

Resumo e tradução do formulário elaborado pelo Centro Internacional para a Saúde Ocular e pela Organização Mundial da Saúde para registro de crianças com cegueira e visão subnormal

Rosana Pires da Cunha⁽¹⁾

Um novo formulário para registrar as causas de cegueira e de visão subnormal em crianças foi desenvolvido pelo Centro Internacional para Saúde Ocular (International Centre for Eye Health – ICEH) em colaboração com o Programa de Prevenção da Cegueira da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization's Prevention of Blindness Program – WHO/PBL) e enviado ao Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina. Devido à necessidade de um método padronizado para registrar os dados populacionais em face da variedade de definições e classificações usadas no passado, enviamos aos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia uma tradução resumida para servir a todas as instituições brasileiras interessadas.

O formulário pode ser usado em instituições para cegos, hospitais-escola e em pesquisas populacionais. Além de prover de dados sobre as causas de perda da visão, pode-se identificar individualmente crianças que necessitam de tratamento óptico ou cirúrgico, possibilitando também o registro de informações úteis no planejamento de serviços educacionais para crianças com deficiência visual.

Um programa de computador foi desenvolvido pelo ICEH para análise estatística dos dados, se preenchidos conforme as instruções do formulário. Esse programa está disponível para todos os interessados e pode ser enviado ao ICEH no seguinte endereço:

International Centre for Eye Health
27-29, Cayton Street fax 071-250 3207
London, EC1V9EJ.

INTRODUÇÃO

O presente formulário foi designado para registrar causas de perda visual em crianças de instituições para cegos ou hospitais-escola e, também, em pesquisas populacionais para registrar causas de vi-

são subnormal e cegueira em crianças. Considerou-se crianças os indivíduos de 0 a 15 anos, visão subnormal como a acuidade visual no melhor olho menor que 6/18 (20/60 ou 0,3) e cegueira a acuidade visual corrigida no melhor olho.

⁽¹⁾ Mestre em Oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

Agradecimento: O editor agradece à Dr^a Rosana Pires da Cunha que a convite dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia traduziu para o português o formulário padrão, a ser utilizado internacionalmente.

Registro do Exame Ocular WHO/PBL para Crianças com Cegueira e Visão Subnormal

A1. Censo Escola para Cegos/Hospitais-escola

País Nº Hosp-escola Nº Criança Nº

Hospital-escola: _____

A2. Censo Estudos Populacionais

País Nº

Comunidade

Família Nº

Criança Nº

B. Detalhes Pessoais da Criança

Nome: _____

Cidade Natal: _____

Idade em meses (0-1 ano)

Sexo: Masculino = 1
 Feminino = 2

em anos (1-15 anos)

Idade que ficou cego:

00 Nascido Cego
88 1º Ano de Vida
01-15 em anos
99 Desconhecido

História familiar:
Existem antecedentes?

Sim Desconhecido
 Não

Existe algum caso de consangüinidade?

Sim Desconhecido
 Não

Caso positivo, quem?

C. Exame de Visão

1) Visão p/ longe
Corrigida 1
Não corrigida 2

Testar cada olho separadamente, depois juntos.

	OD	OE	OD & OE
1,0 a < 0,3	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,3 a < 0,1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,1 a < 0,05	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,05 a PL	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem percepção à luz	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não pode ser testado	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(22)	(23)	(24)

2) Visão Funcional

	Sim	Não	Não Testado
Pode ver para andar	<input type="checkbox"/> 1 (25)	<input type="checkbox"/> 2 (26)	<input type="checkbox"/> 3 (27)
Pode reconhecer faces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode ver impressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visão residual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Exame Geral

Anormalidade adicional

Nenhuma	<input type="checkbox"/> (29)
Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> (30)
Retardo mental	<input type="checkbox"/> (31)
Deficiência física	<input type="checkbox"/> (32)
Epilepsia	<input type="checkbox"/> (33)
Outra	<input type="checkbox"/> (34)

