



# **Conhecimentos sobre Saúde Ocular: um estudo exploratório**

**(versão final após defesa)**

**Helena Beatriz Silva Martins**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Optometria e Ciências da Visão**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes

**Janeiro de 2025**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Helena Beatriz Silva Martins, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M10301 de/o Optometria e Ciências da Visão da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 09/01/2025

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned centrally below the date.



# **Agradecimentos**

Um agradecimento especial à minha família, principalmente aos meus pais que sempre me motivaram e encorajaram durante toda a elaboração deste trabalho, assim como ao longo de todo o meu percurso académico. Agradecer também aos meus amigos, que de uma maneira ou de outra, sempre se mostraram disponíveis nesta e em todas as etapas da minha vida. Por fim, um enorme agradecimento à Prof. Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes pelo seu apoio incondicional, pela constante disponibilidade e prontidão para me ajudar a concretizar esta dissertação.



# Resumo

**Objetivo:** este estudo tem como principal objetivo aferir o conhecimento da população em geral relativamente a saúde ocular através de um questionário. O intuito do mesmo é entender e analisar qual a informação que cada indivíduo tem sobre a temática e no caso de a ter, identificar as principais fontes de obtenção desse conhecimento.

**Metodologia:** foram inquiridos 190 participantes portugueses com idades compreendidas entre os 19 e os 77 anos de idade. Foram efetuadas questões genéricas sobre saúde ocular através de um questionário distribuído online e posteriormente os resultados foram agrupados por variável de estudo. Aplicou-se o teste estatístico de qui-quadrado para averiguar se o conhecimento da população difere entre grupos com características sociodemográficas semelhantes (sexo, grau de escolaridade e profissão).

**Resultados:** verificou-se que os resultados variam em função das diferentes características sociodemográficas, identificando-se grupos com níveis de conhecimento significativamente mais baixos em relação a outros. Das cinco patologias apresentadas, a DMRI mostrou ser a que a população tem menos conhecimento, enquanto que as cataratas mostraram ser a patologia sobre a qual a população tem mais conhecimento. Apesar de se terem encontrado diferenças entre sexo e segundo o grau de escolaridade, verificámos que existem diferenças mais significativas quando a população é estratificada pela profissão. No entanto, ao analisar as respostas deste grupo, observamos que ainda uma grande parte responde “Não sei”, principalmente quando falamos de erros refrativos e cataratas, o que indica que a necessidade de aprimorar o conhecimento sobre saúde visual deve ser feito não só na população não relacionada com a área da saúde mas em também junto dos indivíduos da área da saúde.

**Conclusão:** as características sociodemográficas da população fazem com que os conhecimentos sobre saúde ocular sejam distintos entre indivíduos. Observaram-se diferenças nos níveis de conhecimento segundo fatores como sexo, nível de escolaridade e área de profissão. Das características estudadas, o facto de trabalhar na área da saúde em geral ou não trabalhar na área da saúde mostrou ser a característica sociodemográfica mais significante, ainda que não em todas as patologias.

## Palavras-chave

Literacia Visual; fatores sociodemográficos; patologias oculares; saúde ocular;



# Abstract

**Background:** the main purpose of this study is to understand the knowledge of the population about eye health through a questionnaire. The aim of the questionnaire is to understand and analyze what information each individual has about the theme and if they do, where did they get it from.

**Methods:** the final sample had count with 190 participants with ages between 19 and 77 years. We evaluated the knowledge about visual health through a questionnaire distributed online and afterwards the result were grouped by study variable. Chi-squared test was applied to verify if the knowledge of the population changes with different sociodemographic characteristics (gender, education and profession).

**Results:** we verified that, for the different sociodemographic characteristics, the results vary a lot, and the significance is not equal in the different study groups. From the five pathologies presented, ARMD appears as the one which the population less knows about, whereas cataracts showed to be the one which the population knows the most. In terms of gender and level of education, we verified that the difference between these groups is not as significant as the one seen when we group the population based on their profession, observing that in non-related with health professionals the knowledge is lower. However, by analyzing the answers from this group, we can see that there are still a lot of “I don’t know” answers, specially when we talk about refractive errors and cataracts, what shows that there is a need to improve knowledge about visual health not only in the population that doesn’t work in the health sector but also in the population related with this sector.

**Conclusion:** The sociodemographic characteristics of the population mean that their knowledge about eye health differs between individuals. We found differences in the levels of knowledge accordingly to different characteristics such as sex, level of education and professional career. Of the characteristics studied, the fact of working in the healthcare sector in general or not working in the healthcare sector proved to be the most significant sociodemographic characteristic, although this doesn’t apply to every pathology.

## Keywords

Health literacy; sociodemographic characteristics; eye pathologies; eye health;



# Índice

1. Introdução .....	1
1.1 Contextualização da temática .....	1
1.2 Objetivos .....	1
2. Enquadramento teórico .....	2
2.1 Conceitos e Definições .....	2
2.1.1. Literacia em saúde .....	2
2.1.2. Promoção da saúde .....	3
2.1.3. Deficiência Visual .....	4
2.1.4. Determinantes da saúde visual .....	5
2.2 Saúde Ocular .....	7
2.2.1. Problemas visuais mais comuns .....	7
2.2.2. Barreiras à saúde ocular .....	9
2.3 Promoção da Saúde Ocular .....	10
2.3.1. Educação para a saúde ocular .....	11
2.3.2. Exemplos práticos .....	12
2.3.3. Ações de promoção da saúde ocular .....	14
3. Metodologia .....	17
3.1. População .....	17
3.2. Equipamentos e Ferramentas .....	18
3.3. Tratamento de dados .....	19
4. Resultados .....	20
4.1. Caracterização da amostra .....	20
4.1.1. Características Sociodemográficas .....	20
4.1.2. Caracterização consoante a condição visual .....	25
4.2. Análise descritiva dos conhecimentos sobre saúde ocular .....	26
4.3. Influência de diversos fatores .....	30
5. Discussão .....	38
5.1 Limitações do estudo e trabalhos futuros .....	40
Bibliografia: .....	41
Anexo 1: .....	44
Anexo 2: .....	56



# Lista de Figuras

- Figura 1 - Nível de literacia na população portuguesa
- Figura 2 – Distribuição da amostra por idades
- Figura 3 – Distribuição da amostra segundo o sexo biológico
- Figura 4 – Distribuição da amostra de acordo com a área de residência
- Figura 5 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade
- Figura 6 - Distribuição da amostra quanto ao emprego
- Figura 7 - Distribuição da amostra quanto ao trabalho na área da saúde visual
- Figura 8 - Distribuição da população segundo a procura de ajuda profissional na área da saúde visual
- Figura 9 - Distribuição da população consoante o tipo de prescrição que utiliza
- Figura 10 - Distribuição da população em função do conhecimento sobre o primeiro sinal/sintoma de cada condição visual
- Figura 11 - Distribuição das respostas quanto ao conhecimento sobre o tratamento das condições visuais
- Figura 12 - Distribuição da população segundo o conhecimento sobre o pior efeito das condições visuais questionadas
- Figura 13 - Distribuição da população quanto ao método de obtenção de informação sobre as patologias oculares apresentadas
- Figura 14 – Pior efeito dos Erros Refrativos
- Figura 15 – Tratamento das Cataratas
- Figura 16 – Conhecimento sobre a possibilidade de tratamento das Cataratas
- Figura 17 – Distribuição da amostra quanto ao glaucoma
- Figura 18– Distribuição da amostra quanto à DMRI
- Figura 19– Perceção sobre qual é o pior efeito dos erros refrativos (sem os profissionais de saúde visual)
- Figura 20– Distribuição da amostra quanto à RD (sem os profissionais de saúde visual)
- Figura 21 – Distribuição da amostra quanto ao glaucoma (sem os profissionais de saúde visual)
- Figura 22– Distribuição da amostra quanto à DMRI (sem os profissionais de saúde visual)



# **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Conhecimentos sobre catarata dos pacientes residentes numa cidade no norte da Etiópia

Tabela 2 - Recomendações para a educação em saúde

Tabela 3 – Resultados globais do questionário



# **Lista de Anexos**

Anexo 1 – Questionário

Anexo 2 – Resultados globais



## **Lista de Acrónimos**

ARMD – Age-Related Macular Degeneration

DMRI - Degenerescência Macular Relacionada com a Idade

ER - Erro Refrativo

OMS - Organização Mundial da Saúde

RD - Retinopatia Diabética

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

# Capítulo 1

## 1. Introdução

### 1.1 Contextualização da temática

A utilização, o conhecimento e a procura de serviços de saúde ocular podem variar com diversos fatores nomeadamente a raça, fatores económicos, fatores demográficos, crenças, nível de conhecimento, relação profissional de saúde-paciente, nível de literacia noutras áreas da saúde, entre outros. (1,2)

Reunir informação sobre o conhecimento da população relativamente aos problemas de saúde ocular, com foco nos distúrbios mais frequentes é de extrema importância para que assim se possam desenhar estratégias de intervenção como ações de educação para a saúde ocular. Efetuando uma exploração sobre os conhecimentos básicos da população será possível identificar grupos populacionais e temáticas onde se revele ser mais prioritário atuar, promovendo uma maior consciência sobre os problemas de saúde ocular, as suas consequências e formas de mitigação desses problemas.

### 1.2 Objetivos

O objetivo deste trabalho é efetuar um estudo exploratório que vise identificar quais os temas sobre saúde ocular que são mais desconhecidos e identificar, quais as características sociodemográficas dos participantes que revelem menor nível de conhecimentos sobre o tema, numa amostra da população portuguesa.

# Capítulo 2

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1 Conceitos e Definições

#### 2.1.1. Literacia em saúde

A literacia em saúde refere-se ao conhecimento, à motivação e às competências do indivíduo para entender, interiorizar e aplicar a informação obtida de maneira a ser capaz de ter pensamento crítico e tomar decisões no dia-a-dia relativamente à saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde assim como manter e melhorar a qualidade de vida. (3)

Durante muito tempo, a educação do paciente relativamente à saúde foi pouco valorizada, pois a ação do médico, pessoa responsável quer pelo diagnóstico quer pelo tratamento, assentava num modelo biomédico fundamentado pela teoria de patogénese. Neste modelo, a abordagem do profissional de saúde tem como visão central a causa da doença, focando-se na doença, no tratamento e na sua prevenção. O paradigma salutogénico, proposto por Antonovski em 1979, surge por oposição ao termo patogénese e tem como foco a promoção da saúde. (4) A proposta deste paradigma não pretendia substituir o modelo anterior, mas complementá-lo e a sua importância foi amplamente discutida na OMS, e expressa na carta de Ottawa em 1986. (5) No entanto, os modelos de promoção de saúde que abordam essa complementaridade são ainda escassos.

O programa “Healthy People 2030 initiative” adotado nos Estados Unidos, redefine a literacia em saúde, a um nível multissetorial, envolvendo perspetivas individuais e organizacionais. A literacia organizacional em saúde é definida como o grau com o qual as organizações capacitam os indivíduos na procura, no uso de informações e na utilização de serviços de saúde para tomar decisões relativamente à sua saúde. Literacia em saúde pessoal é definida como a extensão na qual as pessoas conseguem procurar, compreender e utilizar informação e os serviços de saúde para tomar decisões sobre a sua saúde pessoal, mas também sobre a saúde dos outros. Estas novas definições enfatizam não só a habilidade de processar a informação e de usá-la, mas também a responsabilidade das organizações de apresentarem informação e acesso a cuidados de saúde de forma fácil e prática para toda a população mundial. (6)

A literatura científica tem reportado que as pessoas com mais limitações a nível da literacia são principalmente indivíduos com baixos níveis de educação, pessoas mais idosas e minorias raciais ou étnicas. (3,7)

Os indivíduos, ou grupos populacionais que apresentam piores níveis de literacia, são os que revelam mais dificuldades em seguir corretamente os tratamentos, em tomar medicação conforme prescrito, em ler os rótulos das medicações assim como apresentam mais dificuldade em comunicar com o profissional de saúde relativamente à sua condição médica revelando dificuldade em reportar sintomas por falta de vocabulário e a apresentar informação relevante, dificultando a compreensão do problema e condicionando o diagnóstico. No que toca à relação profissional de saúde-paciente, a interação entre os dois é essencial para que os resultados sejam os melhores. Fatores associados a uma boa interação/relação entre profissional de saúde – paciente incluem a não desacreditação do paciente (o paciente tem de sentir que é levado a sério, que está a ser ouvido e que está envolvido), a capacidade e o à-vontade do paciente para com o profissional de modo a explicar os seus sintomas corretamente e promover um bom diálogo entre os dois. (8)

### **2.1.2. Promoção da saúde**

Segundo a carta de Ottawa, “Para alcançar um estado completo de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o meio ambiente. A saúde é vista como um recurso para o dia-a-dia, não o objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas.” (5) Promoção da saúde é, portanto, um termo amplo, que engloba várias vertentes, entre as quais Educação para a saúde e Promoção da literacia em saúde. As ações de promoção da saúde visam dotar o indivíduo de capacidades para obter, compreender e usar a informação adquirida, para promover e manter uma boa saúde, assim como conhecer, saber usar e ter facilidade de acesso aos serviços necessários para tomar decisões apropriadas relativamente à sua saúde. (1,3)

A OMS considera que a qualidade dos serviços de saúde depende de vários fatores, nomeadamente da sua efetividade, da segurança e eficiência, além de ser um serviço prestado e centrado no indivíduo, com tempos de espera reduzidos, um serviço equitativo (independentemente da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, entre outros). (9)

Na realidade portuguesa, a estratégia nacional para a saúde definida para 2030, é investir nos determinantes de saúde e bem-estar através do reforço dos fatores protetores da saúde e da redução dos fatores de risco, sem deixar ninguém para trás. Não deixar ninguém para trás implica identificar grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou risco, em função do diagnóstico de

desigualdades e iniquidades em saúde, como são as pessoas de baixo nível de escolaridade, baixo rendimento, em situação de sem-abrigo, pertencentes a minorias étnicas e religiosas, com diferente orientação sexual e identidade de género, entre outras. Atualmente vive-se uma situação de agravamento das desigualdades sociais devido a vários fatores como a crise pandémica e ao impacto dos conflitos armados, o que exige que as medidas e intervenções sejam diferenciadas dentro das populações ou grupos da população que sejam social e economicamente mais vulneráveis. Surge, neste plano desenhado para 2030, o conceito de saúde sustentável, segundo o qual o alcance do melhor nível de saúde da população não deverá comprometer a saúde e bem-estar das gerações futuras. Almejar por cuidados de saúde e bem-estar implica o envolvimento de todo o sistema de saúde e diversos *stakeholders* na ação sobre os determinantes de saúde e na prestação de cuidados. Assim, o plano de saúde 2030 para Portugal tem como objetivo selecionar as estratégias de saúde adequadas à mudança, visando a redução das iniquidades em saúde, para uma saúde sustentável de todos e para todos. (10)

### **2.1.3. Deficiência Visual**

A deficiência visual ocorre quando uma condição ocular afeta o sistema visual e uma ou mais das suas funções. A deficiência visual tem sérias consequências para um indivíduo ao longo da sua vida sendo que muitas dessas consequências podem ser mitigadas com o acesso a cuidados de saúde ocular e de reabilitação atempados. Assim, os cuidados com a visão devem começar logo na infância, sendo que todas as crianças, ainda que não apresentem sinais de morbilidade ocular, devem ser submetidas a *check-ups* regulares. (8)

Apesar da visão constituir um dos sentidos mais importantes para o ser humano, a sua valorização e a sensibilização para o cuidar da saúde ocular é uma temática pouco desenvolvida quer em países desenvolvidos quer em países subdesenvolvidos. No entanto, para quem sofre de deficiência visual, a perda de visão é encarada como tendo um grande impacto negativo na sua rotina diária, pois a esta condição estão frequentemente associadas restrições ocupacionais, económicas, sociais e psicológicas. (1,2,11) O facto de a população mundial estar em constante crescimento e com o aumento da esperança média de vida, permite prever que o aumento de problemas visuais vai ser cada vez maior, reduzindo a produtividade da população e acarretando mais encargos a nível económico para todos os países. (8) Foi estimado que em 2020, 1.1 mil milhões de pessoas teriam algum tipo de deficiência visual e que a tendência era que estes valores aumentassem para 1.8 mil milhões em 2050. (12)

Apesar de escassos, existem estudos na literatura onde se reconhece que o conhecimento público de doenças oculares e o seu respetivo tratamento é fraco e que em algumas etnias, este problema é ainda maior do que noutras. (13–15)

No sistema nacional de saúde português, o acesso aos serviços de saúde ocular são da responsabilidade dos serviços de oftalmologia, que estão centrados nos hospitais, logo, sempre que um profissional de saúde reencaminha um paciente, tem obrigatoriamente, de o fazer para este serviço, sobrecarregando-o e prolongando as listas de espera. Estas longas listas de espera induzem o cidadão a procurar serviços alternativos como a medicina privada e os serviços de óticas comerciais, sem qualquer apoio financeiro. Esta situação gera enormes desigualdades, o que pode condicionar os pacientes de estratos sociais mais baixos a não procurarem ajuda profissional. (2)

