

Uma observação sobre a
Saúde da Visão,
em Portugal Continental

Observatório Nacional da Saúde
Onsa
www.onsa.pt



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Ricardo Jorge



Ministério da Saúde



ECOS dos Sentidos:

Saúde da Visão, em Portugal Continental

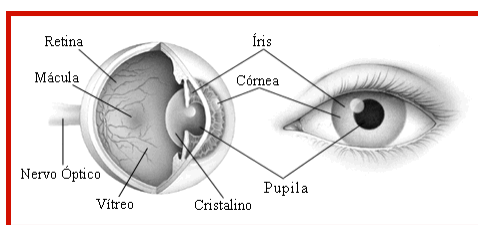


Imagem disponível em:
<http://www.spofthalmologia.pt/banco/?file=ver&cod=121>

Relatório

Maria João Branco (Médica de Saúde Pública – Observatório Nacional de Saúde)

Teresa Gomes (Médica Oftalmologista – Centro Oftalmológico de Lisboa)

Baltazar Nunes (Estatista – Observatório Nacional de Saúde)

Lisboa, Julho 2006

Agradecimentos

Centro Oftalmológico de Lisboa (COL), na pessoa do seu director, Dr. Adriano Aguilar, pela disponibilidade demonstrada;

Dr. Vitor Canunes Ferreira (médico oftalmologista – Hospital Distrital de Santarém, S. A.), pelo aconselhamento prestado na implementação do estudo;

Dr. José Carlos Marinho Falcão (ONSA-INSA) pelo contributo na revisão do trabalho

Índice

RESUMO	2
INTRODUÇÃO	3
OBJECTIVO	4
MATERIAL E MÉTODOS	5
RESULTADOS	8
Prevalência de algumas doenças e condições oftalmológicas	14
Prevalência de limitações em actividades diárias por problemas de visão	20
Uso de aparelhos de correcção da acuidade visual	21
Utilização de cuidados de saúde oftalmológicos	23
DISCUSSÃO/CONCLUSÕES	28
REFERÊNCIAS	34
ANEXO	36

Resumo

O Observatório Nacional de Saúde realizou um estudo com o objectivo de estimar: a prevalência, auto declarada, de algumas doenças e condições oftalmológicas; a percentagem de indivíduos com limitações nas actividades diárias por problemas de visão; a percentagem de indivíduos que usam correcção refractiva; assim como de descrever as práticas relacionadas com a utilização de cuidados de saúde em oftalmologia.

O estudo, descritivo transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no último trimestre de 2005, a um dos elementos de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS. Esta amostra é aleatória e constituída por 1183 UA, com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea. Nestas unidades de alojamento existem 3312 indivíduos. As variáveis colhidas contemplaram a caracterização dos inquiridos, assim como dos outros residentes nas unidades de alojamento e a caracterização da situação oftalmológica.

Obtiveram-se **873 questionários válidos** que incluíram respostas referentes a **2392 indivíduos**.

As **prevalências, auto declaradas**, estimadas foram as seguintes:

Cataratas ⇒ **10%**, nos indivíduos de =25 anos (1844);

Glaucoma ⇒ **2%**, nos indivíduos de =25 anos (1798);

Degenerescência Macular da Idade ⇒ **5%**, nos indivíduos de =50 anos (1123);

Retinopatia Diabética ⇒ **15%**, nos indivíduos com diabetes auto declarada (184);

Cegueira de um e ambos os olhos ⇒ **2%**, nos indivíduos em estudo (2391).

Os outros resultados, estimados apenas na amostra de respondentes de 18 e mais anos (873), foram os seguintes:

Percentagem de indivíduos com, pelo menos, uma actividade diária limitada por problemas de visão ⇒ **16%**;

Percentagem de indivíduos que usavam óculos de correcção ⇒ **72%**;

Percentagem de indivíduos que nunca foram observados por oftalmologista ⇒ **11%**;

Percentagem de indivíduos que consultaram oftalmologista, mas sem regularidade ⇒ **49%**.

Nas crianças dos 0-14 anos (236):

Percentagem de indivíduos dos 0-14 anos que nunca foram consultadas por um oftalmologista ⇒ **54%**.

Apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de alguns valores, estes resultados podem constituir valores de referência, úteis na fundamentação de programas de prevenção/intervenção.

Introdução

A importância da visão na vida de relação que o homem estabelece com o mundo que o rodeia é uma evidência. Com efeito, cerca de metade da informação que o indivíduo capta do mundo exterior é visual. Assim sendo, é natural que “o ver bem” corresponda a uma área da saúde muito valorizada, mas nem sempre bem acompanhada. Este facto torna-se tanto mais crucial quanto se reconhece que a actuação precoce é fundamental em muitas das situações da patologia oftalmológica¹.

Citando na íntegra Garcia A, «*para ter uma boa visão, o ser humano necessita que ocorram duas etapas essenciais. A primeira, puramente física, corresponde à focagem na retina da imagem a ver; este fenómeno é possível pois o olho (à semelhança de uma câmara fotográfica) tem um sofisticado sistema de lentes que vai permitir que a imagem exterior se reproduza focada na retina. A segunda etapa, de âmbito electrofisiológico, corresponde à transformação da imagem em impulsos eléctricos que viajam pelo nervo óptico e depois pelo cérebro até à denominada “área da visão”, o cortex visual, que se situa na região mais posterior do cérebro humano. É nesta segunda fase que tomamos consciência da imagem visível! Portanto, uma boa visão implica necessariamente que ambas as etapas decorram sem alterações. Sendo assim, os distúrbios da visão podem ter origem em disfunções de uma ou de outra das etapas descritas*»¹.

As doenças dos olhos e do sistema visual são extremamente frequentes na população em geral. O seu impacto, que na cegueira assume a expressão mais grave, fundamentou o lançamento da iniciativa global “Visão 2020: O direito à visão”. Trata-se de uma aliança global que, sob a égide da Organização Mundial de Saúde e da Agência Internacional de Prevenção da Cegueira (IAPB), pretende contribuir para a eliminação da cegueira passível de prevenção, até o ano de 2020².

Em Portugal, estima-se que 4 milhões de pessoas sofrem de doenças oculares, o que constitui um problema de saúde pública cuja magnitude impõe medidas que se traduzem no *Programa Nacional para a Saúde da Visão* implementado pela Direcção-Geral da Saúde, através da Circular Normativa nº 02/DGCG de 17/03/2005. O programa prevê a necessidade de colheita de informação que vise melhorar o conhecimento epidemiológico das doenças oftalmológicas³.

Neste contexto, o Observatório Nacional de Saúde, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em colaboração com o Centro Oftalmológico de Lisboa, considerou pertinente realizar o presente estudo, de modo a contribuir para o conhecimento sobre a situação da visão da população de Portugal Continental.

Seleccionaram-se patologias que se consideraram de maior relevância, quer em termos de prevalência, quer em termos de impacto na qualidade de vida dos doentes. Assim, contemplou-se a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e as doenças maculares, com ênfase na degenerescência macular relacionada com a idade e ainda o uso da correcção refractiva.

Abordaram-se aspectos relacionados com o desempenho de actividades, a qualidade da visão e a utilização de cuidados de saúde na área da oftalmologia.

Do estudo elaborou-se o presente relatório científico.

Objectivo

Os objectivos do estudo foram:

- i. Estimar a prevalência, auto declarada, de algumas doenças e condições oftalmológicas;
- ii. Estimar a percentagem de indivíduos com limitações nas actividades diárias por problemas de visão;
- iii. Estimar a percentagem de indivíduos que usam correcção refractiva;
- iv. Descrever as práticas relacionadas com a utilização de cuidados de saúde em oftalmologia.

Material e métodos

Descrição do estudo

O modelo do estudo utilizado foi o descritivo transversal. Constatou-se um inquérito realizado por entrevista telefónica, na última quinzena de Novembro de 2005, a elementos de 18 e mais anos, residentes nas unidades de alojamento que integram o painel ECOS⁴.

População

A população-alvo deste estudo foi constituída pelos indivíduos residentes em unidades de alojamento do Continente com telefone fixo.

Amostra

Tratou-se de uma amostra aleatória de **1183 unidades de alojamento (UA)**, com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea. Nestas unidades residiam **3312 indivíduos**.

