18 e 39 anos de idade, da Universidade Federal de Pelotas, mostrou que 37% dos alunos relataram dificuldade visual. Quando submetidos a um teste objetivo de visão (tabela de Snellen), verificou-se que 7% dos mesmos tinham algum problema de visão.

Estes são alguns dos resultados obtidos pela mestranda Juliana Meroni, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel, sob orientação da Dra. Ana Maria Baptista Menezes e coorientação da Dra. Bruna Gonçalves Cordeiro da Silva. A pesquisa foi realizada como parte do consórcio de pesquisa “Avaliação da saúde dos ingressantes em 2017/1 da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), RS”, com dados coletados entre novembro de 2017 e julho de 2018. “O principal objetivo de nosso estudo foi validar a informação relatada pelos estudantes através de um teste conhecido como tabela de Snellen, já que não existem programas públicos que incentivem a avaliação oftalmológica rotineira nesta faixa etária”, diz Juliana. A pergunta sobre dificuldade visual foi capaz de detectar 72% daqueles que realmente apresentaram visão alterada no teste com a tabela de Snellen. “Uma única pergunta pode auxiliar na identificação daqueles que precisam ser avaliados por um oftalmologista, além de possibilitar uma estimativa de dificuldade visual em grandes pesquisas. Novos estudos devem ser realizados para avaliar o desempenho da pergunta na população geral”, diz a mestranda.

6. ANEXO E APÊNDICES

ANEXO 1. Parecer do aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Consórcio universitário 2017/2018.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde dos Ingressantes em 2017/1 da Universidade Federal de Pelotas, RS

Pesquisador: Elaine Tomasi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79250317.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.352.451

Apresentação do Projeto:

O Consórcio de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pretende realizar um censo que buscará avaliar condições de saúde dos universitários Ingressantes em 2017-1 na Universidade Federal de Pelotas, entre os meses de novembro de 2017 e fevereiro de 2018. Serão acessados aqueles indivíduos matriculados em 2017-2, nos 81 cursos presenciais nos campi Pelotas e Capão do Leão, totalizando aproximadamente 2800 alunos. Irão realizar questionário autoaplicado em "tablet" e uma amostra vai realizar teste de acuidade visual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar condições de saúde, hábitos de vida, acesso a serviços de saúde, alimentação e fatores relacionados a violência entre os estudantes

Ingressantes de 2017-1 na UFPEL

Objetivo Secundário:

Caracterizar aspectos e hábitos de sono nos estudantes

Estimar prevalência de Jetlag Social e fatores associados em estudantes

Avaliar a simultaneidade de fatores de risco a saúde

Estimar a prevalência de insatisfação corporal e seus fatores associados

Estimar a prevalência de depressão e fatores associados

Endereço: Av Duque de Caxias 250
 Bairro: Fragata CEP: 96.030-001
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)3284-4060 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.fmed@gmail.com

Continuação do Projeto: 2.352-451

Caracterizar e validar a dificuldade visual autorreferida entre os estudantes
 Descrever o controle da asma nos estudantes
 Avaliar a influência das condições de saúde bucal na percepção da qualidade de vida relacionada a saúde bucal e no desempenho acadêmico dos estudantes
 Avaliar o consumo de drogas lícitas (álcool, fumo) e ilícitas (recreativas)
 Estimar a prevalência e caracterizar a motivação para uso de smart drugs
 Caracterizar a utilização de serviços de saúde por estudantes
 Avaliar discriminação nos serviços de saúde
 Estudar a falta de acesso e utilização de serviços odontológicos entre os estudantes
 Identificar comportamento sexual de risco e fatores associados
 Estimar a prevalência de eventos estressores e fatores associados
 Caracterizar comportamento de risco para lesões intencionais e não intencionais
 Caracterizar a ocorrência de violência por parceiro íntimo
 Descrever padrões de dieta Caracterizar refeições consumidas pelos estudantes
 Estudar a prevalência e fatores associados a vitimização por violência interpessoal comunitária perpetrada por pessoa desconhecida

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste estudo são mínimos, pois o estudante poderá repensar ou relembrar algum fato desconfortável de sua vida ao ler as perguntas do questionário, por exemplo.

Benefícios:

Os benefícios do estudo são indiretos, uma vez que a compreensão de quem são nossos universitários e como está a saúde e outros aspectos da vida deles permitirá, a quem planeja ações em saúde, acessar informações atualizadas e que 'falam' do contexto local. A todos os universitários será entregue um informativo sobre recomendação de necessidade de serviço de saúde dependendo dos escores obtidos nas perguntas referentes à sintomatologia ou problema, tendo assim, possibilidade de procurarem locais específicos que prestam assistência em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito relevante para o conhecimento de diversos temas de vida e saúde dos alunos ingressantes de 2017/1 da UFPEL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av Duque de Caxias 250
 Bairro: Fregata CEP: 96.030-001
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)3284-4060 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.352/451

Folha de Rosto preenchida e assinada pelo Pesquisador Responsável e pelo Diretor da Faculdade de Medicina.

Carta de apresentação do estudo assinada pelo Reitor da UFPEL, coordenador do PPGE e professora responsável pelo estudo.

Projeto e Informações básicas do projeto adequados.

TCLE do Projeto e do Teste de Acuidade Visual adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	consorcio.pdf	23/10/2017 19:20:50	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	TCLE_acuidadevisual.pdf	23/10/2017 19:20:26	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	TCLE_projetao.pdf	23/10/2017 19:20:12	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1015123.pdf	20/10/2017 07:56:51		Aceito
Outros	MANUAL.doc	20/10/2017 07:54:35	Elaine Tomasi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINAL_PROJETAO.docx	20/10/2017 07:53:02	Elaine Tomasi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	20/10/2017 07:47:59	Elaine Tomasi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	20/10/2017 07:47:42	Elaine Tomasi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/10/2017 21:17:45	Elaine Tomasi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fregata CEP: 96.030-001
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

Você foi selecionado para participar de uma pesquisa sobre saúde, realizada pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Lembramos:

- Todas as informações são sigilosas;
- As informações serão usadas apenas para esta pesquisa;
- A cada questão leia todas as opções e responda clicando ou assinalando no espaço correspondente à opção mais adequada para você;
- Se tiver qualquer tipo de dúvida, você pode perguntar para os mestrandos em sala de aula.

Vamos iniciar o questionário com algumas perguntas gerais.

BLOCO GERAL

PRIMEIRAMENTE, GOSTARÍAMOS DE CONHECER MELHOR VOCÊ E SEU CURSO

A_01) Qual a sua idade? __ anos completos

A_02) Qual o seu estado civil?

- (1) Casado(a) ou em união estável
- (2) Solteiro(a)
- (3) Separado(a) ou divorciado(a)
- (4) Viúvo(a)

A_03) Em que tipo de escola você cursou a maior parte do ensino médio?

- (1) Escola pública
- (2) Escola privada

A_04) Você segue alguma doutrina/seita religiosa?

- (0) Não
- (1) Sim

A_05) Qual é a sua cor ou raça?

- (1) branca
- (2) preta
- (3) parda
- (4) amarela
- (5) indígena
- (6) outra

A_06) Quais turnos você tem aula na universidade? (É possível assinalar mais de uma opção)

- (1) Manhã
- (2) Tarde
- (3) Noite

A_07) Qual o curso em que você ingressou em 2017? _____

A_08) Você continua neste curso?

- (0) Não
- (1) Sim → pule para pergunta A_10

A_09) SE NÃO: Qual o curso que você está fazendo agora?

A_10) O curso em que você está matriculado(a) é o de sua preferência?

- (0) Não
- (1) Sim → pule para a pergunta A_13

A_11) SE NÃO na A_10: Qual curso você gostaria de cursar?

A_12) SE NÃO na A_10: Qual o principal motivo para você seguir matriculado(a) no curso em que está?

- (1) Eu ainda não tinha clareza do que queria fazer, mas foi o curso que a pontuação (nota) no ENEM permitiu me matricular

- (2) Não era o curso que eu queria, mas a nota no ENEM permitiu me matricular nesse. Foi minha segunda opção e pretendo mudar - pedir reopção
- (3) Não era o curso que eu queria, mas a nota no ENEM permitiu me matricular nesse. Foi minha segunda opção, mas estou gostando e pretendo concluí-lo
- (4) Quero manter o vínculo com a instituição, cursar e aprender algo até conseguir algo melhor
- (5) Foi o curso mais próximo daquilo que eu quero ou busco neste momento
- (6) Outro motivo

A_13) Qual foi a sua média final de notas durante o semestre passado? (de zero a 10) _____

A_14) Como você considera seu desempenho acadêmico?

- (1) Péssimo
- (2) Muito ruim
- (3) Razoável
- (4) Bom
- (5) Muito bom
- (6) Excelente

A_15.16) Em média, quantas horas por dia você dedica aos estudos fora da universidade?

_____ horas _____ minutos

A_17) Onde você morou antes de entrar no curso em que você está na UFPel (se morou em mais de um local, responda pensando na maior parte do ano)?

- (1) Pelotas → pule para a pergunta A_19
- (2) Outra cidade do estado do Rio Grande do Sul → pule para a pergunta A_19
- (3) Outro estado do Brasil
- (4) Outro país → pule para a pergunta A_19

A_18) SE EM OUTRO ESTADO: Este estado fica em qual região do país?

- (1) Sul
- (2) Sudeste
- (3) Centro-Oeste
- (4) Norte
- (5) Nordeste

A_19) Atualmente, você mora em...?

- (1) Pensionato ou República
- (2) Casa do estudante
- (3) Casa ou apartamento próprio
- (4) Casa ou apartamento alugado
- (5) Casa ou apartamento cedido

A_20) Se você pode escolher onde morar atualmente, essa escolha teve mais a ver com ...?

- (1) Proximidade com o curso e atividades da UFPel
- (2) Proximidade com os serviços e facilidades urbanas (lazer, saúde, comércio)
- (3) Custo da moradia
- (4) Segurança
- (5) Facilidade de deslocamento e acesso ao transporte
- (0) Não escolhi

A_21) Atualmente, você mora com quem?

- (1) Sozinho(a)
- (2) Com os seus pais (pai ou mãe e/ou irmãos) e/ou outros familiares (vó, tio...)
- (3) Com amigos(as) ou colegas
- (4) Cônjuge/companheiro(a) / namorado(a) → pule para a pergunta A_23

A_22) SE NÃO MORA COM CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)/NAMORADO(A): Atualmente, você está ficando ou namorando com alguém?

- (0) Não
- (1) Sim, ficando
- (2) Sim, namorando

A_23) Além de você, quantas pessoas moram na casa onde você vive?

- (0) nenhuma
- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) quatro
- (5) cinco
- (6) mais de cinco

A_24) Qual a escolaridade da sua mãe?

- (0) Analfabeta
- (1) Ensino fundamental incompleto
- (2) Ensino fundamental completo
- (3) Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
- (4) Ensino médio completo (ou curso técnico)
- (5) Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
- (6) Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
- (7) Pós-graduação incompleta
- (8) Pós-graduação completa
- (9) Não sei

A_25) Qual a escolaridade do seu pai?

- (0) Analfabeto
- (1) Ensino fundamental incompleto
- (2) Ensino fundamental completo
- (3) Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
- (4) Ensino médio completo (ou curso técnico)
- (5) Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
- (6) Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
- (7) Pós-graduação incompleta
- (8) Pós-graduação completa
- (9) Não sei

A_26) Qual a escolaridade do chefe da família (ou da pessoa que ganha mais)?

- (0) Analfabeto
- (1) Ensino fundamental incompleto
- (2) Ensino fundamental completo
- (3) Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
- (4) Ensino médio completo (ou curso técnico)
- (5) Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
- (6) Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
- (7) Pós-graduação incompleta
- (8) Pós-graduação completa
- (9) Não sei

AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE VOCÊ TEM EM CASA. SE VOCÊ NÃO MORA COM OS SEUS PAIS MAS É SUSTENTADO POR ELES, POR FAVOR RESPONDA O QUE TEM NA CASA DOS SEUS PAIS. SE VOCÊ É SUSTENTADO POR SEUS PRÓPRIOS RECURSOS, CONSIDERE OS ITENS DO SEU PRÓPRIO DOMICÍLIO.

Todos os itens devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

A_27) Quantos carros para uso particular (não usado para trabalho) você(s) tem em casa?

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_28) Quantas motos para uso particular você(s) tem em casa?

- (0) nenhuma

- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_29) Quantas máquinas de lavar roupa que não seja do tipo tanquinho você(s) tem em casa?

- (0) nenhuma
- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_30) Quantas máquinas de secar roupa (pode ser lava e seca) você(s) tem em casa?

- (0) nenhuma
- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_31) Quantos aparelhos de DVD (sem ser de carro) você(s) tem em casa?

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_32) Quantos computadores de mesa ou notebook ou laptop/netbook você(s) tem em casa? (desconsiderando tablets, palms ou smartphones)

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_33) Quantos fornos de micro-ondas você(s) tem em casa?

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_34) Quantas máquinas de lavar louça você(s) tem em casa?

- (0) nenhuma
- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_35) Quantas geladeiras você(s) tem em casa?

- (0) nenhuma
- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_36) Quantos freezers separados ou geladeiras duplex você(s) tem em casa?

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

A_37) Quantas(os) empregadas(os) mensalistas você(s) tem em casa? (considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana)

- (0) nenhuma

<ul style="list-style-type: none"> (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais 	
A_38) Quantos banheiros têm na casa?	
<ul style="list-style-type: none"> (0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais 	
A_39) A água utilizada na sua casa vem de/da ...?	
<ul style="list-style-type: none"> (1) Rede geral de distribuição, “SANEP” (2) Poço ou nascente (3) Outro meio 	
A_40) A rua em frente a sua casa é pavimentada ou asfaltada?	
<ul style="list-style-type: none"> (0) Não (1) Sim 	
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO E BENEFÍCIOS	
A_41) No mês passado, você exerceu algum tipo de atividade remunerada <i>vinculada</i> à UFPel (bolsa de iniciação científica, estágio extracurricular remunerado, bolsa PET, etc)?	
<ul style="list-style-type: none"> (0) Não → pule para a pergunta A_43 (1) Sim 	
A_42) SE SIM: Quantas horas/semana você exerceu essa atividade?	
<ul style="list-style-type: none"> (1) Até 20h semanais (2) Até 40h semanais (3) Mais de 40h semanais 	
A_43) No mês passado, você exerceu algum tipo de atividade remunerada <i>NÃO vinculada</i> à UFPel (emprego com carteira assinada ou não, autônomo ou <i>freelancer</i>)?	
<ul style="list-style-type: none"> (0) Não → pule para a pergunta A_45 (1) Sim 	
A_44) SE SIM: Quantas horas/semana você exerceu essa atividade?	
<ul style="list-style-type: none"> (1) Até 20h semanais (2) Até 40h semanais (3) Mais de 40h semanais 	
A_45) Atualmente, você recebe auxílio alimentação da UFPel?	(0) Não (1) Sim
A_46) Atualmente, você recebe auxílio transporte da UFPel?	(0) Não (1) Sim
A_47) Atualmente, você recebe auxílio moradia da UFPel?	(0) Não (1) Sim
A_48) Atualmente, você recebe outro auxílio da UFPel?	(0) Não (1) Sim
AGORA GOSTARÍAMOS DE CONHECER MAIS SOBRE QUESTÕES COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE	
A_49) Qual seu sexo biológico?	
<ul style="list-style-type: none"> (1) Feminino (2) Masculino 	
A_50) Qual sua identidade de gênero?	
<ul style="list-style-type: none"> (1) Homem (2) Mulher (3) Ambos (4) Não me identifico com nenhuma delas 	
A_51) Qual sua orientação sexual? Marque aquela que considera predominante.	
<ul style="list-style-type: none"> (1) Heterossexual: tenho atração por indivíduos do sexo oposto ao meu 	

<p>(2) Homossexual: tenho atração por indivíduos do mesmo sexo que o meu</p> <p>(3) Bissexual: tenho atração por ambos os sexos</p> <p>(4) Assexual: não tenho atração por nenhum dos sexos</p>
A_52) Qual o seu peso (<i>pode ser aproximado</i>)? ___ quilos ___ gramas
A_53) Qual a sua altura (<i>pode ser aproximada</i>)? ___ metros ___ centímetros
<p>A_54) Você fuma ou já fumou?</p> <p>(0) Não, nunca fumei → pule para pergunta A_57</p> <p>(1) Sim, fumo (1 ou mais cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)</p> <p>(2) Já fumei, mas parei de fumar → pule para a pergunta A_56</p>
A_55) Atualmente, quantos cigarros por dia você fuma? ___ cigarros
A_56) Com que idade você começou a fumar? ___ anos
<p>A_57) Você já fumou narguilé alguma vez na vida?</p> <p>(0) Não → pule para a pergunta A_60</p> <p>(1) Sim, com tabaco puro ou com sabor, essência</p> <p>(2) Sim, com outras substâncias</p> <p>(3) Sim, com tabaco e com outras substâncias</p> <p>(9) Não sei → pule para a pergunta A_60</p>
SE SIM (opções 1, 2 e 3 acima):
A_58) Quantos anos você tinha quando experimentou narguilé pela primeira vez? ___ anos
A_59) No último mês, quantas vezes você fumou narguilé? ___ dias
<p>A_60) Você já tomou bebida alcoólica?</p> <p>(0) Não → pule para a pergunta A_72.73</p> <p>(1) Sim</p>
A_61) Com que idade tomou bebida alcoólica pela primeira vez? ___ anos
<p>A_62) Com que frequência você toma bebidas de álcool?</p> <p>(0) Nunca → pule para a pergunta A_72</p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos</p> <p>(2) Duas a quatro vezes por mês</p> <p>(3) Duas a três vezes por semana</p> <p>(4) Quarto ou mais vezes por semana</p>
<p>A_63) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma beber? (<i>Consulte a figura entregue a você junto com este questionário</i>)</p> <p>(1) 1 ou 2 "doses"</p> <p>(2) 3 ou 4 "doses"</p> <p>(3) 5 ou 6 "doses"</p> <p>(4) 7 a 9 "doses"</p> <p>(5) 10 ou mais "doses"</p>
<p>A_64) Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos que uma vez ao mês</p> <p>(2) Uma vez ao mês</p> <p>(3) Uma vez por semana</p> <p>(4) Todos os dias ou quase todos</p>
<p>A_65) Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos que uma vez ao mês</p> <p>(2) Uma vez ao mês</p> <p>(3) Uma vez por semana</p> <p>(4) Todos os dias ou quase todos</p>
<p>A_66) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos que uma vez ao mês</p> <p>(2) Uma vez ao mês</p>

(3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos
A_67) Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos
A_68) Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos
A_69) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos
A_70) Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, durante os últimos 12 meses
A_71) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, durante os últimos 12 meses
AGORA VAMOS FALAR SOBRE DESLOCAMENTO E ALGUNS ESPAÇOS DE LAZER
A_72.73) Em média, na maioria dos dias da semana, quanto tempo por dia você gasta para ir e voltar das suas atividades na UFPel? __ __ horas __ __ minutos
A_74) Na maioria dos dias da semana, como você se desloca para ir e voltar das suas atividades na UFPel? (1) Transporte coletivo público (2) Transporte coletivo de apoio da UFPel (3) Carro ou moto (4) Bicicleta (5) Caminhada (a pé) (6) Outros
Quais desses espaços você costuma frequentar no seu tempo de lazer?
A_75) Espaços públicos (praças, parques, rua) (0) Não (1) Sim
A_76) Espaços institucionais (universidade, bibliotecas) (0) Não (1) Sim
A_77) Espaços comerciais privados (bares, clubes, lojas) (0) Não (1) Sim
A_78) Espaços privativos (casas, condomínios) (0) Não (1) Sim
A_79) Que tipo de local você considera mais importante como espaço de lazer e de convívio na UFPel? (1) Local dedicado a atividades físicas e saúde (2) Local dedicado ao encontro e convívio coletivo (3) Local dedicado ao estudo e leitura
A_80) Qual modelo de espaço de lazer que <i>mais</i> deveria ser priorizado na UFPel? (1) pequenos espaços de convívio nos diversos prédios (2) espaços de médio/grande porte (praças, parques) em alguns locais
AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE À SUA ROTINA ACADÊMICA

NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

A_81) No último mês, você teve aula nas segundas-feiras de manhã?

- (0) Não → pule para a pergunta B_01
(1) Sim

A_82) No último mês, a que horas iniciava sua primeira aula nas segundas-feiras de manhã?

__ Horas __ Minutos

A_83) Nas manhãs das segundas-feiras do último mês, depois de levantar da cama, você se sentia...

- (1) mais cansado do que o habitual
(2) menos cansado do que o habitual
(3) tão cansado quanto o habitual

A_84) Nas manhãs das segundas-feiras do último mês, depois de levantar da cama, você se sentia...

- (1) mais sonolento do que o habitual
(2) menos sonolento do que o habitual
(3) tão sonolento quanto o habitual

A_85) No último mês, sua capacidade de concentração durante a primeira aula das segundas-feiras de manhã era...

- (1) maior do que a habitual
(2) menor do que a habitual
(3) igual a habitual

BLOCO ALIMENTAÇÃO

As perguntas a seguir referem-se ao seu consumo alimentar habitual. Se possível, tente lembrar de todas as refeições que você realiza, inclusive fora dos horários das principais refeições, como café da manhã, almoço e jantar.

B_01) Você consome algum tipo de carne ou peixe (exemplos: bacon, frango, codorna, salsichas)?

- (0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

B_02) Você consome algum produto lácteo (exemplos: leite de vaca, leite sem lactose de origem animal, queijo, manteiga, iogurte, requeijão)?

- (0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

B_03) Você consome algum tipo de ovo (exemplos: ovos em bolos e outros alimentos cozidos)?

- (0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

As próximas perguntas referem-se somente ao consumo dos alimentos citados no dia anterior à aplicação.

B_04) Ontem, você consumiu feijão?

- (0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

B_05) Ontem, você consumiu frutas frescas (não considerar suco de frutas)?

- (0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

B_06) Ontem, você consumiu verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?

- (0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

B_07) Ontem, você consumiu hambúrguer (de origem animal, como de frango ou de alguma carne vermelha) e/ou embutidos (exemplos: linguiça, salsichão, salame, presunto, mortadela)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) Não sei

B_08) Ontem, você consumiu bebidas adoçadas (exemplos: refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) Não sei

B_09) Ontem, você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) Não sei

B_10) Ontem, você consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (exemplos: balas, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina, chocolate)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) Não sei

AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO, PENSE E ESCOLHA A OPÇÃO QUE MELHOR DEFINE SEU COMPORTAMENTO, SE ACHAR PERTINENTE ESCOLHA MAIS DE UMA OPÇÃO

B_11) Quais refeições você costuma realizar todos os dias? *Múltipla escolha (marque todas as refeições que costuma realizar)*

- (1) Café da manhã
- (2) Lanche da manhã
- (3) Almoço
- (4) Lanche da tarde
- (5) Jantar
- (6) Ceia

B_12) Na última semana (últimos 7 dias) quantos dias você almoçou fora de casa? Não considere almoço na casa de amigos ou familiares. (*Quem mora na casa do estudante deve considerar o RU como fora de casa*)

- (0) Nenhum dia → pule para a pergunta B_18
- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) 6 vezes
- (7) 7 vezes

Considerando a última semana (últimos sete dias), assinale o número de dias que almoçou nos locais indicados:

B_13) Restaurante Universitário (RU):

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_14) Restaurante tipo *buffet* por quilo ou *a lá carte*:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_15) No trabalho:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_16) Restaurante tipo “fastfood” e/ou pizzeria:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_17) Lancheria/ cafeteria/ padaria :

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_18) Nos dias em que almoça em casa, o que você consumiu com maior frequência?

- (1) Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada....)
- (2) Comida comprada pronta (marmita/ vianda)
- (3) Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada. Ex: lasanha, macarrão instantâneo - miojo, bifês tipo hambúrguer, nuggets, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)
- (4) Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...)
- (5) Lanche comprado pronto para consumo (xis, cachorro quente, pizza)
- (0) Nunca almoço em casa

B_19) Na última semana (últimos 7 dias) quantos dias você jantou fora de casa? Não considere jantas na casa de amigos ou familiares) (Quem mora na casa do estudante deve considerar o RU como fora de casa)

- (0) Nenhum dia → pule para a pergunta B_25
- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) 6 vezes
- (7) 7 vezes

Considerando a última semana (últimos sete dias), assinale o número de dias que almoçou nos locais indicados:

B_20) Restaurante Universitário:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_21) Restaurante tipo *buffet* por quilo ou *a lá carte*:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_22) No trabalho:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_23) Restaurante tipo “*fastfood*” e/ou pizzeria:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_24) Lancheria/ cafeteria/ padaria:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B_25) Nos dias em que *jantou em casa*, que tipo de preparação consumiu com maior frequência?

- (1) Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada....)
- (2) Comida comprada pronta (marmita/ vianda)
- (3) Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada. Ex: lasanha, macarrão instantâneo-miojo, bifes tipo hambúrguer, nuggets, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)
- (4) Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...)
- (5) Lanche comprado pronto para consumo (xis, cachorro quente, pizza)

Esta seção refere-se às atividades físicas que você fez na *última semana* unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Suas respostas são muito importantes. Por favor, responda cada questão, mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza *por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez*:

B_26) Em quantos dias de uma semana normal, você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos no seu *tempo livre*?

- (0) Nenhum → pule para a pergunta B_29
- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias

B_27.28) Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA?
_____ horas _____ minutos

Atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.

Considere atividades realizadas por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

B_29) Em quantos dias da última semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos? (ex.: pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis)

- (0) Nenhum → pule para a pergunta B_32
- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias

B_30.31) Nos dias em que você fez estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gastou POR DIA? _____ horas _____ minutos

Para responder a próxima questão lembre-se que: atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal;

Lembre-se de considerar atividades realizadas por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

B_32) Em quantos dias da última semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer exercícios aeróbios, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

- (0) Nenhum → pule para a pergunta B_35
- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias

B_33.34) Nos dias em que você fez estas atividades vigorosas, no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA? _____ horas _____ minutos

Agora queremos saber...

B_35.36) Em média, num dia de semana comum, quantas horas você assiste TV, joga videogame ou computador ou usa o computador para qualquer fim (inclua todo o tempo gasto em coisas como Netflix, iPad ou outro tipo de tablet, smartphone, You Tube, Facebook, Instagram ou outra rede social, e uso da internet em geral)? ___ horas ___ minutos

A próxima pergunta é sobre o tempo que você permanece sentado (a) todo dia, no trabalho, na universidade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo estudando, enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado (a) ou deitado (a) assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado (a) durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro. Não considere o tempo gasto dormindo.

B_37.38) Quando tempo, no total, você gasta sentado(a) durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos

BLOCO PERCEPÇÃO CORPORAL

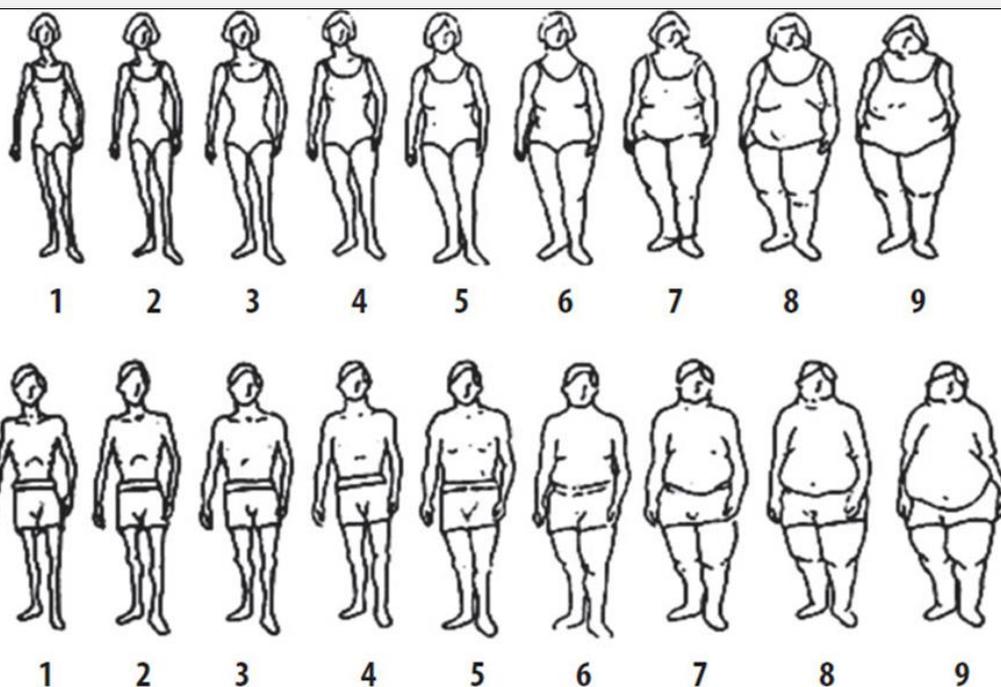
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE O SEU CORPO

Se você é mulher, responda a próxima pergunta. Se você é homem, pule para a pergunta B_40

B_39) Você está grávida ou teve filho nos últimos 3 meses?

