
Causas de cegueira na infância

Childhood and Blindness

Paulo Ricardo de Oliveira⁽¹⁾

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, existem atualmente, no mundo, mais de 20 milhões de cegos, sendo que 2/3 dos casos seriam determinados por causas preveníveis. Isto evidencia a grande responsabilidade do oftalmologista, que deve evitar esforços no sentido de prevenir a deficiência visual, especialmente com relação às crianças, pois a cegueira na infância se reveste de suma importância, por sua incidência e por representar um encargo socioeconômico dos mais graves, sem dúvida, muito mais pesado do que a sua prevenção.

A prevalência e as causas de cegueira variam conforme o país, suas condições geográficas e socioeconômicas. Enquanto na Índia há grande número de cegos, por catarata não operados, na África, Ásia, América Central e América do Sul, a hipovitaminose A, a oncocercose e o tracoma estão entre as principais causas de cegueira⁽⁴⁾. Em países mais adiantados economicamente, os traumas, lesões congênicas e degenerações senis surgem como as maiores causas de deficiência visual⁽⁴⁾.

Vamos ater-nos mais aos problemas oculares encontrados no nosso país, pois para combater a cegueira, numa determinada região, o primeiro passo é conhecer as causas presentes naquela área e utilizar os recursos médico-hospitalares ali disponíveis.

A hipovitaminose A, o sarampo, o tracoma e a oncocercose estão entre as maiores causas de cegueira no mundo. No Brasil, as três primeiras, na

atualidade, têm uma importância muito pequena e já não mais se constituem em problemas de saúde pública, e a oncocercose praticamente nunca existiu no nosso país.

A catarata congênita é uma causa presente em todos os países, e no Brasil figura entre as mais freqüentes em praticamente todos os estudos de deficiência visual em crianças. A sua gravidade está principalmente na necessidade de tratamento cirúrgico e correção visual o mais cedo possível. O desenvolvimento do reflexo de fixação ocorreria entre 8 e 12 semanas⁽⁷⁾, o que transforma esta cirurgia numa urgência, devendo a mesma ser realizada nas primeiras semanas de vida e a correção óptica no pós-operatório imediato, para que haja a estimulação da retina, evitando a ocorrência de nistagmo e ambliopia^(1,3).

O glaucoma congênito tem como primeiros sinais a fotofobia e o lacrimejamento excessivo, mas o que mais chama a atenção dos pais e os leva a procurar o oftalmologista é o aumento do globo ocular.

Ambas as patologias, catarata e glaucoma congênitos, devem ser conduzidos com urgência, pois são causas de cegueira evitáveis, desde que tratadas em tempo hábil. O pediatra tem um papel muito importante nesta prevenção, porém freqüentemente ele não possui ou não conhece as informações básicas sobre o assunto⁽³⁾. Portanto, é indispensável esclarecer os pais e os pediatras quanto a urgência do tratamento e a necessidade de um exame ocular do recém-nato⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Oftalmologista do Hospital de Olhos de Goiás.

A VIDA NUM AMBIENTE HOSTIL JÁ É POSSÍVEL

- O Polyquad de LACRIMA PLUS garante a integridade do epitélio da córnea sem os inconvenientes dos preservativos tóxicos, como o Cloreto de Benzalcônio e o Clorobutanol.
- LACRIMA PLUS com Polyquad cria um ambiente favorável para o restabelecimento corneano.
- LACRIMA PLUS corrige a deficiência do volume aquoso e possui atividade mucomimética.

LACRIMA[®] PLUS
com POLYQUAD[®]

A solução mais saudável
para a síndrome do olho seco



Alcon
Linha Oftálmica

LENTEs INTRA-OCULARES

MODELO DA LENTE	DESENHO ÓPTICO	TAMANHO ÓPTICO (MM)	FUROS DE POSICIONAMENTO	COMPRIMENTO DAS ALÇAS (MM)	MATERIAL DAS ALÇAS	CONSTANTE "A"	DIOPTRIAS
-----------------	----------------	---------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------	---------------	-----------

FORMFLEX II - PEÇA ÚNICA

	6843B	Biconvexa	7.0 mm	2 .3mm	13.5 mm	PMMA Violeta	118.4	10-30
---	--------------	-----------	--------	-----------	---------	-----------------	-------	-------

SINSKEY II - TRÊS PEÇAS

	3266S	Plano Convexa	6.0 mm	2 .3mm	14.0 mm	Prolene Azul	116.8	10-30
	3260S	Plano Convexa	6.0 mm	0	14.0 mm	Prolene Azul	116.8	15-25
	3366S	Plano Convexa	7.0 mm	2 .3mm	14.0 mm	Prolene Azul	116.6	10-30

DIOPTRIAS ESPECIAIS

	G157M G157R	Plano Convexa	7.0 mm	2 .3mm	14.5 mm	Prolene Azul	116.6	-3.0-3.0 04-09
---	------------------------	------------------	--------	-----------	---------	-----------------	-------	-------------------

SLIMFIT - OVOID

	4893B	Biconvexa	5.0 mm x 6.0 mm	0	13.5 mm	PMMA Azul	119.0	15-25
---	--------------	-----------	-----------------------	---	---------	--------------	-------	-------

No Brasil, a toxoplasmose é a maior causa de natureza infecciosa⁽⁶⁾, sendo o gato o hospedeiro definitivo do agente. As baratas, ratos e pulgas podem ser vetores. A coriorretinite macular é a lesão determinante da deficiência visual.