Para todos os agregados foi enviado previamente uma carta convite solicitando a participação no estudo.

Colheita de dados

Em cada agregado foi inquirido apenas um elemento com 18 ou mais anos, que também prestava informação sobre os restantes elementos do agregado.

O respondente foi seleccionado aleatoriamente em cada unidade de alojamento de entre os elementos do agregado elegíveis (idade ≥ 18 anos). Caso o indivíduo seleccionado não estivesse em casa, ou não pudesse responder ao questionário, este seria aplicado a qualquer outro elemento com 18 ou mais anos, dos residentes na respectiva UA que se dispusesse a participar.

Os dados foram colhidos através de um questionário estruturado composto por 24 perguntas especificamente desenvolvidas para os objectivos do estudo, com base em instrumentos utilizados noutros estudos^{5,6,7}. (Anexo I).

Varáveis estudadas

Colheram-se dados relativos a:

- **Caracterização dos inquiridos:** sexo; idade; nível de instrução.
- **Caracterização dos outros elementos das UA:** sexo; idade; nível de instrução.
- **Caracterização da unidade de alojamento (UA):** Região de Saúde; «nível de instrução na UA», definido pelo nível de instrução mais elevado alcançado por um elemento de ≥ 18 anos residente na UA e não estudante. Assumiu-se esta variável como *proxy* do nível de instrução dos elementos do agregado considerados na sua globalidade.
- **Caracterização da situação oftalmológica:** patologia auto declarada; percepção da acuidade visual; utilização de ajudas técnicas; utilização de serviços.

Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados colhidos foram gravados em suporte informático, tendo a base de dados sido submetida a um processo de validação da congruência.

Atendendo a que as variáveis em estudo eram, na sua maioria, categoriais, a principal estatística utilizada foi a frequência relativa apresentada na forma de percentagem.

Uma vez que a amostra não é auto ponderada optou-se por apresentar os resultados ponderados por Região de Saúde. Para as ponderações foi utilizado a População Portuguesa obtida no Censo de 2001 (INE).

Assim, primeiramente, descreveu-se a amostra no que respeita às características sócio-demográficas dos inquiridos, de todos os indivíduos residentes nas unidades de alojamento e da sub amostra constituída pelos indivíduos dos 0-14 anos.

Para as restantes variáveis que descrevem a presença de doença, o uso de aparelhos correctivos e a utilização de cuidados (variáveis dependentes), apresentou-se a distribuição de frequências no total da amostra ou em segmentos da amostra e desagregada pelas categorias de algumas das variáveis de caracterização (variáveis independentes).

A patologia oftalmológica auto declarada foi estudada na amostra total de indivíduos residentes nas unidades de alojamento inquiridas. No entanto, o estudo de algumas patologias só faz sentido a partir de determinada idade, pelo que, nestes casos, a análise foi efectuada nos segmentos da amostra susceptíveis de neles ocorrerem as doenças em causa. Contudo, na diversa literatura consultada, não foi encontrada consistência na idade de referência para as patologias em estudo. Assim, considerámos pertinente, sempre que aplicável, apresentar as prevalências segundo diferentes idades de referência adoptadas na bibliografia consultada.

O estudo da utilização de cuidados na sub amostra dos indivíduos dos 0-14 anos de idade foi objecto de especial atenção. Assim, para este grupo estimou-se o tempo médio até à 1ª consulta a partir da estimativa de Kaplan-Meier, na função de sobrevivência⁸.

Todas as outras variáveis foram estudadas relativamente à amostra de respondentes.

Quando as percentagens encontradas foram muito pequenas, não se fez qualquer análise desagregada, nomeadamente na prevalência de algumas patologias.

Para testar a associação (ou independência) com as variáveis de desagregação foram utilizadas a estatística F-modificada variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-Quadrado de Rao-Scott⁹ cujas propriedades são apresentadas em Rao e Thomas¹⁰ e a estatística do Qui-quadrado de Pearson para a variável independente «Região de Saúde». Foi estabelecido em 5%, o nível de significância dos testes, tendo-se rejeitado a hipótese nula quando a probabilidade de significância do teste (p-value) foi inferior a este valor.

Calculou-se também, para todas as frequências apresentadas, os seus intervalos de confiança a 95% utilizando a transformação logística, sendo apresentados os valores retrovertidos para proporções. Todos os cálculos foram feitos usando o módulo Basic e Complex Samples do programa estatístico SPSS13.0¹¹.

Resultados

Conforme foi referido consideraram-se para fins de análise dos resultados, as estimativas ponderadas por Região de Saúde.

Amostra

Foram contactadas, com êxito, 873 unidades de alojamento, o que corresponde a **73,8%** das 1183 UA da amostra inicial. **Através dos respondentes**, obteve-se, ainda, **dados sobre 2392 indivíduos** residentes naquelas UA, correspondendo a **72,2%** do total de indivíduos existentes nas UA do Painel (3312).

Os contactos telefónicos não concretizados (18,8%), na sua maioria, foram devidos a motivos relacionados com a operacionalidade do painel (números inválidos, impossibilidade de estabelecer contacto telefónico, *etc.*). Os restantes indivíduos contactados (7,4%) não se mostraram disponíveis para participar ou corresponderam a questionários invalidados.

Respondentes

Nas tabelas 1 e 2 descreve-se a caracterização sócio-demográfica dos respondentes.

A maioria dos respondentes foi do sexo feminino (69,2%). Os indivíduos de 45-64 corresponderam ao grupo etário mais representado (39,8%), logo seguido do grupo etário dos 25-44 anos (24,9%).

A comparação da distribuição da amostra pelo sexo e grupos etários com a da população revelou diferenças significativas. Com efeito, há uma proporção maior de mulheres do que na população. Quanto à estrutura etária a amostra apresentou uma menor percentagem de efectivos nos dois grupos etários mais novos, enquanto que em todos os outros grupos etários se apresentou sobre representada, relativamente à população (Tabela 1).

Mais de metade dos indivíduos da amostra frequentou o ensino básico (54,7%), mas, destes, na sua maioria apenas o 4º ano (4ª classe) de escolaridade (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição (%) dos respondentes e da população residente (estimativas do INE), por sexo e por idade

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada		s/inf	População Censo 2001
		%	%	IC 95%		%
Sexo	873				-	
masculino		31,0	30,8	(27,3 ; 34,6)		47,6
feminino		69,0	69,2	(65,4 ; 72,7)		52,4
Grupo etário (anos)	870				0,3	
18-24		3,7	4,1	(2,8 ; 6,1)		13,0
25-44		22,4	24,9	(21,6 ; 28,4)		37,1
45-64		40,7	39,8	(36,0 ; 43,8)		29,5
65-74		19,8	19,1	(16,2 ; 22,4)		11,9
=75		13,4	12,1	(9,8 ; 14,9)		8,5

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa

Tabela 2 – Distribuição (%) dos respondentes por nível de instrução

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada		% s/inf
		%	%	IC 95%	
Nível de instrução (frequentado)	872				0,1
Menos que o ensino básico		16,2	14,1	(11,6 ; 17,0)	
Ensino básico		56,0	54,7	(50,8 ; 58,6)	
Ensino secundário		14,4	15,1	(12,4 ; 18,2)	
Ensino superior		13,4	16,1	(13,3 ; 19,2)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa

Na Tabela 3 descreve-se a distribuição das UA em que se obteve resposta pelas Regiões de Saúde. A amostra planeada tinha o mesmo número de UA, em cada Região. Não foi encontrada heterogeneidade na distribuição dos respondentes pelas diferentes Regiões ($p=0,586$).

Tabela 3 - Distribuição (%) das UA por Região de Saúde

Regiões	Nº de respondentes	%	<i>p</i>
			0,586
Norte	186	21,3	
Centro	164	18,8	
Lisboa e Vale do Tejo	177	20,3	
Alentejo	184	21,1	
Algarve	162	18,6	
Total	873	100,0	

p - refere-se à distribuição da proporção entre as classes da variável – teste do Bom-Ajustamento do χ^2

Total de indivíduos estudados

Nas 873 UA inquiridas, estudaram-se 2392 indivíduos, sendo 52,9%, mulheres e o grupo etário predominante foi o dos 55 aos 64 anos de idade (16,1%) (Tabela 4).