- (0) Não
- (1) Sim, estou grávida → pule para a pergunta B_45
- (2) Sim, tive filhos nos últimos 3 meses → pule para a pergunta B_45
- (9) Não sei

AS PERGUNTAS B_40 E B_41 REFEREM-SE A FIGURA ABAIXO. POR FAVOR, ESCOLHA APENAS UMA SILHUETA, PENSANDO NA QUE MELHOR IDENTIFICA SUA OPINIÃO EM CADA PERGUNTA.



B_40) Qual destas figuras você identifica mais com o seu corpo?

- () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9

B_41) Qual destas figuras se parece com o que você gostaria que fosse o seu corpo?

- () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9

B_42) Nos últimos 12 meses, você fez alguma coisa para perder ou ganhar peso?

- (0) Não → pule para a pergunta B_45
- (1) Sim, para perder → responda a pergunta B_43 e pule a pergunta B_44
- (2) Sim, para ganhar → pule para a pergunta B_44

(3) Sim, para perder e ganhar

B_43) O que você fez para perder peso?

- (1) Tomei remédios
- (2) Tomei remédios e fiz dieta/regime
- (3) Tomei remédios, fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (4) Fiz dieta/regime
- (5) Fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (6) Fiz exercícios/esporte
- (7) Tomei remédios e fiz exercícios/esporte

B_44) O que você fez para ganhar peso?

- (1) Tomei remédios
- (2) Tomei remédios e fiz dieta/regime
- (3) Tomei remédios, fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (4) Fiz dieta/regime
- (5) Fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (6) Fiz exercícios/esporte
- (7) Tomei remédios e fiz exercícios/esporte

B_45) Você está satisfeito(a) com sua saúde?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

BLOCO HÁBITOS DE SONO

O seguinte questionário se refere aos seus horários de sono e hábitos de dormir em dias que você tem aulas e em dias de folga ou descanso. Por favor, responda as questões de acordo com a sua rotina semanal, baseada nos seus hábitos e o que aconteceu na maioria dos dias e noites nas últimas 4 semanas (último mês).

C_01) Quantos dias da semana você tem aula?

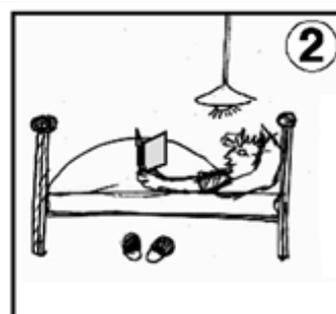
1 2 3 4 5 6 7

⚠ Por favor, ao responder as questões abaixo, use a escala das 24 horas, por exemplo, 23:00 em vez de 11:00

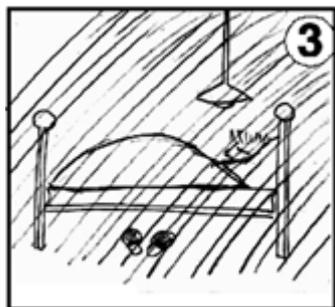
NOS DIAS DE AULA



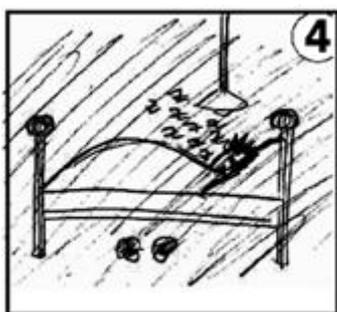
C_02) Vou para cama às ___ horas ___ minutos.



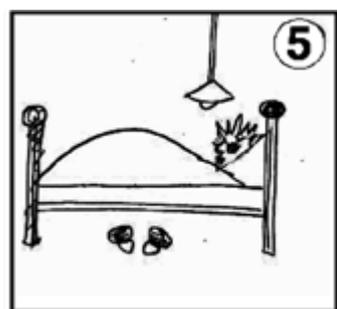
Note que algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama.



C_03) Realmente estou pronto(a) para dormir às ___ horas ___ minutos.



C_04) Necessito de _____ minutos para adormecer.



C_05) Acordo às ___ horas ___ minutos.



C_06) Passados _____ minutos, me levanto.

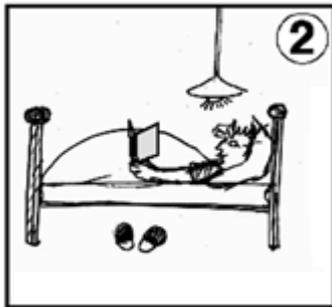
C_07) Você faz uso de despertador nos dias de aula?

- (0) Não
- (1) Sim, mas eu normalmente acordo antes do despertador tocar
- (2) Sim, eu normalmente acordo quando o despertador toca

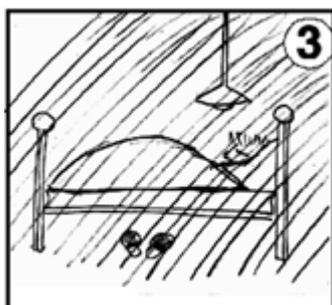
Agora responda as questões abaixo baseado nos seus dias de FOLGA OU DESCANSO



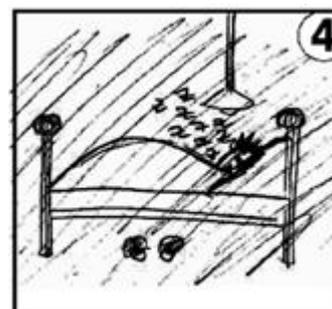
C_08) Vou para cama às ___ horas ___ minutos.



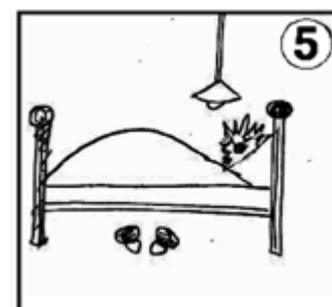
Note que algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama.



C_09) Realmente estou pronto(a) para dormir às ___ horas ___ minutos.



C_10) Necessito de _____ minutos para adormecer.



C_11) Acordo às ___ horas ___ minutos.



C_12) Passados _____ minutos, me levanto.

C_13) Você utiliza despertador para acordar nos seus dias de folga descanso?

- (0) Não
- (1) Sim, mas eu normalmente acordo antes do despertador tocar
- (2) Sim, eu normalmente acordo quando o despertador toca

C_14) Existe alguma razão particular pela qual você não pode escolher livremente seus horários de sono nos dias de folga ou descanso?

- (0) Não → pule para a pergunta C_17
- (1) Sim

C_15) Qual a principal razão pela qual você não pode escolher livremente seus horários de sono nos dias de folga ou descanso?

- (1) Tenho filhos que necessitam de meu cuidado → pule para a questão C_17
- (2) Tenho Pets que necessitam de meu cuidado → pule para a questão C_17
- (3) Tenho hobbies → pule para a questão C_17
- (4) Outra razão

C_16) SE OUTRA RAZÃO: Qual?

C_17) Nas últimas quatro semanas, você acordou de madrugada e teve dificuldade para voltar a dormir?

- (0) Nunca
- (1) De vez em quando
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Sempre

C_18) Nas últimas quatro semanas, você sentiu sonolência que atrapalhava para assistir às aulas?

- (0) Nunca
- (1) De vez em quando
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Sempre

C_19) De modo geral, como você avalia a qualidade de seu sono nos últimos 30 dias (último mês)?

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Péssima

C_20) Com quantas pessoas você compartilha o quarto de dormir, na maior parte do tempo?

- (1) Apenas uma
- (2) Duas
- (3) Três ou mais
- (0) Nenhuma

C_21) Com quantas pessoas você compartilha a cama, na maior parte do tempo?

- (1) Apenas uma
- (2) Duas
- (3) Três ou mais
- (0) Nenhuma

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE EVENTOS IMPORTANTES QUE PODEM TER ACONTECIDO E AFETADO VOCÊ DE MODO NEGATIVO DESDE SEU INGRESSO NA UNIVERSIDADE.

C_22) No último ano, você precisou abandonar/adiar momentos importantes para você de lazer – como sair com amigos, cinema, assistir TV – em função das atividades acadêmicas?

- (1) Aconteceu, mas não afetou
- (2) Afetou pouco
- (3) Afetou mais ou menos
- (4) Afetou muito
- (0) Não aconteceu comigo

C_23) No último ano, você teve problemas financeiros mais graves que os normais?

- (1) Aconteceu, mas não afetou
- (2) Afetou pouco
- (3) Afetou mais ou menos

(4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo
C_24) No último ano, você se sentiu muito preocupado(a), ansioso(a), desanimado(a) e tenso(a) em razão da sobrecarga das suas atividades acadêmicas? (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo
C_25) No último ano, você ficou muito só ou se sentiu sem apoio da família e da maioria dos seus amigos? (0) aconteceu, mas não afetou (1) afetou pouco (2) afetou mais ou menos (3) afetou muito (8) não aconteceu comigo
C_26) No último ano, você sofreu algum tipo de discriminação (como pela sua cor, aparência, opiniões, religião, ser pobre/ rico...) por colegas ou professores da faculdade? (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo
C_27) No último ano, você se sentiu pressionado(a) a ter um bom desempenho na faculdade? (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo
C_28) No último ano, você foi agredido(a) verbal ou fisicamente e/ou humilhado por colega(s) da faculdade? (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo
C_29) No último ano, você teve conflito importante com professor(es) da faculdade? (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo
C_30) No último ano, você teve que mudar muito os seus hábitos de vida – como alimentação, atividade física e tempo de sono – pelas várias exigências do seu curso? (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo
C_31) No último ano, você ficou bastante decepcionado(a) com a qualidade do ensino na faculdade. (1) Aconteceu, mas não afetou

- (2) Afetou pouco
- (3) Afetou mais ou menos
- (4) Afetou muito
- (0) Não aconteceu comigo

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

C_32) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_33) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_34) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_35) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_36) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_37) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_38) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_39) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_40) Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C_41) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- (0) Nenhuma dificuldade
- (1) Pouca dificuldade
- (2) Muita dificuldade
- (3) Extrema dificuldade

C_42) Você possui um ou mais familiar próximo (ex: pais, avós, tios ou irmãos) que já foi diagnosticado com depressão?

- (0) Não
- (1) Sim

C_43) Você possui diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) diagnosticado por um(a) médico(a) ou psicólogo(a)?

- (0) Não
- (1) Sim

BLOCO SAÚDE FÍSICA

AGORA QUEREMOS SABER UM POUCO MAIS SOBRE SUA SAÚDE FÍSICA

D_01) Você teve chiado no peito no último ano?

- (0) Não
- (1) Sim

D_02) Você tem diagnóstico médico de asma e/ou bronquite e/ou bronquite asmática?

- (0) Não
- (1) Sim

⚠ SE VOCÊ MARCOU NÃO NAS DUAS PERGUNTAS, PULE PARA A PERGUNTA D-08.

⚠ SE VOCÊ MARCOU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS ACIMA, POR FAVOR RESPONDA AS PRÓXIMAS QUESTÕES.

D_03) No último mês, a asma ou bronquite ou chiado prejudicou as suas atividades no local de estudo, trabalho ou em casa?

- (0) Nenhuma vez
- (1) Poucas vezes
- (2) Algumas vezes
- (3) Maioria das vezes
- (4) Todo tempo

D_04) No último mês, como está a sua asma, bronquite ou chiado?

- (1) Totalmente descontrolada
- (2) Pobrememente controlada
- (3) Um pouco controlada
- (4) Bem controlada
- (5) Completamente controlada

D_05) No último mês, quantas vezes você teve falta de ar?

- (5) Nenhuma vez
- (4) Uma ou duas vezes por semana
- (3) Três a seis vezes por semana
- (2) Uma vez ao dia
- (1) Mais que uma vez ao dia

D_06) No último mês, a sua asma ou bronquite ou chiado te acordou à noite ou mais cedo que de costume?

- (5) Nenhuma vez
- (4) Uma ou duas vezes
- (3) Uma vez por semana
- (2) Duas ou três noites por semana
- (1) Quatro ou mais noites por semana

D_07) No último mês, quantas vezes você usou remédio por inalação (ou bombinha) para alívio da asma ou bronquite ou chiado?

- (5) Nenhuma vez
- (4) Uma vez por semana ou menos
- (3) Poucas vezes na semana
- (2) Uma ou duas vezes por dia
- (1) Três ou mais vezes por dia

AGORA VAMOS FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE OCULAR:

D_08) Você usa algum tipo de lente/óculos para enxergar melhor?

- (0) Não → pule para a pergunta D_10
- (1) Sim, óculos
- (2) Sim, lente de contato
- (3) Sim, ambos

D_09) SE VOCÊ USA ÓCULOS E/OU LENTES: Usando seus óculos ou lentes de contato, você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?

- (0) Não → pule para questão D-11
- (1) Sim, de perto → pule para questão D-11
- (2) Sim, de longe → pule para questão D-11
- (3) Sim, ambos → pule para questão D-11

D_10) SE VOCÊ NÃO USA ÓCULOS E/OU LENTES: Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?

- (0) Não
- (1) Sim, de perto
- (2) Sim, de longe
- (3) Sim, ambos

BLOCO SAÚDE BUCAL

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS NO DENTISTA E SAÚDE BUCAL

D-11) Você já foi ao dentista alguma vez na vida?

- (0) Não → pula para a pergunta D_19
- (1) Sim

D-12) Há quantos meses você realizou a sua última consulta com o dentista? ___ meses

D-13.14) Onde foi o último atendimento?

- (1) Posto de saúde
- (2) Consultório Particular/Convênio
- (3) Faculdade de Odontologia
- (4) Centro de Especialidades Odontológicas
- (5) Programa de Assistência à Saúde do Servidor e do Aluno (Proasa)

- (6) Outro. Onde? _____
 (9) Não sei

D-15.16) Qual foi o principal motivo da última consulta?

- (1) Fazer Revisão/checkup/rotina
 (2) Estava com dor
 (3) Resolver um problema nos dentes ou gengiva
 (4) Realizar algum procedimento estético
 (5) Outro. Qual? _____
 (9) Não Sei

D_17) No último ano, você buscou atendimento com dentista?

- (0) Não → pule para a pergunta D_19
 (1) Sim

D_18) Você conseguiu ser atendido pelo dentista?

- (0) Não
 (1) Sim

D_19) Quais das afirmações abaixo descreve o seu acesso aos cuidados odontológicos?

- (0) Eu nunca vou ao dentista
 (1) Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa arrumada
 (2) Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema
 (3) Eu vou ao dentista regularmente

D_20) Como você descreveria a saúde de seus dentes e sua boca?

- (1) Excelente
 (2) Muito boa
 (3) Boa
 (4) Razoável
 (5) Ruim

D_21) Nos últimos 6 meses, você teve dor de dente?

- (0) Não
 (1) Sim
 (9) Não sei

D_22) Nos últimos 6 meses, você faltou alguma aula por motivos odontológicos?

- (0) Não
 (1) Sim

D_23) Temos um máximo de 16 dentes naturais na parte superior da boca, contando os dentes sisos. Quantos dentes naturais você tem na parte superior da sua boca?

(16) (15) (14) (13) (12) (11) (10) (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0)

D_24) Temos um máximo de 16 dentes naturais na parte inferior da boca, contando os dentes sisos. Quantos dentes naturais você tem na parte inferior da sua boca?

(16) (15) (14) (13) (12) (11) (10) (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0)

BLOCO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**D_25) Nos últimos 3 meses, você deixou de realizar alguma(s) atividade(s) habitual por algum motivo de saúde?**

- (0) Não → pule para a pergunta D_27
 (1) Sim
 (9) Não sei → pule para a pergunta D_27

D_26) Se teve mais de um motivo, qual o motivo principal de você ter deixado de realizar suas atividades habituais?

- (1) Resfriado / gripe
 (2) Diarreia / vômitos / náusea / gastrite
 (3) Dor nas costas / pescoço / nuca
 (4) Dor nos braços / mãos / artrite ou reumatismo / doença osteomuscular relacionada ao trabalho

- (5) Lesão provocada por acidente / agressão / violência
- (6) Dor de cabeça / enxaqueca
- (7) Problemas de pele
- (8) Problema de saúde mental
- (10) Asma / bronquite / pneumonia
- (11) Problemas menstruais / de gravidez / parto
- (12) Problema odontológico
- (13) Pressão alta ou outra doença do coração
- (14) Diabetes
- (15) Acidente vascular cerebral ou derrame
- (16) Câncer
- (17) Outra doença
- (18) Outro problema de saúde
- (99) Não sei

SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO OS ESTABELECIMENTOS ONDE SÃO PRESTADOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE E TAMBÉM ONDE SÃO REALIZADOS EXAMES E TRATAMENTOS, COMO POR EXEMPLO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, CONSULTÓRIOS, LABORATÓRIOS, CLÍNICAS DE IMAGEM, ENTRE OUTROS.

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O SEU ACESSO A ESTES SERVIÇOS

D_27) Nos últimos 3 meses, você procurou algum serviço de saúde em Pelotas ou em outra cidade?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) Não sei

D_28) Nos últimos 12 meses, você foi atendido em algum serviço de saúde em Pelotas ou em outra cidade?

- (0) Não → pule para a pergunta D_34
- (1) Sim
- (9) Não sei → pule para a pergunta D_34

D_29) Com quantos serviços de saúde você teve contato nestes últimos 12 meses? __ __ serviços

D_30) Em que tipo de serviço de saúde você foi atendido pela última vez nestes 12 meses?

- (1) Unidade básica de saúde da UFPel (Campus Capão do Leão)
- (2) Outra unidade básica de saúde
- (3) Pronto Socorro Municipal
- (4) Outro Pronto-Atendimento - UPA
- (5) Ambulatório
- (6) Consultório médico – PROASA
- (7) Outro consultório médico
- (8) Consultório odontológico – PROASA
- (9) Outro consultório odontológico
- (10) Consultório psicológico – PROASA
- (11) Outro consultório psicológico
- (12) Consultório de outros profissionais de saúde
- (13) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
- (14) Hospital (internação)
- (15) Laboratório (exames de sangue, urina, fezes,...)
- (16) Clínica de imagem (raio-X, tomografia, ressonância...)
- (17) Serviços de radioterapia ou quimioterapia
- (99) Não sei

D_31) O atendimento, neste último serviço de saúde, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS?

- (1) Particular
- (2) Por algum convênio
- (3) Por algum convênio, com pagamento extra
- (4) SUS
- (5) SUS, com pagamento extra
- (9) Não sei

D_32) Por qual motivo você utilizou este último serviço de saúde?

- (1) Para investigar um problema de saúde (primeira consulta)
- (2) Para acompanhar um problema de saúde já diagnosticado (retorno)
- (3) Para tratar um trauma físico
- (4) Fazer uma revisão (check-up)
- (5) Tomar medicações (inalações)
- (6) Tomar vacina
- (7) Fazer curativo / retirar pontos / retirar dreno
- (8) Realizar fisioterapia
- (10) Pegar remédios
- (11) Pedir/pegar/levar exames
- (12) Pedir receita ou atestado
- (13) Consulta de pré-natal
- (14) Fazer exames preventivos
- (15) Atendimento de saúde bucal
- (16) Submeter-se à cirurgia
- (17) Atendimento com nutricionista
- (18) Acompanhamento psicológico
- (99) Não sei

D_33) Em que mês e ano foi este último atendimento?

- (1) Nov/16
- (2) Dez/16
- (3) Jan/17
- (4) Fev/17
- (5) Mar/17
- (6) Abr/17
- (7) Mai/17
- (8) Jun/17
- (10) Jul/17
- (11) Ago/17
- (12) Set/17
- (13) Out/17
- (14) Nov/17
- (15) Dez/17
- (99) Não sei

Alguma vez na vida, você já se sentiu discriminado(a), ou tratado(a) pior do que as outras pessoas, no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos:

D_34) Falta de dinheiro (0)Não (1) Sim

D_35) Classe social (0)Não (1) Sim

D_36) Raça/cor (0)Não (1) Sim

D_37) Tipo de ocupação (0)Não (1) Sim

D_38) Tipo de doença (0)Não (1) Sim

D_39) Orientação sexual (0)Não (1) Sim

D_40) Religião/crença	(0)Não (1) Sim
D_41) Sexo	(0)Não (1) Sim
D_42) Idade	(0)Não (1) Sim
D_43.44) Outro	(0)Não (1) Sim
SE OUTRO: Qual? _____	
SE VOCÊ NUNCA SENTIU DISCRIMINAÇÃO, PULE PARA A PERGUNTA D-56	
Qual profissional fez você se sentir discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde?	
D_45) Recepcionista ou administrador	(0) Não (1) Sim
D_46) Segurança do serviço	(0)Não (1) Sim
D_47) Técnico de enfermagem	(0)Não (1) Sim
D_48) Enfermeiro	(0) Não (1) Sim
D_49) Médico	(0)Não (1) Sim
D_50) Dentista	(0) Não (1) Sim
D_51.52) Outro profissional da saúde. Qual? _____	
D_53) Você percebeu a discriminação aqui na cidade de Pelotas?	
(0) Não	
(1) Sim	
D_54) O serviço de saúde que você foi discriminado(a) era do SUS, plano de saúde ou particular?	
(1) SUS	
(2) Plano de Saúde	
(3) Particular	
D_55) Você já deixou de procurar algum serviço de saúde por algum motivo relacionado à discriminação?	
(0) Não	
(1) Sim	
D_56) Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico, mesmo serviço quando precisa de um atendimento de saúde?	
(0) Não	
(1) Sim	
BLOCO COMPORTAMENTO SEXUAL	
NESTA PARTE DO QUESTIONÁRIO VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA ATIVIDADE SEXUAL. LEMBRAMOS QUE TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS SÃO ANÔNIMAS, CONFIDENCIAIS E PROTEGIDAS POR SIGILO ABSOLUTO. POR FAVOR, RESPONDA DE FORMA SINCERA, POIS SUAS RESPOSTAS IRÃO AUXILIAR NA COMPREENSÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL DE JOVENS ADULTOS E PODERÃO EMBASAR FUTURAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA.	
E_01) Você já teve relações sexuais (considerar como relações sexuais a prática de sexo vaginal, anal ou oral)?	
(0) Não → pule para a pergunta E_12	
(1) Sim	
E_02) Quantos anos você tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez? __ __ (anos completos)	
E_03) Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relações sexuais (informe o número de pessoas; responda zero caso não tenha tido relação sexual nos últimos 3 meses? __ __ pessoas.	
E_04) Na última vez que você teve uma relação sexual, você ou o(a) seu(sua) parceiro(a) utilizaram camisinha (masculina ou feminina)?	
(0) Não	
(1) Sim	
E_05) Você consumiu algum tipo de bebida alcoólica ou droga antes ou durante a sua última relação sexual?	
(0) Não	
(1) Sim, bebidas alcoólicas e drogas	
(2) Sim, somente bebidas alcoólicas	
(3) Sim, somente drogas	

E_06) Na última vez que você teve uma relação sexual, houve prática de sexo anal?

- (0) Não
- (1) Sim

E_07) Na última vez que você teve uma relação sexual, você ou seu parceiro(a) utilizou algum método para prevenir gravidez, fora a camisinha? (se utilizou mais de um, responda qual o principal)

- (1) Nenhum método foi utilizado
- (2) Pílula anticoncepcional
- (3) Dispositivo intrauterino (DIU)
- (4) Anticoncepcional injetável
- (5) Pílula do dia seguinte
- (6) Tabela
- (7) Coito interrompido
- (8) Outro
- (9) Não sei

E_08) Alguma vez na vida, você já teve diagnóstico médico de doença sexualmente transmissível (DST). Se sim, qual? (caso houve mais de uma, relatar a que ocorreu mais recentemente)

- (0) Não
- (1) Sífilis
- (2) Tricomoníase
- (3) Clamídia
- (4) Gonorreia
- (5) HIV/AIDS
- (6) HPV (Papiloma vírus)
- (7) Herpes genital
- (8) Outra

E_09) Alguma vez na vida, você já realizou teste para HIV/AIDS (teste de laboratório ou teste rápido)?

- (0) Não → pule para a pergunta E_11
- (1) Sim

E_10) Caso já tenha feito teste de HIV, qual o principal motivo para a realização do exame?

- (1) Relação sexual desprotegida
- (2) Solicitação do meu parceiro(a)
- (3) Motivado por campanhas governamentais
- (4) Doação de sangue
- (5) Pré-natal
- (6) Solicitação médica
- (7) Exposição ocupacional
- (8) Outro

E_11) Nos últimos 3 meses, você fez uso de aplicativos de celular (exemplo: Tinder, Happn, Grindr, Hornet, entre outros) com o objetivo de ter relações sexuais?

- (0) Não
- (1) Sim

A SEGUIR SERÃO FEITAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE PODEM VIR A ACONTECER ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS. POR EXEMPLO, CONTROLAR O QUE O OUTRO FAZ, XINGAR, FORÇAR OU SER FORÇADO A FAZER ALGO, MACHUCAR FISICAMENTE. ENTENDE-SE COMO PARCEIROS ÍNTIMOS NAMORADOS(AS), ESPOSOS(AS), NOIVOS(AS), “FICANTES”, “CASOS”.

Nos últimos 12 meses (de dezembro até este mês), o(a) seu(sua) parceiro(a) (ou algum dos seus parceiros):

E_12) Xingou, gritou ou humilhou você?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) Não teve parceiro(a) nos últimos 12 meses

E_13) Controlou suas redes sociais (como exigir senhas, fiscalizar com quem você conversa ou adiciona)?

- (0) Não
- (1) Sim

(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_14) Privou você de fazer algo que você gostava ou gostaria de fazer? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_15) Olhou diferente ou quebrou coisas para deixar você com medo ou intimidado(a)? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_16) Empurrou, arranhou, beliscou você ou puxou seu cabelo? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_17) Quebrou ou atirou objetos na intenção de machucar você? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_18) Deu um soco, chutou ou bateu em você? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_19) Causou algum corte, hematoma ou fratura em você? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_20) Forçou você a fazer alguma prática sexual na qual você não se sentia confortável ou quando estava sob efeito de álcool ou outras drogas? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
E_21) Impôs a você uma transa usando força física? (0) Não (1) Sim (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
BLOCO ASPECTOS COMPORTAMENTAIS
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE SEUS COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO TRÂNSITO.
E_22) Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco da frente? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) A maioria das vezes (5) Sempre
E_23) Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco de trás? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) A maioria das vezes (5) Sempre
E_24) Quando você andou de moto nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

- (1) Nunca usei um capacete
- (2) Raramente usei um capacete
- (3) Às vezes usei capacete
- (4) A maioria das vezes usei capacete
- (5) Sempre usei capacete
- (6) Eu não andei de moto nos últimos 12 meses

E_25) Quando você andou de bicicleta nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

- (1) Nunca usei um capacete
- (2) Raramente usei um capacete
- (3) Às vezes usei capacete
- (4) A maioria das vezes usei capacete
- (5) Sempre usei capacete
- (6) Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses

E_26) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou em outro veículo no qual o motorista (você ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica?

- (0) Nenhuma vez
- (1) 1 vez
- (2) 2 ou 3 vezes
- (3) 4 ou 5 vezes
- (4) 6 ou mais vezes

E_27) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você escreveu mensagens ou enviou e-mails enquanto dirigia um carro ou outro veículo?

- (0) Nenhum dia
- (1) 1 ou 2 dias
- (2) 3 a 5 dias
- (3) 6 a 9 dias
- (4) 10 a 19 dias
- (5) 20 a 29 dias
- (6) Todos os 30 dias
- (7) Eu não dirigi um carro ou outro veículo nos últimos 30 dias

E_28) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você falou no telefone enquanto dirigia um carro ou outro veículo?

- (0) Nenhum dia
- (1) 1 ou 2 dias
- (2) 3 a 5 dias
- (3) 6 a 9 dias
- (4) 10 a 19 dias
- (5) 20 a 29 dias
- (6) Todos os 30 dias
- (7) Eu não dirigi um carro ou outro veículo nos últimos 30 dias

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SERÃO SOBRE BRIGAS E OUTROS COMPORTAMENTOS

E_29) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você bateu em outras pessoas com a intenção de machucá-las? (NÃO inclua irmãos, irmãs nem brincadeiras de luta e chutes em jogos)

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (0) nenhuma vez

E_30) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você roubou dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando?

