



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA**

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO NA DEFICIÊNCIA VISUAL:  
estudo sobre a cegueira**

Macapá/ AP  
2018

**MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA**

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO NA DEFICIÊNCIA VISUAL:  
estudo sobre a cegueira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Amapá – como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maira Tiyomi Sacata  
Tongu Nazima

Macapá/ AP  
2018

**MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA**

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO NA DEFICIÊNCIA VISUAL:  
estudo sobre a cegueira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Amapá – como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima.

DATA DE APROVAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Orientador(a): Prof(a) Dr(a): Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima  
Universidade Federal do Amapá

---

Examinador(a): Prof(a) Dr(a): Marina Noll Bittencout  
Programa de Mestrado em Ciências da Saúde/ UNIFAP

---

Examinador(a): Prof. Dr(a): Maria Izabel Tentes Cortês  
Programa de Mestrado em Ciências da Saúde/ UNIFAP

---

Examinador Externo(a): Prof(a) Dr(a): Kátia Jung de Campos  
Universidade Federal do Amapá

Macapá/ AP  
2018

## DEDICATÓRIA

Aos participantes da pesquisa e suas famílias: meu respeito e gratidão!

*Ultrapassando barreiras,*

*do corpo e da mente,*

*passo a passo,*

*a vida se ressignifica,*

*a superação acontece,*

*como num faz de contas!*

(A autora)

## DEVO E AGRADEÇO

À minha família – irm@s, cunhad@s e sobrinh@s – em especial à minha mãe, Profa. Ruth, fonte de inspiração, referência e bom humor e, à minha filha Moema, “amor da minha vida, daqui até a eternidade, nossos destinos foram traçados na maternidade...” (Cazuza).

Aos professores e equipe técnica do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde e aos Dr(as) das Bancas de Pré-qualificação, Qualificação e Defesa.

Em particular à minha orientadora, Profa. Maira Tongu, pela oportunidade de inserção no tema da deficiência visual e pelas pertinentes e assertivas contribuições à minha Pesquisa.

Aos pesquisadores e colegas com quem dialoguei sobre saúde mental e significâncias estatísticas, Anneli, Antônio Cláudio, Emerson, Francineide, Júlio, Cecília, Diego e Marcílio.

A turma do Mestrado pelas trocas científicas e encontros descontraídos, em especial as amigas Nell Pureza e Thaíla Picanço, com quem compartilhei alegrias e ansiedades durante essa jornada.

Aos amigos, em particular ao Ewerton, inestimável parceiro na *empreitada* das entrevistas.

Aos companheiros da Comissão Estadual da Verdade, onde atuava ao ingressar no Mestrado, pela deliciosa convivência no trabalho de resgate da história do Amapá nos *anos de chumbo*, fortalecendo a liberdade e respeitando a democracia!

Aos colegas e usuários do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), encontrados na *reta final* do estudo, pela possibilidade de partilhar a complexa e desafiadora experiência de favorecer a melhora da dependência e contribuir para uma saúde mental com mais qualidade e inclusão.

E a tod@s que me inspiram e desafiam, como pessoa e profissional, a tornar-me um ser humano melhor a cada dia.

**Gratidão à Espiritualidade !!!**

*“Só num mundo de cegos  
as coisas serão como verdadeiramente o são”*

*(Ensaio sobre a Cegueira, José Saramago, 1995)*

## RESUMO

**Introdução:** o sistema visual é responsável pela integração de diversas funções, por isso, a cegueira quando não vivenciada de forma adequada, pode favorecer o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. **Objetivo:** avaliar os sintomas de depressão na cegueira e seus determinantes. **Metodologia:** na coleta de dados foi utilizada: entrevista semiestruturada, para conhecer o perfil sociodemográfico da amostra e as condições da deficiência; o inventário de depressão de Beck, para avaliar os sintomas de depressão e um teste de acuidade visual, para verificar a percepção de luz. O estudo foi realizado na região da Amazônia Legal, no município de Macapá-Amapá. Para avaliar a ocorrência de sintomas de depressão na cegueira e identificar a existência de relação entre as variáveis categóricas foi aplicado o teste estatístico Mann-Whitney e, para correlacionar as variáveis numéricas foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, sendo adotado o valor de significância  $p < 0,05$ . **Resultados:** a amostra foi constituída de 68 pessoas com cegueira, com predomínio do sexo masculino (60,3%), na faixa etária acima de 50 anos (33,8%), solteiros (57,3%) com ensino superior a pós-graduação (44,1%) e renda familiar entre 1-3 salários mínimos (36,7%). O maior índice dos participantes ficou cego entre 10-20 anos (26,5%), com tempo de cegueira entre 01 mês-10 anos (29,4%), sem percepção de luz nos dois olhos (53%), com boa capacidade de locomoção (42,6%) e deslocamento com auxílio de guia (75%). A presença de sintomas de depressão foi observada em 39,7% da amostra, com nível de significância estatística  $p = 0,001$ . Após a estratificação, utilizando a classificação do inventário de depressão de Beck, os determinantes para sintomatologia depressiva foram: sexo feminino; idade avançada; menor escolaridade; melhor renda familiar; 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. **Conclusões:** os resultados indicaram que existe associação significativa entre cegueira e sintomas de depressão e que alguns determinantes para essa sintomatologia não podem ser controlados, por isso, recomenda-se aos profissionais de saúde, atuar na promoção da saúde mental, visando melhorar a qualidade de vida e a inclusão social dessa população.

**Palavras-chave:** Deficiência Visual. Cegueira. Depressão.

## ABSTRACT

**Introduction:** the visual system is responsible for the integration of several functions, so blindness when not adequately lived may favor the development of depressive symptomatology. **Objective:** to evaluate the symptoms of depression in blindness and its determinants. **Methodology:** the data gathering was made using: semi-structured interview, to know the sociodemographic profile of the sample and the conditions of the disability; the Beck Depression Inventory, to evaluate the symptoms of depression and a visual acuity test, to verify the perception of light. The study was carried out in the region of Legal Amazon, in the municipality of Macapá-Amapá. To evaluate the occurrence of symptoms of depression in blindness and to identify the existence of a relationship between the categorical variables, the Mann-Whitney statistical test was applied and, to correlate the numerical variables, the Spearman Correlation test was used, and the significance value  $p < 0.05$ . **Results:** the sample consisted of 68 blind people, with a predominance of males (60.3%), in the age group above 50 years (33.8%), unmarried individuals (57.3%) with higher education (44.1%) and family income between 1-3 minimum salaries (36.7%). The highest index was blind between 10-20 years (26.5%), with blindness time between 01 month-10 years (29.4%), with no light perception in both eyes (53%), with good capacity of locomotion (42.6%) and displacement with the aid of a guide (75%). The presence of symptoms of depression was observed in 39.7% of the sample, with level of statistical significance  $p = 0.001$ . After stratification, using the Beck Depression Inventory, the determinants for depressive symptomatology were: female; advanced age; lower schooling; better family income; greater age of blindness; shorter duration of blindness; absence of light in both eyes and displacement performed with the aid of a guide. **Conclusions:** the results indicated that there is a significant association between blindness and symptoms of depression and that some determinants for this symptomatology can not be controlled, therefore, it is recommended that health professionals work in the promotion of mental health, aiming to improve the quality of life and social inclusion of this population.

**Keywords:** Visual Impairment. Blindness. Depression.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Oftalmologia
ACAAP	Associação de Cegos e Amblíopes do Amapá
AIPC	Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira
AV	Acuidade Visual
AVD'S	Atividades de Vida Diária
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BV	Baixa Visão
CAP	Centro Estadual de Apoio ao Deficiente Visual do Amapá
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CEP	Conselho Nacional de Saúde
CES-D	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional das Doenças/Décima Revisão
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CV	Campo Visual
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DMRI	Degeneração Macular Relacionada a Idade
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DV	Deficiência visual
EUA	Estados Unidos da América
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
IBC	Instituto Benjamin Constant
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização Não Governamental
PST	Tratamento de Solução de Problemas
QV	Qualidade de Vida
RD	Retinopatia Diabética
RP	Retinopatia da Prematuridade
SD	Sintomas de Depressão
SEED	Secretaria de Estado da Educação do Amapá
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Transtorno de Depressão
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação da dificuldade visual segundo o Censo Demográfico do Brasil, 2010 .....	21
Quadro 2	Estimativas de cegueira no Brasil com base na faixa etária segundo levantamento realizado pelo CBO, 2015 .....	23
Quadro 3	Distribuição da cegueira no Brasil, de acordo com a condição econômica segundo estimativas do CBO, 2015 .....	26
Quadro 4	Análise da distribuição de normalidade da variável sintomas de depressão, de acordo com o teste estatístico Kolmogorov-Smirnov .....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68) .....	42
Tabela 2	Distribuição das variáveis causas, classificação, idade que ficou cego, duração da cegueira e avaliação da acuidade visual das pessoas com cegueira, Macapá – Amapá–Brasil, 2018 (n=68) .....	49
Tabela 3	Distribuição das variáveis locomoção e deslocamento das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68).....	53
Tabela 4	Distribuição dos domínios do BDI segundo a média, desvios padrão, correlação item e total corrigido e coeficiente de fidedignidade – Alfa de Cronbach das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68) .....	55
Tabela 5	Distribuição do grau de intensidade do BDI das pessoas com cegueira segundo as variáveis de frequência absoluta (N), relativa (%) e média (MED), divididas em dois grupos, com SD e sem SD, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68).....	56
Tabela 6	Distribuição das médias e do nível de significância dos SD, nos grupos com SD e sem SD das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68).....	57
Tabela 7	Distribuição da comparação entre as médias das variáveis sociodemográficas sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=27).....	58
Tabela 8	Distribuição da comparação entre as médias das variáveis clínicas classificação da cegueira, idade que a pessoa ficou cega, duração da cegueira e acuidade visual das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=27).....	60
Tabela 9	Distribuição da relação entre as médias das variáveis de mobilidade e deslocamento das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=27) .....	62

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO .....	18
<b>1.1.1 Deficiência visual e cegueira</b> .....	<b>18</b>
<b>1.1.2 Dados epidemiológicos da cegueira</b> .....	<b>23</b>
<b>1.1.3 Aspectos psicológicos da cegueira</b> .....	<b>27</b>
<b>1.1.4 Relação cegueira e sintomas de depressão</b> .....	<b>29</b>
<b>1.1.5 O transtorno de depressão</b> .....	<b>32</b>
<b>1.1.6 O inventário de Depressão de Beck</b> .....	<b>34</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>36</b>
2.1 GERAL .....	36
2.2 ESPECÍFICOS .....	36
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>37</b>
3.1 LOCAL DO ESTUDO .....	37
3.2 TIPO DE ESTUDO/MÉTODO .....	37
3.3 AMOSTRA DO ESTUDO .....	37
3.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS .....	38
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	38
3.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	38
3.7 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE .....	39
3.8 COMITÊ DE ÉTICA .....	40
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>41</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	41
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS .....	49
4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ACESSIBILIDADE .....	53
4.4 CARACTERIZAÇÃO DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK .....	55
4.5 DETERMINANTES PARA OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO NA CEGUEIRA..	58
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	<b>63</b>
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	75
APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA .....	77
APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	78

ANEXO A – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK .....	79
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	81

## 1 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, uma deficiência visual (DV) grave como a cegueira, quando não vivenciada de forma adequada, poderá comprometer o funcionamento biopsicossocial e favorecer o desenvolvimento de sintomas de depressão (SD) na vida da pessoa afetada e de sua família (REBOUÇAS et al., 2016).

A visão tem função fundamental na conexão do ser humano com o mundo, isso acontece porque segundo Abateneh et al. (2013), cerca de 85-90% da informação sensorial para o cérebro vem da percepção visual, no entanto, o principal cuidado de saúde dispensado às pessoas com DV restringe-se aos tratamentos oftalmológicos, médicos e cirúrgicos, sendo o atendimento psicológico, geralmente, considerado menos prioritário ou ignorado pela comunidade médica.

A perda da visão é uma das principais deficiências que atingem a população adulta – principalmente em idades mais avançadas – o que resulta na redução de sua qualidade de vida (QV), problema esse, que vêm estimulando a realização de diversos estudos na área. Exemplo disso foi a pesquisa realizada na Bélgica e Holanda, onde a maioria dos adultos com deficiência visual, apresentou sintomas de depressão e/ou ansiedade, alertando para a necessidade de intensificar a implantação de programas de prevenções às doenças oculares, bem como, o desenvolvimento de ações de cuidados com a saúde mental dessa população (VAN DER et al., 2015).

A psicologia da pessoa cega, do ponto de vista científico, se estendeu desde a antiguidade até a contemporaneidade, sendo marcada pela alternância entre ideias equivocadas e avanços da ciência, cuja teoria central é de que a cegueira não é apenas um defeito no órgão da visão, mas uma fonte que impulsiona a capacidade de reorganização da personalidade. No entanto, nem toda deficiência se transforma em talento, mas a pessoa com cegueira, ao superar sua deficiência, está buscando formas de alcançar uma posição na sociedade. A memória, por exemplo, torna-se uma função especializada nessa população, como compensação ao sentimento de menos valia causado pela cegueira (VYGOTSKY, 1997).

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 (TD) nessa população, demonstrando haver uma relação direta entre a gravidade dos sintomas de depressão e os comportamentos introvertidos, marcados por neurotismo e instabilidade emocional elevada, situação essa que dificulta o desenvolvimento de habilidades que poderiam estimular a superação dessa condição adversa (ADIGUN et al., 2014; LI et al., 2013; MOSCHOS, 2014).

Pessoas em situação de trauma, tendem a processar informações negativas, vivenciando consideráveis reações biológicas ao estresse – em decorrência de predisposição genética, do próprio trauma, ou de ambos – o que as torna vulneráveis à depressão cognitiva, que estão relacionadas a crenças errôneas sobre si, o mundo e o futuro, impulsionando-as a realizar avaliações que ampliam as percepções de perda, em resposta aos agentes estressores que afetam os recursos disponíveis (BECK; BREDEMEIER, 2016).

A sintomatologia depressiva poderá se desenvolver e afetar a saúde física e mental da população cega, principalmente se prevalecer a concepção do senso comum, que segundo Nunes e Lomônaco (2008), considera a pessoa com cegueira restrita a sua limitação visual, deixando de ser percebida como um ser humano integral, passando a ser encarada como imperfeita e incompleta. Corroborando com essa ideia Ishtiaq et al. (2016) afirma que as pessoas cegas, geralmente, são excluídas socialmente e, que essa condição pode gerar sentimento de inferioridade e comprometer sua autoestima.

A cegueira, também, possui um considerável custo econômico, pois leva ao desemprego, perda de renda, diminuição do padrão de vida, falta de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, elevação do nível de pobreza. Essa problemática pode ser evidenciada com a presença de um ciclo vicioso de pobreza e cegueira, onde a maioria das pessoas acometidas por essa deficiência visual são de baixa renda. Essa condição, conduz a um novo declínio no seu *status* social e produtivo e na sua qualidade de vida, contribuindo para um processo de exclusão e preconceito, que geralmente incide sobre essa população, resultando em diminuição da autoestima e das relações sociais, gerando sentimento de inutilidade e favorecendo a ocorrência de alteração repentina no seu estilo de vida, que pode contribuir para o desencadear do transtorno depressivo (AWAN; MAHAR; MEMON, 2011).

No processo de avaliação da cegueira e seus fatores de riscos, é possível observar que algumas causas estão diretamente relacionadas a fatores econômicos e sociais, como a catarata e o erro de refração não corrigido, que embora tratáveis, sua ocorrência ainda é muito frequente nos países de baixa renda e em desenvolvimento (AWAN; MAHAR; MEMON, 2011; HASHEMI et al, 2017; VARMA et al, 2016).



Convergingo com esses fatores, há a falta de apoio do poder público e de instituições sociais, o que dificulta a provisão de um ambiente propício para que pessoas afetadas por cegueiras, se tornem produtivas para si mesmas e para a sociedade. Além disso, existe ainda a precariedade dos serviços oftalmológicos, tanto em relação a sua disponibilidade quanto ao seu acesso. No entanto, esse quadro pode ser melhorado com a expansão dos serviços e cuidados oftalmológicos, a disponibilização de exames gratuitos e a melhoria dos programas de prevenção à saúde ocular (CBO, 2015; HASHEMI et al, 2017).

Globalmente, desde 1978, há um esforço concentrado para enfrentar o ônus da cegueira e eliminar a cegueira evitável até o ano de 2020 no mundo – o Programa Visão 2020: o Direito à Visão – proposto pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e desenvolvido a partir de uma iniciativa articulada com estratégias voltadas para o diagnóstico e tratamento de doenças oculares. Esse programa conta com a parceria da Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira (AIPC), responsável em buscar apoio junto a grupos profissionais e ONG (organizações não-governamentais), envolvidas na atenção e nos cuidados oftalmológicos (GILBERT; FOSTER, 2001).

Esses cuidados devem iniciar na fase neonatal com o *teste do olhinho* (reflexo vermelho) e exames preventivos no primeiro mês de vida. E, antes do ingresso da criança na escola, recomenda-se que seja avaliada por um oftalmologista. Para garantir a continuidade desse processo, é necessário o desenvolvimento de ações e campanhas escolares, objetivando realizar o rastreamento e identificação precoce de alterações visuais infantis. Essas medidas, visam contribuir para a diminuição das deficiências visuais que acometem a fase adulta, principalmente a cegueira na população de idades mais avançadas (ROCHA et al, 2014).

O desenvolvimento de programas de prevenção à deficiência visual, por meio do diagnóstico precoce das doenças oculares, do rastreamento da catarata e dos erros de refração não corrigidos, dentre outras ações, poderão evitar ou reduzir que um percentual significativo da população, em escala mundial, seja acometido por baixa visão (BV) e cegueira evitável, contribuindo assim, para a redução dos altos custos com a perda de produtividade e para melhorar a saúde biopsicossocial e a qualidade de vida das pessoas (CHAKRAVARTHY et al., 2017; VARMA et al, 2016).

A proposta do presente estudo, produzido a partir da inter-relação entre as ciências psicológica e oftalmológica, surgiu com objetivo de avaliar a ocorrência de sintomas de depressão na cegueira, buscando identificar seus determinantes, a partir da relação entre as variáveis mais citadas na literatura científica e as mais significativas desta pesquisa, apontadas dentre as dimensões sociodemográficas, clínicas e de acessibilidade dos participantes, visando

ampliar o entendimento dessa associação, colaborando para o surgimento de novas possibilidades de intervenção transdisciplinar, que possam contribuir para a promoção da saúde mental da população com cegueira e, conseqüentemente, para a melhoria de sua qualidade de vida e inclusão social.

A gravidade da associação entre cegueira e sintomas de depressão, que compromete significativamente os aspectos biopsicossociais e econômicos da população afetada, aliada a escassez de estudos e publicações – nacionais e internacionais – relacionadas a essa problemática, justifica o desenvolvimento desta pesquisa, que visa trazer visibilidade e contribuições relevantes acerca dessa sintomatologia, tanto para as pessoas com cegueira e suas famílias, quanto para a saúde pública e seus profissionais.

Este estudo – pioneiro no país nessa abordagem – pretende ainda servir de referência e desafio à comunidade científica, estimulando e impulsionando o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, que possam ampliar e validar os dados apresentados pelo presente trabalho.