Especifique: _____

E. Cirurgia Ocular Prévia

Marque o aplicável

	Direita	Esquerda
Nenhuma	<input type="checkbox"/> (35)	<input type="checkbox"/> (36)
Glaucoma	<input type="checkbox"/> (37)	<input type="checkbox"/> (38)
Catarata	<input type="checkbox"/> (39)	<input type="checkbox"/> (40)
Transplante de córnea	<input type="checkbox"/> (41)	<input type="checkbox"/> (42)
Iridectomia óptica	<input type="checkbox"/> (43)	<input type="checkbox"/> (44)
Enucleação	<input type="checkbox"/> (45)	<input type="checkbox"/> (46)
Cirurgia, desconhecida	<input type="checkbox"/> (47)	<input type="checkbox"/> (48)
Outra:	<input type="checkbox"/> (49)	<input type="checkbox"/> (50)

Por favor inclua detalhes, se possível

Olho Direito: _____

Olho Esquerdo: _____

F. Local da ALTERAÇÃO que levou à perda da Visão

Paracada olho marque apenas uma anormalidade principal
e outras que contribuem para perda de visão

	OD	OE
- Globo		
Phthisis	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> (52)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> (86)
Anoftalmo	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> (53)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> (87)
Microftalmo	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> (54)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> (88)
Bufalmo	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> (55)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> (89)
Glaucoma	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> (56)	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> (90)
Enucleação	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (57)	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (91)
Atrófico	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> (58)	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> (92)
Outro	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> (59)	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> (93)
- Córnea		
Estafiloma	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> (60)	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> (94)
Cicatriz	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> (61)	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> (95)
Ceratocone	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> (62)	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> (96)
Distrofia	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> (63)	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> (97)
Outra operação	<input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> (64)	<input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> (98)
- Cristalino		
Catarata	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> (65)	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> (99)
Afacia	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> (66)	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> (100)
Outro	<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> (67)	<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> (101)
- Úvea		
Aniridia	<input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> (68)	<input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> (102)
Coloboma	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> (69)	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> (103)
Uveitis	<input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> (70)	<input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> (104)
Outro	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> (71)	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> (105)
- Retina		
Distrofia	<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> (72)	<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> (106)
Albinismo	<input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> (73)	<input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> (107)
ROP	<input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> (74)	<input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> (108)
Retinoblastoma	<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> (75)	<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> (109)
Outro	<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> (76)	<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> (110)
- Nervo Óptico		
Atrofia	<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> (77)	<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> (111)
Hipoplasia	<input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> (78)	<input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> (112)
Outro	<input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> (79)	<input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> (113)
Outro não classificado	<input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> (80)	<input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> (114)
Globo Aparentemente Normal (completar depois da seção G)		
Erro refrativo	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> (81)	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> (115)
Ambliopia	<input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> (82)	<input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> (116)
Cegueira cortical	<input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> (83)	<input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> (117)
Visão normal	<input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> (84)	<input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> (118)
Não examinado	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99

O principal local de anormalidade causando perda visual na criança

Selezione OD ou OE

dir
 esq

G. Refração:

	Sim	Não	Não indicado	Não feito
Visão melhora com estenopêlico	(119) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Refração feita nesta consulta	(120) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Se SIM

1) AV corrigida p/ longe:

Teste cada olho separadamente, depois juntos

	OD	OE	AO
1,0 a < 0,3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
0,3 a < 0,1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
0,1 a < 0,05	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
0,05 a PL	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	(121)	(122)	(123)

Especifique lentes corretoras e AV

OD: _____ AV: _____
OE: _____ AV: _____

	Sim	Não
Pode ver impressos	(124) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

H. Exame ocular – Etiologia da perda visual

Escolha uma das categorias 1-5 para cada olho

		Olho Direito		Olho Esquerdo	
		Definida	Suspeita	Definida	Suspeita
1) Doença Hereditária:	Cromossômico	(125) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(126) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	AD	(127) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(128) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	AR	(129) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(130) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Ligada X	(131) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(132) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Não especificada	(133) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(134) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2) Fator Intra-uterino	Rubéola	(135) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(136) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Toxoplasmose	(137) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(138) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Drogas/álcool	(139) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(140) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Outra:	(141) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(142) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Especifique: _____				
3) Fator Perinatal	Hipóxia/lesão cerebral	(143) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(144) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Neonatal	ROP	(145) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(146) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Oftalmia neonatal	(147) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(148) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Outra:	(149) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(150) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Especifique: _____				
4) Fator Pos-natal	Deficiência vit.A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Infância	Sarampo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Neoplasia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Trauma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5) Etiologia	Catarata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Desconhecida	Glaucoma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Retinoblastoma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Anormalid. desde nasc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Especifique: _____				
	Outras especificações: _____				

