

Avaliação dos sintomas de depressão em pessoas com deficiência visual

Assessment of symptoms of depression in people with visual impairment

Maria Izabel de Albuquerque Cambraia¹
Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima²

Resumo

A deficiência visual provoca alterações biopsicossociais e favorece o desenvolvimento de sintomas depressivos. Este estudo avaliou a ocorrência de sintomas de depressão na cegueira e seus determinantes e utilizou: entrevista semiestruturada; inventário de depressão de Beck; teste de acuidade visual. A amostra avaliou 68 pessoas, maioria do sexo masculino (60,3%), faixa etária acima de 50 anos (33,8%), solteiros (57,3%), ensino superior a pós-graduação (44,1%) e renda familiar entre 1-3 salários mínimos (36,7%). Índice maior da amostra ficou cega entre 10-20 anos (26,5%), tempo de cegueira entre 01 mês-10 anos (29,4%), sem percepção de luz nos dois olhos (53%), boa capacidade de locomoção (42,6%) e deslocamento com auxílio de guia (75%). Sintomas de depressão observados em 39,7% da amostra. Os determinantes para sintomatologia depressiva foram: sexo feminino; idade avançada; menor escolaridade; renda familiar 1-3 salários mínimos; maior idade de acometimento da cegueira; menor tempo de duração da cegueira; ausência de luz nos dois olhos e deslocamento realizado com auxílio de guia. Resultados indicaram associação significativa entre cegueira e sintomas depressivos e, como alguns determinantes para essa sintomatologia não podem ser controlados, recomenda-se atuar na promoção da saúde mental para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Palavra-chaves: deficiência visual; cegueira; depressão; avaliação.

Abstract

Visual impairment causes biopsychosocial changes and favors the development of depressive symptoms. This study evaluated the occurrence of depression symptoms in blindness and its determinants, and used: semi-structured interview; Beck's depression inventory; visual acuity test. The sample evaluated 68 people, mostly male (60.3%), aged over 50 years (33.8%), single (57.3%), postgraduate education (44.1%) and family income between 1-3 minimum wages (36.7%). Higher index of the sample was blinded between 10-20 years (26.5%), time of blindness between 01 month-10 years (29.4%), without perception of light in both eyes (53%), good ability to

¹ Universidade Federal do Amapá – UNIFAP - Macapá/ Amapá – belcambraia@yahoo.com.br

² Universidade Federal do Amapá – UNIFAP - Macapá/ Amapá – mairatongu@gmail.com

move (42.6%) and displacement with the aid of a guide (75%). Depression symptoms observed in 39.7% of the sample. The determinants for depressive symptoms were: female gender; advanced age; less education; family income 1-3 minimum wages; older age of onset of blindness; shorter duration of blindness; absence of light in both eyes and displacement performed with the aid of a guide. Results indicated a significant association between blindness and depressive symptoms and, as some determinants for this symptom cannot be controlled, it is recommended to act in promoting mental health to improve the quality of life of this population.

Keywords: visual impairment; blindness; depression; assessment.

Introdução

O sistema ocular humano é responsável pela integração das funções motoras, cognitivas e emocionais, fundamentais para o processo de aprendizagem, interação social e autonomia pessoal e a deficiência visual (DV) grave, como a cegueira, poderá comprometer o funcionamento biopsicossocial e favorecer o desenvolvimento de sintomas de depressão (SD) na vida da pessoa afetada e de sua família (Rebouças, Araújo, Braga, Fernandes & Costa, 2016).

A WHO (2014), baseada na classificação internacional das doenças e problemas relacionados à saúde, décima revisão (CID-10), classifica a deficiência visual em baixa visão, quando a acuidade visual corrigida no melhor olho é menor que 20/70 e maior ou igual a 20/40 e, cegueira, quando esses valores são menores que 20/40.

Globalmente a deficiência visual é um grave problema de saúde pública, associado à dificuldades emocionais, diminuição da qualidade de vida, risco de quedas e morte. O índice de pessoas acometidas por DV cresce, na medida em que a população aumenta e envelhece. A perda evitável de visão – erro de refração (reversível com correção de óculos) e catarata (reversível com cirurgia) – continuam sendo a principal causa de DV em pessoas acima de 50 anos. Pesquisa (Flaxman, Bourne & Resnikoff, 2017) estima que 2,5% da população mundial com DV foram afetadas por catarata e erro refrativo não corrigido em 2010, confirmados em estudo (Hashemi et al., 2018) cujas causas mais comuns de DV apontadas, foram erro refrativo não corrigido (41,8%) e catarata (20%).

As características de personalidade, histórico de outras patologias associadas, nível de comprometimento da DV, capacidade cognitiva, antecedentes e convivência com outras deficiências, apresentam efeitos variados no comportamento das pessoas com cegueira e, tendem a funcionar como fatores predisponentes para o desencadeamento do transtorno de depressão nessa população e, demonstra uma relação direta entre a gravidade dessa sintomatologia e os comportamentos introvertidos, marcados por neurotismo e instabilidade emocional, o que dificulta o desenvolvimento de habilidades que poderiam estimular a superação dessa condição (Adigun, Oluleye, Modupe & Olowookereet, 2014; Li et al., 2013; Moschos, 2014).