#### **2.1.4. Determinantes da saúde visual**

As disparidades a nível da saúde existem em todos os campos da medicina, pelo que é expectável que também existam na saúde ocular. Estas disparidades refletem-se na diferença dos resultados obtidos que surgem devido a desigualdades que afetam do ponto de vista médico, as populações mais desfavorecidas. A desigualdade na saúde deve-se a uma distribuição desigual de determinantes da saúde, de resultados e de recursos entre e dentro de diferentes grupos de uma determinada população. (14–16) Os determinantes sociais da saúde são os fatores não médicos, tais como, sociais, económicos, ambientais e estruturais que determinam o estado de saúde do indivíduo e da população. Dizem respeito às condições e ao ambiente em que as pessoas crescem, vivem, aprendem, trabalham e envelhecem, que afetam os resultados em saúde. Estes determinantes podem-se dividir em 5 grandes grupos: acesso e qualidade dos serviços de saúde, estabilidade económica, qualidade e acesso à educação, vizinhança e ambiente envolvente e por fim, contexto social e comunitário. (16)

Determinantes de caráter fisiológico, como a idade e o sexo, são bem conhecidos. No que toca à idade, a população mais envelhecida é desproporcionalmente mais afetada pela deficiência visual e pela cegueira. Por exemplo, nos Estados Unidos, o número de pessoas afetadas por deficiência visual moderada ou grave tem estado a aumentar de maneira constante com o envelhecimento da população, estimando-se que estes dados aumentem em 25% o número de pessoas com deficiência visual e em 21% o número de pessoas cegas até 2050. (16) Em Portugal, a prevalência de deficiência visual na população acima dos 55 anos é de 2,75% superior quando comparada com a da restante população. A prevalência de deficiência visual aumenta de 7 para 300 por 10 000 habitantes quando passamos da população com idade inferior a 25 anos para a população com idade superior a 64 anos. (17)

Idosos com deficiência visual enfrentam uma infinidade de desigualdades demográficas e sociais, incluindo dificuldades físicas e funcionais, maiores encargos relacionados com a saúde, maiores dificuldades a nível da sua saúde mental, pior qualidade de vida relacionada com os seus problemas de saúde e maior morbidade e mortalidade quando comparados com a população idosa

mas sem problemas visuais. Aproximadamente 3,6% da população idosa dos Estados Unidos vive em lares sendo que entre 63,8% a 73,0% destes idosos tem algum problema visual. (16)

No entanto, um estudo conduzido em 2022 revelou que mesmo pertencendo a um grupo da população considerado como mais débil, a população mais idosa tende a ser o grupo populacional que mais procura ajuda a nível profissional. (14)

Quanto ao sexo, não há uma evidência tão forte para a desigualdade na deficiência visual. Os dados mais recentes da literatura referem que a cegueira é mais prevalente nas mulheres ainda que não exista nenhuma etiologia identificada para esta discrepância. Assume-se que esta diferença possa ser devida por um lado ao facto de que as mulheres têm uma esperança média de vida superior à dos homens, e por outro as predisposições biológicas. (16) Foi realizado um estudo cujo objetivo era avaliar como é que as diferenças dos determinantes sociais da saúde influenciavam a prevalência de deficiência visual e cegueira e relativamente ao sexo, foi descrito que efetivamente as mulheres têm uma maior prevalência para estas condições e, para além das razões já mencionadas, foram também reportadas como possíveis razões a discriminação de género e o facto de que habitualmente o sexo feminino tende a trabalhar por mais horas do que o sexo masculino afetando negativamente a sua saúde. No entanto, estas justificações teriam de ser alvo de um estudo mais aprofundado para poderem ser devidamente discutidas. (15)

São determinantes sociais da saúde o acesso a serviços de saúde de qualidade, que engloba a facilidade de acesso aos mesmos, os seguros de saúde, a literacia em saúde, o acesso ao ensino e a qualidade do mesmo que recai sobre tópicos como a escolaridade obrigatória, a existência de estruturas de ensino e o início do percurso escolar em idades mais jovens, o contexto social e da comunidade em que se insere um indivíduo que remonta à coesão entre os membros da mesma, o envolvimento cívico, as condições de trabalho e a discriminação, a estabilidade financeira que engloba os rendimentos, a pobreza, a taxa de emprego e, por fim, a vizinhança e o ambiente em que um indivíduo se encontra, se tem facilidade de acesso a transportes públicos e se há qualidade de habitação. (16) Para a população, os determinantes sociais da saúde podem ter um impacto direto na sua capacidade de acesso, adesão aos serviços de saúde e recomendações clínicas. Os determinantes sociais de saúde são fundamentais para a abordagem de fatores subjacentes que contribuem para a desigualdade na saúde. (14)

## **2.2 Saúde Ocular**

### **2.2.1. Problemas visuais mais comuns**

Quando falamos de problemas visuais, devemos diferenciar aqueles que causam deficiência visual daqueles que normalmente não o fazem, tendo em consideração que aqueles que causam são o principal foco das estratégias de prevenção e intervenção, mas os outros não devem ser desvalorizados pois acarretam um conjunto significativo de sintomas e conseqüentemente interferem negativamente na vida do paciente. (8)

A OMS caracteriza a conjuntivite, o olho seco, o pterigium e as disfunções das glândulas palpebrais como sendo os principais problemas visuais que por regra, não ameaçam a visão, mas que são os que mais levam a população a procurar ajuda profissional devido à sintomatologia associada. (8) Dos problemas que ameaçam a visão e podem levar à cegueira destaca-se a degeneração macular relacionada com a idade (DMRI), as cataratas, as opacidades corneais, a retinopatia diabética, o glaucoma, o tracoma e os erros refrativos, reconhecendo-se a importância de diagnóstico e tratamento precoce para prevenir a perda de visão. Apesar destes serem os mais prevalentes, grande parte da população não tem qualquer conhecimento sobre o que são e em que consistem e alguns indivíduos com patologias oculares não têm sequer conhecimento de que sofrem desse problema. Isto leva a que só se procura apoio e solução quando a patologia se encontra em estado avançado, o que piora significativamente o prognóstico de tratamento. (8) De acordo com os últimos dados fornecidos pela OMS, estima-se que existam, em todo o mundo, 124 milhões de pessoas com baixa visão das quais aproximadamente  $\frac{1}{4}$  iria beneficiar com serviços específicos e apropriados para a baixa visão. (18)

A prevalência da dificuldade visual e de várias doenças oculares aumenta com a idade e pode variar com diversos fatores, tais como com a raça, etnia, estado socioeconómico, localização geográfica e sexo. Em 2020, condições como as cataratas, erros refrativos não corrigidos, retinopatia diabética e glaucoma foram consideradas as principais causas de deficiência visual e cegueira evitáveis na população com idade igual ou superior a 50 anos e por isso, a deteção e a intervenção atempada têm um grande potencial para reduzir a morbilidade causada por estas condições. (19)

Estimativas globais sobre a incidência da cegueira entre 1968 e 1970 demonstraram taxas de prevalência 2,8 vezes maiores em indivíduos de raça negra quando comparado com indivíduos de raça caucasiana. Vários outros estudos epidemiológicos também demonstraram uma maior incidência de deficiência visual e cegueira entre negros americanos, hispânicos americanos, asiáticos americanos e americanos nativos. Os adolescentes de raça negra e de raça hispânica também demonstram maiores taxas de deficiência visual sendo que se projeta que, até 2060, sejam o primeiro e o segundo grupo com maiores taxas de incidência de deficiência visual,

respetivamente. As taxas de incidência de deficiência visual na população, após alguns estudos, continuam a ser maiores em grupos de raça não caucasiana do que na caucasiana. (16)

Considerando que as cataratas e os erros refrativos não corrigidos são deficiências visuais que têm uma fácil solução - cirurgia e óculos, respetivamente - podemos concluir que são deficiências evitáveis. Contudo, a deficiência visual devida a estas condições, continua a ser das principais causas de incapacidade visual em todo o mundo, incluindo as regiões consideradas desenvolvidas. Foi reportado num estudo de 2020, que a cegueira devido a cataratas e a erros refrativos não corrigidos representa 50% da cegueira global e que a deficiência visual moderada a grave devido a cataratas e a erros refrativos não corrigidos representa 75% da deficiência visual global. (19)

Aplicando agora esta temática à realidade portuguesa, estima-se que em Portugal, metade da população tem algum problema visual, desde a diminuição da acuidade visual até à cegueira e que aproximadamente 20% das crianças e metade da população adulta sofre de algum erro refrativo significativo. Preconiza-se ainda que cerca de metade das pessoas com cegueira ainda se encontra em idade produtiva. As principais causas de perda de visão em adultos portugueses, para além dos erros refrativos, são as cataratas, retinopatia diabética, glaucoma e doenças maculares tais como a DMRI. (20) De acordo com um estudo conduzido em 2022, que tem como base de dados a informação recolhida de diversas instituições portuguesas entre os anos de 2014 e 2015, observamos que há várias patologias a nível da retina, coróide, globo ocular e disco ótico que causam deficiência visual, mas que os que mais afetam a população portuguesa são a RD e as cataratas, seguindo-se a DMRI e o glaucoma. (17)

### **2.2.2. Barreiras à saúde ocular**

Há várias barreiras no que toca à saúde ocular. Em primeiro lugar, e considerando esta como uma das principais, temos o acesso aos serviços de saúde. Tem sido reportado que os serviços de saúde visual têm de ser melhor distribuídos geograficamente e tem de haver um fortalecimento dos mesmos de maneira a toda a população poder usufruir deles. (20) A deteção de problemas oculares atempada e o adequado acompanhamento nem sempre é fácil, pois a distribuição geográfica dos profissionais de saúde não é uniforme e em certas áreas é até reduzida, não chegando a toda a população. Para além disso, os exames complementares de deteção e tratamento de patologias oculares, os dispositivos de tratamento como os óculos e outros tipos para melhoramento da visão, tais como os serviços de reabilitação em casos de baixa visão, não estão incluídos nos cuidados de saúde primários. (21) Para prevenir a perda de visão e promover a saúde ocular é imperativo que se abordem temas como a vigilância e a educação pública, sendo necessário que haja coordenação entre a deteção, a examinação e o tratamento. (2)

Em segundo, é preciso que os serviços de saúde ocular não estejam apenas concentrados em hospitais, o que permitiria mitigar as longas listas de espera. Estes tempos de espera levam a que pessoas com maior poder económico recorram a outras vias como as óticas e os serviços privados. (11) Um estudo recente, realizado em Portugal, reporta que o tempo médio de espera em alguns hospitais era entre 171 a 180 dias e ainda que, na pior das situações, o tempo de espera era de 783 dias, em 2017. (22) Os autores referem que este tempo de espera se deve à falta de cuidados primários de saúde ocular no sistema nacional de saúde, sugerindo que aproximadamente 60% das condições oculares da população portuguesa possam ser resolvidos a um nível de cuidados primários. (22) A OMS recomendou a utilização de modelos de cuidados visuais oftalmologista-optometrista, cuja eficácia já está comprovada noutros países onde esta força de trabalho foi integrada. A abordagem da organização dos serviços de saúde para a prestação de cuidados de saúde visual deve seguir as mesmas orientações utilizadas nas outras áreas da medicina, diferenciando-a por níveis: primário, secundário e terciário. (22)

Em terceiro lugar, a consciencialização da população relativamente ao tema “saúde ocular” tem de ser mais efetiva para diminuir o número de indivíduos que não procura ajuda profissional atempada ou que não a procura de todo. (1) A falta de literacia em saúde representa uma barreira à utilização de serviços de saúde preventivos, o que leva o paciente apenas a procurar ajuda profissional quando a doença ocular já se encontra em estados mais graves, assim como contribui para o aumento não controlado de doenças crónicas e para o aumento dos custos com a saúde. (1,9) Atuar na promoção da saúde, prevenindo problemas visuais ainda na infância, são estratégias que ajudarão a atingir os objetivos propostos pela OMS no programa “Vision 2020”, tais como a diminuição ou até o fim da cegueira evitável. (23)

## 2.3 Promoção da Saúde Ocular

A cegueira e a deficiência visual têm impacto não só a nível individual, mas também a nível comunitário e social. A carga da doença ocular afeta o cidadão, as suas famílias, cuidadores e a comunidade em geral, gerando elevados impactos a nível económico e não só. Estas condições têm influência a diversos níveis tais como perda da qualidade de vida, da independência e perdas de produtividade, contribuindo ainda para o excesso da mortalidade e agravamento de outras comorbidades tais como a depressão, doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial. Os maiores custos são causados pela perda de produtividade e pela perda de postos de trabalho, seguindo-se os custos associados à prestação de cuidados (a tempo inteiro ou não), os custos das hospitalizações recorrentes e o uso de dispositivos e de serviços médicos e de suporte clínico. (8)

É necessário que os planos de ação tenham em especial atenção o financiamento de planos de saúde visual, demonstrando o impacto económico da cegueira/deficiência evitável, o custo das intervenções médicas/cirúrgicas a nível ocular e os benefícios financeiros da prevenção precoce da cegueira e da deficiência visual evitável. O acesso aos serviços de saúde ocular e os custos a eles associados deveriam ser um tópico de preocupação para os governos devido ao envelhecimento da população e à expansão de tecnologias médicas dispendiosas que colocam uma pressão significativa nos sistemas de prestação de cuidados de saúde. (12)

Num estudo realizado sobre os custos associado à deficiência visual, onde se incluíram 9 países, estimou-se que o custo anual da deficiência visual moderada a grave varia entre 0,1 mil milhões de dólares até a um valor tão alto como 16,5 mil milhões de dólares. Refere ainda que relativamente aos custos anuais globais de perda de produtividade associados à deficiência visual, provenientes apenas da miopia e da presbiopia, aumentam para valores entre os 25,4 mil milhões de dólares e os 244 mil milhões de dólares. Segundo a OMS, o investimento financeiro necessário a nível do sistema de saúde atual para solucionar problemas relativos a erros refrativos e às cataratas seria de 24,8 mil milhões de dólares, ou seja os custos envolvidos no tratamento são custo-efetivos face à perda de produtividade. (8)

Considera-se promoção da saúde ocular todas as intervenções que visam a proteção e/ou melhoria do nível visual de um indivíduo e da população. (2) A maioria destas têm lugar em escolas e nos serviços de saúde pública, visto que é nestes locais que há mais contacto e capacidade de interação com os indivíduos de maneira a detetar qualquer tipo de defeito visual. (24) É por isso de extrema importância que principalmente os indivíduos que se encontram ligados a estas áreas de atuação tenham formação sobre o que é a saúde ocular, quais os sinais e sintomas a que devem estar atentos e qual o tipo de aconselhamento a ser feito em casos de deteção de alguma anomalia visual. (11)

### **2.3.1. Educação para a saúde ocular**

Contribuir para que a população melhore a sua literacia em saúde visual é um meio eficaz para reduzir as disparidades no que toca aos cuidados primários de saúde visual, sendo particularmente importante em populações com predisposição para doenças oculares mais graves. (9) Por outro lado, quanto maior o conhecimento e a compreensão relativamente à saúde ocular, maior a sensibilidade e maior a consciência para valorizar a execução de exames oculares de rotina, o que ajuda na deteção e tratamento precoce e contribui verdadeiramente para a redução de problemas de incapacidade visual evitáveis. (7)

Na promoção da saúde visual, o investimento na Educação é fundamental. Deve-se atender aos fatores que poderão ter um impacto positivo na consciencialização para a adequada utilização dos serviços de saúde. Alguns dos aspetos a ter em conta são: melhorar a comunicação com o paciente (utilizando uma linguagem simples, evitando jargão), aumentar o número de iniciativas que promovam a educação para a saúde ocular na população, simplificar o material de informação para o paciente. Mas não basta dotar o paciente dos conhecimentos adequados, é necessário também tornar os serviços mais acessíveis e mais próximos, aumentar o número de profissionais de saúde onde se verifica haver insuficiência. Melhorar a literacia na saúde visual da população e facilitar o acesso aos serviços de saúde ocular são primordiais para diminuir o número de indivíduos que não se desloca aos estabelecimentos de cuidados de saúde, quando precisa. (6)

A maioria da população pensa que ter uma doença ocular é sinónimo de não ver bem, acreditando que facilmente conseguiriam detetar alguma alteração a nível do sistema visual, caso o possuíssem. No entanto, estas crenças não estão corretas tendo em conta que, por exemplo, cerca de 50% das pessoas que têm glaucoma não sabem que o têm. (13) Num estudo realizado na comunidade canadiana, a maior parte da população inquirida afirmou que no caso de terem alguma alteração no sistema visual iriam obrigatoriamente ter sintomas enquanto apenas uma minoria estava ciente de que as disfunções visuais e as alterações nas prescrições podem não vir acompanhadas de sintomatologia. (13)

Ressalve-se que a educação para a saúde visual deve ser multissetorial, devendo ser providenciada a partir de interações a vários níveis e envolvendo diversos setores, desde os profissionais de saúde, a sociedade e a população, organizações e instituições, municípios e autoridades. As ações participativas e de multinível têm como objetivo aumentar o conhecimento sobre doenças oculares a um nível individual e coletivo, melhorar a adesão às consultas de rotina recomendadas e melhorar o comportamento cooperativo relativamente às recomendações de tratamento, com as acessibilidades adequadas de forma que as escolhas mais saudáveis e promotoras de saúde sejam também as escolhas mais fáceis para a população. (6)