Outra patologia de natureza infecciosa é a rubéola, a qual determina catarata congênita. Ambas as causas são preveníveis.

O trauma ocular é fator determinante de numerosos casos de cegueira em crianças no nosso meio, cabendo aos adultos, especialmente aos pais, grande parcela de responsabilidade. A maior parte dos acidentes são causados pelo fato das crianças terem ao seu alcance, objetos de ponta, como pregos, arame, facas, tesouras, peças pontiagudas de madeira, além de serem conduzidas no banco da frente dos veículos e ainda sem cinto de segurança.

Finalmente, entre as causas de maior incidência, podemos citar a ambliopia. Sua prevalência é de 2% a 4% na população geral e mesmo quando não chega a causar cegueira, limita o exercício de várias profissões⁽²⁾. A correção óptica adequada deve ser feita a partir do momento em que a criança seja capaz de firmar a cabeça. Ela deve ser total nos casos de miopia, astigmatismo e hipermetropia com desvio acomodativo, e parcial quando o desvio não for acomodativo ou não houver desvio, pois a correção total da hipermetropia pode proporcionar uma visão pior do que a correção parcial⁽²⁾.

A anisometropia, muitas vezes, funciona como um fator que retarda o diagnóstico, pois a criança não sendo estrábica e possuindo um olho com

visão normal, ou próxima do normal, desenvolve todas as suas atividades, sem que as pessoas que a cercam percebam sua deficiência, o que aumenta a necessidade de se realizar a medida da acuidade visual o mais cedo possível, mesmo sem qualquer sinal ou sintoma de problema visual.

Causas menos freqüentes são a atrofia óptica, o albinismo óculo-cutâneo, a microftalmia e a síndrome de Marfan.

Kara José et al (1984) realizaram um estudo retrospectivo de 8.000 crianças de 0 a 15 anos de idade, em cinco serviços de oftalmologia, que mostrou ser a ambliopia refracional a causa mais comum de deficiência visual, seguida de catarata congênita. Nas crianças de até 3 anos observou-se um predomínio de catarata, glaucoma e retinopatia congênitos. Após esta idade a ambliopia refracional aparece como a causa mais importante. O referido estudo, por ter sido realizado em diferentes instituições, envolvendo hospitais-escolas e clínicas privadas em dois diferentes estados, com realidades socioeconômicas diferentes e com um número elevado de casos estudados, nos dá uma noção bastante ampla do que ocorre no Brasil, quanto às causas de deficiência visual e como preveni-las. Fazem parte das conclusões daquela pesquisa as sugestões de que seja obrigatório o exame oftalmológico, ou pelo menos a medida da acuidade visual, em torno dos 4 anos de idade, que sejam realizados esforços no sentido de que o diagnóstico e as cirurgias de catarata e glaucoma congênitos sejam realizadas o mais cedo possível, contando com a colaboração dos pediatras e maiores faci-

lidades cirúrgicas, e que sejam desenvolvidos programas de orientação da população sobre as principais causas de trauma ocular e como evitá-las, e ainda o controle de doenças hereditárias e congênitas através de aconselhamento genético.

Finalizando, queremos salientar que a cegueira, além de afetar a pessoa cega, física, psíquica, econômica e culturalmente, muda a dinâmica da família e afeta toda a sociedade⁽⁵⁾ e, portanto, tudo devemos fazer buscando preveni-la.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIETA, C.E.L. & KARA JOSÉ, N. Catarata Congênita: Dificuldades no Tratamento, *Arq. Bras. Oftalmol.*, 50(3): 116 - 119, 1987.
2. BICAS, H.E.A.; BRIK, M.; CALDEIRA, J.A.F.; CONSONI FILHO, E.; CUKIERMAN, S.; CUNHA, R.C.; FERREIRA, L.E.; GALLO, A.; GUSMÃO, C.A.; HOSSODA, A.F.M.; MOREIRA, J.B.C.; NÓBREGA, J.F.C.; OLIVEIRA, L.R.M.; CUNHA, L.A. PEDUTI; PROCIANOY, E.; RIZZATO, R.R.; ROMANI, F.A.; SOUZA-DIAS, C.R.; Estado Atual do Tratamento da Ambliopia, *Arq. Bras. Oftalmol.*, 50(1) 5 - 12, 1987.
3. FURTADO, F.; Participação Pediátrica em Duas Grandes Causas de Cegueira e Medidas Preventivas. *Rev. Bras. de Oftalmol.*, 47(5): 302 - 306, 1988.
4. KARA JOSÉ, N.; ALMEIDA, G.V.; ARIETA, C.E.L.; ARAÚJO, J.S.; BECHARA, S.J.; OLIVEIRA, P.R.; Causas de Deficiência Visual em Crianças. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 97(5) 405 - 413, 1984.
5. RODRIGUES, M.L.V.; IANNETTA, O.; URBANETZ, A.A.; SILVA, J.A.F.; BUENO, F.C.; A Importância para a Prevenção da Cegueira, da Avaliação Oftalmológica em Diferentes Fases da Vida. *Arq. Bras. Oftalmol.* 48(3): 99 - 102, 1985.
6. TARTARELLA, M.B.; NAKANO, K.; CASTRO, C.T.M.; MARTINS, A.P.M.; Visão Subnormal em Crianças. *Arq. Bras. oftalmol.*, 54(5) 221 - 224, 1991.
7. Von NOORDEN, G.K.; CRAWFORD, M.C.J.; The Sensitive Period. *Trans. Ophthalmol. Soc. U.K.* 99: 442, 1979.