

# Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo

Erika Hoyama<sup>1</sup>

Silvana Artioli Schellini<sup>2</sup>

Maria Rosa Bet de Moraes-Silva<sup>3</sup>

Carlos Roberto Padovani<sup>4</sup>

Recebido em 26/10/00  
Aprovado em 24/4/01

1- Pós-Graduada da  
UNESP – Botucatu  
Departamento de  
OFT/ORL/CCP  
Faculdade de  
Medicina de Botucatu  
Av. Rubião Junior, s/nº.  
18618-000  
Botucatu –SP.

2 - Professora Livre-  
Docente da UNESP –  
Botucatu  
Departamento de  
OFT/ORL/CCP  
Faculdade de  
Medicina de Botucatu  
Av. Rubião Junior, s/nº.  
18618-000  
Botucatu –SP.

3 - Professora Assis-  
tente Doutora da  
UNESP – Botucatu  
Departamento de  
OFT/ORL/CCP  
Faculdade de  
Medicina de Botucatu  
Av. Rubião Junior, s/nº.  
18618-000  
Botucatu –SP.

4 - Professor Titular  
da UNESP – Botucatu  
Departamento de  
Bioestatística  
Instituto de Biociências  
Av. Rubião junior, s/nº.  
18618-000  
Botucatu – SP.

HOYAMA, Erika et al. Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo. *Salusvita*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 97-103, 2001.

## RESUMO

*O objetivo deste estudo foi avaliar as aposentadorias por invalidez decorrentes de alterações oculares na região de Botucatu, São Paulo. Métodos: realizou-se estudo retrospectivo de 1797 casos de aposentadoria, avaliando-se: sexo, idade, acuidade visual e causas oftalmológicas de invalidez. As afecções oftalmológicas foram classificadas segundo o Código Internacional de Doenças (CDI). Resultados: as afecções oculares foram responsáveis por 7,9% das aposentadorias no período estudado. Houve predomínio significativo ( $P < 0,0001$ ) do sexo masculino e da faixa etária entre os 40 a 60 anos (51,7%). A aposentadoria foi consequente mais frequentemente de cegueira e visão subnormal (45,4%), transtornos da retina (14,7%), glaucoma e patologias do disco óptico (8,3%) . O conhecimento das causas oftalmológicas de aposentadoria poderiam auxiliar na escolha de medidas preventivas de cegueira.*

**Unitermos:** oftalmopatias oculares, cegueira, aposentadoria, transtornos de visão.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que de 30 a 40 milhões de pessoas no mundo apresentem visão menor ou igual a 0,1 (Moreira, 1991), sendo este um dos maiores problemas dos países em desenvolvimento, cujas taxas de cegueira são de 10 a 40 vezes superiores as observadas nos países industrializados (Schweikart et al., 1991).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que uma grande porção destas causas de cegueira é de caráter evitável, prevenível ou relativamente fácil de curar (Romero, 1983).

Os dados sobre as causas de aposentadoria por invalidez de origem oftalmológica são inexistentes no Brasil. Uma das formas de se estudar quais as patologias oculares que levam à incapacidade para o trabalho, resultando em necessidade de aposentadoria e/ou pensão, seria avaliar os registros do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), uma vez que todos os pacientes que se aposentam estão necessariamente cadastrados neste serviço.

Assim, este estudo teve como objetivo precisar as características dos indivíduos, assim como a afecção ocular relacionada ao benefício de aposentadoria e pensão, a partir dos dados existentes nos arquivos do INSS.

## MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado estudo retrospectivo de 1797 fichas dos arquivos do Instituto Nacional de Seguro Saúde (INSS) do Município de Botucatu, correspondentes aos últimos 20 anos de atendimento feito naquele posto. Destas, 143 fichas (7,9%) corresponderam ao total de pacientes aposentados por motivos oftalmológicos.