### **2.3.2. Exemplos práticos**

Os problemas refrativos mais frequentes são a miopia, seguindo-se a hipermetropia e por fim o astigmatismo. (8,24) A miopia é uma condição refrativa que acarreta sintomatologia, e onde se pode observar um semi-cessar dos olhos do paciente, demonstrando o esforço do mesmo para realizar tarefas de longe, por isso, desde que o indivíduo procure os serviços adequados e reporte os sintomas, torna-se fácil identificá-la. Relativamente à hipermetropia, podemos identificar como sintomas mais frequentes as cefaleias (provenientes do esforço acomodativo) e a hiperemia conjuntival e para o astigmatismo, o principal sintoma a ter em conta é a astenopia. (24) Significa então que um indivíduo com conhecimentos relativamente à saúde ocular é capaz de identificar estes sintomas e relacioná-los à saúde visual, para posteriormente procurar e/ou ser encaminhado para os serviços adequados. No entanto, quando não há conhecimento sobre sinais e sintomas de alterações oculares, o paciente não é referenciado, atrasando o diagnóstico e o tratamento. Um exemplo bastante pertinente desta situação é relatado por Shrestha e a sua equipa que demonstraram que numa população de professores, os erros refrativos foram considerados como pouco ou nada graves o que se traduz numa não referência para um profissional de saúde e neste caso, como lidam com um público pediátrico, poderá contribuir para o desenvolvimento de outros problemas oculares mais severos como a ambliopia ou o estrabismo. (24)

A catarata afeta todos os grupos etários, ainda que a sua maior incidência seja em pessoas com idade superior a 50 anos. É a causa de cegueira evitável que mais se consegue prevenir quando tratada atempadamente. Por outro lado, quando não tratada, resulta em complicações que acabam em cegueira, impactando negativamente a nível psico-social, económico e manifestando-se a nível individual, familiar e a nível da comunidade. (25) Num estudo realizado na Arábia Saudita em 2019, foi determinado que as cataratas continuavam a ser a principal causa de cegueira em termos globais, sendo responsáveis por 51% da cegueira mundial, o que representa aproximadamente 20 milhões de pessoas. (18)

Foi realizado um questionário na comunidade da Etiópia, cujo objetivo era determinar se a população sabia qual a definição de catarata, os seus fatores de risco, sintomas, complicações, opções de tratamento e estratégias de prevenção. Os resultados (mais pertinentes) são apresentados na tabela 1. (25)

Tabela 1 – Conhecimentos sobre catarata dos pacientes residentes numa cidade no norte da Etiópia

Questão	Respostas (n=562)		
	Correta	Incorreta	Não sabe
Definição de catarata	130	290	142
Sintomas da catarata	366	70	126
Idade como fator de risco	201	223	138
Trauma como fator de risco	198	200	164
UV como fator de risco	262	101	199
Pior efeito da catarata	345	141	76
Existência de tratamento	451	25	86
Melhor opção de tratamento	381	126	55
Reversibilidade visual após tratamento	380	44	138
Prevenção de fatores de risco	226	117	219
Mecanismos de prevenção	101	125	336

Foi realizado um estudo com o intuito de perceber se o conhecimento e a atitude perante as doenças oculares estava diretamente relacionado com o uso dos serviços de saúde que estão à disposição da população. Neste estudo foi feita a distribuição de um questionário e após a obtenção do mesmo, os resultados foram analisados e foram criadas relações entre cada problema ocular e a procura de cuidados de saúde ocular. O questionário abordava problemas oculares como as cataratas, glaucoma, DMRI e erros refrativos. Determinou-se então que há uma relação entre todos os problemas oculares inquiridos e a procura de ajuda profissional, o que suporta a ideia de que o conhecimento e as atitudes perante um problema visual são fatores determinantes na procura de cuidados de saúde ocular. (26)

### 2.3.3. Ações de promoção da saúde ocular

As ações de promoção da saúde ocular apelam à mudança. Por um lado têm o potencial de aumentar a adoção de hábitos saudáveis, alterando comportamentos que afetam as condições oculares, por outro têm a capacidade de aumentar a consciencialização para a dimensão do problema, facultando a informação necessária que auxilie os indivíduos a uma utilização de serviços de saúde ocular adequados e em tempo útil. O objetivo destas intervenções é capacitar a população para o controlo da sua saúde, informando-as de quais os fatores que a promovem e de como mantê-la, evitando a exposição a fatores que a colocam em risco. (8)

A distribuição e disseminação de informação relativa à saúde e a otimização da literacia em saúde, e em particular na saúde visual, representam um dos maiores requisitos para diminuir as disparidades na procura de cuidados de saúde ocular e por isso a mesma deve seguir algumas recomendações como as apresentadas na tabela 2. A disseminação desta informação merece mais atenção, isto porque uma parte da população não tem capacidade nem meios de compreensão para entender o vocabulário com que esta informação é apresentada. O material de informação apresentado à população deve ser escrito numa linguagem simples e precisa, tornando-a acessível para que todos a possam compreender, melhorando assim o conhecimento sobre problemas visuais não só na população instruída, mas também na população menos instruída. (6)

Tabela 2 – Recomendações para a educação em saúde (6)

<ul style="list-style-type: none"><li>• Otimizar o material de leitura – assegurar que o material informativo de leitura do paciente está em níveis concordantes com a média educacional da população.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Usar marketing e campanhas de consciencialização pública para disseminar a informação sobre a saúde.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recorrer a mensagens personalizadas para o público alvo – uso de informação relevante a nível pessoal e cultural têm mais hipótese de mudar comportamentos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tornar a informação sobre a saúde mais apelativa, incorporando casos reais e consequências sociais (ex: o efeito de determinada patologia num parente).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar tecnologia, recursos online e os meios sociais para fins educacionais.</li></ul>

O último relatório mundial da visão dá conta de que, as intervenções a nível da promoção da saúde ocular têm recebido menos atenção e investimentos financeiros do que as intervenções a nível da prevenção e do tratamento. A falta de investimento nestas áreas traduz-se em dados escassos, ou seja, há poucas intervenções para se discutir a evidência de resultados positivos. Campanhas com o objetivo de mostrar a importância dos exames visuais regulares e a utilização de serviços de saúde ocular, são as que apresentaram melhores resultados, principalmente em populações mais idosas. Atividades com disseminação de informação através de posters, brochuras e palestras

sobre saúde também têm mostrado serem eficazes no aumento da procura de serviços de saúde ocular. (8)

A nível internacional, foram conduzidos vários estudos cujo objetivo era determinar o conhecimento e as atitudes da população perante um problema visual. Na maioria dos estudos, os resultados mostraram que o conhecimento da população era baixo chegando a ser mesmo preocupante, como é o caso da comunidade hispânica. (27–29) Em alguns, a população tinha um nível de conhecimento moderado sobre a existência da doença, no entanto, o conhecimento sobre a mesma era inadequado. (30,31) Em suma, todos concluem que intervenções a nível da educação da população para problemas visuais são de extrema importância. (27–31)

Foi realizado, em 2019, um questionário na comunidade portuguesa, cujo objetivo era conhecer aprofundadamente os níveis de literacia em saúde da população com o objetivo de expandir o conhecimento relativo à mesma e para se poder estabelecer um novo instrumento de avaliação da literacia em saúde e posteriormente comparar esses mesmos resultados com outros países. A recolha de dados foi feita através de um inquérito por telefone, contou com a participação de 1.247 indivíduos, sendo que as chamadas foram feitas de maneira aleatória através de telemóvel e telefone fixo e posteriormente os resultados foram analisados e discutidos. Os resultados deste estudo estão apresentados na figura 1. O nível de literacia foi analisado considerando dados sociodemográficos como idade, sexo e escolaridade, tendo-se verificado que a idade e a escolaridade estão diretamente relacionadas com a literacia em saúde. O aumento da faixa etária e a diminuição do nível de escolaridade predispõem a níveis de literacia em saúde mais desadequados. No entanto, este questionário é muito abrangente e não específico para a saúde ocular, pelo que, é necessário obter informação específica sobre este tema. (32)

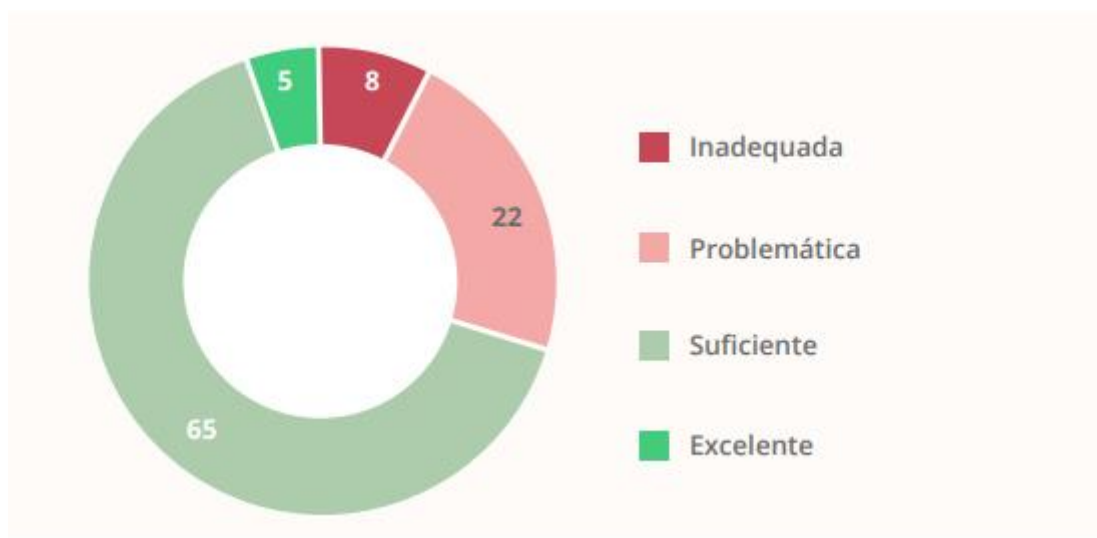


Figura 1 - Nível de literacia em saúde, em percentagem, na população portuguesa (32)

De acordo com o programa nacional para a saúde da visão em Portugal, elaborado em 2016, as principais estratégias de intervenção na população portuguesa são: a realização de exames oftalmológicos em crianças de alto risco de doença ocular; Rastreios de saúde visual infantil; Realização de um exame oftalmológico a pessoas com idades entre os 14 e 15 anos que apresentem sintomas e queixas visuais; Realização de exames oftalmológicos específicos a todas as pessoas com elevado risco de desenvolver uma patologia ocular; Implementação de rastreios para a retinopatia diabética com integração da avaliação da DMRI; Promover a qualidade e a acessibilidade aos serviços hospitalares de reabilitação da visão, orientação e mobilidade; Atualização do guia de boas práticas em oftalmologia; Promoção de estratégias de formação e comunicação, incluindo ações no âmbito do ensino médico, da formação de profissionais e da comunicação com a população em geral, com o sentido de aumentar a literacia em saúde visual. (20)

A OMS assumiu que os principais problemas visuais que afetam a população são os erros refrativos, a catarata, a retinopatia diabética e o glaucoma. A nível da população portuguesa, foi conduzido um estudo que revelou que os principais problemas visuais que afetam a população são a retinopatia diabética, as cataratas, a DMRI, o glaucoma e as alterações a nível do globo ocular. Conclui-se ainda que a prevalência de disfunções visuais na população portuguesa está dentro do expectável quando comparada com o resto dos países da Europa, que o sexo feminino e a população idosa tendem a ser mais afetados do que o resto da população e ainda que a maioria dos casos de deficiência visual em Portugal vem de situações que se podem facilmente prevenir. (17) Tendo isto em consideração, em 2017, foi realizado um estudo piloto para inferir sobre os conhecimentos relativamente a estes problemas visuais, numa amostra de portugueses. Aferiu-se que o conhecimento da amostra que participou é baixo relativamente a saber em que consiste a condição, quais os sintomas que apresentam e quais os seus tratamentos. Aferiu-se também que os grupos sociais com pior conhecimento relativamente à temática, apresentam menor nível de escolaridade e pertencem a uma faixa etária mais elevada, apontando, tal como em outros estudos, a grande e urgente necessidade de instruir a população. (33)

# Capítulo 3

## 3. Metodologia

Este estudo tem como objetivo inferir os conhecimentos numa amostra da população portuguesa relativamente à saúde ocular assim como quais os fatores que influenciam este conhecimento (profissão, nível académico, idade, sexo, localização geográfica, entre outros).

O desenho deste estudo é transversal e observacional, com componente descritiva, obedecendo a uma metodologia quantitativa.

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (processo nº CE-UBI-Pj-2019-043). Todos os procedimentos seguiram as recomendações da comissão de ética e em todos os passos foram seguidos os princípios éticos da investigação científica e garantidos os princípios da declaração de Helsínquia.

Todos os participantes no estudo deram consentimento para a participação no estudo e autorizaram a utilização dos dados para fins de investigação científica, com a garantia de confidencialidade.

As ferramentas utilizadas foram questionários, cuja disseminação decorreu online. (Anexo 1)

### 3.1. População

Este estudo foi dirigido à população portuguesa adulta. Abrangeu população de diferentes níveis académicos, de diferentes profissões, do sexo masculino e feminino e de diferentes zonas geográficas do país, incluindo as ilhas.

Os critérios de inclusão foram:

- Ter 18 anos ou mais;
- Ser de nacionalidade portuguesa;
- Dar o Consentimento Livre Informado e Esclarecido.

Foram excluídos da amostra os participantes que:

- Não deram o consentimento para a utilização de dados;
- Não responderam a todas as perguntas do questionário.

O estudo contou com 195 participantes, e após aplicados os critérios de exclusão contou-se com uma amostra de 190 voluntários.

### **3.2. Equipamentos e Ferramentas**

A ferramenta usada para a recolha de dados foi um questionário, elaborado pelos autores com base na informação recolhida na literatura científica, indo ao encontro ao objetivo deste estudo, procurando saber qual a informação que a população tem relativamente a tópicos da saúde ocular.

A parte inicial do questionário apresentou perguntas de carácter sociodemográfico, para caracterização da amostra, tais como: idade, sexo biológico, área geográfica de residência, nível de escolaridade, situação de emprego atual e profissão.

A segunda parte do questionário apresentou as perguntas sobre saúde ocular. As mesmas foram divididas em 5 categorias, cada uma sobre uma patologia ocular: erros refrativos, cataratas, retinopatia diabética, glaucoma e DMRI. Para cada categoria ocular foram apresentadas 5 perguntas cujo intuito foi avaliar/determinar qual o conhecimento de cada indivíduo sobre aquela determinada condição visual.

As perguntas foram as mesmas nas 5 categorias e focaram nos tópicos:

1. Principal sinal/sintoma da condição;
2. Tratamento da condição;
3. Controlo da condição;
4. Pior efeito da condição;
5. Conhecimentos adquiridos sobre a condição;

O questionário foi elaborado na plataforma *google forms* e foi divulgado online através de redes sociais e por email, pela autora. As plataformas de divulgação foram as redes sociais e a disseminação do mesmo teve início a 27/07/2023, tendo tido uma duração de aproximadamente 2 meses, sendo que a data final da recolha de respostas foi 17/09/2023.

### **3.3. Tratamento de dados**

Os dados recolhidos através do questionário online (anexo 1), via *google forms*, foram tratados através do software Excel (versão 2102), onde foi feita uma análise descritiva geral, com apresentação de gráficos e histogramas. Posteriormente, através do programa SPSS (26.0) foi feita uma comparação das variáveis inquiridas, em função dos diversos fatores (idade, género, área de residência, nível de escolaridade, situação profissional, entre outros).

A análise dos dados foi feita no SPSS através do teste do qui-quadrado e para resultados em que  $p \leq 0,05$ , os resultados foram considerados como significativos.

# Capítulo 4

## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização da amostra

Este estudo contou com a participação de 190 indivíduos elegíveis, com média de idades de 40,7 anos e desvio padrão de 13,7. Para uma melhor descrição da amostra, segue-se a sua caracterização segundo fatores sociodemográficos e segundo as condições visuais dos participantes.

#### 4.1.1. Características Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas controladas neste estudo foram a idade, o sexo, a área de residência, o nível de escolaridade, a situação profissional e o exercício de uma profissão relacionada com a saúde ou não.

A amostra em estudo apresentou um intervalo de idades que variou entre 19 e 77 anos, com uma mediana de 38 anos. Fragmentou-se a amostra em três subgrupos segundo a idade, Jovens adultos, Adultos e Adultos sêniores. O grupo de Jovens adultos foi constituído pelos participantes com 25 anos ou menos, o grupo dos Adultos incluiu os participantes com mais de 25 anos e até aos 65 anos inclusive, e o grupo dos reformados foi constituído pelos participantes com idade superior a 66 anos. A distribuição das idades, segundo os grupos descritos, pode ser visualizada na figura 2. Como se pode observar, a grande maioria da nossa amostra, encontra-se em idade ativa, observando-se um menor leque de respostas de sujeitos reformados.