Esta pesquisa, optou pelo seguinte questionamento: *existem evidências de sintomas de depressão nas pessoas com cegueira?* a partir da formulação de duas hipóteses: uma que negasse ( $H=0$ ) e outra que confirmasse ( $H=1$ ) essa existência.

As possíveis respostas à esta questão, serão apresentadas e discutidas ao longo do desenvolvimento dos cinco capítulos que compõem este estudo.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1.1 Deficiência Visual e Cegueira

Historicamente, as pessoas com DV e cegueira, foram estigmatizadas e excluídas da sociedade ao longo dos anos – principalmente nas comunidades primitivas – pois, segundo Lira e Schindwein (2008), representavam desgraça, castigo e morte. Mas, a partir do século XVI, iniciam-se na Itália, os testes de aprendizado das pessoas cegas por meio do tato e, a partir desse período várias ideias e ações foram acontecendo, até que em 1784, em Paris, surge a primeira escola para atendimento a essa população, o Instituto Real dos Jovens Cegos, onde estudou Louis Braille, inventor do Sistema Braille: processo de escrita e leitura de textos com símbolos em alto relevo. E no século XIX, essas escolas foram ampliadas para outros países da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA).

No Brasil, a educação de pessoas com cegueira iniciou em 1854, no Rio de Janeiro, com a criação por D. Pedro II do Imperial Instituto Meninos Cegos. Em 1891, com a Proclamação da República, este passou a denominar-se Instituto Benjamin Constant (IBC), referência nacional no atendimento a pessoas com deficiência visual e cegas até os dias atuais. Em 1926, essa proposta expandiu-se para Belo Horizonte, com a criação do Instituto São Rafael e, em 1927, para São Paulo, com a fundação do Instituto Profissional para Cegos Padre Chico (LIRA; SCHLINDWEIN, 2008).

Em maio de 1994, foi criado o Programa de Atendimento ao Deficiente Visual em idade escolar, por meio do Decreto nº 38.641/94, com objetivo de oportunizar a esses alunos materiais específicos para seu acesso à leitura, pesquisa e cultura. E, como resultado desse decreto e de reivindicações de diversas instituições, em julho do mesmo ano, foi implantado o Centro Pedagógico para Atendimento do Deficiente Visual (CAP) – ideia importada da Suécia – por meio da Resolução SE nº 135/94, visando garantir o direito à inclusão de estudantes com deficiência visual na rede pública de ensino. O Projeto CAP iniciou em São Paulo e se expandiu para os demais estados brasileiros (RESENDE, 2007).

A função visual no desenvolvimento humano normal, estabelece a conexão entre importantes funções do organismo e, sua diminuição ou perda, poderá comprometer esse processo, pois a deficiência visual é uma alteração permanente nos olhos ou nas vias de condução do impulso visual, resultante de fatores metabólicos ou ambientais, que ocasionam significativas implicações à vida das pessoas afetadas e às suas famílias, estendendo suas consequências à saúde pública (SOUZA et al., 2010).

A deficiência visual é mensurada a partir de dois parâmetros: a acuidade visual (AV), que mede o que se enxerga a determinada distância e, o campo visual (CV), que avalia a amplitude da área alcançada pela visão. Segundo os critérios da OMS, a visão normal apresenta AV igual ou superior a 0,8 (20/13 a 20/25) e o CV em torno de 180° (DUARTE; GAMA; CAMILLO-COURA, 2006).

A OMS (2014) ao abordar a deficiência visual, baseou-se na Classificação Internacional das Doenças, décima revisão (CID-10) e na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

A CID-10 define quatro níveis de função visual: visão normal; DV moderada; DV grave e cegueira, onde a DV moderada e a grave, caracterizam a baixa visão, que em conjunto com a cegueira, representam toda a deficiência visual (OMS, 2014).

A CIF considera dois parâmetros: o primeiro refere-se a funcionalidade e a deficiência e, o segundo diz respeito aos fatores de saúde ambiental em que a pessoa está inserida. Esses

componentes (funcionalidade, deficiência e saúde) interagem de forma dinâmica e integrativa. Por isso, a CIF representa um marco na legitimação do modelo social em saúde e direitos humanos, pois considera aspectos relevantes para a condição humana, como a potencialidade, o ambiente e a capacidade pessoal, que favorecem as atividades desenvolvidas pelas pessoas e, conseqüentemente sua qualidade de vida, principalmente ao propor o modelo biopsicossocial, também adotado no Brasil pelo SUS – Sistema Único de Saúde (SILVA et al., 2014).

Outra definição usada para a análise da deficiência visual, é o conceito de *cegueira legal*, que considera a acuidade visual igual ou menor que 20/200 ou o campo visual menor ou igual que 20 graus no melhor olho, com a melhor correção possível. A definição de cegueira legal, foi estabelecida nos EUA, em 1935, com objetivo de conceder benefícios sociais às pessoas com deficiência visual, devendo ser considerado nesse processo, as potencialidades e possibilidades para a utilização do resíduo visual, pois, mesmo que essas pessoas não pudessem realizar todas as suas funções, elas poderiam utilizar, por exemplo, o sistema braille para leitura e escrita e aplicar seu resíduo visual para executar as atividades de vida diária (AVD's) e as tarefas de orientação e mobilidade (BATISTA, 1997).

Em 2002, a OMS realizou levantamento, estimando que o índice de pessoas com DV no mundo seria superior a 161 milhões, no qual aproximadamente 500.000 crianças ficavam cegas a cada ano. Cerca de 90% dessas crianças eram residentes em países em desenvolvimento. No Brasil, a prevalência foi de 1,7% de pessoas com baixa visão e 0,3% com cegueira, situadas na faixa etária de 0-15 anos. Em 2010, a OMS afirmou que o índice de deficiência visual no mundo teria aumentado para 285 milhões; 246 milhões possuíam baixa visão e 39 milhões apresentavam cegueira (OMS, 2014; RESNIKOFF et al., 2004).

Pesquisa realizada nos EUA, em 2015, estimou que havia cerca de 3,22 milhões de pessoas com DV, dessas 1,02 milhões apresentavam cegueira. Até 2050 a tendência é que esse índice duplique, no qual aproximadamente 6,95 milhões de pessoas poderão desenvolver DV e 2,01 milhões devem ser acometidas por cegueira. E, cerca de 16,4 milhões de pessoas poderão apresentar algum tipo de dificuldade visual devido a erros de refração não corrigido. Contudo, segundo os autores, se houver rastreamento da doença ocular precoce, esses percentuais poderão reduzir, ou ainda, será possível evitar a cegueira, diminuir custos associados com tratamentos oftalmológicos e com a perda de produtividade (VARMA et. al, 2016).

No Brasil, conforme o último censo (IBGE, 2010), existiam 190.755.799 habitantes, dos quais 23,9% (45,606,048 milhões) – 26,5% mulheres e 21,2% homens – declararam possuir pelo menos uma deficiência, esse percentual estava distribuído nas seguintes deficiências: visual= 18,8%; motora= 7%; auditiva= 5,1 e mental/ intelectual= 1,4%.

A deficiência visual no Censo de 2010, era, portanto, a deficiência que mais atingia a população brasileira, sendo que: 29 milhões declararam possuir alguma dificuldade permanente para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes; 6.056.654 possuíam baixa visão e 528.624 apresentavam cegueira (IBGE, 2010).

Segundo ainda o Censo de 2010, a região nordeste é a que concentrava o maior quantitativo de pessoas com DV (21,2%), seguida do norte (18,8%), centro-oeste (18%), sudeste (17,9%) e sul (16,8%), sendo o estado do Piauí, o que apresentou maior ocorrência de DV, com um percentual de 22,5%, em relação a sua população (IBGE, 2010).

No Amapá – estado da Amazônia brasileira e sede do estudo – o índice de pessoas que declararam possuir algum tipo de DV foi estimado em torno de 17,7% (132.565 habitantes), sendo que, 80,4% apresentavam algum grau de limitação na visão, 18,6% tinham grande dificuldade para enxergar e 1% possuíam cegueira (IBGE, 2010).

Considerando a classificação da dificuldade visual (Quadro 1), a maioria da população brasileira demonstra algum problema ocular, sendo que, as pessoas com maior comprometimento visual são aquelas em idades mais avançadas, apresentando índice aumentado em torno de 5% na faixa etária acima dos 60 anos (IBGE, 2010).

Quadro 1 – Distribuição da dificuldade visual segundo o Censo Demográfico do Brasil, 2010

Dificuldade visual	N	%
Cegueira	506.377	1,4
Baixa visão	6.056.533	17,1
Alguma dificuldade	29.211.482	81,5
Total	35.268.521	100

Fonte: IBGE, (2010).

Nos países em desenvolvimento, existe precariedade e/ou falta de acesso aos serviços públicos especializados de oftalmologia, ocasionada pelas dificuldades econômicas da população, pelo baixo esforço das instituições em estimular a adoção de comportamentos preventivos e pela carência na oferta dos exames oftalmológicos básicos. No Brasil, essas dificuldades de acesso a medidas preventivas no atendimento a pessoas com DV e cegas, em parte se deve a insuficiente cobertura da saúde pública, bem como, a falta de conscientização da população acerca da importância da prevenção, por meio da avaliação oftalmológica precoce (ABUD; OTTAIANO, 2004; TEMPORINI; KARA-JOSÉ, 2004; TOLEDO et al, 2010).

A dificuldade de acesso aos serviços oftalmológicos especializados e a carência de informação às pessoas é uma realidade constatada no Brasil, conforme estudo realizado com

alunos do Instituto Benjamin Constant, no Rio de Janeiro, no qual foi observado que 54% dos estudantes matriculados, não haviam recebido qualquer tratamento até o momento de sua inscrição no referido Instituto (COUTO JUNIOR; OLIVEIRA, 2016).

Visando melhorar o atendimento à pessoa com DV no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), em 2008, instituiu a Portaria nº 958/2008, que normatizou a Política Nacional de Atenção Oftalmológica, integrando a oftalmologia a rede de atenção básica, estendendo-se a todos os níveis de atendimento: promoção da saúde, prevenção de danos e recuperação, serviços de teste de AV, consultas e ações preventivas de investigação diagnóstica (BRASIL, 2008).

Em 2013, o MS lançou as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais, que disponibiliza orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde ocular da criança, abrangendo o período pré-natal, neonatal até o final da infância e início da adolescência, onde estabelece metodologias para cada grupo etário, com objetivos específicos, que incluem a identificação das situações de risco, avaliação funcional, teste do reflexo vermelho, acuidade visual e intervenção, culminando com a proposta de um roteiro para a promoção da saúde ocular na infância (BRASIL, 2013).

A cegueira, se caracteriza por uma DV resultante da incapacidade de captação de informações do mundo externo, com a perda total da visão nos dois olhos, identificada com acuidade visual abaixo de 0,05 (20/400) ou campo visual menor que 10 graus. Considerando o momento da perda, esta pode ser classificada em *cegueira congênita*, quando a pessoa nasce com a DV ou torna-se cega no nascimento e, *cegueira adquirida*, quando a deficiência ocorre ao longo da vida. Ambas podem ser resultantes de fatores genéticos, doenças infecciosas e traumas (CBO, 2015; NUNES; LOMÔNACO, 2008; FRANÇA, 2013).

Segundo estimativas do Programa Visão 2020, a cegueira aumentará de 1 a 2 milhões de casos por ano, possivelmente dobrando esse quantitativo, em torno do ano de 2020, e os países em desenvolvimento serão os mais afetados se não forem disponibilizados recursos e ações de prevenção. Portanto, considerando que 80% da cegueira mundial poderá ser evitada ou controlada se as intervenções ocorrerem no momento adequado, a OMS, lançou uma agenda de ação global, com objetivo de eliminar a cegueira evitável até o ano de 2020 (GILBERT; FOSTER, 2001).

O número de pessoas com cegueira no mundo, poderá chegar a 76 milhões até o ano de 2020, considerando principalmente o declínio das taxas de natalidade e mortalidade e o consequente aumento da expectativa de vida da população, fatores esses que, se associados a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tendem a provocar uma elevação

na ocorrência dos agravos à saúde ocular (RESNIKOFF et al., 2004; WEST; SOMMER, 2001).

Aliado a isso, segundo Salomão (2009), há o acelerado processo de urbanização e de mudanças comportamentais que vêm provocando o aumento das causas de cegueiras emergentes – como a retinopatia diabética (RD) e a degeneração macular – e diminuição de causas clássicas, como a catarata.

O Brasil é um exemplo dessas mudanças, pois a partir do século XX, o país vem implantando modernos programas de cuidados à saúde ocular. Dentre essas iniciativas destacam-se a melhoria do acesso à cirurgia de catarata, que intensificou-se no final dos anos 90, conferindo ao país credibilidade junto a Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira. Por esse projeto, o Brasil foi escolhido como país alvo para desenvolver uma ampla pesquisa de base populacional, com objetivo de investigar a prevalência e as causas da DV e da cegueira em idosos e crianças escolares (SALOMÃO, 2009).

Contudo, contrariando essa perspectiva, Schellini et al. (2009), afirmam que apesar de ter havido significativa redução nas causas infecciosas de cegueira no mundo, essa diminuição não atinge a ocorrência da cegueira, pois esta resulta do aumento da expectativa de vida – principalmente nos países em desenvolvimento, ocasionando elevação nos casos de catarata e glaucoma – e da má distribuição dos serviços oftalmológicos.

### 1.1.2 Dados Epidemiológicos da Cegueira

Pesquisas realizadas pela OMS com dados globais sobre a deficiência visual no ano 2002, permitiram ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) realizar estimativas sobre a cegueira no Brasil, baseada na faixa etária (Quadro 2), concluindo que independente do nível econômico, a cegueira aumenta com a idade, sendo cerca de 15 a 30 vezes maior na população acima de 80 anos, do que nas pessoas com idade até 40 anos (CBO, 2015).

Quadro 2 – Estimativas da cegueira no Brasil com base na faixa etária segundo levantamento realizado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2015

Faixa Etária	Prevalência	População brasileira	Estimativa de Cegueira
Até 15 anos	0,062 %	48,5 milhões	30 mil
Entre 15 e 49 anos	0,15%	110 milhões	165 mil
Acima de 50 anos	1,3%	42,4 milhões	551 mil

Fonte: CBO, 2015.

No Plano de Ação do Programa Visão 2020, a OMS estimou que, em 2005, havia cerca de 1,4 milhões de crianças com cegueira no mundo: um milhão na Ásia, 300 mil na África e 100 mil distribuídas nos outros continentes. Considerando a expectativa de vida, essa estimativa atingirá cerca de 75 milhões de pessoas, sendo que 500 mil crianças ficam cegas por ano e muitas morrem na infância, por problemas relacionados a sarampo, meningite, rubéola, doenças genéticas, lesões neurológicas ou prematuridade. A maioria dessas crianças, já nascem cegas ou ficam cegas no primeiro ano de vida. Para cada 10 milhões de habitantes nos países desenvolvidos, há em torno de 600 crianças com cegueira e nos países mais pobres esse índice aumenta para cerca de seis mil crianças (CBO, 2012).

Em torno de 40% das causas de cegueira infantil são evitáveis ou tratáveis, sendo as principais: cicatrizes corneanas; catarata; glaucoma; retinopatia da prematuridade (RP) e erros de refração. A maioria da cegueira infantil no mundo deve-se a causas evitáveis – 15% tratáveis e 28% preveníveis – com maior prevalência nos países em desenvolvimento. No entanto, os novos conhecimentos médicos permitem a realização de ações de prevenção ou tratamento para cerca de 60% das causas de cegueira e comprometimento visual infantil grave (CBO, 2012).

A cegueira infantil, independente da causa, pode acarretar sérios e permanentes agravos a criança e a sua família, influenciando diretamente suas expectativas, vida pessoal, educacional, incluindo seu futuro profissional e social. Por isso, o grande desafio nesse contexto é evitar a perda da visão na infância, realizando diagnóstico precoce, identificando sua etiologia e atuando na sua prevenção (COUTO JUNIOR; OLIVEIRA, 2016).

Entre a população adulta, as principais causas de cegueira são: catarata; erros de refração não corrigido, glaucoma, retinopatia diabética, degeneração macular relacionada a idade (DMRI) e tracoma. Dentre essas causas, a catarata atinge cerca de 50% as regiões mais pobres, sendo seu principal fator de risco o envelhecimento, pois a catarata senil apresenta prevalência de 17,6% nas pessoas com menos de 65 anos; 47,1% no grupo entre 65-74 anos e 73,3% na população acima de 75 anos (OMS, 2012; CBO, 2015).

Segundo a OMS há 4,5 milhões de pessoas com cegueira devido ao glaucoma, que é uma causa de perda visual irreversível. O glaucoma é um grupo de condições de danos ao nervo óptico e perda do campo visual e, seus fatores de risco são: pressão intraocular elevada, histórico familiar ou grupo étnico suscetível. Essa doença ocular pode ser prevenida com a detecção precoce ou tratada com procedimentos a laser ou intervenções cirúrgicas, a fim de evitar que o dano do nervo óptico comprometa a visão e possa levar a cegueira. As fases iniciais do



glaucoma são geralmente assintomáticas, por isso, as pessoas buscam atendimento em fase adiantada da doença, principalmente nos países em desenvolvimento (CBO, 2012).

Em relação a retinopatia diabética – que resulta de complicações do diabetes mellitus (DM) – um controle adequado desta e da hipertensão arterial, reduzem o risco de sua ocorrência. Se a visão for perdida devido a RD, ela não poderá ser restaurada. Portanto, visando atuar na prevenção e no tratamento a essa doença ocular, o MS e o CBO realizaram, no período de 1999 a 2002, uma Campanha para triagem de pessoas com RD e, posterior intervenção clínica, por meio de fotocoagulação a laser. Nessa mesma época, o próprio Conselho Brasileiro de Oftalmologia, realizou também, outra campanha, a do Olho Diabético, voltada a pessoas com sinais de RD, em estágios em que o atendimento pudesse prevenir a perda visual (CBO, 2012).

A retinopatia diabética responde por 4,8% dos 37 milhões de casos de cegueira mundial, acometendo cerca de 1,8 milhões de pessoas. Considerando que em torno de 171 milhões de pessoas têm diabetes mellitus no mundo, estima-se que esse índice aumente para 366 milhões até 2030, embora cerca de 50% das pessoas com diabetes não saibam que têm a doença. Após 15 anos de acometimento da DM, em torno de 10% das pessoas desenvolvem perda visual grave e 2% tornam-se cegas. E, a partir de 20 anos convivendo com DM, cerca de 75% dessas pessoas adquirem alguma forma de RD (CBO, 2012).

A OMS estima que há 1,6 milhões de pessoas cegas por tracoma, que é uma ceratoconjuntivite – inflamação da conjuntiva e da córnea – bacteriana crônica e recidivante, podendo causar cegueira no adulto, sua transmissão geralmente ocorre no ambiente doméstico. O tracoma endêmico está presente principalmente nos países em desenvolvimento e atinge 80 milhões de pessoas nas formas mais brandas e 5,9 milhões nas formas mais graves da doença. Os fatores de riscos para essa causa de cegueira são as condições precárias de saneamento básico e a superpopulação (CBO, 2012).

Um estudo sobre cegueira e pobreza, realizado no Paquistão, afirma que a maioria da população com essa deficiência visual vive nos países em desenvolvimento, onde a saúde básica e a infraestrutura são insuficientes para atender as demandas. Além disso, o custo econômico da cegueira compromete sua condição econômica, havendo uma associação direta entre a privação social e financeira e a capacidade das pessoas com deficiência visual em buscar e obter cuidados médicos oftalmológicos, principalmente nos países de baixa renda, mas essa condição pode ser revertida com intervenções preventivas e curativas adequadas (AWAN; MAHAR; MEMON, 2011).

