



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

VALÉRIA DA SILVA FARIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES IDOSOS ANTES E
APÓS A CIRURGIA DE CATARATA**

GOIÂNIA, AGOSTO DE 2019

VALÉRIA DA SILVA FARIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES IDOSOS ANTES E
APÓS A CIRURGIA DE CATARATA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rogério José de Almeida

GOIÂNIA, AGOSTO DE 2019

F224a Faria, Valéria da Silva

Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos antes e após a cirurgia de catarata / Valéria da Silva Faria.-- 2019.

70 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas, Goiânia, 2019

Inclui referências: f. 53-59

1. Idosos - Saúde e higiene. 2. Qualidade de vida. 3. Participação social. 4. Catarata - Cirurgia. I. Almeida, Rogério José de. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde - 2019. III. Título.

CDU: 613.98(043)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a Deus e a minha
família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela total proteção à minha vida.

Agradeço ao Prof. Dr. Rogério José de Almeida pela serenidade, pelo encorajamento e pela credibilidade. A vontade de desistir foi imensa, mas seu incentivo superou tudo. Parabéns pela competência.

Agradeço à minha mãe, que sempre me apoiou nos momentos difíceis e nos momentos alegres.

Ao meu esposo pelo carinho e compreensão.

Agradeço, em especial, aos meus filhos, Paulo Henrique e Monise pela compreensão e colaboração nas atividades laterais, viabilizando, de algum modo, que eu dedicasse foco na presente pesquisa, a fim de tornar possível a concretização deste sonho.

Agradeço à Clínica Vivace, local onde exerço meu labor diário, pelo incentivo e apoio na realização da coleta de dados, em especial ao Dr. Élcio Nunes e aos pacientes que gentilmente participaram dessa pesquisa.

Agradeço aos docentes do MCAS, bem como aos componentes da banca de qualificação e defesa.

Enfim, obrigado aqueles que, de alguma maneira, contribuíram na concretização deste sonho.

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
AC	Acre
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DeCS	Descritores da Ciência da Saúde
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOL	Instituto Brasileiro de Oftalmologia
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NAC	N-acetilcarnosina
PE	Pernambuco
PUC	Pontifícia Universidade Católica
QV	Qualidade de Vida
RJ	Rio de Janeiro
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo

SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIO	Aferição da Pressão Intraocular
WHOQOL-BREF	Reduced World Health Organization Quality of Life instrument
WHOQOL-GROUP	World Health Organization Quality of Life-Group
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life instrument for older adults
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica de 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.....36
- Tabela 2.** Caracterização dos aspectos pessoais e clínicos dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.....38
- Tabela 3.** Caracterização dos escores de qualidade de vida e seus domínios dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.....39
- Tabela 4.** Comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos sociodemográficos dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.....41
- Tabela 5.** Comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos individuais e clínicos dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.....43

RESUMO

O idoso portador de catarata está sujeito a diversos fatores que permeiam a saúde e o bem estar da população da terceira idade e que podem contribuir ou não para sua percepção pessoal de satisfação com sua vida. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos antes e após se submeterem à cirurgia de catarata. Trata-se de estudo longitudinal analítico com abordagem quantitativa. A coleta de dados se deu em duas etapas, nas quais foram aplicados dois questionários, um sociodemográfico e o outro de avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa, WHOQOL-OLD. Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e aos testes estatísticos (Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, testes t de Student, ANOVA, testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Participaram da pesquisa 34 idosos, sendo 15 (44,1%) até 69 anos de idade e outros 19 (55,9%) que possuíam mais de 69 anos. Os resultados evidenciaram que, na comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos pessoais e clínicos da amostra investigada identificou-se um decréscimo nos escores do Funcionamento do Sensório nos idosos que não tinham atividade de lazer de 53,0 para 43,1 ($p = 0,0006$), que não praticavam atividade física de 53,1 para 43,5 ($p = 0,0023$) e naqueles que não utilizavam a internet de 53,1 para 44,0 ($p = 0,0010$). No domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras identificou-se um aumento do escore nos idosos que não tinham atividade de lazer de 67,4 para 72,0 ($p = 0,0258$), que não praticavam atividade física de 66,2 para 70,6 ($p = 0,0303$), nos que afirmaram ter outros problemas de saúde de 67,1 para 70,9 ($p = 0,0372$) e naqueles que referiram ter boa saúde de 69,7 para 75,5 ($p = 0,0298$). Já no domínio Participação Social houve um aumento do escore nos idosos que não tinham atividade de lazer de 56,7 para 65,3 ($p = 0,0068$), que não praticavam atividade física de 56,3 para 65,4 ($p = 0,0033$), nos que afirmaram ter uma saúde regular de 56,6 para 65,8 ($p = 0,0102$) e naqueles que referiram que não tinham medo da cirurgia de 55,9 para 65,4 ($p = 0,0025$). Conclui-se que ocorreram diferenças significativas para a população idosa pesquisada, onde notou-se decréscimo no Funcionamento do Sensório, aumento nas Atividades Passadas, Presentes e Futuras e aumento na Participação Social.

Palavras-chave: Extração da catarata; Participação social; Qualidade de vida; Saúde do idoso.

ABSTRACT

The elderly with cataracts are subject to several factors that permeate the health and well-being of the elderly population and may or may not contribute to their personal perception of satisfaction with their lives. The objective of this research was to evaluate the quality of life of elderly patients before and after cataract surgery. This is a longitudinal analytical study with a quantitative approach. Data collection took place in two stages, in which two questionnaires were applied, one sociodemographic and the other to assess the quality of life of the elderly, WHOQOL-OLD. In the data analysis, we used descriptive statistics and statistical tests (Kolmogorov-Smirnov Normality Test, Student's t-test, ANOVA, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests). Participated in the research 34 seniors, 15 (44.1%) up to 69 years old and 19 (55.9%) who were over 69 years old. The results showed that, in the comparison of quality of life scores and their domains with the personal and clinical aspects of the investigated sample, a decrease in the scores of the sensory functioning was identified in the elderly who had no activity of Leisure time from 53.0 to 43.1 ($P = 0.0006$), which did not practice physical activity from 53.1 to 43.5 ($P = 0.0023$) and in those who did not use the Internet from 53.1 to 44.0 ($P = 0.0010$). In the past, present and future activities domain, an increase in the score was identified in the elderly who did not have leisure activity from 67.4 to 72.0 ($P = 0.0258$), who did not practice physical activity from 66.2 to 70.6 ($P = 0.0303$), in those who reported having other Health problems from 67.1 to 70.9 ($P = 0.0372$) and in those who reported having good health from 69.7 to 75.5 ($P = 0.0298$). In the Social participation domain, there was an increase in the score in the elderly who had no leisure activity from 56.7 to 65.3 ($P = 0.0068$), who did not practice physical activity from 56.3 to 65.4 ($P = 0.0033$), in those who reported having a regular health from 56.6 to 65.8 ($p = 0.0102$) and in those who reported that they were not afraid of surgery from 55.9 to 65.4 ($P = 0.0025$). It is concluded that there is a statistical significance for the elderly population surveyed, where there was a decrease in the functioning of the sensory, increase in past, present and future activities and increase in social participation.

Keywords: Cataract extraction; Social participation; Quality of life; Health of the elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 A PESSOA IDOSA NA ATUALIDADE.....	15
3.2 QUALIDADE DE VIDA	18
3.3 A DOENÇA CATARATA.....	22
3.4 ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA.....	27
4 MÉTODOS.....	30
4.1 DELINEAMENTO.....	30
4.2 POPULAÇÃO E COLETA DE DADOS	30
4.3 INSTRUMENTOS.....	31
4.4 ANÁLISE DE DADOS	33
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS.....	35
6 DISCUSSÃO.....	44
7 CONCLUSÃO.....	51
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
Apêndice I – Questionário sociodemográfico.....	60
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	62
Anexo I – WHOQOL-OLD.....	64
Anexo II – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (PUC Goiás)	67

1 INTRODUÇÃO

Durante o transcurso dos anos o organismo humano se depara com diversas mudanças fisiopatológicas, que são inerentes ao processo de envelhecimento. Há, normalmente, o aparecimento de doenças relacionadas à idade. Assim, o processo de envelhecimento representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo no organismo e psiquismo (MENEZES; VILAÇA; MENEZES, 2016).

Fisiologicamente, o envelhecimento é caracterizado por limitações em manter a homeostase, porém essa involução fisiológica não impede que a pessoa se mantenha ativa, independente e feliz, tanto física como socialmente (MACEDO et al., 2013). O envelhecimento populacional é um fato levemente crescente no Planeta. Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), uma a cada nove pessoas tem mais de 60 anos de idade, no mundo. Estimativas apontam que no ano de 2050 haverá mais pessoas da terceira idade que pessoas menores de 15 anos, o que será inédito, somando-se cerca de dois bilhões de pessoas, o que significará 22% da população do globo (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional, no Brasil, é caracterizado pela concentração de incapacidades progressivas na vida diária e nas atividades funcionais, agregada a condições socioeconômicas críticas e hostis (MACEDO et al, 2013).

Neste contexto, o ritmo veloz de envelhecimento em nosso País tende a criar desafios novos, já que o referido processo dá-se em um panorama de profundas mudanças familiares e sociais (PEREIRA et al., 2012). O desgaste do organismo, individualmente, já reduz a capacidade funcional da pessoa, de maneira que as

enfermidades crônicas tendem a estimular esse processo, notadamente, se não houver acompanhamento médico (MENEZES; BACHION, 2012).

Nesta perspectiva, para Menezes e Bachion (2012), a velhice é, corriqueiramente, acompanhada por perdas decorrentes do curso vital, sendo que um dos primeiros sistemas a sofrer com a ação do tempo, particularmente é o visual, sendo o agravo mais frequente na população idosa, a catarata.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) descrevem que, cerca 51% dos casos de cegueira no Planeta são causados pela catarata, o que significa, aproximadamente, 20 milhões de indivíduos. Ao considerar-se a tendência de aumento na expectativa de vida da população mundial, tende a crescer a quantidade de pessoas que tem catarata, representando, então, um relevante motivo de baixa visão em nações em desenvolvimento e desenvolvidas (MACEDO et al., 2013).

Catarata, nada mais é que uma opacidade do cristalino. Referida estrutura é caracterizada como a lente natural do olho. Os indivíduos que portam essa patologia possuem a visão encoberta, a exemplo de quando se enxerga através de uma janela enevoada ou embaçada, o que pode tornar mais dificultosas tarefas cotidianas como dirigir um carro, ler ou interpretar a expressão de outros indivíduos, diminuindo drasticamente a qualidade de vida (QV) do idoso acometido (MENEZES; BACHION, 2012).

Menezes, Vilaça e Menezes (2016) afirmaram que a redução da capacidade da visão é o sintoma que está em segundo lugar dentre aqueles de maior repercussão na qualidade de vida de populações idosas, perdendo apenas para a dificuldade respiratória. Como resultado, a catarata eleva a probabilidade de indivíduos da população idosa sofrerem quedas, uma vez que, em paralelo,

sobrevém a redução da percepção de distâncias, da profundidade, do equilíbrio, diminuição da estabilidade e da adaptação ao escuro, o que gera problemas para a percepção de perigos eminentes (MACEDO et al., 2013).

Nesse contexto, percebe-se que a falta de equilíbrio é um coeficiente preocupante, já que a queda é compreendida como relevante fenômeno da morbimortalidade de idosos, sendo considerada um dos problemas de saúde pública e clínicos preponderantes, ante a elevada incidência, os altos custos assistenciais e as complicações. Esse fato pode, eventualmente, significar problemas funcionais, físicos e psicossociais limitantes, acarretando na diminuição da qualidade de vida (MENEZES; BACHION, 2012).

