ARTIGO ORIGINAL

eOftalmo

Sintomas de ansiedade e depressão em pessoas com deficiência visual no Brasil: um estudo transversal

Symptoms of anxiety and depression among individuals with visual impairment in Brazil: a cross-sectional study

Cecília Francini Cabral de Vasconcellos[1], Luiza Fattori[1], Edivaldo Rocha[1], Ana Beatriz Lobo[1], Juliana Maria Ferraz Sallum[1]

1. Instituto de Genética Ocular, São Paulo, SP, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE:

Deficiência visual; Ansiedade; Depressão; Saúde mental; Reabilitação; Brasil.

RESUMO

Objetivos: Analisar a prevalência de ansiedade e depressão e seus fatores sociodemográficos e clínicos associados em pessoas com deficiência visual no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 730 pessoas com deficiência visual, entre 18 e 80 anos. Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Foram investigadas associações com variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo gravidade da deficiência visual, tempo de diagnóstico e participação em reabilitação. **Resultados:** Sintomas clinicamente relevantes de ansiedade foram identificados em 56% dos participantes e sintomas depressivos em 40,8%. A ansiedade associou-se ao sexo feminino, viuvez, baixa visão, diagnóstico recente e ausência de reabilitação. A depressão associou-se ao sexo feminino, viuvez, idade mais avançada, aposentadoria por invalidez, cegueira, tempo de deficiência entre cinco e dez anos e ausência de reabilitação. **Conclusões:** Sintomas sugestivos de ansiedade e depressão apresentaram elevada prevalência entre pessoas com deficiência visual. A ansiedade predominou em casos menos graves e de início recente, enquanto a depressão esteve associada à maior gravidade e duração da deficiência. A reabilitação mostrou-se fator protetivo, reforçando a necessidade de ampliar seu acesso e integrar estratégias de saúde mental ao cuidado da deficiência visual.

KEYWORDS:

Visual impairment; Anxiety; Depression; Mental health; Rehabilitation; Brazil

ABSTRACT

Purpose: To investigate the prevalence of anxiety and depression symptoms and their associated sociodemographic and clinical factors among individuals with visual impairment in Brazil. **Methods:** This cross-sectional study included 730 individuals aged 18-80 years with visual impairment. Symptoms of anxiety and depression were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. Associations between psychological symptoms and sociodemographic and clinical characteristics, including severity and duration of visual impairment and participation in rehabilitation programs, were analyzed. **Results:** Clinically significant anxiety symptoms were identified in 56% of participants, whereas depressive symptoms were observed in 40.8%. Anxiety symptoms were significantly associated with female sex, widowhood, low vision, a recent diagnosis of visual impairment, and lack of participation in rehabilitation. Depressive symptoms were associated with female sex, widowhood, older age, disability retirement, blindness, duration of visual impairment between 5 and 10 years, and absence of rehabilitation. **Conclusions:** Anxiety and depressive symptoms were highly prevalent among individuals with visual impairment. Anxiety was more common among participants with less severe and more recently diagnosed visual impairment, whereas depression was associated with more severe and longer-standing impairment. Participation in rehabilitation appeared to be protective against both conditions, underscoring the importance of expanding access to rehabilitation services and integrating mental health care into vision rehabilitation programs.

Autor correspondente: Cecília Francini Cabral de Vasconcelos. E-mail: psicoceciliavasconcellos@gmail.com
Recebido em: 15 de Junho de 2026. **Aceito em:** 16 de Julho de 2026.
Financiamento: Declaram não haver. **Conflitos de Interesse:** Declaram não haver.
Aprovado pelo seguinte comitê de ética em pesquisa: H.Olhos Paulista (nº: 7.814.027).
Declaração de disponibilidade de dados: Os dados gerados e/ou analisados durante o presente estudo estão disponíveis junto ao autor correspondente, mediante solicitação razoável, sujeita a condições justificadas.

Como citar: Vasconcellos CFC, Fattori L, Rocha E, Lobo AB, Sallum JMF. Sintomas de ansiedade e depressão em pessoas com deficiência visual no Brasil: um estudo transversal. eOftalmo. 2026;12(3):98-107.

DOI: 10.17545/eOftalmo/2026.v12.0019

Esta obra está licenciada sob uma *Licença Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A deficiência visual, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma alteração da função visual decorrente de fatores anatômicos, fisiológicos ou ópticos que afetam o sistema visual e suas funções, representa uma condição de grande relevância para a saúde global[1]. A OMS classifica a deficiência visual em duas categorias principais: cegueira, caracterizada por acuidade visual corrigida no melhor olho inferior a 6/120 ou campo visual inferior a 10 graus; e baixa visão, correspondente à acuidade visual corrigida entre 6/18 e 6/120 ou campo visual entre 10 e 20 graus[2,3]. Essa distinção é fundamental, uma vez que as necessidades e experiências das pessoas cegas e das pessoas com baixa visão podem diferir significativamente, influenciando de forma substancial sua interação com o ambiente e seu bem-estar psicossocial[4].