Os erros refrativos não corrigidos – miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia – são a principal causa da deficiência visual no mundo e atingem pessoas de todas as idades e

grupos étnicos, estimando que existiam, em 2012, 153 milhões de pessoas com cegueira no planeta por erros refracionais não corrigidos e, que poderiam ter sido tratados com o uso de óculos (OMS, 2014).

Para prevenir a cegueira e detectar problemas visuais entre escolares no Brasil, algumas iniciativas foram implementadas. Em 1998, o CBO realizou a Campanha Veja Bem Brasil, com o objetivo de avaliar as condições oftalmológicas de alunos da 1ª série da rede pública de ensino. Em 2007, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação lançaram juntos o Projeto Olhar Brasil, com o objetivo de melhorar o processo ensino/aprendizagem, por meio de ações de prevenção, identificação e correção das complicações visuais, voltadas para alunos da rede pública, priorizando o ensino fundamental e o Programa Brasil Alfabetizado, direcionado a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (CBO, 1998; BRASIL, 2007).

O CBO (2015), baseado em estimativas da OMS, sobre a relação entre cegueira, deficiência visual e condições econômicas, estabeleceu uma estimativa para a evolução da cegueira no Brasil (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição da Cegueira no Brasil, de acordo com a condição econômica, segundo estimativas do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2015

- População pobre =	48,9 milhões X 0,9% = 440.100
- População intermediária =	118 milhões X 0,6% = 708.000
- População rica =	29,1 milhões X 0,3% = 87.300

Fonte: CBO, 2015.

Resnikoff et al. (2004), em estudo que analisou os dados globais da DV, no ano de 2002, concluiu que a BV e a cegueira são distribuídas de forma desigual tanto nas faixas etárias quanto no gênero sexual. Pois, embora a cegueira infantil continue sendo um grave problema de saúde pública – 1,4 milhões de crianças ficam cegas até os 15 anos – é a população acima dos 50 anos a mais atingida, com maior prevalência (82%) registrada entre as mulheres, sendo este, também, o principal grupo de risco para a ocorrência de cegueira em todas as regiões do mundo. Por isso, os autores alertam para a necessidade dos países realizarem estimativas periódicas, a fim de avaliar a magnitude das causas e das demais categorias associadas a DV, objetivando monitorar e erradicar a cegueira evitável, bem como, definir as prioridades na alocação de recursos, sendo recomendável a utilização dos protocolos padronizados da OMS.

Estudo desenvolvido em Ilorin, na Nigéria, sobre as características psicossociais de pessoas com cegueira, concluiu que essa deficiência visual – que na maioria dos participantes da pesquisa, teve início na infância – poderia ter sido evitada, o que não ocorreu devido a falta

de acesso aos serviços de saúde pública oftalmológicos (ADEMOLA-POPOOLA; TUNDE-AYINMODE; AKANDE, 2010).

### 1.1.3 Aspectos Psicológicos da Cegueira

Vygotsky (1997), analisando a psicologia da pessoa cega, afirmou que a cegueira não se constitui somente em defeito, mas é uma força criativa, já que constrói uma nova e particular configuração da personalidade. Ele identificou três etapas de concepção desse processo:

– a primeira foi a mística (idade antiga, média e parte da moderna), marcada por lendas e provérbios, caracterizava-se por infelicidade, medo, respeito, no qual a pessoa cega era considerada indefesa e abandonada, com a crença de que a cegueira desenvolvia forças místicas e espirituais que substituiriam a visão perdida. No cristianismo, a pessoa com cegueira era considerada o último ser humano na terra, mas o primeiro no paraíso.

– a segunda foi a biológica (século XVIII), com domínio da ciência, da experiência e de estudos. Nessa fase, inicia-se o processo de educação das pessoas com cegueira, sendo criado o sistema Braille, que permitiu inseri-las na vida educacional, social e cultural.

– a terceira foi a científica ou sociopsicológica (surgida com as reflexões da psicologia social), onde a cegueira era considerada como uma deficiência e uma impossibilidade que gerava desvantagem em relação a outras pessoas, resultando em preconceito e discriminação, o que estimulou Vygotsky a desenvolver o conceito de “compensação social”, para explicar que a própria deficiência gera estímulos para a superação dessa condição, que emerge nas relações sociais.

Para Amiralian (2004), a origem da problemática relacionada a estruturação da personalidade da pessoa cega, está na formação de sua identidade e do seu pertencimento: “sou cego ou enxergo?”. Nessa interrogação, a autora faz uma referência direta à cegueira e à baixa visão, respectivamente. Essas questões mediam um ponto de partida para um melhor entendimento da condição emocional da pessoa com essa deficiência visual, a partir de suas dificuldades e mecanismos de enfrentamento, considerando que a identidade é condição inerente ao desenvolvimento psíquico e a formação da personalidade humana.

A perda da visão pode comprometer o pleno desenvolvimento do processo de construção e definição da identidade, que inicia na infância, onde a insegurança sobre si mesma, pode levar a criança a desenvolver uma autoimagem negativa, que a torna dependente do ambiente e provoca nela elevado nível de ansiedade. No aspecto das relações sociais, a DV

pode impedir que essas pessoas convivam em grupos, gerando nelas atitudes de isolamento, desconfiança e bloqueio no processo de comunicação (AMIRALIAN, 2004).

A cegueira, acarreta significativas implicações biopsicossociais, tanto para os envolvidos e seus familiares, quanto à saúde pública, principalmente devido a diminuição da produtividade e aos altos custos com programas de reabilitação e educação, que incluem perda de salário e gastos com cuidadores, tratamentos, serviços médicos, produtos farmacêuticos, desenvolvimento de pesquisas, recursos visuais, equipamentos, adaptações de residências, além de sofrimento físico e psíquico, que algumas vezes podem ocasionar morte prematura. Essas situações geram medos, inseguranças e desequilíbrio emocional à vida dessa população, refletindo diretamente na sua saúde mental (CBO, 2015; TALEB, 2011).

Segundo Nunes e Lomônaco (2008), a cegueira como condição única é percebida com preconceito, pois embora a pessoa cega apresente limitação visual, ela possui plena capacidade para desenvolver suas habilidades, desde que estimulada adequadamente, exigindo para isso, tão somente, que seu ambiente lhe permita um processo de interação favorável, facilitando que o aprendizado ocorra pelos outros sentidos. Essa condição, vai exigir dessa pessoa frequentes adaptações, entre aquilo que ela apreende pelas suas próprias percepções e o que ela capta pela linguagem que escuta dos seus interlocutores.

Exemplo disso, foi a conclusão do estudo sobre a sexualidade da pessoa com cegueira, o qual apontou que, o impedimento dessas pessoas é apenas visual, estando preservadas suas outras funções, incluindo as sexuais e reprodutivas, enfatizando que a sociedade tende a generalizar a DV, o que dificulta seu processo de inclusão (FRANÇA, 2013).

Há equívocos consideráveis na compreensão das possibilidades da pessoa com cegueira, ao presumir que todos apresentam as mesmas características e incapacidades, conforme relatado em estudo de Torres, Mazzoni e Mello (2007), sobre as diferenças na utilização dos recursos adaptativos para pessoas com deficiência visual. A pesquisa demonstrou que essa população apresenta necessidades de adaptações diferentes, que devem levar em conta o momento de aquisição da deficiência, o acesso aos meios de comunicação alternativos, dentre outros. As generalizações, erroneamente, consideram que essas pessoas têm em comum as mesmas características, próprias de sua deficiência, negando dessa forma, as singularidades inerentes a cada ser humano, independente de sua condição de saúde.

No mundo contemporâneo, a percepção da deficiência visual como uma imperfeição, se moderniza e se configura como um obstáculo na vida das pessoas convivendo com cegueira e de seus familiares, pois o universo criado em torno delas foi sendo construído a partir da concepção de que a cegueira em si, é incapacitante e anuncia um trágico final. Essa ideia restrita,

acaba por enfatizar a limitação visual, ao mesmo tempo, em que nega as diversas formas de viver, cotidiana e criativamente dessas pessoas, ignorando que o corpo não é apenas biológico e mecânico, mas fruto de experiências, que vão se construindo no encontro com o outro (MORAIS; LIMA; MANSOIO, 2011).

A fragilidade emocional diante da falta da visão, impõem desafios às pessoas com cegueira, às suas famílias e às políticas públicas, requerendo a construção de um novo paradigma, que considere essa deficiência numa perspectiva interdisciplinar, cujo alcance contemple a dimensão biopsicossocial, no qual as redes de apoio social, poderão potencializar e empoderar as famílias para lidar com a deficiência visual, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento pessoal e coletivo, indispensáveis à manutenção da qualidade de vida da pessoa com cegueira e do seu processo de inclusão social (BARBIERI et al., 2016).

#### **1.1.4 Relação Cegueira e Sintomas de Depressão**

A cegueira traz consigo considerável necessidade de reorganização na vida da pessoa afetada. Na dimensão psicológica, essa exigência é ainda maior, principalmente da pessoa que perdeu a visão ao longo dos anos (cegueira adquirida), o que vai exigir novas possibilidades de ressignificação da sua condição orgânico-mental, devendo para tanto utilizar-se de mecanismos que favoreçam a adaptação. No entanto, quando esse processo não acontece, as frustrações e sofrimentos psíquicos poderão se manifestar de diversas formas, até evoluir para um quadro clínico de transtorno de ansiedade e depressão (VAN DER et al., 2015).

Em estudo sobre o processo de inclusão da pessoa com cegueira, um aspecto que chamou a atenção dos autores, foi a utilização por essa população, de termos como: *medo*, *vergonha*, *dificuldade e problema*, sendo que essas expressões eram utilizadas tanto para designar situações frustrantes vividas na escola e na residência, quanto para qualificarem suas próprias características sensoriais (LIRA; SCHLINDWEIN, 2008).

Existem duas situações marcantes nessa DV; a *cegueira gradual*, no qual o efeito da perda de visão pode estar ausente ou ser relativizado ou atenuado e, a *cegueira repentina*, onde o sofrimento é imediato, com maior risco de imergirem as angústias psicológicas e as experiências traumáticas, estando essas mais implicadas nas dimensões corporais, que podem vir associadas a significativa privação e ruptura vivencial, em que a perda da visão surge subjetivamente (MARTINS, 2009).

O estresse emocional, segundo Adams e Pearlman (1970), quase sempre está presente nas deficiências visuais, tanto na cegueira real quanto na ameaçada. As pessoas com perda da visão grave, geralmente, manifestam comportamentos de aceitação, negação ou depressão, que podem vir acompanhada, ou não, de ansiedade.

Uma evolução nesses padrões de respostas, identificada por mudanças no seu ritmo e nas suas características, deveria ser facilmente percebida e monitorada pelos médicos – mas geralmente não é – uma vez que esses comportamentos, na maioria das vezes, poderiam ser previstos, ao analisar a resposta anterior dada pela pessoa a uma condição estressante. Geralmente os comportamentos de aceitação e negação são os mais utilizados e considerados os mais saudáveis, e por isso, exigem menos atenção. No entanto, a depressão, embora menos frequente do que os outros comportamentos, tende a ser a mais letal, necessitando de intervenções psiquiátricas (ADAMS; PEARLMAN, 1970).

As pessoas com deficiência visual apresentam risco aumentado de sintomas de depressão, pois, segundo estudo desenvolvido no Reino Unido, por Margrain et al. (2012), o diagnóstico dessa sintomatologia e posterior encaminhamento para tratamento, não é uma conduta padrão no serviço de atendimento oftalmológico e, por isso, os autores recomendam que após a triagem seja estabelecido um programa de tratamento que inclua atividade física, suporte individual e em grupo a essas pessoas e seus familiares, utilizando a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e a administração de antidepressivos. Esses pesquisadores ainda acrescentam que, esse tratamento foi adotado para pessoas com DMRI – a principal causa de DV nos países desenvolvidos – evidenciando resultados satisfatórios.

Para estabelecer o tratamento psicológico adequado ao deficiente visual, é necessário antes conhecer as questões de saúde mental que podem acometer essa população, pois em estudo realizado por Abateneh et al. (2013), as pessoas com perda de visão apresentaram risco 4,6 vezes maior de desenvolverem problemas emocionais. Por isso, os autores concluíram que esses resultados requerem a integração de cuidados psicossociais no tratamento.

Visando identificar o melhor protocolo de atendimento a pessoa com DV com depressão, foi realizado no Reino Unido, estudo comparativo de duas intervenções: uma baseada no tratamento de solução de problemas (PST) e outra que visava somente o encaminhamento para o médico (grupo controle), concluindo que os SD melhoraram mais no grupo atendido pelo PST do que no grupo controle. Contudo, os pesquisadores alertaram que esse resultado não é definitivo e necessita ser melhor investigado (NOLLETT, 2016).

A pessoa com cegueira, segundo Lira; Schlindwein, (2008) tem que lidar com diversas formas de preconceito. No campo educacional, a falta de visão é percebida como uma condição

de fragilidade e vulnerabilidade, provocando sentimentos de curiosidade, piedade, surpresa e admiração. Na escola, essa pessoa geralmente é encarada como alguém dependente e que necessita ser guiado e protegido. No universo educacional, os professores, geralmente, possuem pouca formação teórica e/ou metodológica, que lhes habilitem a estimular as potencialidades e possibilidades desse aluno. No contexto familiar, essa pessoa, muitas vezes, tem que conviver com o desconhecimento de seus familiares acerca da complexidade que envolve sua interação no ambiente cotidiano e nos espaços que compartilham juntos.

Portanto, as percepções negativas sobre a pessoa com cegueira, resultam em exclusão social e reforçam o preconceito em relação a essa população, pois esta não participa do processo de tomada de decisão no ambiente onde convive, possuindo ainda limitadas oportunidades de educação e emprego, o que pode contribuir para a formação de sentimentos de incapacidade. Por outro lado, essa pessoa pode ser superprotegida pela família, e essa condição pode fortalecer o sentimento de incapacidade, nulidade e dependência física e financeira. O comportamento considerado ideal, a ser adotado pelas famílias é buscar entender e aceitar a condição de deficiência de seu familiar, oferecendo a ele o suporte necessário, que permita promover e incentivar sua autonomia (AWAN; MAHAR; MEMON, 2011).

A cegueira quando associada a sintomas depressivos, aumenta consideravelmente os agravos a saúde da população. Estudo desenvolvido no Reino Unido – à época, o primeiro a avaliar o efeito de tratamentos para transtorno depressivo em pessoas com problemas relacionados a perda visual e depressão comórbida – afirmou que, apesar da alta prevalência de depressão nessa população, a triagem dessa sintomatologia e encaminhamento para tratamento ainda não integrava os serviços de reabilitação visual. Os autores ao levantar hipóteses para a ausência dessas condutas, sugeriram que estas poderiam estar na falta de evidências sobre a eficácia dos tratamentos nesse grupo de pessoas, o que justificaria, portanto, a realização do seu estudo (MARGRAIN et al., 2012).

A condição da cegueira em si, pode acarretar complicações consideráveis à saúde humana, por provocar alteração na percepção de mundo da pessoa afetada, resultando em comprometimentos significativos à sua vida biopsicossocial, no qual problemas oftalmológicos podem estar associados a altas taxas de depressão, com evidências de risco de suicídio (MEYER-ROCHOW et al., 2015).

Estudo desenvolvido na Finlândia por Meyer-Rochow et al. (2015), sobre ocorrências de suicídios na população com DV, concluiu que homens com cegueira, em idade produtiva, apresentaram riscos significativamente aumentados para a prática do suicídio e, que entre as mulheres, aquelas com idades mais avançadas seriam as mais suscetíveis. Dentre as prováveis

causas do suicídio masculino no adulto jovem – além da solidão e do desamparo, resultante da condição visual comprometida – estaria a depressão e o estresse econômico, que segundo os autores, seria ocasionado pelo desemprego, que naquele país absorve somente 40% do total da mão de obra entre essa população.

As experiências traumáticas causam na pessoa com cegueira, angústia, dor e ansiedade existencial e quando não tratadas adequadamente, essas emoções podem evoluir para o transtorno de depressão, ocasionando, conseqüentemente, diversas manifestações de sofrimento psíquico que, em geral, são maiores que nas outras deficiências sensoriais, conforme relatado em estudo que avaliou a relação entre fisiologia e psicologia na perda de visão, destacando a necessidade da adoção de intervenções que pudessem prevenir a instalação do TD na deficiência visual e a manifestação do comportamento suicida, pois, considerando que os atuais tratamentos psicológicos e farmacológicos, para a redução dessa sintomatologia são geralmente eficazes e possuem poucos efeitos colaterais, os oftalmologistas deveriam referenciar o tratamento para depressão nessa população (MOSCHOS, 2014).

### **1.1.5 O Transtorno de Depressão**

O transtorno de humor classificado como depressão, tem seu diagnóstico baseado nos critérios do DSM-5 (manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais) e na CID-10/capítulo V (transtornos mentais e comportamentais), que consideram para esse diagnóstico, haver necessariamente a presença de humor depressivo ou perda de interesse ou prazer durante pelo menos duas semanas, com outras sintomatologias associadas, por exemplo, mudanças psicomotoras, alteração do sono, diminuição da concentração, variação de peso corporal, distúrbios cardiovasculares, cerebrais, musculares, metabólicos, pulmonares e dores crônicas, além de comprometimento do tônus vital. Por isso, essa psicopatologia possui consideráveis taxas de morbimortalidade (DSM-5, 2014; VISMARI; ALVES; PALERMO-NETO, 2008).

O termo depressão pode designar um sintoma, que faz parte de diversas doenças emocionais sem ser exclusivo de nenhuma delas, podendo também conceituar uma síndrome representada por muitos e variáveis sintomas ou, ainda, pode significar uma doença específica. Como sintoma, a depressão pode estar presente tanto em doenças clínicas, em condições sociais e econômicas adversas ou em resposta a situações estressoras, quanto em diversos transtornos: demências, mal de Alzheimer, esquizofrenia, transtorno pós-traumático, dentre outros. Como síndrome, a depressão inclui dentre suas manifestações, alterações vegetativas (sono, apetite) de humor (tristeza, irritabilidade, apatia), psicomotoras e cognitivas. Como doença, a



depressão possui várias classificações, a depender da severidade do quadro clínico (DEL PORTO, 2002).

No transtorno de depressão, segundo Beck e Bredemeier (2016), a negatividade assume papel fundamental na manifestação de sua sintomatologia, pois pessoas deprimidas tendem, geralmente, a ignorar as informações positivas tornando-se mais sensíveis para selecionar os sinais negativos. Ao longo do tempo, essas distorções resultam em crenças errôneas e disfuncionais que podem ampliar e agravar o quadro depressivo.

A depressão, constitui-se em uma adaptação para manter o tônus vital da pessoa, após uma perda considerável e significativa. Esse comportamento é mediado por alterações em regiões do sistema nervoso central, responsáveis pelo processo de cognição e regulação emocional, onde as crenças depressivas tornam as pessoas suscetíveis a realizarem avaliações cognitivas que ampliem as percepções de sua perda, em resposta aos agentes causadores da situação de estresse. O comportamento clínico da depressão grave, é resultante dessas reações biológicas, que podem ser desencadeadas pelos sistemas autônomo, imune e neuroquímico. Na história evolutiva, essas reações eram consideradas adaptativas, mas atualmente, no conceito de vida mental saudável, são percebidas como inadequadas (BECK; BREDEMEIER, 2016).