A proposta deste estudo, teve o objetivo de avaliar a ocorrência de sintomas de depressão na cegueira e identificar seus determinantes, dentre as variáveis mais citadas na literatura científica e as mais significativas apontadas por esta pesquisa, sendo desenvolvido a partir da inter-relação entre as ciências psicológica e oftalmológica e, justifica-se pela escassez de produção científica sobre a temática, tendo como hipótese diagnóstica que, pessoas com cegueira tendem a apresentar risco aumentado de desenvolver sintomas depressivos. Sua realização teve o intuito de trazer visibilidade e contribuições relevantes acerca da sintomatologia às pessoas com cegueira e suas famílias, à saúde pública e seus profissionais e à comunidade científica.

Método

O estudo baseou-se no método quantitativo e foi realizado nos municípios de Macapá e Santana, no estado do Amapá-Brasil, com participantes de duas instituições que atendem pessoas

com DV: o Centro Estadual de Apoio ao Deficiente Visual do Amapá (CAP) e a Associação de Cegos e Amblíopes do Amapá (ACAAP).

Foram entrevistadas 68 pessoas, com diagnóstico de cegueira bilateral, com idade superior a 18 anos – 19 a 76 anos – e média de 40,5 anos, de ambos os sexos.

O critério para definição da amostra, baseou-se na relação de inscritos das duas instituições de coleta de dados, que atenderam ao perfil do estudo.

A fase de coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2017.

Como instrumento de coleta de dados, foi aplicada uma entrevista semiestruturada – elaborada pela autora – para caracterizar o perfil sociodemográfico, os aspectos clínicos da DV e as condições de acessibilidade dos participantes; o inventário de Depressão de Beck (BDI), para avaliar as evidências dos sintomas de depressão e o teste de acuidade visual, para investigar a percepção de luz na amostra.

O processo de coleta de dados aconteceu com a presença de uma testemunha, sem deficiência visual, que também assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Os instrumentos da pesquisa foram lidos – em voz alta – pela pesquisadora e respondidos verbalmente pelos participantes e suas respostas foram anotadas pela mesma.

Para classificar os participantes de acordo com o grau de intensidade da depressão, foi aplicado o ponto de corte ($BDI \geq 12$). Para avaliar o nível de significância dos sintomas de depressão na cegueira, utilizou-se a classificação do BDI, com aplicação do teste estatístico Mann-Whitney (Teste U). Para identificar os determinantes da cegueira, aplicou-se o teste Mann-Whitney (Teste U) para comparar as variáveis categóricas (sexo, estado civil, classificação da cegueira, mobilidade e condição de deslocamento) e o teste de Correlação de Spearman para correlacionar as variáveis numéricas (idade, escolaridade, renda, idade de acometimento da cegueira, tempo de duração da cegueira e percepção de luz). Foi adotado o valor de significância $p < 0,05$.

O estudo obteve a aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), sob o nº CAAE 62612916.9.0000.0003 e Parecer nº 2.301.268.

Resultados

Caracterização das Variáveis Sociodemográficas

Nos dados sociodemográficos da amostra pesquisada (Tabela 1), foi observado o predomínio do seguinte perfil: idade acima de 51 anos (33,8%); sexo masculino (60,3%); autodeclarados pardos (66,2%); solteiros (69,1%); sem filhos (41,2%) ou até 3 filhos (41,1%); com religião (92,6%); nível superior completo ou pós-graduação (44,1%); ocupação *do lar* (27,9%); sem vínculo empregatício (69,1%); atendido pelo Benefício de Prestação Continuada-BPC (73,5%); renda familiar de 1-3 salários mínimos (36,7%).

Na escolarização, o maior quantitativo da amostra possuía o ensino superior ou pós-graduação. Uma justificativa para esse resultado pode estar no índice expressivo de professores entre os participantes do estudo, lotados no CAP e na ACAAP, instituições onde aconteceu a coleta de dados.

Em relação a ocupação, embora este estudo tenha apontado predomínio da ocupação *do lar*, observou-se índice considerável de servidores públicos (20,6%) compondo a amostra, nas funções de professor ou auxiliar administrativo, possivelmente devido o Amapá ser um estado relativamente novo, que passou a essa categoria somente com a Constituição de 1988 e, ainda hoje, o poder público é um dos seus principais empregadores.

Nas variáveis econômicas – renda familiar, vínculo empregatício e recebimento de BPC – foi observado índice expressivo de participantes sem vínculo empregatício, sobrevivendo apenas da renda do Benefício de Prestação Continuada.