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (0) nenhuma vez → pula para a pergunta E_32

E_31) Neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, você fez ameaças ou usou força e violência contra outra pessoa?

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (0) nenhuma vez

E_32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você carregou uma faca ou outra arma para se proteger ou brigar?

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (0) nenhuma vez

E_33.34) Nos últimos 12 meses, você usou arma contra outra pessoa?

- (0) Não
- (1) Sim. Qual(is) arma(s)? _____

BLOCO USO DE SUBSTÂNCIAS

NESTA SESSÃO PERGUNTAREMOS SOBRE O USO DE DROGAS. É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ SEJA SINCERO(A). LEMBRE-SE QUE AS INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS AQUI SERÃO TRATADAS COM SIGILO.

Na sua vida, você alguma vez já usou alguma das substâncias abaixo?

E_35) Cocaína:

- (0) Não → pule para a pergunta E_37
- (1) Sim

E_36) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?

- (0) Não
- (1) Sim

E_37) Solventes e inalantes (loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança perfume):

- (0) Não → pule para a pergunta E_39
- (1) Sim

E_38) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?

- (0) Não
- (1) Sim

E_39) Ecstasy (bala, MDMA):

- (0) Não → pule para a pergunta E_41
- (1) Sim

E_40) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?

- (0) Não
- (1) Sim

E_41) Alucinógenos (doce, ácido, LSD, chá de cogumelo ou lírio):

(0) Não → pule para a pergunta E_43 (1) Sim
E_42) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias? (0) Não (1) Sim
E_43) Maconha: (0) Não → pule para a pergunta E_45 (1) Sim
E_44) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias? (0) Não (1) Sim
⚠ SE VOCÊ RESPONDEU SIM PARA QUALQUER DROGA:
E_45) Com que idade você experimentou pela primeira vez? ___ anos completos
BLOCO MEDICAMENTOS
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE ALGUNS MEDICAMENTOS
Você já usou <i>alguma vez na vida</i> algum(ns) desse(s) medicamentos para aumentar a concentração, obter melhor desempenho em provas ou melhorar sua capacidade de estudo?
F_01) Metilfenidato (Ritalina[®], Ritalina LA[®], Concerta[®]) (0) Não (1) Sim
F_02) Modafinil (Stavigile[®]) (0) Não (1) Sim
F_03) Piracetam (Nootropil[®], Nootron[®]) (0) Não (1) Sim
Se você marcou “Não” para todos os medicamentos acima, pule para a pergunta F_15
Considerando a última vez que você usou este(s) medicamento(s), qual(is) foi (foram) o(s) motivo(s) do uso?
F_04) Para me manter acordado(a) por mais tempo (0) Não (1) Sim
F_05) Para melhorar a minha memória (0) Não (1) Sim
F_06) Para aumentar a minha concentração (0) Não (1) Sim
F_07) Para aumentar a minha capacidade de aprender (0) Não (1) Sim
F_08) Outro motivo (0) Não (1) Sim
F_09) Considerando a última vez que você usou este(s) medicamento(s), como você o(s) obteve? (1) Com um(a) amigo(a) (2) Com um familiar (3) Pela internet sem receita (4) Com um(a) médico(a) (5) Comprei em outro país sem receita (6) Outro meio
F_10) Considerando a última vez que você usou algum(ns) deste(s) medicamento(s) com quem você estava morando? (1) Sozinho (2) Com pais/familiares (3) Com amigos ou colegas (4) Cônjuge/companheiro/ namorado(a) (5) Não lembro
F_11) Você conseguiu atingir seu objetivo ao usar esse(s) medicamento(s)? (0) Não (1) Sim (2) Em parte (9) Não sei
Você usou <i>nos últimos 12 meses</i> algum(ns) desse(s) medicamentos para e aumentar a concentração, obter melhor desempenho em provas ou melhorar sua capacidade de estudo?
F_12) Metilfenidato (Ritalina[®], Ritalina LA[®], Concerta[®]) (0) Não (1) Sim
F_13) Modafinil (Stavigile[®]) (0) Não (1) Sim
F_14) Piracetam (Nootropil[®], Nootron[®]) (0) Não (1) Sim
⚠ SE VOCÊ MARCOU “SIM” PARA ALGUM MEDICAMENTO NAS PERGUNTAS ACIMA (F_12, F_13 OU F_14) OU NAS PERGUNTAS F_01, F_02 OU F_03, PULE PARA A PERGUNTA F_20.

F_15) Você já teve vontade de usar algum desses medicamentos?	
(0) Não → pule para a pergunta F_20	
(1) Sim	
Se você já teve vontade de usar, por que não usou?	
F_16) Não acho ético	(0) Não (1) Sim
F_17) Não consegui o medicamento	(0) Não (1) Sim
F_18) Tenho medo dos efeitos colaterais	(0) Não (1) Sim
F_19) Outro motivo	(0) Não (1) Sim
BLOCO AGRESSÃO	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE VIOLÊNCIA, AGRESSÃO OU AMEAÇA COMETIDA CONTRA VOCÊ POR PESSOA DESCONHECIDA	
F_20) Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma violência ou agressão de pessoa <i>desconhecida</i> (como bandido, policial, assaltante, etc.)?	
(0) Não → finalize o questionário	
(1) Sim	
F_21) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu violência de pessoa <i>desconhecida</i>?	
(1) Uma vez	
(2) Duas vezes	
(3) De três a seis vezes	
(4) De sete a menos de 12 vezes	
(5) Pelo menos uma vez por mês	
(6) Pelo menos uma vez por semana	
(7) Quase diariamente	
F_22) Pensando na violência mais grave que você sofreu de pessoa <i>desconhecida</i> nos últimos 12 meses, como você foi ameaçado(a) ou ferido(a)?	
(1) Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	
(2) Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)	
(3) Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)	
(4) Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)	
(5) Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões	
(6) Outro	
F_23) Pensando na violência mais grave que você sofreu de pessoa <i>desconhecida</i> nos últimos 12 meses, onde ocorreu esta violência?	
(1) Residência	
(2) Trabalho	
(3) Escola/faculdade ou similar	
(4) Bar ou similar	
(5) Via pública	
(6) Banco/Caixa Eletrônico/Lotérica	
(7) Outro	
F_24) Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:	
(1) Bandido, ladrão ou assaltante	
(2) Agente legal público (policial/agente da lei)	
(3) Profissional de segurança privada	
(4) Gangue/grupo organizado	
(5) Outro	
F_25) Esta ocorrência ocorreu aqui em Pelotas?	
(0) Não	
(1) Sim	
F_26) Por causa dessa violência, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à aula, etc.)?	
(0) Não	
(1) Sim	
F_27) Você teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?	

- (0) Não
- (1) Sim

F_28) Por causa desta violência, você recebeu algum tipo de assistência de saúde?

- (0) Não → finalize o questionário
- (1) Sim

F_29) Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?

- (1) No local da violência
- (2) Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
- (3) Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
- (4) UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
- (5) Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
- (6) Pronto-socorro ou emergência de hospital público
- (7) Hospital público/ambulatório
- (8) Consultório particular ou clínica privada
- (9) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
- (10) Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
- (11) No domicílio, com médico particular
- (12) No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
- (13) Outro

F_30) Você teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?

- (0) Não
- (1) Sim

MUITO OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!

POR FAVOR, ENTREGUE SEU QUESTIONÁRIO PARA UM DOS APLICADORES PRESENTES NA SALA.

POR FAVOR, NÃO PREENCHA ESTA FICHA! ELA SERÁ USADA PELA EQUIPE RESPONSÁVEL SE VOCÊ FOR SORTEADO A REALIZAR O TESTE DE VISÃO.

A1. Entrevistador: _____

A2. AV olho direito: _____

A3. (1) com correção (2) sem correção

A4. Obs.: _____ (8) NSA

A5. AV olho esquerdo: _____

A6. (1) com correção (2) sem correção

A7. Obs.: _____ (8) NSA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



MANUAL DE INSTRUÇÕES

PELOTAS
Novembro de 2017

Sumário

APRESENTAÇÃO	188
DIRETÓRIO DE TELEFONES	188
LISTA DE MESTRANDOS E CONTATOS	189
1. INTRODUÇÃO	189
1.1. ESCALA DE PLANTÕES DOS MESTRANDOS	190
2. ORIENTAÇÕES GERAIS	190
2.1. LEVE SEMPRE COM VOCÊ:	190
2.2. CUIDADOS COM O <i>TABLET</i>	191
2.3. INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDO	191
2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO	191
2.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO	192
2.6. SELEÇÃO DA AMOSTRA PARA O TESTE DE ACUIDADE VISUAL	192
2.7. RECUSAS E PERDAS	192
3. DEFINIÇÕES	193
3.1. ALUNO INGRESSANTE:	193
3.2. CHEFE DE FAMÍLIA:	193
4. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO	193
4.1. MAPEAMENTO DOS CURSOS E NÚMERO DE ALUNOS	193
4.2. CONTATO COM COLEGIADOS DE CURSO E PROFESSORES	193
4.3. APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS:	194
4.3.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	195
4.3.2. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS	195
5. FORMULÁRIOS	197
5.1. FICHA DE CONTROLE DO CAMPO	197
6. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS POR BLOCOS	199
6.1 BLOCO GERAL	199
6.2 BLOCO ALIMENTAÇÃO	209
6.3 BLOCO ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	216
6.4 BLOCO PERCEPÇÃO CORPORAL	218
6.5 BLOCO HÁBITOS DE SONO	220
6.6 BLOCO SAÚDE MENTAL	224
6.7 BLOCO SAÚDE FÍSICA	228
6.8 BLOCO SAÚDE BUCAL	230
6.9 BLOCO RELACIONAMENTOS	236
6.10 BLOCO ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	240
6.11 BLOCO USO DE SUBSTÂNCIAS	243

6.12 BLOCO AGRESSÃO	246
7. MANUAL PARA TESTE DE ACUIDADE VISUAL	250
8. ANEXOS	251
ANEXO 1. CARTÕES DE DOSES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	251
ANEXO 2. TABELA DE SNELLEN	254
ANEXO 3. FIGURAS BLOCO DO SONO	255
ANEXO 4. ESCALA DE SILHUETAS	256

APRESENTAÇÃO

O mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) adotou, desde 1999, o sistema integrado (consórcio) de pesquisa, tendo como coordenador geral do programa o Dr. Bernardo Horta e a coordenação do consórcio 2017/2018 pelas professoras Dra. Helen Gonçalves, Dra. Luciana Tovo Rodrigues e Dra. Elaine Tomasi.

Esse formato de pesquisa contribui com a redução do tempo de trabalho de campo e otimiza os recursos humanos e financeiros. Além disso, visa a compartilhar entre os alunos a experiência em todas as etapas de um estudo epidemiológico resultando nas dissertações dos mestrandos e ainda, retratando a situação de saúde da população em estudo.

Em 2017, a pesquisa conta com a participação de 20 mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE), sob a coordenação dos docentes anteriormente citados. Neste ano, o estudo será realizado entre ingressantes dos cursos de graduação da UFPel, dos quais serão coletadas informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais, bem como sobre temas específicos de cada mestrando.

DIRETÓRIO DE TELEFONES

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas

Centro de Pesquisas Epidemiológicas

Rua Marechal Deodoro, 1160 – 3º piso

Bairro Centro – Pelotas, RS

CEP: 96020-220 – Caixa Postal 464

Tel/Fax: (53) 3284-1300

Contato: Ana Lima - Secretária

LISTA DE MESTRANDOS E CONTATOS

NOME	TELEFONE	E-MAIL
Betina Flesch	(51)98156.0507	betinaflesch@gmail.com
Bianca Cata Preta	(53)99134.6992	bianca.catapreta@gmail.com
Bruno Konsgen	(53)98415.9668	bruniorio91@yahoo.com.br
Caroline Carone	(53)99707.1628	carolinemcarone@yahoo.com.br
Débora Gräf	(51)99986.6762	dalmasgraf@gmail.com
Deisi Rodrigues	(53)99113.1147	deisirodrigues@hotmail.com
Fabiane Höfs	(53)98137.7550	fabi.hofs14@gmail.com
Fernanda Prieto	(53)98457.8182	fernandabarros.fisio@gmail.com
Fernando Guimarães	(53)99957.0557	guimaraes_fs@outlook.com
Inaê Dutra	(53)98138.4733	inadutra@hotmail.com
Juliana Meroni	(53)99710.0228	julianameroni@gmail.com
Karoline Barros	(53)98108.3039	karol-sb@hotmail.com
Mariana Echeverria	(53)98109.2694	mari_echeverria@hotmail.com
Mathias Houvessou	(48)99819.6845	gbemathg@gmail.com
Patrice Tavares	(53)98131.0100	patricetavares@hotmail.com
Pedro Crespo	(53)98115.5488	pedroacrespo@hotmail.com
Priscila Lautenschläger	(53)99119.0929	prilautenschlager@gmail.com
Sarah Karam	(53)99951.1843	sarahkaram_7@hotmail.com
Thielen da Costa	(53)984642979	thielenborba@hotmail.com
Vânia Oliveira	(51)99884.6671	vania_svp@hotmail.com

1.

INTRODUÇÃO

Este Manual de Instruções foi elaborado com o objetivo de antecipar e esclarecer possíveis dúvidas e problemas que possam vir a surgir durante o trabalho de campo e toda a coleta de dados do Consórcio 2017/2018.

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

Caso alguma questão não seja solucionada com a consulta a este documento, pergunte aos mestrandos que estão no plantão. Mas antes disso, anote a pergunta e a resposta dada. NUNCA confie na sua memória.

1.1. ESCALA DE PLANTÕES DOS MESTRANDOS

A sala do consórcio (sala 332 do Centro de Pesquisas Epidemiológicas) funciona de segunda a sexta-feira das 8hs às 12hs e das 14hs às 18hs, com um plantão permanente, caso você precise de mais material ou tenha qualquer problema ou dúvida durante o trabalho de campo.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

Durante todo o trabalho de campo o ponto de encontro será o Centro de Pesquisas Epidemiológicas, de onde partirá e para onde retornará o transporte (carros particulares ou da UFPel, nos casos agendados) nos horários combinados.

Nesta pesquisa, os questionários serão preenchidos em *tablets* pelos próprios participantes (auto-aplicado), dispensando o uso de papel e de entrevistadores; porém, questionários impressos sempre devem ser levados para o trabalho de campo, para possíveis emergências.

Os mestrandos de plantão serão responsáveis por separar, conferir e organizar os materiais. TODOS os problemas e dúvidas que surgirem devem ser informados. Essa postura evitará prejuízos ao estudo e facilitará o trabalho de toda a equipe envolvida.

2.1. LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- Camiseta da pesquisa e carteira de identidade;
- Crachá de identificação;
- Planilha da sala de aula;
- Carta de apresentação do consórcio;
- Termos de consentimento;
- Manual de instruções;
- *Tablets* (com bateria carregada, case e carregador);
- Questionários impressos;
- Figuras do questionário sobre consumo de álcool, bloco do sono e imagem corporal;
- Diário de campo.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

2.2. CUIDADOS COM O TABLET

Você está recebendo *tablets* para realizar as aplicações. A partir de agora, ele está sob sua responsabilidade. Por isso é necessário seguir rigorosamente as seguintes precauções a fim de garantir sua segurança e o bom andamento dos trabalhos:

- ✓ Sempre ande com o *tablet* dentro do case e dentro da sua mochila. Retire-o somente dentro das instalações da Universidade para evitar chamar atenção na rua e colocar sua segurança em risco.
- ✓ O *tablet* deve ser manuseado pelos mestrandos responsáveis e pelos participantes da pesquisa. Não permita, em hipótese alguma, que pessoas não autorizadas utilizem o *tablet*. Qualquer dúvida ou problema com o equipamento deve ser encaminhado ao seu supervisor de campo.
- ✓ O uso do *tablet* é de fim único e exclusivo para a aplicação do questionário, portanto, não devem ser usadas outras funções do equipamento com finalidades não relacionadas ao estudo. Tal uso será checado periodicamente.
- ✓ Para guardar, deixe o *tablet* dentro do case.
- ✓ Em caso de roubo ou furto do equipamento comunique imediatamente o plantão dos mestrandos, procure a delegacia mais próxima e registre um Boletim de Ocorrência. Caso contrário, você será cobrado.

2.3. INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDO

O Consórcio de mestrado do PPGE 2017-1018 será composto por 21 estudos sobre a saúde dos acadêmicos ingressantes nos cursos de graduação da UFPel. O estudo compreende a realização de entrevistas autoaplicadas para coleta de dados sobre características demográficas e socioeconômicas, alimentação, atividade física e comportamento sedentário, percepção corporal, hábitos de sono, saúde mental, saúde física (asma e saúde ocular), saúde bucal, acesso e utilização de serviços de saúde, relacionamentos, aspectos comportamentais e uso de substâncias.

O Consórcio de Pesquisa 2017/2018 será realizado sob a forma de censo, ou seja, deverá ser aplicado a todos os indivíduos que satisfizerem os critérios de inclusão e exclusão.

2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo todos os alunos com ingresso na UFPel em 2017/1 que estejam cursando o segundo semestre letivo de seu curso, com 18 anos de idade ou mais.

OBSERVAÇÃO: indivíduos menores de 18 com emancipação comprovada podem participar da pesquisa, desde que apresentem documento comprobatório.

2.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Deficiência física (incluindo cegueira) **não** é critério de exclusão para o estudo, porém, deve-se informar que a pesquisa é sigilosa devido aos conteúdos abordados. Se ainda assim, na presença de alguma deficiência que impossibilite a leitura e/ou o preenchimento do questionário, o indivíduo quiser participar e for capaz e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário deverá ser aplicado verbalmente por um mestrando em lugar reservado.

Maiores de 40 anos serão excluídos do teste de visão, a ser realizado após o preenchimento do questionário. Importante salientar que estes responderão normalmente o questionário, porém não são elegíveis para o teste de visão.

2.6. SELEÇÃO DA AMOSTRA PARA O TESTE DE ACUIDADE VISUAL

Será realizado no consórcio de pesquisa um estudo de validação sobre dificuldade visual e, para isto, será realizado um teste de visão em alguns dos participantes, como se segue:

- A seleção para o teste de visão iniciará juntamente com o início da pesquisa.
- Para cada turma agendada, pelo menos um entrevistador previamente treinado para a aplicação do teste acompanhará a equipe de mestrandos para a realização do teste.
- A seleção será aleatória e sistemática da seguinte forma:
 - O primeiro participante que finalizar o questionário será encaminhado ao teste, seguido pelo pulo de um. Ou seja, o primeiro é selecionado para o teste, o próximo indivíduo que terminar de responder as perguntas é liberado, o terceiro é encaminhado para o teste e assim sucessivamente, até acabarem os alunos daquela turma.
- O local a ser fixada a tabela para o teste será previamente determinado pela autora do respectivo estudo.

2.7. RECUSAS E PERDAS

RECUSA: ocorre quando o indivíduo não aceita participar da pesquisa.

- Em caso de recusa, anotar na ficha de controle de campo: RECUSA. Passe a informação para os supervisores. Porém, NÃO desista de revertê-la antes de questionar o motivo pelo qual houve e tentar sanar alguma dúvida que possa ter levado à recusa.
- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder a um questionário pode ser cansativo, mas insista em

esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educado e não perca a paciência com o participante.

LEMBRE-SE: muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento. Possivelmente, em outro dia, a pessoa poderá responder ao questionário.

- Na primeira recusa tente preencher, pelo menos, os dados de identificação (idade, cor da pele, sexo e situação conjugal) com o próprio indivíduo.

PERDA: ocorre quando o indivíduo não é encontrado após três ou mais tentativas em dias e horários diferentes.

IMPORTANTE → Sempre que uma recusa acontecer, anote na planilha de campo o motivo (mesmo que diferentes recusas em diferentes ocasiões pelo(a) mesmo(a) entrevistado(a)).

3. DEFINIÇÕES

3.1. ALUNO INGRESSANTE:

Para o atual estudo, serão considerados alunos ingressantes de 2017/1 aqueles que iniciaram algum curso superior da Universidade Federal de Pelotas no primeiro semestre letivo do ano de 2017, independente da forma de ingresso (exemplos: ENEM, PAVE, transferência).

3.2. CHEFE DE FAMÍLIA:

Aquela pessoa que se auto intitula chefe da família. Se o(a) respondente referir mais de uma pessoa como chefe da família, deve ser considerado aquele(a) de maior renda mensal. Se a dúvida permanecer a pessoa que está realizando o questionário será considerada como o(a) chefe da família

4. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

4.1. MAPEAMENTO DOS CURSOS E NÚMERO DE ALUNOS

O mapeamento dos cursos e número de alunos foi realizado pela comissão de logística do Consórcio 2017/2018 através da pesquisa nos endereços eletrônicos da Universidade Federal de Pelotas e de cada curso. A listagem dos alunos elegíveis para o estudo foi obtida pela pró-reitoria de Graduação.

4.2. CONTATO COM COLEGIADOS DE CURSO E PROFESSORES

Os contatos com colegiados de curso foram realizados, primeiramente, pelas docentes responsáveis pelo Consórcio e, a seguir, pela comissão de comunicação. A partir deste momento, os professores encarregados das disciplinas com maior número de alunos elegíveis foram contatados para autorização do trabalho de campo em horário de aula. Planilhas com os horários, locais, número de alunos e mestrandos responsáveis pela aplicação serão constantemente atualizadas e devem ser rigorosamente seguidas.

4.3. APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS:

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e aplicar os questionários. Elas são importantíssimas, são o código de conduta do aplicador. Informações específicas são apresentadas mais adiante.

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao entrar nos prédios da universidade. Não masque chicletes nem coma durante a aplicação do questionário.

Use sempre seu crachá de identificação e camiseta do consórcio. Se necessário mostre sua carta de apresentação. Lembre à pessoa, que ela tem o telefone do Centro de Pesquisa na carta que lhe foi entregue. Forneça novamente se esta lhe solicitar ou não souber onde colocou a carta.

- **Seja pontual nas entrevistas agendadas, chegue sempre 15min antes do horário marcado com o professor/turma.**
- Não saia a campo sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. É muito importante causar uma boa impressão.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com os respondentes, tratando-os com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate os alunos por “você” ou “tu”, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.
- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das perguntas, respostas ou comentários dos alunos.** Lembre-se que o propósito da aplicação é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do aplicador deve ser sempre **neutra** em relação aos questionamentos dos alunos.
- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar e o manual de instruções, estando familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só o respondente que tem direito de hesitar.

- Nunca influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao aluno para que reflita e encontre a resposta para as suas perguntas.
- **Mantenha a mão, o seu Manual de Instruções** e não sinta vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

4.3.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Antes de responder o questionário, o(a) aluno(a) deve preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) correspondente. Você deve proceder da seguinte forma:

- **Antes de iniciar o questionário**, explique que para a participação na pesquisa, é necessária a assinatura do TCLE, que é um documento que contém esclarecimentos sobre o estudo e formaliza o aceite do(a) aluno(a) em participar;
- Leia para todos os alunos o TCLE, faça a leitura de forma clara, pausadamente e com tom de voz adequado;
- Terminada a leitura, pergunte aos alunos se eles ficaram com alguma dúvida sobre o estudo, e esclareça-as.
- Leia e explique, também, o TCLE para teste de visão, o qual será realizado por somente uma amostra aleatória de indivíduos e que deve ser assinada somente por aqueles que forem encaminhados ao teste (a ser realizado logo após o término do questionário);
- Uma vez que o(a) aluno(a) se sinta totalmente esclarecido e aceite o TCLE, duas vias deverão ser assinadas: uma fica com a equipe de mestrandos (que será arquivada no Centro de Pesquisas Epidemiológicas), e outra com o(a) aluno(a);

IMPORTANTE: Apenas inicie a entrevista após obter a assinatura no TCLE. Depois de preenchido, coloque a via assinada do TCLE no fundo do envelope de onde foi tirado.

4.3.2. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS

- Os questionários serão AUTO-APLICÁVEIS em *tablets* e absolutamente SIGILOSOS.
- Os *tablets* serão entregues aos participantes através da lista de chamada com os indivíduos elegíveis para o estudo.
- Nos casos de turmas com mais alunos que o número de *tablets* a disposição, serão fornecidos adicionalmente, os questionários em papel para que todos os elegíveis possam responder ao questionário no mesmo momento.

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas, usando sempre caneta cor azul ou preta
- Quando solicitado a prestar alguma informação sobre o questionário, posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando olhar o questionário e dando preferência por apenas ouvir a dúvida para responde-la. Conferir a pergunta sobre a qual o respondente tem dúvida olhando neste manual.
- Quando utilizados questionários em papel, estes devem ser preenchidos a lápis ou a caneta.
 - Em caso de rasura, orientar que o aluno deixe clara qual a resposta marcada (exemplo: escrever "nulo" ao lado da resposta erroneamente marcada).
 - As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Peça para que os alunos usem, de preferência, letra de forma.
- Nas questões abertas, peça que os alunos não usem abreviações ou siglas, a não ser que o indivíduo desconheça o significado da sigla (exemplo: consultou pelo SUS mas não sabe que este significa Sistema Único de Saúde).
- Lembrar os alunos que prestem muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço.
- Use o diário de campo para escrever tudo o que você acha que seja importante. Na hora de discutir com os colegas e professores responsáveis estas anotações são fundamentais para as decisões.
- Toda a digitação nos campos abertos deverá ser realizada com letras minúsculas, sem a utilização de acentos e sem cedilha.

NÃO SE APLICA (NSA): Essa alternativa é comumente usada quando a pergunta **não pode ser aplicada** para aquele caso. Perguntas sobre atividade física não devem ser feitas para acamados, ou perguntas sobre tabagismo para não-fumantes, por exemplo.

- No *Redcap*, a alternativa "NSA", em geral, não deve aparecer, pois as perguntas "inadequadas" são "puladas" automaticamente.
- No questionário impresso, ao receber a ordem de "pular" para determinada questão, as questões do meio do caminho ficarão EM BRANCO. Casos específicos que fujam a essas regras estão devidamente frisados ao longo do manual, nas instruções de cada questão.

Para aplicação dos questionários pelo tablet, será utilizado o programa **Redcap**.

Para abrir o programa (Redcap):

→Clique uma vez no ícone do navegador "REDcap" (uma letra "R" preto com um boné vermelho em cima) na parte central da tela do *tablet*;

- O login já estará gravado no tablet, insira a senha (963852);
- Clique em "My projects" e depois clique em consórcio universitários;
- Clique "collect data";
- Clique em "My first instrument";
- "Create new record";
- Insira o código de identificação do questionário;
- Ao finalizar cada bloco, clique em "save and go to next instrumet ",
- Nos campos que deverá digitar, instrua os participantes a sempre usarem letras minúsculas, sem acento e sem cedilha.
- Lembre-se, no tablet os pulos ocorrerão de forma automática.

OBSERVAÇÃO: Informações mais detalhadas sobre o uso do programa (REDCap) no tablet, e também o seu manuseio na prática serão fornecidas antes do início do trabalho de campo.

5. FORMULÁRIOS

5.1. FICHA DE CONTROLE DO CAMPO

- ◆ Os mestrandos receberão uma planilha de controle para cada turma a ser abordada além de uma lista com o nome de todos os indivíduos elegíveis para a pesquisa. Na planilha deverá constar o nome dos mestrandos integrantes da equipe aplicadora, a data da entrevista, nome do curso e da disciplina, e horário de início da entrevista, conforme abaixo.

Relatório Trabalho de Campo

Equipe: _____

Data: ____/____/____

Curso: _____

_____/_____

Hora início: ____ h ____ min

Disciplina: _____

Professor: _____

Alunos matriculados(sistema) _____

Alunos presentes _____

Não elegíveis _____

Faltas (número) _____

Recusas: quantos do sexo Fem ____ quantos do sexo Masc ____

Início da aplicação do questionário: _____

Término da aplicação do questionário _____

Nº de questionários aplicados em papel: _____

Nº de questionários aplicados em tablet: _____

OBS.: (registrar tudo o que achar válido, ex.: dúvidas dos alunos, acontecimentos inusitados, problemas, comentários, elogios....)

6. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS POR BLOCOS

6.1 BLOCO GERAL

A-01) Qual a sua idade? __ anos completos

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre documento e idade real, completar com a idade real.

A02) Qual o seu estado civil?**(5) Casado(a) ou em união estável****(6) Solteiro(a)****(7) Separado(a) ou divorciado(a)****(8) Viúvo(a)**

Marcar como “Casado (a)” caso possua casamento civil/religioso/more com o (a) companheiro(a) ou tenha união estável. Caso esteja namorando, marcar a opção “Solteiro”. Marcar como “Separado/Divorciado” caso não more mais com o cônjuge ou parceiro(a). Marcar como “Viúvo” se cônjuge ou parceiro(a) tenha morrido. Esta questão refere-se a seu estado civil atual. Logo, se, por acaso o indivíduo seja viúvo ou separado/divorciado e esteja em um novo casamento ou morando com companheiro(a), assinalar a alternativa “casado (a) ou mora com companheiro (a)”.