Atualmente, o transtorno de depressão apresenta tendência ascendente para os próximos 20 anos, pois segundo estimativas da OMS, no Relatório sobre a Saúde no Mundo, a depressão é uma das causas mais incapacitantes dentre a população mundial, sendo que até o ano de 2020, a previsão é de que 9,5% das mulheres e 5,8% dos homens vivenciarão pelo menos um episódio depressivo num período de 12 meses (OMS, 2001).

A depressão possui uma ocorrência bastante significativa nas queixas da população, sendo reconhecida como o problema psiquiátrico mais comum nos serviços de atenção básica, sendo sua prevalência na população de 10% a 20%, podendo atingir todas as faixas etárias. Mas, apesar desse alto índice, é um distúrbio relativamente simples de diagnosticar e de tratar, desde que adotados os procedimentos adequados (OMS, 2001; FLECK, 2009).

Estudo desenvolvido por Rombaldi et al. (2010) sobre a prevalência e fatores associados a sintomas depressivos, com participantes adultos, de ambos os sexos e residentes no sul do Brasil, considerou elevada a prevalência de transtorno de depressão na amostra pesquisada. Nos seus achados, os autores observaram que as pessoas mais atingidas, eram geralmente as mulheres, com idades avançadas, fumantes e obesas.

Em outra pesquisa brasileira, realizada por Cunha, Bastos e Duca (2012), sobre prevalência de transtorno de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, baseada em um amplo inquérito epidemiológico, os autores destacaram que

peças de menor poder aquisitivo, com baixa escolaridade e também do sexo feminino, seriam a população mais vulnerável para desenvolver essa sintomatologia.

O transtorno de depressão também foi observado entre a população com DV e cegueira, conforme citado em estudo desenvolvido na China, o qual evidenciou que mais de um terço dos entrevistados apresentou sintomatologia depressiva clinicamente significativa (LI et al., 2013). A associação entre esses dois agravos, foi relatada, ainda, em outros estudos internacionais (CHOI; LEE; LEE, 2018; HEESTERBEEK et al., 2017; MEYER-ROCHOW et al., 2015; NOLLETT et al., 2016; SHETTY; KULKARNI, 2014; VAN DER et al., 2015).

A depressão, no entendimento de Lima e Fleck (2010), apresenta um funcionamento crônico e recorrente, sendo importante que os profissionais de saúde estejam atentos para esse transtorno mental, pois nem sempre a melhora dos sintomas significa, necessariamente, a recuperação da dinâmica prévia dessa psicopatologia, sugerindo que a avaliação do transtorno de depressão deve ir além da diminuição dos sintomas, requerendo, sobretudo, considerar seus desfechos multidimensionais. Por isso, é fundamental que os profissionais da saúde mental, envolvidos com essa demanda, possam estabelecer um protocolo de atendimento adequado, que lhes permita melhor investigar o efeito real desse transtorno na qualidade de vida da população afetada, visando subsidiar sua intervenção.

Estudo brasileiro (AROS; YOSHIDA, 2009) apontou que existem 49 instrumentos de base mundial para avaliar o transtorno de depressão, sendo cinco os mais utilizados: inventário de depressão de Beck (BDI); escala de depressão de Hamilton (HAM-D); escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS); escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D) e escala de depressão geriátrica (GDS).

### **1.1.6 O Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala de auto-relato, formulada por Aaron Beck e colaboradores, para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos, composta por 21 itens de múltipla escolha. Constitui-se em instrumento adequado para utilização em pacientes psiquiátricos, no entanto, tem sido usado amplamente na clínica e em pesquisas, com pacientes não psiquiátricos e, também, com a população em geral (CUNHA, 2001).

Sua criação provocou transformação na percepção da depressão, pelos profissionais de saúde mental, pois até então, esse transtorno era considerado sob uma perspectiva psicodinâmica. No entanto, no entendimento dos criadores do BDI, essa sintomatologia encontra-se enraizada nas próprias crenças e cognições das pessoas (BECK; STEER, 1993).

O BDI – sigla adotada universalmente para o instrumento – possui três versões; o BDI original, publicado pela primeira vez em 1961, o BDI-1A, revisado em 1978, e finalmente o BDI-II, publicado em 1996. Na sua versão original, o BDI vem sendo usado largamente no Brasil, tanto em pesquisas objetivando sua validação fatorial, quanto em estudos relacionados à saúde mental da população. Sua estrutura permite abranger uma dimensão cognitiva e outra somática (CUNHA, 2001; POP-JORDANOVA, 2017; WANG et al., 2005).

Esse instrumento, vem mostrando resultados satisfatórios na investigação de SD. Por exemplo, em um estudo realizado para avaliar a depressão em diferentes condições médicas, que abrangeu um período de 10 anos e contemplou seis grupos de participantes: mulheres com depressão pós-parto; pessoas submetidas a hemodiálise; pessoas com DV; adolescentes com transtornos obsessivos compulsivos; adolescentes com doenças crônicas e mulheres adultas com hipertensão. Dentre outras indicações, o estudo sugeriu que a depressão deva ser avaliadas não só por psiquiatras, mas também em diferentes contextos clínicos, a fim de monitorar as diversas implicações dessa sintomatologia (POP-JORDANOVA, 2017).

No Brasil, o processo de validação para o português do BDI (CUNHA, 2001) – versão utilizada neste estudo – adotou como critério de classificação: depressão mínima (0-11); depressão leve (12-19); moderada (20-35) e grave (36-63) e ocorreu com três grandes amostras, totalizando 4.395 participantes; psiquiátricos (N=1.388), clínica médica (N=531) e amostra não clínica/população em geral (N=2.476). A versão validada é constituída de uma lista de 21 sintomas e atividades, contendo 4 alternativas cada, onde a pessoa deverá escolher a resposta que melhor represente sua última semana, incluindo o dia da entrevista.

Na validação do instrumento, foram consideradas as variáveis sociodemográficas de idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil e renda. Nesse processo, a autora concluiu que, o BDI apresentou satisfatório nível de consistência e grau de fidedignidade para utilização com a população brasileira (CUNHA, 2001).

Conforme destacado por Beck, Steer, Garbin (1988), as correlações entre as diversas versões do BDI são significativamente consistentes, porém na análise com outras medidas de sintomas em amostras não clínicas, embora igualmente consistentes, necessitam de cautela na interpretação dos dados como indicativos de depressão nas populações estudadas.

Diversas publicações científicas utilizaram o BDI, adotando pontos de cortes diferentes para avaliar os níveis dos sintomas de depressão, em patologias variadas (FINGER et al., 2011; 2015; PENA et. al., 2010; NOLLETT et al, 2016; SHETTY; KULKARNI, 2014).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Avaliar a ocorrência de sintomas de depressão na cegueira e seus determinantes.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de acessibilidade dos participantes;
- Categorizar os participantes de acordo com a classificação do BDI;
- Relacionar as variáveis mais significativas com os domínios do BDI;
- Identificar os fatores sociodemográficos, clínicos e de acessibilidade determinantes para os sintomas de depressão na cegueira.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado com participantes de duas instituições que atendem pessoas com deficiência visual e cegas: o Centro Estadual de Apoio ao Deficiente Visual do Amapá (CAP) e a Associação de Cegos e Amblíopes do Amapá (ACAAP).

O CAP no Amapá, foi criado em 19 de abril de 2001, pelo Decreto nº 3.711/2001, vinculado à Secretaria de Estado da Educação – SEED, com objetivo de prestar atendimento especializado às pessoas com deficiência visual (baixa visão e cegas) e oferecer formação continuada para professores que atuam com essa clientela. Sua estrutura organizacional compreende: direção; secretaria; núcleo de produção em braille; núcleo de tecnologia assistiva; núcleo de avaliação e núcleo didático pedagógico. Atualmente sua equipe é composta de 49 servidores: assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pedagogos, professores, psicólogos e corpo técnico, distribuídos em dois dois turnos, com atendimento médio de 20 pessoas/ mês (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO – CAP, 2017).

A ACAAP, foi fundada na cidade de Macapá–Amapá, em 01 de junho de 2003, com objetivo de promover os direitos, deveres e inclusão social dos seus associados, constituídos por pessoas com deficiência visual, tendo as seguintes atribuições: realizar cursos de capacitação; iniciação musical; reabilitação; assistência social, práticas esportivas, recreativas, sociais e culturais. Atualmente conta com 50 membros (ESTATUTO ACAAP, 2003).

#### **3.2 TIPO DE ESTUDO/MÉTODO**

Descritivo, baseado na abordagem quantitativa.

#### **3.3 AMOSTRA DO ESTUDO**

Os participantes da pesquisa foram pessoas com diagnóstico de cegueira bilateral, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, integrantes do CAP (discentes, docentes e equipe técnica) e associados da ACAAP.

O critério para definição da amostra, baseou-se na relação de inscritos das duas instituições de coleta de dados.

Participaram da pesquisa, todas as pessoas que estavam com seus contatos atualizados nas respectivas instituições e atenderam os critérios de inclusão do estudo. Das pessoas contactadas, apenas duas pessoas não realizaram as entrevistas, uma por motivo de viagem e, outra em função de compromissos de trabalho.

### 3.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

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

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas pessoas com diagnóstico de cegueira bilateral e sem outras deficiências (física e mental) e foram excluídas pessoas indígenas e quilombolas. A razão para exclusão desses dois grupos, deu-se em função da dificuldade de anuência institucional para acessar à população indígena e, da dificuldade logística territorial para acessar as comunidades quilombolas.

### 3.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

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

Para o teste de acuidade visual, a pesquisadora utilizou-se de uma lanterna. O procedimento do teste consistiu em focar a lanterna diretamente no olho do participante, de forma alternada: lanterna acesa e desligada, enquanto era questionado, ao entrevistado, sobre a condição da lanterna: se “acesa” ou “desligada”. Se a pessoa respondesse certo na avaliação dos dois olhos, registrava-se que o participante possuía “percepção de luz nos dois olhos”, se respondesse errado no exame dos dois olhos, anotava-se que o participante apresentava-se “sem percepção de luz nos dois olhos” e se o acerto fosse somente em um dos olhos, era registrado que havia “percepção de luz em um dos olhos”, independente se esquerdo ou direito.

O processo de coleta de dados aconteceu com a presença de uma testemunha, que também assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Os instrumentos da pesquisa foram lidos – em voz alta – pela pesquisadora.

### 3.7 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE

Para classificar os participantes de acordo com o grau de intensidade da depressão, foi aplicado o ponto de corte ( $BDI \geq 12$ ). Essa análise está embasada em Beck e Steer (1993), que embora tenham classificado o BDI em quatro graus de intensidade dos SD, concordaram que os pontos de corte poderiam variar de acordo com o objetivo da pesquisa e da amostra, sugerindo que, se a finalidade fosse identificar o máximo de pessoas com depressão, os pontos de corte deveriam ser menores para minimizar os falsos negativos, independente do número de falsos positivos aumentarem, garantindo assim, a triagem dos prováveis quadros depressivos.

Os dados foram sistematizados em planilhas do excel e transportados para o software estatística SPSS (*statistical package for the social sciences*), versão 22.0.

Para avaliar o padrão de normalidade da amostra, foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov, onde foi identificado uma distribuição anormal dos dados, condizente com a utilização de testes não-paramétricos.

Para verificar a fidedignidade e consistência do BDI foi realizada a análise do Coeficiente Alfa de Cronbach, que adota valores acima de 0,7 como boa consistência interna, pois considerando que o BDI foi construído em outro país, faz-se necessário que, após sua tradução e validação local, seja submetido a reavaliação quanto a sua fidedignidade, visando verificar sua adequação a realidade local e a amostra pesquisada.

Para avaliar a ocorrência de sintomas de depressão na cegueira, utilizando a classificação do BDI, foi aplicado o teste estatístico Mann-Whitney (Teste U), por ser um teste não-paramétrico que dispensa distribuição normal e analisa médias e medianas.

Para identificar os determinantes da cegueira, foi aplicado 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), que considera valores de  $R=0$  (nulo),  $R=1-3$  (fraco),  $R=4-6$  (moderado),  $R=7-9$  (forte) e  $R=1$  (perfeito). Foi adotado o valor de significância  $p < 0,05$ .

### 3.8 COMITÊ DE ÉTICA

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 (ANEXO B).

O CEP baseia-se na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A), que detalha as etapas a serem cumpridas nas pesquisas científicas (BRASIL, 2012).

Além do compromisso assumido pelos participantes da Pesquisa, o estudo também contou com a parceria de duas instituições: o Centro Estadual de Apoio ao Deficiente Visual do Amapá e a Associação de Cegos Amblíopes do Amapá, que também assinaram o Termo de Anuência (APÊNDICE B).

As referidas instituições prestam atendimento a pessoas com deficiência visual na cidade de Macapá-AP, local sede do Projeto e de vinculação dos entrevistados, no período de execução da Pesquisa.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Foram entrevistadas 68 pessoas com cegueira bilateral, de ambos os sexos e idade acima de 18 anos, residentes nas cidades de Macapá e Santana, municípios do estado do Amapá, localizados na Amazônia Brasileira.

Os dados referentes ao perfil sócio-demográfico da amostra foram descritos na Tabela 1 (pag. 42), sendo observadas as seguintes variáveis:

Maior índice da amostra possuía idade acima de 51 anos (33,8%);

Maioria dos entrevistados foi constituída de participantes do sexo masculino (60,3%);

Maioria dos participantes autodeclararam-se pardos (66,2%);

Maioria dos participantes era formada por pessoas sem cônjuges (69,1%), incluídos solteiros, separados e viúvos;

Maior percentual dos entrevistados era composta por pessoas sem filhos (41,1%) ou com 1 a 3 filhos (41,1%);

Maioria da amostra era constituída de pessoas que possuíam uma religião (92,6%), sendo este, também, o resultados mais expressivo evidenciado nas variáveis sociodemográficas;

Maior frequência dos participantes possuía nível superior completo ou pós-graduação (44,1%);

Maioria dos entrevistados não estava frequentando a escola (64,7%);

Maior quantitativo dos entrevistados recebia o Benefício de Prestação Continuada-BPC (73,5%);

Maior predominância dos entrevistados não apresentava vínculo empregatício (69,1%);

Número mais expressivo dos participantes desempenhava a chamada *ocupação do lar* (27,9%);

Quantitativo mais significativo dos entrevistados possuía renda familiar acima de 1-3 salários mínimos (36,7%).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018

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	39	57,3
	Separado	5	7,4
	Viúvo	3	4,4
Nº de Filhos	Sem filhos	28	41,1
	1 a 3	28	41,1
	4 a 6	7	10,3
	Acima de 6	5	7,5
Possui religião	Sim	63	92,6
	Não	5	7,4
Escolaridade	Analfabeto	1	1,5
	Fundamental	13	19,1
	Médio	24	35,3
	Superior/ Pós-graduação	30	44,1
Frequenta Escola	Sim	24	35,3
	Não	44	64,7
Recebe Benefício (BPC)	Sim	50	73,5
	Não	18	26,5
Possui vínculo empregatício	Sim	21	30,9
	Não	47	69,1
Ocupação	Professor	11	16,2
	Do lar	19	27,9
	Vendedor/ Propagandista ambulante	6	8,8
	Paratleta	5	7,4
	Estudante	11	16,2
	Aposentado	7	10,3
	Auxiliar administrativo	3	4,4
	Outros	6	8,8
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	13	19,1
	Acima de 1-3 salários mínimos	25	36,7
	Acima de 3-4 salários mínimos	16	23,5
	Acima de 5 salários mínimos	14	20,7

Fonte: Instrumento de Coleta, 2017.

Os participantes eram residentes no estado do Amapá (Tabela 1, pag. 42), com média de idade de 40,9 anos ( $\pm 15$ ), na faixa etária acima de 51 anos, coincidindo com dados da literatura científica que apontam ser a cegueira mais incidente na população de idades mais avançadas (ADEMOLA-POPOOLA; TUNDE-AYINMODE; AKANDE, 2010; AWAN; MAHAR; MEMON, 2011; VARMA et al, 2016).

Confirmando os achados deste estudo em relação a idade de acometimento da deficiência visual, pesquisa realizada nos EUA, com objetivo de determinar as variações demográficas e geográficas em relação a DV e cegueira na população adulta americana em 2015 e estimar sua prevalência até 2050 – investigação baseada em seis estudos populacionais – apontou que ambas as deficiências aumentam de acordo 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%), estimando que em 2050 esse índice deve aumentar em 116%, devendo atingir cerca de 2% a população na faixa entre 40-49, subindo para 64% o percentual de pessoas com mais de 80 anos que poderão ser afetados pela DV (VARMA et al., 2016).

É consenso que as doenças oculares aumentam de forma acelerada, de acordo com o avançar da idade. Segundo estudo realizado no Reino Unido sobre deficiência visual associada a comorbidades físicas e mentais em adultos mais velhos, a presença de condições de saúde adicionais, pode influenciar negativamente o estado de saúde geral do idoso, o qual estima que, um em cada dez idosos sofre de DV significativa, sendo que esse número aumenta para três, a partir de 90 anos de idade, influenciando consideravelmente a vida da pessoa em todos os seus aspectos, podendo resultar em redução na capacidade de realizar as atividades de vida diária, declínio da condição funcional, falta de independência, necessidade de cuidados especiais e, conseqüentemente, comprometimento da qualidade de vida e elevação dos custos com tratamentos de saúde (COURT et al., 2014).

O quantitativo mais expressivo da amostra era constituída de homens (Tabela 1, pag. 42), esse dado coincide com pesquisa brasileira de Rebouças et al. (2016), sobre qualidade de vida na deficiência visual, que apresentou predominância de homens (80%) e, com estudo de Abateneh et al. (2013), realizado na Etiópia, sobre perdas da visão e dificuldades psicológicas, que também observou maior percentual de homens (75,7%) na amostra investigada.

Segundo pesquisa realizada na Etiópia (ABATENEH et al., 2013), que abordou o gerenciamento de mudanças em pessoas com cegueira, uma possível explicação para a maior proporção de homens no estudo, pode ser reflexo das barreiras sociais, culturais, religiosas e econômicas encontradas pelas mulheres daquele País, para acessar os serviços de saúde e, conseqüentemente, os atendimentos oftalmológicos especializados. Por outro lado, esses

mesmos fatores dificultados às mulheres, facilitam aos homens o acesso aos referidos serviços, conforme citado em estudo indiano (SHETTY; KULKARNI, 2014), apontando que essa pode ser uma realidade vivenciada em alguns países africanos e asiáticos.

No entanto, o maior percentual de homens observado no presente estudo, não reflete a realidade brasileira em relação a deficiência visual e cegueira, visto que o último Censo (IBGE, 2010), estimou que entre a população com deficiência visual e cega, 56,6% eram do sexo feminino e 43,4% do sexo masculino.

As mulheres também foram prevalentes em pesquisa realizada nos EUA, por Varma et al. (2016), cujo maior índice de pessoas com DV foi observado no sexo feminino, estimando que, entre 2015 e 2050, as mulheres continuarão sendo a população mais atingida pela deficiência visual e cegueira, superando os homens em 30 a 32% na baixa visão e em 6% a 11% na cegueira.