Tabela 1 - *Distribuição das Variáveis Sociodemográficas das Pessoas com Cegueira (n= 68), Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68)*

Variável		N	%
Idade	19-29 anos	16	23,5
	30-40 anos	18	26,5
	41-51 anos	11	16,2
	Acima de 51 anos	23	33,8
Sexo	Feminino	27	39,7
	Masculino	41	60,3
Raça	Parda	45	66,2
	Branca	14	20,6
	Amarela	2	2,9
	Preta	7	10,3
Estado civil	Casado	21	30,9
	Solteiro	47	69,1
Filhos	Sem filhos	28	41,1
	1 a 3	28	41,1
	4 a 6	7	10,3
	Acima de 6	5	7,5
Religião	Sim	63	92,6
	Não	5	7,4
Escolaridade	Sem escolaridade	1	1,5
	Fundamental	13	19,1
	Médio	24	35,3
	Superior/ pós-graduação	30	44,1
Ocupação	Servidor Público	14	20,6
	Do lar	19	27,9
	Ambulante/ propagandista	6	8,8
	Paratleta	5	7,4
	Estudante	11	16,2
	Aposentado	7	10,3
	Outros	6	8,8
Vínculo Empregatício	Sim	21	30,9
	Não	47	69,1
Benefício (BPC)	Sim	50	73,5
	Não	18	26,5
Renda familiar	Até 1 SM	13	19,1
	Acima de 1-3 SM	25	36,7
	Acima de 3-4 SM	16	23,5
	Acima de 5 SM	14	20,7

Fonte: Instrumento de Coleta, 2017.

Caracterização das Variáveis Clínicas

Nos dados clínicos da amostra, houve predomínio do glaucoma (30,9%) e da cegueira adquirida (82,4%), sendo que, índice maior de participantes foi acometido pela cegueira na faixa etária entre 10-20 anos (26,5%), com tempo de duração da DV entre 6 mês-10 anos (29,4%) e sem percepção de luz nos dois olhos (53%).

Além do glaucoma, outras causas apresentaram índice significativo neste estudo: retinopatia diabética-RD (11,7%) e pigmentar (11,7%), atrofia do nervo óptico (10,3%), descolamento de retina (7,4%) e catarata (7,4%). O destaque aqui é a RD, associada ao crescimento das doenças crônicas no mundo e a catarata, que poderia ser evitada ou tratada.

A duração do acometimento da DV, que considerou o início da cegueira até o momento da entrevista, compreendeu o intervalo de 6 meses a 76 anos, pois dentre os participantes havia uma pessoa que estava cega há 6 meses e outra há 76 anos, que ficou cega ao nascer.

Caracterização das Variáveis de Acessibilidade

Em relação a condição de acessibilidade – capacidade de locomoção e condição de deslocamento – um maior quantitativo dos participantes declarou possuir entre ótima e boa capacidade de locomoção (64,7%) enquanto (35,3%) referiu ter locomoção entre regular e ruim, sendo o deslocamento da maioria (75%) da amostra, realizado com auxílio de guias.

Caracterização do Inventário de Depressão de Beck

Na categorização dos participantes de acordo com a classificação do BDI, foi realizada a estratificação da amostra em dois grupos (tabela 2): *Com Sintomas de Depressão* e *Sem Sintomas de Depressão* e utilizado o ponto de corte para os sintomas de depressão ($DBI \geq 12$), a fim de melhor avaliar a ocorrência dos sintomas depressivos entre os participantes do estudo. O grupo *Sem Sintomas de Depressão* totalizou (60,3%) nesse agravo, enquanto o grupo *Com Sintomas de Depressão* (39,7%) obteve os seguintes graus de intensidade: depressão leve (27,9%); moderada (5,9%) e grave (5,9%).

Na comparação entre as médias dos grupos com e sem SD (Tabela 5), apontado pelo escore do BDI, foi observado que o grupo sem sintomas de depressão obteve média 21,0, enquanto o grupo com sintomas de depressão, apresentou média 55,00, sendo a média geral dos dois grupos 10,8 ($\pm 11,0$).

Tabela 2 - Distribuição das Médias e do Nível de Significância dos Sintomas de Depressão das Pessoas com Cegueira, nos Grupos Com Sintomas de Depressão e Sem Sintomas de Depressão, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68)

GRUPOS	Médias	p-valor
GRUPO (DBI < 12)	21	
Sem depressão (0-11)		
GRUPO (DBI \geq 12)	55	0,001
Com depressão leve (12-19)		
Com depressão moderada (20-35)		
Com depressão grave (36-63)		

Teste U, com nível de significância 5%.

Determinantes Para os Sintomas de Depressão na Cegueira

Nos determinantes para sintomatologia depressiva (Tabela 3) foram achados: sexo feminino; idade avançada; menor escolaridade; renda familiar 1-3 salários mínimos; maior idade de acometimento da cegueira; menor tempo de duração da cegueira; ausência de luz nos dois olhos e deslocamento realizado com auxílio de guia.

Nos dados sociodemográficos (Tabela 3), o sexo feminino apresentou média discreta, mas superior ao masculino ($p < 0,05$), o qual sugere serem as mulheres mais suscetíveis ao desencadeamento de sintomas depressivos. A variável idade apresentou correlação positiva e fraca ($R = 0,3$), com nível de significância ($p < 0,01$), pois quanto mais avançada a idade, maiores escores de sintomas de depressão foram observados. A escolaridade demonstrou correlação negativa e inversamente proporcional com os sintomas de depressão ($R = -0,2$), isto é, menor escolarização mais sintomas depressivos, confirmada pela significância ($p < 0,05$). A renda familiar apontou correlação positiva para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, pois, quanto maior a renda, maiores foram os sintomas de depressão evidenciados ($p < 0,05$).