Quanto ao idoso acometido pela catarata, a aferição da qualidade de vida demanda adição de variadas vertentes de ordem psicológica, social e biológica, dado que diversos elementos figuram como indicadores ou determinantes de bem-estar na terceira idade, tais como: idade avançada, saúde mental e biológica, controle cognitivo, competência social, satisfação, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, permanência de papéis ocupacionais, familiares e continuidade de relações com amigos (MENEZES; VILAÇA; MENEZES, 2016).

O conceito de qualidade de vida reporta-se a distintos paradigmas que têm inspirado as rotinas de saúde. Para tanto, enfermidade e saúde são processos vinculados a vertentes socioculturais, financeiras, de prática pessoal e de modos de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Conforme lecionam Neri e Freire (2000), a QV na população idosa significa uma avaliação multifatorial que utiliza os dados normativos, interpessoais e sociais. Acerca das atuais relações, futuras e passadas entre a pessoa de terceira idade e

seu ambiente, a QV na fase idosa é influenciada por diversos componentes que, constantemente, interagem durante a existência do indivíduo.

Ante ao uso da QV como ferramenta de investigação, a OMS reuniu alguns pesquisadores de vários países, constituindo o World Health Organization Quality of Life-Group (WHOQOL-Group) no ano de 1995 com o propósito de tentar alcançar conceito comum e conceberem métodos para a sua avaliação (WHOQOL, 1995).

Resultados importantes correlacionando a catarata com o índice de QV vêm sendo investigados nos últimos anos. Macedo et al. (2013), ao avaliarem o conjunto medo de cair e a qualidade de vida de idosos com catarata, verificou que conforme a visão se torna mais prejudicada, maior é o medo de cair e conseqüentemente pior se torna a QV desses idosos.

Confirmando esses dados Menezes, Vilaça e Menezes (2016) comprovaram que idosos com catarata têm propensão a quedas, interferindo negativamente na QV de pessoas da terceira idade dos sexos masculino e feminino de 60 a 70 anos.

Tendo em vista que o limitante efeito que a catarata impõe a população idosa em função da diminuição na qualidade de vida, o objetivo da análise de problematização feita, situa-se em uma perspectiva longitudinal da relação da catarata com a qualidade de vida do idoso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos antes e após se submeterem à cirurgia de catarata.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Traçar um perfil epidemiológico dos pacientes idosos submetidos à cirurgia de catarata.

- * Comparar escores de qualidade de vida com aspectos sociodemográficos.

- * Comparar escores de qualidade de vida com aspectos individuais e clínicos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na confecção desta revisão literária preferiu-se os periódicos de divulgação científica. Optou-se por consultar a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das bases dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), bem como os periódicos CAPES.

Para a pesquisa eletrônica dos artigos científicos e indexados nas bases de dados, valeu-se dos seguintes Descritores da Ciência da Saúde (DeCS), bem como de suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: Idosos; catarata; cirurgia de catarata; quedas e idosos; qualidade de vida de pessoas da terceira idade.

3.1 A PESSOA IDOSA NA ATUALIDADE

A vida humana está consagrada no Brasil como direito fundamental e, protegida constitucionalmente, é possível conferir maior proteção à determinadas pessoas que se enquadrem em situações de maior vulnerabilidade social e cultural (BRASIL, 1988).

Após seis anos da promulgação da Constituição de 1988, editou-se a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), por meio da Lei nº 8.842, promulgada em 1994. A partir desse marco legal, foram obrigadas a se adaptar as instituições de ensino superior, de modo a se conformarem à Lei, a qual prega o ensino de Gerontologia Social e Geriatria nas Faculdades de Medicina pátrias (MURTA, MANGANARO, 2010).

Além disso, o art. 2º da Lei Federal nº 10.741 de 2003 prevê que a pessoa idosa frui da íntegra dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, de maneira que lhe é assegurada a íntegra das facilidades e oportunidades, para manutenção de sua saúde mental e física, bem como seu aperfeiçoamento social e intelectual, em condições de dignidade e liberdade (BRASIL, 2003).

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, revelou que o percentual de pessoas idosas, no Brasil, era de aproximadamente 11% do total dos brasileiros, significando uma média de 20 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais (KUCHEMANN, 2012).

Nesse sentido, dados do referido Instituto também revelam que os brasileiros mantiveram a tendência de envelhecimento, o que levou o Brasil a superar 30,2 milhões no ano de 2017. O estudo revelou, ainda, que entre 2012 a 2017 as maiores proporções de idosos estavam nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul (PARADELLA, 2017).

Pesquisadores do mesmo órgão afirmam que em 2039, o número de idosos vivendo do Brasil será maior que o de crianças. Tal pesquisa registrou, também, que em 2018 a população que possuía até 14 (quatorze) anos de idade, representava 21,3% dos brasileiros, de forma que a quantidade de pessoas deste grupo caíra drasticamente para 14,7% até o ano de 2060 e esse processo de transição etária propõe interferência para o planejamento e para a adaptação da oferta à demanda de serviços de saúde no país (IBGE, 2018).

Para tanto, mister que se entenda o ciclo de envelhecimento para a prestação de serviços adequados. Roach (2003) afirma que este ciclo possui quatro características fundamentais: a) o ciclo de envelhecimento é universal, processo ao qual todos estão submetidos, à exceção dos casos em que há morte na juventude;

b) o ciclo de envelhecimento se revela progressivo, porém não são todas as pessoas que, necessariamente apresentam sinais de envelhecimento compatíveis com a idade cronológica; c) o ciclo de envelhecimento é intrínseco à natureza; d) e, também é afetado por fatos extrínsecos.

De uma perspectiva fisiológica, o envelhecimento caracteriza-se pela redução da aptidão de cada sistema manterem o organismo equilibrado (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015). A manutenção deste equilíbrio resta prejudicada quando se percebe que durante o envelhecimento há predomínio de doenças crônicas (MINAYO, 2012).

Alguns estudos se dedicam a verificar os problemas e as doenças que mais afligem este grupo social, bem como, as variáveis que influenciam negativamente a qualidade de vida de indivíduos da terceira idade. Por exemplo, pesquisa feita em país norte-americano expôs que as patologias mais prevalentes nesta classe etária são a doença pulmonar obstrutiva crônica (24%), hipertensão (36%) e a catarata (17%) (CHI; CY; WU, 2011).

Outra pesquisa realizada pelo grupo American Geriatrics Society, British Geriatrics Society & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2011), que estuda a Geriatria constatou que o déficit visual é uma das variáveis inerentes a quedas de pessoas idosas.

Atualmente, há estudos que alertam para a necessidade de que pesquisas sobre qualidade de vida e vulnerabilidades em idosos possam guiar a atitudes de prevenção, de modo a como forma de extirpar, precaver e adiar condições de risco (JESUS, 2018).

Em razão da interação sistêmica de distintas vertentes que colaboram para a determinação da situação, Jesus (2018) propõe que interferências sejam feitas

por intermédio de serviços de assistência ao idoso e atenção à saúde, por meio de equipes multidisciplinares, nelas se inserindo enfermeiros, assistentes sociais, gerontólogos e profissionais da Psicologia. Afirma, ainda, a urgência de que a prestação de atenção às pessoas da terceira idade seja centrada, levando-se em consideração as singularidades e focando-se na proteção e atenção básica, a fim de que seja intensificado o trabalho comunitário como tática de aproximação para o cuidado de longo prazo, concentrando-se, sobretudo, em pessoas da terceira idade que residem em locais de com fragilidade social.

Nesse contexto, Oliveira (2018) ressalta o grande número de idosos que ofertam cuidados a outros idosos. Assim, tais indivíduos cuidadores, eventualmente, podem acumular condições de dupla vulnerabilidade inerente aos cuidados que precisam prestar a outros idosos, bem como ao processo de envelhecimento do próprio corpo.

Por isso, Jesus (2018) destaca a necessidade de realização de novas pesquisas nessa temática, ante a relevância da percepção antecipada da vulnerabilidade, além de impulsionar mudanças nas diretrizes governamentais, com a consequente implementação de estratégias contínuas e integradas, com o propósito de estimular maior qualidade de vida na fase idosa.

3.2 QUALIDADE DE VIDA

O reflexo de experiências, conhecimentos, significados e valores de coletividades e indivíduos (MINAYO et al., 2000) caracteriza-se como qualidade de vida. Nesse sentido, a noção de qualidade de vida não se extenua nas circunstâncias objetivas de que as pessoas dispõem, e sim no sentido que eles

imprimem a essas condições e o modo como vivem, sendo, assim, tais condições variáveis em relação a grupos e sujeitos distintos (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

Gonçalves e Vilarta (2004) abordam o conceito de qualidade de vida pelo modo como as pessoas sentem, vivem e compreendem seu cotidiano, o que engloba educação, transporte, saúde, trabalho, participação nas decisões que lhes dizem respeito e moradia, por exemplo. Por sua vez, quando se relaciona qualidade de vida à saúde, cuida-se de tratar da noção da pessoa acerca da condição de sua vida diante da doença, os tratamentos e as consequências referentes a ela (QUEIROZ, PACE, SANTOS, 2009).

Apesar da pesquisa sobre qualidade de vida seja interdisciplinar e abranja diferentes escolas de pensamento (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012), é relevante destacar sua origem na área de saúde.

Saúde que, outrora, era conceituada como um nível pleno de bem estar mental, social e físico e não somente a falta de doença (BRASIL, 1946), passou a ser vislumbrada como um meio para a vida e não como uma desígnio em si mesmo. Optou-se por privilegiar o desenvolvimento de competências individuais com o auxílio da ação comunitária na definição de prioridades, planejamento e implementação de artifícios conducentes à saúde (DIAS, 2014).

Desse modo era a narrativa de Seidl e Zannon (2004), que já argumentavam que os condicionantes e determinantes da cadeia saúde-doença são complexos e causados por vários fatores, de maneira que doença e saúde configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos financeiros, à experiência da pessoa, a aspectos socioculturais e ao modo de vida.

O que se afirma pois, na própria Conferência da Organização Mundial de Saúde realizada em 2009, estimulou-se o fortalecimento do trabalho intersetorial e a premência de inserir o objetivo de promoção da saúde nas agendas políticas, assim como a sua importância no desenvolvimento interligado das nações soberanas (DIAS, 2014).

Esta evolução da preocupação global com a saúde refletiu-se no Brasil já na edição da Constituição da República atual, conforme já ressaltado, de modo que o art. 196 do referido documento consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988).

O mencionado mandamento desencadeia a programação de ações de promoção de saúde para a população em geral, que no Brasil, perpassa pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Estudo sobre transição de saúde/doença nos diversos entes federativos pátrios, no decorrer dos 30 anos do SUS revelou que o referido Sistema contribuiu para a mudança do perfil sanitário do país, com latente redução da morbimortalidade materno-infantil, da mortalidade por doenças transmissíveis e por motivos evitáveis de morte, o que significou, por consequência, no alongamento da expectativa de vida saudável dos brasileiros (SOUZA, 2018).

Referida ação, perpassa, invariavelmente pelos progressos científicos médicos e farmacêuticos, já que um reduzido índice de adesão à terapia medicamentosa pode influenciar, de maneira negativa, na evolução clínica do paciente, bem como em sua qualidade de vida, constituindo-se contratempo que acarreta probabilidades de haver sequelas sociais, pessoais e financeiras (MARCHI, 2013).