Este dado também apontado na Europa, em estudo desenvolvido na Holanda, que avaliou distúrbios de depressão e ansiedade em idosos com deficiência visual, no qual os autores destacaram que havia significativamente mais mulheres do que homens com DV, na população investigada (VAN DER et al., 2015).

A maioria dos entrevistados autodeclarou possuir cor de pele parda (Tabela 1, pag. 42) e, embora a associação entre raça e cegueira possa ser um dado ainda pouco explorado na literatura científica, essa é uma relação relevante que necessita ser melhor investigada em novos estudos, por exemplo, para avaliar se a cor da pele exerce alguma influência no desenvolvimento da sintomatologia depressiva na cegueira.

Na amostra, um índice significativo dos entrevistados era constituído de pessoas que não possuíam parceiros/as (Tabela 1, pag 42) – solteiros, separados e viúvos – composto na sua maioria por pessoas sem filhos (41,1%), ou que possuíam entre 1 a 3 filhos (41,1%), com média de 1,6 filhos ( $\pm 2,5$ ).

Essa condição familiar, pode contribuir para comportamentos de solidão e tristeza, pois, conforme relatado em estudo desenvolvido por Meyer-Rochow et al. (2015), sobre ocorrência de suicídio em pessoas com deficiência visual na Finlândia, os prováveis motivos associados a essa prevalência são sentimentos de depressão e sofrimento psíquico, resultantes da sensação de desamparo, que em geral acomete essa população.

O comportamento de isolamento e reclusão das pessoas com deficiência visual, pode iniciar ainda na infância, segundo dados de estudo realizado com alunos de uma escola Paquistanesa, onde crianças com baixa visão ou cegueira, apresentaram complicações físicas e emocionais e, na maioria dos relatos, sentiam-se vítimas de algum tipo de mal e, em

consequência disso, exibiam comportamentos estereotipados de ansiedade ou depressão e enfrentavam dificuldades nas interações sociais, preferindo por isso, manter-se reclusas e afastadas socialmente do convívio com as outras crianças (ISHTIAQ et al., 2016).

Diferente dos resultados do presente estudo – no qual a maioria dos participantes não possuía cônjuge – pesquisa realizada por Ademola-Popoola; Tunde-Ayinmode; Kande (2010), observou que 80% dos seus entrevistados era constituído por pessoas casadas, sendo que a maioria tinha mais de 10 anos de convivência marital. Segundo os autores esses achados sugerem que as pessoas com cegueira não tiveram dificuldades em se casar e, a maioria conseguiu um parceiro por iniciativa própria, sendo que mais de 50% da amostra encontrava-se em relações poligâmicas (legais no País da pesquisa) e com filhos. Com esses resultados, os pesquisadores concluíram que pessoas com cegueira podem desfrutar de um nível razoável de vida familiar, relacionamentos afetivos e sexuais.

A maioria dos entrevistados declarou possuir religião (Tabela 1, pag. 42), com totalidade da orientação cristã. Essa influência também foi citada em estudo de Melo et al. (2015), sobre a correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida, no qual os autores afirmaram que a religiosidade e a espiritualidade são utilizadas como estratégias para o enfrentamento de condições adversas – doenças físicas, mentais ou situação de luto – podendo funcionar tanto como mecanismo de defesa, quanto de ressignificação, pois as pessoas creditam à religião, os benefícios alcançados pela recuperação de sua saúde.

Estudo desenvolvido por Rebouças et al. (2016) sobre religiosidade na deficiência visual, relata que, no instrumento utilizado para a coleta de dados, o domínio que investigou espiritualidade, religião e crenças pessoais, obteve percentual de 65% entre os participantes, apontando que tais facetas são, geralmente, consideradas aspectos de proteção à saúde e contribuem para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Achados diferentes foram observados em estudo desenvolvido na China, nele os pesquisadores concluíram que, os entrevistados que declararam possuir crenças religiosas, apresentaram dificuldades emocionais mais significativas do que aqueles que referiram não possuí-las. Uma hipótese para esse resultado, segundo os autores, pode estar no fato do país onde a pesquisa foi realizada, ser constituído na sua maioria por uma população declaradamente ateuísta, estando essas crenças, portanto, em desacordo com a cultura e a ideologia predominante (LI et al., 2013).

No entanto, estudo realizado por Abateneh et al. (2013), apontou que a religião não exerce influência significativa sobre a dificuldade psicológica de pessoas com perda visual, embora um índice considerável dos participantes tenha se auto-declarado cristão ortodoxo.

Nessa pesquisa, os autores concluíram que essa variável demonstrou não estar associada ao desencadeamento de problemas emocionais.

A escolaridade (Tabela 1, pag. 42) variou do analfabeto ao pós-graduado – na amostra havia uma pessoa sem escolaridade e outra com mestrado – sendo que a maioria dos participantes localizou-se na categoria entre o ensino superior e a pós-graduação. Nessa variável, foram considerados os cursandos e os concluintes.

Uma possível justificativa para esse resultado pode estar no número expressivo de professores (Tabela 1, pag. 42) dentre os participantes do estudo – todos graduados e alguns com pós-graduação – lotados no CAP e na ACAAP, instituições utilizadas na coleta de dados deste estudo.

Esse índice de escolarização, difere do perfil dos participantes do estudo de Shetty e Kulkarni (2014) no qual somente 16% das pessoas concluíram o ensino superior, 46% o ensino médio e 38% eram analfabetos. Resultado semelhante foi observado por Abateneh et al. (2013), onde a maioria dos entrevistados da pesquisa (62%), frequentou somente um pouco mais que a escola primária (atual ensino fundamental I).

Embora no presente estudo um número expressivo de participantes já tivesse concluído o ensino médio e superior, uma parte igualmente significativa não estava frequentando a educação formal, nem tampouco, realizando nenhuma atividade de aperfeiçoamento escolar (Tabela 1, pag. 42).

Essa variável também foi discutida na pesquisa realizada por Court et al. (2014), onde os autores afirmaram que a deficiência visual pode estar relacionada com a dificuldade de aprendizagem, que é três vezes mais provável nessa população, apontando que ela pode estar associada a uma alta prevalência de problemas oculares adquiridos na infância.

Uma possível explicação para os resultados desfavoráveis em relação ao processo de escolarização da pessoa com DV, pode estar na afirmação de Nunes e Lomônaco (2010), em estudo sobre o aluno com cegueira, no qual os pesquisadores advertem que a estigmatização e o preconceito podem prejudicar o aprendizado e a autoestima dessa população.

Estudo realizado com pessoas cegas, em Ilorin (Nigéria), afirmou que a maioria dos entrevistados, considerou ser a educação um atributo fundamental para assegurar-lhes um futuro melhor, destacando a importância do acesso a educação formal. No entanto, os autores salientaram que, embora um índice significativo das pessoas com deficiência visual e cegas, tivessem conhecimento da existência de instituições voltadas para sua educação e aprendizado, a maioria delas, até aquele momento, não as frequentavam. O estudo concluiu que essas pessoas geralmente consideravam problemático acessar a escola, conseguir emprego e fazer parte das

atividades comunitárias, devido ao fato da cegueira, ainda hoje, evocar atitudes negativas e reações de preconceitos na sociedade (ADEMOLA-POPOOLA; TUNDE-AYINMODE; AKANDE, 2010).

Nos dados referentes a ocupação dos entrevistados, houve predominância da chamada *ocupação do lar* (Tabela 1, pag 42), apontando que a maioria dos participantes – no momento da pesquisa – estava exercendo atividades domésticas e afins.

Dentre os participantes do estudo, foi observado, também, percentual expressivo de paratletas (Tabela 1, pag. 42). A prática de atividade esportiva, segundo estudo sobre a autonomia na DV, pode estar associada a capacidade de resiliência de um segmento da população com cegueira, que utiliza-se do esporte para buscar a superação de sua deficiência, na tentativa de fortalecer sua independência nas situações que exijam maior participação e desempenho e que possam contribuir para a satisfação de suas necessidades como seres humanos, empoderando-os conseqüentemente, para assumir sua liberdade de escolha (ACIEM; MAZZOTA, 2013).

Ainda na variável ocupação, este estudo observou um dado significativo – possivelmente atípico da realidade do Brasil e de outros estudos – demonstrado pela presença de um índice considerável de servidores públicos estaduais, lotados como professores ou como auxiliares administrativos (Tabela 1, pag. 42).

Uma possível explicação para esse fato, pode estar na herança da condição de Território – o Amapá transformou-se em estado somente pela Constituição de 1988 – e, ainda hoje, o poder público é um dos principais empregadores do estado, sendo portanto, a fonte pagadora dos servidores públicos que participaram deste estudo, que na maioria possuíam vínculo empregatício no CAP, uma das instituições da coleta de dados (BRASIL, 1988).

E, visando melhor atender esses servidores, por meio de uma política inclusiva, o Brasil instituiu a Lei nº 13.146/15, que prevê a obrigatoriedade dos serviços de saúde pública à pessoa com deficiência, que assegura dentre outras ações: diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar e serviços de habilitação e de reabilitação, sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência (BRASIL, 2015).

Outros dados sobre a ocupação da pessoa com cegueira, também foram relatados em estudo brasileiro sobre qualidade de vida da pessoa com deficiência visual, realizado na Associação de Cegos do Ceará, no qual 50% dos participantes declararam possuir um emprego, que segundo os autores, pode ter influenciado o bom desempenho obtido pelos entrevistados no instrumento de coleta de dados, no domínio que avaliou a autoestima. Os pesquisadores

constatarem que, o acesso e a inclusão no mercado de trabalho, podem contribuir para elevar a autoestima e estimular a independência dessa população (REBOUÇAS et al., 2016).

Em relação as variáveis da condição econômica (Tabela 1, pag. 42) – renda familiar, vínculo empregatício e recebimento de BPC – a predominância da amostra apresentou renda mensal entre um a três salários mínimos, no entanto, um índice expressivo dos participantes não possuía vínculo empregatício, sugerindo que estes poderiam se encontrar a margem do mercado de trabalho formal, sendo que, a maioria da amostra recebia o BPC.

A ambivalência desse resultado, observado no presente estudo, que apontou na mesma amostra: elevação no nível da renda familiar, maior quantitativo de pessoas sem vínculo empregatício e, a maioria vivendo apenas com o BPC, pode ser explicada pela presença de um número significativo de participantes lotados como servidores públicos e pelo critério de renda familiar, que somou ao BPC o salário das outras pessoas que residiam com o entrevistado.

No entanto, embora a família, em alguns casos, apresentasse situação financeira mais privilegiada, essa condição nem sempre se revertia em benefício do familiar com cegueira, pois algumas dessas pessoas, realizavam serviços como autônomos para complementar a renda, desenvolvendo geralmente atividades informais, principalmente como vendedores/propagandistas ambulantes e massoterapeutas.

Ratificando esses resultados e acrescentando novos dados a essa problemática, um estudo africano afirmou que a mendicância e a cegueira estão intimamente associadas, sendo que 70% dos mendigos residentes na Nigéria são constituídos por pessoas com cegueira, que utilizam-se dessa atividade para garantir sua sobrevivência (ADEMOLA-POPOOLA; TUNDE-AYINMODE; AKANDE, 2010).

Esses dados são preocupantes e estão relacionados, também, com a má distribuição de renda que atinge o mundo globalizado. Estudo realizado na atenção básica sobre a qualidade de vida da pessoa com deficiência visual em Ibadan – também na Nigéria –, apontou que as desigualdades na condição socioeconômica dos países, refletem-se, ainda, na distribuição global da prevalência de DV, com causas que poderiam ser evitáveis e tratáveis, concluindo que as doenças visuais graves e a cegueira, estão associadas a má QV, resultante da condição de pobreza e miséria, representando um fardo para a saúde em geral (ADIGUN et al, 2014).

Confirmando os dados do presente estudo, pesquisa realizada para avaliar o impacto econômico da cegueira na Europa, concluiu que a perda de produtividade verificada nessa população foi estimada em 100%, no entanto, 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).



## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS

Nos dados clínicos da amostra (Tabela 2), houve predomínio do glaucoma (30,9%) e da cegueira adquirida (82,4%), sendo que, um índice maior de participantes ficou cega na faixa etária entre 10-20 anos (26,5%), com tempo de duração da deficiência entre 1 mês-10 anos (29,4%) e sem percepção de luz nos dois olhos (53%).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis causas, classificação, idade que ficou cego, duração da cegueira e avaliação da acuidade visual das pessoas com cegueira, Macapá –Brasil, 2018 (n=68)

Variável		N	%
Causas da cegueira	Atrofia do nervo óptico	7	10,3
	Catarata congênita	5	7,4
	Descolamento da retina	5	7,4
	Glaucoma congênito	21	30,9
	Meningite	4	5,9
	Retinopatia diabética	8	11,7
	Retinose pigmentar	8	11,7
	Sem diagnóstico	3	4,4
	Outras	7	10,3
Classificação	Congênita	12	17,6
	Adquirida	56	82,4
Idade que ficou cego	Nasceu Cego	12	17,6
	1 de mês - 10 anos	13	19,1
	Acima de 10 - 20 anos	18	26,5
	Acima de 20 - 30 anos	10	14,7
	Acima de 30 - 40 anos	6	8,8
	Acima de 40 - 50 anos	5	7,4
	Acima de 50 anos	4	5,9
Duração da cegueira	1 mês - 10 anos	20	29,4
	Acima de 10 - 20 anos	9	14,7
	Acima de 20 - 30 anos	19	27,9
	Acima de 30 - 40 anos	8	11,8
	Acima de 40 - 50 anos	9	13,3
	Acima de 50 anos	3	4,4
Acuidade visual	Com percepção de luz nos dois olhos	13	19,1
	Sem percepção de luz nos dois olhos	36	53,0
	Percepção de luz somente em um olho	19	27,9

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, 2017.

O glaucoma, que figurou neste estudo como a principal causa de cegueira (Tabela 2, pag. 49), também foi citado em dois estudos brasileiros – publicados com espaço de dezesseis anos entre um e outro – ambos apontaram o glaucoma como uma das causas mais frequentes de cegueira no país. Na pesquisa de Brito e Veitzman (2000), essa doença ocular foi a primeira causa de cegueira infantil, enquanto no estudo de Couto Junior e Oliveira (2016), foi registrada como a terceira causa de cegueira entre os alunos do Instituto Benjamim Constant, principal centro brasileiro de referência no atendimento a pessoas com deficiência visual e cegueira.

Em relação ao quantitativo expressivo de pessoas com retinopatia diabética, observado no presente estudo (Tabela 2, pag. 49), este pode estar associado ao crescimento das doenças crônicas no mundo. Um levantamento realizado nos países latino-americanos, concluiu que tanto o glaucoma, quanto a retinopatia diabética estão aumentando sua incidência entre a população desses países (FURTADO et al., 2012).

A presença da retinopatia diabética figurando como uma das causas de cegueira entre os participantes deste estudo é preocupante, pois ela é um dos diagnósticos mais frequentes de cegueira adquirida, constituindo uma afecção ocular que acomete pessoas com diabetes mellitus – doença crônica não transmissível, relacionada com fatores ambientais e comportamentais, como sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo e outros – com maior incidência no DM tipo 2, que acomete geralmente pessoas na faixa etária entre 20 a 74 anos de idade, com mais de 20 anos de doença (60%), principalmente em idade produtiva, constituindo-se, portanto, um elevado impacto social e econômico, considerando o crescente aumento mundial das DCNT'S (COSTA et al, 2017).

A retinose pigmentar (RP), que também manifestou-se neste estudo (Tabela 2, pag. 49), é a forma mais comum das doenças hereditárias causadas pela degeneração na retina e se subdivide em vários grupos, cujas causas são mutações genéticas em diversos cromossomos. Embora ainda não haja tratamento efetivo para a RP, pesquisas estão sendo desenvolvidas com genes, visando identificar as distrofias da retina, para assim, poder aplicar o tratamento adequado a cada caso (QUEIROZ et al., 2013).

A catarata, embora sem maior expressividade, também esteve presente nas causas desta pesquisa (Tabela 2, pag. 49). No entanto, essa doença ocular, que na maioria dos casos poderia ser evitada ou tratada, ainda hoje, continua sendo umas das principais causas mundiais de cegueira nos países mais pobres e com menor renda *per capita*, estando, ainda, associada ao declínio da idade (AWAN; MAHAR; MEMON, 2011; HASHEMI et al, 2017).

Embora a catarata seja a principal causa de deficiência visual e cegueira reversível no mundo, sua ocorrência reduz consideravelmente a acuidade visual da pessoa afetada,

principalmente em idades mais avançadas, conforme relatado em estudo realizado por Furtado et al. (2012), o qual observou que a catarata foi a causa mais prevalente de cegueira na Argentina (1,1%) e na Guatemala (4,1%), evidenciado nas pessoas com idade acima de 50 anos.

Outro estudo que investigou as quedas e a qualidade de vida da população idosa com catarata, constatou que a diminuição da comunicação visual pode aumentar o risco de quedas nessa população, por isso, os pesquisadores sugeriram a realização da cirurgia de catarata, pois esta poderá contribuir para a melhoria das alterações emocionais e físicas nesse grupo de pessoas (MENEZES; VILAÇA; MENEZES, 2016).

Com relação ao tipo de cegueira, houve predominância da cegueira adquirida (Tabela 2, pag. 49), esse dado coincidiu com estudo realizado no Brasil, sobre programa de reabilitação para pessoas com deficiência visual e retinopatia diabética – desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, formada por oftalmologistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, educadores e especialistas em tecnologia – que constatou que entre as pessoas com cegueira, a maioria (81,8%), declararam possuir cegueira adquirida, cuja causa principal foi a RD, com percentual de 33,3%, seguido por glaucoma com 16,6% (BITTENCOURT et al, 2011).

A cegueira adquirida provoca ruptura nos padrões já constituídos de comunicação, mobilidade e atividade produtiva, afetando o lazer e a percepção que a pessoa tem de si, podendo constituir-se em experiências traumáticas, que na ausência de acompanhamento e monitoramento por parte da família e dos profissionais de saúde, poderá influenciar o surgimento e o desenvolvimento de comportamentos ansiosos e depressivos. Neste sentido, torna-se necessário, portanto, a adoção de cuidados e de proteção a essa população, a fim de prepará-la para lidar com essa situação adversa, habilitando-a para assumir estratégias adequadas de enfrentamento e superação (ALMEIDA; ARAÚJO, 2013).

Quanto a idade que os participantes foram acometidos pela cegueira (Tabela 2, pag. 49), esta variou de 0 (nascimento) até 76 anos, com idade média de 18,8 anos ( $\pm 16,9$ ), sendo que, um índice maior dos entrevistados ficou cego entre 10 a 20 anos, portanto, atingindo mais as fases que compreendem a pré e pós-adolescência.

Diferente dos achados deste estudo quanto a idade de acometimento da cegueira, pesquisa desenvolvida por Ademola-Popoola, Tunde-Ainmode e Akande (2010), apontaram que 62% da sua amostra ficou cega na infância e 21% na vida adulta, no entanto, a maioria da cegueira adquirida na infância poderia ter sido evitada. Além disso, segundo os pesquisadores, 16% do quantitativo de seus entrevistados possuíam histórico familiar de cegueira, sendo que,

77% deles, até o momento da entrevista, não haviam realizado nenhum tratamento oftalmológico e declararam possuir receio que seus filhos também se tornassem pessoas cegas.