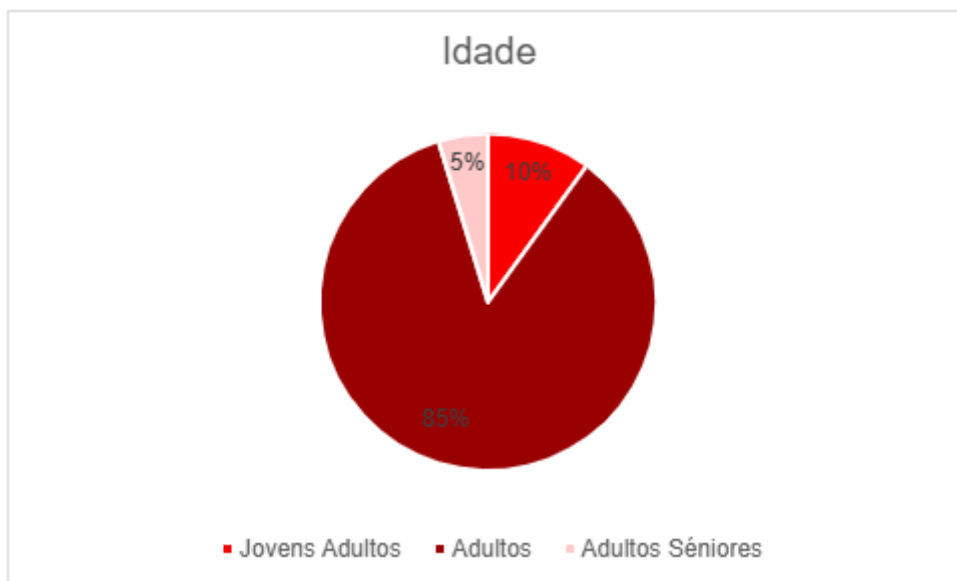


Figura 2 - Distribuição da amostra por idades

A caracterização da amostra segundo o sexo, revelou que a maioria dos participantes é do sexo feminino conforme se pode observar na figura 3. A amostra conta com 68% de participantes do sexo feminino e 32% participantes do sexo masculino.

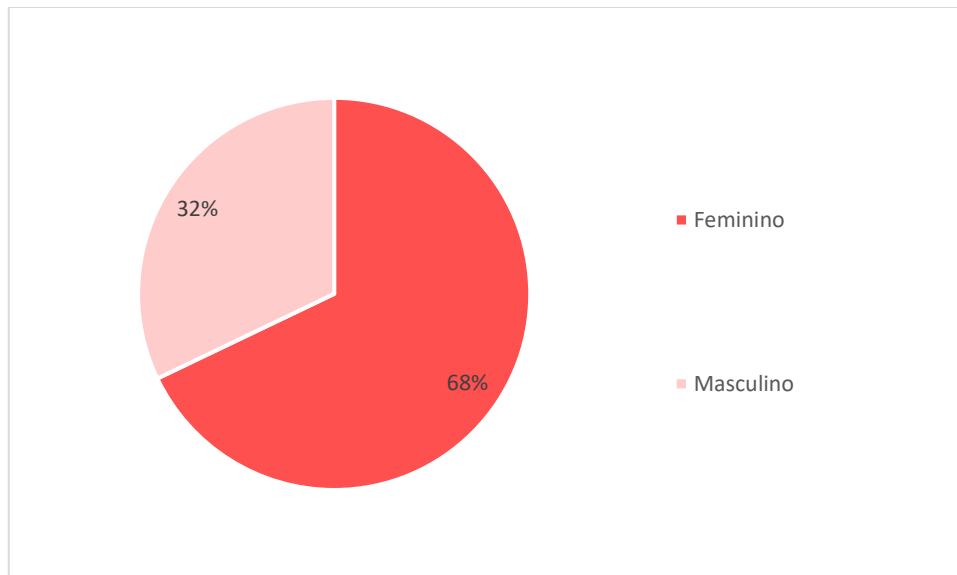


Figura 3 – Distribuição da amostra segundo o sexo biológico

Quanto à distribuição geográfica dos participantes, os resultados foram agrupados segundo a sua área de residência e esta distribuição pode ser observada na figura 4. A amostra deste estudo possui participantes de todos os pontos do país, incluindo das ilhas. O maior número de participantes foi do centro no país, contribuindo com 38% da amostra. Seguiu-se Lisboa e Vale do Tejo com uma percentagem de 33%. Com uma menor participação tivemos 11% das ilhas (Açores e Madeira) assim como 11% da região Norte e com uma contribuição menos significativa ficou a participação de imigrantes e a região do Alentejo e Algarve, com 5% e 2%, respetivamente.

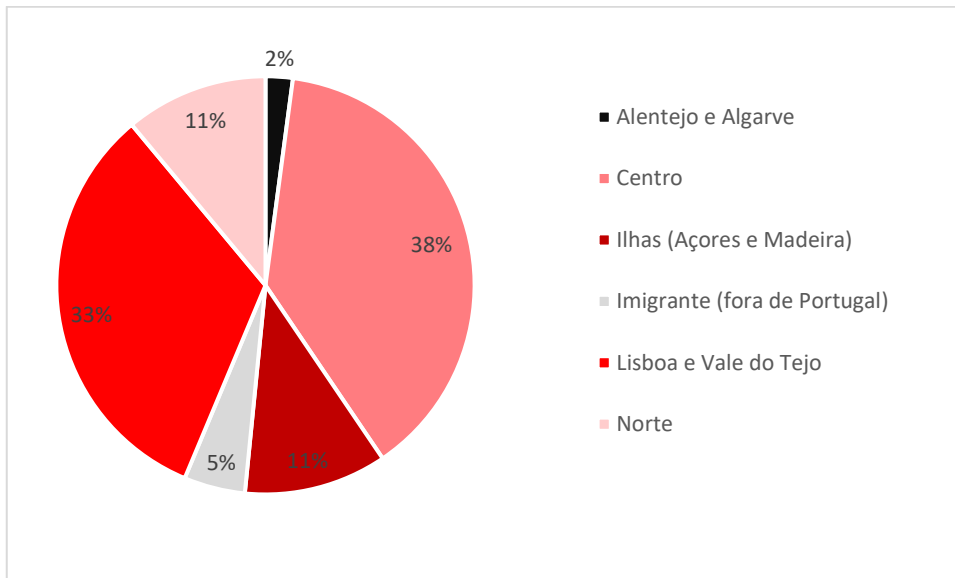


Figura 4 - Distribuição da amostra de acordo com a área de residência

No que respeita ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes apresenta níveis de escolaridade elevada. A amostra em estudo foi composta por 74% dos participantes com ensino superior, 22% com o 12º ano e uma menor representação da população com o 9º ano ou inferior, como se visualiza na figura 5. Como a representação de algumas classes é muito pequena, para efeitos de tratamento estatístico, o 4º ano, 6º ano, 9º ano e 12º ano foram agrupados numa só classe.

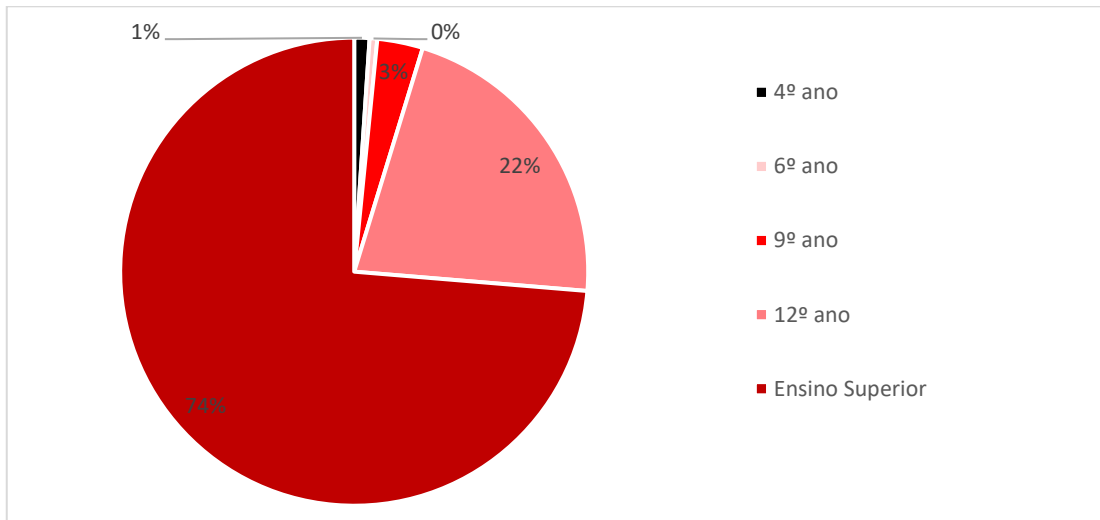


Figura 5 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

Segundo a situação de emprego, podemos inferir que a 85% dos participantes estava empregada. Obtiveram-se respostas de participantes com outras condições de emprego em percentagens bastante mais reduzidas, variando entre os 6% para os aposentados e 2% para as donas de casa, conforme ilustrado no gráfico A da figura 6.

Relativamente ao tipo de profissão exercida, a maioria dos participantes (65%) não exercia ou exerceu nenhuma profissão relacionada com a saúde. Dos restantes, 29% reportaram exercer ou ter exercido alguma profissão relacionada com a saúde, dos quais uma minoria é médico(a)s e enfermeiro(a)s, com 2% e 4% da nossa amostra, respetivamente. Esta distribuição pode ser observada no gráfico B na figura 6.

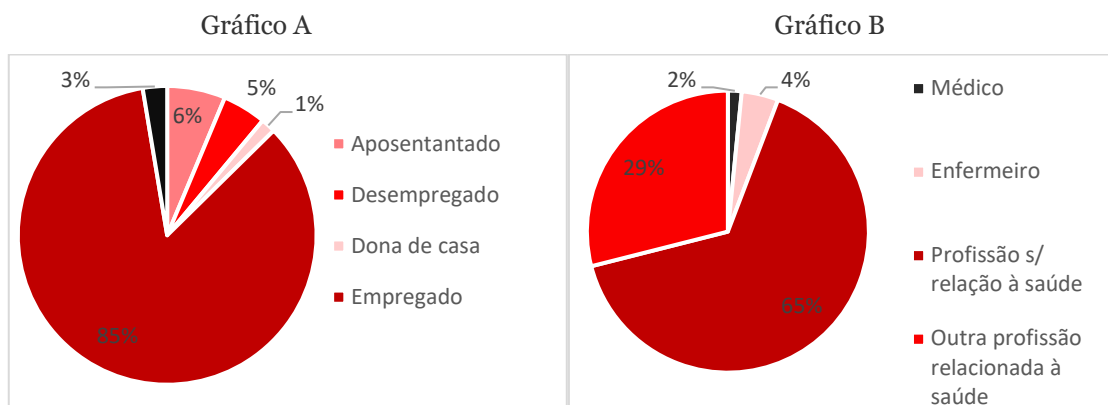


Figura 6 - Distribuição da amostra quanto ao emprego. Gráfico A apresenta a situação de emprego atual e o gráfico B apresenta o tipo de emprego e a sua relação com a área da saúde

Do grupo amostral em questão, a maioria (85%) não trabalha em nenhuma área relacionada com a saúde visual e a que trabalha em áreas relacionadas com a saúde é de 15%, conforme mostra a figura 7.

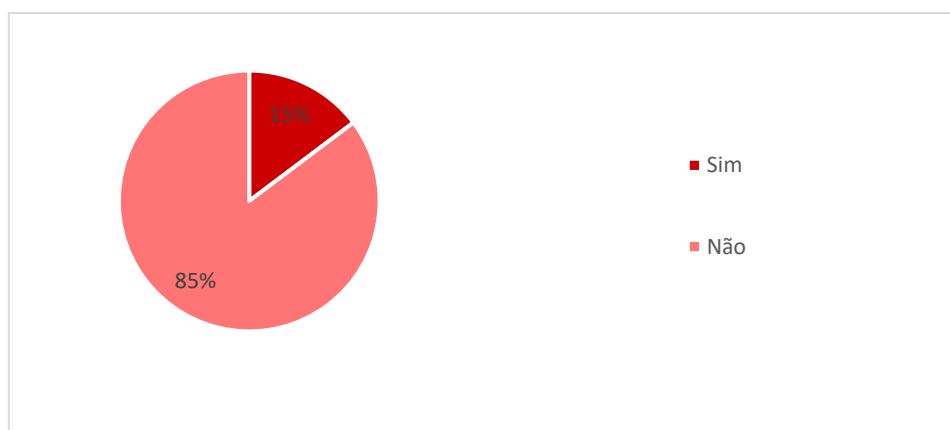


Figura 7 - Distribuição da amostra quanto ao trabalho na área da saúde visual

#### 4.1.2. Caracterização consoante a condição visual

Relativamente às condições visuais da nossa amostra, procurámos saber quem é que já tinha consultado um profissional de saúde visual e o porquê. Observou-se que 65% dos respondentes reportaram que já procuraram ajuda profissional devido a problemas visuais; 32% já procuraram um profissional de saúde visual apenas para uma consulta de rotina, uma pequena proporção, 3%, reportou que nunca procurou um profissional porque nunca sentiu necessidade, e não houve indivíduos a reportarem nunca ter ido a um profissional de saúde visual por falta de tempo. Estes dados podem ser observados na figura 8.

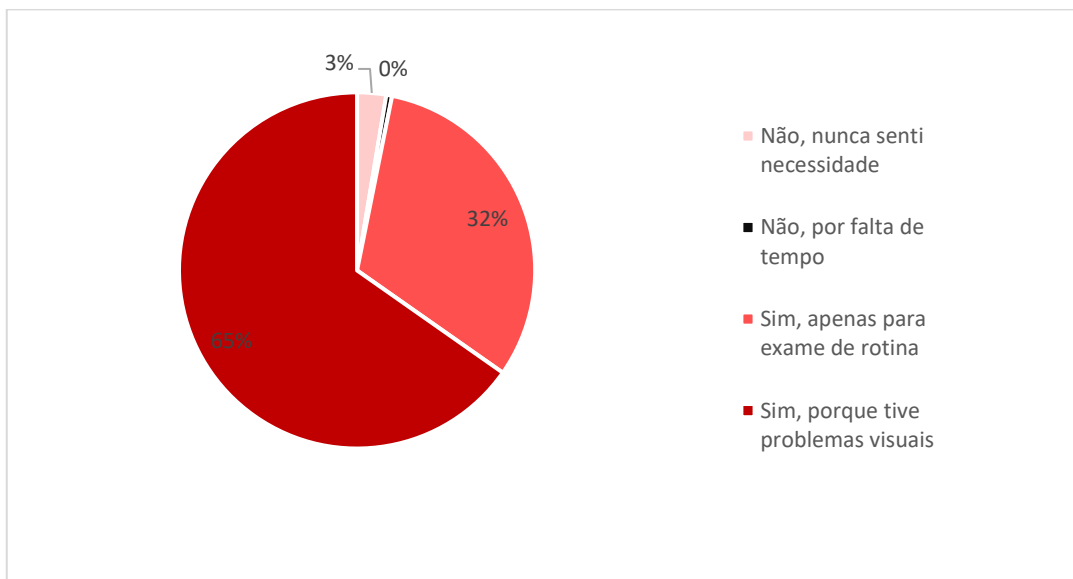


Figura 8 - Distribuição da população segundo a procura de ajuda profissional na área da saúde visual

Procurámos também saber se a nossa amostra era usuária de óculos ou lentes de contacto e, caso fossem, para que situações utilizavam essa correção refrativa, para ver bem ao longe, ao perto ou para todo o uso. Verificou-se que 36% dos participantes utilizava a correção refrativa tanto para ver ao longe como para ver ao perto, 26% só a utilizava para ver ao longe, 15% só a utilizava para ver ao perto e 23% reportou que não utilizava qualquer tipo de correção refrativa. A proporção destes dados está ilustrada na figura 9.

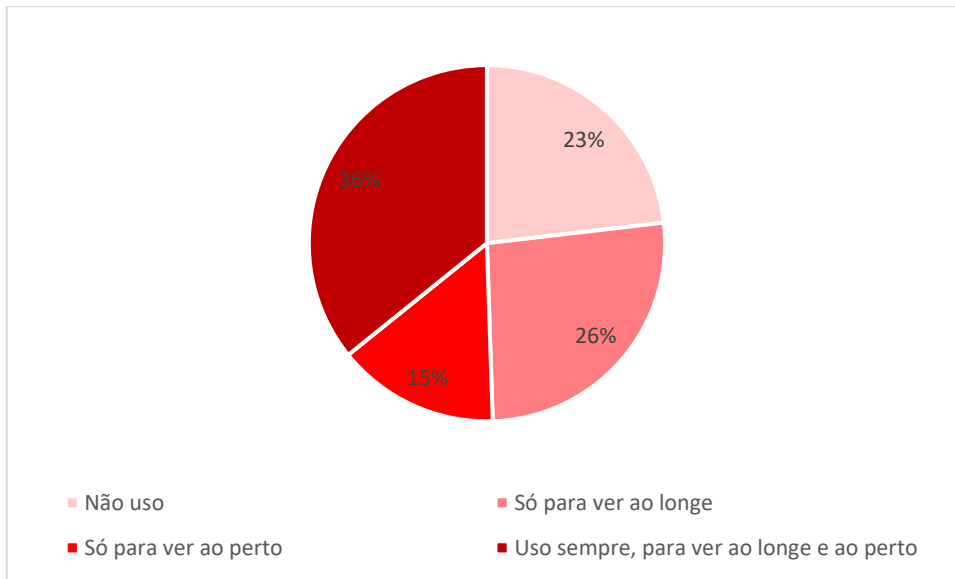


Figura 9 - Distribuição da população consoante o tipo de prescrição que utiliza

#### 4.2. Análise descritiva dos conhecimentos sobre saúde ocular

Relativamente aos conhecimentos sobre cada patologia ocular, procurámos saber se a população conhecia a patologia, os seus sinais e sintomas e se tinha conhecimento sobre o seu tratamento. Os resultados foram agrupados de maneira a fazer uma comparação entre os conhecimentos e cada condição ocular.