A comparação da amostra com a distribuição da população censitária, por sexo e grupo etário, revelou diferenças, fundamentalmente, no que diz respeito à composição etária. A amostra apresenta-se sub representada nos grupos etários até aos 44 anos e sobre representada nos grupos dos 45 anos em diante (Tabela 4).

Em relação aos estudos completados, 57,1% dos indivíduos possuíam o ensino básico (9º ano). Apenas cerca de um terço da amostra possuía o ensino secundário e o ensino superior (Tabela 5).

Na Tabela 6 descreve-se a distribuição dos 2392 indivíduos residentes nas UA pelas Regiões de Saúde. A região Norte apresentou um número superior de indivíduos. Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 4 – Distribuição (%) dos indivíduos residentes nas UA participantes e da população residente (estimativas do INE), por sexo e por idade

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada		s/inf	População Censo 2001
		%	%	IC 95%		%
Sexo	2392				-	
masculino		47,3	47,1	(44,7 ; 49,5)		48,2
feminino		52,7	52,9	(50,5 ; 55,3)		51,7
Grupo etário (anos)	2388				0,2	
0-4		2,5	2,9	(2,2 ; 3,9)		5,2
5-9		3,9	4,2	(3,3 ; 5,3)		5,2
10-14		3,9	4,1	(3,3 ; 5,2)		5,6
15-24		11,7	11,5	(10,1 ; 13,1)		14,3
25-34		10,6	11,1	(9,7 ; 12,7)		15,2
35-44		11,9	12,6	(11,1 ; 14,2)		14,5
45-54		15,5	15,1	(13,4 ; 16,9)		12,8
55-64		16,3	16,1	(14,4 ; 18,0)		10,8
65-74		14,2	13,5	(11,9 ; 15,2)		9,9
=75		9,6	8,8	(7,6 ; 10,3)		6,8

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa

Tabela 5 – Distribuição (%) dos indivíduos residentes nas UA participantes por nível de instrução

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada		% s/inf	% não aplicável (< 6 anos)
		%	%	IC 95%		
Nível de instrução (frequentado)	2283				0,6	4,0
Menos que o ensino básico		12,8	11,1	(9,7 ; 12,7)		
Ensino básico		57,7	57,1	(54,6 ; 59,5)		
Ensino secundário		14,8	15,2	(13,5 ; 17,1)		
Ensino superior		14,7	16,6	(14,9 ; 18,6)		

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa

Tabela 6 - Distribuição (%) dos indivíduos residentes nas UA participantes por Região de Saúde

Regiões	Nº de residentes estudados	%	p
			<0,001
Norte	588	24,6	
Centro	475	19,9	
Lisboa e Vale do Tejo	439	18,4	
Alentejo	461	19,3	
Algarve	429	17,9	
Total	2392	100,0	

p - refere-se à comparação da distribuição entre as classes da variável – teste do Bom-Ajustamento do χ^2

Total de indivíduos com 0-14 anos

O estudo contemplou algumas questões especificamente destinadas aos indivíduos com menos de quinze anos de idade, pelo que se procedeu também à caracterização deste grupo de indivíduos.

A comparação com a distribuição da população censitária, por sexo e grupo etário apenas revelou diferenças, com alguma expressão, no que diz respeito à composição etária. De realçar, a sub representação do grupo etário dos 10-14 anos (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição (%) dos indivíduos de 0-14 anos, residentes nas UA participantes, por sexo e por idade

	n	amostra	amostra ponderada		s/inf	População
		n/ponderada	%	IC 95%		Censo 2001
		%	%			%
Sexo	245				-	
masculino		52,2	51,8	(44,8 ; 58,8)		51,2
feminino		47,8	48,2	(41,2 ; 55,2)		48,8
Grupo etário (anos)	245				-	
0–4		35,9	37,6	(31,0 ; 44,6)		32,7
5-9		35,9	34,9	(28,6 ; 41,8)		32,4
10-14		28,2	27,5	(21,7 ; 34,3)		34,9

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa

A maioria das crianças (69,0%) vivem em agregados nos quais, pelo menos, um elemento da UA de ≥ 18 anos não estudante frequentou o ensino secundário ou o ensino superior (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição (%) dos indivíduos de 0-14 anos, residentes nas UA participantes, por nível de instrução mais elevado na UA

	n	amostra	amostra ponderada		s/inf
		n/ponderada	%	%	
Nível de instrução mais elevado na UA	245				-
Menos que o ensino básico		0,8	0,5	(0,1 ; 2,6)	
Ensino básico		30,2	28,1	(22,5 ; 34,6)	
Ensino secundário		32,7	32,1	(25,9 ; 39,0)	
Ensino superior		36,3	39,3	(32,6 ; 46,3)	

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa

Na Tabela 9 descreve-se a distribuição pelas Regiões de Saúde. A região Norte apresentou um número superior de indivíduos. Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 9 - Distribuição (%) dos indivíduos dos 0-14 anos residentes nas UA participantes, por Região de Saúde

Regiões	Nº de residentes estudados	%	<i>p</i>
			<0,001
Norte	79	32,2	
Centro	55	22,4	
Lisboa e Vale do Tejo	43	17,6	
Alentejo	41	16,7	
Algarve	27	11,0	
Total	245	100,0	

p - refere-se à comparação da distribuição entre as classes da variável – teste do Bom-Ajustamento do χ^2

Prevalência de algumas doenças e condições oftalmológicas

Estudaram-se 2392 indivíduos.

Para fins de análise apenas considerámos as situações de doença em que **foi declarado ter ocorrido confirmação médica**.

Conforme referido na metodologia, **apresentam-se as estimativas de prevalência ajustadas por Região de Saúde**.

Cataratas

A percentagem de indivíduos da amostra ECOS que referiram ter «cataratas», com situação confirmada pelo médico, foi de 7,7% (187) (Tabela 10).

O indivíduo mais novo que referiu ter cataratas tinha 25 anos.

Optou-se assim por fazer a análise considerando **apenas os indivíduos de 25 e mais anos de idade**.

Ao considerarmos apenas estes indivíduos (1844) aquela prevalência passa para 10,0% (Tabela 10).

Verificaram-se diferenças, estatisticamente significativas, relacionadas com as variáveis sexo, idade e nível de instrução. Foram as mulheres (12,0%), os indivíduos mais idosos (45,4%) e os com nível de instrução mais baixo (19,8%) que apresentaram em maior percentagem indivíduos a referirem esta patologia (Tabelas 11 e 12).

Tabela 10 – Prevalência de indivíduos que referiram **cataratas**, segundo a idade de referência considerada

	n	%*	I.C. 95 %
Indivíduos de todas as idades	2371	7,7	(6,5 ; 9,1)
Indivíduos de 25 e mais anos	1844	10,0	(8,4 ; 11,7)
Indivíduos de 40 e mais anos*	1460	12,5	(10,5 ; 14,7)
Indivíduos com mais de 60 anos**	707	22,4	(18,8 ; 26,5)

*Idade de referência utilizada para fins de vigilância (NEI¹²)

**Idade referenciada no Programa Nacional da Visão³

Tabela 11 – Percentagem de **indivíduos de 25 e mais anos** que referiram **cataratas**, por Região

	n	%	I.C. 95 %	p
Total	1844	10,0*	(8,4 ; 11,7)	
Regiões				0,359
Norte	429	7,7	(5,2 ; 10,2)	
Centro	351	10,8	(7,6 ; 14,1)	
Lisboa e Vale do Tejo	350	11,1	(7,8 ; 14,4)	
Alentejo	371	11,6	(8,3 ; 14,8)	
Algarve	343	9,6	(6,5 ; 12,7)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson, *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 12 – Percentagem de **indivíduos de 25 e mais anos** que referiram **cataratas**, por sexo, idade e nível de instrução

	n	%*	IC 95%	p
Sexo				0,008
Masculino	854	7,5	(5,6 ; 10,0)	
Feminino	990	12,0	(9,8 ; 14,7)	
Grupo etário (anos)				<0,001
25-44	535	1,1	(0,5 ; 2,4)	
45-64	751	4,7	(3,1 ; 7,0)	
65-74	333	14,7	(10,7 ; 19,8)	
=75	225	45,4	(37,4 ; 53,7)	
Nível de instrução (frequentado)				<0,001
Menos que o ensino básico	280	19,8	(14,7 ; 26,1)	
Ensino básico	1037	10,3	(8,2 ; 12,9)	
Ensino secundário	246	5,4	(2,6 ; 10,6)	
Ensino superior	277	4,9	(2,7 ; 8,7)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Quando questionados acerca da realização de tratamento cirúrgico obtiveram-se 102 respostas válidas; 40,9% (IC95%: 30,1% ; 52,8%) referiram terem sido operados às cataratas. Destes, 72,2 % ficou com lentes intra-oculares.

