

CAUSAS DE CEGUEIRA NO INSTITUTO PENIDO BURNIER ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS ANOS DE 1956, 1966 E 1976

Drs. Pedro Modesto Piccoli *, Alcides da Silva Diniz *, João Edward Soranz Filho *,
Carlos Alfredo Cinse Guerra ** e Guilherme Martinelli Neto **

INTRODUÇÃO

Alertados para o problema da cegueira no Brasil, já há muito enfocado mais ainda longe de ser resolvido, decidimos verificar as causas que levaram à cegueira, num determinado período, as pessoas que procuraram recursos médicos no Instituto Penido Burnier (IPB), Campinas, São Paulo.

É um mal que além de ter enorme repercussão econômica, leva aqueles a que atinge à uma marginalização e à uma precária condição de vida. O problema tem sempre sido objeto de estudos por parte das autoridades sanitárias e de instituições sociais e científicas, sofrendo no entanto, sempre ataques isolados e esporádicos, o que não levou à obtenção de resultados verdadeiramente significativos. Depois da erradicação do Tracoma não se tem observado movimentos similares em larga-escala, de caráter preventivo. Visando avaliar a situação atual da cegueira no Brasil e definir contra ela linhas de ação, procuramos tomar conhecimento das entidades causadoras desse mal e estudar seu comportamento dentro das três últimas décadas. Creemos assim estar colaborando no sentido de combatê-lo, movidos pelo desejo comum de desenvolver uma oftalmologia preventiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Durante os anos de 1956, 1966 e 1976 o corpo médico do IPB atendeu 96.483 (noventa e seis mil quatrocentos e oitenta e três) consultas. Nestas, 432 (quatrocentos e trinta e dois) pacientes tiveram o diagnóstico de cegueira binocular. A acuidade visual, medida no melhor olho com a melhor correção óptica, variou entre "0" (zero) e "0,06" (seis centésimos) — método de Snellen. Cada prontuário foi estudado e foi levantado o fator desencadeante da cegueira. Nos casos em que a causa não era a mesma para os dois olhos foi considerada a que levou a perda do segundo olho, pois além de tais casos constituírem exceção, nosso intuito era saber o que eliminou cada paciente como pessoa visualmente apta, ao invés de considerar cada olho isoladamente. Os prontuários foram classificados conforme o ano, causa, idade, sexo e procedência, sendo que algumas entidades nosológicas foram agrupadas, a fim de se obter um quadro geral mais facilmente assimilável. Exemplos: Retinose Pigmentar, Degen-

neração Macular, Degenerações Miópica e Senil, foram classificadas como "Degenerações Corio-Retinianas"; Tracoma, Herpes Zoster, Pênfigo Corneano e Ceratopatia do Sarampo como 'Opacidades Corneanas'. As duas causas de cegueira consideradas mais importantes, foram ainda divididas conforme a incidência em cada faixa etária.

RESULTADOS

A maior relação cegos/consultas se deu em 1956 (0.51%). Essa relação baixou para 0,37% em 1966, para em 1976 elevar-se novamente (0,49%). A diminuição da relação em 1966 pode ser explicada pelo fato de neste ano o IPB ter mantido convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que resultou num maior número de consultas (Quadro I). Assim o número de pacientes graves normalmente encaminhado ao IPB (e que representa uma considerável parcela de cegos binoculares), ficou diluído nesse maior número de consultas.

Quadro I

Ano	Nº consultas	Nº cegos	% cegueira
1956	25.802	132	0.51
1966	37.806	140	0.37
1976	32.875	160	0.49
Total	96.483	432	0.45

Nos três anos uma média de 40% dos pacientes estudados foram originários de outros estados brasileiros, sendo que em 1966, 5% deles foram advindos do exterior (Quadro II). Esse dado faz com que as conclusões do presente levantamento não fiquem restritas somente ao Estado de São Paulo.