A-03) Em que tipo de escola você cursou a maior parte do ensino médio?**(1) Escola pública (2) Escola privada**

Considerar escola pública, toda instituição de ensino que tenha sido custeada com o dinheiro do governo, seja ela municipal, estadual ou federal e oferecida para o indivíduo de forma gratuita. Escola privada, é aquela que não está afiliada ao governo do Estado e cobra um determinado valor para disponibilizar o ensino.

Caso o indivíduo tenha estudado em escola municipal, estadual, federal ou militar, ele deve marcar a opção “Escola Pública”.

A-04) Você segue alguma doutrina/seita religiosa?**(0) Não (1) Sim**

Seguir uma doutrina significa seguir qualquer crença ou hábito que tenha sido ensinada por alguma religião.

A-05) Qual é a sua cor ou raça?**(1) branca (2)preta (3) parda (4) amarela (5) indígena (6) outra**

Cor” refere-se a cor da pele e “raça” refere-se ao grupo étnico pertencente do indivíduo.

A-06) Quais turnos você tem aula na universidade?**(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite**

Estas opções referem-se aos horários que o indivíduo tem aulas. Por exemplo, caso o respondente tenha aulas durante a manhã e tarde, logo ele deverá marcar as opções manhã e tarde nesta questão.

A-07) Qual o curso em que você ingressou em 2017? _____

Esta questão refere-se ao curso de graduação no qual o respondente se matriculou no primeiro semestre de 2017 na UFPel.

A-08) Você continua neste curso?**(0) Não (1) Sim → pule para a pergunta A-10**

Caso o respondente não tenha mudado de curso, marcar a opção “sim” e pular para a pergunta 12, caso o indivíduo não continue no mesmo curso que se matriculou no primeiro semestre de 2017, marcar a opção “não” e responder a próxima questão.

A-09) SE NÃO: Qual o curso que você está fazendo agora? _____

Caso o respondente tenha mudado de curso, escrever por extenso e com letra legível o curso que ele está matriculado atualmente.

A-10) O curso em que você está matriculado(a) é o de sua preferência?

(0) Não (1) Sim → pule para a pergunta A-12

O indivíduo deve marcar sim e pular para a pergunta 15 caso o curso que este está matriculado tenha sido de sua preferência, ou seja, aquele que ele realmente gostaria de fazer. Caso contrário, o respondente deverá marcar a opção “não”.

A-11) SE NÃO na A-10: Qual curso você gostaria de cursar?

Caso o curso que o respondente está matriculado não seja o de sua preferência, escrever por extenso e com letra legível o curso que este gostaria de estar cursando.

A-12) SE SIM na A-10: Qual o principal motivo para você seguir matriculado(a) no curso em que está?

(1) eu ainda não tinha clareza do que queria fazer, mas foi o curso que a pontuação (nota) no ENEM permitiu me matricular

(2) não era o curso que eu queria, mas a nota no ENEM permitiu me matricular nesse. Foi minha segunda opção e pretendo mudar - pedir reopção

(3) não era o curso que eu queria, mas a nota no ENEM permitiu me matricular nesse. Foi minha segunda opção, mas estou gostando e pretendo concluí-lo

(4) quero manter o vínculo com a instituição, cursar e aprender algo até conseguir algo melhor

(5) foi o curso mais próximo daquilo que eu quero ou busco neste momento

(6) Outro motivo

Esta questão se refere ao porquê o indivíduo está cursando a atual graduação. Se várias alternativas se encaixam à realidade do aluno, escolher a opção referente ao PRINCIPAL motivo.

A-13) Qual foi a sua média final de notas durante o semestre passado? (de zero a 10)

Caso o respondente diga que não entendeu a pergunta, diga a ele que considere a média final das disciplinas cursadas no semestre anterior, levando em consideração a média para aprovação de 7.

A-14) Como você considera seu desempenho acadêmico?

(1) Péssimo (2) Muito ruim (3) Razoável (4) Bom (5) Muito bom (6) Excelente

Caso o aluno pergunte COMPARADO COM QUEM? Peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.

Caso o aluno diga que DEPENDE ou ficar em dúvida, diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo, em relação ao seu desempenho acadêmico para com as atividades referentes ao seu curso, por exemplo: Na maior parte do tempo, você considera o seu desempenho acadêmico como?

Caso o aluno diga que possui descrições distintas, dependendo da disciplina, peça para ele considerar de um modo geral, e não por disciplinas específicas.

A-15.16) Em média, quantas horas por dia, fora da universidade, você dedica aos estudos? _____ horas

Caso o respondente diga que não entendeu a pergunta, diga a ele que dentro das 24 horas do dia, quantas horas ele se dedica aos estudos sem estar dentro da sala de aula. Caso ele diga que não sabe exatamente o número de horas, peça para que ele responda aproximadamente.

A-17) Onde você morou antes de entrar no curso em que você está na UFPEL (se morou em mais de um local, responda pensando na maior parte do ano)?

(1) Pelotas → pular para a questão A-19

(2) Outra cidade do estado do RS → pular para a questão A-19

(3) Outro estado do Brasil

(4) Outro país → pular para a questão A-19

Esta questão refere-se ao local onde o respondente morou no ano anterior ao ingresso na universidade.

A-18) SE EM OUTRO ESTADO, Este estado fica em qual região do país?

(1) Sul (2) Sudeste (3) Centro-oeste (4) Norte (5) Nordeste

Região Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

Região Sudeste: Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo; Rio de Janeiro

Região Centro-oeste: Goiás; Mato Grosso; Mato Grosso do Sul; Distrito Federal

Região Norte: Acre; Amapá; Amazonas; Pará; Belém; Rondônia; Roraima; Tocantins

Região Nordeste: Alagoas; Bahia; Ceará; Maranhão; Paraíba; Pernambuco; Piauí; Rio Grande do Norte; Sergipe.

A-19) Atualmente, você mora em...?

- (1) Pensionato ou República**
- (2) Casa do estudante**
- (3) Casa ou apartamento próprio**
- (4) Casa ou apartamento alugado**
- (5) Casa ou apartamento cedido**

Esta questão refere-se ao lugar onde o respondente reside. Por exemplo, caso more com os pais e eles sejam donos da residência marque a opção "Casa ou apartamento próprio". Caso more com amigos e divida o aluguel com eles, marcar a opção "Casa ou apartamento alugado". Caso o respondente more em uma casa que tenha sido cedida por familiares ou outras pessoas, marcar a opção "Casa ou apartamento cedido".

A-20) Se você pode escolher onde morar atualmente, essa escolha teve mais a ver com...?

- (1) Proximidade com o curso e atividades da UFPel**
- (2) Proximidade com os serviços e facilidades urbanas (lazer, saúde, comércio)**
- (3) Custo da moradia**
- (4) Segurança**
- (5) Facilidade de deslocamento e acesso ao transporte**
- (0) Não escolhi**

Esta questão refere-se ao porquê o indivíduo escolheu morar no local onde reside atualmente. Caso mais de uma opção se enquadre nos motivos pelos quais o indivíduo escolheu sua moradia, marcar a opção que considera como ponto mais importante/que teve mais peso na hora da escolha.

A-21) Atualmente, você mora com quem?

- (1) Sozinho(a)**
- (2) Com os seus pais (pai ou mãe e/ou irmãos) e/ou outros familiares (vó, tio...)**
- (3) Outros familiares que não os seus pais**
- (4) Com amigos(as) ou colegas**
- (5) Cônjuge/companheiro(a) / namorado(a) → pular para a pergunta A-23**

Refere-se a com quem o indivíduo divide a residência.

Caso o indivíduo responda que "divide apartamento/casa com conhecidos, mas não colegas e não considerados amigos", mesmo assim marcar (4) Com amigos(as) ou colegas.

A-22) SE NÃO MORA COM CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)/NAMORADO(A): Atualmente, você está ficando ou namorando com alguém?

- (0) Não (1) Sim**

Esta questão refere ao seu status de relacionamento atual.

A-23) Além de você, quantas pessoas moram na casa onde você vive?

- (0) nenhuma**
- (1) uma**
- (2) duas**
- (3) três**
- (4) quatro**
- (5) cinco**
- (6) mais de cinco**

Refere-se ao número de pessoas que dividem a residência com o respondente. Moradores são as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses.

A-24) Qual a escolaridade da sua mãe?

- (10) Analfabeta
- (11) Ensino fundamental incompleto
- (12) Ensino fundamental completo
- (13) Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
- (14) Ensino médio completo (ou curso técnico)
- (15) Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
- (16) Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
- (17) Pós-graduação incompleta
- (18) Pós-graduação completa
- (19) Não sei

Assinalar apenas uma das opções. Em caso de adoção ou outro tipo de criação, assinale a escolaridade de sua mãe adotiva ou de criação.

Considerar o último ano de escolaridade completo, não apenas cursado. Exemplo: se a mãe entrou na faculdade, mas não a concluiu, marcar (5) ensino superior incompleto.

A-25) Qual a escolaridade do seu pai?

- (10) Analfabeto
- (11) Ensino fundamental incompleto
- (12) Ensino fundamental completo
- (13) Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
- (14) Ensino médio completo (ou curso técnico)
- (15) Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
- (16) Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
- (17) Pós-graduação incompleta
- (18) Pós-graduação completa
- (19) Não sei

Assinalar apenas uma das opções. Em caso de adoção ou outro tipo de criação, assinale a escolaridade de seu pai adotivo ou de criação. Em caso de pai desconhecido ou ignorado, marcar a opção “não sei”.

Considerar o último ano de escolaridade completo, não apenas cursado. Exemplo: se o pai entrou na faculdade, mas não a concluiu, marcar (5) ensino superior incompleto.

A-26) Qual a escolaridade do chefe da família (ou da pessoa que ganha mais)?

- (0) Analfabeto
- (1) Ensino fundamental incompleto
- (2) Ensino fundamental completo
- (3) Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
- (4) Ensino médio completo (ou curso técnico)
- (5) Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
- (6) Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
- (7) Pós-graduação incompleta
- (8) Pós-graduação completa
- (9) Não sei

Assinalar apenas uma das opções, referente à escolaridade da pessoa que tem a maior renda (salário) da família. Caso não saiba a escolaridade ou quem tem a maior renda, assinalar a alternativa “Não sei”.

AS PERGUNTAS A SEGUIR, REFEREM-SE SOBRE O QUE O INDIVÍDUO TEM EM CASA. SE ELE NÃO MORAR COM OS PAIS, MAS É SUSTENTADO POR ELES, RESPONDER O QUE TEM NA CASA DOS PAI. CASO SEJA SUSTENTADO POR SEUS PRÓPRIOS RECURSOS, CONSIDERAR OS IRENS DO PRÓPRIO DOMICÍLIO.

Todos os itens de eletroeletrônicos citados abaixo devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

A-27) Quantos carros para uso particular (não usado para trabalho) você(s) tem em casa?

(0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

A-28) Quantas motos para uso particular você(s) tem em casa?

(0) nenhuma (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

A-29) Quantas máquinas de lavar roupa que não seja do tipo tanquinho você(s) tem em casa?

(0) nenhuma (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

A-30) Quantas máquinas de secar roupa (pode ser lava e seca) você(s) tem em casa?

(0) nenhuma (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

A-31) Quantos aparelhos de DVD (sem ser de carro) você(s) tem em casa?

(0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores. Não considere DVD de automóvel.

A-32) Quantos computadores de mesa ou notebook ou laptop/netbook você(s) tem em casa? (desconsiderando tablets, palms ou smartphones)

(0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras, agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

A-33) Quantos fornos micro-ondas você(s) tem em casa?

(0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais

Considerar forno micro-ondas e aparelho com função micro-ondas.

A-34) Quantas máquinas de lavar louça você(s) tem em casa?

(0) nenhuma (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais

Considere a máquina com função de lavar as louças.

A-35) Quantas geladeiras você(s) tem em casa?

(0) nenhuma (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais

Refere-se ao número de geladeiras no domicílio.

A-36) Quantos freezers separados ou geladeiras duplex você(s) tem em casa?

(0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais

Refere-se ao número de freezers ou geladeiras duplex no domicílio.

A-37) Quantas(os) empregadas(os) mensalistas você(s) tem em casa? (considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana)

(0) nenhuma (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

A-38) Quantos banheiros têm na casa?

(0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio.

Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

A-39) A água utilizada na tua casa vem de/da ...?

(1) Rede geral de distribuição, "SANEP" (2) Poço ou nascente (3) Outro meio

Refere-se a procedência da água da residência do respondente.

A-40) A rua em frente a sua casa é pavimentada ou asfaltada?

(0) Não (1) Sim

Considere como pavimentada, a rua que possui algum revestimento (de concreto, paralelepípedo, ...). Asfaltada refere-se a rua que tem revestimento de asfalto. Caso o aluno more em uma rua com chão de areia, marcar opção "não".

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO E BENEFÍCIOS

A-41) No mês passado, você exerceu algum tipo de atividade remunerada vinculada a UFPEL (bolsa de iniciação científica, estágio extracurricular remunerado, bolsa PET...)?

(0) Não → pular para a questão A-43 (1) Sim

Refere-se a qualquer atividade que o aluno tenha realizado no mês anterior e recebido dinheiro para executá-la (seja bolsa de iniciação científica, estágio extracurricular remunerado, bolsa PET ou outra).

A-42) SE SIM: Quantas horas/semana você exerceu essa atividade?

(1) Até 20h semanais (2) Até 40h semanais (3) Mais de 40h semanais

Refere-se ao número de horas por semana que o aluno exerceu esta atividade remunerada, no mês passado

A-43) No mês passado, você exerceu algum tipo de atividade remunerada NÃO vinculada a UFPEL (emprego com carteira ou não, autônomo ou *freelancer*)?

(0) Não → pular para questão A-45 (1) Sim

Refere-se a qualquer atividade que o aluno tenha realizado no mês anterior e recebido dinheiro para executá-la, mas não tenha sido vinculada a Universidade.

A-44) SE SIM: Quantas horas/semana você exerce essa atividade?

(1) Até 20h semanais (2) Até 40h semanais (3) Mais de 40h semanais

Refere-se ao número de horas por semana que o aluno exerce esta atividade remunerada.

A-45) Atualmente, você recebe auxílio alimentação da UFPEL? (1) Sim (0) Não

A-46) Atualmente, você recebe auxílio transporte da UFPEL? (1) Sim (0) Não

A-47) Atualmente, você recebe auxílio moradia da UFPEL? (1) Sim (0) Não

A-48) Atualmente, você recebe outro auxílio da UFPEL? (1) Sim (0) Não

A-45 até A-48 buscam identificar se o indivíduo recebe algum tipo de auxílio financeiro da Universidade (Note que bolsa de iniciação científica não é considerado auxílio).

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO REFERENTES A QUESTÕES COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE

A-49) Qual seu sexo biológico?

(1) feminino (2) masculino

O sexo biológico é aquele determinado geneticamente pelos cromossomos sexuais X e Y (XX sexo feminino e XY sexo masculino).

A-50) Qual sua identidade de gênero?

(1) Homem (2) Mulher (3) Ambos (4) não me identifico com nenhuma delas

É a maneira como alguém se sente e se apresenta para si e para as demais pessoas como masculino ou feminino, ou ainda pode ser uma mescla, uma mistura de ambos, independentemente do sexo biológico (feminino ou masculino) ou da orientação sexual (orientação do desejo: homossexual, heterossexual ou bissexual). É a forma como nos reconhecemos a nós mesmo e desejamos que os outros nos reconheçam. Isso inclui a maneira como agimos (jeito de ser), a maneira como nos vestimos, andamos, falamos (o linguajar que utilizamos) e também, nos vestimos

A-51) Qual sua orientação sexual? Marque aquela que considera predominante.

(1) heterossexual: tenho atração por indivíduos do sexo oposto ao meu

(2) homossexual: tenho atração por indivíduos do mesmo sexo que o meu

(3) bissexual: tenho atração por ambos os sexos

(4) assexual: não tenho atração por nenhum dos sexos

Orientação sexual refere-se à direção ou à inclinação do desejo afetivo e erótico de cada pessoa. De maneira simplificada, pode-se afirmar que esse desejo, ao direcionar-se, pode ter como único ou principal objeto pessoas do sexo oposto (heterossexualidades), pessoas do mesmo sexo (homossexualidades) ou de ambos os sexos (bissexualidades).

A-52) Qual o seu peso (pode ser aproximado)? ___ quilos ___ gramas

Peso autorreferido pelo participante.

A-53) Qual a sua altura (pode ser aproximada)? ___ metro ___ centímetros

Altura autorreferida pelo participante.

A-54) Você fuma ou já fumou?

(0) Não, nunca fumei → pular para questão A-57

(1) Sim, fumo (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) → pular para a questão 57

(2) Já fumei, mas parei de fumar

Se fumar menos de um cigarro por dia e/ou há menos de um mês (por exemplo, só nos finais de semana ou só em festas), considere como “0 - Não, nunca fumou”. Se o(a) aluno(a) parou de fumar há menos de um mês, considere como “1 - Sim, fuma”.

Atenção: não se incluem os fumantes de cachimbo e/ou charuto, e também indivíduos que fumam cigarros que não sejam de tabaco (cigarros de maconha, por exemplo).

A-55) Atualmente, quantos cigarros por dia você fuma? ___ cigarros

Informar uma média do número de cigarros fumados por dia.

A-56) Com que idade você começou a fumar? ___ anos.

Refere-se a idade com que o participante iniciou o hábito de fumar.

A-57) Você já fumou narguilé alguma vez na vida?

(0) Não → pule para a pergunta A-60

(1) Sim, com tabaco puro ou com sabor, essência

(2) Sim, com outras substâncias

(3) Sim, com tabaco e com outras substâncias

(9) Não sei → pule para a pergunta A-60

O narguilé é uma espécie de cachimbo de água de origem oriental, utilizado para fumar tabaco aromatizado.

SE SIM (opções 1, 2 e 3 acima)

A-58) Quantos anos você tinha quando experimentou narguilé pela primeira vez? ___ anos

Refere-se a idade com que o participante experimentou narguilé pela primeira vez na vida.

A-59) No último mês, quantas vezes você fumou narguilé? ___ dias

Se não souber exatamente, informar o número aproximado de vezes.

A-60) Você já tomou bebida alcoólica?

(0) Não → pular para a pergunta A-72 (1) Sim

Mesmo que apenas uma vez, informar "sim".

A-61) Com que idade tomou bebida alcoólica pela primeira vez? ___ anos

Informar a idade que tinha quando experimentou pela primeira vez

A-62) Com que frequência você toma bebidas de álcool?

(0) Nunca

(1) Uma vez por mês ou menos

(2) Duas a quatro vezes por mês

(3) Duas a três vezes por semana

(4) Quarto ou mais vezes por semana

Caso não seja compreendido, substitua "com que frequência" por "quantas vezes por ano, mês ou semana"

PARA AS QUESTÕES A SEGUIR, UTILIZAR AS FIGURAS DO ANEXO 1 COMO EXEMPLO DE DOSES DE BEBIDA ALCOÓLICA.

A-63) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma beber?

(0) 1 ou 2 "doses"

(1) 3 ou 4 "doses"

(2) 5 ou 6 "doses"

(3) 7 a 9 "doses"

(4) 10 ou mais "doses"

A-64) Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?

(0) Nunca

- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

A-63-A-64: *Caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “quantas vezes por ano, mês ou semana”.*

Caso não seja compreendido, substitua “seis ou mais doses” pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é(são) consumida (s). Ex: “três garrafas de cerveja ou mais”.

Como as opções podem não corresponder com exatidão à resposta do(a) participante para a frequência com que bebe seis ou mais doses, considere:

Uma ou duas vezes por mês: opção “(2) Uma vez por mês”

Três ou quatro vezes por mês: opção “(3) Uma vez por semana”

Duas ou mais vezes por semana: opção “(4) Todos os dias ou quase todos”.

A-65) Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “de quanto em quanto tempo”. Caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de _____ corrente do ano passado”.

A-66) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “de quanto em quanto tempo”. Caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de _____ corrente do ano passado”.

A-67) Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “de quanto em quanto tempo”. Caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de _____ corrente do ano passado”.

A-68) Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “de quanto em quanto tempo”. Caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de _____ corrente do ano passado”.

A-69) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “de quanto em quanto tempo”. Caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de _____ corrente do ano passado”.

A-70) Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?

- (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano

Essa questão busca saber se alguma pessoa em qualquer momento da vida do respondente, já se feriu ou se prejudicou por causa do fato do respondente ter ingerido álcool.

A-71) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

- (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano

Essa questão busca investigar se alguma vez na vida, alguém já se preocupou quanto ao consumo de álcool do participante e lhe disse para parar de consumir.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE DESLOCAMENTO E ALGUNS ESPAÇOS DE LAZER

A.72.73) Em média, na maioria dos dias da semana, quanto tempo por dia você gasta para ir e voltar das suas atividades na UFPel? Horas: ____ Minutos: ____

Caso não seja compreendido, substituir “em média, na maioria dos dias” por “geralmente, na maioria dos dias..” ou “na maioria dos dias da semana, em torno de quanto tempo...”. Se a pessoa disser que varia muito como, por exemplo, um dia demora 10 minutos e outro dia demora 30 minutos, fazer a média e preencher 0 (zero) horas e 20 minutos.

A-74) Na maioria dos dias da semana, como você se desloca para ir e voltar das suas atividades na UFPel?

- (7) Transporte coletivo público
- (8) Transporte coletivo de apoio da UFPel
- (9) Carro ou moto
- (10) Bicicleta
- (11) Caminhada (a pé)
- (12) Outros

Refere-se ao meio de transporte mais utilizado pelo aluno para ir e voltar das aulas na Universidade.

Quais desses espaços você costuma frequentar no seu tempo de lazer?

A-75) Espaços públicos (praças, parques, rua) (0) Não (1) Sim

A-76) Espaços institucionais (universidade, bibliotecas (0) Não (1) Sim

A-77) Espaços comerciais privados (bares, clubes, lojas) (0) Não (1) Sim

A-78) Espaços privativos (casas, condomínios) (0) Não (1) Sim

Tempo de lazer ou tempo livre é considerado todo tempo em o (a) aluno não está em atividades vinculadas a universidade e/ou trabalho

A-79) Que tipo de local você considera mais importante como espaço de lazer e de convívio na UFPel?

- (1) local dedicado a atividades físicas e saúde
- (2) local dedicado ao encontro e convívio coletivo
- (3) local dedicado ao estudo e leitura

A-80) Qual modelo de espaço de lazer que mais deveria ser priorizado na UFPel?

- (1) pequenos espaços de convívio nos diversos prédios
- (2) espaços de médio/grande porte (praças, parques) em alguns locais

AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE AO ÚLTIMO MÊS

A-81) No último mês, você teve aula nas segundas-feiras de manhã?

- (0) Não → pular para B-01 (1) Sim**

O participante deve marcar SIM somente se no último mês ele teve aula nas segundas-feiras no turno da manhã. Se no último mês ele não teve aula nas segundas-feiras no turno da manhã, pular para a questão b-01. Caso não seja compreendido, substituir “no último mês” por “nos últimos 30 dias”

A-82) No último mês, a que horas iniciava sua primeira aula nas segundas-feiras de manhã? ___ Horas ___ Minutos

Escrever o horário em horas e minutos de início de sua primeira aula nas segundas-feiras de manhã. Por exemplo: 08:00 ou 08:30 ou 10:00 ou 09:10

A-83) Nas manhãs das segundas-feiras do último mês, depois de levantar da cama, você se sentia...

- (4) mais cansado do que o habitual
- (5) menos cansado do que o habitual
- (6) tão cansado quanto o habitual

A-84) Nas manhãs das segundas-feiras do último mês, depois de levantar da cama, você se sentia...

- (4) mais sonolento do que o habitual
- (5) menos sonolento do que o habitual
- (6) tão sonolento quanto o habitual

Para responder as perguntas A-83 e A-84, pense em como você costumava se sentir ao levantar da cama, no último mês, nas segundas-feiras de manhã.

A-85) No último mês, sua capacidade de concentração durante a primeira aula das segundas-feiras de manhã era...

- (4) maior do que a habitual
- (5) menor do que a habitual
- (6) igual à habitual

Para responder a pergunta acima, o indivíduo deve ser orientado a pensar em como costumava se sentir no último mês, durante a primeira aula das segundas-feiras de manhã.

6.2 BLOCO ALIMENTAÇÃO

AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE AO SEU CONSUMO ALIMENTAR HABITUAL. SE POSSÍVEL, TENDE LEMBRAR DE TODAS AS REFEIÇÕES QUE VOCÊ REALIZA, INCLUSIVE FORA DOS HORÁRIOS DAS PRINCIPAIS REFEIÇÕES, COMO CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO E JANTAR.

B-01) Você consome algum tipo de carne ou peixe (incluindo bacon, frango, codorna, salsichas)?**(0) Não (1) Sim (9) Não sei**

Nesta pergunta estamos interessados em saber se o participante consome algum tipo de carne, seja ela carne de rês, peixe ou frango, bem como de produtos feitos através deles, como bacon e salsichas. Se o(a) participante consumir pelo menos uma dessas opções incluídas na pergunta, deverá ser marcado a opção "Sim". Se o(a) participante referir não consumir as opções referidas, ou seja, o(a) participante NÃO consome qualquer tipo de carne ou produtos feitos a base de carne, deverá ser marcado a opção "Não".

B-02) Você consome algum produto lácteo (incluindo leite de vaca, leite sem lactose de origem animal, queijo, manteiga, iogurte, requeijão)?**(0) Não (1) Sim (9) Não sei**

Nesta pergunta estamos interessados em saber se o(a) participante consome algum produto derivado do leite. Se o(a) participante consumir pelo menos uma dessas opções incluídas na pergunta, deverá ser marcado a opção "Sim". Se o(a) participante referir não consumir as opções referidas, ou seja, o(a) participante NÃO consome leite e derivados de qualquer forma, deverá ser marcado a opção "Não".

B-03) Você consome algum tipo de ovo (incluindo ovos em bolos e outros alimentos cozidos)?**(0) Não (1) Sim (9) Não sei**

Nesta pergunta estamos interessados em saber se o(a) participante consome ovo, sendo considerado o ovo em sí, em qualquer forma de preparo (cozido, frito), bem como alimentos que contenham ovo (como bolos, produtos a milanesa ou demais alimentos cozidos que contenham o ovo no seu preparo). Se o(a) participante consumir pelo menos uma dessas opções incluídas na pergunta, deverá ser marcado a opção "Sim". Se o(a) participante referir não consumir as opções referidas, ou seja, o(a) participante NÃO consome ovo, em nenhuma de suas formas de preparo, deverá ser marcado a opção "Não".

AS PÓXIMAS PERGUNTAS REFEREM-SE SOMENTO AO CONSUMO DOS ALIMENTOS CITADOS NO DIA ANTERIOR À ENTREVISTA.**B-04) ONTEM, você consumiu feijão?****(0) Não (1) Sim (9) Não sei**

Considerar qualquer tipo de feijão, incluindo, por exemplo, feijão preto, carioca, branco, fradinho. Se o(a) participante consumir algum tipo de feijão no dia anterior à entrevista, deverá ser marcado a opção "Sim". Se o(a) participante referir que não consumiu feijão, deverá ser marcado a opção "Não".

B-05) ONTEM, você consumiu frutas frescas (não considerar suco de frutas)?**(0) Não (1) Sim (9) Não sei**

Considerar qualquer tipo de frutas in natura, seja da estação ou não, desde que não seja na forma de suco. Se o(a) participante consumir alguma fruta no dia anterior à entrevista, deverá ser marcado a opção "Sim". Se o(a) participante referir que não consumiu fruta, deverá ser marcado a opção "Não".

B-06) ONTEM, você consumiu verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?**(0) Não (1) Sim (9) Não sei**

Considerar qualquer tipo de verduras e/ou legumes, seja da estação ou não, seja cozido ou in natura. Não devem ser consideradas batata e mandioca. Aipim, macaxeira, cará e inhame referem-se à forma como a mandioca é identificada em diferentes regiões do Brasil. Se o(a) participante consumir alguma verdura e/ou legume no dia anterior à entrevista, deverá ser marcado a opção "Sim". Se o(a) participante referir que não consumiu, deverá ser marcado a opção "Não".