Todas estas vertentes relacionadas a aspectos de saúde refletem na noção de qualidade de vida, a qual, não obstante, caracteriza-se a partir da consideração de inúmeros outros aspectos (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018).

Nesse sentido, a qualidade de vida é conceituada pelo Ministério da Saúde brasileiro como o nível de satisfação das necessidades da vida humana, como acesso a água potável, lazer, habitação, alimentação, trabalho, saúde, educação e elementos materiais que possuem como norte as aferições subjetivas de bem-estar, conforto e realização coletiva e individual (BRASIL, 2012).

Por sua vez, Simeão et al. (2018), leciona que a aferição de qualidade de vida demanda a crítica individual de alguns domínios específicos da vida, valendo exemplificar bem-estar pessoal, autoestima, além de abranger aspectos vinculados ao autocuidado, à capacidade funcional, à saúde, ao nível socioeconômico, à atividade intelectual, à interação social, ao suporte familiar, ao estilo de vida, aos valores éticos, culturais e religiosos, à função sexual, à satisfação com as atividades diárias ou o emprego, dentre outros.

Daí que se observa que vertentes diversas compõe a referida análise. Ao estudar qualidade de vida, pesquisadores investigam desde a velocidade da marcha de idosos (BINOTTO; LENARDT; RODRIGUEZ-MARTINEZ, 2018) até aspectos relacionados à depressão e ansiedade (SILVA; MARI, 2018), por exemplo. E esta busca contínua por aprendizado estimula avanços tecnológicos, além de elevar, de maneira considerável, o leque de opções para tratamento na oftalmologia (ALMEIDA; HIDA, 2014).

Nessa trilha, os avanços científicos revelam que o envelhecimento populacional pode ser celebrado como uma vitória da humanidade no século XX, o que está descrito, inclusive, em documento oficial do Ministério da Saúde publicada

em 2018. Referida conclusão, no entanto, é acompanhada do alerta para a existência, ainda, de inúmeros desafios para que o envelhecimento ocorra acompanhado de qualidade de vida (BRASIL, 2018).

No campo das políticas e dos programas dirigidas a população idosa o desafio é contemplar seus direitos, preferências e necessidades para a manutenção em melhoria da capacidade funcional, de modo a garantir atenção integral a saúde (BRASIL, 2018).

3.3 A DOENÇA CATARATA

Dentro do contexto de progressos da ciência para melhoria da vida das pessoas idosas, inúmeras pesquisas, no ramo científico, preocuparam-se em realizar estudos oftalmológicos com o fito de colaborar na confecção de estratégias de prevenção e controle de hipóteses evitáveis de cegueira (VERZONI; ZIN; BARBOSA, 2017).

Em determinado momento constatou-se, em indivíduos com idade entre 80 anos ou mais, que as causas de deficiência visual/cegueira dominantes eram: erro refrativo (21,5%), degeneração macular relacionada à idade (17,7%), catarata (43,8%) e degeneração miópica (3,8%) (CYPEL, 2017).

O foco científico outorgado a este trabalho delimitou-se ao estudo da catarata. Mas, antes de adentrar à conceituação do referido fenômeno visual, é importante entender o modo de funcionamento da visão humana.

Conforme Nogueira et al. (2011), o olho humano é composto por vários sistemas biológicos (circulatório, sensorial, motor, óptico e protetor), que detêm

fisiologias próprias e em harmonia exercem a sua principal função: enviar imagens perfeitas ao cérebro.

Nogueira et al. (2011) asseveram que as principais estruturas do sistema óptico são: o cristalino e a córnea. Os referidos autores definem que essas estruturas são como lentes, cuja função é refratar os raios luminosos que penetram no olho, proporcionando perfeito foco das imagens na retina.

As opacificações do cristalino se apresentam de tipos variados, dependendo das causas que a provocaram e são denominadas catarata. Nogueira et al. (2011) conceituam a catarata como a perda de transparência em decorrência do distúrbio degenerativo do cristalino, o que implica na diminuição gradativa da visão. Já, Menezes, Vilaça e Menezes (2016) a definem como qualquer opacificação do cristalino que sirva para diminuir a acuidade visual.

A catarata tem potencial para piorar a capacidade funcional, a mobilidade, o equilíbrio postural, além de estar vinculado ao temor de quedas, bem como ao aumento das morbidades, ao declínio cognitivo, a alteração do humor e ao desempenho insuficiente nos testes de equilíbrio postural e de mobilidade (PAZ, 2018).

Há dados que relatam que no nordeste brasileiro a catarata é uma doença muito prevalente, estando presente em 45% entre as pessoas de terceira idade, seguida pelo glaucoma (18%) (BRAVO FILHO, 2012).

Em Belém/PA foi investigada a capacidade funcional de pessoas da terceira idade que foram recebidos por programa do SUS daquela capital. Ficou constatado que, entre as pessoas avaliadas, o pior desempenho no teste de análise da capacidade funcional ocorreu em mulheres idosas com diagnóstico de catarata (SANTOS, 2013).

Outro estudo realizado com o fito de identificar níveis de comprometimento visual e a prevalência de ametropias e oftalmopatias em crianças atendidas em centro de referência de oftalmologia da região centro-oeste do Brasil revelou que, dentre as doenças mais encontradas, a catarata e as alterações do cristalino também estavam entre elas (ROCHA, 2014).

Pesquisa realizada em hospital terciário de Rio Branco/AC, com o objetivo de catalogar as moléstias de retina descobertas em pacientes que aguardavam tratamento, concluiu que, em 23,2% do grupo examinado, ao menos um dos olhos tinha catarata (MALERBI, 2015).

Em Recife/PE, também foi realizada pesquisa com o fito de identificar as doenças oculares entre os segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que ganham benefícios por incapacidade. Do total dos benefícios concedidos, 5.324 foram decorrentes de doenças oftalmológicas (2,5%). Entre as concessões de auxílio-doença, a principal causa foi a catarata (24,5%), seguida de conjuntivite (21,1%) e pterígio (8,8%) (VELOSO, 2018).

No estado de São Paulo, precisamente na região sudoeste, Schellini (2018), com o objetivo de avaliar a magnitude e os determinantes da cegueira bilateral e deficiência visual na referida região, constatou que a taxa de deficiência visual era grave. Afirma que estimativas indicaram a existência de 880 pessoas com deficiência visual bilateral na região, registrando que catarata (63%) e os erros refrativos (18%) eram as principais causas da deficiência.

Ainda no estado de São Paulo foi feito uma pesquisa epidemiológica dos problemas oculares da população de quatro aldeias indígenas da cidade de Avaí/SP. A íntegra dos participantes restaram submetidos a um completo exame oftalmológico que incluía medida da acuidade visual corrigida, refração, estrabismo

e avaliação da motilidade ocular extrínseca, aferição da pressão intraocular (PIO), biomicroscopia, teste de visão de cores e mapeamento de retina. O trabalho revelou prevalência de pterígio (14,05%), catarata (6,63%) e glaucoma (1,85%) na população analisada (GERMANO, 2017).

No Rio de Janeiro/RJ, a incidência de catarata também é relevante, tanto que restou realizado um estudo voltado ao objetivo de encontrar qual era o padrão da busca pelos serviços de saúde pelos familiares de crianças com catarata de desenvolvimento e congênita, recebidas no Instituto Brasileiro de Oftalmologia (IBOL). (LEITE, 2011).

Ante a tamanha ocorrência de catarata nas diversas regiões do Brasil, faz-se relevante destacar as possibilidades de tratamento. Nogueira et al. (2011) sustentam que o tratamento cirúrgico da catarata consiste na substituição do cristalino opacificado por lente artificial de alta qualidade tecnológica e com precisão óptica superior à do próprio cristalino normal, à medida que corrige os erros de refração do cristalino e restabelece a visão de perto, suprimida pela falta de acomodação.

Outros médicos oftalmologistas, ao estudarem a facoemulsificação através da utilização de gancho de íris em pacientes com iridosquise alertam, no entanto, ser fundamental a proteção da íris na cirurgia de catarata, narrando que o eventual ferimento dela pode ensejar diversas repercussões ópticas e estéticas, por vezes negativas (PAULA, 2011).

É importante destacar, também, a existência de estudos que conjecturam sobre a necessidade de avaliação pré-anestésica para intervenções cirúrgicas oftalmológicas, concluindo que referida avaliação pode constatar enfermidades que

não haviam sido diagnosticadas, ou condições clínicas instáveis (BISINOTTO, 2016).

Além disso, estudiosos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade de São Paulo (USP) afirmam que o cirurgião que submete um idoso à cirurgia de catarata precisa estar atento aos riscos inerentes à manutenção e à descontinuação de medicamentos sistêmicos no pré-operatório da cirurgia de catarata, tais como os anticoagulantes e os antiplaquetários (KARA-JUNIOR, 2018).

Há a necessidade de se mencionar estudos de Dubois e Bastawrous (2017), que defendem a possibilidade de o uso de colírios NAC (N-acetilcarnosina) na reversão ou até no impedimento da progressão da catarata.

A consideração a referidos aspectos é necessária no momento da avaliação acerca da submissão ou não de paciente idoso à cirurgia de catarata. Não obstante, o procedimento cirúrgico tem-se mostrado importante aliado da população idosa, por exemplo, na superação da referida debilidade visual (BISINOTTO, 2016).

Alerta-se, ainda, que a anestesia tópica ou intracameral nesses pacientes deve ser preferida em relação à anestesia com agulhas, argumentando que referido procedimento possui baixo risco de complicações. A descontinuação de anticoagulantes e antiplaquetários no pré-operatório da cirurgia de catarata pode aumentar os riscos sistêmicos tromboembólicos (KARA-JUNIOR, 2018).

Dito isso, permite-se conjecturar que, ao visualizar os idosos portadores de catarata, sob o aspecto social e psicológico, alguns estudiosos realizam uma correlação entre o déficit visual causado por catarata e aspectos depressivos, concluindo-se que sintomas de depressão são persistentes e prevalentes entre pacientes da terceira idade, mas os níveis dos sintomas indicativos de depressão

são reduzidos, de maneira significativa, com a melhoria da visão (RIBEIRO et al., 2004).

Ademais, Cascalho (2016) afirma que tanto quanto qualquer outro problema visual, a catarata é um predisponente à queda, vez que torna dificultoso o enfrentamento de obstáculos, motivo pelo qual, nota-se que a saúde ocular é significativa na aferição da saúde em geral do indivíduo, o que, por consequência, relaciona-se, em primeiro grau, com a qualidade de vida da terceira idade.

3.4 ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA

O Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu, recentemente, medidas para reduzir o risco de perda da capacidade funcional da população da terceira idade, além de aumentar a sobrevivência e o desempenho cognitivo deste grupo, propondo-se, atendimento integral à população idosa, a fim de evitar que essa classe desenvolva doenças (BRASIL, 2017).

Menezes, Vilaça e Menezes (2016) afirmam que a aferição do envelhecimento com qualidade de vida implica em uma verificação de múltiplas variáveis de natureza psicológica, biológica e social, uma vez que vários componentes são apontados como indicadores de bem-estar na velhice.

Tavares (2015) também alerta para a função da Nutrição na modulação do processo de envelhecimento, na etiologia de declínios funcionais associados com a idade e de doenças, de forma que o monitoramento nutricional do idoso em soma aos demais critérios é relevante para uma assistência adequada, bem como para a organização de ações de promoção de saúde.

Quanto a isso, Souza (2018) adverte que uma inadequada dieta lidera entre os fatores de risco. Por sua vez, Parente, Pereira e Mata (2018) constataram que as pessoas da terceira idade que são independentes apresentam maior probabilidade de apresentarem estado nutricional normal ante aqueles com dependência ligeira a moderada de terceiros.