Nas variáveis clínicas (Tabela 3), o tipo de cegueira – congênita e adquirida – não demonstrou nível de significância ($p > 0,05$) quando associado a sintomatologia depressiva. Em relação a idade que a pessoa foi afetada pela DV, observou-se associação fraca e positiva ($R = 0,2$), com nível de significância ($p < 0,01$), isto é, quanto maior idade de acometimento da cegueira, mais sintomas de depressão foram evidenciados. Na duração da cegueira, foi obtido ($R = -0,2$) e nível de significância ($p < 0,05$), o que indica que, quanto menos tempo de cegueira, mais evidências de sintomas de depressão foram observados. Na avaliação da acuidade visual, a ausência de percepção nos dois olhos, quando associada com a sintomatologia depressiva obteve ($R = 0,3$) demonstrou discreta e positiva correlação ($p < 0,05$).

Nas variáveis relacionadas a acessibilidade (Tabela 3), o fator relacionado a condição de mobilidade, ao ser associado aos sintomas de depressão, obteve média ($R = 0,2$), o que indicou haver uma associação discreta e positiva, isto é, quanto mais dificuldade de mobilidade e acesso a pessoa possuía, maior o nível de sintomas de depressão foram evidenciados, porém sem nível de significância ($p > 0,05$). Enquanto condição de deslocamento, que considerou o auxílio de guia, apresentou média discreta e positiva ($R = 0,1$) e sugeriu que, quanto maior a dependência em relação ao guia, mais suscetível aos sintomas de depressão ela tendia a ser, confirmado pelo nível de significância ($p < 0,05$).

Tabela 3 - Distribuição das Variáveis Sociodemográficas Sexo, Estado Civil, Idade, Escolaridade e Renda Familiar, das Variáveis Clínicas Tipo de Cegueira, Idade Que Ficou Cego, Duração da Cegueira e Percepção de Luz e das Variáveis de Acessibilidade Condição de Mobilidade e Deslocamento com Guia, Determinantes Para os Sintomas de Depressão no Grupo com Cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=27)

Variáveis Sociodemográficas	Média do Escore Total	p^* (U)
Sexo Feminino	11	<0,05
Estado civil solteiro	10,2	>0,05
	<i>R (Spearman)</i>	<i>P</i>
Idade	0,3	<0,01
Escolaridade	-0,2	<0,05
Renda familiar	0,2	<0,05
Variáveis Clínicas	Média do Escore Total	p^* (U)
Tipo de cegueira congênita adquirida	9,5 11	>0,05
	<i>R (Spearman)</i>	<i>P</i>
Idade que ficou cego	0,2	<0,01
Duração da cegueira	- 0,2	<0,05
Percepção de luz	0,3	<0,05
Variáveis de Acessibilidade	Média do escore total	p^* (U)
Condição de mobilidade	0,2	>0,05
Deslocamento com guia	0,1	<0,05

* Teste U com nível de significância alfa <0,05.

Discussão

Caracterização das Variáveis Sociodemográficas

Dados da literatura científica apontam ser a cegueira mais incidente na população de idades mais avançadas (Ademola-Popoola, Tunde-Ayinmode & Akande, 2010; Awan, Mahar & Memon, 2011). Achados também observados em pesquisa realizada nos EUA – investigação baseada em seis estudos populacionais – apontaram que, a DV aumenta com o avançar da

idade: com 40-49 anos (4%), 50-59 anos (5%), 60-69 anos (16%), 70-79 anos (24%) e acima de 80 anos (50%) e estima que, em 2050, esse índice deve aumentar em 116% e, deverá atingir cerca de 2% da população na faixa etária entre 40-49, com aumento de 64% no percentual de pessoas com mais de 80 anos que poderão ser afetados pela DV (Varma et al., 2016).

Estudo de Shetty e Kulkarni (2014), concluiu que, embora a depressão possa ser mais frequente em pessoas de idades mais avançadas, a gravidade é maior nos grupos etários mais jovens, tendo sua amostra apresentado índices superiores aos observados neste estudo e, levanta a hipótese de que, os participantes da presente pesquisa, podem possuir capacidade de resiliência e aceitação mais desenvolvidas.

O maior quantitativo de homens da amostra, coincide com estudo de Rebouças et al. (2016) e de Abateneh, Tesfaye, Bekele e Gelaw (2013). No entanto, as mulheres foram predominantes em pesquisa realizada nos EUA, por Varma et al. (2016), ao estimar que, entre 2015 e 2050, as mulheres continuarão sendo a população mais atingida pela DV e, deverão superar os homens em 30 a 32% na baixa visão e em 6% a 11% na cegueira.

A condição de solteiro – que incluiu também separado e viúvo – observada na maioria da amostra, pode contribuir para comportamentos de solidão e tristeza, pois, conforme estudo de Meyer-Rochow, Hakko, Ojamo, Uusitalo e Timonen (2015), sobre a ocorrência de suicídio em pessoas com DV na Finlândia, os prováveis motivos associados a essa prevalência são sentimentos de depressão e sofrimento psíquico, resultantes da sensação de desamparo e desesperança, que em geral acomete essa população.