B-07) ONTEM, você consumiu hambúrguer (de origem animal, como de frango ou de alguma carne vermelha) e/ou embutidos (incluindo linguiça, salsichão, salame, presunto, mortadela)?

(0) Não (1) Sim (9) Não sei

Considerar qualquer tipo de hambúrguer e/ou embutidos, incluindo linguiça, salsicha, salame, presunto ou mortadela. Se o(a) participante consumir pelo menos uma dessas opções incluídas na pergunta, no dia anterior à entrevista, deverá ser marcado a opção “Sim”. Se o(a) participante referir que não consumiu estas opções, deverá ser marcado a opção “Não”.

B-08) ONTEM, você consumiu bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?

(0) Não (1) Sim (9) Não sei

Considerar qualquer tipo de bebidas adoçadas, incluindo refrigerantes, sucos de caixinha ou em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná e sucos de fruta com adição de açúcar. Se o(a) participante consumir pelo menos uma dessas opções incluídas na pergunta, no dia anterior à entrevista, deverá ser marcado a opção “Sim”. Se o(a) participante referir que não consumiu estas opções, deverá ser marcado a opção “Não”.

B-09) ONTEM, você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?

(0) Não (1) Sim (9) Não sei

Considerar qualquer tipo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote (tipo chips) ou biscoitos salgados, independente do sabor. Se o(a) participante consumir pelo menos uma dessas opções incluídas na pergunta, no dia anterior à entrevista, deverá ser marcado a opção “Sim”. Se o(a) participante referir que não consumiu estas opções, deverá ser marcado a opção “Não”.

B-10) ONTEM, você consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina, chocolate)?

(0) Não (1) Sim (9) Não sei

Considerar qualquer tipo de biscoito recheado doces ou guloseimas, independente do sabor. Se o(a) participante consumir pelo menos uma dessas opções incluídas na pergunta, no dia anterior à entrevista, deverá ser marcado a opção “Sim”. Se o(a) participante referir que não consumiu estas opções, deverá ser marcado a opção “Não”.

AGORA GOSTARIA DE SABER MAIS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO, PENSE E ESCOLHA A OPÇÃO QUE MELHOR DEFINE SEU COMPORTAMENTO, SE ACHAR PERTINENTE ESCOLHA MAIS DE UMA OPÇÃO:

B-11) Quais refeições você costuma realizar todos os dias? *Múltipla escolha (marque todas as refeições que costuma realizar)*

(1) Café da manhã (2) Lanche da manhã (3) Almoço (4) Lanche da tarde (5) Jantar (6) Ceia

As refeições que costuma realizar diariamente, ou seja, aquelas que estão previstas em sua rotina (que consome diariamente) e que apenas esporadicamente deixa de consumir.

Sendo considerado como:

- *Café da manhã: alimentação consumida logo que acorda, no período da manhã, antes das 12 horas.*
- *Lanche da manhã: alimento consumido geralmente no meio do turno da manhã, entre o café da manhã e o almoço.*
- *Almoço: refeição consumida no meio do dia, independente do que foi consumido.*
- *Lanche da tarde: alimentos consumidos durante a tarde*
- *Jantar: refeição noturna*

- *Ceia: refeição noturna consumida geralmente após o jantar e antes de deitar para dormir.*

B-12) Na última semana (últimos 7 dias) você almoçou fora de casa? (Quem mora na casa do estudante deve considerar o RU como fora de casa)

(8) Nunca → pular para B-18

- (1) 1 vez**
- (2) 2 vezes**
- (3) 3 vezes**
- (4) 4 vezes**
- (5) 5 vezes**
- (6) 6 vezes**
- (7) 7 vezes**

Considerar na última semana os sete dias anteriores a entrevista. Ex: se a entrevista é realizada na segunda-feira, pensar desde segunda-feira passada quantas vezes almoçou fora de casa.

Considerar como casa, local onde dorme. Sendo que para aqueles estudantes que moram na casa do estudante deve considerar o Restaurante Universitário como fora de casa.

Se não almoçou fora na última semana marcar nunca. → pular para B-18.

Nos dias que almoçou fora de casa na última semana (últimos sete dias), onde comeu? Assinale o local e preencha o nº de dias em que realizou a refeição em cada local.

B-13) Restaurante Universitário:

- (0) Nenhum dia**
- (1) Um dia**
- (2) Dois dias**
- (3) Três dias**
- (4) Quatro dias**
- (5) Cinco dias**
- (6) Seis dias**
- (7) Sete dias**

Restaurante Universitário: restaurante administrado pela universidade federal de Pelotas, hoje em dia existem 2 unidades, uma na rua 15 de novembro no centro da cidade de Pelotas e outra no campus da Universidade localizado no Capão do Leão.

B-14) Restaurante tipo buffet por quilo ou a lá carte:

- (0) Nenhum dia**
- (1) Um dia**
- (2) Dois dias**
- (3) Três dias**
- (4) Quatro dias**
- (5) Cinco dias**
- (6) Seis dias**
- (7) Sete dias**

Restaurante tipo buffet por quilo: Restaurante comercial que cobra a alimentação de acordo com o peso do prato.

Restaurante tipo a lá carte: Restaurante comercial que cobra pela alimentação de acordo com o alimento pedido, o prato é servido pelos funcionários do restaurante e o cliente recebe pronto.

B-15) No trabalho:

- (0) Nenhum dia**
- (1) Um dia**

- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B-16) Restaurante tipo “fastfood” e/ou pizzeria:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

Restaurante tipo fast food: Redes de restaurante que servem alimentos como lanches de preparo rápido, apenas montam e entregam para o cliente em poucos minutos, pode ser também através do drive thru.

Pizzaria: locais onde servem pizzas e outras massas, para comer no local ou levar para casa.

B-17) Lancheria/ cafeteria/ padaria

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

Lancheria/ cafeteria/ padaria: estabelecimentos que servem prioritariamente, salgados, pastéis, sanduíches, cafés, refrigerantes. Podem estar dentro do campus da universidade ou fora.

B-18) Nos dias em que almoçou em casa, o que você consumiu com maior frequência? (assinale uma opção)

- (1) Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada....)
- (2) Comida comprada pronta (marmita/ vianda)
- (3) Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada. Ex: lasanha, macarrão instantâneo - miojo, bifês tipo hambúrguer, nuggets, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)
- (4) Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...)
- (5) Lanche comprado pronto para consumo (xis, cachorro quente, pizza)
- (0) Nunca almoço em casa

O aluno deve assinalar apenas uma opção, sendo aquela que com maior frequência consome quando está em casa.

Definição:

- *Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada...): Preparação feita em casa, compra dos alimentos in natura e processamento e preparo realizado na residência*
- *Comida comprada pronta (marmita/ vianda): Comida comprada em restaurantes de buffet por quilo ou a lá carte entregue em casa ou que trouxe de fora para comer em casa, aproximada da refeição tradicional caseira com alimentos como arroz, feijão, macarrão, carnes, legumes, verduras*

- *Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada, que necessita de poucos passos, como aquecimento, para consumir. Ex: lasanha, macarrão instantâneo-miojo, bifes tipo hambúrguer, nuggets, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)*
- *Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...): Lanche que é preparado em casa com alimentos comprados in natura e processados em casa. Podem ser pastéis, sanduíches, leites, pães, bolos, tortas....*
- *Lanche comprado pronto para (xis, cachorro quente, pizza): lanche que foi entregue ou trazido de fora de casa pronto apenas para consumir.*

B-19) Na última semana (últimos 7 dias) você jantou fora de casa?

Quem mora na casa do estudante deve considerar o RU como fora de casa)

- (0) Nenhum dia → pule para a questão B-25
 (1) 1 vez
 (2) 2 vezes
 (3) 3 vezes
 (4) 4 vezes
 (5) 5 vezes
 (6) 6 vezes
 (7) 7 vezes

Considerando a última semana (últimos sete dias), assinale o número de dias que almoçou nos locais indicados:

B-20) Restaurante Universitário:

- (0) Nenhum dia
 (1) Um dia
 (2) Dois dias
 (3) Três dias
 (4) Quatro dias
 (5) Cinco dias
 (6) Seis dias
 (7) Sete dias

Restaurante Universitário: restaurante administrado pela universidade federal de Pelotas, hoje em dia existem 2 unidades, uma na rua 15 de novembro no centro da cidade de Pelotas e outra no campus da Universidade localizado no Capão do Leão.

B-21) Restaurante tipo buffet por quilo ou a lá carte:

- (0) Nenhum dia
 (1) Um dia
 (2) Dois dias
 (3) Três dias
 (4) Quatro dias
 (5) Cinco dias
 (6) Seis dias
 (7) Sete dias

Restaurante tipo buffet por quilo: Restaurante comercial que cobra a alimentação de acordo com o peso do prato.

Restaurante tipo a lá carte: Restaurante comercial que cobra pela alimentação de acordo com o alimento pedido, o prato é servido pelos funcionários do restaurante e o cliente recebe pronto.

B-22) No trabalho:

- (0) Nenhum dia

- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

B-23) Restaurante tipo “fastfood” e/ou pizzeria:

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

Restaurante tipo fast food: Redes de restaurante que servem alimentos como lanches de preparo rápido, apenas montam e entregam para o cliente em poucos minutos, pode ser também através do drive thru.

Pizzaria: locais onde servem pizzas e outras massas, para comer no local ou levar para casa.

B-24) Lancheria/ cafeteria/ padaria

- (0) Nenhum dia
- (1) Um dia
- (2) Dois dias
- (3) Três dias
- (4) Quatro dias
- (5) Cinco dias
- (6) Seis dias
- (7) Sete dias

Lancheria/ cafeteria/ padaria: estabelecimentos que servem prioritariamente, salgados, pastéis, sanduíches, cafés, refrigerantes. Podem estar dentro do campus da universidade ou fora.

B-25) Nos dias em que jantou em casa, que tipo de preparação consumiu com maior frequência? (assinale uma opção)

- () Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada....)
- () Comida comprada pronta (marmita/ vianda)
- () Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada, que necessita de poucos passos, como aquecimento, para consumir. Ex: lasanha, macarrão instantâneo-miojo, bifes tipo hambúrguer, nuggts, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)
- () Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...)
- () Lanche comprado pronto para consumo (xis, cachorro quente, pizza)

O aluno deve assinalar apenas uma opção, sendo aquela que com maior frequência consome quando está em casa.

Definição:

- *Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada...): Preparação feita em casa, compra dos alimentos in natura e processamento e preparo realizado na residência*
- *Comida comprada pronta (marmita/ vianda): Comida comprada em restaurantes de buffet por quilo ou a lá carte entregue em casa ou que trouxe de fora para comer em casa, aproximada da refeição tradicional caseira com alimentos como arroz, feijão, macarrão, carnes, legumes, verduras*

- *Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada, que necessita de poucos passos, como aquecimento, para consumir. Ex: lasanha, macarrão instantâneo-miojo, bifos tipo hambúrguer, nuggets, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)*
- *Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...): Lanche que é preparado em casa com alimentos comprados in natura e processados em casa. Podem ser pastéis, sanduíches, leites, pães, bolos, tortas....*
- *Lanche comprado pronto para consumo (xis, cachorro quente, pizza): lanche que foi entregue ou trazido de fora de casa pronto apenas para consumir.*

6.3 BLOCO ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Esta seção refere-se às atividades físicas que você fez na **última semana** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Suas respostas são muito importantes. Por favor, responda cada questão, mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

B-26) Em quantos dias de uma semana normal, você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

(0) Nenhum → pular para a pergunta B-29

(1) 1 dia

(2) 2 dias

(3) 3 dias

(4) 4 dias

(5) 5 dias

(6) 6 dias

(7) 7 dias

Nesta questão não devem ser consideradas caminhadas realizadas como deslocamento, como por exemplo ir para faculdade, para trabalho ou estágio, etc. Tempo livre é considerado todo tempo em o (a) aluno não está em atividades vinculadas a universidade e/ou trabalho. Devem também ser consideradas caminhadas que tenham durado pelo menos 10 minutos.

B-27.28) Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA? _____ horas _____ minutos

Esta questão só deverá ser respondida por aqueles alunos (as) que relataram ao menos um dia na questão anterior. E deverão responder o número de horas (0-24h) e minutos (0-60min) que em média realizaram caminhada no (s) dia (s) informado (s) desta atividade

B-29) Em quantos dias da última semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

(0) Nenhum → pular para a pergunta B-32

(1) 1 dia

(2) 2 dias

(3) 3 dias

(4) 4 dias

(5) 5 dias

(6) 6 dias

(7) 7 dias

Nesta questão o (a) estudante deverá responder em quantos dias (0-7 dias) realizou atividades moderadas durante a última semana. Tempo livre é considerado todo tempo em o (a) aluno não está em atividades vinculadas a universidade e/ou trabalho

B-30.31) Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA? _____ horas _____ minutos

Esta questão só deverá ser respondida por aqueles alunos (as) que relataram ao menos um dia na questão anterior. E deverão responder o número de horas (0-24h) e minutos (0-60min) que em média realizaram atividades moderadas no (s) dia (s) informado (s) desta atividade.

B-32) Em quantos dias da última semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer exercícios aeróbios, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

(0) Nenhum → pular para a pergunta B-35

(1) 1 dia

(2) 2 dias

(3) 3 dias

(4) 4 dias

(5) 5 dias

(6) 6 dias

(7) 7 dias

Nesta questão o (a) estudante deverá responder em quantos dias (0-7 dias) realizou atividades vigorosas durante a última semana. Tempo livre é considerado todo tempo em o (a) aluno não está em atividades vinculadas a universidade e/ou trabalho. Jogging, é uma forma de atividade física em que o ritmo e velocidade da marcha são mais rápidos que na caminhada e mais lentos que ao correr.

B-33.34) Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas, no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA? _____ horas _____ minutos

Esta questão só deverá ser respondida por aqueles alunos (as) que relataram ao menos um dia na questão anterior. E deverão responder o número de horas (0-24h) e minutos (0-60min) que em média realizaram atividades vigorosas no (s) dia (s) informado (s) desta atividade. Tempo livre é considerado todo tempo em o (a) aluno não está em atividades vinculadas a universidade e/ou trabalho

B-35.36) Em média, num dia de semana comum, quantas horas você assiste TV, joga videogame ou computador ou usa o computador para qualquer fim? (Inclua todo o tempo gasto em coisas como Netflix, iPad ou outro tipo de tablet, smartphone, You Tube, Facebook, Instagram ou outra rede social, e uso da internet em geral) _____ horas _____ minutos

Nesta questão o (a) respondente (a) deve pensar em uma média geral dos dias da semana (de segunda a sexta) quanto tempo gasta em frente a uma tela, seja assistindo televisão, jogando jogos eletrônicos (em qualquer monitor/ televisão) utilizando o computador seja para diversão, lazer ou trabalhos da universidade. Considerar também o tempo que se utiliza o celular de maneira regular, ou seja, aquele tempo gasto utilizando somente o celular com um objetivo como por exemplo surfar na internet, ou rede social. Neste contexto, a troca de mensagens pode causar dúvidas. Por exemplo, durante a aula João trocou mensagens com Maria, este tempo não contabiliza. Outro exemplo: João e Maria, passaram 1h trocando mensagens de texto ininterruptamente (neste caso, a atividade principal, “foco”, era a troca de mensagens), portanto o tempo deve ser contabilizado.

A próxima pergunta é sobre o tempo que você permanece sentado (a) todo dia, no trabalho, na universidade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo estudando, enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado (a) ou deitado (a) assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado (a) durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro. Não considere o tempo gasto dormindo.

B-37.38) Quanto tempo, no total, você gasta sentado (a) durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos

Aqui estamos interessados no tempo total que o indivíduo gasta sentado (a). Pensar em média, com a intenção de um dia normal, dia de rotina. Contabilizar o tempo em casa, na universidade, no trabalho...

6.4 BLOCO PERCEPÇÃO CORPORAL

AS PRÓXIMAS QUESTÕES REFEREM-SE AO CORPO

Se você é mulher, responda a próxima pergunta. Se você é homem, pule para a pergunta B-40

B-39) Você está grávida ou teve filho nos últimos 3 meses?

(0) Não

(1) Sim, estou grávida → pule para a pergunta B-45

(2) Sim, tive filhos nos últimos 3 meses → pule para a pergunta B-45

(9) Não sei

Esta pergunta deve ser respondida apenas por PARTICIPANTES DO SEXO FEMININO. Nesta pergunta, estamos interessados em filtrar participantes do sexo feminino, que estejam grávidas ou tenham ganhado neném nos últimos 3 meses, para posterior exclusão deste estudo.

Se a aplicação for em novembro, considerar como os três últimos meses: agosto, setembro e outubro, e assim por diante.

AS PERGUNTAS B-40 E B-41 REFEREM-SE A FIGURA NO ANEXO 3 (ESCALA DE SILHUETAS). DESTE MODO, O PARTICIPANTE DEVE ESCOLHER APENAS UMA SILHUETA, PENSANDO NA QUE MELHOR IDENTIFICA SUA OPINIÃO EM CADA PERGUNTA.

B-40) Qual destas figuras você identifica mais com o seu corpo?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9

*É importante saber, que para esta questão, as respostas são referentes à Figura 1. Nesta questão, estamos interessados em saber, qual silhueta o participante pensa ser mais parecida com a sua forma corporal atual. Para isso, o participante deve escolher uma **única** silhueta e selecionar uma **única** opção, correspondente.*

B-41) Qual destas figuras se parece com o que você gostaria que fosse o seu corpo?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9

*É importante saber, que para esta questão, as respostas são referentes à Figura 1. Nesta questão, estamos interessados em saber, qual silhueta o participante deseja que se parecesse com a sua forma corporal atual. Para isso, o(a) participante deve escolher uma **única** silhueta e selecionar uma **única** opção, correspondente.*

B-42) Nos últimos 12 meses, você fez alguma coisa para perder ou ganhar peso?

(0) Não → pule para a pergunta B-45

(1) Sim, para perder → responda a pergunta B-43 e pule a B-44

(2) Sim, para ganhar → pule para a pergunta B-44

(3) Sim, para perder e ganhar

Nesta questão, temos interesse em saber sobre as condutas para ganho ou perda de peso que o(a) participante tenha adquirido nos últimos 12 meses. Caso ele(a) não tenha tomado nenhuma atitude para estes fins, ele deve marcar a opção “NÃO”, ocasionando um pulo automático para a questão B-45. Se ele(a) adotou/iniciou um novo hábito para perder peso, ele deve marcar a opção “SIM, PARA PERDER” o que ocasionará em um pulo automático para a questão B-43. Se ele(a) adotou/iniciou um novo hábito para ganhar peso, ele deve marcar a opção “SIM, PARA GANHAR” o que ocasionará em um pulo automático para a questão B-44. Se ele(a) adotou/iniciou um novo hábito para perder peso e também adotou/iniciou um novo hábito para ganhar peso, ele deve marcar a opção “SIM, PARA PERDER E GANHAR”,

gerando necessidade de resposta para a questão B-43 e B-44.

B-43) O que você fez para perder peso?

- (1) Tomei remédios
- (2) Tomei remédios e fiz dieta/regime
- (3) Tomei remédios, fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (4) Fiz dieta/regime
- (5) Fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (6) Fiz exercícios/esporte
- (7) Tomei remédios e fiz exercícios/esporte

Essa questão aparecerá apenas para os(as) participantes que tenham respondido “SIM, PARA PERDER” ou “SIM, PARA PERDER E GANHAR”. Nesta questão, temos interesse em saber, se o participante tomou remédio, fez dieta/regime, exercício/esporte, seja de maneira combinada ou não, com o intuito de perder peso. O participante deve marcar entre as opções disponíveis, apenas se ele(a) tinha a intenção de ganhar peso a partir de um destes métodos, nos últimos 12 meses.

Entende-se por “tomar remédio”, o consumo de medicamentos prescritos ou não, pelo menos uma vez/uma dose, com a intenção/objetivo de perda de peso nos últimos 12 meses.

Entende-se por “fazer dieta/regime” como mudanças nos hábitos alimentares, sejam elas orientadas por algum profissional ou não, com a intenção/objetivo de perda de peso nos últimos 12 meses.

Exemplo 1: evitar/restringir algum tipo de alimento/refeição habitual;

Exemplo 2: consumo de algum tipo de alimento/bebida/chá, antes não consumido, que o participante pensou ser auxiliador(a) na perda de peso.

Entende-se por “fez exercício ou esporte”, práticas de alguma atividade física, orientada ou não por profissional, com a intenção/objetivo de perda de peso nos últimos 12 meses, independentemente do local realizado.

B-44) O que você fez para ganhar peso?

- (1) Tomei remédios
- (2) Tomei remédios e fiz dieta/regime
- (3) Tomei remédios, fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (4) Fiz dieta/regime
- (5) Fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
- (6) Fiz exercícios/esporte
- (7) Tomei remédios e fiz exercícios/esporte

Essa questão aparecerá apenas para os(as) participantes que tenham respondido “SIM, PARA GANHAR” ou “SIM, PARA PERDER E GANHAR”, na questão 126. Nesta questão, temos interesse em saber, se o(a) participante tomou remédio, fez dieta/regime, exercício/esporte, seja de maneira combinada ou não, com o intuito de ganhar peso.

O(a) participante deve marcar entre as opções disponíveis, apenas se ele(a) tinha a intenção de ganhar peso a partir de um destes métodos, nos últimos 12 meses.

Entende-se por “tomar remédio”, o consumo de medicamentos prescritos ou não, pelo menos uma vez/uma dose, com a intenção/objetivo de ganho de peso nos últimos 12 meses.

Entende-se por “fazer dieta/regime” como mudanças nos hábitos alimentares, sejam elas orientadas por algum profissional ou não, com a intenção/objetivo de ganho de peso nos últimos 12 meses.

Exemplo 1: aumentar/acrescentar o consumo de algum tipo de alimento/refeição habitual;

Exemplo 2: consumo de algum tipo de alimento/bebida/chá, antes não consumido, que o participante pensou ser auxiliador(a) no ganho de peso.

Entende-se por “fez exercício ou esporte”, práticas de alguma atividade física, orientada ou não por profissional, com a intenção/objetivo de ganho de peso nos últimos 12 meses, independentemente do local realizado.

B-45) Você está satisfeito(a) com a sua saúde?

(1) Muito insatisfeito(a)

(2) Insatisfeito(a)

(3) Regular

(4) Satisfeito(a)

(5) Muito satisfeito(a)

*Nesta questão, temos o interesse em saber a autopercepção de saúde do(a) participante. Para isto, o(a) participante deve escolher somente **uma** das opções disponíveis.*

6.5 BLOCO HÁBITOS DE SONO

O seguinte questionário se refere aos seus horários de sono e hábitos de dormir em dias que você tem aulas e em dias de folga ou descanso. Por favor, responda as questões de acordo com a sua rotina semanal, baseada nos seus hábitos e o que aconteceu na maioria dos dias e noites **nas últimas 4 semanas**.

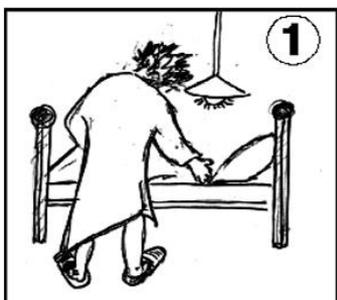
C-01) Quantos dias da semana você tem aula)?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7

Esta questão refere-se a quantos dias na semana o aluno tem aulas do curso de graduação que está frequentando na UFPel. Devem ser desconsiderados outros tipos de aula extracurriculares, como cursos de idiomas, instrumentos musicais, aulas particulares, etc.

** Por favor, ao responder as questão abaixo, use a escala das 24 horas, por exemplo, 23:00 em vez de 11:00*

NOS DIAS DE AULA



C-02) Vou para cama às ___ horas ___ minutos.

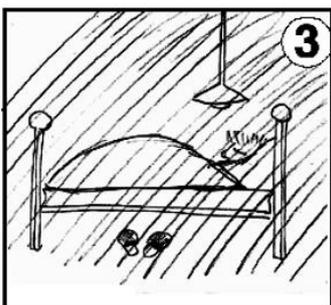
Nesta questão deve-se preencher o horário em que, geralmente, o indivíduo se deita para dormir, mesmo que permaneça algum tempo deitado assistindo à televisão, lendo ou fazendo uso de algum dispositivo eletrônico. Note que esta questão refere-se aos dias de semana.



Note que algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama.

Isto é uma instrução.



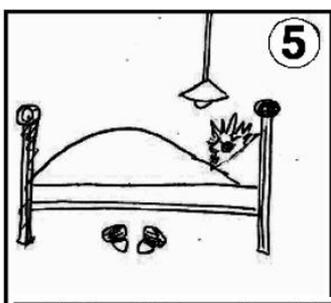


_03) Realmente estou pronto(a) para dormir às ___ horas ___ minutos.

Nesta questão deve-se preencher o horário em que, geralmente, o indivíduo está pronto para dormir, com a luz apagada e concentrado unicamente em pegar no sono. Note que esta questão refere-se aos dias de semana.

C-04) Necessito de _____ minutos para adormecer.

Nesta questão deve-se preencher quanto tempo, em geral, o indivíduo demora para adormecer, após estar realmente se considerar pronto para dormir. Note que esta questão refere-se aos dias de semana.



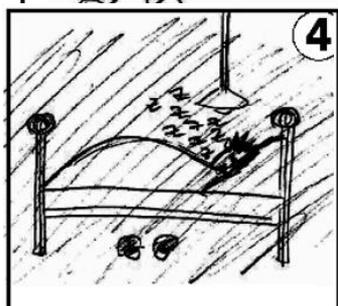
C-05) Acordo às _____ h _____ min.

Nesta questão deve-se preencher o horário em que, geralmente, o indivíduo acorda pela manhã, mesmo que permaneça algum tempo deitado na cama após despertar. Note que esta questão refere-se aos dias de semana.



C-06) Passados _____ minutos, me levanto.

Nesta questão o indivíduo deve informar quanto tempo decorre entre o acordar e o ato de levantar-se da cama pela manhã. Alguns indivíduos, mesmo após despertarem, permanecem deitados na cama. Note que esta questão refere-se aos dias de semana.



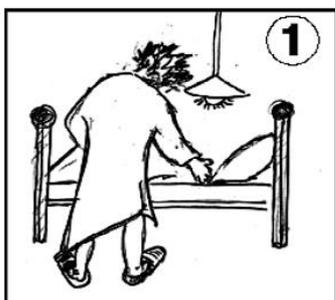
C-07) Você faz uso de despertador nos dias de aula?

- (3) Não
- (4) Sim, mas eu normalmente acordo antes do despertador tocar.
- (5) Sim, eu normalmente acordo quando o despertador toca.

Esta questão busca verificar se o indivíduo desperta naturalmente pela manhã, sozinho, sem o auxílio de um relógio despertador, ou se precisa deste dispositivo para acordar nos dias de semana.

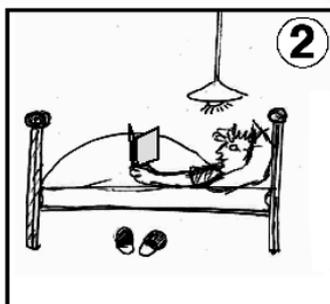
Agora responda as questões abaixo baseado nos seus dias de

FOLGA OU DESCANSO



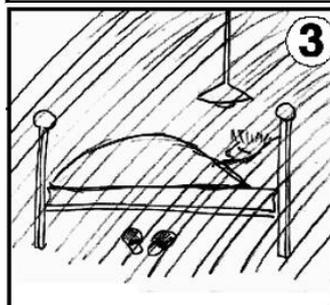
C-08) Vou para cama às ___ horas ___ minutos.

Nesta questão deve-se preencher o horário em que, geralmente, o indivíduo se deita para dormir, mesmo que permaneça algum tempo deitado assistindo à televisão, lendo ou fazendo uso de algum dispositivo eletrônico. Note que esta questão refere-se aos dias de folga e finais de semana.



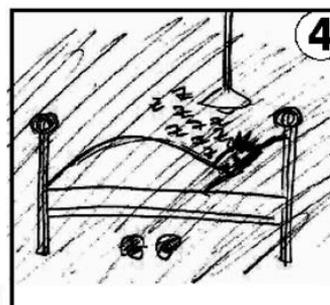
Note que algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama.

Isto é uma instrução.



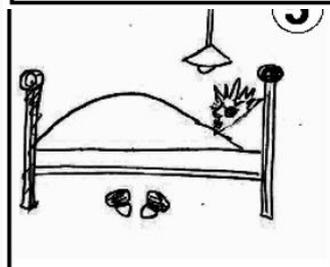
C-09) Realmente estou pronto(a) para dormir às ___ horas ___ minutos.