As principais causas de deficiência visual no mundo incluem catarata não operada, erros refrativos não corrigidos, degeneração macular relacionada à idade, glaucoma e retinopatia diabética[1,5,6]. A prevalência da deficiência visual é mais elevada em regiões de baixa e média renda, onde o acesso aos serviços de prevenção e tratamento é limitado, sendo estimada em até quatro vezes maior do que em regiões de alta renda[1]. No Brasil, o Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicou que 7,9 milhões de brasileiros relataram grande dificuldade para enxergar, reforçando a magnitude dessa condição no país[7,8].

A perda visual exerce impacto profundo na qualidade de vida das pessoas, limitando a autonomia nas atividades da vida diária, a mobilidade, a participação social e o envolvimento em atividades produtivas[9,10]. Estudos demonstram que pessoas com deficiência visual apresentam escores significativamente inferiores de qualidade de vida quando comparadas à população geral[11-13]. Essa redução da qualidade de vida está frequentemente associada ao aumento do risco de desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente ansiedade e depressão[14,15].

Uma revisão sistemática com metanálise revelou que a prevalência de depressão entre pessoas com deficiência visual é de aproximadamente 27%, valor consideravelmente superior aos 17% observados na população geral[16]. De forma semelhante, a prevalência de transtornos de ansiedade também é elevada, com estudos indicando que pessoas com deficiência visual apresentam cerca do dobro de probabilidade de desenvolver um transtorno de ansiedade em comparação àquelas sem deficiência visual[17,18].

A associação entre deficiência visual e transtornos mentais é multifatorial, envolvendo não apenas as dificuldades práticas impostas pela perda sensorial, mas também o impacto psicossocial do estigma, do isolamento social e da perda de papéis sociais. A adaptação à perda visual constitui um processo complexo e individual, que pode ser influenciado pela gravidade e pela causa da deficiência, pelo tempo de convivência com a condição, pelo acesso a serviços de reabilitação e pelo suporte social percebido[19,20]. A reabilitação, por exemplo, esteve associada a menores prevalências de sintomas de ansiedade e depressão, associando-se a melhores desfechos em saúde mental e qualidade de vida, ao promover o desenvolvimento de habilidades adaptativas e a reintegração social[21,22]. Entretanto, o acesso a esses serviços ainda representa um desafio para uma parcela expressiva da população com deficiência visual no Brasil.

Apesar da robusta literatura internacional sobre esse tema, é fundamental considerar que o contexto brasileiro pode diferir significativamente daquele observado em estudos conduzidos em países desenvolvidos. O Brasil apresenta importantes desigualdades regionais que impactam diretamente a distribuição e a qualidade dos serviços de saúde. O acesso à reabilitação visual é heterogêneo, frequentemente concentrado em grandes centros urbanos, desfavorecendo populações residentes em regiões periféricas e rurais. Além disso, profundas desigualdades socioeconômicas e limitações estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) para oferecer reabilitação visual contínua e abrangente podem agravar a vulnerabilidade psicossocial dessas pessoas. Compreender essas particularidades locais é fundamental para contextualizar a magnitude do impacto da deficiência visual sobre a saúde mental da população brasileira[22].

Diante desse contexto, a elevada prevalência da deficiência visual no Brasil, aliada ao seu impacto sobre a saúde mental e a qualidade de vida, justifica a realização de estudos que investiguem a prevalência de ansiedade e depressão nessa população e os fatores a elas associados. A compreensão desse cenário é relevante para o planejamento de políticas públicas e de estratégias de intervenção mais eficazes voltadas à promoção da saúde mental e do bem-estar psicossocial de pessoas com deficiência visual.

Assim, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em uma amostra de pessoas com deficiência visual no

Brasil e analisar a associação desses desfechos com variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo idade, gênero, renda, escolaridade, estado civil, região geográfica do país, situação produtiva, gravidade da perda visual, tempo de início da deficiência, causa da deficiência e participação em processo de reabilitação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico e observacional, conduzido com o objetivo de investigar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão e seus fatores associados em uma amostra de pessoas com deficiência visual no Brasil. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do H. Olhos Paulista (número de aprovação: 7.814.027).

Amostra

A amostra foi composta por 730 participantes com deficiência visual autorreferida (cegueira ou baixa visão), residentes em todas as regiões geográficas do Brasil. Os participantes foram selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência. A amostra final incluiu indivíduos que atenderam aos critérios de elegibilidade e completaram integralmente os instrumentos de pesquisa.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: (a) idade igual ou superior a 18 anos; (b) autodeclaração de deficiência visual, classificada como cegueira ou baixa visão; (c) residência em território brasileiro; e (d) concordância em participar do estudo por meio da assinatura eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: (a) preenchimento incompleto do questionário que impossibilitasse a análise dos desfechos primários (ansiedade e depressão); (b) ausência de autodeclaração de deficiência visual; e (c) presença de outra deficiência que pudesse comprometer a análise específica do impacto da deficiência visual.