Outros fatores de relevância também impactam na qualidade de vida do grupo etário sob enfoque, o que se verifica, por exemplo, de pesquisa sobre a qualidade de vida e a associação com a internet, o trabalho e a participação em grupos de atividade física de idosos, onde os resultados demonstraram a importância da interação destes elementos para o alcance da finalidade proposta (MARQUES, SHINEIDER, URSOS, 2016).

Outrossim, há estudos acerca da promessa de longevidade e o aumento da expectativa de vida que culminam na ponderação sobre a importância da espiritualidade no envelhecimento.

Marcelo Pio de Almeida Fleck, dentre outros autores (ALVAREZ et al., 2016) ao estudarem se há influência da espiritualidade com a forma com que os pacientes lidam com sua enfermidade mencionam que, no estudo de Black et al. (2006) sugeriu-se que as crenças sobre de saúde são influenciadas por crenças espirituais.

Chaves e Aranha (2015), nesse tocante, asseveram que a relação entre a espiritualidade, que se distingue da religião, e a velhice ocorre por meio da capacidade de manter-se firme em meio a dificuldades, limitações e perdas inerentes ao processo, concluindo pela relevância deste domínio para atravessar a velhice com qualidade de vida.

Ferreira, Meireles e Ferreira (2018), ao avaliarem o estilo e a qualidade de vida em idosos, concluíram que a percepção de qualidade de vida é o produto de uma série de comportamentos adotados pelos idosos, não sendo influenciada por apenas um componente, de modo que fatores sociais como renda, etnia, escolaridade e estado conjugal também podem interferir nas condições de vida dessa população.

Desta feita, constatada a tendência do envelhecimento demográfico e a interação de diversos fatores que refletem na qualidade de vida das pessoas idosas, notadamente daquelas que submetem a procedimentos cirúrgicos relacionados à visão, demandam-se contínuos estudos e acerca desta temática.

O que se afirma notadamente pelo fato de que é possível envelhecer com qualidade de vida, desde que haja uma reorientação da atenção à saúde da população idosa, por meio da construção de uma organização que possibilite melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros (VERAS, 2016).

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo longitudinal analítico com abordagem quantitativa. Este é um método de pesquisa que tem por objetivo apontar um conjunto de situações que proporcionam uma visão de profundidade sobre o tema estudado e as mudanças ocorridas na lacuna do tempo (YIN, 2016).

O método longitudinal refere-se a um tipo particular de relacionamento de fenômenos onde pode se observar em intervalos de tempo a mudança de variáveis, sendo empregado em estudos onde se avalia comportamentos e atitudes com respeito a diferentes pontos de interesse em um número de ocasiões ao longo do tempo (YIN, 2016).

4.2 População e coleta de dados.

A pesquisa foi realizada por meio de questionários aplicados aos pacientes idosos de ambos os sexos de uma Clínica Privada especializada em oftalmologia e cirurgia de catarata da cidade de Rio Verde/GO. A coleta de dados se deu em duas etapas. Na primeira foram aplicados dois questionários, sendo um sociodemográfico (Apêndice I) e o outro o WHOQOL-OLD (Anexo I), ao paciente idoso antes de se submeter a cirurgia de catarata. No segundo momento foi aplicado WHOQOL-OLD com um a dois meses após a cirurgia, momento da consulta de retorno.

Critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos, idade igual ou superior a 60 anos, portadores de catarata e aptos a cirurgia. Os critérios de exclusão: não realizar a cirurgia de catarata, apresentar déficit cognitivo e não preencher todos os itens dos questionários.

4.3 Instrumentos

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico:

Visou identificar dados sociais, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, se conta com ajuda de familiares, possui emprego, se a catarata atrapalha o desenvolvimento do seu trabalho, ajuda de outros, tempo que vem sentindo os sintomas da doença, tempo da última consulta oftalmológica, outros casos da doença na família, tratamento caseiro para catarata, medo da cegueira, medo da cirurgia, dentre outros.

b) Instrumento de avaliação da qualidade de vida para pessoa idosa – WHOQOL-OLD:

Este é um instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), adaptado e validado no Brasil por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (TRENTINI, 2004).

Trata-se de um questionário que busca desenvolver e testar de maneira genérica a qualidade de vida em adultos idosos (POWER et. al. 2005).

O WHOQOL desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir a qualidade de vida em adultos. Dessa forma, o questionário a princípio pode ser aplicado sem a interferência de fatores culturais inseridos em diferentes populações. Considerou-se como característica fundamental o caráter subjetivo da qualidade de vida, envolvendo aspectos positivos e negativos bem como sua natureza multidimensional (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

O principal objetivo do desenvolvimento do WHOQOL se baseou nas dificuldades em comparar a qualidade de vida em grupos de idosos que possuíam distinção étnica, cultural e socioeconômica. Foi indagado também se os instrumentos genéricos previamente existentes (WHOQOL-100 e WHOQOL BREF), aplicados em adultos, poderiam ser igualmente utilizados em indivíduos com idade mais avançada sem causar vieses.

Dessa forma, a construção do WHOQOL-OLD para substituição do WHOQOL se baseou na justificativa de não ser possível assumir que instrumentos adequados para avaliar o domínio da saúde física, por exemplo, em populações de adultos jovens, sejam os mesmos para populações de adultos idosos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Assim, o WHOQOL-OLD pode ser usado em uma ampla variedade de estudos incluindo investigações transculturais, monitoramento de saúde, epidemiologia, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção clínica (POWER et. al, 2005).

O WHOQOL-OLD consta 6 facetas, cada uma composta por 4 itens, totalizando um questionário de 24 questões. Como cada item segue a escala tipo Likert, de 1 a 5, sendo possível atingir no questionário um escore máximo de 120 e mínimo de 24 pontos. Com relação à pontuação, escores altos representam menor comprometimento de fatores que compõem qualidade de vida e escore baixos um maior comprometimento de fatores que compõem a qualidade de vida (POWER et. al, 2005).

As facetas avaliadas são: Funcionamento do Sensório; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer e Intimidade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

A faceta “funcionamento do sensório” avalia o funcionamento sensorial e o impacto das perdas das habilidades sociais na qualidade de vida; a faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice e à capacidade de tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve o quão satisfeito o indivíduo está sobre as conquistas da vida e seus anseios. A faceta “Participação Social” faz um delineamento sobre as atividades do cotidiano inserido na comunidade. A faceta “Morte e Morrer” relaciona-se a preocupações, temores e inquietações sobre a morte e morrer. Por fim, a faceta “Intimidade” avalia a capacidade do idoso em ter relações pessoais e íntimas (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

4.4 Análise de dados

Com os dados coletados foi confeccionado um banco de dados utilizando o *software IBM SPSS Statistics 18*. Posteriormente, foi realizada estatística descritiva

com o cálculo de medidas de tendência central para as variáveis contínuas, como média, mediana e cálculo das frequências absoluta e relativa percentual para as variáveis discretas, bem como de medidas de dispersão como desvio padrão.

Na sequência foi aplicado um teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*) para distinguir as distribuições paramétricas e não-paramétricas, com o intuito de comparação dos resultados do questionário estratificado pelas variáveis sociodemográficas. Foram utilizados, para as distribuições paramétricas, os testes t de Student e ANOVA e para as distribuições não-paramétricas os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para todos os testes comparativos foi assumido p-valor menor ou igual a 0,05 como significativo.

4.5 Aspectos Éticos

Antes de iniciar a coleta de dados, o presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), onde foi aprovado com o parecer n. 2.404.484 (Anexo II). Todos os participantes concordaram com a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Apêndice II.

5 RESULTADOS

Ao todo participaram da pesquisa 34 idosos, sendo 15 (44,1%) até 69 anos de idade e outros 19 (55,9%) que possuíam mais de 69 anos. A menor idade foi 60 e a maior 82. Já a média de idade foi de 70,6 ($\pm 5,6$) anos. Foram pesquisadas 16 (47,1%) mulheres e 18 (52,9%) homens.

As características principais identificadas na amostra investigada mostraram que 79,4% tinham religião; 70,6% tinham uma renda pessoal de até um salário mínimo; 58,8% eram casados; 91,2% moravam com a família e 76,5% eram aposentados (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.

Variáveis (n=34)	n	f(%)
Idade		
Até 69 anos	15	44,1
Mais de 69 anos	19	55,9
Sexo		
Feminino	16	47,1
Masculino	18	52,9
Cor/Etnia		
Branco	13	38,2
Negro	2	5,9
Pardo	19	55,9
Religião		
Não	7	20,6
Sim	27	79,4
Renda Pessoal Mensal		
Até 1 Salário Mínimo	24	70,6
De 1 a 3 Salários Mínimos	10	29,4
Estado Civil		
Solteiro	2	5,9
Casado	20	58,8
Viúvo	9	26,5
Divorciado	3	8,8
Você Mora		
Sozinho	3	8,8
Com a família	31	91,2
Escolaridade		
Analfabeto	9	26,5
Sabe ler e escrever	10	29,4
Ensino fundamental	6	17,6
Ensino médio	9	26,5
Ocupação		
Aposentado	26	76,5
Empregado	4	11,8
Desempregado	4	11,8

No que se refere às características pessoais da amostra investigada foi identificado que 79,4% não tinham atividade de lazer, 70,6% não praticavam atividade física e 88,2% não usavam a internet.

Quanto aos aspectos clínicos identificou-se que 76,5% possuíam outros problemas de saúde, 91,2% tinham os sintomas da catarata há mais de um ano, toda a amostra referiu que a catarata atrapalhava os afazeres diários e relataram medo de ficarem cegos (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos aspectos pessoais e clínicos dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.

Variáveis (n=34)	n	f(%)
Atividade de Lazer		
Não	27	79,4
Sim	7	20,6
Atividade Física		
Não	24	70,6
Sim	10	29,4
Usa Internet		
Não	30	88,2
Sim	4	11,8
Possui outros Problemas de Saúde		
Não	8	23,5
Sim	26	76,5
Vai ao Médico		
Sim, 6/6 meses	11	32,4
Sim, 1 vez ao ano	10	29,4
Às vezes, quando sente mal	13	38,2
Você considera sua Saúde		
Boa	14	41,2
Regular	19	55,9
Ruim	1	2,9
Necessita de Ajuda de outras pessoas		
Não	23	67,6
Sim	11	32,4
Catarata atrapalha afazeres diários		
Não	0	0,0
Sim	34	100,0
Tempo de Sintomas		
Menos de 1 ano	3	8,8
Mais de 1 ano	31	91,2
Casos de catarata na Família		
Não	17	50,0
Sim	17	50,0
Medo de Ficar Cego		
Não	0	0,0
Sim	34	100,0
Medo da Cirurgia		
Não	19	55,9
Sim	15	44,1

Em relação à caracterização dos escores de qualidade de vida e seus domínios mensurados pelo WHOQOL-OLD, antes e após a cirurgia de catarata, identificou-se, com significância estatística, um decréscimo da média do escore no Funcionamento do Sensório de $53,1 \pm 11,5$ para $44,3 \pm 7,3$ ($p = 0,0004$), um aumento nas Atividades Passadas, Presentes e Futuras de $67,3 \pm 10,4$ para $71,7 \pm 8,2$ ($p = 0,0349$) e aumento na Participação Social de $57,9 \pm 11,1$ para $65,7 \pm 7,4$ ($p = 0,0034$). O escore geral de qualidade de vida teve um aumento de $57,4 \pm 5,9$ para $58,0 \pm 6,4$, mas sem significância estatística ($p = 0,6796$) (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos escores de qualidade de vida e seus domínios dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.