Glaucoma

Foi encontrada uma percentagem de 1,7% (36) de indivíduos com glaucoma auto declarado, mas confirmado pelo médico. Não foram assinalados casos abaixo dos 31 anos de idade.

A prevalência nos indivíduos com 25 e mais anos foi de 2,2% (Tabela 13). Esta percentagem pouco se alterou quando foram considerados apenas os indivíduos de 40 e mais anos de idade (2,5%, IC95%: 1,7%; 3,7%).

Não se verificaram diferenças significativas entre as Regiões, nem associações estatisticamente significativas com as variáveis «sexo» e «nível de instrução».

Relativamente à idade, verificou-se existirem diferenças significativas entre os grupos etários ($p < 0,001$). Foram os grupos etários mais idosos que apresentaram as maiores percentagens de doentes com a patologia em causa (7,8%) (Tabelas 14).

Tabela 13 – Percentagem de **indivíduos de 25 e mais anos** que referiram **glaucoma**, por Região

	n	%	I.C. 95 %	<i>p</i>
Total	1798	*2,2	(1,5 ; 3,2)	
Regiões				0,803
Norte	414	1,9	(0,6 ; 3,3)	
Centro	344	2,6	(0,9 ; 4,3)	
Lisboa e Vale do Tejo	344	2,3	(0,7 ; 3,9)	
Alentejo	361	1,4	(0,2 ; 2,6)	
Algarve	335	1,8	(0,4 ; 3,2)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson, *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 14 – Percentagem de **indivíduos de 25 e mais anos** que referiram **glaucoma**, por sexo, idade e nível de instrução

	n	%*	IC 95%	p
Sexo				0,509
Masculino	831	1,9	(1,1 ; 3,4)	
Feminino	967	2,5	(1,5 ; 4,0)	
Grupo etário (anos)				<0,001 [§]
25-44	519	0,8	(0,3 ; 2,6)	
45-64	736	1,3	(0,6 ; 2,6)	
65-74	326	3,3	(1,5 ; 7,0)	
=75	217	7,8	(4,3 ; 13,7)	
Nível de instrução (frequentado)				0,312 [§]
Menos que o ensino básico	269	3,4	(1,5 ; 7,6)	
Ensino básico	1008	2,5	(1,5 ; 4,0)	
Ensino secundário	241	0,6	(0,1 ; 3,0)	
Ensino superior	276	2,0	(0,7 ; 5,3)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde; [§]teste obtido com frequências absolutas observadas de 5 ou menos casos

Doenças da Retina

Na amostra ECOS foram identificados:

- 47 Indivíduos com doença da retina relacionada com a idade. O indivíduo mais novo que referiu sofrer de retinopatia relacionada com a idade tinha 40 anos. As prevalências foram de 4,0%, 4,6%, 4,9% e 5,8% se considerarmos, respectivamente, os indivíduos de =40 anos, =50 anos de >55 anos e de >65 anos de acordo com as idades referenciadas na bibliografia consulta (Tabelas 15 e 16);
- 184 Diabéticos dos quais 26 indivíduos com patologia da retina associada à diabetes, o que correspondeu a uma percentagem ponderada de 14,6% (Tabela 15). O indivíduo mais novo que referiu retinopatia diabética tinha 50 anos.
- 110 Indivíduos que declararam, sem especificar, sofrerem de outra doença da retina, o que corresponde a uma percentagem ponderada de 5,0% (Tabela 15). Na distribuição dos indivíduos que referiram «outra retinopatia» pelos diferentes estratos das variáveis de caracterização não foi demonstrada heterogeneidade. Contudo, ao contrário do que se tem vindo a verificar com as outras patologias, foram os indivíduos com maior nível de instrução os que apresentaram maior prevalência desta situação. O mesmo aconteceu nos grupos etários dos 15-24 e dos 45-54 anos.

No processo de validação dos dados foi detectado: um indivíduo que assinalou simultaneamente as situações de «retinopatia diabética» e «outra retinopatia»; dois indivíduos assinalaram «retinopatia relacionada com a idade» e «outra retinopatia».

Tabela 15 – Percentagem de indivíduos que referiram **doença da retina**, segundo a etiologia

	n	%*	I.C. 95 %
Doença da retina associada à idade (nos indivíduos de ≥50 anos)	1123	4,6	(3,3 ; 6,5)
Doença de retina relacionada com a diabetes (nos indivíduos diabéticos)	184	14,6	(9,6 ; 21,8)
Outra doença da retina	2353	5,0	(4,0 ; 6,2)

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa;

Tabela 16 – Prevalência de indivíduos que referiram **doença da retina relacionada com a idade**, segundo a idade de referência considerada

	n	%*	I.C. 95 %
Indivíduos de 40 e mais anos*	1447	4,0	(2,9 ; 5,5)
Indivíduos de 50 e mais anos**	1123	4,6	(3,3 ; 6,5)
Indivíduos com mais de 55 anos***	896	4,9	(3,4 ; 7,1)
Indivíduos com mais de 65 anos***	525	5,8	(3,7 ; 9,0)

*Idade de referência utilizada para fins de vigilância (NEI)¹²

**Idade de referência citada na definição de «população doente» segundo a Academia Americana de Oftalmologia (AAO)¹³

***Idade referenciada no Programa Nacional da Visão³

Cegueira

Foram assinalados 38 indivíduos com a situação de cegueira, 33 com cegueira de um olho, correspondendo a uma percentagem ponderada de 1,5% (IC95%: 1,0%; 2,2%); 5 com cegueira de ambos os olhos (percentagem ponderada de 0,2%; IC: 0,1%; 0,6%).

Três casos, um dos quais de cegueira total (28 anos), foram assinalados em indivíduos com menos de 35 anos.

Os respondentes foram também inquiridos acerca de alterações na percepção das cores. Constatou-se que 20 indivíduos assinalaram esta condição (1,3%; IC95%: 0,8% : 1,9%).

Prevalência de limitações em actividades diárias por problemas de visão

A qualidade da visão dos respondentes (873) e apenas destes foi avaliada indirectamente por uma série de perguntas sobre o seu desempenho em várias actividades da vida diária.

A grande maioria considerou não ter dificuldades relativamente aos parâmetros estudados (Tabelas 17 e 18).

Tabela 17 – Percentagem de respondentes (=18 anos) que referiram **limitações no desempenho das actividades** listadas, devido a problemas de visão

	n	%*	I.C. 95 %
Ver nitidamente uma pessoa a 4m	871	5,4	(3,9 ; 7,5)
Ver nitidamente uma pessoa a 1m	873	2,0	(1,2 ; 3,4)
Ver televisão a 2-3m	866	8,9	(6,9 ; 11,5)
Ler o jornal	815	8,5	(6,5 ; 11,0)
Descer degraus	873	3,0	(1,9 ; 4,7)

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 18 – Distribuição dos respondentes (=18 anos) segundo o **número de actividades** consideradas, **realizadas com limitações** devidas a problemas de visão

	%*	I.C. 95 %
Nº de actividades que desempenha com dificuldade:		
1	10,0 (94)	(7,9 ; 12,6)
2	3,4 (30)	(2,3 ; 5,1)
3	1,5 (12)	(0,8 ; 2,8)
4	1,3 (9)	(0,6 ; 2,6)
Sem dificuldades	83,8 (728)	(80,7 ; 86,5)

(...): numerador da percentagem; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *resultado ponderado por Região de Saúde

Genericamente as mulheres, os mais idosos e os com menor nível de instrução referiram em maior percentagem limitações.