Instrumentos

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado on-line, dividido em duas seções:

1. **Questionário sociodemográfico e clínico:** Desenvolvido pelos pesquisadores para este estudo, com o objetivo de caracterizar a amostra. As variáveis sociodemográficas investigadas foram: idade (em anos), gênero (feminino, masculino), renda (número de salários mínimos por pessoa), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, entre outros), estado civil (casado, solteiro, separado, viúvo), situação produtiva (empregado, estudante, aposentado, desempregado, entre outros) e região geográfica de residência no Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). As variáveis clínicas incluíram: gravidade da deficiência visual (baixa visão ou cegueira), tempo desde o início da deficiência (de 1 ano a mais de 10 anos), causa da deficiência (congênita ou adquirida, com especificação da etiologia) e participação prévia em processo de habilitação ou reabilitação visual (sim ou não).
2. **Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS):** Utilizada para rastrear a presença e a gravidade de sintomas de ansiedade e depressão. A HADS é um instrumento validado para a população brasileira[23] e amplamente utilizado em contextos clínicos e de pesquisa. É composta por 14 itens, divididos em duas subescalas de 7 itens cada: HADS-Ansiedade (HADS-A) e HADS-Depressão (HADS-D). Cada item é pontuado em uma escala Likert que varia de 0 a 3, resultando em um escore total de 0 a 21 para cada subescala. Os escores foram categorizados da seguinte forma: 0-7 pontos (improvável/normal), 8-10 pontos (possível/leve) e 11-21 pontos (provável/moderado a grave), tanto para ansiedade quanto para depressão[24].

Procedimentos

O projeto foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 6.260.956. A coleta de dados foi realizada on-line por meio da plataforma Google Forms, entre fevereiro e outubro de 2025. O link do questionário foi amplamente divulgado por meio de redes sociais, grupos de discussão virtuais e parcerias com instituições de apoio a pessoas com deficiência visual em todo o Brasil, como Bengala Verde Brasil, Retina Brasil, Tocando em Frente, Grupo Virtual Stargardt e Associação de Deficientes Visuais e Amigos.

A primeira página do formulário continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que detalhava os objetivos do estudo, os procedimentos, os riscos e benefícios envolvidos, além de garan-

tir o anonimato e a confidencialidade dos dados. A participação foi voluntária, e o prosseguimento no preenchimento do questionário foi considerado como aceite do TCLE.

Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o software IBM SPSS Statistics, versão 25.0. Foi realizada análise descritiva para caracterização da amostra, com apresentação de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas.

Para a análise inferencial, foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher (quando as frequências esperadas em mais de 20% das células da tabela de contingência eram inferiores a 5), a fim de avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas (variáveis independentes) e os desfechos ansiedade e depressão (variáveis dependentes), categorizados como improvável, possível e provável. O nível de significância adotado para todas as análises foi de $p<0,05$. Foi considerada a realização de uma análise de regressão logística multivariada; entretanto, a baixa frequência de observações em diversas células impediu o ajuste adequado e estável do modelo, tornando seus resultados não interpretáveis.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 730 indivíduos com deficiência visual. A maioria dos participantes era do sexo feminino (61,9%), com idade média de 45,6 anos (DP=15,2). A distribuição por estado civil demonstrou predominância de indivíduos solteiros (40,1%), seguidos por casados (35,5%), separados/divorciados (15,0%) e viúvos (9,4%). Em relação à situação produtiva, a maior parte da amostra era composta por aposentados (38,8%), seguida por desempregados (25,1%), trabalhadores autônomos (15,3%), trabalhadores com vínculo formal de emprego (12,2%) e estudantes (8,6%). A distribuição geográfica dos participantes contemplou as cinco regiões do Brasil, com maior concentração na Região Sudeste (45,1%), seguida pelas regiões Nordeste (23,5%), Sul (15,8%), Centro-Oeste (9,9%) e Norte (5,7%).

Quanto à escolaridade, 26,7% dos participantes possuíam ensino superior completo, 25,8% pós-graduação completa e 22,1% ensino médio completo. Os demais níveis de escolaridade incluíram ensino superior incompleto (12,6%), pós-graduação incompleta (2,7%), ensino médio incompleto (3,6%), ensino fundamental completo (2,2%) e ensino fundamental incompleto (4,4%).

Em relação à renda mensal per capita, 27,9% da amostra relataram receber entre dois e cinco salários-mínimos. Além disso, 24,9% recebiam até um salário-mínimo, 24,2% entre um e dois salários-mínimos, 13,0% entre cinco e dez salários-mínimos e 9,9% acima de dez salários-mínimos.

Quanto às características clínicas, observou-se predominância de participantes com baixa visão (54,6%) em comparação àqueles com cegueira (45,4%). A maioria dos participantes (59,0%) convivia com a deficiência visual há 10 anos ou mais. Outros 18,4% apresentavam a condição entre cinco e dez anos, 18,4% entre um e cinco anos e 4,2% há menos de um ano. A principal causa da deficiência visual foi adquirida (78,2%), sendo as etiologias mais frequentes a retinopatia diabética (22,5%), o glaucoma (18,9%) e a degeneração macular relacionada à idade (15,4%). As causas congênitas corresponderam a 21,8% da amostra. Apenas 48,8% dos participantes relataram ter participado de processos de habilitação ou reabilitação, indicando que aproximadamente metade da amostra nunca teve acesso a esses serviços (Tabela 1).