Domínios	Antes		Depois		p-valor
	Média	DP	Média	DP	
Funcionamento do Sensório	53,1	11,5	44,3	7,3	0,0004*
Autonomia	54,8	10,4	53,9	11,8	0,7363 ^α
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	67,3	8,7	71,7	8,2	0,0349^α
Participação Social	57,9	11,1	65,7	7,4	0,0034*
Morte e Morrer	40,3	27,3	41,2	27,3	0,8909 ^α
Intimidade	71,0	11,6	71,3	11,2	0,8955 ^α
Qualidade de Vida Geral	57,4	5,9	58,0	6,4	0,6796 ^α

**Teste de Mann-Whitney*; ^α*Teste t de Student*

Na comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos sociodemográficos evidenciou-se um decréscimo nos escores do Funcionamento do Sensório nos idosos com idade até 69 anos de $58,3$ para $44,2$ ($p = 0,0007$), tanto entre as mulheres de $53,9$ para $44,2$ ($p = 0,0143$) quanto entre os homens de $52,4$ para $44,5$ ($p = 0,0119$) (Tabela 4).

No domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras identificou-se um aumento do escore nos idosos que tinham uma religião de $68,3$ para $72,9$ ($p = 0,0263$), nos que moravam com a família de $67,2$ para $71,6$ ($p = 0,0264$), naqueles

que afirmaram ser analfabetos de 66,0 para 70,2 ($p = 0,0011$) e nos que referiram receber até um salário mínimo mensal de 66,4 para 71,6 ($p = 0,0215$) (Tabela 4).

Já no domínio Participação Social houve um aumento do escore nos idosos que tinham mais de 69 anos de 57,9 para 65,2 ($p = 0,0410$), nas mulheres de 55,9 para 64,9 ($p = 0,0053$), nos que tinham religião de 57,2 para 65,1 ($p = 0,0044$), nos casados de 56,3 para 65,3 ($p = 0,0090$), nos que moravam com a família de 57,9 para 65,8 ($p = 0,0050$), nos analfabetos de 53,5 para 62,5 ($p = 0,0341$) e nos que afirmaram saber ler e escrever de 55,7 para 66,9 ($p = 0,0284$) (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos sociodemográficos dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.

Variáveis (n=34)	FS		p-valor	AUT		p-valor	PPF		p-valor	PSO		p-valor	MEM		p-valor	INT		p-valor	QV Geral		p-valor
	A	D		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D	
Idade																					
Até 69 anos	58,3	44,2	0,0007	55,4	53,8	0,8519	64,2	69,2	0,1103	57,9	66,3	0,0512	39,6	40,0	0,9174	68,8	68,8	0,9339	57,4	57,0	0,8035
Mais de 69 anos	49,0	44,4	0,0961	54,3	54,0	0,9302	69,8	73,7	0,1484	57,9	65,2	0,0410	40,8	42,1	0,7481	72,7	73,4	0,8040	57,4	58,8	0,3427
Sexo																					
Feminino	53,9	44,2	0,0143	53,2	50,4	0,7345	67,2	70,3	0,2000	55,9	64,9	0,0053	39,5	43,0	0,6109	69,2	70,7	0,7487	56,5	57,2	0,6109
Masculino	52,4	44,5	0,0119	56,3	57,0	0,7758	67,4	72,9	0,0967	59,8	66,4	0,0967	41,0	39,6	0,9621	72,6	71,9	0,9370	58,2	58,7	0,7517
Cor/Etnia																					
Branco	52,4	43,8	0,0096	55,8	58,7	0,4267	67,8	72,1	0,2382	51,0	63,5	0,0196	36,6	39,9	0,6629	72,1	71,2	0,6444	55,9	58,2	0,1998
Negro	56,3	43,8	0,2961	50,0	50,0	1,0000	68,8	75,0	0,5000	59,4	62,6	0,6958	68,8	68,8	0,9984	75,0	75,0	1,0000	63,1	62,5	0,8526
Pardo	53,3	44,8	0,0558	54,6	51,0	0,3972	66,8	71,1	0,1568	62,5	67,5	0,0471	39,8	39,2	0,9651	69,7	71,1	0,5692	57,8	57,4	0,8153
Religião																					
Não	46,4	43,8	0,7494	54,5	53,6	0,8983	63,4	67,0	0,2502	60,7	67,9	0,3067	34,0	32,2	0,8983	71,4	73,2	0,7983	55,1	56,3	1,0000
Sim	54,9	44,5	0,0002	54,9	54,0	0,9242	68,3	72,9	0,0263	57,2	65,1	0,0044	41,9	43,5	0,8019	70,8	70,8	0,9793	58,0	58,5	0,7753
Renda Pessoal Mensal																					
Até 1 SM	54,2	44,8	0,0024	51,8	51,6	0,8206	66,4	71,6	0,0215	58,4	64,9	0,0198	36,8	36,5	0,9671	70,6	71,1	0,8447	56,4	56,7	0,9179
De 1 a 3 SM	50,7	43,2	0,0410	61,9	59,4	0,7913	69,4	71,9	0,6501	56,9	67,5	0,0482	48,8	52,5	0,9097	71,9	71,9	1,0000	59,9	61,1	0,2899
Estado Civil																					
Solteiro	68,8	43,8	0,0781	62,5	62,6	0,9975	68,8	71,9	0,6958	62,5	71,9	0,5413	31,3	37,6	0,8787	75,0	75,0	1,0000	61,5	60,5	0,5700
Casado	51,3	44,7	0,0167	54,1	54,7	0,7251	69,4	72,5	0,3867	56,3	65,3	0,0090	39,1	40,0	0,8817	70,3	70,0	0,9569	56,7	57,9	0,4094
Viúvo	49,3	43,1	0,2332	54,2	48,6	0,3314	63,2	69,5	0,0318	59,1	63,9	0,3538	46,6	46,5	0,7573	72,9	75,0	0,6911	57,5	57,8	1,0000
Divorciado	66,7	45,8	0,0360	56,3	58,4	0,8313	64,6	72,9	0,0474	62,5	68,8	0,4373	35,4	35,5	0,9986	66,7	66,7	1,0000	58,7	58,0	0,8270
Você Mora																					
Sozinho	54,2	43,8	0,1878	54,2	47,9	0,6927	68,8	72,9	0,3730	58,4	64,6	0,4687	58,4	56,3	0,9135	60,4	62,5	0,8524	59,0	58,0	0,9122
Com a família	53,0	44,4	0,0011	54,9	54,5	0,9663	67,2	71,6	0,0264	57,9	65,8	0,0050	38,5	39,7	0,8054	72,0	72,2	0,8880	57,2	58,0	0,5264
Escolaridade																					
Analfabeto	52,1	43,8	0,1451	49,3	47,2	0,7573	66,0	70,2	0,0011	53,5	62,5	0,0341	45,9	49,3	0,5660	67,4	68,1	0,9648	55,7	56,8	0,6588
Sabe ler e escrever	52,5	43,2	0,0376	55,0	55,7	0,7055	66,9	72,5	0,2899	55,7	66,9	0,0284	37,5	36,9	0,7337	70,6	69,4	0,7337	56,4	57,4	0,5708
Ensino fundamental	54,2	47,9	0,4233	60,4	57,3	0,6310	69,8	74,0	0,2980	66,7	69,8	0,3367	36,5	32,3	0,8728	81,3	80,2	0,8728	61,5	60,3	0,4233
Ensino médio	54,2	43,8	0,0062	56,3	56,3	0,7911	67,4	70,8	0,3538	59,0	64,6	0,2893	40,3	43,8	0,7911	68,1	70,8	0,4529	57,5	58,3	0,8946
Ocupação																					
Aposentado	50,3	44,3	0,0165	56,3	54,4	0,7212	68,3	71,6	0,1699	59,9	66,9	0,0157	40,2	42,1	0,7697	72,9	73,6	0,7143	57,9	58,8	0,5041
Empregado	62,5	45,3	0,0416	51,6	51,6	1,0000	65,7	73,5	0,1489	56,3	64,1	0,2482	37,5	39,1	0,8852	61,0	61,0	1,0000	55,8	55,7	0,7728
Desempregado	62,5	43,8	0,0304	48,5	53,2	0,2482	62,5	70,4	0,1939	46,9	59,4	0,0433	43,8	37,6	0,5637	68,8	67,2	0,6650	55,5	55,2	1,0000

Na comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos pessoais e clínicos da amostra investigada identificou-se um decréscimo nos escores do Funcionamento do Sensório nos idosos que não tinham atividade de lazer de 53,0 para 43,1 ($p = 0,0006$), que não praticavam atividade física de 53,1 para 43,5 ($p = 0,0023$) e naqueles que não utilizavam a internet de 53,1 para 44,0 ($p = 0,0010$) (Tabela 5).

No domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras identificou-se um aumento do escore nos idosos que não tinham atividade de lazer de 67,4 para 72,0 ($p = 0,0258$), que não praticavam atividade física de 66,2 para 70,6 ($p = 0,0303$), nos que afirmaram ter outros problemas de saúde de 67,1 para 70,9 ($p = 0,0372$) e naqueles que referiram ter boa saúde de 69,7 para 75,5 ($p = 0,0298$) (Tabela 5).

Já no domínio Participação Social houve um aumento do escore nos idosos que não tinham atividade de lazer de 56,7 para 65,3 ($p = 0,0068$), que não praticavam atividade física de 56,3 para 65,4 ($p = 0,0033$), nos que afirmaram ter uma saúde regular de 56,6 para 65,8 ($p = 0,0102$) e naqueles que referiram que não tinham medo da cirurgia de 55,9 para 65,4 ($p = 0,0025$) (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos individuais e clínicos dos 34 idosos que se submeteram à cirurgia de catarata, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2018.