A observância à recomendação de realizar exames oftalmológicos uma ou duas vezes ao ano não se efetiva e, segundo alerta estudo desenvolvido no Irã, a maioria dos adultos, principalmente os que vivem em países em desenvolvimento, não utiliza os serviços de cuidados oculares (HASHEMI, et al, 2017).

Em relação a duração da cegueira na vida dos participantes deste estudo (Tabela 2, pag. 49) – considerando o início da deficiência até o momento da entrevista – observou-se um período compreendido entre 1 mês a 76 anos, isto é, dentre os entrevistados havia uma pessoa que tinha ficado cega havia 6 meses e outra há 76 anos (cegueira congênita). O maior índice dos participantes apresentou tempo de acometimento da deficiência visual entre 1 mês-10 anos, com período médio de 24,2 anos ( $\pm 16,1$ ).

Resultado compatível foi observado em estudo desenvolvido na Nigéria, que encontrou duração média da cegueira de 25,9 anos ( $\pm 16,4$ ), no qual a maioria (72%) das pessoas estavam cegas por mais de 20 anos (ADEMOLA-POPOOLA; TUNDE-AYINMODE; AKANDE, 2010).

Outra pesquisa realizada na Índia com o objetivo de estudar uma proposta de gerenciamento de mudanças de respostas nas pessoas cegas, que incluiu dentre suas variáveis de investigação o período de duração da cegueira, constatou que o tempo médio de cegueira observado na maioria de sua amostra foi de 7,75 anos (SHETTY; KULKARNI, 2014).

Estudo que investigou a adaptação psicológica à deficiência visual, 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 ( $\leq 2$  anos), constatando que a aceitação apresentou uma correlação estatisticamente positiva com o bem-estar e a negação, correlacionada com a depressão, sugerindo que pessoas diagnosticados com DV de forma mais precoce, tendem a manifestar melhor comportamento adaptativo (BERGERON; WANET-DEFALQUE, 2013).

Em relação a avaliação da acuidade visual (Tabela 2, pag. 49), a maioria dos participantes declarou não possuir percepção de luz em nenhum dos olhos. Essa variável também foi analisada em publicação de Hardman et al. (2005), onde os autores afirmaram que grande parte das pessoas com cegueira legal, possuem alguma percepção de luz e apenas 20% delas são totalmente cegas. Segundo, Rebouças et al. (2016), a cegueira, que ocasiona ausência total da capacidade visual, pode acontecer com ou sem a percepção de luz.

### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ACESSIBILIDADE

Em relação a condição de acessibilidade (Tabela 3) – variável que avaliou a capacidade de locomoção e a condição de deslocamento – um maior quantitativo dos participantes declarou possuir boa capacidade de locomoção (42,6%) e deslocamento realizado com auxílio de guia (75%), utilizando, ou não, bengala.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis locomoção e deslocamento das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68)

Variável		N	%
Locomoção	Ótima	15	22,1
	Boa	29	42,6
	Regular	15	22,1
	Ruim	9	13,2
Deslocamento	Auxílio de guia (com/ sem bengala)	51	75,0
	Sem auxílio de guia (com bengala)	17	25,0

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, 2017.

Quantitativo maior dos entrevistados declarou possuir boa capacidade de locomoção (Tabela 3), sugerindo que a ausência do sentido da visão pode não atuar como fator dificultador da acessibilidade das pessoas com cegueira, desde que essa população esteja adaptada a sua condição.

No entanto, um número significativo de participantes (Tabela 3), referiu possuir capacidade de locomoção ruim (13,2%). Uma possível explicação para esse resultado, pode estar na dificuldade dessa população de acessar os transportes urbanos, informação essa referida em estudo realizado na Irlanda, por Gallagher et al. (2011), no qual os autores afirmam que a deficiência visual reduz a capacidade de deslocamento, principalmente no acesso ao transporte urbano, pois a falta de disponibilidade de transporte causa maior dependência de amigos e familiares, restringindo e limitando a vida profissional e social dessa população, questões essas que, segundo os pesquisadores, precisam ser consideradas pelo poder público na elaboração do planejamento urbano.

Estudo realizado no Brasil com pessoas com cegueira, constatou que os domínios relacionados aos aspectos físicos e ambientais, referentes a acessibilidade, obtiveram os menores escores do inventário utilizado, o que, segundo os autores, pode estar associado ao baixo nível de vivência perceptiva dos entrevistados, resultantes da dependência física e funcional e de inadequadas condições ambientais, que dificultam o cotidiano da pessoa com

deficiência visual, principalmente no fator relativo ao transporte urbano, que possui inadequadas condições de acesso, profissionais sem treinamentos e/ou indisponíveis para atender a necessidade dessa população, o que compromete, conseqüentemente, o processo de deslocamento e locomoção dessas pessoas (REBOUÇAS et al., 2016).

Avaliando a independência das pessoas com deficiência visual, Rebouças et al. (2016), constataram que a dificuldade de acessibilidade refere-se, principalmente a calçadas sujas, esburacadas e em desnível, com falta de rampas, pouca disponibilidade de transporte adaptado e tempo limitado dos semáforos, dentre outros aspectos. Esses problemas, estão circunscritos em questões macrossociais, que embora possam comprometer a qualidade de vida da população brasileira em geral – com ou sem deficiência – especificamente para as pessoas com deficiência, principalmente as visuais, podem tornar-se significativamente mais prejudiciais, uma vez que essa população depende de condições adequadas de acesso para transitar com segurança nos espaços públicos.

Quanto a condição de deslocamento (Tabela 3, pag. 53) – que avaliou se os entrevistados realizavam seu tráfego com ou sem guia – um índice maior dos participantes referiu deslocar-se com auxílio de guias, sendo estes familiares ou contratados, cujo processo de locomoção poderia ocorrer com ou sem o auxílio de bengalas. No entanto, um índice expressivo de entrevistados (25%), afirmou realizar sua mobilidade urbana somente com auxílio de bengala, prescindindo da presença de guias.

Confirmando esse achado, a utilização da bengala no deslocamento de pessoas com deficiência visual e cegueira, foi apontada como essencial por Aciem e Mazzotta (2013), em estudo que avaliou a autonomia pessoal e social de pessoas com DV, no qual os participantes declararam que o uso da bengala seria fundamental em ambientes externos e desconhecidos, mas nos locais internos e de frequência rotineira, esse meio auxiliar de locomoção seria dispensado, devido a sua familiaridade em transitar nesses espaços.

A pessoa com cegueira para locomover-se, geralmente depende do auxílio de outras pessoas, por conseguinte, segundo Lira e Schlindwein (2008), utiliza-se da visão de terceiros para ver simbolicamente, o que contribui para a formação de sua personalidade. Por este motivo, essa população deveria ser orientada e receber treinamentos específicos, que lhe permitissem melhorar a interação com seus cuidadores, o que, conseqüentemente, contribuiria para melhorar sua qualidade de vida e a capacidade de reorganizar suas habilidades motoras e psíquicas.

#### 4.4 CARACTERIZAÇÃO DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

A medida de fidedignidade do BDI (Tabela 4), baseada no Coeficiente Alfa de Cronbach, apresentou escore positivo ( $\alpha=0,90$ ).

Tabela 4 – Distribuição dos domínios do BDI segundo a média, desvio padrão, correlação item e total corrigido e coeficiente de fidedignidade – Alfa de Cronbach das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68)

Domínios	Média	DP	Correlação item e total corrigido	Coeficiente Alfa de Cronbach
Tristeza	0,32	0,74	0,65	0,89
Pessimismo	0,21	0,68	0,64	0,89
Sensação de Fracasso	0,22	0,62	0,67	0,89
Falta de Satisfação	0,47	0,94	0,71	0,89
Sensação de Culpa	0,40	0,78	0,74	0,89
Sensação de Punição	0,74	1,18	0,51	0,90
Auto depreciação	0,22	0,54	0,71	0,89
Autoacusações	0,68	0,87	0,74	0,89
Ideias Suicidas	0,18	0,57	0,44	0,90
Crises de Choro	0,66	1,11	0,42	0,90
Irritabilidade	1,40	1,36	0,33	0,91
Retração Social	0,37	1,24	0,30	0,90
Indecisão	0,34	0,77	0,69	0,89
Distorção da Imagem corporal	0,38	0,83	0,55	0,90
Inibição para o Trabalho	0,85	1,03	0,63	0,89
Distúrbio do Sono	1,01	1,22	0,38	0,90
Fadiga	0,56	0,90	0,63	0,89
Perda de Apetite	0,38	0,77	0,57	0,89
Perda de Peso	0,16	0,44	0,34	0,90
Preocupação Somática	0,69	0,78	0,45	0,90
Diminuição da Libido	0,53	0,95	0,57	0,89
Total de Fidedignidade	10,76	10,99		0,90

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, 2017.

O coeficiente de fidedignidade observado na presente pesquisa (Tabela 4), pode ser interpretado como satisfatório, indicando que o instrumento se mostrou consistente para avaliar a intensidade dos sintomas de depressão na cegueira, pois todos os domínios, apontaram relação positiva com o escore total corrigido e o coeficiente Alfa de Cronbach, compatível com o escore ( $\alpha=0,81$ ), encontrada em 15 estudos desenvolvidos por Beck e Steer (1993) em amostras não psiquiátricas.

Tal resultado coincide com estudo realizado para avaliar as propriedades psicométricas do BDI, vinte anos após sua criação, que observou nas 25 amostras pesquisadas, que todas

demonstraram consistência interna para populações psiquiátricas e não psiquiátricas. Nas amostras psiquiátricas, os coeficientes de alfa variaram de 0,76 até 0,95, com alfa médio 0,86 e, nas amostras não psiquiátricas, o intervalo de alfa foi de 0,73 a 0,92 e o alfa médio 0,81 (BECK; STEER; GARBIN, 1988).

Na categorização dos participantes de acordo com a classificação do BDI (Tabela 5, pag. 55), foi realizada a estratificação da amostra em dois grupos: com SD e sem SD, utilizando como ponto de corte para SD ( $DBI \geq 12$ ), visando melhor avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva entre os participantes do estudo, sendo que, o grupo sem SD totalizou o maior percentual (60,3%), enquanto o grupo com SD obteve menor escore (37,9%).

Tabela 5 – Distribuição do grau de intensidade do BDI das pessoas com cegueira segundo as variáveis de frequência absoluta (N), relativa (%) e média (MED), divididas em dois grupos, com SD e sem SD, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68)

GRUPOS	N	%	MED
SEM SD (0 – 11) ( $DBI < 12$ )	41	60,3	21,0
COM SD (12 – 63) ( $DBI \geq 12$ )	27	39,7	55,0
Depressão leve (12-19)	19	27,9	
Depressão moderada (20-35)	4	5,9	
Depressão grave (36-63)	4	5,9	

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, 2017.

Critério semelhante de separar a amostra, a partir de um ponto de corte do BDI, também foi adotado em estudo sobre a cegueira (SHETTY; KULKARNI, 2014) e em outras patologias (FINGER et al., 2011; PENA et al. 2010).

No presente estudo, o grupo sem SD (Tabela 5), totalizou o maior percentual, sendo que, os participantes apresentaram os seguintes graus de intensidade dos sintomas de depressão: depressão leve (27,9%); moderada (5,9%) e grave (5,9%). Outro estudo desenvolvido com pessoas cegas, utilizando o BDI, obteve escores mais elevados, apresentando percentual total de 68% pessoas com sintomas de depressão entre a amostra pesquisada, sendo 30% com depressão leve, 30% com moderada e 8% com grave (SHETTY; KULKARNI, 2014).

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 ( $\pm 11,0$ ). O resultado da média geral, mostrou-se inferior ao relatado em estudo desenvolvido por Shetty e Kulkarni (2014), que observaram na amostra investigada, escore



médio de 17,2, sendo que os homens alcançaram escore de 16,5 e as mulheres somaram 18,9. No entanto, os autores salientaram que, a proporção 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.

Para definir os testes estatísticos que deveriam ser utilizados neste estudo, foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov, a fim de realizar a análise de normalidade (Quadro 4), sendo encontrado o valor de significância ( $p > 0,05$ ), indicando que a distribuição da amostra não era normal. Portanto, foram utilizados testes não-paramétricos para avaliar os dados coletados.

Quadro 4 – Análise da distribuição de normalidade da variável sintomas de depressão, de acordo com o teste estatístico Kolmogorov-Smirnov

BDI	Kolmogorov-Smirnov	
	K-S	P
Escore Total	0,164	> 0,05

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, 2017.

Na comparação entre os grupos: com e sem SD (Tabela 6), visando avaliar o nível de significância dos sintomas de depressão na cegueira, de acordo com a classificação do BDI, utilizando o teste de Mann-Whitney (Teste U), foi observado  $p = 0,001$ .

Tabela 6 – Distribuição das médias e do nível de significância dos SD das pessoas com cegueira, nos grupos com SD e sem SD, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 (n=68)

Grupo	Médias	<i>p</i> -valor
Com SD	55	0,001
Sem SD	21	

Teste U, com nível de significância 5%.

O resultado da comparação dos dois grupos (Tabela 6), apontou que a ocorrência de SD na cegueira é estatisticamente relevante na amostra investigada. Achados semelhantes nessa associação, também foram observados em estudo de Shetty e Kulkarni (2014), no qual os autores concluíram que, embora a depressão possa ser mais frequente em pessoas de idades mais avançadas, sua gravidade tende a ser maior nos grupos etários mais jovens.

Achados indicando nível de significância estatística na associação entre sintomas de depressão e cegueira, ainda foram citados em outras publicações (ADEMOLA-POPOOLA; TUNDE-AYINMODE; AKANDE, 2010; KOENES; KARSHMER, 2000; LI et al., 2013; VAN DER, et al, 2015).

#### 4.5 DETERMINANTES PARA OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO NA CEGUEIRA

Na avaliação das variáveis sociodemográficas (Tabela 7) do grupo com SD ( $n=27$ ), os determinantes para sintomatologia depressiva, com nível de significância estatística, foram: maior quantitativo de mulheres, idade avançada, menor escolaridade e melhor renda familiar.

Tabela 7 – Distribuição da comparação entre as médias das variáveis sociodemográficas sexo, estado civil, idade, escolaridade e renda familiar das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 ( $n=27$ )

Variáveis	Média do Escore Total	$p^*$ ( $U$ )
Sexo Feminino	11	<0,05
Estado civil solteiro	10,2	>0,05
	$R$ ( <i>Spearman</i> )	$P$
Idade	0,3	<0,01
escolaridade	-0,2	<0,05
Renda familiar	0,2	<0,05

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

As variáveis sociodemográficas mais comumente investigadas em estudos científicos, como fatores de risco para a população com deficiência visual e cegueira, determinantes para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva – também abordadas por este estudo – são: sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda (COURT et al., 2014; MEYER-ROCHOW et al., 2015; VARMA et al., 2016).

Na variável sexo (Tabela 7), o feminino apresentou média discreta, mas superior estatisticamente ao masculino ( $p<0,05$ ) na associação entre cegueira e sintomas de depressão, indicando que, as mulheres são mais suscetíveis ao desencadeamento dessa sintomatologia.

Resultado diferente foi evidenciado em pesquisa americana que avaliou a presença de sintomas de depressão na deficiência visual, utilizando o BDI, que embora tenha observado maior proporção de mulheres na associação desses agravos, concluiu não haver diferença estatisticamente significativa ( $p<0,305$ ) entre os dois sexos (KOENES; KARSHMER, 2000).

Dado também encontrado em estudo longitudinal, realizado na Coreia, sobre perda visual e risco de depressão, o qual concluiu que, embora um percentual mais elevado de mulheres (8,7%) do que homens (5,8%) tenham desenvolvido transtorno depressivo, estatisticamente essa sintomatologia foi igual nos dois sexos (CHOI; LEE; LEE, 2018).

Embora as mulheres sejam a população mais afetada pelas doenças oculares (AWAN; MAHAR; MEMON, 2011; VARMA et al., 2016) e, também, o grupo mais suscetível ao

transtorno de depressão nas doenças em geral (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; ROMBALDI et al., 2010), na associação entre deficiência visual e sintomas de depressão, a predominância feminina não vem demonstrando influência nessa sintomatologia em diversos estudos (ABATENEH et al, 2013; CHOI; LEE; LEE, 2018; SHETTY; KULKARNI, 2014).

No estado civil (Tabela 7, pag. 58), embora a maioria dos participantes fosse constituída de pessoas sem cônguges – solteiros, separados e viúvos – e esse dado tenha sido citado em algumas publicações (ABATENEH et al., 2013; LI et al, 2013; SHETTY; KULKARNI, 2014) como determinante para o desenvolvimento de SD na população com cegueira, neste estudo não foi observado correlação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) para essa variável.

Na avaliação da variável idade (Tabela 7, pag. 58), esta apresentou correlação positiva e fraca ( $R=0,3$ ), com nível de significância ( $p < 0,01$ ) para a sintomatologia depressiva, evidenciando que quanto mais avançada a idade, maiores escores de SD foram observados. Achado semelhante foi encontrado por Court et al. (2014), apontando que pessoas com perda da visão de maiores faixas etárias, constituem população de risco reconhecido para depressão, sendo considerado o transtorno mental mais prevalente, segundo os autores, apresentando percentual de 18,2% na população pesquisada.

Estudo desenvolvido na Coreia, apresentou como vantagem o fato de ter avaliado a DV em todos os grupos etários, sendo possível observar que, os efeitos mais intensos relacionados aos problemas emocionais foram evidenciados nas populações mais jovens e de meia-idade (entre 30-59 anos), mostrando correlação negativa com a idade, pois como estas pessoas possuíam vidas mais independentes, os SD manifestaram maior influência sobre elas. Os pesquisadores alertaram, entretanto, que a maioria de estudos anteriores apontam ser a população idosa com DV a mais suscetível aos comprometimentos emocionais, possivelmente por ser essa a faixa etária mais investigada, onde a prevalência e a influência dos TD tendem a ser mais evidenciados, ressaltando que isso ocorre, provavelmente, em função da facilidade na obtenção de dados, em amostras pré-existentes de pessoas idosas (CHOI; LEE; LEE, 2018).

Em estudo sobre cuidados avançados para os transtornos de ansiedade e depressão na deficiência visual, os pesquisadores destacaram que, o cuidado integral pode ser uma maneira promissora de lidar com as doenças mentais nessa população, sugerindo que a implementação de intervenções adequadas, podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias padronizadas de rastreamento, monitoramento, atendimento e tratamento dessas psicopatologias (VAN DER, et al, 2015).

A variável escolaridade (Tabela 7, pag. 58), demonstrou correlação negativa e inversamente proporcional com os SD ( $R=-0,2$ ), pois quanto menor a escolaridade, mais sintomas depressivos foram evidenciados na amostra estudada, confirmada pela significância estatística ( $p<0,05$ ). Esses resultados levantaram a hipótese de que, quanto menos recursos educacionais a pessoa com cegueira dispõe, menor motivação, autoestima e capacidade de resiliência ela possui, o que tende a facilitar o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Achados semelhantes também foram observados em estudo desenvolvido na China, onde pessoas com deficiência visual e cegueira, com menor grau educacional, apresentaram risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos de depressão (LI et al, 2013).