Quadro II — Distribuição conforme a procedência

Procedência	1956		1966		1976	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
São Paulo	81	61,4	82	60,0	94	58,8
Outros Estados	51	38,6	49	35,0	65	40,6
Exterior	—	—	07	5,0	01	0,6
Total	132	100	140	100	160	100

Ficou constatado que o sexo masculino é mais atingido pela cegueira que o feminino. Em 1976, 58% dos cegos que passaram pelo IPB eram do sexo masculino. Mesmo em 1956, quando houve o maior equilíbrio

* R₁ do IPB

** R₂ do IPB

entre os dois sexos, ficou clara a predominância masculina (Quadro III).

Quadro III — Distribuição por sexo

Sexo	1956		1966		1976	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	71	53,8	82	58,6	94	58,8
Feminino	61	46,2	58	41,4	66	41,2
Total	132	100	140	100	160	100

A incidência da cegueira por faixa etária foi mais ou menos homogênea, tendo havido ligeira predominância no grupo entre 51 e 70 anos. Em algumas faixas ocorreram oscilações no decurso dos três anos, fato esse que no entanto, a nosso ver, não se reveste de grande importância (Quadro IV).

Quadro IV — Distribuição por faixa etária

Faixa etária	1956		1966		1976	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 10	22	16,7	22	15,7	17	10,6
11 a 20	9	6,8	14	10,0	9	5,6
21 a 30	18	13,6	20	14,3	18	11,3
31 a 40	18	13,6	20	14,3	8	5,0
41 a 50	13	9,8	15	11,4	24	15,0
51 a 60	22	16,7	21	15,0	33	20,6
61 a 70	24	18,2	13	9,3	33	20,6
acima de 71	8	6,1	15	11,4	18	11,3
Total	132	100	140	100	160	100

Na distribuição dos pacientes pelas causas, o glaucoma surge como soberano, mantendo-se invariavelmente responsável por cerca de 30% dos cegos (Quadro V). A retinopatia diabética que se mantinha no quadro geral pouco importante em 1956 e 1966, no ano de 1976 parece ter literalmente “explodido” como doença cegante, assumindo isolada uma posição intermediária entre o glaucoma e as demais doenças (Quadro V).

Num terceiro lugar ficam os Descolamentos da Retina, os Traumatismos Oculares, as Uveítes, as Opacidades Corneanas e as Mal-Formações Congênitas, com incidências quase equivalentes, variando entre 5% e 10% (Quadro V). A maior incidência das Opacidades Corneanas em 1956 deve-se provavelmente ao fato de naquele ano restarem ainda algumas seqüelas graves do tracoma.

Seguem-se finalmente as demais entidades, conjuntamente colocadas num quarto lugar, e com importância secundária se comparadas às demais.

DISCUSSÃO

Exaltar a importância do Glaucoma como causador de cegueira se faz desnecessário. Sua alta incidência não só no presente trabalho como em muitas outras publicações, é mais que suficiente para tal.

Quadro V — Cegueira e suas causas

Causas	1956		1966		1976	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deg. Coriorretinianas	05	3,7	12	8,6	07	4,4
Descol. da Retina	12	9,1	10	7,1	14	8,8
Fibroplasia Retrolenticular	—	—	02	1,4	02	1,3
Glaucoma	34	25,8	48	34,2	44	27,5
Mal-Form.	Glaucoma		06	4,5	07	5,0
Congênitas	Outras		08	6,1	08	5,0
Neoplasias	Retinoblastoma		—	—	02	1,4
	Outras		—	—	02	1,3
Neurológicas	Neurites ópticas		15	11,4	12	8,6
	Outras		10	7,6	10	7,1
Oftalmia Neonatorum	—	—	01	0,7	—	—
Opacidades de Córnea	14	10,1	10	7,1	11	6,9
Traumatismos oculares	03	2,3	08	5,7	11	6,9
Uveítes	09	6,8	04	2,9	11	6,9
Vasculopatias	Diabete		10	7,6	05	3,6
	Outras		06	4,5	01	0,7
Total	132	100	140	100	160	100