A influência da religiosidade na DV, também, foi citada por outra pesquisa brasileira, que apontou ser esta variável considerada como um fator de proteção à saúde, pois contribui para a melhoria da qualidade de vida dessa população (Rebouças et al., 2016).

O índice de escolarização dos participantes deste estudo, difere do perfil da amostra de Shetty e Kulkarni (2014), no qual somente 16% das pessoas concluíram o ensino superior, 46% o ensino médio e 38% eram analfabetos. Ishtiaq, Chaudhary, Rana e Jamil (2016), afirmam que pessoas com cegueira, geralmente, são excluídas socialmente, o que pode gerar sentimento de inferioridade e comprometer a autoestima, necessária ao processo de aprendizagem.

Sobre os dados referentes a renda familiar, estudo africano afirmou que a mendicância e a cegueira estão intimamente associadas, encontrando-se 70% de pessoas cegas entre os mendigos residentes na Nigéria, que utilizam-se dessa atividade para garantir sua sobrevivência (Ademola-Popoola et al., 2010). Outra pesquisa, realizada para avaliar o impacto econômico da cegueira na Europa, concluiu que a perda de produtividade nessa população, foi estimada em 100%, mas segundo os autores, embora esse custo seja substancial, se forem adotadas estratégias de prevenção e tratamento, esse ônus econômico poderá reduzir significativamente (Chakravarthy et al., 2017).

Caracterização das Variáveis Clínicas

Quanto as causas da DV, o glaucoma, que possui grande incidência mundial, foi citado em outros dois estudos brasileiros – com intervalo de 16 anos. Na pesquisa de Brito e Veitzman (2000) foi a primeira causa de cegueira infantil, enquanto no estudo de Couto Junior e Oliveira (2016) figurou como terceira causa de DV entre os alunos do Instituto Benjamim Constant, principal centro brasileiro de referência no atendimento a pessoas com DV. Nos países latino-americanos o glaucoma e a retinopatia diabética vêm aumentando a incidência na população (Furtado et al., 2012). A catarata, que ainda hoje continua sendo uma das principais causas de cegueira nos países mais pobres, associada ao declínio da idade (Awan et al., 2011; Flaxman et al., 2017; Hashemi et al., 2018).

Acegueira adquirida foi citada em outra pesquisa brasileira, na qual 81,8% dos participantes adquiriram a DV ao longo de suas vidas (Bittencourt, Montilha, Gasparetto, Temporini & Carvalho, 2011). A idade de acometimento da cegueira foi referida em estudo de Ademola-Popoola et al (2010), a qual apontou que 62% de sua amostra ficou cega na infância e 21% na vida adulta.

Estudo que investigou a saúde mental na DV, observou que as pessoas que viviam com essa doença ocular há mais de 2 anos, apresentavam aceitação significativamente maior e menores escores de negação do que aquelas com perda recente de visão e, concluiu que, a aceitação apresenta correlação positiva com o bem-estar e que, a negação com a depressão e, pessoas diagnosticadas com DV mais precocemente, tendem a manifestar melhor comportamento adaptativo (Bergeron & Wanet-Defalque, 2013).

Caracterização das Variáveis de Acessibilidade

A facilidade de locomoção dos participantes deste estudo sugere que, a ausência da visão em si, pode não atuar como fator dificultador da acessibilidade para pessoas com cegueira, desde que elas estejam adaptadas a sua condição. Contudo Gallagher, Hart, O'Brien, Stevenson e Jackson (2011), em seu estudo, observaram um índice considerável de pessoas, com DV, com problemas de locomoção, principalmente pela dificuldade de acesso aos transportes urbanos, em função da falta de disponibilidade desse serviço, que segundo os autores, causa maior dependência de familiares e amigos, restringe e limita a vida profissional e social dessa população, questões essas que precisam ser consideradas pelo poder público.

A utilização de bengala no deslocamento, foi apontada como fundamental para a mobilidade nos ambientes externos e desconhecidos, mas dispensada nos locais internos e de frequência rotineira, devido a familiaridade com esses espaços (Aciem & Mazzota, 2013), essa autonomia na capacidade de ir e vir, constitui uma necessidade a ser suprida por essa população (Germano et al., 2019).

Caracterização do Inventário de Depressão de Beck

Critério semelhante de separar a amostra, a partir de um ponto de corte do BDI, também foi adotado em outro estudo sobre a cegueira, que obteve escores mais elevados, no qual 68% dos participantes apontaram sintomas de depressão entre a amostra pesquisada, sendo 30% com depressão leve, 30% com moderada e 8% com grave (Shetty & Kulkarni, 2014).

O resultado da média geral deste estudo, mostrou-se inferior ao relatado em estudo desenvolvido por Shetty e Kulkarni (2014). No entanto, os autores salientaram que, a proporção de sintomas de depressão foi maior nos participantes que possuíam mais de 7 anos de acometimento da deficiência visual, no entanto, a intensidade dos sintomas depressivos evidenciou-se nos primeiros 4-5 anos.

Determinantes Para os Sintomas de Depressão na Cegueira

Os determinantes sociodemográficos que atuam para o desencadeamento de sintomas de depressão na DV, mais referidos em outros estudos e, também observados nesta pesquisa, são: sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda (Court, McLean, Guthrie, Mercer & Smith, 2014; Meyer-Rochow et al., 2015; Varma et al., 2016).