A análise dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) revelou elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão na amostra estudada.

Na subescala de ansiedade (HADS-A), 30,4% dos participantes foram classificados na categoria "provável" (≥11 pontos), indicando a presença de sintomas clinicamente relevantes de ansiedade. Outros 25,5% foram classificados como "possível" (8-10 pontos), enquanto 44,1% foram classificados como "improvável" (0-7 pontos). Assim, aproximadamente 56% da amostra total apresentou sintomas de ansiedade em níveis variando de possível a provável.

Na subescala de depressão (HADS-D), 18,2% dos participantes foram classificados como "provável" (≥11 pontos), sugerindo a presença de sintomas depressivos clinicamente relevantes. Além disso, 22,6% foram classificados como "possível" (8-10 pontos) e 59,1% como "improvável" (0-7 pontos). Aproximadamente 41% da amostra apresentou sintomas depressivos em níveis variando de possível a provável (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Variável	Frequência (%)
Dados gerais	
Tamanho da amostra	
730 indivíduos	100,0
Idade média	
45,6 anos (DP=15,2)	—
Gênero	
Feminino	61,9
Masculino	38,1
Estado civil	
Solteiro(a)	40,1
Casado(a)	35,5
Separado(a)/Divorciado(a)	15,0
Viúvo(a)	9,4
Situação na vida produtiva	
Reformado(a)	38,8
Desempregado(a)	25,1
Trabalhador(a) independente	15,3
Empregado(a) formal	12,2
Estudante	8,6
Distribuição geográfica	
Sudeste	45,1
Nordeste	23,5
Sul	15,8
Centro-Oeste	9,9
Norte	5,7
Nível de educação	
Ensino Superior Completo	26,7
Pós-Graduação Completa	25,8
Ensino Médio Completo	22,1
Ensino Superior Incompleto	12,6
Ensino Médio Incompleto	3,6
Ensino Fundamental Incompleto	4,4
Ensino Fundamental Completo	2,2
Pós-Graduação Incompleta	2,7
Rendimento mensal por pessoa	
Entre 2 e 5 salários mínimos	27,9
Até 1 salário mínimo	24,9
Entre 1 e 2 salários mínimos	24,2
Entre 5 e 10 salários mínimos	13,0
Acima de 10 salários mínimos	9,9
Gravidade da deficiência visual	
Baixa visão	54,6
Cegueira	45,4
Tempo desde o início da deficiência	
10 anos ou mais	59,0
5 a 10 anos	18,4
1 a 5 anos	18,4
0 a 1 ano	4,2
Origem da deficiência visual	
Adquirida	78,2
Congénita	21,8
Etiologias mais comuns	
Retinopatia diabética	22,5
Glaucoma	18,9
Degeneração macular relacionada à idade	15,4
Participação em reabilitação	
Não participou	51,2
Sim, participou	48,8

Tabela 2. Pontuações de ansiedade e depressão na amostra.

Escala	Intervalo de Pontuação	Frequência (%)
Ansiedade (HADS-A)		
Provável	≥11 pontos	30,4
Possível	8-10 pontos	25,5
Improvável	0-7 pontos	44,1
Possível a Provável (Combinado)	8-21 pontos	56,0
Depressão (HADS-D)		
Provável	≥11 pontos	18,2
Possível	8-10 pontos	22,6
Improvável	0-7 pontos	59,1
Possível a Provável (Combinado)	8-21 pontos	40,8

A análise de associação revelou correlações estatisticamente significativas entre a prevalência de sintomas de ansiedade e diversas variáveis sociodemográficas e clínicas. Foi observada prevalência significativamente maior de ansiedade provável entre mulheres (39,6%) em comparação aos homens (18,6%) (p<0,001). Em relação ao estado civil, indivíduos viúvos apresentaram maior vulnerabilidade à ansiedade, com prevalência de 46,9% de sintomas prováveis (p=0,026). Participantes com baixa visão (27,8%) apresentaram maior probabilidade de sintomas ansiosos quando comparados àqueles com cegueira (24,2%) (p=0,003). O tempo desde o início da deficiência visual também se mostrou relevante, sendo a ansiedade mais frequente entre indivíduos com até um ano de diagnóstico (40,5%), diminuindo progressivamente ao longo do tempo (p=0,006). Por fim, a não participação em processos de habilitação ou reabilitação esteve fortemente associada a maior propensão à ansiedade (30,2% versus 22,5%; p<0,001).

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre sintomas de ansiedade e faixa etária (p=0,201), região geográfica do país (p=0,625), renda (p=0,062) ou situação produtiva (p=0,452) (Tabela 3).