Nesta questão deve-se preencher o horário em que, geralmente, o indivíduo está pronto para dormir, com a luz apagada e concentrado unicamente em pegar no sono. Note que esta questão refere-se aos dias de folga e finais de semana.



C-10) Necessito de _____ minutos para adormecer.

Nesta questão deve-se preencher quanto tempo, em geral, o indivíduo demora para adormecer, após estar realmente se considerar pronto para dormir. Note que esta questão refere-se aos dias de finais de semana.



C-11) Acordo às ___ h ___ min

Nesta questão deve-se preencher o horário em que, geralmente, o indivíduo acorda pela manhã, mesmo que permaneça algum tempo deitado na cama após despertar. Note que esta questão refere-se aos dias de folga e finais de semana.



C-12) Passados _____ minutos, me levanto.

Nesta questão o indivíduo deve informar quanto tempo decorre entre o acordar e o ato de levantar-se da cama pela manhã. Alguns indivíduos, mesmo após despertarem, permanecem deitados na cama. Note que esta questão refere-se aos dias de folga e finais de semana.

C-13) Você utiliza despertador para acordar nos seus dias de folga descanso?

(0) Não

(1) Sim, mas eu normalmente acordo antes do despertador tocar.

(2) Sim, eu normalmente acordo quando o despertador toca.

Esta questão busca verificar se o indivíduo desperta naturalmente pela manhã, sozinho, sem o auxílio de um relógio despertador, ou se precisa deste dispositivo para acordar nos dias de finais de semana.

C-14) Existe alguma razão particular pela qual você não pode escolher livremente seus horários de sono nos dias de folga ou descanso?

(0) Não → pule para a pergunta C-17 (1) Sim

C-15) Qual a principal razão pela qual você não pode escolher livremente seus horários de sono nos dias de folga ou descanso?

(1) Tenho filhos que necessitam de meu cuidado

(2) Tenho Pets que necessitam de meu cuidado

(3) Tenho hobbies

C-16) Se outra razão: Qual? _____

As questões acima se referem a um motivo pelo qual o indivíduo não pode dormir e acordar nos horários que sente vontade.

C-17) Nas últimas quatro semanas, você acordou de madrugada e teve dificuldade para voltar a dormir?

(0) Nunca (1) De vez em quando (2) Na maioria das vezes (3) Sempre

Esta questão busca verificar se o indivíduo, de maneira geral, costuma despertar de madrugada e ter dificuldade em pegar no sono novamente, e em qual frequência esses eventos ocorrem. Note que esta questão refere-se à comportamentos observados nas últimas 4 semanas.

C-18) Nas últimas quatro semanas, você sentiu sonolência que atrapalhava para assistir às aulas?

(0) Nunca (1) De vez em quando (2) Na maioria das vezes (3) Sempre

Esta questão busca verificar se o indivíduo, de maneira geral, sente sonolência durante o dia, dificultando sua concentração e atenção às aulas, e em qual frequência esses eventos ocorrem. Note que esta questão refere-se à comportamentos observados nas últimas 4 semanas.

C-19) De modo geral, como você avalia a qualidade de seu sono no último mês?

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima

Nesta questão o indivíduo deve avaliar e classificar a qualidade do seu próprio sono no último mês.

C-20) Com quantas pessoas você compartilha o quarto de dormir na maior parte do tempo?

(1) Apenas uma (2) Duas (3) Três ou mais (0) Nenhuma

Nesta questão o indivíduo deve relatar se compartilha o quarto em que dorme, e, se sim, com quantas pessoas. Note que a questão refere-se a seres humanos (cônjuge, filhos, pais, amigos ou outra pessoa), não sendo considerado, para cômputo, animais de estimação.

C-21) Com quantas pessoas você compartilha a cama na maior parte do tempo?

(1) Apenas uma (2) Duas (3) Três ou mais (0) Nenhuma

Nesta questão o indivíduo deve relatar se compartilha a cama em que dorme, e, se sim, com quantas pessoas. Note que a questão refere-se a seres humanos (cônjuge, filhos, pais, amigos ou outra pessoa), não sendo considerado, para cômputo, animais de estimação.

6.6 BLOCO SAÚDE MENTAL

Este bloco do questionário é composto por 10 questões para identificar a ocorrência e o impacto de eventos estressores no âmbito acadêmico nos últimos 12 meses à entrevista. As questões de 1 a 10 são consecutivas, não havendo a opção de pulo.

As opções de resposta, estão em ordem crescente: 0=não afetou, 1=afetou pouco, 2 =afetou mais ou menos e 3 = afetou muito. Se um dos eventos perguntados não ocorreu, deverá ser assinalada a opção 8 = não aconteceu comigo.

As próximas perguntas referem-se a **eventos estressores experimentados no âmbito acadêmico, em Pelotas – UFPEL.**

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE EVENTOS IMPORTANTES QUE PODEM TER ACONTECIDO E AFETADO VOCÊ DE MODO NEGATIVO DESDE SEU INGRESSO NA UNIVERSIDADE

C-22) No último ano, você precisou abandonar/adiar momentos importantes para você de lazer – como sair com amigos, cinema, assistir TV – em função das suas atividades acadêmicas?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

Queremos saber se o participante teve que abandonar, adiar atividades como as de lazer (mas não exclusivamente), em função de ter muitas atividades acadêmicas para cumprir.

RECOMENDAÇÃO PARA TODAS AS DEMAIS QUESTÕES: Caso tenha ocorrido, mas isto não tenha impactado ele (a), considerar a opção “(0) aconteceu, mas não afetou”. Se o evento ocorreu, o jovem deverá assinalar o quanto este o afetou. Se não adiou suas atividades em função das acadêmicas, considerar a opção “(8) não aconteceu comigo”.

C-23) No último ano, você teve problemas financeiros mais graves que os normais?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

A pergunta pretende avaliar se o participante teve problemas econômicos importantes no último ano, como ter pouco dinheiro para comprar ou se manter enquanto estuda. Não importa a causa ou a finalidade da necessidade.

C-24) No último ano, você se sentiu muito preocupado(a), ansioso(a), desanimado(a) e tenso(a) em razão da sobrecarga das suas atividades acadêmicas?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

Importa nesta pergunta as consequências emocionais relativas à sobrecarga em decorrência de ter muitas atividades acadêmicas a cumprir.

C-25) No último ano, você ficou muito só ou se sentiu sem apoio da família e da maioria dos seus amigos?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco

- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

É importante saber se o(a) participante sentiu-se sozinho, desamparado, sem apoio de familiares e/ou amigos em qualquer aspecto da sua vida.

C-26) No último ano, você sofreu algum tipo de discriminação (como pela sua cor, aparência, opiniões, religião, ser pobre/ rico...) por colegas ou professores da faculdade?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

Nesta questão estamos interessados em saber se o participante sentiu-se discriminado de alguma forma, seja pela cor da sua pele, sua naturalidade, condição social, crença religiosa, aparência física, orientação sexual ou outra por colegas e professores do seu curso ou não. Importa se a discriminação foi notada, não qual foi.

C-27) No último ano, você se sentiu pressionado(a) a ter um bom desempenho na faculdade?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

Estamos interessados em saber se o participante sentiu-se cobrado por algum familiar ou não, ou se ele se cobrou excessivamente para ter um bom desempenho na faculdade, como ter notas altas ou não reprovar nas disciplinas/trabalhos.

C-28) No último ano, você foi agredido(a) verbal ou fisicamente e/ou humilhado por colega(s) da faculdade?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

Se o participante foi agredido(a) fisicamente (chutes/socos, empurrões, tapas) ou verbalmente (xingado, ofendido ou ameaçado) por colega(s), sentindo-se exposto e humilhado. Qualquer agressão física e verbal sentida como tal deve ser considerada nesta pergunta.

C-29) No último ano, você teve conflito importante com professor(es) da faculdade?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos
- (4) afetou muito
- (0) não aconteceu comigo

*O envolvimento do participante em algum **conflito ou** desavença por nota ou ideias ou postura em aula considerada importante por ele com qualquer professor da faculdade é o que esta questão quer captar.*

C-30) No último ano, você teve que mudar muito os seus hábitos de vida – como alimentação, atividade física e tempo de sono – pelas várias exigências do seu curso?

- (1) aconteceu, mas não afetou
- (2) afetou pouco
- (3) afetou mais ou menos

(4) afetou muito

(0) não aconteceu comigo

Nesta questão, estamos interessados em saber se o participante teve que mudar hábitos de vida, tais como sono (dormir menos do que o seu habitual, ou ter o sono agitado), alimentação (ter apetite diminuído ou adotar uma dieta pouco saudável) e alterações na prática de atividade física, em função das atividades da faculdade. Atividades de lazer devem ser consideradas na questão 1.

C-31) No último ano, você ficou bastante decepcionado(a) com a qualidade do ensino na faculdade?

(1) aconteceu, mas não afetou

(2) afetou pouco

(3) afetou mais ou menos

(4) afetou muito

(0) não aconteceu comigo

É importante captar aqui se o participante se sentiu frustrado, decepcionado ou prejudicado com a qualidade da metodologia e/ou o conteúdo utilizado pelos professores. A decepção é com o curso, sentindo que o mesmo não prepara para o mercado de trabalho ou não atende suas expectativas de ensino.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

Orientação geral sobre as alternativas do PHQ – 9

*As questões de C-32 a C-43 referem-se as duas últimas semanas (últimos 15 dias). As alternativas de resposta são: **nenhum dia** - quando o universitário não vivenciou a situação nenhuma vez no período de referencia; **menos de uma semana** – quando o universitário vivenciou a situação por mais de um e menos de 7 dias; **uma semana ou mais** - quando o universitário vivenciou a situação em mais da metade dos dias; e **quase todos os dias**.*

Nas questões de C-32 a C-43, em caso de dúvida sobre o enunciado, reler a questão pausadamente, mas não dar exemplos ou substituir os termos sobre o qual o aluno está sendo questionado.

Na questão C-42 responder se possui algum parentesco consanguíneo (pai, mãe, tios, avós), convive diariamente ou mora com alguém que tem diagnóstico médico de depressão.

C-32) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

(0) Nenhum dia

(1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais

(3) Quase todos os dias

C-33) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

(0) Nenhum dia

(1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais

(3) Quase todos os dias

C-34) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-35) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-36) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-37) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-38) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-39) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-40) Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-41) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

C-42) Você tem convivência cotidiana ou laço de sangue com familiares que tem diagnóstico médico de depressão?

(1) Sim (0) Não

Na questão C-42 responder se possui algum parentesco consanguíneo (pai, mãe, irmãos, tios, avós) que convive diariamente ou mora com alguém que tem diagnóstico médico de depressão.

C-43) Você possui Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) feito por um médico ou psicólogo?

(0) Não

(1) Sim e faço tratamento medicamentoso

(2) Sim e não faço tratamento medicamentoso

Nesta questão queremos saber se o estudante tem TDAH.

Se o diagnóstico foi dado quando criança e o transtorno ainda permanece, orientar o estudante que responda sim. Se ele usa algum medicamento prescrito por um médico para tratar o transtorno, orientar que ele marque a opção (1) Sim e faço tratamento medicamentoso. Se ele tem o diagnóstico, mas não usa medicamento para tratar o transtorno, orientar que ele marque a opção (2) Sim e não faço tratamento medicamentoso. Se o diagnóstico foi dado quando criança, mas o estudante não tem mais o transtorno, orientar o estudante que responda não.

Somente marcar a opção “sim” se o diagnóstico foi dado por um médico ou psicólogo.

6.7 BLOCO SAÚDE FÍSICA

AS PRÓXIMAS QUESTÕES REFEREM-SE A SAÚDE FÍSICA DO INDIVÍDUO

(As duas primeiras questões são perguntas filtro)

D-01) Você teve chiado no peito no último ano?

(1) Sim (0) Não

Esta pergunta tem o objetivo de verificar se o indivíduo é asmático. Chiado no peito (sibilância) no último ano é característico de pessoas que têm asma. Quantas vezes ele teve chiado no peito não importa, o objetivo é saber se ele teve chiado pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

D-02) Você tem diagnóstico médico de asma e/ou bronquite e/ou bronquite asmática?

(1) Sim (0) Não

Esta pergunta tem o objetivo de verificar se o indivíduo é asmático. Se alguma vez na vida um médico falou que ele tem alguma dessas doenças: asma, bronquite e/ou bronquite asmática deve marcar sim.

- *As duas perguntas acima são aplicadas com o objetivo de obter a prevalência de asma na população estudada; e atuarem como perguntas filtro para que somente asmáticos respondam o ACT (Asthma Control Test).*
- *Não é necessário que os estudantes respondam SIM para as duas perguntas para responder o ACT; se pelo menos uma das perguntas (chiado no peito no último ano e diagnóstico médico de asma e/ou bronquite e/ou bronquite asmática) receberem SIM, o indivíduo deve responder o ACT.*

SE VOCÊ MARCOU NÃO NAS DUAS PERGUNTAS, PULE PARA A QUESTÃO 179. SE VOCÊ MARCOU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS ACIMA, POR FAVOR RESPONDA AS PRÓXIMAS QUESTÕES.

Todas estas perguntas têm o objetivo de verificar o nível de controle da asma entre os asmáticos.

D-03) No último mês, a asma ou bronquite ou chiado prejudicou as suas atividades no local de estudo, trabalho ou em casa?

(0) Nenhuma vez (1) Poucas vezes (2) Algumas vezes (3) Maioria das vezes

(4) Todo tempo

Esta pergunta tem o objetivo de verificar quantas vezes a sua asma e/ou bronquite e/ou bronquite asmática, ou o chiado no peito prejudicou tuas atividades no dia a dia nas últimas 4 semanas.

D-04) No último mês, como está a sua asma, bronquite ou chiado?

(1) Totalmente descontrolada

(2) Pobremente controlada

(3) Um pouco controlada

(4) Bem controlada

(5) Completamente controlada

Esta pergunta tem o objetivo de verificar a sua percepção em relação à asma, bronquite, bronquite asmática ou o chiado no peito nas últimas 4 semanas.

D-05) No último mês, quantas vezes você teve falta de ar?

(0) Nenhuma vez

(1) Uma ou duas vezes por semana

(2) Três a seis vezes por semana

(3) Uma vez ao dia

(4) Mais que uma vez ao dia

Esta pergunta tem o objetivo de verificar quantas vezes o participante teve falta de ar nas últimas 4 semanas.

D-06) No último mês, a sua asma ou bronquite ou chiado te acordou à noite ou mais cedo que de costume?

(0) Nenhuma vez

(1) Uma ou duas vezes por semana

(2) Três a seis vezes por semana

(3) Uma vez ao dia

(4) Mais que uma vez ao dia

Esta pergunta tem o objetivo de verificar se a asma, bronquite, bronquite asmática ou o chiado no peito prejudicou o sono do participante e quantas vezes isso aconteceu nas últimas 4 semanas.

D-07) No último mês, quantas vezes você usou remédio por inalação (ou bombinha) para alívio da asma ou bronquite ou chiado?

(0) Nenhuma vez

(1) Uma ou duas vezes por semana

(2) Três a seis vezes por semana

(3) Uma vez ao dia

(4) Mais que uma vez ao dia

Esta pergunta tem o objetivo de identificar a necessidade da medicação de alívio de sintomas nas últimas 4 semanas. Não importa o intervalo entre o uso do remédio, e sim quantas vezes foi necessário.

AS PRÓXIMAS QUESTÕES REFEREM-SE A SUA SAÚDE OCULAR:

D-08) Você usa óculos ou lentes de contato com finalidade de melhorar a visão?

(0) Não → pule para a questão D-10

(1) Sim, óculos

(2) Sim, lente de contato

(3) Sim, ambos

Esta questão refere-se ao uso de lentes de contato (gelatinosas ou rígidas) e/ou de óculos com grau. Se o uso for apenas de lentes de contato coloridas SEM grau e/ou óculos solares SEM grau, a resposta a ser marcada é NÃO.

Se a resposta for NÃO → pula para a questão D-10.

Se a resposta for SIM (opção 1, 2 ou 3) → responde a questão D-09

D-09) Usando seus óculos ou lentes de contato, você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?

- (0) Não
 (1) Sim, de perto
 (2) Sim, de longe
 (3) Sim, ambos

(Após qualquer resposta, pule para a questão D-10)

Nesta questão é perguntado sobre DIFICULDADE para enxergar. Refere-se à percepção do indivíduo sobre sua visão, em relação a um dos olhos ou a ambos.

CONSIDERAR COMO DIFICULDADE PARA ENXERGAR: imagem fora de foco ou borrada, assim como a dificuldade ou incapacidade de manter o foco claro de objetos situados a longas ou curtas distâncias.

NÃO CONSIDERAR COMO DIFICULDADE PARA ENXERGAR: sintomas como dor de cabeça, dor ao redor ou acima dos olhos, sensibilidade à luz, cansaço e desconforto ocular.

→ pular para o próximo questionário após qualquer resposta

D-10) Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?

- (0) Não
 (1) Sim, de perto
 (2) Sim, de longe
 (3) Sim, ambos

- *Nesta questão é perguntado sobre DIFICULDADE para enxergar. Refere-se à percepção do indivíduo sobre sua visão, em relação a um dos olhos ou a ambos.*
- *CONSIDERAR COMO DIFICULDADE PARA ENXERGAR: imagem fora de foco ou borrada, assim como a dificuldade ou incapacidade de manter o foco claro de objetos situados a longas ou curtas distâncias.*
- *NÃO CONSIDERAR COMO DIFICULDADE PARA ENXERGAR: sintomas como dor de cabeça, dor ao redor ou acima dos olhos, sensibilidade à luz, cansaço e desconforto ocular.*

6.8 BLOCO SAÚDE BUCAL

AS PRÓXIMAS QUESTÕES REFEREM-SE A CONSULTAS AO DENTISTA

D-11) Você já foi ao dentista alguma vez na vida?

- (0) não → pule para questão D-19 (1) sim

D-12) Há quantos meses você realizou a sua última consulta com o dentista? _____

Nesta questão o participante da pesquisa deverá responder há quanto tempo em meses ocorreu a última consulta com o dentista em números inteiros.

Caso o aluno mencionar ter realizado a consulta a menos de um mês, deverá responder 1 mês.

D-13.14) Onde foi o último atendimento?

- (1) Posto de saúde
 (2) Consultório Particular/Convênio
 (3) Faculdade de Odontologia

(4) Centro de Especialidades Odontológicas**(5) Programa de Assistência à Saúde do Servidor e do Aluno (Prosa)****(6) Outro, onde? _____****(9) Não sei**

Esta questão refere-se a *ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA* que o participante da pesquisa tenha recebido. Caso o participante não lembre o local do último atendimento responder com a opção "Não sei", caso a opção não esteja descrita, colocar "Outro" e escrever o local.

D-15.16) Qual foi o principal motivo da última consulta?**(1) Fazer Revisão/checkup/rotina****(2) Estava com dor****(3) Resolver um problema nos dentes ou gengiva****(4) Realizar algum procedimento estético****(5) Outro, qual? _____****(9) Não Sei**

Esta questão refere-se a *ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA* que o participante da pesquisa tenha recebido. Caso o participante não lembre o motivo do último atendimento responder com a opção "Não sei", caso a opção não esteja descrita, colocar "Outro" e escrever o motivo.

D-17) No último ano, você buscou atendimento com dentista?**(0) Não → pule para a questão D-19 (1) Sim**

Esta questão busca saber se o respondente procurou ser atendido por um dentista. Caso o participante responda não para <No último ano, você buscou atendimento com dentista?>, pular para a questão D-19.

D-18) Você conseguiu ser atendido pelo dentista?**(0) Não (1) Sim**

Esta questão busca saber se o indivíduo, após buscar atendimento, conseguiu ser atendido pelo dentista.

D-19) Quais das afirmações abaixo descreve o seu acesso aos cuidados odontológicos?**(0) Eu nunca vou ao dentista.****(1) Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa arrumada.****(2) Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema.****(3) Eu vou ao dentista regularmente.**

Esta questão se refere ao uso regular de serviços odontológicos, o participante da pesquisa deverá responder como é a sua procura por serviços odontológicos conforme as opções da questão.

D-20) Como você descreveria a saúde de seus dentes e sua boca?**(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Razoável (5) Ruim**

Caso o aluno pergunte *COMPARADO COM QUEM?* Peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.

Caso o aluno diga que *DEPENDE* ou ficar em dúvida, diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo, por exemplo: Na maior parte do tempo, você considera a saúde de seus dentes e sua boca como?

Caso o aluno diga que tem duas descrições distintas, uma para dentes e outra para boca, solicite que se refira a saúde da boca como um todo, avaliando dentes e demais estruturas da boca juntos. Se ainda assim não conseguir descrever o todo, diga para marcar a descrição mais negativa entre as duas.

D-21) Nos últimos 6 meses você teve dor de dente?

(0) Não (1) Sim (9) Não sei

Caso o aluno diga que não entendeu a pergunta, diga a ele que a dor de dente deve ser entendida como toda e qualquer dor que ele relacione ao(s) dente(s). O período de tempo escolhido para seu relato é de SEIS MESES, ou seja, o participante deverá responder quanto à experiência de dor de dente nos últimos seis meses, A CONTAR DA DATA DA APLICAÇÃO. Caso o aluno relate que NÃO SABE responder, diga para ele marcar a alternativa “9”.

D-22) Nos últimos 6 meses, você faltou alguma aula por motivos odontológicos?

(0) Não (1) Sim

Caso o aluno diga que não entendeu a pergunta, diga a ele que o motivo odontológico pode ser por dor ou por uma ida a uma consulta com o dentista em horário de aula. O período de tempo escolhido para seu relato é de SEIS MESES, ou seja, o participante deverá responder quanto à falta nas aulas por motivos odontológicos nos últimos seis meses, A CONTAR DA DATA DA APLICAÇÃO.

D-23) Temos um máximo de 16 dentes naturais na parte superior da boca, contando os dentes sisos. Quantos dentes naturais você tem na parte superior da sua boca?

(16) (15) (14) (13) (12) (11) (10) (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0)

Caso o aluno diga que NÃO SABE ou pergunte COMO POSSO CONTAR? Pedir para que ele conte com o auxílio da língua.

Entende-se por dentes naturais os do próprio indivíduo, não podendo ser contabilizado nenhum tipo de dente artificial (dentadura/chapa/ponte/implante). Lembrando que temos no máximo 16 dentes na parte superior da boca levando em conta 2 sisos. Ou seja, caso o aluno diga já ter extraído os dentes sisos poderá apresentar no máximo 14 dentes na parte superior.

D-24) Temos um máximo de 16 dentes naturais na parte inferior da boca, contando os dentes sisos. Quantos dentes naturais você tem na parte inferior da sua boca?

(16) (15) (14) (13) (12) (11) (10) (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0)

Caso o aluno diga que NÃO SABE ou pergunte COMO POSSO CONTAR? Pedir para que ele conte com o auxílio da língua.

Entende-se por dentes naturais os do próprio indivíduo, não podendo ser contabilizado nenhum tipo de dente artificial (dentadura/chapa/ponte/implante). Lembrando que temos no máximo 16 dentes na parte inferior da boca levando em conta 2 sisos. Ou seja, caso o aluno diga já ter extraído os dentes sisos poderá apresentar no máximo 14 dentes na parte inferior.

BLOCO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE SERVIÇOS DE SAÚDE

D-25) Nos últimos três meses você deixou de realizar alguma(s) atividade(s) habituais por algum motivo de saúde?

(0) Não → Pule para a questão D-27 (1) Sim (9) não sei → Pule para a questão D-27

Atividades habituais são aquelas que a pessoa costuma realizar em uma semana comum/habitual. Os problemas de saúde vão desde impedimentos físicos a doenças que impossibilitem a pessoa de atender às aulas.

D-26) Se teve mais de um motivo, qual o motivo principal de você ter deixado de realizar suas atividades habituais?

(1) Resfriado / gripe

(2) Diarreia / vômitos / náusea / gastrite

(3) Dor nas costas / pescoço / nuca

(4) Dor nos braços / mãos / artrite ou reumatismo / doença osteomuscular relacionada ao trabalho

(5) Lesão provocada por acidente / agressão / violência

(6) Dor de cabeça / enxaqueca

- (7) Problemas de pele
- (8) Problema de saúde mental
- (10) Asma / bronquite / pneumonia
- (11) Problemas menstruais / de gravidez / parto
- (12) Problema odontológico
- (13) Pressão alta ou outra doença do coração
- (14) Diabetes
- (15) Acidente vascular cerebral ou derrame
- (16) Câncer
- (17) Outra doença
- (18) Outro problema de saúde
- (99) Não sei

Para aquelas pessoas que responderem “sim” (apenas um motivo de saúde), perguntar qual foi. E para as que responderam “sim” (mais de um motivo de saúde), perguntar sobre o principal.

SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO OS ESTABELECIMENTOS ONDE SÃO PRESTADOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE E TAMBÉM ONDE SÃO REALIZADOS EXAMES E TRATAMENTOS, COMO POR EXEMPLO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, CONSULTÓRIOS, LABORATÓRIOS, CLÍNICAS DE IMAGEM, ENTRE OUTROS.

D-27) Nos últimos três meses você procurou algum serviço de saúde, em Pelotas ou outra cidade?

(0) Não (1) Sim (9) não sei

A ideia de falar “em Pelotas ou outra cidade” é captar todas as possíveis procuras que a pessoa tenha feito nos últimos três meses seja em Pelotas (por estar estudando na cidade), em sua cidade natal ou onde morava, por motivo de férias, viagem de visita.

D-28) Nos últimos doze meses você foi atendido em algum serviço de saúde, em Pelotas ou outra cidade?

(0) Não → pule para questão D-34 (1) Sim (9) não sei → pule para questão D-34

A questão pergunta se o indivíduo recebeu algum atendimento em um serviço de saúde no último ano, na cidade de Pelotas ou qualquer outra cidade.

**D-29) Com quantos serviços de saúde você teve contato nestes últimos doze meses?
___ serviços**

Queremos saber a quantidade de contatos que a pessoa teve com serviços de saúde nos últimos doze meses.

D-30) Em que tipo de serviço de saúde você foi atendido pela última vez nestes doze meses?

- (1) Unidade básica de saúde da UFPel (Campus Capão do Leão)
- (2) Outra unidade básica de saúde
- (3) Pronto Socorro Municipal
- (4) Outro Pronto-Atendimento - UPA
- (5) Ambulatório
- (6) Consultório médico – PROASA
- (7) Outro consultório médico
- (8) Consultório odontológico – PROASA
- (9) Outro consultório odontológico
- (10) Consultório psicológico – PROASA
- (11) Outro consultório psicológico
- (12) Consultório de outros profissionais de saúde
- (13) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

- (14) Hospital (internação)
- (15) Laboratório (exames de sangue, urina, fezes,...)
- (16) Clínica de imagem (raio-X, tomografia, ressonância...)
- (17) Serviços de radioterapia ou quimioterapia
- (99) Não sei

Queremos saber o tipo de serviço de saúde onde a pessoa foi atendida pela última vez nos doze meses anteriores à entrevista. Apenas uma opção deverá ser assinalada.

Caso o participante tenha sido atendido no PROASA, marcar a alternativa "(1) Unidade básica de saúde da UFPel (Campus Capão do Leão).

D-31) O atendimento, neste último serviço de saúde, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS?

- (1) Particular
- (2) Por algum convênio
- (3) Por algum convênio, com pagamento extra
- (4) SUS
- (5) SUS, com pagamento extra
- (9) Não sei

Queremos saber o tipo de financiamento que a pessoa utilizou para subsidiar a utilização do último serviço de saúde. Apenas uma opção deverá ser assinalada.

D-32) Por qual motivo você utilizou este último serviço de saúde?

- (1) Para investigar um problema de saúde (primeira consulta)
- (2) Para acompanhar um problema de saúde já diagnosticado (retorno)
- (3) Para tratar um trauma físico
- (4) Fazer uma revisão (check-up)
- (5) Tomar medicações (inalações)
- (6) Tomar vacina
- (7) Fazer curativo / retirar pontos / retirar dreno
- (8) Realizar fisioterapia
- (10) Pegar remédios
- (11) Pedir/pegar/levar exames
- (12) Pedir receita ou atestado
- (13) Consulta de pré-natal
- (14) Fazer exames preventivos
- (15) Atendimento de saúde bucal
- (16) Submeter-se à cirurgia
- (17) Atendimento com nutricionista
- (18) Acompanhamento psicológico
- (99) Não sei

A opção "pedir/pegar/levar exames" diz respeito a serviços laboratoriais e não a consulta médica. No caso da pessoa ter utilizado mais de um serviço de saúde no dia, relatar apenas a última utilização.

D-33) Em que mês e ano foi este último atendimento?