Muito tem sido estudado e pesquisado no que se refere à sua etiologia, patologia e terapêutica, mas apesar dos progressos obtidos, constata-se que a doença continua incidindo em larga escala, incapacitando grande número de pessoas. Embora o Glaucoma Absoluto se faça presente com mais intensidade no grupo etário acima dos 60 anos, atinge também, se bem que em menor escala, a faixa dos 40 aos 60 anos, o que é importante do ponto de vista econômico, pois representa indivíduos de alta produtividade (Quadro VI).

Quadro VI — Incidência do glaucoma por faixa etária

Faixa etária	1956		1966		1976	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01 a 10	—	—	02	3,6	02	4,1
11 a 20	02	5,0	03	5,5	02	4,1
21 a 30	05	12,5	09	16,4	01	2,0
31 a 40	04	10,0	02	3,6	03	6,1
41 a 50	05	12,5	08	14,5	09	18,4
51 a 60	09	22,5	12	21,8	08	16,3
61 a 70	11	27,5	07	12,7	12	24,5
acima de 71	04	10,0	12	21,8	12	24,5
Total	40	100	55	100	49	100

Pelo exposto fica patente a necessidade de se assumir atitudes principalmente preventivas, que seriam as melhores armas para debelá-lo, ou pelo menos debilitá-lo. Como medidas gerais, proporíamos:

a) Melhor esclarecimento ao público, de modo intenso e insistente, do que é o Glaucoma, e do mau prognóstico que ele traz quando tardiamente diagnosticado e tratado.

b) Alerta aos Clínicos Gerais quanto ao perigo de certas terapêuticas de ação hipertensiva.

c) Exames Oftalmológicos sistematicamente dirigidos à pesquisa do Glaucoma Primário nos indivíduos com mais de 40 anos e nos que possuem antecedentes glaucomatosos.

d) Lembrar sempre o fato de que podem transcorrer até 10 anos entre a instalação da hipertensão ocular e o aparecimento de sintomas visuais e sinais oftalmoscópicos evidentes.

Comparativamente ao Glaucoma, o Diabete faz menos cegos, e numa época mais tardia da vida (Quadro VII), mas sem dúvida que também os faz em proporções alarmantes. Uma vez estabelecida a Retinopatia Proliferativa, sua evolução altamente maligna e irreversível se torna angustiante para o paciente e para o médico, o que exige medidas profiláticas precoces. Cumpre despertar o diabetólogo e o paciente para a importância de um excelente controle clínico da moléstia. Lembramos também que quando ainda nenhuma alteração vascular é observada à oftalmoscopia, já a Angioretinofluoresceinografia é capaz de identificar a presença de micro-

aneurismas, possibilitando uma ação mais precoce por parte do Oftalmologista. Jamais se deve esperar o surgimento da proliferação vascular para começar a agir, pois uma vez estabelecida, 75% dos diabéticos ficam cegos em 5 anos.

Quadro VII — Incidência da retinopatia diabética por faixa etária

Faixa etária	1956		1966		1976	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11 a 20	—	—	—	—	01	3,7
21 a 30	—	—	—	—	01	3,7
31 a 40	—	—	—	—	03	11,1
41 a 50	02	20,0	—	—	06	22,2
51 a 60	03	30,0	03	60,0	11	40,7
61 a 70	04	40,0	02	40,0	05	18,5
acima de 71	01	10,0	—	—	—	—
Total	10	100	05	100	27	100

QUADRO VII

As demais patologias (Opacidades Corneanas, Mal-formações Congênitas e Descolamentos de Retina) bem como os Traumatismos, apesar de incidirem em menor escala não devem ser menosprezadas, pois temos medidas perfeitamente possíveis e de grande potencialidade no seu combate, que são respectivamente: banco de olhos, aconselhamento genético, exame cuidadoso da retina periférica principalmente em miopes e afácicos e esclarecimento de operários e indústrias quanto a acidentes de trabalho.