A renda familiar (Tabela 7, pag. 58), apresentou dado singular e diferente da maioria de outros estudos (CHOI; LEE; LEE, 2018; HASHEMI et al, 2017; VARMA et al., 2016), demonstrado por uma correlação positiva para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, pois, quanto maior a renda, maiores foram os sintomas de depressão evidenciados, constatado pela significância ( $p<0,05$ ), sugerindo que pessoas cegas com melhor poder aquisitivo tendem a inquietar-se e angustiar-se com maior frequência na ausência do sentido da visão, conforme relatado, também, em pesquisa europeia, ao observar que, possuir melhor poder aquisitivo, contribuiria para o desenvolvimento de SD (HEESTERBEEK et al, 2017).

Achado diferente deste estudo, quanto a condição econômica, foi encontrado em pesquisa de Shetty e, Kulkarni (2014), na qual a maioria dos entrevistados considerou que, tanto sua renda, quanto sua ocupação, foram afetados pela DV, apontando que a cegueira em si, independente da situação financeira, traz prejuízos à vida da pessoa afetada e de sua família

As variáveis clínicas (Tabela 8) do grupo com SD ( $n=27$ ), que apontaram ser determinantes para sintomatologia depressiva, com significância estatística, foram: maior idade de acometimento da deficiência, menor duração da deficiência e ausência de luz nos dois olhos.

Tabela 8 – Distribuição da comparação entre as médias das variáveis clínicas classificação da cegueira, idade que a pessoa ficou cega, duração da cegueira e acuidade visual das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018 ( $n=27$ )

Variáveis	Média do Escore Total	$p^* (U)$
Tipo de Cegueira		
congenita	9,5	>0,05
adquirida	11	
	$R (Spearman)$	$P$
Idade que ficou cego	0,2	<0,01
Duração da cegueira	-0,2	<0,05
Acuidade visual	0,3	<0,05

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

Em relação ao tipo de cegueira (Tabela 8, pag. 60), a adquirida obteve média =11, maior que a congênita que apresentou média = 9,5, no entanto, não foi observado nível de significância ( $p>0,05$ ) em nenhuma das duas variáveis quando associadas a sintomatologia depressiva, sugerindo que a classificação da cegueira parece não influenciar o desenvolvimento do SD.

Resultado confirmado por estudo que comparou as diferenças nas experiências entre cegueira congênita e adquirida, constatou que estas não foram significativas, pois as duas DV não apresentaram rupturas nos modelos já existentes, ambas seguiram os mesmos padrões inerentes a própria condição da deficiência (ALMEIDA; ARAÚJO, 2013).

Ao correlacionar a idade que a pessoa foi acometida pela cegueira com a sintomatologia depressiva (Tabela 8, pag. 60), observou-se associação fraca e positiva ( $R=0,2$ ) entre a variável e o SD, com nível de significância estatística ( $p<0,01$ ), indicando que quanto maior a idade que a pessoa foi acometida pela cegueira, mais SD foram evidenciados, sugerindo que, a pessoa ao torna-se cega em idades mais avançadas, utilizou o sentido da visão na maior parte de sua vida e, ao perdê-lo, a ausência deste poderia contribuir para o desenvolvimento de mecanismos de negação da DV, vindo a desencadear SD.

Resultado diferente foi encontrado em estudo realizado por Abateneh et al. (2013), no qual a idade que a pessoa possuía ao ser acometida pela cegueira, não foi estatisticamente correlacionada à dificuldade psicológica ( $p>0,05$ ), apontando que o efeito da cegueira parece estar relacionado a gravidade da DV, não a condições visuais subjacentes.

Em relação a duração da cegueira (Tabela 8, pag. 60), foi evidenciado  $R=-2$ , indicando resultado inversamente proporcional na relação deficiência visual e sintomas depressivos, isto é, quanto menos tempo de cegueira, mais evidências de SD foi observado, com nível de significância estatística ( $p<0,05$ ). Resultado diferente foi encontrados por Shetty e Kulkarni (2014), no qual essa variável não foi relacionada com a sintomatologia depressiva ( $p=0,272$ ).

Os achados do presente estudo, sugerem haver relação direta entre duração da cegueira e SD, pois a pessoa acometida a pouco tempo pela perda da visão, ainda vivencia a fase de negação, como defesa psíquica e de enfrentamento diante da nova condição. No qual, segundo Shetty e Kulkarni (2014), a negação inicial, seguida da aceitação gradual, pode explicar a depressão na cegueira de curta duração, enquanto a sensação de perda, sentimento de incompetência, dependência, falta de autonomia, isolamento e solidão explicariam a depressão na cegueira de longo prazo.

A variável relacionada a acuidade visual (Tabela 8, pag. 60) – avaliação da percepção de luz – que considerou a ausência de percepção nos dois olhos, quando associada com a sintomatologia depressiva obteve ( $R=0,3$ ), demonstrou discreta e positiva correlação, indicando

que a ausência de luz nos dois olhos, pode prejudicar a saúde mental da pessoa com cegueira, coincidindo com estudo desenvolvido em uma clínica de olhos da Universidade da Etiópia, o qual observou que o comprometimento dessa variável, foi significativamente associada à dificuldade psicológica na amostra pesquisada (ABATENEH et al., 2013).

Nas variáveis relacionadas a acessibilidade (Tabela 9), do grupo com SD ( $n=27$ ), o determinante para sintomatologia depressiva, com nível de significância estatística, foi o deslocamento realizado com auxílio de guia.

Tabela 9 – Distribuição da relação entre as médias das variáveis de mobilidade e deslocamento das pessoas com cegueira, Macapá–Amapá–Brasil, 2018, ( $n=27$ )

Variáveis	Média do Escore Total	$p^*(U)$
Mobilidade	0,2	$>0,05$
Deslocamento com guia	0,1	$<0,05$

Teste U com nível de significância  $\alpha < 0,05$ .

Embora as duas variáveis (mobilidade e deslocamento) estejam interligadas, foi possível evidenciar diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas para a determinação da sintomatologia depressiva.

O fator relacionado a condição de mobilidade (Tabela 9), ao ser associado aos sintomas de depressão, obteve média ( $R=0,2$ ), indicando haver uma associação discreta e positiva, isto é, quanto mais dificuldade de mobilidade e acesso a pessoa possuía, maior o nível de SD foram evidenciados, porém sem nível de significância estatística ( $p > 0,05$ ), confirmado pelo maior quantitativo de entrevistados que considerou ter boa capacidade de mobilidade.

Enquanto a condição de deslocamento (Tabela 9), que considerou a presença de guia – com ou sem bengala – apresentou média discreta e positiva ( $R=0,1$ ), indicando que, quanto mais dependente de guias a pessoa com cegueira tenha demonstrado, mais suscetível aos sintomas de depressão ela tendia a ser, confirmado pelo nível de significância estatística ( $p < 0,05$ ).

Os resultados encontrados nas duas variáveis, foram relatados em estudo sobre diferenças experienciais na cegueira congênita e adquirida, o qual apontou que dentre as principais limitações na amostra pesquisada, estavam aquelas associadas ao deslocamento, tanto pela questão da acessibilidade, quanto pela condição de dependência, pois em ambos os casos, a pessoa com cegueira necessita do suporte de outras pessoas, o que compromete, sobremaneira, sua autonomia e capacidade de ir e vir, tornando-a, conseqüentemente, mais vulnerável aos sintomas depressivos (ALMEIDA; ARAÚJO, 2013).

## 5 CONCLUSÕES

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

Dentre suas principais contribuições, figura a produção de conhecimentos científicos utilizando teste validado, o que permitiu avaliar a ocorrência e grau de intensidade da associação cegueira e sintomas depressivos, uma vez que a deficiência visual em si traz implicações à saúde da pessoa afetada, que nem sempre estão diretamente relacionadas a dificuldades emocionais, sendo, portanto, fundamental estabelecer essa diferenciação, para que se possa definir a intervenção mais adequada.

Seus achados sugerem que diversas variáveis sociodemográficas podem ser determinantes para o desencadeamento da sintomatologia depressiva na cegueira, são elas: sexo feminino; idade avançada; menor escolaridade e melhor renda familiar.

O destaque deste estudo coube as 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 condizentes com a maioria das publicações científicas que investigam essa associação. Por isso, sugere-se que essa sintomatologia 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 investigados nessa associação: as variáveis clínicas e de acessibilidade. Os achados encontrados nas condições clínicas foram: maior idade de acometimento da cegueira; menor tempo de duração da cegueira e ausência de luz nos dois olhos e, nas condições de acessibilidade: deslocamento realizado com auxílio de guia.

Os pontos negativos deste estudo, podem ser creditados a pouca produção científica sobre o tema – o que restringiu a discussão dos dados, principalmente os nacionais –; a maioria das pesquisas incluírem na mesma amostra pessoas com deficiência visual e cegueira; a ausência de um ponto de corte padrão no BDI, sugerido à essa população e, a inexistência de um cadastro unificado das pessoas com cegueira no Amapá, o que dificultou o acesso e limitou o quantitativo amostral deste estudo, apontando que, embora exista no estado uma instituição voltada ao atendimento pedagógico à essa clientela, a maioria das pessoas com cegueira não consegue ter acesso à ela, possivelmente devido a inoperância das políticas públicas locais.

Os resultados desse estudo sugerem que, a cegueira afeta não somente a percepção visual, mas também é suscetível ao desencadeamento de sintomatologia depressiva, podendo comprometer a vida familiar, social, ocupacional, a acessibilidade e autonomia das pessoas afetadas e suas famílias, no entanto, com ações de promoção da saúde mental, prevenção aos sintomas depressivos e, quando necessário, intervenções adequadas, é possível melhorar a qualidade de vida e a inclusão social dessa população.



## REFERÊNCIAS

ABATENEH, A. et al. Vision Loss and Psychological Distress among Ethiopians Adults: A Comparative Cross-Sectional Study. *PloS One*, v.8, n.10, out, 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0078335>>. Acesso em 01 abr. 2017.

ABUD, A.B.; OTTAIANO, J.A.A. Aspectos socioeconômicos que influenciam no comparecimento ao exame oftalmológico de escolares com alterações visuais. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, v. 67, n.5, p.773-9, out, 2004. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0004-27492004000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-27492004000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 mar. 2017.

ASSOCIAÇÃO DE CEGOS E AMBLÍOPES DO AMAPÁ (ACAAP). *Estatuto*, Macapá, 2003.

ACIEM, T. M.; MAZZOTTA, M.J.S. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v.72, n.4, p.261-7, 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802013000400011>>. Acesso em 01 mar. 2017.

ADAMS, G.L.; PEARLMAN, M.D. Emotional Response and Management of Visually Handicapped Patients. *Psychiatry Med.*, v.1, n.3, p. 122-40, jul, 1970. Disponível em <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/R0G9-95LE-8NK7-YBHE>>. Acesso em 26 nov. 2016.

ADEMOLA-POPOOLA, D.S.; TUNDE-AYINMODE, M.F.; AKANDE, T.M. Psychosocial Characteristics of Totally Blind People in a Nigerian City. *Afr J Ophthalmol.*, v.17, n. 4, p.335-42, out-dec, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2991452/>>. Acesso em 11 ago. 2017.

ADIGUN, K. et al. Quality of life in patients with visual impairment in Ibadan: a clinical study in primary care. *J Multidiscip Healthc.* v. 7, p. 173-78, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000176/>>. Acesso em 27 jun. 2016.

ALMEIDA, T.; ARAÚJO, F. Diferenças experienciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirida: uma breve apreciação. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v.1, n. 3, jun, 2013. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/24>>. Acesso em 22 ago. 2017.

AMIRALIAN, M.L.T.M. Sou cego ou enxergo? As questões da baixa visão. *Educar*, n. 23, p.15-28, Curitiba, 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/er/n23/n23a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/er/n23/n23a03.pdf)>. Acesso em 01 jul. 2016.

AROS, M.S.; YOSHIDA, E.M.P. Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia*, v. 59, n. 130, p. 61-76, São Paulo, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432009000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 jun. 2018.

AWAN, Z.H.; MAHAR, P.S; MEMON, M.S. Blindness and Poverty. *Pak J Ophthalmol*, v. 27, n. 3, set, 2011. Disponível <<http://pjo.com.pk/27/3/zahid%20Hussain%20Awan.pdf>>. Acesso em 18 ago. 2017.

BARBIERI, M.C et al. Rede de suporte da família da criança e adolescente com deficiência visual: potencialidades e fragilidades. *Ciência saúde coletiva*, v. 21, n.10, Rio de Janeiro, out, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.19562016>>. Acesso em 10 jan. 2018.

BATISTA, C.G. Prevenção de dificuldades escolares em crianças com deficiência visual. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 75-86, ago, 1997. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1997000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1997000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 abr. 2018.

BECK, A.T.; STEER, R.A. Beck. *Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BECK, A.T.; STEER, R.A., GARBIN, M.G. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, v. 8, p. 77-100, 1988. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735888900505>>. Acesso em 27 set. 2017.

BECK, A.T.; BREDEMEIER, K. A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, v. 4, n 4, p. 596-619, mar, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/2167702616628523>>. Acesso em 13 nov. 2017.

BERGERON, C.M.; WANET-DEFALQUE, M.C. Psychological adaptation to visual impairment: The traditional grief process revised. *Journal of Visual Impairment*. v.3, n.1, p.20-31, jan, 2013. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0264619612469371>>. Acesso em 03 jan. 2018.

BITTENCOURT, Z.Z.L.C et al. Diabetic retinopathy and visual disabilities among patients in a rehabilitation program. *Rev Bras Oftalmol.*, v.70, n.6, p. 342-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n6/a02v70n6.pdf>>. Acesso em 02 dez. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146, de 6 de Julho de 2015. *Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência*. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de julho de 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm)>. Acesso em 29 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Portaria normativa interministerial nº 15 de 24 de abril de 2007. Projeto Olhar Brasil*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/olhar\\_brasil.pdf](http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/olhar_brasil.pdf)>. Acesso em 07 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portarias 958/GM de 15 de maio de 2008*. Redefine a política nacional de procedimentos cirúrgico seletivos de média complexidade. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0958\\_15\\_05\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0958_15_05_2008.html)>. Acesso em 02 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução no 466/2012*. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em 01 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para a prevenção de deficiências visuais*, Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_saude\\_ocular\\_infancia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf)>. Acesso em 29 mai. 2017.

BRITO, P.R.; VEITZMAN, S. Causas de cegueira e baixa visão em crianças. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, v. 63, n. 1, fev, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492000000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492000000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 27 jun. 2017.

CENTRO ESTADUAL DE APOIO AO DEFICIENTE VISUAL DO AMAPÁ (CAP). *Projeto Político Pedagógico*, Macapá, 2017.

CHAKRAVARTHY, U et al. The Economic Impact of Blindness in Europe. *Journal Ophthalmic Epidemiology*, v.24, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09286586.2017.128142>>. Acesso em 13 jan. 2018.

CHOI, H.G.; LEE, M.J.; LEE, S.M. Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*, 8, 2018. <http://doi.org/10.1038/s41598-018-20374-5>.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. *Veja bem Brasil: manual de orientação*, 1998. 31 p. *ilus*. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-21488>>. Acesso em 19 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. *Situação mundial da visão. Visão 2020: o direito de ver 1999-2005*, São Paulo: 2012. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)>. Acesso em 23 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. *As condições de saúde ocular no Brasil*. 1ª edi., São Paulo, 2015. Disponível em: <[www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes\\_saude\\_ocular\\_IV.pdf](http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf)>. Acesso em 30 mar. 2016.

COUTO JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L.A.G. As principais causas de cegueira e baixa visão em escola para deficientes visuais. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v. 16, n. 1, p.26-9, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20160006>>. Acesso em 12 jul. 2016.

COURT, H et al. Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study. *BMC Med.*, v. 12, n., 181, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4200167/>>. Acesso em 23 jul 2017.

COSTA, A.F et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, v. 33, n 2, Rio de Janeiro, mar, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00197915>>. Acesso em 3 jan. 2018.

CUNHA V.; BASTOS, G.A.N.; DUCA, G.F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 2, p. 346-54, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200012)>. Acesso em 29 jun. 2017.

CUNHA, J.A. *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEL PORTO, J.A. *Depressão: conceito e diagnóstico*. Em J. J. Mari e cols., (2002). Atualização em Psiquiatria 1, p. 21-9. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

DUARTE, A.; GAMA; M.P; CAMILLO-COURA, L. *Acuidade Visual em Saúde Pública — Nova Proposta para Triagem*. IBC, ed. 34, ago, 2006. Disponível em: <[https://updoc.site/download/a-rtigo1-instituto-benjamin-constant\\_pdf](https://updoc.site/download/a-rtigo1-instituto-benjamin-constant_pdf)>. Acesso em 17 abr. 2018.

FINGER, G et al. Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 333-8, out.-dez. 2011. Disponível em: <[http://www.amrigs.com.br/revista/55-04/0000072184-miolo\\_AMRIGS4\\_art\\_original\\_sintomas\\_depressivos.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/55-04/0000072184-miolo_AMRIGS4_art_original_sintomas_depressivos.pdf)>. Acesso em 28 jul. 2017.

FLECK, M.P et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, p.7-17, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>>. Acesso em 30 mar. 2016.

FRANÇA, D.N.O. Sexualidade da pessoa com cegueira: da percepção à expressão. *Revista Brasileira de Educação Especial*. v.19, n.4, Marília, out-dez, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v19n4/v19n4a08.pdf>>. Acesso em 21 out. 2016.

FURTADO, J.M et al. Causes of Blindness and Visual Impairment in Latin America. *Survey of Ophthalmology*, v. 57, n 2, march–april, p. 149-77, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039625711001639>>. Acesso em 29 jun. 2017.

GALLAGHER, B.A et al. Mobility and access to transport issues as experienced by people with vision impairment living in urban and rural Ireland. *Journal Disability and Rehabilitation*, v 33, n 12, 2011. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2010.516786?journalCode=idre20>>. Acesso em 13 jul. 2017.

GILBERT, C.; FOSTER, A. Childhood blindness in the context of VISION 2020--the right to sight. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 79, n 3, p. 227–32, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566382/>>. Acesso em 14 out. 2016.

HARDMAN, M.L.; DREW, C.J.; EGAN, MW. *Exceptionally: school, community, and Family*, 8ª ed., Boston: Allyn and Bacon, 2005.

HASHEMI, H et al. Visual impairment and blindness in a population-based study of Mashhad, Iran. *Journal of Current Ophthalmology*, p.1-8, jan, 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452232517300495>>. Acesso em 13 ago. 2017.

HEESTERBEEK, T.J et al. The incidence and predictors of depressive and anxiety symptoms in older adults with vision impairment: a longitudinal prospective cohort study, *Ophthalmic Physiol Opt.*, v. 37, n. 4, p, 385-398, jul, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28516509>>. Acesso em 27 set. 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo demográfico 2010: resultados preliminares do universo*. Disponível em: <[http://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_resultados\\_universo.shtm](http://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm)>. Acesso em 22 fev. 2016.

ISHTIAQ, R et al. Psychosocial implications of blindness and low vision in students of a school for children with blindness. *Pak J Med Sci*, v. 32, n. 2, p. 431-34, mar-apr., 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859038/>>. Acesso em 18 abr. 2017.

KOONES, S.G.; KARSHMER, J.F. Depression: a comparison study between blind and sighted adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, v.21, p. 269–79, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11075067>>. Acesso em 10 mai. 2017.

LI, W et al. Depressive symptoms among the visually disabled in Wuhan: an epidemiological survey. *Shanghai Arch Psychiatry*, v 25, n 5, p. 306-13, oct, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4054570/>>. Acesso em 8 abr. 2017.