- (1) Nov/16
- (2) Dez/16
- (3) Jan/17
- (4) Fev/17
- (5) Mar/17
- (6) Abr/17
- (7) Mai/17
- (8) Jun/17
- (10) Jul/17
- (11) Ago/17
- (12) Set/17

(13) Out/17

(14) Nov/17

(15) Dez/17

(99) Não sei

Nesta questão queremos saber o período da última utilização.

As próximas 6 (seis) questões são referentes à relação profissional-usuário. Caso o aluno marque Não para todas as questões do primeiro grupo ele pulará para a questão 223. A maioria das questões são para respostas SIM e Não, podendo assinalar quantos “sim” forem necessários para descrever a situação da discriminação nos serviços de saúde.

Alguma vez na vida, você já se sentiu discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos:

1. Falta de dinheiro (0) Não (1) Sim
2. Classe social (0) Não (1) Sim
3. Raça/cor: (0) Não (1) Sim
4. Tipo de ocupação: (0) Não (1) Sim
5. Tipo de doença: (0) Não (1) Sim
6. Orientação Sexual: (0) Não (1) Sim
7. Religião/ crença: (0) Não (1) Sim
8. Sexo: (0) Não (1) Sim
9. Idade: (0) Não (1) Sim
10. Outro motivo. Qual? _____

Nesta questão queremos saber se o participante já se sentiu discriminado, mal tratado, lesado, inferiorizado em algum serviço de saúde como: UBS, Pronto atendimento, hospital, ambulatórios, consultórios, clínicas, entre outros; por qualquer desses motivos descritos. Marcar sim ou não para cada item. Serão identificados como discriminação as respostas SIM. Podendo ter quantos “sim” forem necessários para descrever a situação ocorrida. Se o participante nunca sentiu discriminação pule para a questão D-56.

Qual profissional fez você se sentir discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde?

- | | |
|---|------------------------|
| D-45) Recepcionista ou administrador | (0) Não (1) Sim |
| D-46) Segurança do serviço | (0) Não (1) Sim |
| D-47) Técnico de enfermagem | (0) Não (1) Sim |
| D-48) Enfermeiro | (0) Não (1) Sim |
| D-49) Médico | (0) Não (1) Sim |
| D-50) Dentista | (0) Não (1) Sim |

D-51.52) Outro profissional da saúde. Qual? _____

Nesta questão queremos saber se, caso já tenha percebido a discriminação nos serviços de saúde, por parte de qual profissional de saúde ocorreu essa situação desagradável. Marcar sim ou não para cada item. Se o profissional não estiver contemplado nas alternativas deve-se completar relatando qual foi o profissional o discriminou, por exemplo, fisioterapeuta e higienizador. Será(ão) considerados os profissionais que agiram erroneamente os que estiverem marcado SIM. Podendo haver quantos “sim” forem necessários para identificar os profissionais.

D-53) Você recebeu a discriminação aqui na cidade de Pelotas?

(0) Não (1) Sim

Nesta questão queremos saber se o participante percebeu a discriminação aqui na cidade de Pelotas. Caso tenha sido marcar sim e continuar respondendo na sequência.

D-54) O serviço de saúde que você foi discriminado(a) era do SUS, plano de saúde ou particular?

(1) SUS (2) Plano de Saúde (3) Particular

Nesta questão queremos saber qual o sistema de financiamento da saúde que o participante estava utilizando quando percebeu a discriminação. Sendo o SUS as unidades que são financiadas pelo governo, ou seja, sistema de saúde brasileiro; plano de saúde: qualquer empresa que tenho contrato para financiamento da saúde e particular aqueles onde o usuário paga diretamente para o profissional pelo atendimento recebido. Podendo ser de múltipla escolha caso tenha sofrido a discriminação mais de uma vez na vida.

D-55) Você já deixou de procurar algum serviço de saúde por algum motivo relacionado à discriminação

(0) Não (1) Sim

Nesta questão queremos saber se o participante deixou de procurar o serviços de saúde alguma vez na vida por medo, vergonha ou por já ter sofrido discriminação anterior.

D-56) Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico, mesmo serviço quando precisa de um atendimento de saúde?

(0) Não (1) Sim

Esta questão será útil para identificar se o paciente busca uma continuidade do tratamento procurando a mesma UBS, mesmo consultório, hospital, ambulatório para continuar o tratamento, assim como o mesmo profissional de saúde. Será marcada uma das duas opções, sendo considerado que o paciente mantém uma continuidade, identificando assim que se sente bem nessa localidade o que marcar "sim".

6.9 BLOCO RELACIONAMENTOS

NESTA PARTE DO QUESTIONÁRIO AS PERGUNTAS SÃO A RESPEITO DA ATIVIDADE SEXUAL DO INDIVÍDUO. TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS SÃO CONFIDENCIAIS, SEM IDENTIFICAÇÃO DE NOME E PROTEGIDAS POR SIGILO ABSOLUTO. POR FAVOR, PEÇA PARA QUE O ALUNO RESPONDA DE FORMA SINCERA, POIS SUAS RESPOSTAS IRÃO AUXILIAR NA COMPREENSÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL DE JOVENS ADULTOS E PODERÃO EMBASAR FUTURAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA.

E-01) Você já teve relações sexuais (considerar como relações sexuais a prática de sexo vaginal, anal ou oral)?

(0) Não → pule para a questão E-12 (1) Sim

Será considerado relação sexual apenas as práticas de sexo oral, sexo anal e sexo vaginal. Caso o indivíduo responda não para essa pergunta, ele deve automaticamente pular para o próximo bloco de questões.

E-02) Quantos anos você tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez? ___ (anos completos)

Nessa questão o indivíduo deverá completar o espaço em branco com a idade na qual teve seu primeiro contato sexual (oral, anal ou vaginal).

E-03) Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relações sexuais? _____ pessoas.

Considerando apenas os últimos 3 meses, o aluno deverá relatar o número de pessoas diferentes com as quais manteve relações sexuais (ou seja, a mesma pessoa várias vezes deve ter contabilizada como apenas uma para essa pergunta).

E-04) Na última vez que você teve uma relação sexual, você ou o(a) seu parceiro(a) utilizaram camisinha (masculina ou feminina)?

(0) Não (1) Sim

Marcar se houve uso de preservativo na última relação sexual, independente de quando ela ocorreu. Por preservativo deve ser considerado apenas camisinha masculina ou feminina, ou seja, aqueles que apresentam uma barreira fixa entre os órgãos genitais.

E-05) Você consumiu algum tipo de bebida alcoólica ou droga antes ou durante a sua última relação sexual?

(0) Não (1) Sim, bebidas alcoólicas (2) Sim, drogas (3) Sim, ambos

Qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, vodka, tequila, conhaque, whisky, cachaça, caipira, drinks, gin, etc) deve ser considerada se foi ingerida logo antes ou durante a última relação sexual. Por drogas refere-se a ter utilizado qualquer composto natural ou sintético (maconha, chás alucinógenos, cocaína, crack, heroína, LSD, ecstasy, outras metanfetaminas, etc) logo antes ou durante a última relação sexual.

E-06) Na última vez que você teve uma relação sexual, houve prática de sexo anal?

(0) Não (1) Sim

Essa questão tem o intuito de verificar se na última relação houve prática de sexo anal entre os envolvidos, abrangendo aqui a penetração do órgão genital masculino no orifício anal.

E-07) Na última vez que você teve uma relação sexual, você ou o seu parceiro(a) utilizou algum método para prevenir gravidez, fora a camisinha? (se utilizou mais de um, responda qual o principal) .

(0) Nenhum método foi utilizado

(1) Pílula anticoncepcional

(2) Dispositivo intrauterino (DIU)

(3) Anticoncepcional injetável

(4) Pílula do dia seguinte

(5) Tabela

(6) Outro

(9) Não sei

Relatar o método contraceptivo utilizado pelo aluno(a) ou pelo seu parceiro(a) na última relação sexual (se houver mais de um, relatar o principal) para evitar gravidez. Camisinha não deve ser considerada para essa pergunta.

E-08) Alguma vez na vida, você já teve diagnóstico médico de doença sexualmente transmissível (DST)? Se sim, qual (em caso de mais de uma, considerar a mais recente)?

(0) Não

(1) Sífilis

(2) Tricomaníase

(3) Clamídia

(4) Gonorreia

(5) HIV/AIDS

(6) HPV (Papiloma vírus)

(7) Herpes genital

(8) Outra

Por diagnóstico médico entende-se que algum médico alguma vez na vida do indivíduo declarou para o mesmo que ele possuía alguma doença sexualmente transmissível ou infecção sexualmente transmissível. Relatar apenas uma, devendo ser considerada apenas a mais recente.

E-09) Você, alguma vez na vida, já foi testado para HIV/AIDS?

(0) Não → pule para a questão E-11 (1) Sim

Essa pergunta visa identificar se o aluno(a) já realizou algum exame para pesquisa de HIV. Por teste de HIV considera-se o teste laboratorial com pesquisa de anticorpos anti-HIV no sangue (método ELISA) ou então teste rápido de HIV. Caso a resposta seja não, pular automaticamente para a questão E-11)

E- 10) Caso já tenha feito teste de HIV, qual o principal motivo para a realização do exame?

- (1) Relação sexual desprotegida**
- (2) Solicitação do meu parceiro(a)**
- (3) Motivado por campanhas governamentais**
- (4) Doação de sangue**
- (5) Pré-natal**
- (6) Solicitação médica**
- (7) Exposição ocupacional**
- (8) Outro**

Visa identificar o motivo pelo qual a pessoa realizou o exame, caso tenha respondido sim para a pergunta anterior. Se houver mais de um motivo, assinalar o que for considerado principal.

E-11) Nos últimos 3 meses, você fez uso de aplicativos de celular (exemplo: Tinder, Happn, Grindr, Hornet, entre outros) com o objetivo principal de ter relações sexuais?

- (0) Não (1) Sim**

Essa pergunta pretende identificar o uso de aplicativos de celular com fins sexuais, sendo qualquer aplicativo com o intuito de conhecer pessoas é válido. Aplicativos e redes sociais como Facebook, Twitter, Instagram, Whatsapp, Snapchat ou similares não devem ser considerados para essa pergunta.

A SEGUIR SERÃO FEITAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE PODEM VIR A ACONTECER ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS. POR EXEMPLO, CONTROLAR O QUE O OUTRO FAZ, XINGAR, FORÇAR OU SER FORÇADO A FAZER ALGO, MACHUCAR FISICAMENTE. ENTENDE-SE COMO PARCEIROS ÍNTIMOS NAMORADOS(AS), ESPOSOS(AS), NOIVOS(AS), “FICANTES”, “CASOS”.

Todas as questões são consecutivas, sem opção de pulo. As questões são de ÚNICA escolha.

As questões E-12 até E-15 referem-se à VPI do tipo psicológica, as questões E-16 até E-19- referem-se à VPI do tipo física e as questões E-20 e E-21 referem-se à VPI do tipo sexual.

Se alguma das manifestações já ocorreu pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, o(a) universitário(a) deverá marcar (1) Sim.

Se nenhuma das manifestações ocorreu nos últimos 12 meses, o(a) universitário(a) deverá marcar (2) Não.

Se o(a) universitário(a) não teve nenhum parceiro(a) nos últimos 12 meses, ele(a) deverá marcar (3) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses.

Perguntamos, nos últimos 12 meses, o(a) seu(sua) parceiro(a) (ou algum dos seus parceiros):

E-12) Xingou, gritou ou humilhou você?

- (1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses**

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já agrediu o(a) aluno(a) com palavras ofensivas, discutiu com voz muito alta ou o(a) inferiorizou e/ou envergonhou, não importando se em ambiente privado ou público.

E-13) Controlou suas redes sociais (como exigir senhas, fiscalizar com quem você conversa ou adiciona)?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se já houve qualquer forma de fiscalização, inspeção, espionagem ou monitorização das redes sociais (Facebook, WhatsApp, Instagram, Twitter, e-mail...) da pessoa entrevistada por algum(a) parceiro(a).

E-14) Privou você de fazer algo que você gostava ou gostaria de fazer?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já privou, impediu ou absteve o(a) aluno(a) de fazer algo que ele(a) gostava ou gostaria de fazer.

E-15) Olhou diferente ou quebrou coisas para deixar você com medo ou intimidado(a)?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já encarou o(a) pessoa entrevistada ou dirigiu a vista de forma diferente (ofensiva ou agressivamente) ou partiu, fragmentou ou destruiu coisas para deixar ele(a) com medo ou intimidado(a).

E-16) Empurrou, arranhou, beliscou você ou puxou seu cabelo?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já impulsionou o(a) aluno(a) com força, causou arranhões na sua pele com as unhas ou objeto áspero ou pontiagudo, comprimiu sua pele causando dor ou agarrou seu cabelo e empregou força física para movê-lo, causando dor.

E-17) Quebrou ou atirou objetos na intenção de machucar você?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já partiu, fragmentou, ou destruiu algum objeto do(a) aluno(a), ou arremessou, lançou ou impulsionou objetos na direção do(a) aluno(a) na intenção de machucá-lo(a).

E-18) Deu um soco, chutou ou bateu em você?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já socou o(a) aluno(a), soqueou, deu um impulso forte com o pé ou pontapé ou, espancou o(a) aluno, seja com as mãos ou pés.

E-19) Causou algum corte, hematoma ou fratura em você?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já causou algum ferimento ao(à) aluno(a) que resultasse no corte, hematoma de alguma parte da pele, no acúmulo de sangue sob a pele ou no rompimento ou quebra de algum osso ou cartilagem.

E-20) Forçou você a fazer alguma prática sexual na qual você não se sentia confortável ou quando estava sob efeito de álcool ou outras drogas?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já obrigou, coagiu, submeteu ou impôs (de forma violenta ou não) o(a) aluno(a) a fazer alguma prática sexual na qual ele(a) se sentia constrangido, desconfortável ou quando ele(a) era incapaz de julgar ou consentir a situação, como quando sob efeito de álcool ou outras drogas. Entende-se por prática sexual o toque dos genitais, ânus, virilha, peito, interior das coxas ou nádegas ou a penetração vaginal/anal/oral.

E-21) Impôs a você uma transa usando força física?

(1) Sim (0) Não (8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses

Nessa questão queremos saber se algum(a) parceiro(a) já forçou, obrigou, coagiu ou submeteu-o(a) o(a) aluno(a) a uma transa usando força física (como segurar ou agarrar,

impedindo a interrupção do ato). Entende-se como transa o toque dos genitais, ânus, virilha, peito, interior das coxas ou nádegas ou a penetração vaginal/anal/oral.

6.10 BLOCO ASPECTOS COMPORTAMENTAIS

AS PRÓXIMAS QUESTÕES REFEREM-SE AOS COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO TRÂNSITO.

E-22) Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco da frente?

(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) A maioria das vezes (4) Sempre

Nesta questão queremos investigar com que frequência o aluno usa cinto de segurança (sem tempo recordatório), sendo este uso tanto no banco do carona dianteiro do veículo quanto no do motorista.

E-23) Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco de trás?

(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) A maioria das vezes (4) Sempre

Nesta questão queremos investigar com que frequência o aluno usa o cinto de segurança (sem tempo recordatório), sendo este uso no banco traseiro do veículo.

E-24) Quando você andou de moto nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

(0) Nunca usei capacete

(1) Raramente usei capacete

(2) Às vezes usei capacete

(3) A maioria das vezes usei capacete

(4) Sempre usei capacete

(5) Eu não andei de moto nos últimos 12 meses

Aqui queremos verificar com que frequência o aluno usou capacete ao andar de moto nos últimos 12 meses, sendo tanto como carona quanto como motorista.

E-25) Quando você andou de bicicleta nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

(0) Nunca usei capacete

(1) Raramente usei capacete

(2) Às vezes usei capacete

(3) A maioria das vezes usei capacete

(4) Sempre usei capacete

(5) Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses

Aqui queremos verificar com que frequência o aluno usou capacete ao andar de bicicleta nos últimos 12 meses.

E-26) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou em outro veículo no qual o motorista (você ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica?

(0) Nenhuma vez

(1) 1 vez

(2) 2 ou 3 vezes

(3) 4 ou 5 vezes

(4) 6 ou mais vezes

Nesta questão queremos investigar o número de vezes, nos últimos 30 dias, que o aluno circulou em um carro (na condição de motorista ou carona) em que o motorista (seja o(a) aluno(a) ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica anteriormente ou durante a condução do veículo. Se o/a respondente perguntar a quantidade de bebida, responder qualquer quantidade. Se o respondente relatar que não sabe se o motorista bebeu, assinalar nenhuma vez.

E-27) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você escreveu mensagens ou enviou e-mails enquanto dirigia um carro ou outro veículo?

- (0) Nenhum dia
- (1) 1 ou 2 dias
- (2) 3 a 5 dias
- (3) 6 a 9 dias
- (4) 10 a 19 dias
- (5) 20 a 29 dias
- (6) Todos os 30 dias
- (7) Eu não dirigi um carro ou outro veículo nos últimos 30 dias

Aqui queremos verificar se o respondente, nos últimos 30 dias, utilizou um veículo (somente na condição de motorista) e, concomitantemente, escreveu ou enviou mensagens em dispositivos eletrônicos (como telefone celular, smartphones ou tablets).

E-28) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você falou no telefone enquanto dirigia um carro ou outro veículo?

- (0) Nenhum dia
- (1) 1 ou 2 dias
- (2) 3 a 5 dias
- (3) 6 a 9 dias
- (4) 10 a 19 dias
- (5) 20 a 29 dias
- (6) Todos os 30 dias
- (7) Eu não dirigi um carro ou outro veículo nos últimos 30 dias

Aqui queremos verificar se o respondente, nos últimos 30 dias, utilizou um veículo (carro, moto, bicicleta, etc) (somente na condição de motorista) e, concomitantemente, falou em dispositivos eletrônicos (como smartphones ou tablets), utilizando o autofalante do próprio dispositivo eletrônico ou dispositivos eletrônicos com microfone/viva-voz, ou falando com o próprio dispositivo na mão

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SERÃO SOBRE BRIGAS E OUTROS COMPORTAMENTOS

E-29) Nos últimos doze meses, quantas vezes você bateu em outras pessoas com a intenção de machucá-las? (NÃO inclua irmãos, irmãs nem brincadeiras de luta e chutes em jogos)

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (8) nenhuma vez

Nesta questão queremos verificar o número de vezes que o respondente, nos últimos 12 meses, envolveu-se em briga com intenção de agredir fisicamente alguma pessoa (s)

desconhecida (que não seja da sua família). Não se aplica a situações de brincadeiras de lutas e chutes em jogos.

E-30) Nos últimos doze meses, quantas vezes você roubou dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando?

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (8) nenhuma vez → pula para a Questão E-32

Aqui queremos investigar o número de vezes, nos últimos 12 meses, que o(a) aluno(a) realizou roubo/furto de dinheiro ou algum objeto. É aplicável tanto para pessoas conhecidas quanto desconhecidas. Caso o respondente marque a opção “nenhuma vez”, é feito um pulo para a questão 259.

E-31) Neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, você fez ameaças ou usou força e violência contra outra pessoa?

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (8) nenhuma vez

Caso o(a) aluno(a) tenha marcado pelo menos a opção “1 vez” na questão anterior, queremos verificar se, neste ato de furto/roubo relatado, foi feito algum tipo de ameaça com xingamentos ou uso de força física/violência contra o indivíduo roubado.

E-32) Nos últimos doze meses, quantas vezes você carregou uma faca ou outra arma para se proteger ou brigar?

- (1) 1 vez
- (2) 2 vezes
- (3) 3 vezes
- (4) 4 vezes
- (5) 5 vezes
- (6) entre 6 e 10 vezes
- (7) mais de 10 vezes
- (8) nenhuma vez

Aqui queremos investigar se, nos últimos 12 meses, quantas vezes o aluno carregou arma de fogo ou outra arma (como faca, canivete, soco inglês, punhal, adaga, martelo, etc) com objetivo de proteger-se ou para uso em briga física com desconhecidos.

E-33.34) Nos últimos doze meses, você usou arma contra outra pessoa?

- (1) sim. Qual(is) arma(s)? _____ (0) não

Nesta questão queremos verificar se, nos últimos 12 meses, o aluno fez uso de arma de fogo ou outra arma (como faca, canivete, soco inglês, punhal, adaga, martelo, etc) contra indivíduos conhecidos ou desconhecidos. Se o aluno assinalar a opção “sim” é questionado qual arma foi utilizada.

6.11 BLOCO USO DE SUBSTÂNCIAS

NESTA SESSÃO PERGUNTAREMOS SOBRE O USO DE DROGAS. É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA QUE O ALUNO SEJA SINCERO(A). CASO NECESSÁRIO, LEMBRE-O QUE AS INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS AQUI SERÃO TRATADAS COM SIGILO.

Na sua vida, você alguma vez já usou alguma das substâncias abaixo?

(Marque com um X em cada opção)

As próximas perguntas são sobre o consumo de cinco drogas (cocaína, solventes e inalantes, ecstasy, alucinógenos e maconha) alguma vez na vida. Responder “Sim” se já consumiu a droga em questão alguma vez na vida e “Não” se nunca consumiu. Quando o(a) participante responder “Sim” para alguma droga, será perguntado sobre o consumo nos 30 dias antecedentes a pesquisa.

E-35) COCAÍNA

(1) Sim (0) Não → Pule para a questão E-37

Nessa pergunta queremos saber se o(a) participante já fez uso na vida de cocaína ou seus derivados. Será considerado, inclusive, se o uso foi apenas experimental, ou seja, se o(a) participante referir que usou apenas um vez, deve-se marcar a resposta “Sim”.

E-36) Se sim: Usou nos últimos 30 dias?

(1) Sim (0) Não

Caso o(a) participante responda que já fez uso na vida de cocaína ou de seus derivados, será questionado o consumo desta mesma substância nos últimos 30 dias.

E-37) SOLVENTES E INALANTES (Loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume)

(1) Sim (0) Não → pule para a questão E-39

Nessa pergunta queremos saber se o(a) participante já fez uso na vida de solventes ou inalantes, conhecidos como loló ou cola ou tiner ou benzina ou esmalte ou gasolina ou lança-perfume. Será considerado, inclusive, se o uso foi apenas experimental, ou seja, se o(a) participante referir que usou apenas um vez, deve-se marcar a resposta “Sim”.

E-38) Usou nos últimos 30 dias?

(1) Sim (0) Não

Caso o(a) participante responda que já fez uso de solventes ou inalantes na vida, será questionado o consumo destas mesmas substâncias nos últimos 30 dias.

E-39) EXTASY (bala, MDMA)

(1) Sim (0) Não → pule para a questão E-41

Nessa pergunta queremos saber se o(a) participante já fez uso na vida de ecstasy, conhecida como 3-4 metilendioximetanfetamina (MDMA) ou também bala. Será considerado, inclusive, se o uso foi apenas experimental, ou seja, se o(a) participante referir que usou apenas um vez, deve-se marcar a resposta “Sim”.

E-40) Usou nos últimos 30 dias?

(1) Sim (0) Não

Caso o(a) participante responda que já fez uso de ecstasy na vida, será questionado o consumo desta mesma substância nos últimos 30 dias.

E-41) ALUCINÓGENOS (doce, ácido, LSD, chá de cogumelo ou lírio)

(1) Sim (0) Não → pule para a questão E-43

Nessa pergunta queremos saber se o(a) participante já fez uso na vida de alucinógenos, conhecidos como dietilamida do ácido d-lisérgico (LSD) ou doce ou ácido; chá de cogumelo ou lírio. Será considerado, inclusive, se o uso foi apenas experimental, ou seja, se o(a) participante referir que usou apenas um vez, deve-se marcar a resposta “Sim”.

E-42) Usou nos últimos 30 dias?**(1) Sim (0) Não**

Caso o(a) participante responda que já fez uso de alucinógenos na vida, será questionado o consumo desta mesma substância nos últimos 30 dias.

E-43) MACONHA**(1) Sim (0) Não** → pule para a questão E-45

Nessa pergunta queremos saber se o(a) participante já fez uso na vida de maconha ou seus derivados. Será considerado, inclusive, se o uso foi apenas experimental, ou seja, se o(a) participante referir que usou apenas um vez, deve-se marcar a resposta “Sim”.

E-44) Usou nos últimos 30 dias?**(1) Sim (0) Não**

Nessa pergunta queremos saber se fez uso de maconha ou seus derivados, nos últimos 30 dias.

SE SIM PARA QUALQUER DROGA:**E-45) Com que idade você experimentou pela primeira vez?**

__ __ anos completos

Se o(a) participante respondeu “Sim” para alguma das cinco drogas questionadas, será perguntado a idade de experimentação. Nesta pergunta estamos interessados em saber a idade que consumiu droga pela primeira vez. Se consumiu mais de uma, pensar na primeira droga que utilizou e anotar a idade referente ao primeiro uso desta droga.

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O USO DE ALGUNS MEDICAMENTOS

Você já usou alguma vez na vida algum(ns) desse(s) medicamentos para aumentar a concentração, obter melhor desempenho em provas ou melhorar sua capacidade de estudo?

F-01) Metilfenidato (Ritalina[®], Ritalina LA[®], Concerta[®]) (0) Não (1) Sim**F-02) Modafinil (Stavigile[®]) (0) Não (1) Sim****F-03) Piracetam (Nootropil[®], Nootron[®]) (0) Não (1) Sim**

Para cada medicamento deve ser marcado a opção “sim” ou “não”.

Nesta questão queremos saber se o estudante usou cada um dos medicamentos pelo menos “uma vez na vida”, incluindo o momento atual.

Se o estudante relatar que usou os medicamentos para tratamento exclusivo de alguma doença, orientar o estudante que responda “não”.

A resposta positiva engloba uso de qualquer dose.

Se o estudante responder “não” para todos os medicamentos, haverá um pulo para a questão F-15.

Considerando a última vez que você usou algum(s) deste(s) medicamento(s), qual(is) foi (foram) o(s) principais motivo(s) que te levaram a usá-lo(s)?

F-04) Para me manter acordado(a) por mais tempo (1) Sim (0) Não**F-05) Para melhorar a minha memória (1) Sim (0) Não****F-06) Para aumentar a minha concentração (1) Sim (0) Não****F-07) Para aumentar a minha capacidade de aprender (1) Sim (0) Não****F-08) Outro motivo. (1) Sim. Qual? _____ (0) Não**

Esta pergunta se refere a todos os medicamentos que o estudante respondeu positivamente nas perguntas F-01, F-02 e F-03

O estudante responderá “sim” ou “não” para cada motivo questionado, podendo relatar “sim” para todos eles.

Caso ele tenha usado mais de uma vez, orientar o estudante que a resposta deve considerar a última vez que ele usou o(s) medicamento(s).

F-09) Considerando a última vez que você usou algum(s) deste(s) medicamento(s), como você o(s) obteve?

- (1) Com um(a) amigo(a)
- (2) Com um familiar
- (3) Pela internet sem receita
- (4) Com um(a) médico(a)
- (5) Comprei em outro país sem receita
- (6) Outro

Esta pergunta se refere a todos os medicamentos que o estudante respondeu positivamente nas perguntas f-01, f-02 e f-03.

Caso ele tenha usado mais de uma vez, orientar o estudante que a resposta deve considerar a última vez que ele usou o(s) medicamento(s).

*As opções “com um amigo” ou “com um familiar” devem ser assinaladas no caso do amigo ou familiar ter dado ou vendido o medicamento ou até mesmo conseguido uma receita médica para o estudante. *Caso ele tenha usado dois ou três medicamentos ao mesmo tempo e a fonte de obtenção foi diferente para cada um deles, orientar que ele escolha uma única opção, de sua preferência.*

F-10) Considerando a última vez que você usou algum(s) deste(s) medicamento(s) com quem você estava morando?

- (1) Sozinho
- (2) Com os pais/familiares
- (3) Com amigos ou colegas
- (4) Cônjuge/companheiro/ namorado(a)
- (5) Não lembro

Esta pergunta se refere a todos os medicamentos que o estudante respondeu positivamente nas perguntas 268, 269 e 270. Caso ele tenha usado mais de uma vez, orientar o estudante que a resposta deve considerar a última vez que ele usou o(s) medicamento(s). Se o estudante relatar que estava morando em pensionato/república, orientar que ele assinale a resposta (3) com amigos ou colegas.

Se o estudante relatar que estava morando com pais/familiares e amigos, ou pais/familiares e cônjuge/companheiro/namorado(a) orientar que ele marque a opção (2) com pais/familiares.

F-11) Você conseguiu atingir seu objetivo ao usar esse(s) medicamento(s)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Em parte
- (9) Não sei

Nesta questão queremos saber se o estudante atingiu o(s) objetivo(s) relatados nas questões F-04 a F-08.

A opção “em parte” deve ser assinalada caso o estudante tenha achado que o objetivo foi alcançado parcialmente.