Estudos sugerem que as mulheres são mais suscetíveis aos sintomas de depressão. Entretanto, pesquisa americana – que também utilizou o BDI – concluiu não haver diferença entre os dois sexos na associação entre essas sintomatologias (Koenes & Karshmer, 2000). Embora as mulheres sejam mais afetadas pelas doenças oculares (Awan et al., 2011; Varma et al., 2016) na associação entre DV e sintomas de depressão, o sexo feminino não exerce influência nos sintomas depressivos na DV, em diversas publicações (Abateneh et al., 2013; Choi, Lee & Lee, 2018; Shetty & Kulkarni, 2014).

Achado de Court et al. (2014) aponta que pessoas com DV de maiores faixas etárias, constituem população de risco para depressão, com percentual de 18,2% na população pesquisada. Estudo que avaliou a DV em diversos grupos etários, observou que os problemas emocionais mais intensos foram evidenciados nas populações mais jovens (entre 30-59 anos),

pois, quanto maior independência maiores os sintomas. Os pesquisadores alertaram para o fato da população idosa com DV, ser referida em publicações científicas como a mais suscetível aos problemas emocionais. Segundo eles, isso ocorre, provavelmente, por ser esse o grupo etário mais investigado, em função da facilidade na obtenção de dados pré-existentes nos serviços de saúde (Choi et al., 2018).

O isolamento social, que pode acometer as pessoas solteiras, foi citado em alguns estudos, como predisponentes para o desenvolvimento de sintomas de depressão na população com DV (Abateneh et al., 2013; Li et al., 2013; Shetty & Kulkarni, 2014).

Quanto a escolarização, estudo de Li et al. (2013), também, concluiu que, pessoas com deficiência visual, com menor grau educacional, apresentaram risco aumentado para o desenvolvimento de transtorno depressivo.

A influência da renda familiar neste estudo sugere que, pessoas com cegueira, com melhor poder aquisitivo tendem a inquietar-se e angustiar-se com maior frequência na ausência da visão, confirmado por pesquisa europeia que afirmou que possuir melhor poder aquisitivo, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Heesterbeek, Van Der, Van Rens, Twisk & Van Nispen, 2017). Achado diferente foi observado em pesquisa de Shetty e Kulkarni (2014), na qual a maioria da amostra afirmou que sua renda foi afetada pela DV.

Quanto a influência das variáveis clínicas no desenvolvimento dos sintomas de depressão na DV, estudo que comparou as diferenças nas experiências entre cegueira congênita e adquirida, apontou que o tipo de cegueira não atua como determinante nessa sintomatologia, ambas seguem os padrões inerentes a própria condição da DV (Almeida & Araújo, 2013).

Quanto ao fator idade, este estudo concluiu que pessoas que ficaram cegas em idades mais avançadas são mais propensas a desencadear sintomas depressivos. Contudo, pesquisa de Abateneh et al. (2013), afirma que a idade de acometimento de DV não está associada ao surgimento de problemas emocionais, mas que tal associação pode ser favorecida pela gravidade da DV em si, ratificado em pesquisa de Shetty e Kulkarni (2014), cujo tempo de DV não foi relacionado com a sintomatologia depressiva.

No entanto, segundo este estudo, a ausência de luz nos dois olhos, pode prejudicar a saúde mental da pessoa com cegueira, sendo esse dado também observado em outra pesquisa, realizada na Etiópia, que avaliou a perda da visão e o sofrimento psicológico, ao referir que, a falta de percepção de luz em ambos os olhos foi associada ao aumento de problemas emocionais nessa população (Abateneh et al., 2013).

A condição de acessibilidade, também, foi citada em dois outros estudos, os quais apontaram que, as dificuldades encontradas na mobilidade dos DV, pode torná-los mais vulneráveis aos sintomas depressivos, em função das restrições de acesso a que essas pessoas estão sujeitas. Portanto, segundo os autores, um dos principais desafios dessa população é conseguir desenvolver sua locomoção com maior independência e autonomia (Almeida & Araújo, 2013; Germano et al., 2019).

Considerações Finais

A realização deste estudo permitiu observar que há evidências significativas da ocorrência de sintomas depressivos na cegueira, logo atuar na prevenção, monitoramento e tratamento desse agravo, deve ser uma prioridade para a manutenção da saúde física e mental dessa população e de suas famílias.

O destaque deste estudo coube às variáveis relacionadas ao sexo feminino e a renda econômica elevada, ambas consideradas como determinantes para o desenvolvimento de sintomas depressivos na cegueira, achados estes, não compatíveis com a maioria das

publicações científicas que abordaram essa relação. Por isso, sugere-se que essa associação seja investigada de forma mais aprofundada em novas pesquisas.

Este estudo ampliou sua avaliação sobre os determinantes para o desencadeamento de sintomas de depressão na cegueira, incluindo aspectos ainda pouco explorados cientificamente nessa associação: as variáveis clínicas e de acessibilidade.