Uso de aparelhos de correcção da acuidade visual

A grande maioria dos respondentes (873) e apenas estes referiu usar óculos (72,4%). Quase metade (44,6%) permanentemente, 27,8% apenas para algumas tarefas (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição dos respondentes (=18 anos) segundo a utilização de óculos

	n	%*	I.C. 95 %	s/inf
	873			0,0
Usa sempre:		44,6 (404)	(40,7 ; 48,5)	
Usa só para algumas actividades		27,8 (239)	(24,4 ; 31,5)	

n - número de registos válidos; (...): numerador da percentagem; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *resultado ponderado por Região de Saúde

Constatou-se uma distribuição heterogénea, estatisticamente significativa, dos indivíduos com óculos segundo o grupo etário, sem contudo se identificar um padrão nítido na distribuição (Tabela 20).

A grande maioria dos respondentes que usam óculos, referiram que foram prescritos por um médico oftalmologista (93,2%; IC95%: 90,5; 95,1). Apenas 5,6%, correspondendo a 39 inquiridos, referiram que os óculos foram adquiridos por aconselhamento do oculista, 1,2% responderam «outro», sem especificar quem.

Dos 643 indivíduos que usam óculos, 2,6% (17) nunca foram consultados pelo médico oftalmologista.

Tabela 20 – Percentagem de respondentes (=18 anos) que referiram **usar sempre óculos ou apenas para algumas actividades**, por idade

	n	Sempre óculos	Algumas actividades	p
		%* (IC 95%)	%* (IC 95%)	
Grupo etário (anos)				<0,001
18-24	32	32,3 (16,8 ; 53,0)	26,4 (12,9 ; 46,5)	
25-44	195	24,4 (18,3 ; 31,9)	16,9 (11,6 ; 23,9)	
45-64	354	46,3 (40,1 ; 52,5)	33,9 (28,3 ; 40,1)	
65-74	172	60,8 (48,6 ; 70,5)	30,1 (22,5 ; 39,0)	
=75	117	60,1 (48,6 ; 70,5)	26,3 (17,5 ; 37,7)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde;

Somente 2,3% (20) dos respondentes declararam usar lentes de contacto. Todos afirmaram que as lentes de contacto foram prescritas pelo médico oftalmologista.

Com toda a reserva que os resultados impõem devido ao pequeno número de efectivos, constatou-se uma tendência, sem significado estatístico, para serem as mulheres, os mais novos e os com maior nível de instrução, aqueles que em maior percentagem usam lentes de contacto.

Utilização de cuidados de saúde oftalmológicos

Na sua maioria os respondentes (873) e apenas estes já tinham consultado alguma vez o médico oftalmologista (89,0%) (Tabela 21).

Verificaram-se associações significativas com a idade. Todos os respondentes do grupo etário mais novo (18-24 anos) foram observados pelo menos uma vez por um oftalmologista. Nos outros grupos etários a percentagem aumentou com a idade a partir do grupo etário dos 25-44, nomeadamente de 80,7% neste grupo, para 95,4% no dos 75 e mais anos (Tabela 21).

Relativamente ao nível de instrução, as diferenças não foram significativas, mas constatou-se um aumento de percentagem proporcional aquele nível (Tabela 21).

Tabela 21 – Percentagem de respondentes (≥ 18 anos) **observados, pelo menos, uma vez por um oftalmologista**, por sexo, idade e nível de instrução

	n	%*	IC 95%	p
Total	873	89,0	(86,3 ; 91,2)	
Sexo				0,345
Masculino	271	87,2	(81,6 ; 91,3)	
Feminino	602	89,7	(86,6 ; 92,2)	
Grupo etário (anos)				<0,001
18-24	32	100,0		
25-44	195	80,7	(73,6 ; 86,2)	
45-64	354	88,3	(83,7 ; 91,8)	
65-74	172	95,3	(89,7 ; 98,0)	
≥ 75	117	95,4	(89,0 ; 98,2)	
Nível de instrução (frequentado)				0,102
Menos que o ensino básico	141	85,9	(77,2 ; 91,7)	
Ensino básico	488	87,3	(83,4 ; 90,5)	
Ensino secundário	126	90,5	(82,5 ; 95,0)	
Ensino superior	117	95,6	(88,7 ; 98,3)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Dos respondentes que já tinham alguma vez sido observados por um médico oftalmologista, cerca de metade referiu consultar o médico regularmente

(51,1%). Destes, a maioria (96,1%), realizou uma consulta de dois em dois anos ou ainda com intervalos menores (Tabela 22).

Todos os indivíduos que referiram ir ao médico oftalmologista com regularidade vão no máximo de 4 em 4 anos, isto é não houve nenhum respondente que tenha ido com um intervalo maior à consulta.

Tabela 22 – Distribuição dos respondentes (=18 anos) segundo a periodicidade de realização da consulta de oftalmologia

	n	%*	I.C. 95 %	s/inf
	773			1,0
Consulta sem regularidade:		48,9 (395)	(44,8 ; 53,1)	
Consulta com regularidade		51,1 (386)	(46,9; 55,2)	
	378			2,0
≤6 meses		16,0 (60)	(12; 20,9)	
de > de 6 meses a ≤1 ano		46,1 (172)	(40,2; 52,1)	
de > de 1 ano a ≤2 anos		34,0 (130)	(28,6; 39,9)	
de > de 2 anos a ≤4 anos		3,9 (16)	(2,1; 6,9)	

n - número de registos válidos; (...): numerador da percentagem; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *resultado ponderado por Região de Saúde

Considerou-se pertinente analisar esta variável com os respondentes desagregados em dois estratos etários, dos 18-45 anos e dos 46 e mais anos. Assim, dos inquiridos do grupo etário dos 18-45 anos, apenas 38,7% consultaram o médico com regularidade (Tabela 23). Os restantes ou nunca foram consultados (17,1%, IC 95%: 12,3% ; 23,2%) ou foram consultados sem qualquer regularidade (44,2%).

Dos inquiridos com ≥46 anos, 48,4% declararam que consultam o oftalmologista regularmente (Tabela 23), 8,2% (IC95%: 6,0% ; 11,2%) nunca foram consultados. Os restantes vão ao médico sem regularidade (43,4%). Como já foi atrás referido, todos aqueles que consultam regularmente, tendo indicado o intervalo de tempo com que o fazem, referiram um intervalo máximo de 4 anos.

Tabela 23 – Percentagem de respondentes (=18 anos) **observados com regularidade pelo médico oftalmologista**, por idade

	n	%*	IC 95%
Grupo etário (anos)*			
18-45	236	38,7	(31,9 ; 46,0)
=46	634	48,4	(43,7 ; 53,1)

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *resultado ponderado por Região de Saúde
*Grupos etários referenciados nas estratégias E3 e E4 para a realização de exames oftalmológicos, no Programa Nacional da Visão³

A regularidade na consulta revelou-se associada ao nível de instrução dos respondentes, no sentido de uma maior percentagem de ocorrência do fenómeno relacionada com os indivíduos com maior nível de instrução (68,5%) (Tabela 24).

Tabela 24 – Percentagem de respondentes (=18 anos) **observados com regularidade pelo médico oftalmologista**, por nível de instrução

	n	%*	IC 95%	<i>p</i>
Nível de instrução				0,002
Menos que o ensino básico	121	50,7	(39,8 ; 61,5)	
Ensino básico	434	45,7	(40,1 ; 51,4)	
Ensino secundário	112	50,3	(39,6 ; 61,1)	
Ensino superior	113	68,5	(58,4 ; 77,2)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Considerou-se pertinente isolar: os indivíduos que referiram alguma doença oftalmológica quer usassem ou não óculos (189); os com necessidade de usar correcção refractiva, sem qualquer outra patologia oftalmológica (468); e aqueles que não cumpriam com aqueles critérios, isto é sem doença e sem óculos (216) e analisar se eram consultados com regularidade e quando tinham sido consultados pela última vez (Tabela 25).

Assim, constatou-se que cerca de 30,7% (IC95%: 23,5% ; 39,1%) dos respondentes com doença oftalmológica declararam não serem observados com regularidade e destes 60,5% foram consultados há 4 anos ou mais.

Relativamente aos inquiridos que usam correcção refractiva, 48,5% (IC95%: 43,1% ; 54,0%) referiram não ser consultados com regularidade ou mesmo nunca terem sido consultados (17). Dos que foram sem regularidade, 50,0% foram consultados há 4 anos ou mais.