Caso o estudante não saiba se atingiu o objetivo ao usar o medicamento, orientar que a resposta seja (9) não sei

Você já usou nos últimos 12 meses algum(ns) desse(s) medicamentos para e aumentar a concentração, obter melhor desempenho em provas ou melhorar sua capacidade de estudo?

F-12) Metilfenidato (Ritalina[®], Ritalina LA[®], Concerta[®]) (0) Não (1) Sim

F-13) Modafinil (Stavigile[®]) (0) Não (1) Sim

F-14) Piracetam (Nootropil[®], Nootron[®]) (0) Não (1) Sim

Para cada medicamento deve ser marcado a opção “sim” ou “não”.

Nesta questão queremos saber se o estudante usou cada um dos medicamentos pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, incluindo o momento atual (mesmo que ele tenha respondido positivamente às perguntas 268, 269 e 270.

Se o estudante relatar que usou os medicamentos para tratamento de alguma doença, orientar o estudante que responda “não”.

Se o estudante respondeu “Sim” para algum medicamento nas perguntas acima (279, 280 ou 281) ou nas perguntas 268, 269 ou 270, haverá um pulo para a pergunta 287

F-15) Você já teve vontade de usar algum desses medicamentos?

(1) Sim (0) Não → pular para a questão F-20

Essa questão só deverá ser respondida se o estudante marcou “não” para todas as opções de medicamentos das questões 268, 269 e 270. Se o estudante responder “não”, haverá um pulo para a questão F-20.

Se você já teve vontade de usar, por que não usou?

F-16) Não acho ético (1) Sim (0) Não

F-17) Não consegui o medicamento (1) Sim (0) Não

F-18) Tenho medo dos efeitos colaterais (1) Sim (0) Não

F-19) Outro motivo. (1) Sim. (0) Não

Nesta questão queremos saber se por que o estudante relatou nunca ter usado qualquer um dos medicamentos questionados.

O estudante responderá “sim” ou “não” para cada motivo questionado, podendo relatar “sim” para todos eles.

O termo “Efeitos colaterais” é sinônimo de reações adversas e de efeitos indesejados que o medicamento possa causar como por exemplo dor de cabeça, coração acelerado (taquicardia), náusea/enjoo, etc.

Não engloba efeitos que se espera com o uso do medicamento como dificuldade para dormir se o motivo de uso for aumentar o tempo acordado.

6.12 BLOCO AGRESSÃO

As próximas perguntas são sobre AGRESSÃO CONTRA O INDIVÍDUO, FEITA POR ALGUÉM QUE NÃO É SEJA DE SUA FAMÍLIA

F-20) Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (como bandido, policial, assaltante, etc.)?

(0) Não → finalize o questionário (1) Sim

Identificar casos de violência ou lesões infligidas por outra pessoa desconhecida, através de qualquer meio, com a intenção de lesar (ferir) ou matar, ou impossibilitar ou reduzir a capacidade do indivíduo de reagir.

- *Pessoa desconhecida é considerada aquela que não é do convívio do aluno.*
- *Serão consideradas como violência: sequestro relâmpago; perseguição; assalto ou ameaça com arma ou objeto perfuro-cortante que impossibilite a resistência; agressões físicas.*

F-21) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu violência de pessoa desconhecida?

(1) Uma vez

(2) Duas vezes

(3) De três a seis vezes

(4) De sete a menos de 12 vezes

(5) Pelo menos uma vez por mês

(6) Pelo menos uma vez por semana

(7) Quase diariamente

Registrar quantas vezes que a pessoa sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida.

F-22) Pensando na violência mais grave que você sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, como você foi ameaçado(a) ou ferido(a)?

- (1) Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)**
- (2) Com objeto pérfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)**
- (3) Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)**
- (4) Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)**
- (5) Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões**
- (6) Outro**

Informar o meio de agressão utilizado. Mesmo que a pessoa tenha sofrido outras violências, deverá ser considerada apenas a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses.

(1) Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) - inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros. Inclui: "bala perdida".

(2) Com objeto pérfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) – são objetos que produzem cortes ou perfurações (ou furos) no corpo de um indivíduo. Inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros.

(3) Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra etc.) – são objetos que provocam lesões através de pressão em alguma parte do corpo, batendo ou se chocando. Normalmente causam hematomas (marcas roxas) ou escoriações (arranhões). Inclui pedaço de pau, pedra, barra de ferro, cassetete e outros.

(4) Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão) - inclui murro, tapas, socos, empurrões e outros.

(5) Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões

(6) Outro - qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas.

F-23) Pensando na violência mais grave que você sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, onde ocorreu esta violência?

- (1) Residência**
- (2) Trabalho**
- (3) Escola/faculdade ou similar**
- (4) Bar ou similar**
- (5) Via pública**
- (6) Banco/Caixa Eletrônico/Lotérica**
- (7) Outro**

Identificar ao local de ocorrência do evento segundo a relação abaixo.

Mesmo que a pessoa tenha sofrido outras violências, deverá ser considerada apenas a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses.

(1) Residência - Lugar utilizado como moradia. Inclui a própria residência da pessoa atendida/vítima ou, quando for o caso, a de amigos, parentes, vizinhos, cônjuge, namorado(a), do provável autor(a) da agressão(a), outros. Inclui habitação coletiva.

(2) Trabalho - Inclui qualquer ambiente de trabalho.

(3) Escola/Faculdade ou similar - Inclui campus universitário, colégio, escolas públicas e privadas em geral, instituição de ensino, e outros espaços de educação.

(4) Bar ou similar - Inclui bar, botequim, lanchonete, danceteria, discoteca, casa de shows e outros.

(5) Via pública - Incluem calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos ou terminais de ônibus, passarelas, entre outros.

(6) Banco/Caixa eletrônico/Lotérica - Inclui banco, caixa eletrônico, casa lotérica, casa de câmbio, banco postal.

(7) Outro - Qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriormente citadas.

F-24) Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:

- (1) Bandido, ladrão ou assaltante**
- (2) Agente legal público (policial/agente da lei)**
- (3) Profissional de segurança privada**
- (4) Gangue/grupo organizado**
- (5) Outro**

Identificar o provável autor(a) da agressão.

(1) Bandido, ladrão ou assaltante - Inclui bandido, ladrão, assaltante, sequestrador, homicida, entre outros.

(2) Agente legal público (policial/agente da lei) - Inclui autoridades judiciárias, policiais, agentes penitenciários, carcerários ou outros agentes da lei.

(3) Profissional de segurança privada - Inclui profissionais que façam segurança em locais privados, tais como estabelecimentos comerciais, eventos particulares, entre outros.

(4) Gangue/grupo organizado - Inclui ter sofrido agressão por grupo de pessoas formado por bandidos, ladrões, assaltantes, sequestradores, homicidas, entre outros.

(5) Outro - Qualquer outro desconhecido que tenha cometido a agressão não contemplada nas categorias acima.

F-25) Esta ocorrência ocorreu aqui em Pelotas?

- (0) Não (1) Sim**

Identificar o local da ocorrência do evento em relação a ter ocorrido em Pelotas/RS.

F-26) Por causa dessa violência, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à aula, etc.)?

- (0) Não (1) Sim**

Identificar a interrupção de tarefas habituais em consequência da violência sofrida.

F-27) Você teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?

- (0) Não (1) Sim**

Identificar a ocorrência de lesões corporais em decorrência da violência sofrida.

F-28) Por causa desta violência, você recebeu algum tipo de assistência de saúde?

- (0) Não → finalize o questionário (1) Sim**

Identificar a demanda por assistência em saúde em decorrência da violência sofrida.

F-29) Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?

- (1) No local da violência**
- (2) Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)**
- (3) Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica**
- (4) UPA (Unidade de Pronto Atendimento)**
- (5) Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)**
- (6) Pronto-socorro ou emergência de hospital público**
- (7) Hospital público/ambulatório**
- (8) Consultório particular ou clínica privada**
- (9) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato**
- (10) Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado**
- (11) No domicílio, com médico particular**
- (12) No domicílio, com médico da equipe de saúde da família**
- (13) Outro**

Identificar o local do primeiro atendimento.

- (1) No local da ocorrência*

- (2) *Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) - Entende-se por posto ou centro de saúde o estabelecimento (ambulatorio, centro, núcleo, posto, subposto ou unidade municipal de saúde, assistência à gestante, médico-comunitária, vigilância epidemiológica, medicação, higiene ou puericultura, ou posto mantido por instituição filantrópica ou comunitária) destinado a prestar assistência ambulatorial utilizando técnicas apropriadas, esquemas padronizados de atendimento e profissionais de saúde de nível superior (médicos, dentistas etc.) e/ou de nível médio, e que não aceita internação. Além do atendimento ambulatorial, pode, ainda, desenvolver atividade de vacinação, programas e orientações sobre a saúde, coleta de material para exame, programas de saúde da mulher, distribuição de medicamentos etc.;*
- (3) *Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM (Posto de Assistência Médica) - Local onde ficam as especialidades (ex.: ginecologia, nefrologia, neurologia, gastrologia, ortopedia).*
- (4) *UPA (Unidade de Pronto Atendimento) - Atendimento de urgências clínicas, cirurgias e outras.*
- (5) *Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) - Outras denominações que atendem urgência.*
- (6) *Pronto-socorro ou emergência de hospital público - Local para atendimento de urgência.*
- (7) *Hospital público/ambulatorio - Local para atendimento de consultas e procedimentos como nebulização, curativos etc. Inclua neste código Hospital militar.*
- (8) *Consultório particular ou clínica privada - Local para consultas e atendimentos pagos diretamente pelo usuário ou cobertos pelo plano da saúde (quando o usuário o tiver).*
- (9) *Ambulatorio ou consultório de empresa ou sindicato - Local mantido por sindicato, empresa para atendimento de consultas.*
- (10) *Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado - Local para atendimento de urgência. Local onde se paga pelo atendimento.*
- (11) *No domicílio, com médico particular*
- (12) *No domicílio, com médico da equipe de saúde da família - Visita realizada pelo agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico ou outro profissional da equipe de saúde da família.*
- (13) *Outro serviço - Qualquer outro serviço não contemplado nas categorias acima.*

F-30) Você teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?

(0) Não (1) Sim

Identificar se a pessoa teve ou tem alguma lesão física ou perturbação funcional, decorrente desta violência.

POR FAVOR, NÃO PREENCHA ESTA FICHA! ELA SERÁ USADA PELA EQUIPE RESPONSÁVEL SE VOCÊ FOR SORTEADO A REALIZAR O TESTE DE VISÃO.

<p>A1. Entrevistador: _____</p> <p>A2. AV olho direito: _____</p> <p>A3. (1) com correção (2) sem correção</p> <p>A4. Obs.: _____ (8) NSA</p> <p>A5. AV olho esquerdo: _____</p> <p>A6. (1) com correção (2) sem correção</p> <p>A7. Obs.: _____ (8) NSA</p>

7.MANUAL PARA TESTE DE ACUIDADE VISUAL

OBSERVAÇÃO: este teste não será aplicado a todos os alunos. Atentar para o item 3.3 seleção da amostra para o teste de acuidade visual

- Enquanto os alunos preenchem o questionário:

- Fixar a tabela em uma parede, na altura do olhar de uma pessoa sentada.
- Medir a distância de 6 metros e marcar com uma fita adesiva o local exato.
- Posicionar uma cadeira com as patas traseiras na marca dos 6 metros.

- Após o preenchimento do questionário e entrega do tablet para a equipe de mestrandos:

1º. Convidar o aluno sorteado para fazer um teste simples de visão. Explicar que é rápido e fácil. Mostrar o TCLE para o teste de acuidade visual, explicar que é semelhante ao já assinado para o questionário e pedir para que leia e assine, se concordar em realizar o teste. Somente fazer o teste se o aluno assinar as duas vias do TCLE.

3º Observar se aluno está usando óculos e, caso não os esteja usando, perguntar: “você está usando lentes de contato?”. Caso afirmativo, marcar “com correção”. Se não tiver usando óculos ou lentes de contato, marcar “sem correção”.

OBS: caso perceba que o aluno tenha tirado os óculos para fazer o teste, pedir para que os coloque.

4º Escrever o seu número como entrevistador.

5º. Posicionar o aluno no local marcado, seguindo às informações:

- “Você vai tapar o olho esquerdo com este oclusor (mostrar) e ler em voz alta as letras da tabela, linha por linha, de cima até embaixo (até onde for possível enxergar). Depois, repetimos com o outro olho”.
- O aluno deve manter os olhos abertos durante todo o teste, piscando normalmente.

6º. Durante o teste, se o aluno apresentar alguma dificuldade, incentivar para que tente adivinhar a letra¹.

7°. Anotar como acuidade visual (AV) a linha correspondente às menores letras que o aluno leu corretamente, aceitando-se um erro de até menos da metade das letras da linha correspondente.

Exemplo: até 1 erro em uma linha de 4; 2 erros em uma linha de 5.

8°. Se o aluno não conseguir ver a primeira letra, anotar como AV < 20/200.

Se o aluno ler abaixo da linha vermelha, anotar como 20/20.

9°. Marcar “com correção” se o aluno tiver usando óculos ou lente de contato e “sem correção” se não os tiver utilizando.

10°. Se a AV de um ou ambos os olhos for pior que 20/30, informar que há a possibilidade de alguma alteração ocular, devendo o aluno buscar consulta com um oftalmologista. No SUS, o encaminhamento deve ser feito através das unidades básicas de saúde (UBS).

11°. Finalizar o questionário, agradecer a participação e liberar o aluno.

8. ANEXOS

ANEXO 1. CARTÕES DE DOSES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

CARTÃO02A – CERVEJA

			
1 garrafa	1 longneck (cerveja pequena)	1 lata	1 copo

CARTÃO2A – VINHOS

 <p>1 copo comum grande (250ml)</p>	 <p>1 garrafa (750ml)</p>
--	--

CARTÃO2A – DESTILADOS

 <p>1 martelinho 60ml (cachaça, vodca, uísque, conhaque)</p>	 <p>1 martelinho 100ml (cachaça, vodca, uísque, conhaque)</p>	 <p>1 dosador 45-50ml (uísque, rum, licor)</p>
 <p>1 garrafa de uísque</p>	 <p>1 garrafa de cachaça</p>	 <p>1 garrafa de conhaque</p>

CARTÃO2B – CERVEJA

 <p>Três garrafas de cerveja ou mais</p>	 <p>Seis garrafas long- neck ou mais.</p>	 <p>Seis latas de cerveja ou mais</p>	 <p>Seis copos grandes de cerveja ou mais</p>
---	--	---	--

CARTÃO2B – VINHOS

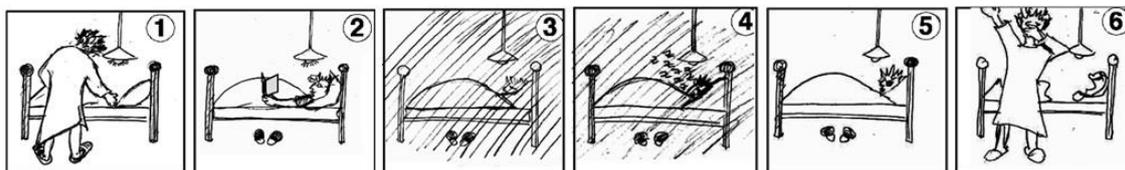
 <p>Três copos grandes de vinho ou mais</p>	 <p>Uma garrafa de vinho de 750ml ou mais</p>
--	--

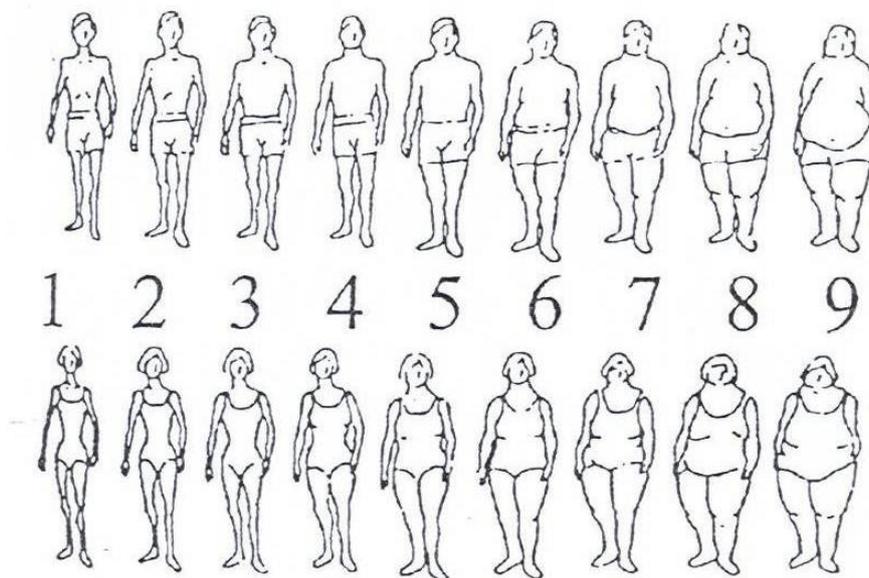
CARTÃO2B – DESTILADOS

 <p>Três martelinhos de 60ml ou mais(cachaça, vodca, uísque, conhaque)</p>	 <p>Dois martelinhos de 100ml ou mais(cachaça, vodca, uísque, conhaque)</p>	 <p>Seis dosadores de 45-50ml ou mais(uísque, rum, licor)</p>
 <p>1/5 ou mais de uma garrafa de uísque</p>	 <p>1/5 ou mais de uma garrafa de cachaça</p>	 <p>1/5 garrafa de conhaque</p>

ANEXO 2. TABELA DE SNELLEN

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	

ANEXO 3. FIGURAS BLOCO DO SONO

ANEXO 4. ESCALA DE SILHUETAS

APÊNDICE 3. Diário de campo do Consórcio Universitário 2017/2018.

RELATÓRIO TRABALHO DE CAMPO

Equipe: _____	Data: ____/____/____	Disciplina: _____
Curso: _____		
Professor: _____	Turma: _____	

Número de alunos		
Matriculados (reitoria): _____	Presentes: _____	Não elegíveis: _____
Faltas: _____	Encaminhados para teste de acuidade visual: _____	recusas de teste de acuidade visual: _____
Número de chamada na lista: _____	Aplicador	
AV: _____		
****Marcar na lista de chamada os não elegíveis, as recusas e as faltas****		

Caracterização de recusas							
No	1	2	3	4	5	6	7
Idade							
Sexo							
Cor da pele							

****Anotar o motivo de recusas no comentário conforme o número de ordem de recusa.

Questionário	
Início da aplicação: ____h ____min	
Término do 1º questionário: ____h ____min	Término do último questionário: ____h ____min
Nº de questionários em papel: _____	Nº de questionários em tablet: _____
Comentários	

**** Não elegíveis: azul; Recusas: amarelo; Faltas: rosa.

APÊNDICE 4 – TCLE Acuidade Visual



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) aluno(a):

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), gostaríamos de convidar você para REALIZAR UM TESTE DE ACUIDADE VISUAL, QUE FAZ PARTE da pesquisa com os ingressantes na UFPEL em 2017/1. O objetivo do TESTE é AVALIAR A VISÃO ATUAL DE CADA INDIVÍDUO SELECIONADO. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde dos estudantes de Pelotas com 18 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemio-UFPEL.org.br>. Para que você possa entender melhor, informamos que:

PROCEDIMENTOS: O teste de acuidade visual será aplicado por pessoas treinadas, capacitadas e supervisionadas por um oftalmologista. Cabe ressaltar que não se trata de um exame oftalmológico, e sim, uma avaliação rápida e sem fins de diagnóstico. O teste é realizado sem contato físico com o aplicador. Caso sua visão não atinja o considerado normal, você será orientado a buscar atendimento oftalmológico.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é voluntária. Você mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

DESPESAS: Você não terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

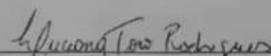
RISCOS: A sua participação tem riscos mínimos, como saber se é portador de alguma dificuldade visual.

SIGILO: Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

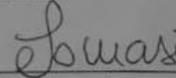
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. Você ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura nesse documento significa que entendeu todas as informações e concorda em participar desse estudo.

NOME COMPLETO: _____

ASSINATURA: _____ DATA: __/__/2017


Prof.ª . Luciana Tovo Rodrigues


Prof.ª . Helen Gonçalves
Pesquisadoras responsáveis


Prof.ª . Elaine Tomasi

UFPEL - Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Rua Marechal Deodoro, 1160 3º Piso Bairro Centro -Pelotas, Tel: 3284.1300 ramal: 332

APÊNDICE 5. Checklist dos materiais a serem levados para o campo do Consórcio universitário 2017/2018.

Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Curso: _____

Disciplina: _____

Local: _____

Professor: _____ Ingressantes: _____

Mestrandos:

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

Lembrar:

a_07: _____

“SAVE AND GO TO NEXT INSTRUMENT”

QUESTÕES DE TEMPO

FB: Seu-UFPEL INST: @seu.ufpel

TCLE consórcio TCLE visão Abordagem

Diário de campo Quest. Papel Canetas SEU

Figura Mathias Tabela Snellen Chamada

Manual de instruções Tablets Carregadores

Lápis, caneta, borracha, canetão, marca texto

Encaminhamentos lista c/ grafia dos cursos

APÊNDICE 6. Texto padrão para explicação do consórcio universitário 2017/2018 para os participantes.

Abordagem inicial

Entrar na sala de aula e agradecer ao professor pela ajuda.

Apresentar-se aos alunos:

Bom dia/Boa tarde/Noite!

Nós somos mestrandos do programa de epidemiologia da UFPel e gostaríamos de falar a respeito da pesquisa que estamos fazendo com os alunos da universidade.

Muito mais do que uma obrigação do mestrado esta é uma pesquisa que tem por objetivo conhecer a saúde do estudante universitário em seus diversos aspectos. Por que isso é importante? Não tem como a universidade e entidades de saúde pensarem sobre planos/propostas/políticas sem conhecer a realidade local e por isso essa pesquisa quer dar um passo para mudanças que sejam necessárias.

Nós queremos conhecer sobre todos os alunos que entraram na UFPel no início de 2017, são aproximadamente 3000 estudantes, e por isso estamos aqui hoje, porque vocês fazem parte dessa população.

A nossa pesquisa trata de assuntos importantes como discriminação, violência, atividade física, alimentação, acesso a serviços de saúde, sono e outros. E ela é simples: consiste em um questionário que vocês mesmos vão responder. As respostas que vocês derem nos interessam apenas no nível coletivo e não no nível individual. O que quero dizer com isso? Não queremos saber se você respondeu que tem 19 ou 25 ou 32 anos..queremos saber que a média de idade de vocês é 22 anos, por exemplo. Então, podem ficar tranquilos que suas informações não serão expostas e suas respostas serão anônimas. Tudo que for publicado de resultado dessa pesquisa será em termos 'coletivo', inclusive, ano que vem, quando terminarmos o trabalho, vocês terão uma devolutiva com os resultados que encontrarmos.

A participação de vocês é voluntária e nós agradecemos muito a sua ajuda ☺. Para que a gente consiga um resultado legal, é importante que vocês sejam sinceros, lembrando que as suas respostas são anônimas, vocês vão reparar que em nenhum momento vocês colocarão dados de identificação como nome e matrícula.

Pessoal, o que a gente ta fazendo aqui foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e a gente quer ler junto com vocês o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Só com a assinatura desse termo é que podemos fazer a pesquisa.

Alguém tem menos de 18 anos?

Alguém não é deste curso (falar o nome do curso)

Leitura do TCLE.

Alguns detalhes importantes!

Vocês vão responder o questionário em tablet. Qualquer dúvida em relação às perguntas ou as opções de resposta podem nos chamar. Se por acaso o tablet falhar, nós temos uma versão em papel para vocês terminarem o questionário.

Ficou alguma dúvida?

Então vamos começar! Obrigada!

APÊNDICE 7 – TCLE – Questionário



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) aluno(a),

Nós, mestrandos do curso de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), gostaríamos de convidar você a participar da pesquisa Saúde do Estudante Universitário (SEU-UFPEL), que está sendo realizada com todos os ingressantes na UFPEL no primeiro semestre do ano de 2017. Nós objetivamos conhecer o perfil dos estudantes maiores de idade (18 anos ou mais), seus comportamentos, hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, entre outros temas importantes. Uma pequena parte dos alunos também será convidada, logo após a finalização do questionário, a participar de um teste de visão.

Aos participantes será entregue um questionário, respondido individualmente. Sua participação deve ser inteiramente voluntária. Caso deseje recusar ou deixar de fazer parte desta pesquisa em qualquer outro momento, você não terá prejuízo ou sofrerá discriminação. Você não terá nenhuma despesa em participar com esta pesquisa.

É muito importante responder com sinceridade. O questionário é anônimo e os seus dados estarão guardados com segurança, suas respostas serão sigilosas. Os resultados deste estudo serão divulgados em conjunto, não sendo possível identificar suas respostas individuais. Tudo o que for respondido pelos entrevistados será usado somente para esta pesquisa.

A sua participação no estudo tem um risco que chamamos de mínimo, pois você poderá repensar ou lembrar algum fato desconfortável de sua vida ao ler as perguntas do questionário, por exemplo. Os benefícios do estudo são indiretos, uma vez que a compreensão de quem são nossos universitários e como está a saúde e outros aspectos da vida deles permitirá, a quem planeja ações em saúde, acessar informações atualizadas e que 'falam' do contexto local.

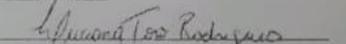
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL. Uma cópia deste documento ficará com você. Este documento tem nosso telefone e endereço, caso deseje nos procurar. Se necessário, você pode falar com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL, que está localizado na Av. Duque de Caxias, 250, Fragata, telefone 3284.4960. Sua assinatura neste documento significa que você entendeu todas as informações e concorda em participar.

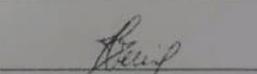
NOME COMPLETO: _____

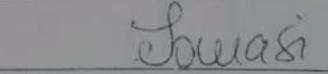
CURSO: _____

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

____/201____


Prof.ª Luciana Rodrigues


Prof.ª Helen Gonçalves


Prof.ª Elaine Tomasi

Responsáveis pelo estudo

UFPEL - Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Rua Marechal Deodoro, 1160 3º Piso Bairro Centro -Pelotas, Tel: 3284.1300 ramal: 332

APÊNDICE 8. Folder com endereço dos serviços de saúde em Pelotas.



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Mestrado em Epidemiologia



Este é um documento que lista alguns serviços de saúde disponíveis em Pelotas. Estamos disponibilizando uma lista de locais de atendimento público específicos para alguns problemas e que você poderá procurá-los, caso sinta necessidade.

Se você teve más experiências em seu relacionamento íntimo, como ter sido controlado(a), xingado(a), forçado(a) a fazer algo ou ter sido machucado(a) fisicamente, aqui estão locais para dar alguma assistência/informação:

Delegacia da Mulher: Rua Barros de Cassal, 516 - 3º Andar. Contato: (53) 3310-8150.

Disque-denúncia: Ligue 180 e Aplicativo para celular Clique 180.

Serviços da PRAE/UFPEL – Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis da UFPEL: Almirante Barroso, 1202. Contato: (53) 3284-4300.

Unidades Básicas de Saúde, sempre a mais próxima a sua residência.

Centro de Especialidades: Rua Voluntários da Pátria, 1428. Contato: (53) 3222-1426

Campos Saúde UCPel: Av. Fernando Osório. Contato: (53) 2128-8502/3223-3511.

Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento Depart. de Polícia do Interior. Rua Professor Doutor Araújo, 900. Contato: (53) 3222-2000.

Caso você tenha se sentido bastante deprimido, sem ânimo para realizar as coisas do dia a dia, pensou em fazer algo contra si próprio (como se machucar ou ferir) ou pensou que seria melhor morrer, há alguns serviços na cidade que poderão ajudar você. São eles:

Unidades Básicas de Saúde, Serviços da PRAE – Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis – UFPEL, **Centro de Especialidades, Campos Saúde UCPel, Ambulatório de saúde mental** (Prefeitura Municipal). Rua Voluntários da Pátria, 1428. Contato: (53) 3222-1426 / (53) 3227-8200, **Hospital Espírita de Pelotas** (somente urgência): Av. Domingos de Almeida, 2969. Contato: (53) 3228-1288

Caso você necessite de serviços odontológicos, tenha alguma dificuldade visual, algum problema relacionado ao consumo de drogas e/ou bebidas alcoólicas, queira realizar um teste para identificar alguma DST, obter preservativos ou outras informações referentes à saúde sexual, procure a **Unidade Básica de Saúde**, mais próxima, acesse o link da Prefeitura: <http://www.cliquesaudepelotas.com.br/#unidades-saude/>