A análise das associações envolvendo sintomas depressivos também identificou correlações significativas. O sexo feminino apresentou prevalência significativamente maior de depressão provável (20,5%) quando comparado ao sexo masculino (13,6%) (p=0,014). Em relação à faixa etária, indivíduos com 61 anos ou mais apresentaram a maior prevalência (24,4%), seguidos pelos grupos de 51 a 60 anos (20,8%) e 41 a 50 anos (20,3%), sendo observada

Tabela 3. Associações significativas com sintomas de ansiedade.

Variável	Ansiedade Provável (%)	Valor de p
Género		
Feminino	39,6	<0,001*
Masculino	18,6	
Estado civil		
Viúvo(a)	46,9	0,026*
Separado(a)	29,9	
Solteiro(a)	26,1	
Casado(a)	22,3	
Gravidade da DV		
Baixa Visão	27,8	0,003*
Cegueira	24,2	
Tempo desde o início da DV		
0 a 1 ano	40,5	0,006**
1 a 5 anos	31,7	
5 a 10 anos	31,7	
10 anos ou mais	22,0	
Reabilitação		
Não	30,2	<0,001*
Sim	22,5	

Tabela 4. Associações significativas com sintomas depressivos.

Variável	Depressão Provável (%)	Valor de p
Gênero		
Feminino	20,5	
Masculino	13,6	
Grupo etário		
18 a 30 anos	7,6	p=0,002*
31 a 40 anos	8,9	
41 a 50 anos	20,3	
51 a 60 anos	20,8	
61 anos ou mais	24,4	
Estado Civil		
Viúvo(a)	40,6	0,006*
Divorciado(a)	24,3	
Solteiro(a)	16,4	
Casado(a)	15,5	
Situação na vida produtiva		
Nunca trabalhou	23,5	p=0,01*
Recebe BPC/LOAS	20	
Reformado(a) por invalidez	25	
Reformado(a) por tempo de contribuição	20,9	
Trabalhador(a) independente	12,1	
Empregado(a) formal	11,9	
Estudante	0	
Servidor(a) público(a)	11,9	
Gravidade da DV		
Baixa Visão	17,1	0,031*
Cegueira	20,1	
Tempo desde o início da DV		
0 a 1 ano	16,2	0,022**
1 a 5 anos	21,7	
5 a 10 anos	23,9	
10 anos ou mais	15,5	
Reabilitação		
Não	24,3	<0,001*
Sim	21,1	

associação significativa entre idade e depressão provável (p=0,002). Quanto ao estado civil, indivíduos viúvos demonstraram maior vulnerabilidade (40,6%), seguidos pelos separados/divorciados (24,3%), com associação estatisticamente significativa (p=0,006). Em relação à situação produtiva, aposentados por invalidez (25,0%) e pessoas que nunca trabalharam (23,5%) apresentaram maiores prevalências de sintomas depressivos, também com associação significativa (p=0,010).

Quanto à gravidade da deficiência visual, participantes com cegueira apresentaram maior prevalência de depressão provável (20,1%) em comparação àqueles com baixa visão (17,1%), com diferença estatisticamente significativa (p=0,031). O tempo desde o início da deficiência visual também se mostrou relevante, com maiores prevalências observadas entre indivíduos com cinco a dez anos de diagnóstico (23,9%) e entre um e cinco anos (21,7%) (p=0,022). Por fim, a não participação em processos de habilitação ou reabilitação esteve associada a maior prevalência de depressão provável (24,3% versus 21,1%; p<0,001) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo oferece uma visão abrangente da saúde mental de pessoas com deficiência visual no Brasil, demonstrando elevada prevalência de sintomas clinicamente relevantes de ansiedade e depressão, incluindo casos classificados como possíveis e prováveis segundo os critérios da HADS. As taxas observadas superam aquelas descritas para a população geral e estão alinhadas às estimativas internacionais.

Um achado particularmente relevante deste estudo foi a associação entre a ausência de reabilitação e as maiores prevalências de ansiedade e depressão. Este é, provavelmente, o principal resultado do estudo, destacando a possível relevância da reabilitação não apenas para a adaptação funcional, mas também para os desfechos em saúde mental de pessoas com deficiência visual.

A amostra, predominantemente composta por aposentados e indivíduos com deficiência visual adquirida, reflete um contexto de vulnerabilidade marcado pela interrupção de trajetórias profissionais e pela perda de papéis sociais e econômicos, fatores amplamente reconhecidos como de risco para sofrimento psicológico em populações com deficiência[9].

O desemprego e a aposentadoria não planejada entre pessoas com deficiência visual têm sido associados a piores desfechos em saúde mental, incluindo maiores índices de ansiedade e depressão, possivelmente mediados pela redução da participação social e pelo estresse financeiro[15]. A predominância de condições crônicas e progressivas observada na amostra também contribui para sentimentos de incerteza e estresse contínuo, reforçando a compreensão da perda visual como um processo dinâmico que exige adaptação permanente e pode levar ao esgotamento progressivo dos recursos psicológicos ao longo do tempo[25-27].