Avaliaram-se, então, as informações constantes dos prontuários dos 143 pacientes, estudando-se: sexo, idade, doença que levou a invalidez classificada de acordo com o Código Internacional das Doenças (CID-9), acuidade visual (AV) com correção no melhor olho, tempo decorrido entre a data do início da doença (DID) e a data do afastamento do trabalho (DAT), tempo decorrido entre a DAT e a data do início do recebimento do benefício (DIB) e o tempo decorrido da DIB até a aposentadoria definitiva por invalidez.

Os dados foram descritos através de distribuição de freqüências e analisados pelo teste de associação envolvendo a estatística do qui-quadrado (Siegel & Castellan Jr., 1988). As discussões dos resultados foram realizadas no nível de 5% de significância.

## RESULTADOS

As 143 aposentadorias por causa oftalmológica correspondem a 7,9% das aposentadorias ocorridas na época do estudo (TABELA 1). Destes indivíduos, 100 (69,9%) eram do sexo masculino e 43 (30,1%), do sexo feminino (TABELA 2), revelando predomínio expressivo de homens sobre mulheres ( $X^2 = 22,72$ ;  $P < 0,0001$ ).

A idade variou de 19 a 66 anos com predomínio significativo ( $X^2 = 77,51$ ;  $P < 0,0001$ ) da faixa etária entre 40 a 60 anos (51,7%) (TABELA 3).

HOYAMA, Erika et al. Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo. *Salusvita*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 97-103, 2001.

HOYAMA, Erika et al. Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo. *Salusvita*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 97-103, 2001.

A TABELA 4 revela que 84,6% das aposentadorias mostravam AV corrigida, no melhor olho, menor ou igual a 0,1; em 10,5%, a acuidade visual era maior que 0,1. Os dados indicaram significância da baixa acuidade visual ( $X^2 = 82,62$ ;  $P < 0,0001$ ).

As principais causas de invalidez decorrentes de alteração ocular, classificadas de acordo com o CID, foram cegueira e visão subnormal (VSN) em 45,4% dos casos, outros transtornos da retina em 14,7%, e glaucoma e transtornos das vias e do nervo óptico em 8,3%. Os demais grupos encontrados foram: outros transtornos do olho em 4,4%, descolamentos e defeitos da retina e catarata em 3,5%, dentre outros (TABELA 5).

As patologias mais frequentes nos grupos de diagnóstico predominantes foram:

1) no grupo de VSN: cegueira em um olho e VSN no outro (36,9%), VSN em ambos os olhos (35,4%), cegueira em ambos os olhos e perda da visão não qualificada em ambos olhos (10,8%), perda da visão não especificada (6,1%);

2) no grupo de alterações retinianas: não especificados (42,8%), retinopatia diabética (23,8%), degeneração macular e do pólo posterior (14,3%), outros transtornos da retina (9,5%) e outras retinopatias simples e alterações vasculares da retina (4,8%), separação das camadas da retina (4,8%);

3) no grupo de glaucoma: não especificados (66,7%), outros glaucomas (25,0%), glaucoma de ângulo aberto (8,3%);

4) no grupo de alterações do nervo óptico: não especificados (50,0%), atrofia óptica (41,7%) e outros transtornos do disco óptico (8,3%).

O tempo médio decorrido da DID até a DAT foi de 3,9 anos; a média do tempo decorrido da DAT até a DIB foi de 9,7 meses e o tempo médio decorrido entre a DIB até a aposentadoria definitiva foi de 1,3 anos.

TABELA 1- Distribuição das causas de aposentadoria segundo a especialidade médica.

Causa por especialidade	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Neurologia	556	30,9
Cardiologia	350	19,5
Psiquiatria	221	12,3
Oftalmologia	143	7,9
Ortopedia	122	6,8
Cir. Vascular	84	4,7
Gastroenterologia	60	3,3
Moléstias infecciosas	42	2,3
Outros	219	12,3
<b>TOTAL</b>	<b>1797</b>	<b>100,0</b>

TABELA 2- Distribuição dos pacientes aposentados por afecção oftalmológica segundo o sexo.