Quanto ao 1º sinal/sintoma de cada condição visual, os resultados podem ser observados na figura 10. Independentemente da condição visual, uma percentagem significativa dos respondentes reportou “Não sei”. Podemos também observar que de todas as condições visuais questionadas, a catarata foi a condição visual onde o primeiro sinal/sintoma é mais conhecido dos participantes deste estudo, onde apenas 50 indivíduos responderam “Não sei”. No extremo oposto temos que o primeiro sinal/sintoma da DMRI foi o menos conhecido, com 124 indivíduos a responderem “Não sei”.

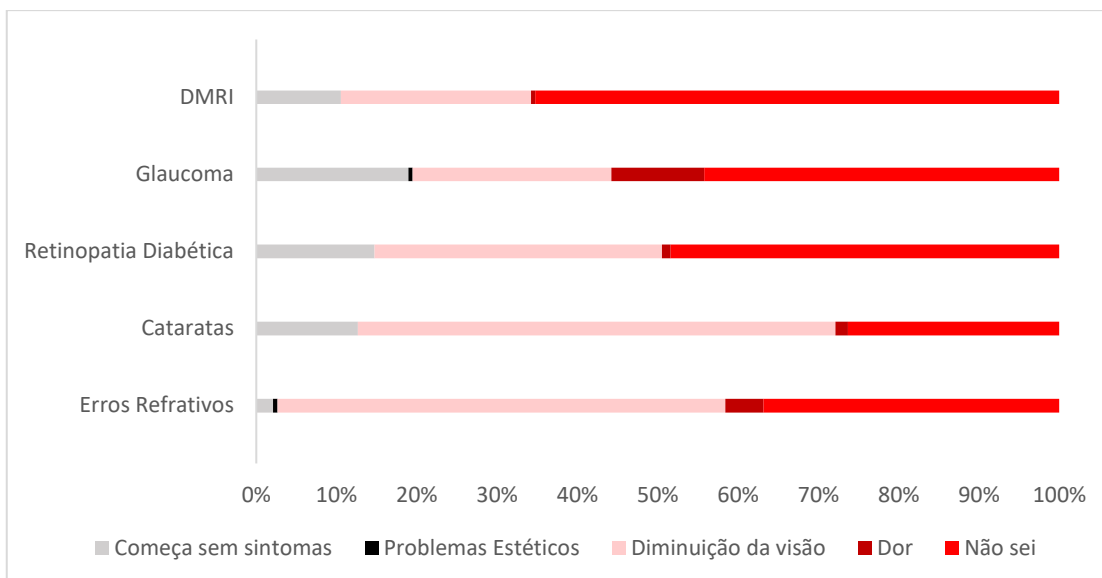


Figura 10 - Distribuição da população em função do conhecimento sobre o primeiro sinal/sintoma de cada condição visual

No que toca à aferição sobre se há um possível tratamento para estas condições visuais, as respostas foram muito dispersas. Ao analisar as respostas sobre o possível tratamento das patologias questionadas, podemos observar que, novamente, o maior conhecimento é relativo às cataratas, tendo em conta que 174 indivíduos responderam que é uma patologia que tem tratamento e apenas 14 responderam que não sabem. Também de acordo com a informação recolhida, a DMRI volta a ser a condição sobre a qual a população tem menos informação, sendo que 128 indivíduos não sabem se há um tratamento ou não para a mesma, como podemos observar na figura 11.

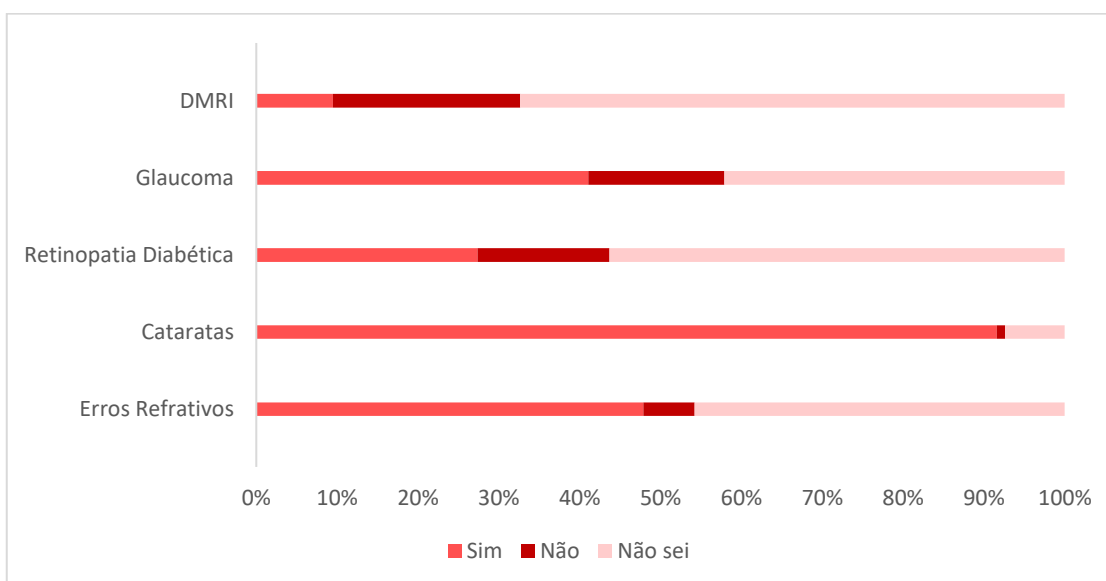


Figura 11 - Distribuição das respostas quanto ao conhecimento sobre tratamento das condições visuais

Sendo que todas as condições oculares têm efeitos negativos na qualidade de vida, afetando não só aspetos da vida pessoal mas também aspetos da vida social, económica, comportamental, etc, questionámos a população sobre qual seria o pior efeito de cada uma destas patologias oculares e o resultados podem ser observados na figura 12. A nível das cataratas, do glaucoma e da RD, o pior efeito foi apontado como sendo a cegueira. Quanto à DMRI, a maioria da população inquirida não sabe qual é o pior efeito das mesmas. No entanto, os erros refrativos acabam por ser mais conhecidos pela população do que a DMRI visto que 74 inquiridos responderam que o pior feito dos erros refrativos é a diminuição da visão e 80 responderam que não sabiam, enquanto que sobre a DMRI, 121 responderam que não sabiam a resposta à pergunta.

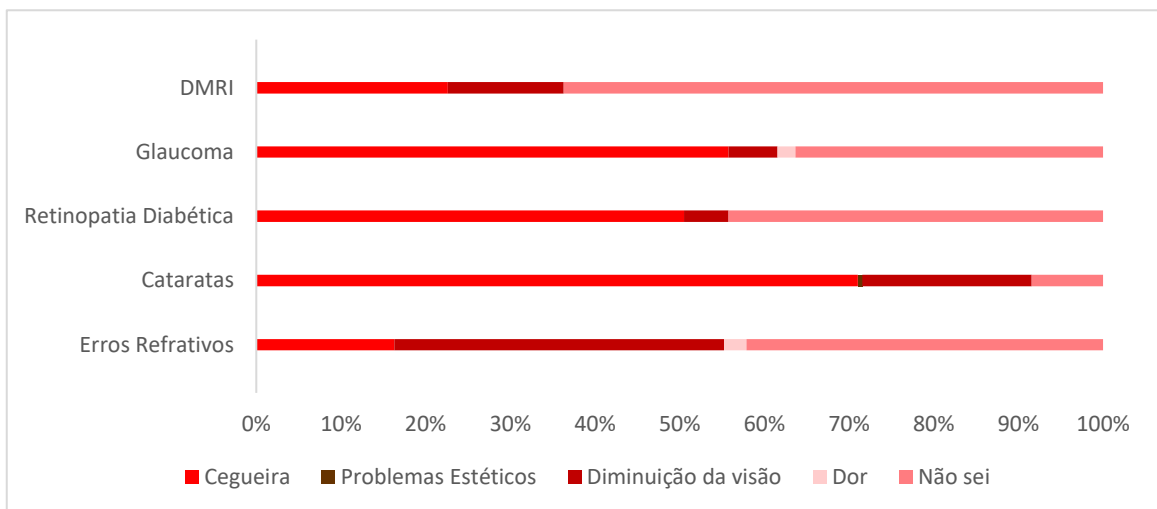


Figura 12 - Distribuição da população segundo o conhecimento sobre o pior efeito das condições visuais questionadas

Após recolhida a informação sobre o conhecimento do 1º sinal/sintoma, possível tratamento e pior efeito de cada patologia, achámos pertinente inquirir a população sobre quais as fontes onde obtiveram essa mesma informação e as respostas estão espelhadas na figura 13. Neste tópico, o aspeto mais saliente é que uma grande parte das respostas da nossa amostra foi “Nunca ouvi falar”, exceto para a condição das cataratas, o que está em consonância com os conhecimentos observados nos pontos anteriores. Contudo, para a amostra em estudo que respondeu conhecer as condições visuais questionadas, a grande maioria reporta que obteve conhecimentos a partir de profissionais de saúde (Médico Família / Oftalmologista / Optometrista / Enfermeiro / etc) e através de algum familiar ou amigo que sofra dessa mesma condição. Quanto aos meios de comunicação, houve uma parte da população que em algum momento obteve informação através dos mesmos mas ainda assim, não mostraram ter muito impacto na transmissão de informação para a população.

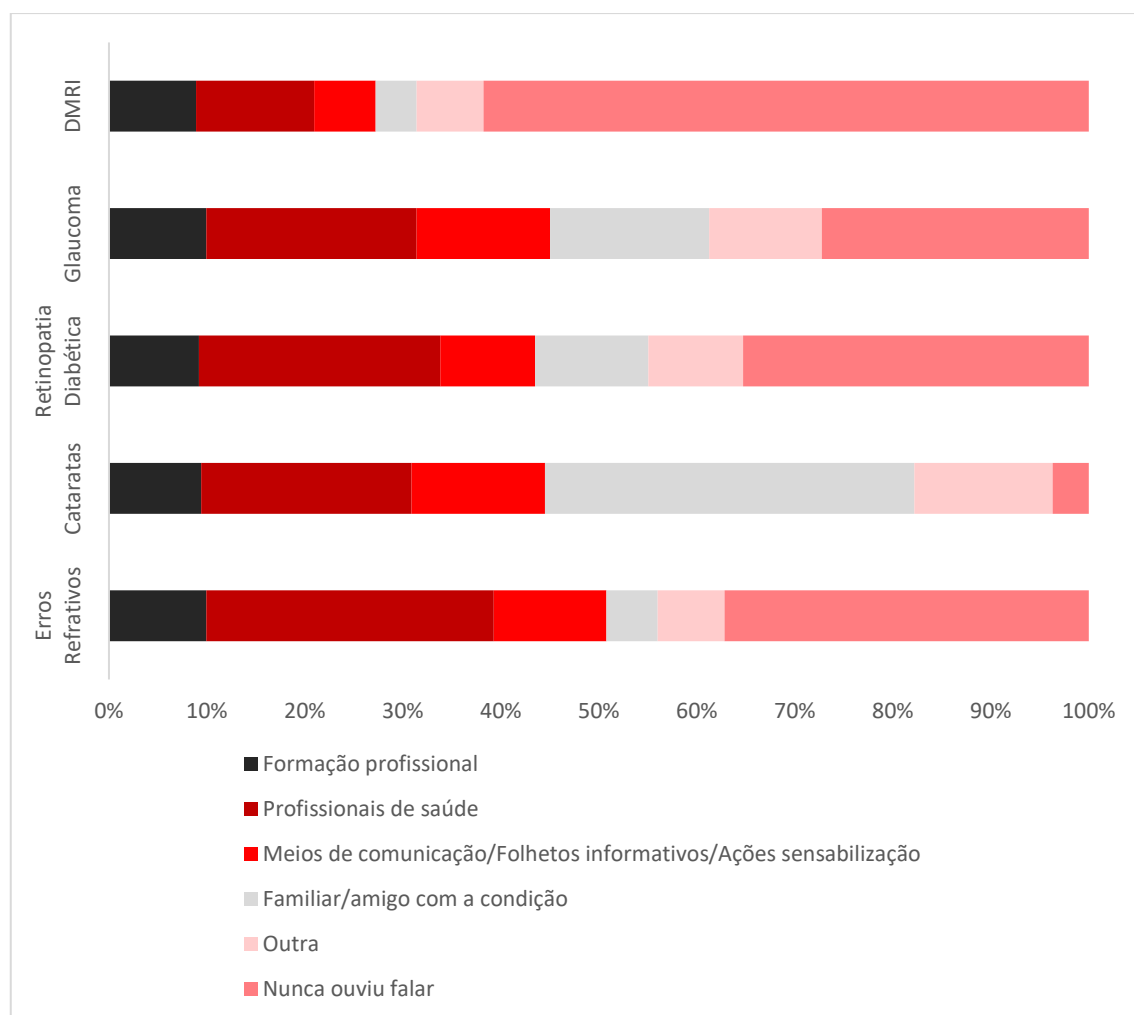


Figura 13 - Distribuição da população quanto ao método de obtenção de informação sobre as patologias oculares apresentadas

### 4.3. Influência de diversos fatores

Fomos estudar a influência do sexo em cada uma das respostas do questionário. Observa-se que os conhecimentos sobre Erros Refrativos e Cataratas são diferentes entre homens e mulheres. Nos Erros Refrativos a diferença situa-se nos conhecimentos sobre o pior efeito ( $p= 0,004$ ; qui-quadrado), sendo que a resposta mais correta (Cegueira) foi obtida em maior proporção pelas mulheres, além disso, a admissão de que não sei qual é o pior efeito foi mais preponderante nos homens, conforme se pode observar na figura 14.

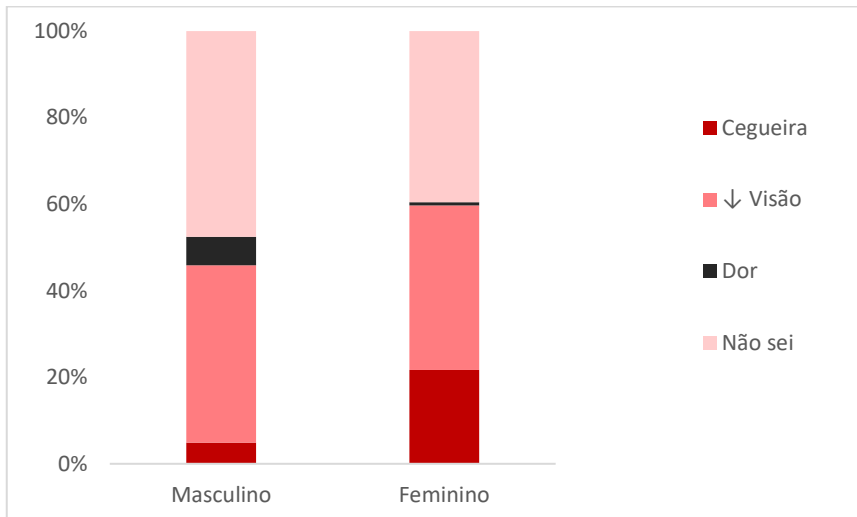


Figura 14 – Pior efeito dos Erros Refrativos

Nas cataratas, as diferenças situaram-se na questão sobre o tratamento ( $p=0,012$ ; qui-quadrado). Uma maior proporção de mulheres respondeu, corretamente, que as cataratas são uma condição que se pode tratar. Uma maior proporção de homens relatou não saber a resposta a esta pergunta. Observou-se que uma parcela de voluntários do sexo masculino respondeu de forma incorreta, que a mesma não tem tratamento enquanto que nenhuma mulher deu essa resposta, conforme se pode observar na figura 15.

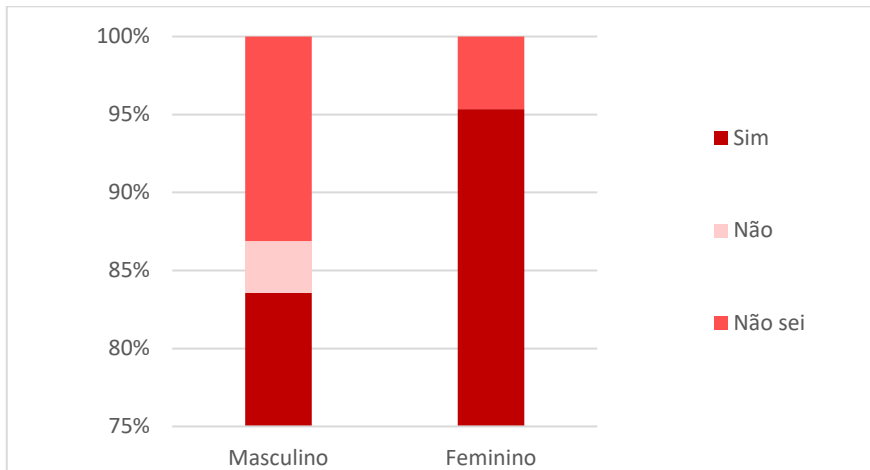


Figura 15 – Tratamento das Cataratas

Fomos também estudar qual a influência do grau de escolaridade no nível de conhecimento da população inquirida. Ter frequentado o ensino superior ou ter menos nível de escolaridade mostrou ter influência nos conhecimentos sobre cataratas, glaucoma e DMRI. Nas cataratas, a diferença entre os dois grupos foi observada a nível do tratamento ( $p=0,006$ ; qui-quadrado). A maior proporção de indivíduos que respondeu acertadamente, que as cataratas têm tratamento, pertence ao grupo dos indivíduos que frequentaram o ensino superior enquanto quem mais respondeu que não sabia a resposta à pergunta frequentou o ensino até níveis inferiores ao ensino superior, conforme se pode observar na figura 16.