Apesar do elevado nível educacional observado na amostra, não foram encontradas associações significativas entre escolaridade e sintomas de ansiedade ou depressão. Esse resultado sugere que a escolaridade, embora relevante para o desenvolvimento de recursos cognitivos e estratégias de enfrentamento, não é suficiente para mitigar os impactos psicossociais decorrentes de barreiras estruturais, como desemprego e exclusão do mercado de trabalho. De forma semelhante, a renda não apresentou associação significativa com a ansiedade, levantando a hipótese de que a estabilidade financeira possa exercer papel mais relevante do que o valor absoluto da renda. Dessa forma, a condição socioeconômica parece apresentar uma relação não linear com a saúde mental nessa população[25-27].

As prevalências identificadas foram superiores às observadas na população brasileira em geral, com mais da metade da amostra apresentando sintomas de ansiedade e aproximadamente 41% apresentando sintomas depressivos, considerando-se as classificações possíveis e prováveis da HADS. Comparações internacionais corroboram esse achado, uma vez que diversos estudos têm demonstrado maior risco de ansiedade e depressão entre pessoas com deficiência visual em diferentes contextos culturais e sociais[16-18]. No Brasil, esses desfechos podem ser potencializados pelas barreiras de acesso aos serviços de saúde e de reabilitação, especialmente em contextos de baixa e média renda[5,9].

A análise dos fatores associados revelou uma dinâmica multifatorial. A maior prevalência de sintomas entre mulheres é consistente com a literatura, sugerindo um efeito combinado das desigualdades de gênero e das barreiras relacionadas à deficiência, resultando em maior isolamento social e menor acesso a oportunidades. A viuvez também emergiu como um importante fator associado, refletindo o impacto da perda de suporte social e o aumento da vulnerabilidade ao sofrimento psicológico[28,29].

Foram observados padrões distintos entre ansiedade e depressão. A ansiedade esteve mais fortemente associada à baixa visão e ao diagnóstico recente, enquanto a depressão esteve relacionada à cegueira e ao maior tempo de convivência com a deficiência visual. Essa divergência merece uma análise mais aprofundada. A maior prevalência de ansiedade em indivíduos com baixa visão pode estar associada ao medo da progressão da perda visual, à incerteza quanto ao prognóstico e à instabilidade funcional característica dessa condição, mantendo o indivíduo em um estado constante de alerta (30). Em contrapartida, a maior prevalência de depressão entre pessoas com cegueira pode refletir adaptação incompleta ou efeitos cumulativos decorrentes de limitações funcionais mais severas, restrições à participação social e dificuldades persistentes ao longo do tempo[22,31]. Revisões recentes enfatizam que a adaptação psicossocial à perda visual é um processo contínuo e complexo, influenciado tanto por fatores clínicos quanto emocionais[32].

Conforme mencionado anteriormente, a reabilitação esteve consistentemente associada a melhores desfechos em saúde mental, associando-se a menores prevalências de ansiedade e depressão. Esse achado está de acordo com evidências que demonstram que os programas de reabilitação promovem não apenas ganhos funcionais, mas também melhorias no bem-estar psicológico e na qualidade de vida[21]. Ao favorecer autonomia, estratégias de enfrentamento e participação social, a reabilitação atua diretamente sobre mecanismos centrais envolvidos no desenvolvimento de transtornos mentais. Entretanto, é importante considerar a possibilidade de causalidade reversa e viés de seleção. Pacientes com características psicológicas mais favoráveis ou maior resiliência podem

buscar serviços de reabilitação com maior frequência. Assim, a reabilitação, isoladamente, não explica necessariamente os melhores desfechos psicológicos observados[32]. Além disso, apenas cerca de metade dos participantes relatou ter participado de processos de habilitação ou reabilitação, evidenciando uma importante lacuna na oferta desses serviços e uma oportunidade ainda pouco explorada para prevenção e cuidado em saúde mental[9,22].

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. Em razão do delineamento transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade, tampouco excluir a possibilidade de causalidade reversa. Além disso, o uso de amostragem por conveniência e a coleta de dados on-line podem introduzir viés de seleção e limitar a generalização dos resultados. A utilização de informações autorreferidas, sem confirmação clínica, pode afetar a precisão das medidas. Por fim, a predominância de participantes do sexo feminino, aposentados e residentes da Região Sudeste restringe a extrapolação dos achados para outras populações.