CONCLUSÃO

Pelo presente levantamento ficou constatado que no I.P.B. as duas maiores causas de cegueira são o Glaucoma e a Retinopatia Diabética, incidindo o primeiro em maior escala. Estes dados não se restringem somente ao Estado de São Paulo, haja visto o grande número de pacientes provenientes dos demais estados brasileiros. A maior atenção no combate à cegueira deve portanto ser dirigida para estas moléstias, sem todavia relegar as outras causas o plano de esquecimento.

RESUMO

Os aa. apresentam um levantamento das causas de cegueira nos pacientes do Instituto Penido Burnier, Campinas, São Paulo, nos anos de 1956, 1966 e 1976. Foram estudados 432 (quatrocentos e trinta e dois) casos de cegueira binocular, ficando evidenciado, entre outros fatos, que 30% deles foram devidos ao Glaucoma, e que a incidência da Retinopatia Diabética aumentou consideravelmente no último decênio. São também apresentadas as demais causas com as respectivas incidências em cada um dos três anos. Finalmente são propostas várias medidas preventivas de combate à cegueira.

SUMMARY

The authors present a research about the Blindness causing diseases in patients of the Instituto Penido Burnier — Campinas, São Paulo, Brazil — in the years 1956, 1966 and 1976. They have studied 432 (four hundreds and thirty two) cases of binocular blindness, and demonstrated that 30% of

them were due to Glaucoma, and also that the incidence of the Daibetic Retionaphy has considerably increased as causes of blindness in the last ten years. They present too the others causes of blindness with their respective incidence in each one of the three years. Finally many manners of acting for Blindness prevention are proposed.

BIBLIOGRAFIA

1. BELFORT Jr., R. — Levantamento dos casos de cegueira atendidos pelo Amb. de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina no ano de 65, Arq. Bras. de Oftal. 35: 28-33, 1972.
2. BONDY, K. P. — Disorders of carbohydrate metabolism — Diabetes Mellitus. Text-Book of Medicine. 13th. ed. W. B. Saunders Co. USA, 1971.
3. CRICK, R. P. — Prevention of blindness from glaucoma using the King's College Hospital computerized problem orientated medical record. Brit. Jour of Ophthal. 59: 236-248, 1975.
4. FARIAS, N. L. de — Prevenção da cegueira no Brasil. Rev. Bras. de Oftal. 34 (2): 5-20, 1975.
5. KAHN, H. A. e HILLER, R. — Blindness caused by diabetic retinopathy. Am. J. of Ophth. 78: 58-66, 1974.
6. MILER, S. J. H. e KARSERAS, A. G. — Blind registration and glaucoma simplex. Brit. Jour. of Ophthal. 58: 455-461, 1974.
7. PLANE, C.; RENAUD, M. e JOUAN, J. P. — La prévention dans les glaucomes primitifs de l'adulte. Rev. Chibret d'Ophthal. 84 (numéro spécial): 43-52, 1975.
8. ROCHA, H. — O problema do glaucoma. Arq. Bras. de Oftal. 31: 59-70, 1968.
9. SAMPAOLESI, R. — Glaucoma. 1a. ed. Ed. Medica Panamericana. Buenos Aires 1974.
10. SOLÉ, P.; JUILLARD, G e KANTELIP, B. — Prevention de la retinopathie diabétique. Rev. Chibre d'Ophtal. 84 (numéro spécial): 23-39, 1975.
11. VELASQUEZ, O. — Programa de prevencion de la ceguera en paises de escasos recursos. Arq. Bras. de Oftal. 38: 100-106, 1975.
12. VIEIRA, S. I. e SEBRAO, P. R. — Análise isolada de uma população cega. Anais do XVI Congr. Bras. de Oftal. Campinas, SP. Vol. I: 276-284, 1971.