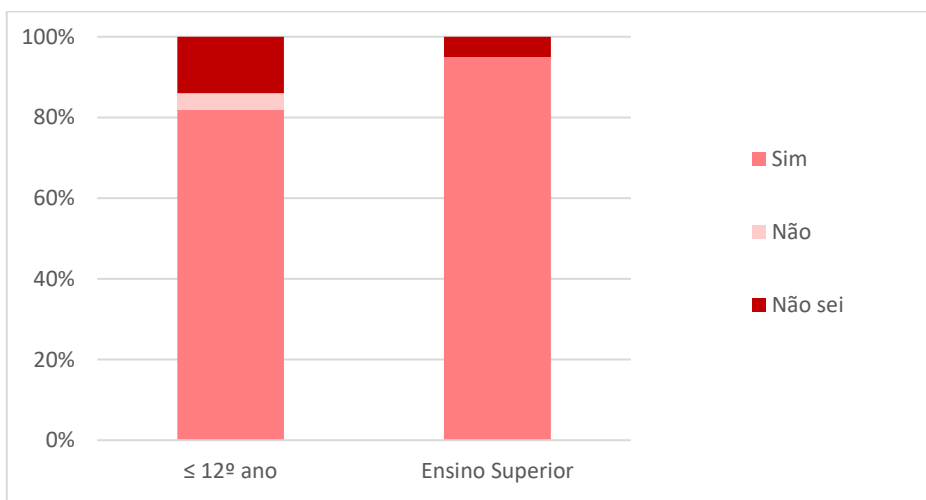


Figura 16 – Conhecimento sobre a possibilidade de tratamento das cataratas

Quanto ao glaucoma, as diferenças entre os dois grupos verificam-se ao nível do tratamento ( $p=0,002$ ; qui-quadrado) e do pior efeito ( $p=0,039$ ; qui-quadrado), conforme se pode observar nos gráficos da figura 17. A maior proporção de indivíduos que não sabe a resposta quanto ao tratamento pertence ao grupo que frequentou a escola até ao 12º ano ou menos enquanto o grupo que frequentou o ensino superior foi o que melhores conhecimentos apresentou sobre o tratamento desta patologia. Tendo em conta que a resposta certa sobre o pior efeito é a cegueira, observamos no gráfico à direita, que quem frequentou o ensino superior tem mais conhecimento a respeito do mesmo e que os indivíduos que estudaram até ao 12º ano ou menos são os que mais admitiram não saber a resposta.

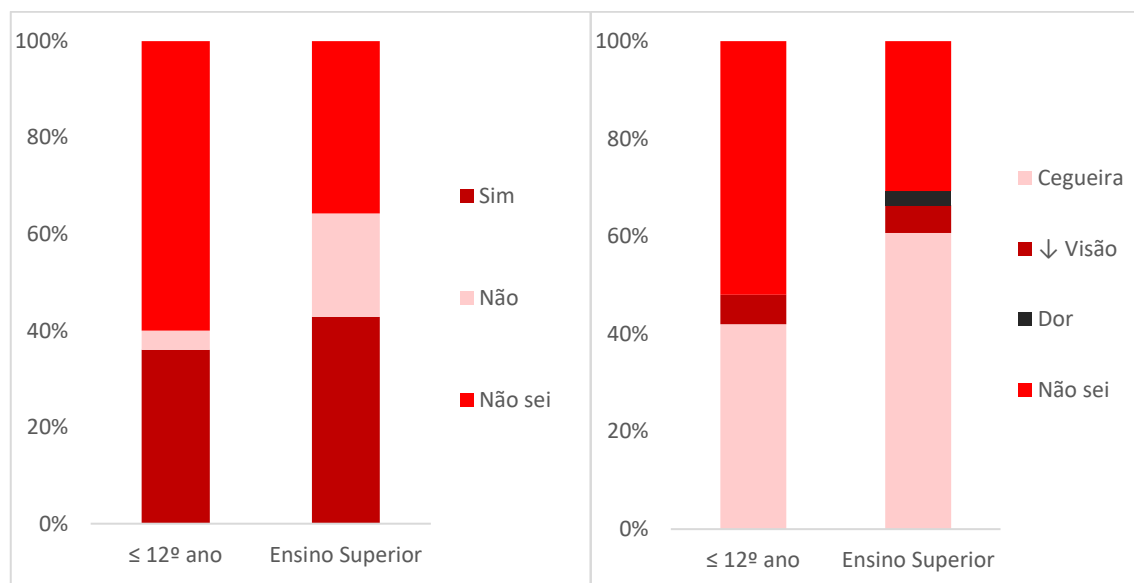


Figura 17 – Distribuição da amostra quanto ao glaucoma. O gráfico à esquerda representa o tratamento do glaucoma e o gráfico à direita representa o pior efeito do mesmo

Relativamente à DMRI foram encontradas diferenças em todas as respostas. Quanto ao 1º sinal/sintoma ( $p=0,002$ ; qui-quadrado), quem frequentou o ensino superior foi quem mostrou ter mais conhecimento pois foi o grupo que respondeu mais acertadamente, com a resposta: diminuição da visão, conforme podemos ver na figura 18, no gráfico da esquerda. Já quanto ao tratamento ( $p= 0,005$ ; qui-quadrado), quem mais revelou saber a resposta correta foi também o grupo de indivíduos que frequentaram o ensino superior, e as respostas podem ser observadas na figura 18, no gráfico do centro. Com relação ao pior efeito ( $p=0,001$ ; qui-quadrado) o grupo do ensino superior foi quem mostrou ter mais conhecimento ao responder que o pior efeito é a cegueira, sendo também o grupo que menos respondeu não saber a resposta à pergunta, conforme se observa na figura 18, no gráfico da direita.

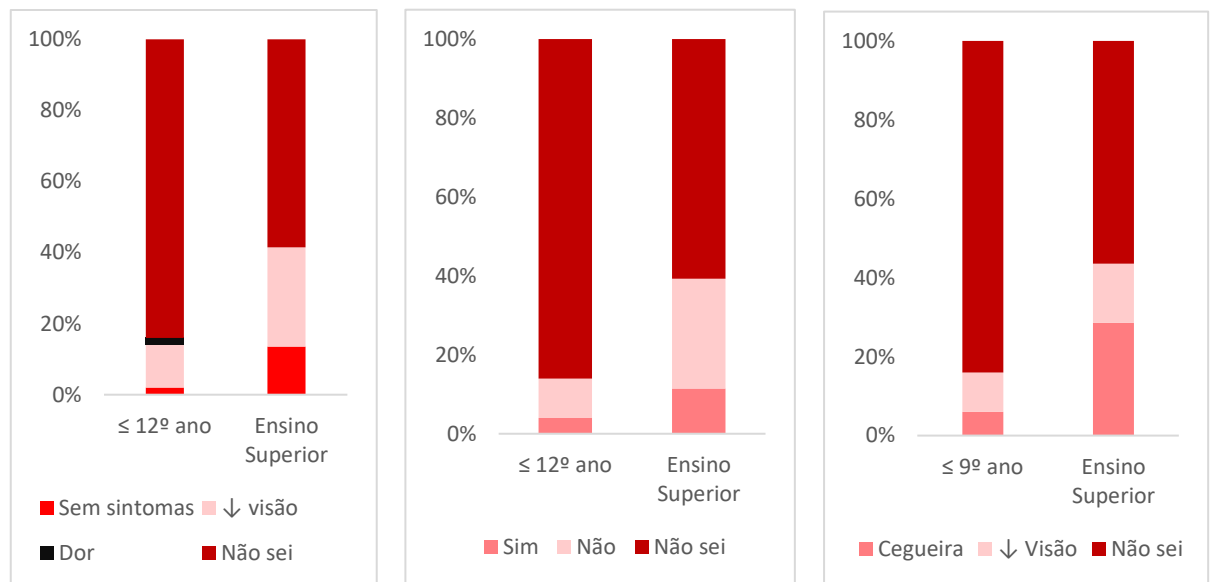


Figura 18– Distribuição da amostra quanto à DMRI. O gráfico da esquerda representa o 1º sinal/sintoma, o gráfico do centro representa o tratamento e o gráfico da direita representa o pior efeito da patologia.

Também se procurou inferir se a área de profissão exercida tem influência nos conhecimentos sobre a saúde ocular. Para tal criou-se uma nova variável através da informação recolhida de 2 perguntas do questionário, “Assinale a profissão que exerce/exerceu”, cujas opções de resposta eram: médico; enfermeiro; outra profissão com relação à saúde; profissão sem relação à saúde, e a pergunta “Trabalha na área da saúde visual? (vendedor/técnico de ótica ocular, optometrista, ortoptista, oftalmologista)”, cuja resposta era sim ou não. O objetivo foi criar uma nova variável que nos permitisse agrupar os respondentes deste estudo em três grupos distintos: profissionais de saúde visual, profissionais de saúde geral e profissionais que não trabalham na área da saúde. Para melhor perceber os resultados e evitar vieses de informação, excluimos desta análise os profissionais que trabalham na área da saúde visual. Os resultados globais para esta categoria podem ser consultados no anexo 2. Para esta variável a diferença entre os 2 grupos (profissionais de saúde em geral e profissionais sem relação à saúde) foi bastante considerável em quase todas as respostas, com exceção ao 1º sinal/sintoma dos ER e das cataratas, tratamento dos ER e das cataratas e no pior efeito das cataratas.

Para os ER, quanto ao pior efeito ( $p=0,035$ ; qui-quadrado), quem não trabalha na área da saúde mostrou ser quem mais desconhece a resposta enquanto que quem trabalha na área da saúde geral foi quem mais corretamente respondeu que o mesmo é a cegueira, conforme observamos na figura 19.

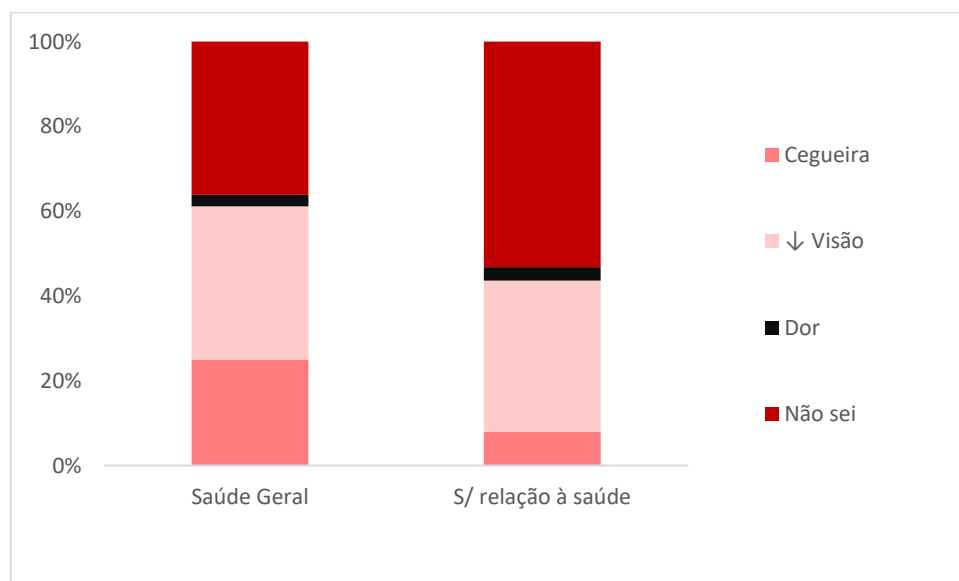


Figura 19 – Percepção sobre qual é o pior efeito nos erros refrativos (excluindo os profissionais de saúde visual)

Quanto à RD, no 1º sinal/sintoma ( $p= 0,005$ ; qui-quadrado), quem não trabalha na área da saúde foi quem mais reconheceu que não sabe, enquanto que quem trabalha na saúde geral respondeu acertadamente e em maior proporção que o mesmo é a diminuição da visão, e os resultados podem ser observados na figura 20, no gráfico da esquerda. Para o tratamento ( $p<0,001$ ; qui-quadrado), quem não trabalha na área da saúde foi quem mais revelou não saber a resposta à pergunta, assim como se pode observar na figura 20, no gráfico central. Com respeito ao pior efeito desta condição ( $p= 0,004$ ; qui-quadrado), quem trabalha na área da saúde geral foi quem mostrou ter mais conhecimento sobre o mesmo, enquanto quem não pertence à área da saúde foi quem mais mostrou não saber a resposta, conforme podemos observar na figura 20, no gráfico da direita.

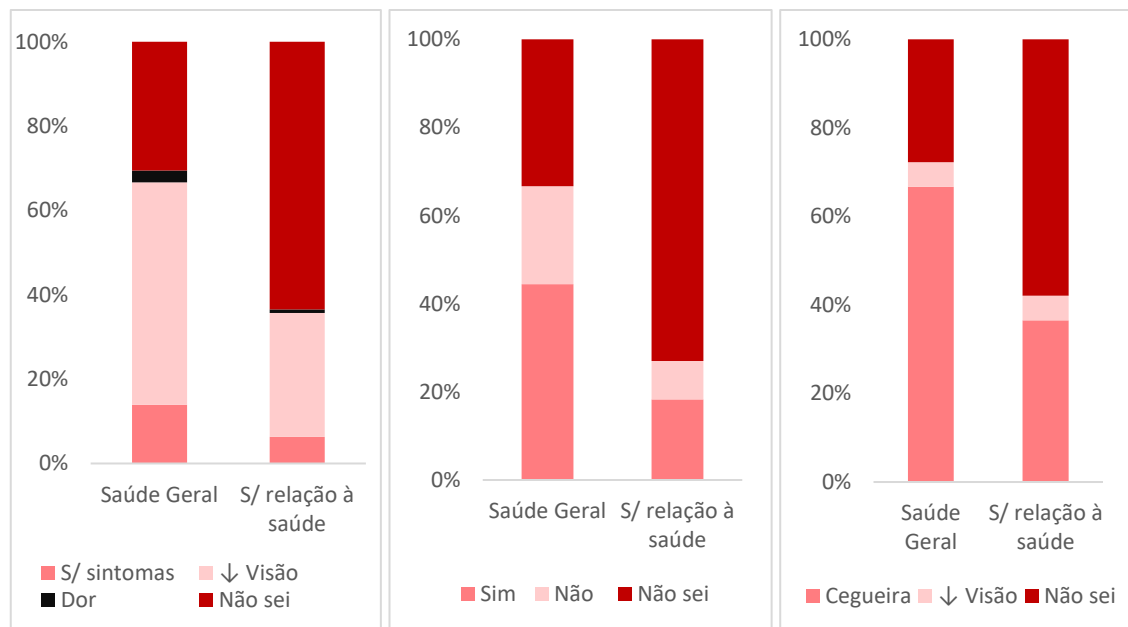


Figura 20– Distribuição da amostra quanto à RD. O gráfico da esquerda representa o 1ºsinal/sintoma, o gráfico do centro representa o tratamento e o gráfico da direita representa o pior efeito da patologia

Quanto ao glaucoma também foram encontradas diferenças para todas as respostas. Quanto ao 1º sinal/sintoma ( $p= 0,001$ ; qui-quadrado), quem mais admitiu não ter conhecimento sobre o mesmo foi quem não trabalha na área da saúde, conforme podemos observar na figura 21, no gráfico da esquerda. Quanto ao tratamento desta patologia ( $p<0,001$ ; qui-quadrado), quem mostrou ter mais conhecimento foi quem trabalha na área da saúde geral pois foi quem mais respondeu que é uma patologia sem tratamento, e os resultados podem ser observados na figura 21, no gráfico do centro. Já no que toca ao pior efeito ( $p= 0,014$ ; qui-quadrado), quem mostrou ter mais conhecimento sobre o mesmo foi quem trabalha na área da saúde geral pois foi quem mais respondeu que o mesmo é a cegueira, conforme se observa na figura 21, no gráfico da direita.