Quatro limitações metodológicas centrais merecem destaque:

- O principal potencial viés deste estudo refere-se ao uso de deficiência visual autorreferida. Não houve confirmação clínica objetiva da acuidade visual, do campo visual ou do diagnóstico oftalmológico. Esse aspecto deve ser enfatizado, uma vez que os participantes podem interpretar de maneira distinta conceitos técnicos como baixa visão, cegueira e deficiência visual, introduzindo potencial heterogeneidade na classificação da gravidade da perda visual.
- O recrutamento foi realizado por meio de organizações como Bengala Verde Brasil, Retina Brasil, Grupo Stargardt e outras associações de pacientes. Essa estratégia provavelmente favoreceu a participação de indivíduos mais engajados, usuários ativos de redes sociais, pessoas com maior nível de escolaridade e participantes já vinculados a grupos de apoio. Esse viés de seleção deve ser considerado de forma explícita, pois pode resultar em uma amostra que não represente fielmente a totalidade da população brasileira com deficiência visual, possivelmente superestimando os níveis de suporte social e subestimando a prevalência de transtornos mentais em grupos mais isolados.
- Além disso, embora uma análise de regressão logística multivariada tenha sido considerada, o tamanho da amostra e a distribuição esparsa das observações em diversas categorias impediram o ajuste adequado do modelo, resultando em estimativas instáveis dos parâmetros. Consequentemente, não foi possível realizar análises multivariadas confiáveis, e os achados apresentados baseiam-se em análises univariadas, que não permitem o ajuste para potenciais fatores de confusão.
- Por fim, este estudo agrupou todas as etiologias em uma única análise. É importante reconhecer que condições oftalmológicas específicas, como retinose pigmentar, doença de Stargardt, glaucoma, neuropatias ópticas e retinopatia diabética, podem exercer impactos psicossociais distintos sobre pessoas com deficiência visual. Os efeitos psicológicos diferenciais dessas condições específicas poderão ser explorados em estudos futuros, uma vez que podem demandar intervenções em saúde mental e abordagens de reabilitação adaptadas às particularidades de cada condição.

Estudos futuros devem adotar delineamentos longitudinais e amostras mais representativas para compreender melhor os mecanismos causais envolvidos e os desfechos em longo prazo. Apesar dessas limitações, os resultados reforçam a necessidade de abordagens integradas que combinem reabilitação, atenção à saúde mental e estratégias de inclusão social, com o objetivo de reduzir o impacto da ansiedade e da depressão entre pessoas com deficiência visual no Brasil.

Em conclusão, os achados deste estudo revelaram elevada prevalência de sintomas clinicamente relevantes de ansiedade e depressão, incluindo casos classificados como possíveis e prováveis segundo os critérios da HADS, com taxas superiores às observadas na população geral brasileira e compatíveis com dados internacionais. A magnitude desses resultados reforça a necessidade de atenção clínica e epidemiológica direcionada a essa população.

Os fatores associados sugerem um perfil de risco que combina características sociodemográficas, como sexo feminino, viuvez e inatividade laboral, com variáveis clínicas relacionadas à gravidade e ao tempo de convivência com a deficiência visual. Foram identificados dois padrões distintos: um perfil ansioso associado à baixa visão e ao diagnóstico recente e um perfil depressivo relacionado à cegueira, à cronicidade da condição e à idade mais avançada. Essa distinção pode contribuir para a estratificação de risco e para o planejamento de intervenções mais específicas.

A participação em processos de reabilitação esteve consistentemente associada a menores prevalências de sintomas de ansiedade e depressão. Seus benefícios vão além da função visual, abrangendo aspectos relacionados à perda de autonomia e à adaptação psicossocial. Entretanto, a baixa participação observada evidencia uma oportunidade ainda insuficientemente explorada para prevenção e cuidado.