LIMA, A.F.B.S.; FLECK; M.P.A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.3, n.3, p 1-12, abril, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a02s1.pdf>>. Acesso em 22 fev. 2016.

LIRA M.C.F.; SCHLINDWEIN, L.M. A pessoa cega e a inclusão: um olhar a partir da psicologia histórico-cultural. *Caderno Cedes*, v. 28, n. 75, p. 171-90, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v28n75/v28n75a03.pdf>>. Acesso em 27 out. 2016.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS *DSM-5*. American Psychiatric Association, 5a. ed., Porto Alegre: ARTMED, 2014.

MARTINS, B.S. O corpo sujeito nas representações culturais da cegueira. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21, n. 1, p.5-22, jan.-abr, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n1/02.pdf>>. Acesso em 13 out. 2016.

MARGRAIN, T.H et al. The Depression in Visual Impairment Trial (DEPVIT): trial design and protocol. *BMC Psychiatry*, 8 p, jun, 2012. Disponível em: < <https://bmcp psychiatry.com/articles/10.1186/1471-244X-12-57> >. Acesso em 27 jul 2017.

MELO, C.F et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 15, n. 2, Rio de Janeiro, jul., 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002)>. Acesso em 17 mai. 2017.

MENEZES, C.; VILAÇA, K.H.; MENEZES, R.L. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. *Revista Brasileira de Oftalmologia.*, v. 75, n. 1, p. 40-4, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v75n1/0034-7280-rbof-75-01-0040.pdf>>. Acesso em 7 jan. 2018.

MEYER-ROCHOW et al. Suicides in Visually Impaired Persons: A Nation-Wide Register-Linked Study from Finland Based on Thirty Years of Data. *Open Published*, oct, 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141583>>. Acesso em 07 ago. 2017.

MORAES, M.O.; LIMA, L.F.F.; MANSOIO, C.C. Variações sobre ver e não ver: dois relatos de casos. *Arquivos Brasileiros em Psicologia*, v.63, n.1, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n1/v63n1a11.pdf>>. Acesso em 27 out. 2016.

MOSCHOS, M.M. Physiology and Psychology of Vision and Its Disorders: A Review. *Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol.*, v.3, n.3. p. 83-90, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4348490/>>. Acesso em 05 jan. 2017.

NOLLETT, C.L et al. Depression in Visual Impairment Trial (DEPVIT): A Randomized Clinical Trial of Depression Treatments in People With Low Vision. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, v. 57, p. 4247-54, august, 2016, Disponível em: <<http://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2546151>>. Acesso em 17 nov. 2016.

NUNES, S.S.; LOMONACO, J.F.B. Desenvolvimento de conceitos em cegos congênitos: caminhos de aquisição do conhecimento. *Psicologia Escolar e Educacional*. v.12, n.1, Campinas, 2008. Disponível em: < <http://www.revista@abrapee.psc.br>>. Acesso em 20 out. 2016.

\_\_\_\_\_. O aluno cego: preconceitos e potencialidades. *Rev Sem Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, v 14, n 1, p. 55-64, jan/jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n1/v14n1a06>>. Acesso em 20 out. 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OPAS/OMS, 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em 19 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. *Visual impairment and blindness*, ago, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>>. Acesso em 25 abr. 2016.

PENA, F.M et al. Sintomas depressivos e hospitalizações por insuficiência cardíaca: prevalência, preditores e mortalidade. *Insuficiência Cardíaca*,. v. 5, n. 4, p. 178-84, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622010000400004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622010000400004)>. Acesso em 12 ago. 2016.

POP-JORDANOVA, N. BDI in the assessment of depression in different medical conditions. *Sec. of Med. Sci.*, v.38, n, 1, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28593888>>. Acesso em 25 jul. 2017.

QUEIROZ, A.C.C et al. Estudo clínico e padrão de herança em pacientes com retinose pigmentar. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v.72, n.1, Rio de Janeiro, jan./fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802013000100006>>. Acesso em 5 jan. 2018.

REBOUÇAS, C.B.A et al. Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n.1, Brasília, jan./fev., 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000100072](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100072)>. Acesso em 17 set. 2016.

RENAUD, J.; BÉDARD, E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clin Interv Aging*, 8, p. 931–43, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722036/>>. Acesso em 19 jun. 2017.

RESENDE, T.R.M. *Política estadual de atendimento a alunos com deficiência visual na cidade de São Paulo: a percepção do usuário*. 2007. 134f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <[http://cape.edunet.sp.gov.br/cape\\_arquivos/DocumentosAcademicosTaniaRegina.pdf](http://cape.edunet.sp.gov.br/cape_arquivos/DocumentosAcademicosTaniaRegina.pdf)>. Acesso em 17 mai. 2018.

RESNIKOFF, S et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, v.82, n.11,p.844-52, 2004. Disponível em: <[www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/](http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/)>. Acesso em 17 mai. 2016.

ROCHA, M.N.A.M. Prevalência de doenças oculares e causas de comprometimento visual em crianças atendidas em um Centro de Referência em Oftalmologia do centro-oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v.73, n. 4, p.255-9, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n4/0034-7280-rbof-73-04-0225.pdf>>. Acesso em 27 out. 2016.

ROMBALDI, A.J et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.13, n 4, p. 620-29, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400007)>. Acesso em 3 nov. 2016.

SALOMÃO, S.R et al. Visual impairment and blindness: an overview of prevalence and causes in Brazil. *An. Acad. Bras. Ciênc.* v. 81, n.3, Rio de Janeiro, set, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-37652009000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-37652009000300017)>. Acesso em 27 set. 2016.

SCHELLINI, A.S et al. Prevalência e causas de deficiência visual em uma população brasileira: o estudo do olho de Botucatu. *BMC Ophthalmol*, v.9, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734560/>>. Acesso em 19 abr. 2016.

SHETTY, R; KULKARNI, U.D. Change-readiness of the blind: A hospital based study in a coastal town of South India. *J Ophthalmol*, v. 21, n. 2, p.158-64, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24791108>>. Acesso em 27 fev. 2017.

SILVA, M.R et al. Visual impairment, rehabilitation and International Classification of Functioning, Disability and Health. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v.73, n.5, Rio de Janeiro, set.-out, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72802014000500291](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802014000500291)>. Acesso em 17 set. 2017.



SOUZA, T.A et al. Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor e visual de crianças com deficiência visual. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia.*, v. 73, n. 6, p. 526-30, nov, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492010000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492010000600012)>. Acesso em 18 fev. 2016.

TALEB A.C et al. *Prevenção da Cegueira: 10 anos para 2020*. Conselho Brasileiro de Oftalmologia/Tema Oficial XIX Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira. Disponível em: <<http://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/02-cegueira.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2016.

TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N.A. Perda da visão - estratégias de prevenção. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, v.67, n.4, p.597-601, jul-ago, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492004000400007>>. Acesso em 19 mar. 2016.

TOLEDO, C.C. et al. Detecção precoc e de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 6, n. 4. p. 415-9, mai, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400013)>. Acesso em 3 abr. 2016.

TORRES, E.F.; MAZZONI, A.A.; MELLO, A.G. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. *Educação e Pesquisa*, v. 33, n. 2, p.369-86, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022007000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022007000200013)>. Acesso em 07 set. 2016.

UNIFAP. Universidade Federal do Amapá. *Documentos para submissão do Protocolo de Pesquisa (TCLE)*. Disponível em: <<http://www2.unifap.br/comite/modelo-de-tcle/>>. Acesso em 01 jun. 2016.

VAN DER, A.H.P et al. Watchful waiting for subthreshold depression and anxiety in visually impaired older adults. *Qual Life Res.*, v.24, 12, p. 2885–93, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4615663/>>. Acesso em 15 ago. 2017.

VARMA, R et al. Visual. Impairment and Blindness in Adults in the United States Demographic and Geographic Variations From 2015 to 2050. *JAMA Ophthalmol.*, v. 134, n 7, p. 802-9, 2016. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/article-abstract/2523780>>. Acesso em 14 jun. 2017.

VISMARI, L.; ALVES, G.J.; PALERMO-NETO, J. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, p. 196-204, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000500004)>. Acesso em 18 out. 2016.

VIGOTSKI, L. S. *Fundamentos de defectologia*. In: Obras completas. Havana: Editorial Pueblo y Educación, 1997.

WANG, Y.P.; ANDRADE, L.H.; GORENSTEIN, C. Validation of the Beck Depression Inventory for a portuguese-speaking chinese community in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 38, n. 3, p. 399-408, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-879X2005000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2005000300011)>. Acesso em 23 jul. 2017.

WEST, S.; SOMMER, A. Prevention of blindness and priorities for the future. *Bull World Health Organ.* v. 79, n. 3, p. 244-8, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/bulletin/archives/79\(3\)244.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(3)244.pdf) >. Acesso em 25 nov. 2016.

## APENDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da Pesquisa intitulada **AValiação DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM DEFICIENTES VISUAIS: estudo sobre a cegueira**, que tem por objetivo avaliar os sintomas de depressão na cegueira e seus determinantes, que será desenvolvido pela pesquisadora **Maria Izabel de Albuquerque Cambraia**, mestranda da Universidade Federal do Amapá- UNIFAP, sob a orientação da Profa. Dra. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima.

Para realizar essa Pesquisa será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize a participar de entrevistas agendadas de acordo com a sua conveniência.

A Pesquisa apresenta risco de grau mínimo em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantido o total sigilo e confidencialidade. No entanto, a fase de aplicação dos instrumentos poderá gerar certo desconforto e cansaço e, visando minimizar essa condição, o processo poderá ser realizado de forma individual, com duração média de 30 minutos.

Os benefícios dessa Pesquisa, poderão ser reverter em relevante contribuição à comunidade científica, aos profissionais da saúde e aos participantes do estudo e suas famílias, devido a possibilidade de ampliar seus conhecimentos acerca dessa problemática, colaborando para o desenvolvimento de estratégias de intervenção multiprofissional, que possam melhorar os cuidados e a QV das pessoas cegas.

O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa, total ou parcialmente, ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta Instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento, no decorrer da sua participação, a pesquisadora estará disponível para prestar informações e o senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP, para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, através dos telefones 4009-2804, 4009-2805.

Após a assinatura deste Termo, o(a) Sr.(a) receberá uma cópia.

Desde já agradecemos sua participação!

Eu \_\_\_\_\_ (nome por extenso)  
declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o  
que me foi explicado, concordo em participar desta Pesquisa.

Macapá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

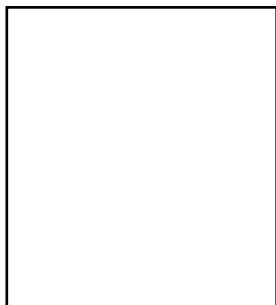
\_\_\_\_\_  
Maria Izabel de Albuquerque Cambraia  
Universidade Federal do Amapá - UNIFAP  
Cel: 99129-1548 e 98113-8827  
belcambraia@yahoo.com.br

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Caso o participante esteja impossibilitado de assinar:

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
confirmando a leitura do presente termo na íntegra para o participante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

o(a) qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta  
Pesquisa, utilizando sua impressão digital (abaixo) para confirmar sua participação.



Polegar direito (caso não assine).

Testemunha nº1: \_\_\_\_\_

Testemunha nº2: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

**INSTITUIÇÃO****TERMO DE ANUÊNCIA**

\_\_\_\_\_ está de acordo com a execução da Pesquisa **AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM DEFICIENTES VISUAIS: estudo sobre a cegueira**. O objetivo deste estudo é avaliar os sintomas de depressão na cegueira e seus determinantes, que será desenvolvido pela pesquisadora **Maria Izabel de Albuquerque Cambraia**, mestranda da Universidade Federal do Amapá- UNIFAP, sob a orientação da Profa. Dra. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima.

Esta Instituição está ciente de sua co-responsabilidade e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes, participantes desta Pesquisa, segundo os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que embasa este estudo.

Macapá-AP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável pela Autorização**

**Carimbo com identificação da Instituição**

## APÊNDICE C

**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1- Nome (iniciais): \_\_\_\_\_
- 2- Idade: ( ) 18 a 30 anos ( ) 31 a 43 ( ) 44 a 56 ( ) 57 a 69 ( ) Acima de 70 anos
- 3- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- 4- Cor da Pele: ( ) Branca ( ) Pardo ( ) Preta ( ) Amarela
- 5- Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Viúvo
- 6- Possui filhos? ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ ( ) Não
- 7- Possui religião? ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não
- 8- Escolaridade ( ) Não alfabetizado ( ) fundamental\_ ( ) médio\_ ( ) superior\_ ( ) pós graduação
- 9- Você está frequentando a escola atualmente? ( ) Sim ( ) Não
- 10- Você possui vínculo empregatício? ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não
- 11- Qual sua renda familiar?
- ( ) Até 1 salários mínimo ( ) 1-3 salários mínimos ( ) 3-5 salários mínimos
- ( ) acima de 5 salários mínimos
- 12- Como você realiza seu deslocamento?
- ( ) auxílio de guia com/ sem bengala ( ) auxílio somente de bengala
- ( ) sem auxílio de guia/ bengala ( ) outro meio. Qual? \_\_\_\_\_
- 13- Você considera que sua condição de acessibilidade é:
- ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim
- 14- Qual seu diagnóstico oftalmológico?
- ( ) Cegueira Congênita ( ) Cegueira Adquirida. Que idade você tinha quando ficou cego? \_\_\_\_\_
- 15- Qual a causa de sua cegueira? \_\_\_\_\_
- Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## ANEXO A



Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p><b>1</b> 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2</b> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p><b>3</b> 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p><b>4</b> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p><b>5</b> 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p><b>6</b> 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p><b>7</b> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p><b>8</b> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p><b>9</b> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10</b> 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p><b>11</b> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p><b>12</b> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p><b>13</b> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.  
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa  
Todos os direitos reservados.



© 2001 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda  
Tradução e adaptação brasileira.  
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para  
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.  
BHS é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p><b>14</b> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p><b>15</b> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p><b>16</b> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17</b> 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>18</b> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p><b>19</b> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p><b>20</b> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p><b>21</b> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_ Score Total.



## ANEXO B

**Versão:** 4

**CAAE:** 02612910.9.0000.0003

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.301.208

**Apresentação do Projeto:**

**Introdução:** Um dos grandes desafios aos profissionais da saúde é contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que atendem, demanda essa, crescente e necessária à prática no sistema de saúde pública. É premente a preocupação com a deficiência visual, considerando que o sistema ocular é responsável pela integração das funções motoras, cognitivas e mentais e, sua limitação impõem restrições à capacidade de autonomia e independência das pessoas, importantes aliadas no processo de aprendizagem e de interação social. É relevante estudar as evidências de depressão em pessoas com cegueira congênita e cegueira adquirida, investigando a correlação existente entre esses dois grupos de cegos, a partir de uma abordagem da ciência psicológica. **Objetivo:** Avaliar as evidências de sintomas de depressão em pessoas cegas residentes no estado do Amapá. **Metodologia:** A pesquisa será descritiva, baseada na abordagem quantitativa e utilizará como instrumentos uma entrevista semiestruturada, formulada pela autora, visando identificar o perfil sociodemográfico; o inventário de depressão de Beck, para avaliar os sintomas de depressão. Este instrumento é composto por uma lista de vinte e um sintomas e atividades, que melhor representa a última semana do respondente, contendo quatro alternativas cada, classificadas em mínimo; leve; moderado e grave, onde a soma

<b>Endereço:</b> Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02			
<b>Bairro:</b> Bairro Universidade		<b>CEP:</b> 68.902-280	
<b>UF:</b> AP	<b>Município:</b> MACAPÁ		
<b>Telefone:</b> (96)4009-2805	<b>Fax:</b> (96)4009-2804	<b>E-mail:</b> cep@unifap.br	

Página 01 de 04

depressão de Beck, para avaliar os sintomas de depressão. Este instrumento é composto por uma lista de vinte e um sintomas e atividades, que melhor representa a última semana do respondente, contendo quatro alternativas cada, classificadas em mínimo; leve; moderado e grave, onde a soma

<b>Endereço:</b> Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02			
<b>Bairro:</b> Bairro Universidade		<b>CEP:</b> 68.902-280	
<b>UF:</b> AP	<b>Município:</b> MACAPÁ		
<b>Telefone:</b> (96)4009-2805	<b>Fax:</b> (96)4009-2804	<b>E-mail:</b> cep@unifap.br	

Página 01 de 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer 2.301.268

dos escores fornecerá as evidências de depressão e um teste de acuidade visual para identificar a ausência ou presença de percepção de luz entre os participantes. Os voluntários da pesquisa, serão selecionados, em uma amostra de conveniência, entre pessoas atendidas no Centro de Apoio ao Deficiente Visual do Amapá, na Associação de Cegos e Amblíopes do Amapá e oriundas de demandas espontâneas. A coleta de dados acontecerá no período de janeiro à julho de 2017. Para realizar a análise estatística dos dados coletados, serão utilizados os testes regressão logística e regressão linear múltipla. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá. Resultados Esperados: A realização dessa pesquisa pretende contribuir para que os participantes do estudo e suas famílias, possam melhorar sua compreensão acerca do transtorno de depressão na cegueira, e conseqüentemente, ser fonte de aprendizagem e melhoria para sua qualidade de vida, bem como, ampliar o conhecimento científico sobre a depressão, estimulando o desenvolvimento de novos e promissores estudos acerca dessa temática.

#### Justificativa da Emenda:

Solicitou gentileza de analisar somente a metodologia, pois foi inserido o "teste de acuidade visual" na coleta de dados, que não constava no Projeto anterior

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Hipótese:

H0- Não existem evidências de sintomas de depressão em pessoas cegas.

H1- Existem evidências de sintomas de depressão em pessoas cegas.

#### Objetivo Primário:

Avallar as evidências de sintomas de depressão em pessoas cegas residentes no estado do Amapá.

#### Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes;
- Categorizar os participantes de acordo com a classificação do BDI;
- Identificar os domínios mais representativos do BDI;
- Correlacionar os domínios do BDI com as variáveis sociodemográficas mais significativas

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

A Pesquisa apresenta risco de grau mínimo em virtude das informações coletadas serem utilizadas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 2.301.200

unicamente com fins científicos, sendo garantido o total sigilo e confidencialidade. No entanto, a fase de aplicação dos instrumentos poderá gerar certo desconforto e cansaço e, visando minimizar essa condição, o processo poderá ser realizado de forma individual, com duração média de 30 minutos.

**Benefícios:**

Os benefícios dessa Pesquisa, poderão ser reverter em relevante contribuição à comunidade científica, aos profissionais da saúde e aos participantes do estudo e suas famílias, devido a possibilidade de ampliar seus conhecimentos acerca dessa temática, colaborando para o desenvolvimento de estratégias de intervenção multiprofissional, que possam melhorar os cuidados e a qualidade de vida das pessoas cegas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Aprovado conforme parecer anterior.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados, conforme parecer anterior.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_992047 E2.pdf	05/09/2017 16:05:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	05/09/2017 15:52:28	MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/07/2017 14:32:50	MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/12/2016 12:08:08	MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA	Aceito

Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-260

UF: AP Município: MACAPA

Telefone: (98)3011.0004 Fax: (98)4000-2804 E-mail: unifap@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 2.301.268

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	01/12/2016 22:19:51	MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/12/2016 00:30:28	MARIA IZABEL DE ALBUQUERQUE CAMBRAIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPÁ, 27 de Setembro de 2017

---

Assinado por:  
Annel Mercedes Cella de Cárdenas  
(Coordenador)