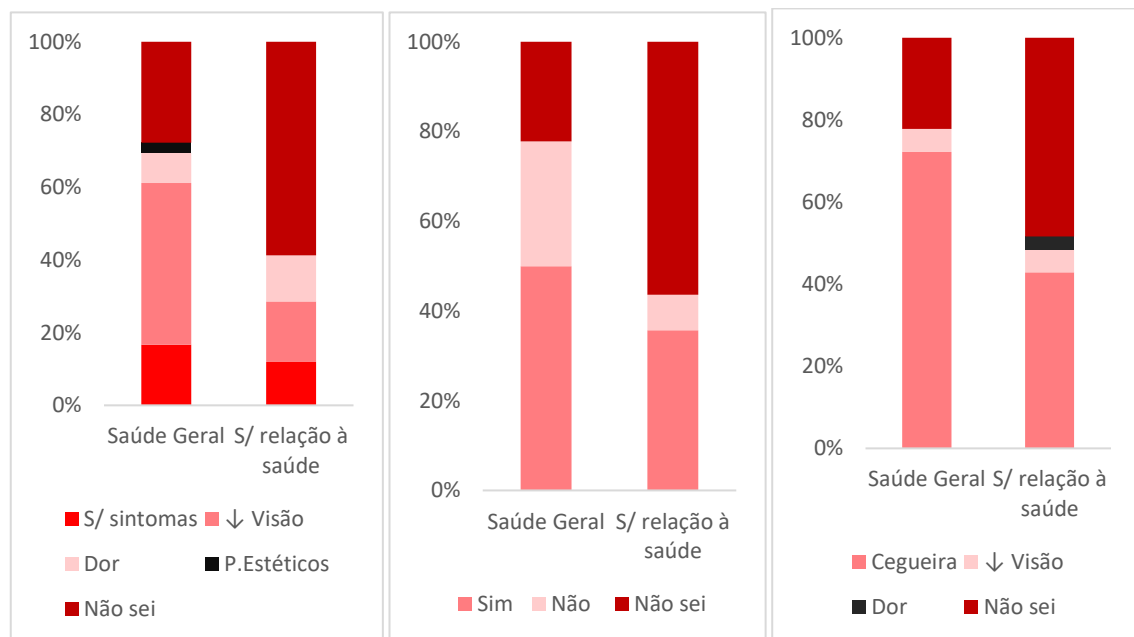


Figura 21– Distribuição da amostra quanto ao glaucoma. O gráfico da esquerda representa o 1º sinal/sintoma, o gráfico do centro representa o tratamento e o gráfico da direita representa o pior efeito da patologia

No que toca à DMRI, também podemos observar diferenças em todas as respostas. Quanto ao 1º sinal/sintoma ( $p= 0,005$ ; qui-quadrado), quem mostrou ter mais conhecimento ao responder que o mesmo é a diminuição da visão foi quem trabalha na área da saúde geral, e os resultados podem ser observados na figura 22, no gráfico da esquerda. Com respeito ao tratamento ( $p= 0,029$ ; qui-quadrado), quem mais admitiu não ter conhecimento sobre a temática foi quem não trabalha na área da saúde, conforme vemos na figura 22, no gráfico central. Por fim e com respeito ao pior efeito desta patologia ( $p= 0,006$ ; qui-quadrado), o grupo que tem menos conhecimento é quem não trabalha na área da saúde visual e os resultados estão espelhados na figura 22, no gráfico da direita.

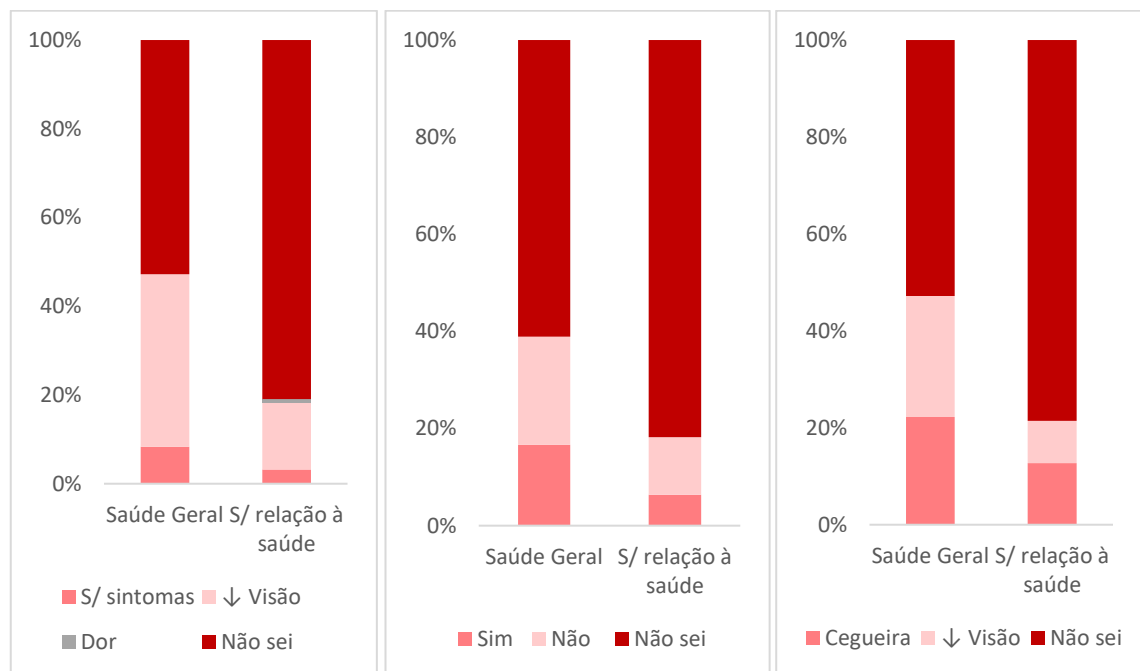


Figura 22- Distribuição da amostra quanto à DMRI. O gráfico da esquerda representa o 1º sinal/sintoma, o gráfico do centro representa o tratamento e o gráfico da direita representa o pior efeito da patologia

# Capítulo 5

## 5. Discussão

Este estudo mostrou que, para a RD, para o glaucoma e para a DMRI, verificamos uma alta percentagem de respostas “não sei”, em todas as questões colocadas, destacando-se a DMRI como a patologia cuja população mostrou ter o conhecimento mais reduzido. Quanto à patologia mais conhecida pela população, destacam-se as cataratas. Ao nível das fontes de informação, o estudo mostrou que os media social estão pouco desenvolvidos para esta temática, ou têm pouco impacto e que o facto de ter um amigo/familiar com alguma das condições apresentadas são das fontes de informação mais significantes para a população, além da informação obtida através de profissionais de saúde.

Em relação às diferenças entre sexo, podemos constatar que as mulheres tendem a ter mais conhecimento sobre saúde ocular do que os homens, ainda que aquilo que encontramos na literatura não esteja diretamente ligado a este achado. Na literatura encontramos que as mulheres tendem a ter mais preponderância para a cegueira do que os homens, no entanto, este acontecimento pensa-se estar relacionado com as desigualdades de género e não com a falta de conhecimento por parte das mulheres. (15)

Encontramos no nosso estudo uma tendência para um nível de conhecimento menor, associada a um menor grau de ensino, o que vai ao encontro do reportado por outros estudos e que também corrobora a necessidade de tornar o material de leitura e a linguagem utilizada com a população, adaptada a todos os indivíduos. (1,2) Quanto menor o nível de escolaridade de um indivíduo, maior é a tendência para se registar um menor nível de informação e conhecimento na área da saúde ocular, pois menor é a sensibilidade para a procura de informação e provavelmente menor é a capacidade de entender e reter a informação que está disponível. Ao nível da população portuguesa, num estudo prévio já se enfatizou que um menor grau de escolaridade estaria relacionado com uma menor literacia na área da saúde visual. (33)

Quem trabalha na área relacionada à saúde, ainda que não seja na saúde visual mas noutro ramo, mostrou ter mais conhecimento sobre saúde ocular do que quem não trabalha em nenhuma área da saúde. Apesar do facto de que o grupo que trabalha na área da saúde em geral ser aquele que tem mais conhecimentos quando comparado com o grupo de indivíduos que não pertence à área da saúde, ainda se observaram grandes percentagens de respostas “não sei”, o que é coincidente com a literatura, que mostra que há uma grande necessidade de educação não só dos indivíduos

que não pertencem à área da saúde mas também desses mesmos profissionais. (6,8) Foi realizado um estudo, em 2021, que mostrou a importância dos farmacêuticos (área da saúde geral) na sensibilização da população sobre doenças oculares, enfatizando a necessidade de instrução e educação também destes profissionais. (11)

No que respeita aos meios como a população obtém informação sobre saúde ocular, à exceção das cataratas, os profissionais de saúde representam uma grande fonte de informação e daí ser tão importante a sensibilização de todos os profissionais (sem exceção), assim como a utilização de linguagem clara e simples, para que todos consigam perceber. Este aspeto tem recebido interesse na comunidade científica e tem sido objeto de discussão e sensibilização na literatura. (6,8,9) Os folhetos informativos e as ações de sensibilização demonstraram ter pouco impacto no conhecimento da amostra em estudo, no entanto, seria necessário aprofundar esta informação no sentido de perceber se é porque não são uma ferramenta útil ou por serem escassos.

Ao observarmos os resultados obtidos com este estudo podemos inferir que há vários fatores que condicionam/influenciam o conhecimento de diferentes grupos populacionais sobre saúde ocular, o que vai ao encontro dos resultados obtidos previamente noutros estudos. (1,3,33) Estes resultados mostram a necessidade de implementação de ações de promoção de saúde ocular em especial nos grupos populacionais mais desfavorecidos como os idosos, indivíduos com baixos níveis de escolaridade e minorias raciais, assim como foi proposto no plano nacional de saúde 2021-2030 para Portugal. (10)

Relativamente à estratégia nacional para a saúde estabelecida para 2030, em Portugal, os objetivos estão alinhados com os resultados obtidos neste trabalho. O foco será então identificar os grupos populacionais de maior vulnerabilidade, para que se possa atuar de maneira a diminuir as iniquidades em saúde e proporcionar cuidados de saúde iguais para toda a população.

Estes achados vão ao encontro daquilo que muitos outros autores foram constatando ao longo dos anos. Uma população consciencializada e com conhecimentos sobre saúde ocular é capaz de tomar as melhores decisões sobre a mesma, é capaz de procurar ajuda atempadamente, é capaz de seguir protocolos de tratamento, o que consequentemente tem implicações positivas a nível da saúde ocular, reduzindo de um modo geral a deficiência visual da população.

## **5.1 Limitações do estudo e trabalhos futuros**

Embora o estudo tenha mostrado resultados importantes e significativos, também apresentou algumas limitações. A principal limitação deste estudo a apontar é o tamanho da amostra e a sua representatividade, visto que 190 indivíduos dificilmente podem demonstrar resultados significativos e sólidos de uma população inteira. Deveremos então olhar para estes dados de forma cautelosa e apenas como uma primeira abordagem ao tema. Por outro lado, o facto de se ter utilizado como ferramenta de aquisição de dados um questionário distribuído online condicionou o acesso ao mesmo, pois quem não tem um dispositivo eletrónico ou até mesmo internet, não teve acesso a este estudo. O facto de ter sido distribuído de maneira online pode também ter sido uma condicionante em atingir a população mais desfavorecida, visto que a população com menor grau de escolaridade pode não ter conseguido preencher o mesmo por não ter as ferramentas necessárias para tal. Mais uma vez, este aspeto traz certamente vieses, pelo que não podemos extrapolar os resultados para a população. Em prol do que já foi referido podemos inferir, que os grupos que a literatura mais aponta como cidadão com menos literacia em saúde, podem estar pouco representados neste trabalho, pelo que será espectável que um trabalho mais amplo e com cobertura a esses grupos populacionais, evidencie resultados ainda mais pobres no que concerne aos conhecimentos sobre a saúde ocular.

Estudos futuros devem focar-se em abranger todos os estratos sociais, em abranger vários indivíduos com diferentes níveis de escolaridade, de diferentes raças e etnias de maneira a melhor compreender e entender qual o conhecimento dos diferentes grupos populacionais sobre saúde ocular para posteriormente se poder agir em conformidade. De acordo com o nosso estudo, os grupos com menos literacia em saúde são os indivíduos do sexo masculino, os indivíduos com escolaridade inferior ao ensino superior e os profissionais que não trabalham na área da saúde. Assim, estratégias futuras devem focar-se em capacitar estes mesmo indivíduos, melhorando e investindo em campanhas de sensibilização pois as mesmas são escassas e a sua apresentação é, na maior parte das vezes, feita com vocabulário complexo, dificultando a sua compreensão. Uma outra estratégia seria a sensibilização dos profissionais de saúde para o facto de que eles mesmos são fontes de informação para os seus pacientes. A divulgação online poderá também ser uma mais valia tendo em conta que cada vez mais vivemos numa sociedade em que os gadgets fazem parte do dia-a-dia da população.

## **Bibliografia:**

1. Dandona R, Dandona L, John RK, McCarty CA, Rao GN. Awareness of eye diseases in an urban population in southern India. *Bull World Health Organ*. 2001;79(2):96–102.
2. Temporini ER. Promoção da saúde ocular. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 1999 [cited 2022 Nov 26];62(1):82–4. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issues&pid=0004-2749&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0004-2749&lng=en&nrm=iso)
3. Wittink H, Oosterhaven J. Patient education and health literacy. *Musculoskelet Sci Pract*. 2018 Dec;38:120–7.
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11–8.
5. Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986 Nov.
6. Capó H, Edmond JC, Alabiad CR, Ross AG, Williams BK, Briceño CA. The Importance of Health Literacy in Addressing Eye Health and Eye Care Disparities. *Ophthalmology*. 2022 Oct 1;129(10):e137–45.
7. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*. 2005 Aug 1;72(3):463–8.
8. World Health Organization. World report on vision. 2019.
9. WHO. WHO Newsroom [online]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#cms>. 2020.
10. Freitas M da G, Quitério M de F, Garcia AC, Felício MM, Matos C, Martinho C, et al. Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de todos para todos. 2022.
11. Alshammari F, Shaikh S, Hussain A, Alafnan A, Almuzaini I, Alshammari B. Public Awareness of Common Eye Diseases and the Role of Pharmacists in Raising This Awareness in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2021 Jun 8;9(6):692.
12. Marques AP, Ramke J, Cairns J, Butt T, Zhang JH, Jones I, et al. The economics of vision impairment and its leading causes: A systematic review. *EClinicalMedicine*. 2022 Apr;46:101354.
13. Irving EL, Sivak AM, Spafford MM. “I can see fine”: patient knowledge of eye care. *Ophthalmic and Physiological Optics*. 2018 Jul 1;38(4):422–31.
14. Lee TC, Radha Saseendrakumar B, Nayak M, Chan AX, McDermott JJ, Shahrivini B, et al. Social Determinants of Health Data Availability for Patients with Eye Conditions. *Ophthalmology Science*. 2022 Jun 1;2:100151(2).
15. Ulldemolins AR, Lansingh VC, Valencia LG, Carter MJ, Eckert KA. Social inequalities in blindness and visual impairment: A review of social determinants. *Indian J Ophthalmol*. 2012 Sep 1;60(5):368–75.
16. Elam AR, Tseng VL, Rodriguez TM, Mike E V., Warren AK, Coleman AL, et al. Disparities in Vision Health and Eye Care. *Ophthalmology*. 2022 Oct 1;129(10):e89–113.

17. Ramos PL, Santana R, Marques AP, Sousa I, Rocha-Sousa A, MacEdo AF. Cross-sectional study investigating the prevalence and causes of vision impairment in Northwest Portugal using capture-recapture. *BMJ Open*. 2022 Sep 8;12:e056995(9).
18. Abdulhalim BE, Alroqee F, Alotaibi S, Alotaibi M, Alsehali S, Alotaibi T, et al. Public awareness of common eye diseases and eye care among adults in Dawadmi city and its neighbouring villages, Saudi Arabia 2019. *International Journal of Medicine in Developing Countries*. 2020;1440–6.
19. Steinmetz JD, Bourne RRA, Briant PS, Flaxman SR, Taylor HRB, Jonas JB, et al. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2021 Feb;9(2):e144–60.
20. Direção-Geral da Saúde. Título Programa Nacional para a Saúde da Visão [Internet]. 2016. Available from: <https://www.dgs.pt/>
21. Rhodes L, Huisingh C, McGwin G, Mennemeyer S, Bregantini M, Patel N, et al. Eye Care Quality and Accessibility Improvement in the Community (EQUALITY): impact of an eye health education program on patient knowledge about glaucoma and attitudes about eye care. *Patient Relat Outcome Meas*. 2016 May;37.
22. Carneiro VLA, Andrade H, Matias L, de Sousa RARC. Post-COVID-19 and the Portuguese national eye care system challenge. *J Optom*. 2020 Oct;13(4):257–61.
23. Aldhabaan W, Alkhamash ZM, Al Zomia AS, Alshahrani Y, Asiri R, Alqhtani MM, et al. Knowledge and Practices of Child Eye Healthcare Among Parents in Aseer Region, Saudi Arabia. *Cureus*. 2022 Oct 17;
24. Armond J, Temporini E, Alves M. Ocular health promotion at school: the teacher's perception of refractive errors in the eye. *Arq Bras Oftalmol*. 2001;64:395–400.
25. Alimaw YA, Hussen MS, Tefera TK, Yibekal BT. Knowledge about cataract and associated factors among adults in Gondar town, northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2019 Apr 23;14(4):e0215809.
26. Megbelayin EO, Mboho M. HOW DO KNOWLEDGE AND ATTITUDE TO COMMON EYE DISEASES RELATE TO EYE SERVICE UTILIZATION BY MEDICAL ENROLLEES IN UYO METROPOLIS? *International Invention Journal of Medicine and Medical Sciences* [Internet]. 2016;3(6):93–100. Available from: <http://internationalinventjournals.org/journals/IJMMMS>
27. Al-Lahim WA, Al-Ghofaili RS, Mirghani H, ALBalawi H. Evaluation of Awareness and Attitudes towards Common Eye Diseases among the General Population of Northwestern Saudi Arabia. *Egypt J Hosp Med*. 2018 Jan 1;70(11):1983–9.
28. Ormsby GM, Arnold AL, Busija L, Mörchen M, Bonn TS, Keeffe JE. The Impact of Knowledge and Attitudes on Access to Eye-Care Services in Cambodia. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*. 2012;1(6):331–5.
29. Muñoz B. Knowledge of Diabetic Eye Disease and Vision Care Guidelines Among Hispanic Individuals in Baltimore With and Without Diabetes. *Archives of Ophthalmology*. 2008 Jul 14;126(7):968–74.