Sexo	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Feminino	43	30,1
Masculino	100	69,9
TOTAL	143	100,0

TABELA 3- Distribuição dos pacientes aposentados por afecção oftalmológica segundo a idade de aposentadoria.

Idade	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
< 20	1	0,7
20-40	41	28,7
40-60	74	51,7
> 60	27	18,9
TOTAL	143	100,0

TABELA 4- Distribuição dos pacientes aposentados por afecção oftalmológica segundo a melhor acuidade visual, com uso de correção, no melhor olho.

Acuidade visual	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
≤ 0.1	121	84,6
>0.1	15	10,5
Ignorado	7	4,9
TOTAL	143	100,0

TABELA 5- Distribuição dos pacientes aposentados por afecção oftalmológica segundo a causa de aposentadoria pelo Código Internacional de Doenças.

Causa de aposentadoria	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Cegueira e visão subnormal	65	45,4
Outros transtornos da retina	21	14,7
Glaucoma	12	8,3
Transtornos nervos e vias ópticas	12	8,3
Outros transtornos dos olhos	6	4,4
Defeitos e descolamentos	5	3,5
Catarata	5	3,5
Distúrbios da visão	3	2,1

HOYAMA, Erika et al. Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo. *Salusvita*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 97-103, 2001.

HOYAMA, Erika et al. Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo. *Salusvita*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 97-103, 2001.

Causa de aposentadoria	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Outros transtornos das pálpebras	3	2,1
Estrabismo	3	2,1
Transtornos aparelho lacrimal	2	1,4
Ceratite	2	1,4
Transtornos do globo ocular	1	0,7
Transtornos da refração e acomodação	1	0,7
Transtornos da conjuntiva	1	0,7
Transtornos da órbita	1	0,7
TOTAL	143	100,0

## DISCUSSÃO

Apesar dos arquivos do INSS possuírem informações importantes e poderem ser utilizados para estudos sobre as causas de aposentadoria por invalidez, tendo como referência a classificação das aposentadorias dentro das diversas especialidades médicas, não existem publicações a este respeito em nosso meio.

Os arquivos se baseiam em formulários específicos e codificação das doenças que padronizam as informações que podem ser obtidas. Porém, as patologias estão agrupadas de forma bastante genérica, não sendo possível chegar até o diagnóstico causal da afecção em número expressivo de casos. Outra falha é o não preenchimento adequado dos formulários, muitas vezes apresentando falta de informações importantes.

As aposentadorias por afecções oftalmológicas ocuparam o quarto lugar entre as outras especialidades médicas (7,9% dos casos), sendo superada apenas pelas causas neurológicas (30,9%), cardiológicas (19,5%) e psiquiátricas (12,3%). Estudo semelhante realizado em Santiago (Chile), também mostrou 7,9% de aposentadorias por causas oftalmológicas (Schweikart et al., 1991).

Houve predomínio do sexo masculino (69,9%) e da faixa etária entre os 40 a 60 anos de idade (51,7%), grupo economicamente ativo e, geralmente, responsável pela renda familiar. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Schweikart et al. (1991).

Cerca de 84,6% dos aposentados apresentavam visão no melhor olho, com correção, pior ou igual a 0,1 na escala de Snellen, considerada como cegueira legal pela Organização Mundial da Saúde (Rocha, 1987).

As principais causas de invalidez de origem oftalmológica encontradas, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-9), foram: cegueira e Visão Subnormal (VSN), patologias da retina, glaucoma e

transtornos da via e do disco óptico. No Chile, as principais causas foram miopia complicada, traumatismos e seqüelas, glaucoma e retinopatia diabética, e descolamento de retina; a atrofia do disco óptico ocupou o 9º lugar das causas de invalidez naquele país (Schweikart et al., 1991).

Os diagnósticos mais encontrados no presente estudo, a cegueira e VSN (45,4%), representam termos genéricos que podem ser aplicados a diversas patologias oculares, dificultando a identificação da causa básica que desencadeou o processo de deterioração visual.

