

## **ARQUIVO SUPLEMENTAR DE ARTIGO**

### **Estudo dos sintomas visuais na síndrome relacionada ao computador e efeitos dos colírios lubrificantes em funcionários do hospital universitário Bettina Ferro de Sousa**

Study of visual symptoms in computer syndrome and effects of lubricating eye drops in employees of the Bettina Ferro de Sousa University Hospital

Estudio de los síntomas visuales en el síndrome relacionado al computador y efectos de los colirios lubricantes en funcionarios del Hospital Universitario Bettina Ferro de Sousa

Luiz Ricardo Cruz Neves, José Jesu Sisnando D'araujo Filho

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO I**

Sintomas da Síndrome da Visão do Computador:

Quando você esta usando o computador apresenta alguns dos seguintes sintomas?  
 Marque com uma X.

	Nunca	As vezes	Quase sempre	Sempre
Sensação de corpo estranho				
Lacrimejamento				
Ardor ocular				
Dor ocular				
Coceira				
Fotofobia				
Ressecamento Ocular				
Cefaleia				
Fadiga/Sonolência				
Cansaço visual				
Diplopia				
Omissão de letras ou linhas no texto				
Tela desfocada				
Dor nas costas ou pescoço				

1. Em que momento do dia você apresenta esses sintomas? Manhã \_\_\_ Tarde \_\_\_ Noite \_\_\_

2. Faz quanto tempo você apresenta esses sintomas? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO II

### QUESTIONÁRIO II

Hábitos no uso do computador:

1. Quantas horas você usa o computador ao dia?

Diurno	Noturno	Trabalho	Lazer	Total

2. De quanto em quanto tempo você faz pausas do computador. Marque com X.

A cada 20 a 59 minutos	
Cada hora	
Cada duas a 4 horas	
Nunca	

3. Como é a iluminação na sua estação de trabalho? Marque com X.

Natural		Insuficiente	
		Adequada	
		Excessiva	
Artificial		Insuficiente	
		Adequada	
		Excessiva	
Mixta			

4. Se a iluminação na estação de trabalho é artificial, marque com X, se esta apresenta alguma das seguintes características:

Uniformidade	
Excesso de contraste	
Reflexos incômodos	

5. Qual destes exemplos se parece mais com o brilho da tela que você usa quando trabalha no Computador. Marque com X.

6. Qual é o tamanho da tela do computador que você usa normalmente? Marque com X.

<10 polegadas	
Entre 11 e 14 polegadas	
Entre 15 e 19 polegadas	
Entre 20 e 24 polegadas	
Mais de 25 polegadas	

7. Qual dos seguintes tamanhos de letra se assemelha mais ao que você usa no computador?. Marque com X.

abcde	
abcde	
abcde	
abcde	
abcde	

8. Usa AR condicionado ou ventilador, dirigido ao seu rosto ou acima da sua cabeça, no seu posto de trabalho?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**CONTINUAÇÃO - APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO II**



Exemplo 1.	
Exemplo 2.	
Exemplo 3.	

**Historia Ocupacional**

Tipos de empregos/trabalho realizados ao longo da vida laboral:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Há quantos anos trabalha na docência? Marque com X.

0 a 4 anos	<input type="checkbox"/>
De 4 a 10 anos	<input type="checkbox"/>
De 10 a 18 anos	<input type="checkbox"/>
De 18 a 30 anos	<input type="checkbox"/>
Mais de 30 anos	<input type="checkbox"/>

Há quantos anos trabalha com computador? Marque com X.

0 a 4 anos	<input type="checkbox"/>
De 4 a 10 anos	<input type="checkbox"/>
De 10 a 18 anos	<input type="checkbox"/>
De 18 a 30 anos	<input type="checkbox"/>
Mais de 30 anos	<input type="checkbox"/>

Tomando em conta que a seguinte imagem é a posição ergonomicamente ideal para trabalhar no computador, como qualifica sua posição ergonomia na sua estação de trabalho?

Perfeita	<input type="checkbox"/>
Boa	<input type="checkbox"/>
Ruim	<input type="checkbox"/>
Muito Ruim	<input type="checkbox"/>



**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO III**

1 – Você fez uso correto da medicação indicada pelos pesquisadores?

( ) Sim                      ( ) Não

2 – Houve melhora dos sintomas referidos anteriormente?

( ) Sim                      ( ) Não

3 – Qual desses sintomas você não sente mais?

- ( ) Dor de cabeça;
- ( ) Coceira;
- ( ) Cansaço;
- ( ) Lacrimejamento;
- ( ) Olho vermelho;
- ( ) Embaçamento visual;
- ( ) Ressecamento dos olhos.

4 – O que você acha do seu desempenho no trabalho após o uso do colírio?

( ) Melhorou                      ( ) Indiferente

5 – Qual desses sintomas você continua sentindo? (se aplicado)

- ( ) Dor de cabeça;
- ( ) Coceira;
- ( ) Cansaço;
- ( ) Lacrimejamento;
- ( ) Olho vermelho;
- ( ) Embaçamento visual;
- ( ) Ressecamento dos olhos.