Principal etiologia da perda visual para a criança:

Selecione uma das posições de 125 a 172 [](1724)

I. Conduta necessária

1) Óptica:

	Marque o aplicável
Nenhuma	(173) <input type="checkbox"/>
Refração mais tarde	(174) <input type="checkbox"/>
Óculos	(175) <input type="checkbox"/>
Auxílio VSN	(176) <input type="checkbox"/>

2) Médico/Cirúrgico

	(177) <input type="checkbox"/>
Nenhuma	(178) <input type="checkbox"/>
Medicação	(179) <input type="checkbox"/>
Cirurgia	
Especifique: _____	(180) <input type="checkbox"/>
Outra	
Especifique: _____	

J. Prognóstico visual

Marque apenas um quadrado para cada olho

Direito	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
(181)	(182)

K. Educação

1) Escola atual

Especial para cegos	<input type="checkbox"/> 1
Especial para múltiplos deficientes	<input type="checkbox"/> 2
Educação Integrada	<input type="checkbox"/> 3
Nenhuma	<input type="checkbox"/> 4
Outra	<input type="checkbox"/> 5
Especifique: _____	(183)

2) Recomendações

Sim	Não
Mudança da escola recomendada	(184) <input type="checkbox"/> 1
Especifique: _____	<input type="checkbox"/> 2

L. Diagnóstico

Especifique diagnóstico anatômico e etiológico:

Olho Direito: _____

Olho esquerdo: _____

M. Examinador:

Examinado por:

_____ (mês) _____ (ano)
Data: (185-186)

OBJETIVOS

1. Avaliar as necessidades individuais das crianças para:
 - a) tratamento clínico ou cirúrgico;
 - b) correção óptica;
 - c) auxílios de visão subnormal.
2. Identificar causas preveníveis e tratáveis de deficiência visual na infância, de modo que medidas de controle apropriadas possam ser implantadas.
3. Controlar mudanças que possam ocorrer com o tempo nos padrões de cegueira na infância, em resposta às alterações no cuidado com a saúde, intervenções específicas e desenvolvimento socioeconômico.
4. Avaliar as necessidades educacionais para as crianças com deficiências visuais para o planejamento de serviços de educação apropriados.

O formulário compreende 14 seções:

A1 – Censo: instituições para cegos ou hospitais-escola;

A2 – Censo: estudos populacionais.

Neste item existe um código para cada país (lista classificatória a pedidos). Um número de referência deve ser dado para cada hospital ou instituição para cegos, assim como um número para cada criança.

B. – Detalhes pessoais da criança

Se a criança tiver menos de um ano, discriminar os meses.

Os códigos 00 (se nasceu cego), 88 (se ficou cego no primeiro ano de vida) etc., devem ser preenchidos nos espaços (17-18).

C. – Estudo da visão

Empregar os optotipos comuns de Snellen para iletrados ou as letras, quando já alfabetizados. Se a acuidade for menor que 0,05 o optotipo deve ser mostrado a três metros (p. ex., 3/60). A acuidade deve ser medida com óculos se a criança usa-os normalmente. Marque a AV em OD no código 22, em OE no código 23 e em AO no código 24.

No estudo da visão funcional, no item “pode ver impressos”, a criança deve ser

submetida ao seguinte teste: desenhar uma cruz, um círculo e um quadrado, mostrar a uma distância compreendida entre 50 cm e pedir para ela descrever ou desenhar igual. No item “visão residual”, a visão deve ser o suficiente para mobilidade independente ou visão para perto.