As limitações deste estudo – discussões específicas da associação cegueira e sintomas de depressão, comparação dos dados e baixo quantitativo da amostra –, podem ser creditadas a reduzida produção científica sobre o tema, uma vez que a maioria dos artigos encontrados, geralmente, incluía na mesma amostra pessoas com baixa visão e cegueira, bem como, a inexistência de um cadastro único das pessoas com cegueira no Amapá, pois, embora exista no Estado uma instituição responsável pelo atendimento pedagógico à pessoas com DV (o CAP, um dos locais de coleta de dados deste estudo), a maioria das pessoas com cegueira não consegue acessá-la, devido a falta de transporte gratuito e adaptado para atendê-las.

Embora não seja possível controlar alguns determinantes para os sintomas de depressão na cegueira, com intervenções adequadas de promoção da saúde física e mental dessa população, será possível melhorar sua qualidade de vida e contribuir para sua inclusão biopsicossocial.

Referências Bibliográficas

- Abateneh, A., Tesfaye, M., Bekele, S., & Gelaw, Y. (2013). Vision Loss and Psychological Distress among Ethiopians Adults: A Comparative Cross-Sectional Study. *PloS One*, 8(10), 1-7. Recuperado em 02 de abril, 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808291/pdf/pone.0078335.pdf>
- Aciem, T. M., & Mazzotta, M. J. S. (2013). Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 72(4), 261-267. Recuperado em 01 de março, 2017, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802013000400011
- Ademola-Popoola, D. S., Tunde-Ayinmode, M. F., & Akande, T. M. (2010). Psychosocial Characteristics of Totally Blind People in a Nigerian City. *Afr J Ophthalmol.*, 17(4), 335-342. Recuperado em 29 de outubro, 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2991452/>
- Adigun, K., Oluleye, T. S., Modupe, M. A. L., & Olowookere, S. A. (2014). Quality of life in patients with visual impairment in Ibadan: a clinical study in primary care. *J Multidiscip Healthc.*, 17(7), 173-178. Recuperado em 27 de junho, 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000176/>
- Almeida, T., & Araújo, F. (2013). Diferenças experienciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirida: uma breve apreciação. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 1(3), 1-20. Recuperado em 22 de agosto, 2017, de <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/24>
- Awan, Z. H., Mahar, P. S., & Memon, M. S. (2011). Blindness and Poverty. *Pak J Ophthalmol*, 27(3), 165-170. Recuperado em 18 de agosto, 2017, de <https://pjo.org.pk/index.php/pjo/article/view/489/418>
- Bergeron, C. M., & Wanet-Defalque, M. C. (2013). Psychological adaptation to visual impairment: The traditional grief process revised. *Journal of Visual Impairment*, 3(1), 20-31. Recuperado em 03 de janeiro, 2018, de https://dandeneau.uqam.ca/upload/files/pdfs/Bergeron%20%26%20Wanet-Defalque_2013%20Psychological%20adaptation.pdf
- Bittencourt, Z. Z. L., C, Montilha, R. C. L., Gasparetto, M. E. R. F., Temporini, E. R., & Carvalho, K. M. M. (2011). Diabetic retinopathy and visual disabilities among patients in a rehabilitation program. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 70(6), 342-348. Recuperado em 02 de dezembro, 2018, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802011000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- Brito, P.R., & Veitzman, S. (2000). Causas de cegueira e baixa visão em crianças. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, 63(1), 49-54. Recuperado em 27 de junho, 2017, de <https://www.scielo.br/j/abo/a/YJDcDGfW6PwkZfzrpfRgdyN/?lang=pt>
- Chakravarthy, U., Biundo, E., Saka, R.O., Fasser, C., Bourne, R., & Little, J.A. (2017). The Economic Impact of Blindness in Europe. *Journal Ophthalmic Epidemiology*, 24(4), 239-247. Recuperado em 13 de janeiro, 2018, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28665742/>
- Choi, H.G., Lee, M.J., & Lee, S.M. (2018). Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*, 8(2083), 1-8, Recuperado em 27 de setembro, 2018, de <https://www.nature.com/articles/s41598-018-20374-5.pdf>
- Court, H., McLean, G., Guthrie, B., Mercer, S. W., & Smith, D. J. (2014). Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study. *BMC Medicine*, 12(181), 1-8. Recuperado em 12 de julho, 2017, de <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-014-0181-7.pdf>
- Couto Junior, A., & Oliveira, L. A. G. (2016). As principais causas de cegueira e baixa visão em escola para deficientes visuais. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 75(1), 26-29. Recuperado em 12 de julho, 2017, de <https://www.scielo.br/j/rbof/a/pYdszvTh6tPwRH3B4fXmKLb/?lang=pt>
- Flaxman, S.R., Bourne, R.R.A., Resnikoff, S., Ackland, P., Braithwaite, T., Cicinelli, M.V., Das, A., Jonas, J.B., Keeffe, J., Kempen, J.H., Leasher, J., Limburg, H., Naidoo, K., Pesudovs, K., Silvester, A., Stevens, G.A., Tahhan, N., Wong, T.Y., Taylor, H.R.; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. (2017). Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5(12), 1221-1234. Recuperado em 05 de julho, 2017, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17303935>
- Furtado, J.M., Lansingh, V.C., Carter, M.J., Milanese, M.F., Peña, B.N., & Ghersi, H.A., Bote P.L., Nano, M.E., & Silva, J.C. (2012). Causes of Blindness and Visual Impairment in Latin America. *Survey of Ophthalmology*, 57(2), 149-77. Recuperado 29 de junho, 2017, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0039625711001639>
- Gallagher, B.A., Hart, P.M., O'Brien, C., Stevenson, M.R., & Jackson, A.J. (2011). Mobility and access to transport issues as experienced by people with vision impairment living in urban and rural Ireland. *Journal Disability and Rehabilitation*, 33(12), 979-988. Recuperado em 03 de outubro, 2018, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2010.516786>
- Germano, F, A, S., Germano, C, S., Germano, R, A, S., & Germano, J, E. (2019). Estudo das causas de cegueira e baixa de visão em uma escola para deficientes visuais na cidade de Bauru. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 78(3), 183-187. Recuperado em 27 de dezembro, 2018, de <https://www.scielo.br/j/rbof/a/DsM8WdFPS4YzNK5Hk639hWQ/?lang=pt>
- Hashemi, H.; Yekta, A.; Nabovati, P.; Khoshhal, F.; Riazzi, A., & Khabazkhoob, M. (2018). Visual impairment and blindness in a population-based study of Mashhad, Iran. *Journal of Current Ophthalmology*, 30(2), 161-168. Recuperado em 13 de agosto, 2017, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452232516302013>
- Heesterbeek, T.J., Van Der Aa, H.P.A., Van Rens, G.H.M.B., Twisk, J.W.R., & Van Nispen, R.M.A.(2017). The incidence and predictors of depressive and anxiety symptoms in older adults with vision impairment: a longitudinal prospective cohort study. *Ophthalmic Physiol Opt.*, 37(4), 385-398. Recuperado em 16 de abril, 2018, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/opo.12388>
- Ishtiaq, R., Chaudhary, M. H., Rana, M. A., & Jamil, A. R. (2016). Psychosocial implications of blindness and low vision in students of a school for children with blindness. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(2), 431-434. Recuperado em 29 de janeiro, 2018, de <http://pjms.com.pk/index.php/pjms/article/view/8737>
- Koones, S. G., & Karshmer, J. F. (2000). Depression: a comparison study between blind and sighted adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 269-279. Recuperado em 10 de maio, 2017, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11075067/>