Recomenda-se a integração da reabilitação aos serviços de atenção psicossocial, bem como a implementação de protocolos sistemáticos de rastreamento desde o momento do diagnóstico, a fim de favorecer a identificação precoce de fatores de risco, ampliar o acesso ao cuidado e promover melhores desfechos em saúde mental e qualidade de vida para pessoas com deficiência visual no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Bengala Verde Brasil, organização sem fins lucrativos, pelo apoio fornecido por meio da disponibilização de recursos destinados aos materiais de pesquisa e à análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (2023). Blindness and vision impairment. WHO. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment
2. World Health Organization (1992). International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). WHO. Disponível em: https://iris.who.int/items/5858156c-f66b-43cc-be2c-37710e5cd2e6
3. Dandona L, Dandona R. Revision of visual impairment definitions in the International Statistical Classification of Diseases. BMC Med. 2006 Mar 16:4:7.
4. Senra H, Hernandez-Moreno L, Moreno N, Macedo AF. Anxiety levels moderate the association between visual acuity and health-related quality of life. Sci Rep. 2022;12(1):2313.
5. World Health Organization. (2019). World report on vision. WHO. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision
6. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends from 1990 to 2020, and projections to 2050: a systematic review, meta-analysis, and modelling study. Lancet Glob Health. 2021;9(2):e130-e143.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. IBGE. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Pessoas com Deficiência. IBGE. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102178
9. Demmin DL, Silverstein SM. Visual Impairment and Mental Health: Unmet Needs and Treatment Options. Clin Ophthalmol. 2020 Dec 3:14:4229-4251.
10. van der Aa HPA, van Rens GHMB, Comijs HC, Margrain TH, Gallindo-Garre F, Twisk JWR, et al. Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: a multicentre randomised controlled trial. BMJ. 2015 Nov 23:351:h6127.
11. Nayeni M, Dang A, Mao AJ, Malvankar-Mehta MS. Quality of life of low vision patients: a systematic review and meta-analysis. Can J Ophthalmol. 2021;56(3):151-157.
12. Lamoureux EL, Pallant JF, Pesudovs K, Rees G, Hassell JB, Keeffe JE. The impact of vision impairment on health-related quality of life. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48(4):1476-1482.
13. Rocha SRG, Castro R. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em um programa de reabilitação para pessoas com deficiência visual. Rev Bras Oftalmol. 2023;82:e0013.
14. Centers for Disease Control and Prevention. (2024, 15 de maio). About Vision Loss and Mental Health. CDC. Disponível em: https://www.cdc.gov/vision-health/about-eye-disorders/vision-loss-mental-health.html
15. Kim AM, Park JH. Mental Health and Depressive Mood in People With Visual Impairments. J Vis Impair Blind. 2023;117(4):421-435.
16. Virgili G, Parravano M, Petri D, Maurutto E, Menchini F. Lanzetta P, et al. The Association between Vision Impairment and Depression: A Systematic Review of Population-Based Studies. J Clin Med. 2022;1(9):2412.
17. Mihalache A, Huang RS, Zajner C, Popovic MM, Tong E, Margolin EA, et al. Mental health and vision difficulty in adults: a population-based analysis. Can J Ophthalmol. 2026;61(2):262-271.
18. van der Aa HPA, Comijs HC, Penninx BWJH, van Rens GHMB, van Nispen RMA. Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults. JInvest Ophthalmol Vis Sci. 2015;56(2):849-854.
19. Rees G, Ponczek E, Hassell J, Keefe JE, Lamoureux EL. Psychological outcomes following interventions for people with low vision: a systematic review. Expert Rev Ophthalmol. 2010;5(3):385-403.
20. Thurston M, Warden R, Thurston C, Hawkins A, Birde H. The mental health of people with visual impairments and related interventions: A scoping review from 2016 to 2023. J Vis Impair Blind. 2025;119(5):392-405.
21. van Nispen RM, Virgili G, Hoeben M, Langelaan M, Klevering J, Keunem JE, et al. Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. Cochrane Database of Sys Ver. 2020;1(1):CD006543.
22. Vasconcellos C FC, Brandão ML, Sallum JMF. Rehabilitation for patients with retinal diseases in Brazil: An exploratory study. Arq Bras Oftalmol. 2024;88(3):e2024-0144.
23. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WA. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HADS. Rev Saude Publica. 1995;29(5):355-363.

24. Zigmond, AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-370.
25. Sabel BA, Wang J, Cárdenas-Morales L, Faiq M, Heim C. Mental stress as consequence and cause of vision loss: the dawn of psychosomatic ophthalmology for preventive and personalized medicine. EPMA J. 2018;9(2):133-160.
26. Pardhan S, Sanchez GFL, Bourne R, Davis A, Leveziel N, Koyanagi A, et al. Visual, hearing, and dual sensory impairment are associated with higher depression and anxiety in women. Int J Geriatr Psychiatry. 2021;36(9):1378-1385.
27. Evans JR, Fletcher AE, Wormald RP. Depression and anxiety in visually impaired older people. Ophthalmology. 2007;114(2):283-288.
28. Onrust SA, Cuijpers P. Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. Aging Ment Health. 2006;10(4):327-334.
29. Kristiansen CB, Kjær JN, Hjorth P, Andersen K, Prina AM. Prevalence of common mental disorders in widowhood: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019 Feb 15:245:1016-1023.
30. Shah N, Tran E, Aly M, Phu V, Laughlin E, Malvankar-Mehta MS. Depression and anxiety in patients with irreversible vision loss: meta-analysis and systematic review. Int J Psychiatry Med. 2025 Oct 8:912174251382653.
31. Parravano M, Petri D, Maurutto E, Licenteforte E, Menchini F, Lanzetta P, et al. Association between visual impairment and depression in patients attending eye clinics: A Meta-analysis. JAMA Ophthalmol. 2021;139(7):753-761.
32. Senra H, Barbosa F, Ferreira P, Vieira CR, Perrin PB, Rogers H, et al. Psychologic adjustment to irreversible vision loss in adults: a systematic review. Ophthalmology. 2015;122(4):851-861.

INFORMAÇÃO DOS AUTORES



» **Cecília Francini Cabral de Vasconcellos**
https://orcid.org/0000-0001-5115-5174
http://lattes.cnpq.br/3841291780771215



» **Ana Beatriz Lobo**
https://orcid.org/0009-0004-1151-141X
http://lattes.cnpq.br/8234370751680587



» **Luiza Fattori**
https://orcid.org/0009-0008-2063-594X
http://lattes.cnpq.br/9740668506152322



» **Juliana Maria Ferraz Sallum**
https://orcid.org/0000-0002-7206-4447
http://lattes.cnpq.br/2233267084488852



» **Edivaldo Rocha**
https://orcid.org/0009-0006-5572-6839
http://lattes.cnpq.br/4702519010043888