D. Exame geral – esses dados podem auxiliar na determinação da etiologia da perda visual, além de influenciar nas necessidades educacionais.

E. Cirurgia ocular prévia – escreva detalhes sobre a cirurgia, com datas, se possível. Inclua em enucleação também os casos de evisceração.

F. Local da alteração que levou à perda da visão – o local principal para o OD deve ser marcado na posição 51 e para OE na posição 85. Todos os outros locais de acometimento secundário levando a perda visual devem ser marcados de 52 a 84 para OD e de 86 a 118 para OE. Se duas ou mais anormalidades forem consideradas como contribuindo igualmente na etiologia da perda visual, selecione: 1. A que for prevenível ou tratável, p.ex. microftalmo discreto e catarata, considere catarata como a principal; uveite e cicatriz macular, considere uveite como a principal anormalidade. 2. Se nenhuma for prevenível ou tratável, selecione a anormalidade que ocorreu primeiro, p.ex. descompensação corneana após a cirurgia de catarata, considere catarata como a anormalidade principal.

Anoftalmo – inclua também criptoftalmo. *Atrófico* – se o globo estiver desorganizado, mas não phitíscico.

Cicatriz de córnea – opacidade densa cobrindo a pupila.

Catarata – só considerar opacidades centrais, que afetam a visão.

Aniridida – total ou subtotal ausência de íris desde o nascimento.

Coloboma – coloboma de úvea estendendo-se para o pólo posterior e/ou disco óptico, causando perda visual.

Retinopatia da prematuridade – considerar se houver descolamento de retina cicatricial ou tração retiniana desde a infância ou se houver história de prematuridade ou

baixo peso ao nascer e os achados oculares forem compatíveis com esse diagnóstico. *Outras* – considerar outras anormalidades não citadas e que comprometam a AV, p. ex. ptose.

Visão normal – se a acuidade for melhor ou igual a 0,3 e o globo for normal.

Não examinada – se a criança não permitir ou não foi examinada.

O principal local de anormalidade levando à perda visual deve ser especificado nesta seção em relação ao olho mais afetado. Se ambos os olhos forem afetados, escolha, segundo os seguintes critérios:

1. Selecione a anormalidade mais prevenível ou tratável.
2. Se não for possível selecionar no primeiro item, escolha a que ocorreu primeiro.

G. Refração

H. Exame ocular – Etiologia da perda visual

Somente o principal local anatômico relacionado à perda visual deve ser classificado etiologicamente, segundo uma das categorias principais citadas de 1 a 5. A etiologia deve ser definida como “definida” ou “suspeita”, de acordo com as instruções abaixo.

I. Hereditária – se houver história familiar definida sobre a mesma condição ou se for uma anormalidade geneticamente conhecida ou provada.

– **Cromossômica:** marque *definitiva* se a anormalidade for reconhecidamente cromossômica, p. ex. Síndrome de Down; *suspeita* se o quadro clínico sugerir anormalidade cromossômica.

– **Autossômica dominante:** *definitiva* se vários membros de uma mesma geração tiver a mesma condição, com ambos os sexos sendo afetados e/ou a anormalidade tenha sido confirmada por estudos genéticos; *suspeita* se a história familiar sugerir.

– **Autossômica recessiva:** *definitiva* se a história familiar fortemente indicar esse modo de herança e/ou se for confirmado por estudos genéticos; *suspeita*