Variáveis (n=34)	FS		p-valor	AUT		p-valor	PPF		p-valor	PSO		p-valor	MEM		p-valor	INT		p-valor	QV Geral		p-valor
	A	D		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D	
Atividade de Lazer																					
Não	53,0	43,1	0,0006	55,6	55,8	0,7687	67,4	72,0	0,0258	56,7	65,3	0,0068	37,1	38,9	0,7229	72,0	72,5	0,9862	57,0	57,9	0,4622
Sim	53,6	49,1	0,4822	51,8	46,5	0,4433	67,0	70,6	0,4822	62,5	67,0	0,2502	52,7	50,0	0,8480	67,0	67,0	0,9491	59,1	58,4	0,7494
Atividade Física																					
Não	53,1	43,5	0,0023	54,7	55,0	0,7807	66,2	70,6	0,0303	56,3	65,4	0,0033	40,1	41,2	0,8366	72,9	73,2	0,8609	57,2	58,1	0,4579
Sim	53,2	46,3	0,1041	55,0	51,3	0,5708	70,0	74,4	0,3643	61,9	66,3	0,2730	40,7	41,3	0,9699	66,3	66,9	0,8206	57,8	57,7	0,8501
Usa Internet																					
Não	53,1	44,0	0,0010	54,4	52,9	0,8534	66,1	70,4	0,0444	57,3	65,2	0,0056	38,8	39,4	0,9000	70,4	70,6	1,0000	56,7	57,1	0,6204
Sim	53,2	46,9	0,2482	57,9	61,0	0,8852	76,6	81,3	0,3123	62,5	68,8	0,3123	51,6	54,7	0,6650	75,0	76,6	0,5637	62,8	64,9	0,6650
Problema de Saúde																					
Não	53,2	46,1	0,0313	56,3	57,8	0,6744	68,0	74,2	0,2701	61,0	67,2	0,0464	50,0	46,9	0,7929	71,9	71,9	1,0000	60,0	60,7	0,7929
Sim	53,1	43,8	0,0039	54,3	52,7	0,8405	67,1	70,9	0,0372	57,0	65,2	0,0101	37,3	39,4	0,7349	70,7	71,2	0,8692	56,6	57,2	0,6805
Vai ao Médico																					
Sim, 6/6 meses	55,1	46,6	0,1396	55,1	55,1	0,9738	69,9	72,2	0,5545	58,0	67,6	0,0330	38,7	39,2	0,9476	74,4	73,9	0,9738	58,5	59,1	0,8955
Sim, 1x/ano	48,8	43,2	0,2123	57,5	54,4	0,7055	68,8	73,1	0,3075	60,0	66,9	0,1509	46,9	50,0	0,8206	71,9	72,5	0,8206	59,0	60,0	0,5708
Às vezes	54,8	43,3	0,0004	52,4	52,4	0,7389	64,0	70,2	0,0355	56,3	63,0	0,0429	36,6	36,1	0,9795	67,3	68,3	0,9795	55,2	55,5	0,8576
Sua Saúde*																					
Boa	52,7	44,2	0,1029	57,2	56,7	0,8722	69,7	75,5	0,0298	61,2	66,1	0,1029	37,5	38,4	0,7828	70,6	71,9	0,6459	58,1	58,8	0,7828
Regular	54,6	44,8	0,0006	52,7	51,3	0,9070	65,8	69,4	0,2147	56,6	65,8	0,0102	40,2	40,8	0,9070	71,1	70,7	0,8267	56,8	57,1	0,8495
Necessita de Ajuda																					
Não	55,2	45,4	0,0012	55,7	54,1	0,7752	67,1	71,2	0,0350	59,8	67,2	0,0139	41,3	41,9	0,9475	70,4	71,2	0,7584	58,2	58,5	0,9300
Sim	48,9	42,1	0,1077	52,9	53,4	0,9215	67,6	72,7	0,3246	54,0	62,5	0,0409	38,1	39,8	0,9738	72,2	71,6	0,7928	55,6	57,0	0,3579
Tempo de Sintomas																					
Menos de 1 ano	43,8	41,7	0,7691	54,2	56,3	0,7691	68,8	68,8	1,0000	47,9	62,5	0,0456	50,0	56,3	0,8287	72,9	72,9	1,0000	56,2	59,7	0,3740
Mais de 1 ano	54,1	44,6	0,0005	54,9	53,7	0,8825	67,2	72,0	0,0324	58,9	66,0	0,0088	39,3	39,7	0,8714	70,8	71,2	0,8936	57,5	57,8	0,8493
Casos na Família																					
Não	54,8	46,0	0,0114	51,1	49,7	0,8768	65,8	70,2	0,0353	55,9	63,3	0,0302	44,9	43,0	0,9588	69,9	69,5	0,9588	57,1	56,9	0,8768
Sim	51,5	42,7	0,0131	58,5	58,1	0,9451	68,8	73,2	0,2486	60,0	68,0	0,0210	35,7	39,4	0,5934	72,1	73,2	0,8095	57,7	59,1	0,4384
Medo da Cirurgia																					
Não	52,7	44,4	0,0173	57,9	58,2	0,8609	67,4	71,4	0,1939	59,6	65,8	0,1218	33,6	34,2	0,8267	71,7	72,7	0,8040	57,1	57,8	0,5692
Sim	53,8	44,2	0,0101	50,9	48,4	0,6482	67,1	72,1	0,0465	55,9	65,4	0,0025	48,8	50,0	0,7244	70,0	69,6	0,9504	57,7	58,3	0,7089

*Ficou fora da avaliação, um paciente que classificou sua saúde como ruim.

6 DISCUSSÃO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que a população do Brasil manteve a tendência de envelhecimento (PARADELLA, 2017). Essa tendência ampliou a necessidade de pesquisas sobre qualidade de vida de pessoas idosas como a presente, com o propósito de fomentar ações que previnam e retardem condições de risco (JESUS, 2018).

Para tanto, a amostra colhida evidenciou que significativa parcela dos entrevistados tinha alguma religião, eram casados e moravam com a família. Nesse perfil, também se enquadram os aspectos relacionados à renda e a situação atual de exercício de atividade laboral. As informações aferidas revelam consonância com o perfil da população idosa brasileira que porta doenças oculares, uma vez que neste grupo social há prevalência de aposentados, que ganham renda de até um salário mínimo (MACEDO et al., 2013).

Esses aspectos revelam um perfil sociodemográfico da população entrevistada que possui baixa capacidade econômica, o que pode representar pouco acesso às informações de saúde e, por consequência, contribuir na diminuição da percepção pessoal de qualidade de vida.

Ferreira, Meireles e Ferreira (2018) narram que a influência das características sociodemográficas na percepção de qualidade de vida dessa população é considerável, sobretudo pelo fato de que tais fatores podem influenciar de forma decisiva no estado de saúde, no acesso a programas de promoção de saúde e na rede de apoio social.

A caracterização dos aspectos pessoais e clínicos da população entrevistada denotou força à referida hipótese, uma vez que a maior parte da

amostra afirmou não praticar atividades de lazer, não praticar atividade física, não acessar a internet e sentir os sintomas da catarata por muitos meses, quando perguntados acerca de cada uma dessas variáveis.

A ausência de atividade física contribui para o decréscimo da qualidade de vida da população, o que se atesta quando diversos autores observam uma relação gradativa e direta entre maiores escores de qualidade de vida e frequência de atividade física (CHATZIRALLI et al., 2016; MARQUES; SHINEIDER; URSOS, 2016; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016). Ou seja, é necessário que sejam fomentados programas governamentais de incentivo à prática de atividades físicas para esta população.

Miranda, Soares e Silva (2016) sustentam, também, a natureza multifatorial do fenômeno em evidência, de maneira que a qualidade de vida sofre influências tanto de vertentes clínicas e comportamentais, quanto por fatores demográficos. Ao se considerar que toda a amostra do presente estudo referiu que a catarata atrapalhava os afazeres diários, observa-se ressonância com estudo de Santana (2017) que também encontrou tal associação.

No que tange à caracterização dos escores de qualidade de vida e seus domínios, constatou-se, na amostra, o decréscimo na média do funcionamento do sensorio. Adamo et al. (2017) esclarecem que o domínio do funcionamento do sensorio é representado pela manutenção dos sentidos (audição, olfato, visão paladar e tato), de forma que a perda dessas capacidades pode comprometer a participação dos idosos em atividades e o potencial destes em interagir com terceiros, tornando-os dependentes de cuidados com conseqüente prejuízo de sua qualidade de vida.

Por isso, embora o idoso não tenha mais catarata, faz-se necessário o acompanhamento pós-cirúrgico, por profissionais das mais diversas áreas da saúde, a fim de que outras eventuais condições prejudiciais à qualidade de vida do idoso também sejam alvo de intervenção, de modo a melhorar a condição de vida do referido cidadão.

Pinheiro (2014) concluiu que a intervenção cirúrgica de catarata senil permite melhorar no equilíbrio, no desempenho funcional de membros inferiores e no medo de quedas em idosos. Argumenta, inclusive, tratar-se de método importante e relevante para reduzir o risco de quedas e prevenir desequilíbrios, comuns ao processo fisiológico do envelhecimento (PINHEIRO, 2014).

Mas se considerada a complexidade do funcionamento sensorial, que é influenciado por todos os sentidos (audição, olfato, visão, paladar e tato), infere-se a possibilidade de que, mesmo com uma intervenção cirúrgica em um dos sentidos humanos, outros permaneçam prejudicados.

Por outro lado, maiores escores foram encontrados após a cirurgia de catarata no domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras. É imperioso registrar que o referido domínio é caracterizado pela percepção do idoso acerca daquelas atividades que já exerceu/realizou, continua exercendo/realizando, bem como quanto ao que planeja fazer no futuro, ou seja, quais são seus projetos e perspectivas para o futuro.

A obtenção de maiores escores neste domínio denota que a realização da cirurgia de catarata proporcionou maior satisfação dos idosos com as conquistas obtidas e esperança na concretização dos objetivos futuros. Tal fato se mostra de extrema importância, posto que pode significar que o idoso não se sente mais impossibilitado de desempenhar as atividades que desempenhava antes da

catarata, por exemplo, impactando, de maneira positiva, em suas perspectivas futuras.

Quando os idosos não se sentem aptos a desempenharem atividades presentes em virtude de problemas de saúde, isso possui potencial de impacto em suas expectativas futuras.

De semelhante modo, observou-se um aumento do escore no domínio Participação Social. Referido domínio se caracteriza pelas atividades corriqueiras, com relevo para aquelas exercidas em comunidade. Na presente pesquisa constatou-se que após a cirurgia de catarata, os avaliados se mostraram mais satisfeitos para participarem das atividades da comunidade onde estão situados.

Paula et al. (2016), afirmam que, uma vez que as relações sociais são fundamentais ao bem-estar do ser humano e estão, de maneira relevante, envolvidas com a manutenção da saúde, a comunidade deve empenhar-se em ofertar práticas que favoreçam a participação social do idoso em ocasiões de lazer e eventos comunitários, cooperando para que eles possam sentirem-se aceitos e valorizados no grupo.

A mencionada conclusão se aplica no presente estudo na medida em que revela a importância dos relacionamentos na saúde do idoso que, após submeter-se à cirurgia de catarata não estará mais estigmatizado com o fato de não poder enxergar bem o seu próximo ou que acontece à sua volta.

Paz et. al (2018) partem do princípio de que é eficaz a intervenção cirúrgica realizada em face da catarata na melhoria da acuidade visual, ressaltando, inclusive, que idosos com medo de cair, que tinham catarata, registram menos confiança no equilíbrio próprio, o que pode limitar as atividades funcionais.

Os mesmos autores, ao pesquisarem as variáveis vinculadas a quedas em idosos que tinham catarata, contaram com a participação de pessoas com idade média de 69,39, onde foi observada a associação das quedas com o sexo feminino entre os pacientes com catarata. Na oportunidade, citaram que as mulheres apresentaram cinco vezes mais chance de cair do que os homens, o que pode ocorrer, talvez porque elas sofrem declínio motor, cognitivo e sensorial mais precocemente que os homens (CHANG, 2015).

Embora não seja possível afirmar que a cirurgia mencionada resultará na redução do risco de quedas, ante a existência de outras variáveis que influenciam nesse possível evento (PAZ et al., 2018), têm-se que a solução do problema visual, objeto de pesquisa, aumentará a possibilidade do idoso se ver inserido em maior número de eventos sociais e de lazer, interagindo assim a comunidade em que está inserido.

Importante destacar que não houve relevância estatística para o escore geral que apontou aumento na qualidade de vida após a cirurgia de catarata, o que é compreensível na medida em que se observa as características pessoais e clínicas dos idosos avaliados. Como dito, a percepção de qualidade de vida é produto de uma série de comportamentos adotados, não sendo influenciada por apenas um componente (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018).

Em continuidade, percebe-se que, ao se considerar que na comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos sociodemográficos, também se evidenciou um decréscimo nos escores do Funcionamento do Sensório nos idosos com idade até 69 anos, tanto entre as mulheres quanto entre os homens.