- Li, W., Zhong, B., Liu, X., Huang, X., Dai, X., Hu, Q., & Xu, H. (2013). Depressive symptoms among the visually disabled in Wuhan: an epidemiological survey. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(5), 306–313. Recuperado em 23 de fevereiro, 2018, de https://www.researchgate.net/publication/263745454_Depressive_symptoms_among_the_visually_disabled_in_Wuhan_an_epidemiological_survey
- Meyer-Rochow, V. B., Hakko, H., Ojamo, M., Uusitalo, H., & Timonen, M. (2015). Suicides in Visually Impaired Persons: A Nation-Wide Register-Linked Study from Finland Based on Thirty Years of Data. *PLoS ONE*, 10(10), 1-12. Recuperado em 03 de outubro, 2017, de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141583>
- Moschos, M.M. (2014). Physiology and Psychology of Vision and Its Disorders: A Review. *Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol.*, 3 (3), 83-90. Recuperado em 13 de agosto, 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4348490/>
- Rebouças, C. B. A, Araújo, M. M., Braga, F. C., Fernandes, G. T., & Costa, S. C. (2016). Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 72-78. Recuperado em 09 de março, 2018, de <https://www.scielo.br/j/reben/a/Bsp4m5d637Fh4Djfdgfdbyx/?lang=pt>
- Shetty, R., & Kulkarni, U. D. (2014). Change-Readiness of the Blind: A Hospital Based Study in a Coastal Town of South India. *Middle East African Journal of Ophthalmology*, 21(2), 158–164. Recuperado em 02 de julho, 2017, de https://www.researchgate.net/publication/262022336_Change-Readiness_of_the_Blind_A_Hospital_Based_Study_in_a_Coastal_Town_of_South_India
- Varma, R., Thasarat, S., V, Burkemper, B., Wu, S., Torres, M., Hsu, C., Choudhury, F., & McKean-Cowdin, R. (2016). Visual Impairment and Blindness in Adults in the United States Demographic and Geographic Variations From 2015 to 2050. *JAMA Ophthalmol.*, 134(7), 802-809. Recuperado em 17 de maio, 2017 de <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/article-abstract/2523780>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Visual impairment and blindness, ago, 2014. Recuperado em 25 novembro, 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

Maria Izabel de Albuquerque Cambraia – Psicóloga, especialista em neuropsicologia, mestrado em Ciências da Saúde (UNIFAP). Servidora pública do Governo do Estado do Amapá, lotada na Secretaria de Estado da Saúde. Atuação em docência do ensino superior e em saúde mental.

Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima – Médica, doutorado em Medicina (Oftalmologia) pela UNIFESP. Profa. Adjunta da UNIFAP, sendo docente do curso de medicina e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, atualmente é coordenadora do curso de Medicina da UNIFAP, com formação em *Fellow Faimer* (2013). Atuação em saúde ocular.