- ta se o quadro clínico for típico de doença recessiva.
- **Ligado ao X: definitiva** se a história familiar fortemente indicar esse modo de herança, i.e. somente homens afetados com transmissão através de mulheres portadoras e/ou se confirmado por estudos genéticos; **suspeita** se o quadro clínico for típico de doença ligada ao X.
 - **Não especificado:** se existir história familiar com a mesma condição, mas sem informações suficientes para determinar o modo de transmissão.
- 2. Fator intra-uterino** – selecione se a doença estiver presente desde o nascimento e for atribuída a fatores ocorridos durante a gestação.
- **Rubéola:** **definitiva** se confirmado por investigação laboratorial; **suspeita** se:
 - a) Dois ou mais das seguintes características estiverem presentes: microftalmo, catarata, retinopatia sal e pimenta e glaucoma;
 - b) uma ou mais características oculares presentes e mais uma alteração sistêmica como: surdez severa, cardiopatia congênita, microcefalia.
 - **Toxoplasmose:** **definitiva** se lesões de coriorretinite características presentes e diagnóstico confirmado por investigação laboratorial ao nascimento; **suspeita** se não confirmados por estudos laboratoriais, apesar das lesões de coriorretinite características.
 - **Drogas/álcool:** **definitiva** se história de alcoolismo ou exposição a toxinas ou medicação durante a gravidez e a alteração ocular for caracterizada na bibliografia médica; **suspeita** se o quadro clínico indicar esse diagnóstico sem história definitiva de exposição durante a gravidez.
 - **Outras:** p. ex. infecção por citomegalovírus, sífilis.
- 3. Fatores perinatais e neonatais** – alterações ocorridas no período perinatal (28 semanas de gestação até sete dias após o nascimento) ou durante o período neonatal (primeiros 28 dias após o nascimento).
- **Hipóxia cerebral/trauma cerebral:** marque se houver cegueira cortical ou atrofia óptica desde o nascimento – **definitiva** se as três seguintes características estiverem presentes: atrofia óptica ou cegueira cortical; história de hipóxia ou trauma ao nascimento; outras anormalidades sistêmicas. **Suspeita** se duas das características estiverem presentes.
 - **Retinopatia da prematuridade:** marque se houver descolamento de retina tracional característico ou alterações cicatriciais retinianas – **definitiva** se houver: DR tracional ou fibroplasia retroental e história de prematuridade ou baixo peso ao nascer ou cuidados intensivos neonatais prolongados; **suspeita** se houverem achados clínicos característicos, p. ex. DR tracional sem história confirmatória.
 - **Oftalmia neonatorum:** marque **definitiva** se cicatrizes corneanas ou phthisis causadas por conjuntivite purulenta severa ocorrida durante os primeiros 28 dias de vida; **suspeita** se cicatrizes corneanas ou phthisis datar dos primeiros 28 dias de vida, mas sem história de conjuntivite purulenta.
 - **Outros:** marque e especifique outras causas, p. ex. meningite neonatal.
- 4. Fatores pós-natais/infantis** – quando a perda visual ocorrer após os primeiros 28 dias de vida. Não incluir as manifestações tardias de doenças genéticas.
- **Deficiência de vitamina A** – **definitiva** se houver evidência bioquímica ou clínica durante a ulceração de córnea, que deve ser bilateral, levando à formação de leucoma aderente ou phthisis ou estafiloma; **suspeita** se houver manifestações clínicas sem confirmação diagnóstica.
 - **Sarampo** – marque se houver história de rash e febre precedendo lesão corneana e/ou perfuração – **definitiva** se a infecção ocorrer juntamente com a ulceração de córnea; **suspeita** se houver história de sarampo na época da perda visual.
 - **Neoplasia** – história de tumores cerebrais ou outros causando perda visual por lesão das vias ópticas – **definitiva** se a neoplasia for registrada durante a perda visual; **suspeita** se existir história preegressa de tumor. Não incluir retinoblastoma.
 - **Trauma** – diretonos olhos ou craniano – **definitivo** se o trauma for registrado durante a perda visual; **suspeito** se houver história relatada pelos pais ou paciente.
 - **Iatrogênico** – idem ao anterior.
 - **Outros** – p. ex. ceratite herpética levando ao leucoma de córnea.
- 5. Etiologia desconhecida**
- retinoblastoma onde não há história familiar
 - anormalidade presente desde o nascimento de etiologia desconhecida – incluir microftalmo sem história familiar ou sem fatores intra-uterinos.
- I. Conduta necessária**
- O item “refração mais tarde” aplica-se aos casos que melhoram com estenopeíco e não foi possível completar o exame ou quando a criança não colabora.
- “Cirurgia” se estiver programada iridectomia óptica, facectomia ou outra cirurgia que possa alterar a visão.
- J. Prognóstico visual** – avaliação no final do exame.