Infere-se, também, que o acompanhamento pós-cirúrgico dos componentes da amostra, por uma equipe integrada de profissionais da saúde pode ser

necessária, a fim de que as demais vertentes sensoriais também sejam reestabelecidas ou tratadas.

No domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras identificou-se um aumento do escore nos idosos que tinham uma religião, nos que moravam com a família, nos analfabetos e nos que referiram receber até um salário mínimo mensal. Pode se inferir a satisfação pessoal dos indivíduos alvo da amostragem acerca da concretização da hipótese de melhoria da visão e a influência do meio social para tanto, possibilitando que referidos indivíduos desempenhem, com maior desenvoltura, as atividades que lhes permitam gozar a vida com mais qualidade.

Conforme ressaltado por Ferreira, Meireles e Ferreira (2018), a percepção de qualidade de vida é o produto de uma série de componentes, de modo que fatores sociais como renda, escolaridade e estado conjugal, por exemplo, também podem interferir nas condições de vida dos idosos.

Denota-se que a intervenção cirúrgica que remove a morbidade relativa à catarata possui impacto relevante na percepção do idoso relativa à avaliação daquilo que ele (a) já conseguiu realizar e suas perspectivas para o porvir.

Tais fatos são comprovados, também, no domínio da Participação Social, ante ao aumento do escore nos idosos que tinham mais de 69 anos, nas mulheres, nos que tinham religião, nos casados, nos que moravam com a família, nos analfabetos e nos que afirmaram saber ler e escrever.

As informações expostas são relevantes para entender que o aumento do escore na Participação Social dos idosos, após a cirurgia de catarata, que tinham mais de 69 anos, ou seja, com idade já bem avançada e propensos a diversas variáveis, podem prejudicar sua saúde, com destaque para as mulheres. Significa que a ausência do fator limitante da catarata possui alto impacto no desempenho

das atividades exercidas em comunidade nas pessoas idosas do sexo feminino, notadamente nas que têm religião e moravam com a família.

Mas, consoante se infere da tabela 5, na comparação dos escores de qualidade de vida e seus domínios com os aspectos pessoais e clínicos, a queda nos escores do Funcionamento do Sensório nos idosos que não tinham atividade de lazer, que não praticavam atividade física e naqueles que não utilizavam a internet, pode estar vinculado a diversos aspectos citados outrora e a fatores econômicos, ambientais, sociais e comportamentais da amostra. Tais fatos podem denotar que a maximização da qualidade de vida destes idosos demanda outras medidas não vinculadas ao procedimento cirúrgico da catarata.

Rocha et al. (2016), ao estudarem a qualidade de vida de idosos frequentadores de uma universidade aberta da maior idade e a aptidão funcional deles, sugerem aumento de matérias relacionadas à promoção da saúde e atividade física, para conscientizar sobre a relevância da manutenção e da melhora da autonomia funcional das pessoas idosas.

As sugestões de aumento na realização de atividades físicas e de adoção de práticas de promoção à saúde, passíveis de aplicação no cotidiano dos pesquisados, poderia, também, colaborar no aumento da autonomia sensorial e funcional da amostra, notadamente porque a comparação dos aspectos clínicos e pessoais e qualidade de vida, revelou aumento do escore nos idosos que não tinham atividade de lazer, que não praticavam atividade física, nos que afirmaram ter outros problemas de saúde e, por fim, naqueles que referiram ter boa saúde.

7 CONCLUSÃO

Por intermédio desta pesquisa foi possível traçar um perfil epidemiológico dos pacientes idosos submetidos à cirurgia de catarata que, embora não tenha sido possível afirmar que houve um aumento na qualidade de vida do idoso após a submissão à cirurgia por meio do escore geral, o fato revela-se coerente com os demais resultados à medida em que se denota as características pessoais e clínicas dos idosos avaliados.

Conclui-se que 76,5% possuíam outros problemas de saúde, 91,2% tinham os sintomas da catarata há mais de um ano e toda a amostra referiu que a catarata atrapalhava os afazeres diários.

Nesse sentido, percebe-se que, ainda que tenha sido resolvida a questão relativa à catarata portada pelo idoso, através da intervenção cirúrgica, outras variáveis inerentes à velhice podem contribuir para a redução da percepção da qualidade de vida.

Revelou-se, ainda, um perfil sociodemográfico da população entrevistada, que, no caso, possui baixa capacidade econômica, relações sociais restritas, limitado acesso a informação e, por consequência, ao conhecimento, e a atividades físicas, características que são capazes de influenciarem negativamente na saúde dos indivíduos da amostra.

Outrossim, notou-se que, com relevância estatística, após a cirurgia, houve um aumento no escore das Atividades Passadas, Presentes e Futuras e no escore da Participação Social, bem como uma diminuição do domínio Funcionamento do Sensório.

Infere-se que a realização da cirurgia de catarata proporcionou maior satisfação dos idosos que a ela foram submetidos com as conquistas obtidas e, além disso, esperança na concretização dos objetivos futuros. Além disso, os indivíduos avaliados se mostraram mais satisfeitos para participarem das atividades da comunidade onde estão situados.

As limitações da presente pesquisa estão relacionadas à amostragem, ponto superável, por exemplo, com posteriores estudos em localidade com maior número de habitantes, colaborando, assim, na difusão do conhecimento relativo ao tema em diversas localidades do país.

Os resultados da presente pesquisa podem ser utilizados na elaboração de políticas públicas de conscientização, por intermédio de atos e campanhas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde estaduais e municipais, que contribuam para a elevação da qualidade de vida das pessoas idosas com deficiências visuais, notadamente a catarata, visando o tratamento e, se possível, a extirpação deste fator limitante, em maior número de idosos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMO, C. E. et al. University of the third age: the impact of continuing education on the quality of life of the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 545-555, 2017.

ALBERTE, J. S. P.; RUSCALLEDA, R. M. I.; GUARIENTO, M. E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 13, n. 1, p. 32-39, 2015.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: **Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP**, 2012. Disponível em: <http://www.each.usp.br/edicoeseach/qualidade_vida.pdf>. Acesso em 20 de Abril de 2019.

ALMEIDA, H. G.; HIDA, R. Y. Aspectos sociais do transplante de córnea no Brasil: contraste entre avanços na técnica cirúrgica e limitação de acesso à população. **Revista brasileira de oftalmologia**. v. 73, n. 5, p. 260-261, 2014.

ÁLVAREZ, J. S. et al. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 106, n. 6, p. 491-501, 2016.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; BRITISH GERIATRICS SOCIETY & AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC. Surgeons Panel on Falls Prevention. Guidelines for the prevention of falls in older persons. **J Am Geriatr Soc**. v. 49, p. 664-72, 2001.

BISINOTTO, F. M. B. et al. A avaliação pré-anestésica para cirurgia oftalmológica em idosos é realmente necessária? A realidade de um hospital público. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 75, n. 4, p. 279-285, 2016.

BINOTTO, M. A.; LENARDT, M. H.; RODRIGUEZ-MARTINEZ, M. C. Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. **Rev. esc. enferm**. v. 52, e03392, 2018.

BLACK, G. et al. The relationship between spirituality and compliance in patients with heart failure. **Prog Cardiovasc Nurs**. v. 21, n. 3, p. 128-33, 2006.

BRASIL. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/05/CADERNETA-P.%20IDOSA%205%C2%AAed..pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2019.

BRASIL. **Catarata: Diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina; 2003. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/catarata-diagnostico-e-tratamento.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

BRASIL. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 5º, *caput*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988. p.1.

BRASIL. **Glossário temático: promoção da saúde/ Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48, p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2003. P.1.

BRASIL. **Saúde: 30% dos idosos têm dificuldade para realizar atividades diárias**. 06. Nov. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41773-saude-30-dos-idosos-tem-dificuldade-para-realizar-atividades-diarias>. Acesso em 20 de abril de 2019.

BRAVO FILHO, V.T.F. et al. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arq. Bras. Oftalmol.** v. 75, n. 3, p. 161-165, 2012.

CASCALHO, L.A. et al. Fear of falling and associated factors in community elderly with cataracts. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 75, n. 5, p. 385-390, 2016.

CHANG, V. C. Risk Factors for Falls Among Seniors: Implications of Gender. **Am J Epidemiol**, v. 181, n. 7, p. 521-531, 2015.

CHATZIRALLI, L. et al. Risk factors for poor quality of life among patients with age-related macular degeneration. **Seminars in Ophthalmology**, v. 32, n. 6, p. 1-, 2016.

CHAVES, L. J. G; ARANHA, C. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015.

CHI, M. J; CY L., WU, S. C. A prevalência de doenças crônicas e as despesas médicas dos idosos, indicador de condição crônica (CCI). **Arch Gerontol Geriatr**, v. 52, n. 3, p. 284-9, 2011.

CYPEL, M. C. et al. Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 80, n. 3, p. 159-164, 2017.

DIAS, S.; GAMA, A. Promoción da saúde: Evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. **Rev. salud pública**, v. 16, n. 2, p. 307-317, 2014.

DUBOIS, V. D. J. P; BASTAWROUS, A. N-acetylcarnosine (NAC) drops for age-related cataract. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n. 5, p. 616-627, 2018.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

GERMANO, R. A. S. et al. Frequency of ocular conditions in native Brazilians from Avaí City, São Paulo State. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 76, n. 5, p. 227-231, 2017.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004, p. 3-25.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas sociais. Projeção da População 2018**: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf. Acesso em: 19 abr. 2019.

JESUS, I. T. M. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idoso em contexto de vulnerabilidade social. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 4, e4300016, 2018.

KARA-JUNIOR, N. et al. Anticoagulants and antiplatelet drugs during cataract surgery. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 81, n. 4, p. 348-353, 2018.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**. v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LEITE, C.; ZIN, A. Health seeking behavior of the families of children with cataract attending an eye clinic in Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 74, n. 4, p. 271-278, 2011.

MACEDO, B. G. et al. Medo de cair e qualidade de vida em idosos com catarata. **Rev. bras. geriatra. gerontol**. v. 16, n. 3, p. 569-77, 2013.

MALERBI, F. K. et al. Retinal diseases in a reference center from a Western Amazon capital city. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 4, p. 530-534, 2015.

MARCHI, K. C. et al. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 3, p. 855-862, 2013.

MARQUES, L. P.; SHINEIDER, L. J. C; URSOS, E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina. **Cad Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. 1-11, 2016.

MENEZES, C.; VILAÇA, K. H. C.; MENEZES, R. L. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. v. 75, n. 1, p. 40-44, 2016.

MENEZES, Ruth Losada de; BACHION, Maria Márcia. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 23-27, Feb. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802012000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 04 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802012000100005>.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3533-3544, 2016.

MURTA, G. F.; MANGANARO, M. M. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem/organização**. 6. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

NOGUEIRA, R. D. M. et. al. Reflexões epistemológicas e bioéticas na cirurgia de catarata. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 457-67, 2011.

OLIVEIRA, J. F. et al. Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 4, p. 428-438, 2018.

PARADELLA, R. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

PAULA, Gabriella Ribeiro de et al. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 242-249, Apr. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200242&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Jun. 2019.

PAULA, T. A. A. et al. Facoemulsificação com uso de gancho de íris em paciente com iridosquise. **Rev. bras. oftalmol.**, v. 70, n. 3, p. 188-190, 2011.

PAZ, L. P. S. et al. Fatores associados a quedas em idosos com catarata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2503-2514, 2018.

PEREIRA, M.C.S.R. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com catarata traumática no Hospital de Olhos do Paraná. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. v. 71, n. 4, p. 236-40, 2012.

PINHEIRO, S. B. **Avaliação do equilíbrio e do medo de quedas em idosos antes e após a cirurgia de catarata senil**. 2014. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.