Nos transtornos da retina, na maioria dos casos, não foi especificada a patologia, indicando a possibilidade de falha na classificação. Mesmo assim, seguindo-se as retinopatias não especificadas, observou-se a retinopatia diabética (23,8%) e a degeneração macular e do pólo posterior (14,3%), duas das 3 maiores causas de cegueira no adulto, juntamente com o glaucoma (Rocha, 1987).

O glaucoma foi a terceira patologia ocular mais encontrada como causa de aposentadoria por invalidez, associada aos transtornos do disco óptico. Dentro deste grupo, o tipo de glaucoma não foi especificado em número importante de casos, mostrando, outra vez, a dificuldade de classificação correta dos diversos diagnósticos oftalmológicos.

Dentre as 4 principais causas de invalidez por transtornos oculares, tanto a retinopatia diabética como o glaucoma fazem parte do grupo de doenças oftalmológicas de caráter evitável (Rodrigues, 1989).

O tempo médio decorrido do início da doença até a data em que o paciente efetivamente se afastou do serviço foi de 3 anos e 9 meses e o tempo em que ficou afastado do trabalho até a data do início do recebimento do benefício foi de 9 meses. O tempo médio para a constatação de invalidez definitiva oscilou em torno de 1 ano e 3 meses. O tempo foi longo entre o acidente e a aposentadoria na maioria dos pacientes, o que é contra-producente para o acidentado e para a empresa que deve pagar o benefício e muitas vezes não repõe o indivíduo que não possui uma definição do seu quadro.

Levantamentos retrospectivos, feitos em documentos preenchidos por inúmeras pessoas podem não conter todas as informações necessárias. A denominação das patologias pode não ser homogênea. Além disso, as classificações pelo CID, adotadas pelo INSS e por todos os órgãos oficiais, poderiam ser revistas para que se tivesse maior exatidão sobre os diagnósticos, uma vez que vários diagnósticos se aglutinam dentro de uma mesma denominação, como, por exemplo “Transtornos da retina” ou “Transtornos da Via Lacrimal”.

Mesmo assim, apesar de alguns dados permanecerem vagos, não ocorrendo a especificação da doença que levou à cegueira, mas sim, o local do olho que foi lesado, estudos desta natureza poderiam auxiliar na escolha de medidas preventivas. Dispondo-se de dados a nível nacional, poder-se-ia conhecer a prevalência de cegueira associada à aposentadoria em nosso país.

HOYAMA, Erika et al. Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo. *Salusvita*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 97-103, 2001.

HOYAMA, Erika et al. Deficiência visual como causa de aposentadoria na região de Botucatu - São Paulo. *Salusvita*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 97-103, 2001.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOREIRA, A.T.R. Causas de cegueira no Instituto de Cegos do Paraná. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v.54, n.6, p.275-278, 1991.

ROCHA, H. *Ensaio sobre a problemática da cegueira: Prevenção – Recuperação – Reabilitação*. Belo Horizonte: Fundação Hilton Rocha, p. 61-134, 1987.

RODRIGUES, M.L.V.R. Prevenção da Cegueira na América Latina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 14º CONGRESSO PAN AMERICANO DE OFTALMOLOGIA, 25, Rio de Janeiro, 1989. *Anais...* Rio de Janeiro, p.1-3, 1989.

ROMERO, A. Prevención de la cegueira. Algunas características clínico epidemiológicas de las enfermedades oculares. *Boletim de la Oficina Sanitária Panamá*, v. 94, n. 1, p. 22-35, 1983.

SCHWEIKART, A. S.; CHARLIN R. E.; STOPPEL, J. O.; JARA, R. P.; MAUL, E. P. Causas de ceguera y pensión de invalidez en el area metropolitana oriente de Santiago. *Revista Medica Chile*, v. 119, p. 584-588, 1991.

SIEGEL, S.; CASTELLAN Jr., N. J. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. 2 ed. New York: Mc Graw Hill, 1988, 312p.