Tabela 25 – Percentagem de respondentes (=18 anos) com a condição oftalmológica indicada **observados com regularidade pelo médico oftalmologista**,

	n	%*	IC 95%
Doença oftalmológica- (com ou sem correcção refractiva)	189	69,3	(60,9 ; 76,5)
Uso de correcção refractiva (sem doença)	468	51,5	(46,0 ; 56,9)
Sem doença e sem óculos	216	13,5	(9,0 ; 19,8)

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *resultado ponderado por Região de Saúde

Ainda no âmbito das práticas, considerou-se pertinente destacar, na amostra estudada, as crianças dos 0-14 anos, pela importância de que se reveste a ocorrência de consultas de rastreio.

Assim, identificaram-se na amostra 236 crianças dos 0-14 anos, tendo-se constatado que um pouco mais de metade (53,9%) nunca tinha sido observada por um médico oftalmologista (Tabela 26). Este facto revelou-se independente do «nível de instrução na UA».

Das 113 crianças que foram observadas, 3,5% foram-no antes de perfazerem os dois anos, 23,9% foram observadas antes dos seis anos.

A idade média das crianças à data da 1ª consulta foi de 6,2 anos (IC95%: 5,7 ; 6,7).

Contudo, quando introduzimos na análise estatística, o cálculo do tempo médio até a realização da 1ª consulta, através da estimativa de Kaplan-Meier da função de sobrevivência (Figura 1), para a qual se consideram também as crianças que até ao momento estudo não tinham sido consultadas, estimou-se que a idade média até à primeira consulta foi de 8,4 anos (IC95%: 7,8 ; 9,0) com uma mediana nos 8 anos (IC95%: 7,2 ; 8,8), isto é, na amostra estudada verificou-se que metade das crianças realizaram a 1ª consulta até a os oito anos.

Tabela 26 – Percentagem de **crianças dos 0-14 que foram observadas por um médico oftalmologista**, por idade da 1ª consulta

	n	%*	IC 95%	p
Total	236	46,1	(39,0 ; 53,3)	
Idade da primeira consulta (anos)				<0,001[§]
0-1	31	10,9	(3,8 ; 27,7)	
2-5	65	32,2	(21,4 ; 45,3)	
6-14	140	61,8	(52,3 ; 70,5)	

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde; [§] teste obtido com frequências absolutas observadas de 5 ou menos casos

Função de Sobrevivência

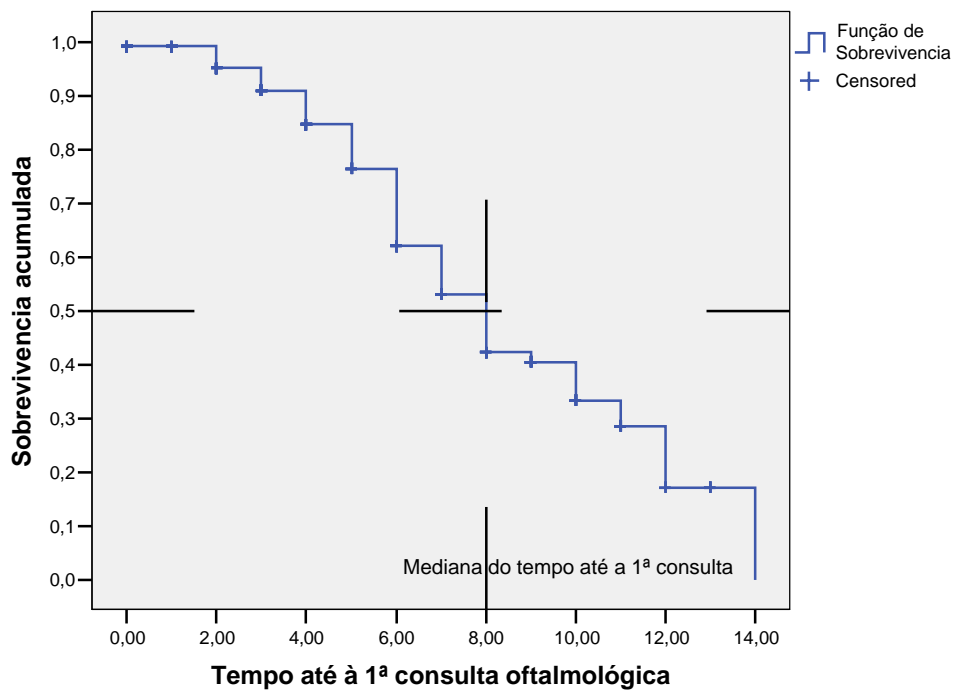


Figura 1: Representa a função de sobrevivência da ocorrência «1ª consulta oftalmológica»

Discussão/Conclusões

O presente trabalho correspondeu a uma abordagem sobre a saúde da visão.

Quando o estudo se iniciou, em Outubro de 2005, foi realizada uma pesquisa no sentido de identificar estudos sobre esta temática, efectuados em Portugal. À data, tivemos apenas acesso a um trabalho na área específica da oftalmologia pediátrica, nomeadamente, a publicação do projecto “Para Iniciar o Registo da Criança Cega ou com Baixa Visão em Portugal”¹⁴.

Recentemente e já concluído o trabalho de campo do presente estudo, tivemos conhecimento de um outro estudo realizado a pedido da SPO - Estudo Sociológico “Saúde Visual – Patologias, Cuidados e Ameaças”, que decorreu já no ano de 2006 (Março)¹⁵.

Assim, para além da possibilidade dos resultados obtidos serem uma mais valia na melhor caracterização dos aspectos abordados, este estudo terá tido à partida o mérito de contribuir para uma dinâmica de estudos epidemiológicos, na vasta área da oftalmologia, que é imperativo que continue e se intensifique.

A validade dos resultados apresentados depende do efeito de potenciais viés, pelo que se torna pertinente analisar algumas limitações do estudo. Será sempre importante assinalar que o painel utilizado, sendo uma amostra probabilística de unidades de alojamento de Portugal Continental, com telefone fixo, não permite, directamente, obter indicadores que constituíam suporte de inferências para toda a população portuguesa, atendendo a que o sector da população que não possui telefone fixo ou que têm números confidenciais não se encontra representado na amostra⁴.

Este aspecto é evidenciado quando se faz a comparação das distribuições das amostras pelo sexo e grupos etários com a da população censitária, na qual se revelou diferenças significativas. Na amostra de respondentes as mulheres estão sobre representadas e constata-se uma maior proporção de idosos relativamente à população.

As associações encontradas com a variável «nível de instrução» poderão estar confundidas pelo efeito da «idade», pois na realidade são as pessoas mais idosas, aquelas com menor nível de instrução

Os resultados obtidos sobre a prevalência das doenças estudadas, basearam-se em informação prestada pelos próprios ou sobre familiares. Este aspecto poderá colocar problemas de fiabilidade dos dados. Contudo, as doenças estudadas correspondem a patologias que quando são diagnosticadas dificilmente são desconhecidas dos próprios doentes e dos familiares ou confundidas com outras. Por outro lado, em todos os casos de doença os respondentes declararam ter havido confirmação médica.

Há determinadas patologias em que foram referidos muito poucos casos. Este aspecto introduz incerteza na apresentação de um valor para a prevalência. Por outro lado, outra limitação diz respeito ao pequeno número de efectivos em algumas categorias das variáveis de desagregação. Este facto impõe reservas na interpretação das estimativas geradas. Quando os casos referidos foram muito poucos optou-se, mesmo, por não realizar a análise estratificada.

O questionário composto de perguntas do tipo dicotómico (sim/não) revelou-se de fácil aplicação (Anexo). Algumas perguntas, as relacionadas com a utilização de cuidados, envolveram uma referência temporal, podendo, especialmente a pergunta (P2) sobre a idade da primeira consulta das crianças dos 0-14 anos, introduzir algum viés de memória. Os respondentes foram questionados, concretamente, sobre a regularidade de utilização de consultas de oftalmologia, pelo que se revelou irrelevante a pergunta (P13) relacionada com o período de tempo desde a última consulta. Na realidade, a maioria dos que já tinham ido a uma consulta e responderam a esta questão referiram que a última consulta se teria realizado há dois anos ou menos (77,3%). Contudo esta informação requereria maior enquadramento, relacionando-a com a existência, ou não, de patologia oftalmológica ou com regularidade de procura de consulta referida. Optou-se por não tratar os dados obtidos através da P10, nomeadamente sobre «qualquer outra alteração de visão» devido à pouca especificidade das respostas.