30. De-Gaulle VF, Dako-Gyeke P. Glaucoma awareness, knowledge, perception of risk and eye screening behaviour among residents of Abokobi, Ghana. *BMC Ophthalmol.* 2016 Dec 17;16(1):204.
31. Al Rashed WA, Bin Abdulrahman AK, Zarban AA, Almasri MS, Mirza AS, Khandekar R. Public Awareness regarding Common Eye Diseases among Saudi Adults in Riyadh City: A Quantitative Study. *J Ophthalmol.* 2017;2017:9080791.
32. Arriaga M, Santos B, Costa A, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, et al. Levels of Health Literacy [Internet]. *Direção-Geral da Saúde*; 2021. Available from: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
33. Nunes AF. Conhecimentos da População em Geral sobre Saúde Visual e Literacia em Saúde. *Lookvision.* 2017;61:47–50.

# Anexos

## Anexo 1:

14/09/24, 20:20

Conhecimentos sobre saúde visual

### Conhecimentos sobre saúde visual

Este questionário encontra-se inserido num trabalho experimental, com o intuito de ser utilizado numa dissertação de mestrado intitulada "Conhecimentos Sobre Saúde Ocular" e tem como objetivo explorar os conhecimentos gerais da população, sobre saúde visual.

O questionário é anónimo, não terá informações que identifiquem o participante e os dados serão tratados coletivamente, analisados e divulgados em trabalhos de cariz científico.

Esta investigação não é financiada, nem os investigadores obtêm qualquer proveito económico, e não existe conflito de interesses a declarar.

A sua participação é altruísta, não incorre em quaisquer despesas e é desprovida de qualquer contrapartida. Não existe qualquer risco físico ou emocional decorrente da sua participação.

Este questionário destina-se a todos os cidadãos de nacionalidade portuguesa, com mais de 18 anos.

O preenchimento do questionário demora cerca de 8 minutos e em todas as perguntas deverá selecionar apenas uma opção de resposta (com exceção da pergunta 14, 26 e 30 onde poderá selecionar mais do que uma resposta). Agradeço, desde já, a sua disponibilidade!

Estudo com parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior: CEUBI-PJ-2019-043

\* Indica uma pergunta obrigatória

#### Declaração de consentimento livre e informado

Declaro que tomei conhecimento quanto aos objetivos e procedimentos deste estudo. Aceito participar e consinto a guarda e o tratamento dos meus dados, confiando na confidencialidade e anonimato, garantida pela equipa de investigação

## 1. 1. Confirmando dar o Consentimento Livre e Informado \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## Dados socio-demográficos

## 2. 2. Qual é a sua idade (anos)? \*

---

## 3. 3. Qual é o seu sexo biológico? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Masculino

Feminino

## 4. 4. Qual a área geográfica onde reside? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Norte

Centro

Lisboa e Vale do Tejo

Alentejo e Algarve

Ilhas (Açores e Madeira)

Imigrante (fora de Portugal)

5. 5. Qual é o seu nível de escolaridade? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 4º ano
- 6º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Ensino superior

6. 6. Qual é a sua situação emprego atual?

*Marcar apenas uma oval.*

- Desempregado
- Aposentado
- Empregado
- Dona de casa
- Estudante / bolseiro

7. 7. Assinale a profissão que exerce/exerceu. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Médico
- Enfermeiro
- Outra profissão relacionada à saúde
- Profissão sem relação com a saúde

8. 8. Trabalha na área da saúde visual? (vendedor/técnico de ótica ocular, optometrista, ortoptista, oftalmologista)

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

#### Condição Visual

9. 9. Alguma vez consultou um profissional de saúde visual? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, porque tive problemas visuais  
 Sim, apenas para exame de rotina  
 Não, nunca senti necessidade  
 Não, por razões financeiras  
 Não, por falta de tempo  
 Não, por dificuldades de acesso a esse serviço

10. 10. Atualmente usa óculos ou Lentes de Contacto? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Só para ver ao longe  
 Só para ver ao perto  
 Uso sempre, para ver ao longe e ao perto  
 Não uso

#### Erros refrativos

(Miopia, Hipermetropia ou Astigmatismo)

11. 11. Qual é o primeiro sinal/sintoma da presença de Erros Refrativos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Começa sem sintomas
- Problemas estéticos
- Diminuição da visão
- Dor
- Não sei

12. 12. Os Erros Refrativos são uma condição que se pode tratar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

13. 13. Os Erros Refrativos são uma condição que se pode controlar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

14. 14. Qual é o pior efeito dos Erros Refrativos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Cegueira
- Diminuição da visão
- Dor
- Problemas estéticos
- Não sei

15. 15. Onde adquiriu os seus conhecimentos sobre Erros Refrativos? (assinale o principal) \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Profissional de saúde (Médico Família / Oftalmologista / Optometrista / Enfermeiro / etc)
- Meios de comunicação social (televisão, rádio, revistas, internet, etc)
- Familiar / amigo que tem o problema
- Folhetos informativos ou ações sensibilização (Palestras, divulgação em papel, etc)
- Âmbito de formação profissional (escolas, universidades, outros instituições de ensino)
- Outra
- Nunca ouvi falar

#### Cataratas

16. 16. Qual é o primeiro sinal/sintoma da presença de Cataratas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Começa sem sintomas
- Problemas estéticos
- Diminuição da visão
- Dor
- Não sei

17. 17. As Cataratas são uma condição que se pode tratar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

18. 18. As Cataratas são uma condição que se pode controlar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei

19. 19. Qual é o pior efeito das Cataratas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Cegueira  
 Diminuição da visão  
 Dor  
 Problemas estéticos  
 Não sei

20. 20. Onde adquiriu os seus conhecimentos sobre Cataratas? (assinale o principal) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Profissional de saúde (Médico Família / Oftalmologista / Optometrista / Enfermeiro / etc)  
 Meios de comunicação social (televisão, rádio, revistas, internet, etc)  
 Familiar / amigo que tem o problema  
 Folhetos informativos ou ações sensibilização (Palestras, divulgação em papel, etc)  
 Âmbito de formação profissional (escolas, universidades, outras instituições de ensino)  
 Outra  
 Nunca ouvi falar

#### Retinopatia Diabética

21. 21. Qual é o primeiro sinal/sintoma da presença de Retinopatia Diabética? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Começa sem sintomas
- Problemas estéticos
- Diminuição da visão
- Dor
- Não sei

22. 22. A Retinopatia Diabética é uma condição que se pode tratar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

23. 23. A Retinopatia Diabética é uma condição que se pode controlar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

24. 24. Qual é o pior efeito da Retinopatia Diabética? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Cegueira
- Diminuição da visão
- Dor
- Problemas estéticos
- Não sei

25. 25. Onde adquiriu os seus conhecimentos sobre Retinopatia Diabética? (assinale o principal) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Profissional de saúde (Médico Família / Oftalmologista / Optometrista / Enfermeiro / etc)
- Meios de comunicação social (televisão, rádio, revistas, internet, etc)
- Familiar / amigo que tem o problema
- Folhetos informativos ou ações sensibilização (Palestras, divulgação em papel, etc)
- Âmbito de formação profissional (escolas, universidades, outras instituições de ensino)
- Outra
- Nunca ouvi falar

#### Glaucoma

26. 26. Qual é o primeiro sinal/sintoma da presença de Glaucoma? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Começa sem sintomas
- Problemas estéticos
- Diminuição da visão
- Dor
- Não sei

27. 27. O Glaucoma é uma condição que se pode tratar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

28. 28. O Glaucoma é uma condição que se pode controlar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei

29. 29. Qual é o pior efeito do Glaucoma? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Cegueira  
 Diminuição da visão  
 Dor  
 Problemas estéticos  
 Não sei

30. 30. Onde adquiriu os seus conhecimentos sobre Glaucoma? (assinale o principal) \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Profissional de saúde (Médico Família / Oftalmologista / Optometrista / Enfermeiro / etc)  
 Meios de comunicação social (televisão, rádio, revistas, internet, etc)  
 Familiar / amigo que tem o problema  
 Folhetos informativos ou ações sensibilização (Palestras, divulgação em papel, etc)  
 Âmbito de formação profissional (escolas, universidades, outros instituições de ensino)  
 Outra  
 Nunca ouvi falar

Degenerescência Macular Relacionada à Idade (DMRI)

31. 31. Qual é o primeiro sinal/sintoma da presença de DMRI? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Começa sem sintomas
- Problemas estéticos
- Diminuição da visão
- Dor
- Não sei

32. 32. A DMRI é uma condição que se pode tratar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

33. 33. A DMRI é uma condição que se pode controlar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

34. 34. Qual é o pior efeito da DMRI? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Cegueira
- Diminuição da visão
- Dor
- Problemas estéticos
- Não sei

## 35. 35. Onde adquiriu os seus conhecimentos sobre DMRI? (assinale o principal) \*

Marcar tudo o que for aplicável.

- Profissional de saúde (Médico Família / Oftalmologista / Optometrista / Enfermeiro / etc)
- Meios de comunicação social (televisão, rádio, revistas, internet, etc)
- Familiar / amigo que tem o problema
- Folhetos informativos ou ações sensibilização (Palestras, divulgação em papel, etc)
- Âmbito de formação profissional (escolas, universidades, outros instituições de ensino)
- Outra
- Nunca ouvi falar

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo 2:

		Masculino	Feminino	P-Value	≤ 12º ano	Ensino Superior	P-Value	Saúde Geral	Sem relação à Saúde	P-Value
1º sinal/sintoma ER	S/ sintomas	1,6%	2,3%	0,170	0%	2,9%	0,242	2,8%	0,8%	0,368
	↓ Visão	44,3%	61,2%		46,0%	59,3%		58,3%	46,8%	
	Dor	4,9%	4,7%		6,0%	4,2%		8,3%	4,8%	
	P. Estéticos	0%	0,8%		0%	0,7%		0%	0,8%	
	Não sei	49,2%	31,0%		48,0%	32,9%		30,6%	46,8%	
Tratamento ER	Sim	42,6%	50,4%	0,599	38,0%	51,4%	0,230	44,4%	40,5%	0,461
	Não	6,6%	6,2%		6,0%	6,4%		8,3%	4,0%	
	Não sei	50,8%	43,4%		56,0%	42,1%		47,2%	55,6%	
	Cegueira	4,9%	21,7%		16,0%	16,4%		25,0%	7,9%	
	↓ Visão	41,0%	38,0%		26,0%	43,6%		36,1%	35,7%	
Pior Efeito ER	Dor	6,6%	0,8%	0,004	4,0%	2,1%	0,128	2,8%	3,2%	0,035
	P. Estéticos	0%	0%		0%	0%		0%	0%	
	Não sei	47,5%	39,5%		54,0%	37,9%		36,1%	53,2%	
	Cegueira	4,9%	21,7%		16,0%	16,4%		25,0%	7,9%	
	↓ Visão	41,0%	38,0%		26,0%	43,6%		36,1%	35,7%	
1º sinal/sintoma Cataratas	S/ sintomas	13,1%	12,4%	0,182	4,0%	15,7%	0,173	8,3%	11,9%	0,495
	↓ Visão	49,2%	64,3%		62,0%	58,6%		66,7%	54,0%	
	Dor	1,6%	1,6%		2,0%	1,4%		0%	2,4%	
	P. Estéticos	0%	0%		0%	0%		0%	0%	
	Não sei	36,1%	21,7%		32,0%	24,3%		25,0%	31,7%	
Tratamento Cataratas	Sim	83,6%	95,3%	0,012	82,0%	95,0%	0,006	97,2%	88,1%	0,263
	Não	3,3%	0%		4,0%	0%		0%	1,6%	
	Não sei	13,1%	4,7%		14,0%	5,0%		2,8%	10,3%	
	Cegueira	67,2%	72,9%		60,0%	75,0%		86,1%	65,1%	
	↓ Visão	16,4%	21,7%		24,0%	18,6%		11,1%	22,2%	
Pior Efeito Cataratas	Dor	0%	0%	0,067	0%	0%	0,071	0%	0%	0,103
	P. Estéticos	1,6%	0%		2%	0%		0%	0,8%	
	Não sei	14,8%	5,4%		14,0%	6,4%		2,8%	11,9%	
	Cegueira	67,2%	72,9%		60,0%	75,0%		86,1%	65,1%	
	↓ Visão	16,4%	21,7%		24,0%	18,6%		11,1%	22,2%	
1º sinal/sintoma RD	S/ sintomas	8,2%	17,8%	0,137	8,0%	17,1%	0,246	13,9%	6,3%	0,005
	↓ Visão	31,1%	38,0%		34,0%	36,4%		52,8%	29,4%	
	Dor	1,6%	0,8%		0%	1,4%		2,8%	0,8%	
	P. Estéticos	0%	0%		0%	0%		0%	0%	
	Não sei	59,0%	43,4%		58,0%	45,0%		30,6%	63,5%	
Tratamento RD	Sim	29,5%	26,4%	0,251	26,0%	27,9%	0,546	44,4%	18,3%	0,000
	Não	9,8%	19,4%		12,0%	17,9%		22,2%	8,7%	
	Não sei	60,7%	54,3%		62,0%	54,3%		33,3%	73,0%	
	Cegueira	39,3%	55,8%		30,0%	50,7%		66,7%	35,5%	
	↓ Visão	8,2%	3,9%		4,0%	5,7%		5,6%	5,6%	
Pior Efeito RD	Dor	0%	0%	0,079	0%	0%	0,879	0%	0%	0,004
	P. Estéticos	0%	0%		0%	0%		0%	0%	
	Não sei	52,5%	40,3%		46,0%	43,6%		27,8%	57,9%	
	Cegueira	39,3%	55,8%		30,0%	50,7%		66,7%	35,5%	
	↓ Visão	8,2%	3,9%		4,0%	5,7%		5,6%	5,6%	
1º sinal/sintoma Glaucoma	S/ sintomas	14,8%	20,9%	0,679	10,0%	22,1%	0,113	16,7%	11,9%	0,001
	↓ Visão	23,0%	25,6%		28,0%	23,6%		44,4%	16,7%	
	Dor	11,5%	11,6%		6,0%	13,6%		8,3%	12,7%	
	P. Estéticos	0%	0,8%		0%	0,7%		2,8%	0%	
	Não sei	50,8%	41,1%		56,0%	40,0%		27,8%	58,7%	
Tratamento Glaucoma	Sim	41,0%	41,1%	0,158	36,0%	42,9%	0,002	50,0%	35,7%	0,000
	Não	9,8%	20,2%		4,0%	21,4%		27,8%	7,9%	
	Não sei	49,2%	38,8%		60,0%	35,7%		22,2%	56,3%	
	Cegueira	49,2%	58,9%		42,0%	60,7%		72,2%	42,9%	
	↓ Visão	3,3%	7,0%		6,0%	5,7%		5,6%	5,6%	
Pior Efeito Glaucoma	Dor	1,6%	2,3%	0,256	0%	2,9%	0,039	0%	3,2%	0,014
	P. Estéticos	0%	0%		0%	0%		0%	0%	
	Não sei	45,9%	31,8%		52,0%	30,7%		22,2%	48,4%	
	Cegueira	49,2%	58,9%		42,0%	60,7%		72,2%	42,9%	
	↓ Visão	3,3%	7,0%		6,0%	5,7%		5,6%	5,6%	
1º sinal/sintoma DMRI	S/ sintomas	4,9%	13,2%	0,281	2,0%	13,6%	0,002	8,3%	3,2%	0,005
	↓ Visão	23,0%	24,0%		12,0%	27,9%		38,9%	15,1%	
	Dor	0%	0,8%		2,0%	0%		0%	0,8%	
	P. Estéticos	0%	0%		0%	0%		0%	0%	
	Não sei	72,1%	62,0%		84,0%	58,6%		52,8%	81,0%	
Tratamento DMRI	Sim	13,1%	7,8%	0,116	4,0%	11,4%	0,005	16,7%	6,3%	0,029
	Não	14,8%	27,1%		10,0%	27,9%		22,2%	11,9%	
	Não sei	72,1%	65,1%		60,7%	60,7%		61,1%	81,7%	
	Cegueira	16,4%	25,6%		6,0%	28,6%		22,2%	12,7%	
	↓ Visão	13,1%	14,0%		10,0%	15,0%		25,0%	8,7%	
Pior Efeito DMRI	Dor	0%	0%	0,330	0%	0%	0,001	0%	0%	0,006
	P. Estéticos	0%	0%		0%	0%		0%	0%	
	Não sei	70,5%	60,5%		84,0%	56,4%		52,8%	78,6%	
	Cegueira	16,4%	25,6%		6,0%	28,6%		22,2%	12,7%	
	↓ Visão	13,1%	14,0%		10,0%	15,0%		25,0%	8,7%	