POWER, M., et al. **Qual Life Res** (2005) 14: 2197. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>

QUEIROZ, F. A.; PACE, A. M.; SANTOS, C. B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 – Fase. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 5, p. 708-715, 2009.

RIBEIRO, J. E. C. et al. Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 67, n. 5, p. 795-799, 2004.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROCHA, M. N. A. M. et al. Prevalência de doenças oculares e causas de comprometimento visual em crianças atendidas em um Centro de Referência em Oftalmologia do centro-oeste do Brasil. **Rev. bras. oftalmol.**, v. 73, n. 4, p. 225-229, 2014.

SANTANA T. S. et al. Impacto da facectomias na qualidade de vida de idosos atendidos em campanha assistencial de catarata. **Rev. Eletr. Enf.** v. 19, 2017.

ROCHA, R. E. R. et al. Aptidão funcional e qualidade de vida de idosos frequentadores de uma universidade aberta da maior idade. **J. Phys. Educ.**, v. 27, e2725, 2016.

SANTOS, M. I. P. O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 3, p. 753-761, 2013.

SCHELLINI, S. A. et al. Magnitude of visual impairment, blindness and causes in the southwest region of São Paulo state, Brazil. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 81, n. 5, p. 414-420, 2018.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, M. L.; MARI, M. A. Anxiety and Depression and their Association with Low Quality of Life in Patients with Metabolic Syndrome. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 111, n. 6, p. 867, 2018.

SIMEÃO, S. F. A. P. et al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3923-3934, 2018.

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018.

TAVARES, E. L. et al. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 18, n. 3, p. 643-650, 2015.

TRENTINI CM. Qualidade de vida em idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos – OMS. 2004. 224f. [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

VELOSO, J. C. B. et al. Frequency of ocular diseases among recipients of disability benefits in the metropolitan region of Recife, Brazil. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 81, n. 4, p. 286-29, 2018.

VERAS, R. É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 19, n. 3, p. 381-382, 2016.

VERZONI, D. S.; ZIN, A. A.; BARBOSA, A. D. M. Causes of visual impairment and blindness in children at Instituto Benjamin Constant Blind School, Rio de Janeiro. **Rev. bras. oftalmol.**, v. 76, n. 3, p. 138-143, 2017.

WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): **position paper from the World Health Organization**. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.

YIN, R. K. **Qualitative Research from Start to Finish**. 2. Ed. New York: The Guilford Press, 2016.

Apêndice I – Questionário sociodemográfico**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1 – Idade: _____

2 – Sexo:

Feminino

Masculino

3 – Cor/Etnia

Branco

Negro

Pardo

Índio

4 – Religião: Não Sim

5 – Renda pessoal mensal:

Até 1 salário mínimo

De 1 a 3 salários mínimos

Acima de 3 salários mínimos

6 – Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a)

7 – Você mora:

Sozinho(a)

Com a família

Em instituição para idosos

8 – Escolaridade:

Analfabeto(a)

Sabe ler e escrever

Ensino fundamental

Ensino médio

Ensino superior

9. Tem atividade de Lazer? Não Sim

10. Você pratica atividade física? Não Sim

11. Você usa a internet? Não Sim

12. Fora a catarata, você tem algum problema de saúde? Não Sim

13. Você vai regularmente ao médico?

Sim, 6/6 meses Sim – 1x/ano Às vezes, só quando passo mal

14. Em geral, como você diria que é sua saúde?

Boa Regular Ruim

15. Você necessita de ajuda de outras pessoas? Não Sim

16. Sua ocupação atual?

Aposentado

Empregado

Desempregado

17. A catarata atrapalha seus afazeres diários? Não Sim

18. Quanto tempo vem sentido os sintomas da catarata? Menos de 1 ano Mais de 1 ano

19. Existem outros casos da doença na família? Não Sim

20. Você utilizou tratamento caseiro para catarata? Não Sim

21. Você tem medo de ficar cego? Não Sim

22. Você tem medo da cirurgia? Não Sim

Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, do Projeto de Pesquisa sob o título “**Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos antes e após cirurgia de catarata**”. Meu nome é Valéria da Silva Faria, sou a pesquisadora responsável, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC Goiás, orientada pelo Prof. Dr. Rogério José de Almeida. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, não haverá qualquer prejuízo e você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável (64-999563306, ligações a cobrar, se necessárias) ou através do e-mail valeria@faculdadeobjetivo.com.br. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás. Funcionamento: 8:00 as 12:00 e 13:00 as 17:00 de segunda a sexta-feira. O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

* **Pesquisadores:** Valéria da Silva Faria; e Prof. Dr. Rogério José de Almeida.

* Propomos essa pesquisa pelo fato de que a qualidade da visão é uma parte integrante da qualidade de vida da pessoa idosa. Justifica-se na medida em que se pretende investigar a influência da catarata na qualidade de vida do idoso.

* Tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos antes e após se submeterem à cirurgia de catarata.

* Em um primeiro momento serão aplicados dois questionários, sendo um sociodemográfico e o outro de avaliação da qualidade de vida. Após um mês, na consulta de retorno, será aplicado novamente o de avaliação da qualidade de vida. Cada entrevista demandará cerca de 10 minutos. Se houver seu interesse em participar, a entrevista será em sala específica dentro da Clínica com a presença somente da pesquisadora e do participante, garantindo assim o sigilo das informações prestadas.

* **Riscos:** A presente pesquisa é de risco mínimo, mas pode vir a acarretar transtornos emocionais ou desconfortos em decorrência de sua participação. Se você se sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação, todas as informações acerca dos questionários serão feitas e, apresentando qualquer desconforto durante a aplicação dos questionários, a entrevista será suspensa com vistas a não agravar mais o desconforto gerado.

* **Benefícios:** A investigação de uma temática importante para o fenômeno do envelhecimento da população pode viabilizar dados que contribuam para o planejamento e implantação de políticas públicas e programas destinados a melhora da qualidade de vida da pessoa idosa.

* Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou algum prejuízo. Você poderá solicitar a retirada desse material da pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo.

* Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a pleitear indenização.

* Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pela pesquisadora responsável.

* É assegurado a você o acesso gratuito, caso for de seu interesse, aos resultados após o término desta pesquisa, podendo ser solicitados diretamente com a pesquisadora responsável.

* Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisadora responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Declaração da Pesquisadora

A pesquisadora responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Declaração do Participante

Eu, _____, abaixo assinado, discuti com Valéria da Silva Faria sobre a minha decisão em participar como voluntário do estudo **“Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos antes e após cirurgia de catarata”**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Rio Verde, _____, de _____, de 2018.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Anexo I – WHOQOL-OLD



QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

*** As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

*** As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

*** As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

*** As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Anexo II – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES IDOSOS ANTES E APÓS CIRURGIA DE CATARATA

Pesquisador: Valéria da Silva Faria

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79920317.5.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.404.484

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa é referente à proposta de investigação científica a ser desenvolvida no Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – PPGCAS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, sob a orientação do Prof. Dr. Rogério José de Almeida. Considerando o efeito limitante que a catarata impõe a população idosa em função da diminuição na qualidade de vida, o foco da análise de problematização empreendida situa-se em uma perspectiva longitudinal da relação da catarata com a qualidade de vida do idoso. Tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos antes e após se submeterem à cirurgia de catarata. Nessa perspectiva, a saúde ocular está diretamente relacionada à qualidade de vida da pessoa idosa, a perda da capacidade visual pode implicar na diminuição da qualidade de vida, decorrente de restrições ocupacionais, econômicas, sociais e psicológicas. Trata-se de um estudo longitudinal analítico com abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada por meio de questionários aplicados aos pacientes de ambos os sexos de uma Clínica Privada especializada em oftalmologia e cirurgia de catarata da cidade de Rio verde/GO. A coleta de dados se dará em duas etapas. Na primeira serão aplicados dois questionários(sociodemográfico e WHOQOL-OLD) ao paciente idoso antes de se submeter a cirurgia de catarata. Na segunda será aplicado um questionário (WHOQOL-OLD) um mês após a cirurgia no momento da consulta de retorno. Com os dados coletados será confeccionado um banco de dados utilizando o software IBM SPSS Statistics 18. Posteriormente, será realizada estatística descritiva com o

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.404.484

cálculo medidas de tendência central para as variáveis contínuas, como média, mediana e desvio padrão e cálculo das frequências absoluta e relativa percentual para as variáveis descontínuas. Na sequência será aplicado teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) para distinguir as distribuições paramétricas e não-paramétricas, com o intuito de comparação dos resultados do questionário estratificado pelas variáveis sociodemográficas. Serão utilizados, para as distribuições paramétricas, os testes t de Student e ANOVA e para as distribuições não-paramétricas os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para todos os testes comparativos será assumido p-valor menor ou igual a 0,05 como significativo.

Objetivo da Pesquisa:

1) Traçar um perfil epidemiológico dos pacientes idosos submetidos à cirurgia de catarata; 2) Avaliar a qualidade de vida antes da cirurgia de catarata; 3) Avaliar a qualidade de vida após a cirurgia de catarata.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "A pesquisa é de risco mínimo, mas pode vir a acarretar transtornos emocionais ou desconfortos aos participantes. Se este se sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Para evitar e/ou reduzir os riscos desta participação, todas as informações da coleta de dados serão dadas e, apresentando qualquer desconforto durante a aplicação dos questionários, a entrevista será suspensa com vistas a não agravar o quadro gerado. As entrevistas serão realizadas em sala específica dentro da clínica onde se encontrarão somente pesquisadora e participante."

Benefícios: "Esta pesquisa terá com benefícios à investigação de uma temática importante para o fenômeno do envelhecimento da população, podendo viabilizar dados que contribuam para o planejamento e implantação de políticas públicas e programas destinados a melhora da qualidade de vida da pessoa idosa."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e bem estruturada.

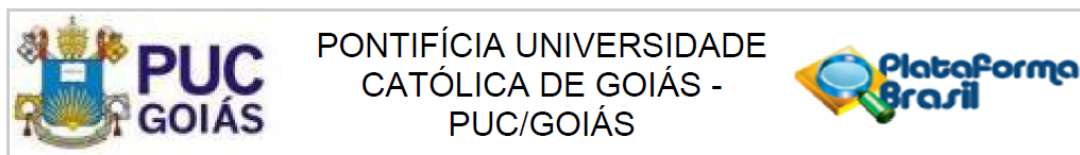
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram identificados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.404.484

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1032833.pdf	14/11/2017 13:38:31		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	14/11/2017 13:38:09	Valéria da Silva Faria	Aceito
Outros	curriculo_lattes_valeria.pdf	14/11/2017 10:07:23	Valéria da Silva Faria	Aceito
Outros	curriculo_lattes_prof_rogerio_jose_de_almeida.pdf	13/11/2017 14:03:09	Valéria da Silva Faria	Aceito
Outros	Instrumento_Whopol_old.pdf	13/11/2017 14:02:44	Valéria da Silva Faria	Aceito
Outros	instrumento_questionario_sociodemografico.pdf	13/11/2017 14:02:29	Valéria da Silva Faria	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_instituicao_coparticipante.pdf	13/11/2017 14:02:07	Valéria da Silva Faria	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	13/11/2017 14:01:52	Valéria da Silva Faria	Aceito
Projeto Detalhado	projeto_de_pesquisa.pdf	13/11/2017	Valéria da Silva	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.404.484

/ Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	14:01:36	Faria	Aceito
----------------------------	-------------------------	----------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 29 de Novembro de 2017

Assinado por:
Cejane Oliveira Martins Prudente
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br