Obeve-se uma taxa de resposta de 74%, correspondendo a 873 entrevistas realizadas.

As recusas de participação rondaram os 7%.

Quanto às características dos inquiridos (873) realce-se que, na sua maioria, foram mulheres (69%), indivíduos do grupo etário dos 45-64 anos (40%), com frequência do ensino básico (55%). As características da totalidade dos indivíduos estudados

(2392) são semelhantes, no que diz respeito à distribuição por sexo e nível de instrução, ás dos respondentes.

Relativamente às doenças estudadas, sempre que possível, citaremos, como referência, estudos nos quais são apresentadas estimativas de prevalências. Porém, comparações directas entre os resultados terão que ser necessariamente cautelosas, devido às diferenças metodológicas.

Todos os estudos desenhados para calcular prevalências são estudos observacionais. Nestes estudos, populações são avaliadas por médicos ao longo de anos, os resultados vão sendo publicados e as estimativas de prevalências vão surgindo em função do que é observado.

No estudo que apresentamos, as patologias são declaradas pelos respondentes. Note-se que em todos os casos de doença os respondentes declararam ter havido confirmação médica. A valorização deste aspecto metodológico teve por objectivo validar a resposta através de um diagnóstico clínico. Esta intenção é limitada, por um lado pelo facto de nem sempre os diagnósticos serem verbalizados pelos clínicos, por outro pelo grupo de indivíduos que não foi observado poder sofrer de patologia.

Em relação à prevalência da cegueira, a comparação com o que está publicado é ainda mais difícil, na medida em que as definições de cegueira aceites internacionalmente não podem ser aplicadas no nosso estudo. Os resultados obtidos derivam da avaliação dos respondentes desta realidade, o que traduz seguramente uma heterogeneidade de situações a resultarem em respostas idênticas. Não é pois de estranhar, ser este o parâmetro que mais se afasta dos resultados assinalados noutras publicações.

Assim, os resultados mostraram:

1. A observação de uma **prevalência de cataratas**, auto-declaradas, **nos indivíduos de 25 e mais anos, de 10%**;
2. A observação de uma **prevalência de glaucoma**, auto-declarado, **nos indivíduos de 25 e mais anos, de 2%**;
3. A observação de uma **prevalência de degenerescência macular relacionada com a idade**, auto-declarada, **nos indivíduos de 50 e mais anos, de 5%**;

4. A observação de uma **prevalência de retinopatia diabética**, auto-declarada, **nos indivíduos diabéticos, de 15%**;

5. A observação de uma **prevalência de cegueira**, auto-declarada, **de 2%**.

Apesar das limitações já atrás citadas no que diz respeito à comparabilidade de estudos, considerou-se pertinente referenciar os resultados obtidos com estimativas apresentadas por sociedades científicas afins^{13, 16, 17, 18, 19, 20, 21}.

A título ilustrativo citam-se as prevalências publicadas pelo National Eye Institute em 2004, referentes sempre a população americana com idade igual ou superior a 40 anos¹².

Assim:

- **Prevalência de cataratas: 17.2%** (ECOS da Visão: 12,5%, IC95%: 10,5% ; 14,7%);
- **Prevalência de glaucoma: 2%** (ECOS da Visão: 2,5%, IC95%: 1,7% ; 3,7%);
- **Prevalência de degenerescência macular da idade: 7.6%** (ECOS da Visão: 4,0%, IC95%: 2,9% ; 5,5%);
- **Prevalência de retinopatia diabética: 3.4%** (ECOS da Visão: 14,6% , IC95%: 9,6% ; 21,8%, na amostra de diabéticos);
- **Prevalência de cegueira: 0.8%** (ECOS da Visão: 2,6%, IC95%: 1,8% ; 3,9%).

Os resultados epidemiológicos apresentados pela AAO nas suas *guidelines*, são sobreponíveis aos do NEI, o que deriva do facto dos estudos populacionais em que se baseiam serem os mesmos.

Se confrontarmos estes resultados com os objectivos definidos pela OMS no Vision 2020, verificaremos o longo caminho a percorrer no que respeita ao rastreio e tratamento das doenças oftalmológicas mesmo nos países desenvolvidos.

Os resultados do estudo relativos à prevalência de limitações de actividades diárias devidas a problemas de visão indicam que a grande maioria (84%) não se identifica com dificuldades. Resultado algo inesperado se tivermos em consideração tratar-se de uma variável com uma componente subjectiva apreciável e, em regra, a população portuguesa apresentar indicadores desfavoráveis nas questões relacionadas com a auto-percepção, nomeadamente, de saúde.

A prevalência de utilização de correcção refractiva foi de 72%. Este resultado é semelhante ao apresentado nas *Preferred Practice Pattern* preparadas pela Academia Americana de Oftalmologia; cerca de $\frac{3}{4}$ dos americanos com mais de 40 anos apresentam erros refractivos. No *Estudo Sociológico “Saúde Visual – Patologias, Cuidados e Ameaças”*¹⁵ foi encontrada uma percentagem de 55,8% de inquiridos com problemas de visão, muito provavelmente relacionados com erros refractivos; 82,5% dos indivíduos, com pelo um problema de visão, usa óculos. De assinalar a situação de prescrição por não médicos a 7% de utilizadores e 3% nunca terem consultado o médico.

A nossa amostra de utilizadores de lentes de contacto foi muito pequena (20), pelo que coloca limitações a qualquer tipo de análise. No entanto, como resultado contraditório ao que comumente é dado como adquirido, ou seja que um número apreciável de utilizadores de lentes de contacto as adquire, indevidamente, sem prescrição médica, todos os utilizadores de lentes de contacto do estudo referiram a prescrição das mesmas pelo médico.

Presume-se de maior interesse saber o padrão de utilização de consultas de oftalmologia do que propriamente conhecer o facto de já ter ocorrido alguma consulta ou não, até porque na sua maioria, 89%, os respondentes afirmaram terem sido consultados, pelo menos uma vez, por um oftalmologista.

Assim, analisando a regularidade de consulta, verificou-se que só 49% referem consultar o médico com regularidade. Considerou-se pertinente enquadrar, no possível, os resultados obtidos com o preconizado no Plano Nacional de Saúde da Visão³ para as consultas de vigilância, nomeadamente nas suas estratégias de intervenção E2, E3 e E4, em que se propõe uma observação oftalmológica das crianças dos 0-2 anos e outra entre os 2 e os 5 anos, um exame oftalmológico ocasional, às pessoas dos 14-45 e realização de um exame oftalmológico periódico de 4 em 4 anos as pessoas de 46 e mais anos.

Assim, de realçar que 54% das crianças dos 0-14 anos existentes na amostra, nunca foram consultadas por um oftalmologista. Especulativamente poderá ser dito que estas crianças poderão ter eventualmente sido rastreadas no âmbito oftalmológico noutro contexto que não uma consulta de oftalmologia, por exemplo, pelos seus pediatras, ou na saúde escolar.

Relativamente aos respondentes de 18 a 45 anos, 17% nunca foram a uma consulta de oftalmologia e serão, com certeza, indivíduos dos 25 aos 45, pois apurámos que todos os jovens dos 18 aos 24 tinham já tido uma consulta (Tabela 21).

Relativamente aos respondentes de 46 e mais anos, 8% nunca foram ao médico e 43% foram sem qualquer periodicidade, portanto, não cumprindo com as normas de vigilância para esta idade.

Não será demais frisar, que estes resultados não devem ser inferidos acriticamente para a população portuguesa. Contudo, apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de alguns valores, estes resultados podem constituir valores de referência, úteis na fundamentação de programas de prevenção/intervenção.

Referências

1. Garcia A. A Visão. Disponível em:
<http://www.telecentro.org/saude/Visao.asp>
2. VISION 2020 - THE RIGHT TO SIGHT. Disponível em:
http://www.v2020.org/right_to_sight/index.asp
3. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de saúde 2004-2010. Programa Nacional para a Saúde da Visão. Disponível em:
<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006909.pdf>
4. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003
5. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. Disponível em:
<http://www.share-project.org/index.php?page=Questionnaire&menue=3&sub>
6. National Center for Health Statistics (NCHS), National Institute on Aging (NIA). Vital and Health Statistics. Series Reports. Series 1: Programs and Collection Procedure. No. 28. The Longitudinal Study of Aging: 1984-90. Kovar, M. G., Fitti, J. E., Chyba, M. M. July 1992. 248 pp. (PHS) 92-1304. PB 93-109346 PC A12 MF A03. Disponível em:
http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_01/sr01_021_4.pdf
http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/10_193_5.pdf
7. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. *Inquérito Nacional de Saúde 1998/99*. Lisboa, ONSA: 2001
8. Collet D. *Modelling Survival Data in Medical Research*. Chapman & Hall, London, 1994
9. Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Annals of Statistics* 1984; 12: 46-60.
10. Rao JNK, Thomas, DR. *Analysis of categorical response data from complex surveys: an upraise and update*. In Analysis of Survey Data, ed. R. Chambers and C. Skinner. New York: John Wiley & Sons 2003.
11. SPSS 13.0 for Windows. Release 13.0 (1 sep 2004). SPSS Inc.
12. National Eye Institute. Statistics and Data. Data Tables. *Prevalence of Cataract, Age-Related Macular Degeneration, and Open-Angle Glaucoma among Adults 40 Years and Older in the United States*. Disponível em:
Archives of Ophthalmology 2004; Volume 122 e
http://www.nei.nih.gov/eyedata/pbd_tables.asp
13. American Academy of Ophthalmology. *Age-related Macular Degeneration*. Preferred Practice Pattern prepared by the American Academy of Ophthalmology Retina Panel 2005

14. Gonçalves MS. *Para iniciar o registo de crianças cegas ou com baixa visão, em Portugal*. Projecto de investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Equipa de investigação: Maria Salomé Gonçalves, Henrique de Barros, Daksha Patel. Porto 2005
15. SPO. Estudo Sociológico “Saúde Visual – Patologias, Cuidados e Ameaças”. Disponível em:
<http://www.spoftalmologia.pt/imagens/banco/EstudoSaudeVisual.doc>
16. American Academy of Ophthalmology. *Cataract in the Adult Eye Preferred Practice Pattern* prepared by the American Academy of Ophthalmology Anterior Segment Panel, 2001
17. American Academy of Ophthalmology. *Pediatric Eye Evaluation*. Preferred Practice Pattern. Prepared by the American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology Panel, 2002
18. American Academy of Ophthalmology. *Refractive Errors*. Preferred Practice Pattern prepared by the American Academy of Ophthalmology Refractive Errors Panel, 2002
19. American Academy of Ophthalmology. *Diabetic Retinopathy*. Preferred Practice Pattern prepared by the American Academy of Ophthalmology Retina Panel 2003
20. American Academy of Ophthalmology. *Primary Open-Angle Glaucoma Suspect*. Preferred Practice Pattern prepared by the American Academy of Ophthalmology Glaucoma Panel 2005
21. American Academy of Ophthalmology. *Primary Open-Angle Glaucoma*. Preferred Practice Pattern prepared by the American Academy of Ophthalmology Glaucoma Panel 2005

Anexo

Questionário sobre os olhos e a visão

O Instituto Ricardo Jorge está a realizar um estudo sobre os olhos e a visão. Importa-se de responder a umas perguntas?

Começamos pelas crianças da casa (0-14 anos)

Se não houver crianças passar para P2

Criança n^ox

P1 - Já foi observada alguma vez por um médico oftalmologista

(médico dos olhos)?

Sim ; Não ; NS ; NR

Se sim,

P2 - Que idade tinha quando foi à primeira consulta?

_____anos; NS ; NR .

Criança n^ox

P1 - Já foi observada alguma vez por um médico oftalmologista

(médico dos olhos)?

Sim ; Não ; NS ; NR

Se sim,

P2 - Que idade tinha quando foi à primeira consulta?

_____anos; NS ; NR .

De P3 a P10 o respondente dará informação sobre si próprio e de todos os elementos do agregado.

Comece pelos elementos do agregado.

Vamos começar por perguntar sobre as pessoas aí de casa.

O Sr.(a) _____ sofre ou sofreu de alguma destas situações:

	Sim	Não	NS	NR	Se sim, foi confirmado pelo médico?		
					Sim	Não	NS
P3 - Cataratas? <i>Se sim e se for o respondente, perguntar <u>só a este P11 e P12 e retoma em seguida P4 e seguintes</u></i>							
P4 - Glaucoma? <i>(doença provocada pela tensão elevada nos olhos)</i>							
P5 – Doença da retina relacionada com a diabetes?							
P6 - Doença da retina relacionada com a idade?							
P7 - Outra doença da retina?							
P8 - Cegueira para cores <i>(daltonismo, nos homens)?</i>							
P9 - Cegueira num ou em ambos os olhos? <i>Se sim, Um <input type="checkbox"/>; Ambos <input type="checkbox"/> ⇒ <u>acaba o questionário</u></i>							
P10 - Qualquer outra alteração de visão num ou em ambos os olhos <i>(responder mesmo que use óculos ou equivalente para corrigir)?</i>	Sim	Não	NS	NR	Se sim, foi confirmado pelo médico?		
					Sim	Não	NS
<i>Se sim,</i> Qual? _____							

De P11 em diante perguntar apenas ao respondente

Perguntar apenas se respondeu SIM em P3

P11 – Foi operado alguma vez às cataratas?

Sim ; Não ⇒ **P13**; NS ; NR

(Este salto só é feito depois de ter perguntado de P4 a P10)

Se sim:

P12– Ficou com lentes intra-oculares (*implante de lentes*)?

Sim ⇒ **P14**; Não ⇒ **P14**; NS ; NR

(Este salto só é feito depois de ter perguntado P4 a P10)

P13 – Já foi alguma vez observado por um médico oftalmologista

(médico dos olhos)?

Sim ; Não ⇒ **P16**; NR

P14 - Consulta o médico oftalmologista regularmente (*médico dos olhos*)?

Sim ; Não ; NR

P14.1 - Se sim, de quanto em quanto tempo vai ao oftalmologista

(médico dos olhos)(por ex., de seis em seis meses, anualmente, de dois em dois anos, etc.)?

_____meses (*caso a resposta seja em meses*)

_____anos (*caso a resposta seja em anos*)

P15 - Quando foi última consulta?

Nos últimos 12 meses (há menos de 1 ano)

Aproximadamente há |_|_| anos

NS

NR

P16 – Usa óculos (*incluindo “de aumentar”*)?

Sim, sempre ; Sim, para algumas tarefas ; Não ⇒ **P18**; NR

Se sim:

P17 - Os óculos foram receitados:

	Sim	Não	NS	NR
Médico oftalmologista (<i>dos olhos</i>)?				
“Oculista/Técnico óptico” (<i>técnico que gradua óculos no oculista</i>)?				
Outro? Quem _____				

P18 – Usa lentes de contacto (*lentes de tirar e pôr*)?

Sim ; Não ⇒ **P20**; NR

Se sim:

P19 - As lentes foram receitadas:

	Sim	Não	NS	NR
Médico oftalmologista (<i>médico dos olhos</i>)?				
“Oculista/Técnico óptico” (<i>técnico que gradua óculos no oculista</i>)?				
Outro? Quem _____				

Para terminar, as questões seguintes são acerca da qualidade da sua visão *se usar óculos ou lentes, será com estes*

P20 – Consegue ver bem as características de uma pessoa (*reconhecer um amigo*) se estiver a uma distância de 4 metros, por exemplo, do outro lado da rua ?

Sim ; Não ; NR

P21 – E a 1 metro de distância ?

Sim ; Não ; NR

P22 – Consegue ver bem televisão, incluindo as legendas a uma distância de 2 a 3 metros?

Sim ; Não ; NR

P23 – Consegue ver o suficiente para ler o jornal?

Sim ; Não ; NR

P24 – Consegue ver o suficiente para descer degraus?

Sim ; Não ; NR

Acabámos, muito obrigada(o) pela sua colaboração.