GUIA GRATUITO PARA PACIENTES E FAMÍLIAS

Prevenir para enxergar o futuro

A saúde dos olhos do nascimento à maturidade

Dra. Bárbara Merlo

MÉDICA OFTALMOLOGISTA

Cirurgia refrativa · Oftalmopediatria · Estrabismo

NESTE GUIA

Sumário

	Introdução	3
01	Infância: o cérebro também aprende a enxergar	5
02	Adolescência e vida adulta: hábitos que fazem diferença	9
03	Quando o corpo fala pelos olhos	12
04	Envelhecer enxergando	15

PARA CONSULTAR

Quando não esperar	18
Um compromisso para toda a vida	19
Referências	20
Sobre a autora	23

INTRODUÇÃO

Enxergar bem não é o mesmo que ter olhos saudáveis

Pense em quantas decisões você tomou hoje usando, antes de tudo, os olhos: atravessar a rua, reconhecer um familiar, conferir a dose de um remédio, responder a uma mensagem. A visão está tão presente que só lembramos dela quando algo começa a falhar: a letra pequena que embaralha, o farol que ofusca à noite, a criança que aperta os olhos para enxergar o quadro na escola.

Essa familiaridade esconde um engano comum: acreditar que, se enxergamos bem, nossos olhos estão saudáveis. Nem sempre é assim. O glaucoma pode causar danos ao nervo óptico antes que a pessoa perceba qualquer mudança. A retinopatia diabética pode avançar durante anos sem provocar sintomas. Uma criança pode enxergar mal com um dos olhos e nunca se queixar, porque o outro olho compensa e ela não conhece outra forma de ver.

Por isso, triagem não é exame. A triagem visual, como o teste com a tabela de letras na escola, apenas aponta quem precisa ser examinado; ela não substitui o exame oftalmológico completo, que avalia a pressão ocular, a retina, o nervo óptico e outras estruturas do olho. É possível passar em uma triagem e, ainda assim, ter uma doença que só o exame revelaria.

Passar em uma triagem não é o mesmo que ter os olhos examinados.

O problema é maior do que parece. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que pelo menos 2,2 bilhões de pessoas no mundo tenham algum grau de deficiência visual e que, em pelo menos 1 bilhão desses casos, a perda poderia ter sido evitada ou ainda não recebeu o cuidado necessário[1].

Entre as pessoas com 50 anos ou mais, a principal causa de cegueira é a catarata, tratável com cirurgia; e a principal causa de deficiência visual moderada ou grave é o erro de refração não corrigido, que muitas vezes se resolve com óculos[2].

Prevenir, em saúde ocular, envolve três camadas

1. **Evitar que o problema surja:** proteger os olhos da radiação solar, não fumar, controlar as doenças sistêmicas, como diabetes e hipertensão arterial.
2. **Diagnosticar cedo,** quando o tratamento é mais simples e eficaz. Aqui entram os exames periódicos.
3. **Tratar a tempo:** impedir que uma doença já instalada evolua até comprometer a visão.

Nas próximas páginas, essas três camadas aparecem em cada fase da vida: da infância, quando o cérebro ainda aprende a enxergar, até a maturidade, quando algumas doenças se tornam mais frequentes.

01 CAPÍTULO

Infância: o cérebro também aprende a enxergar

O bebê não nasce enxergando como um adulto. Nos primeiros anos de vida, o cérebro aprende a enxergar, assim como aprende a andar, e, para isso, precisa receber de cada olho imagens nítidas e alinhadas. Quando um dos olhos envia uma imagem borrada, por um grau alto não corrigido, ou quando está desviado, como no estrabismo, o cérebro passa a privilegiar o outro olho, e as conexões visuais do olho prejudicado deixam de se desenvolver plenamente. Esse fenômeno se chama ambliopia, popularmente conhecida como "olho preguiçoso".

A ambliopia costuma ser silenciosa: a criança enxerga bem com o olho bom e raramente se queixa. E o tempo importa: o tratamento pode ser oferecido em qualquer idade, mas costuma funcionar melhor quanto mais cedo começa, e muitas vezes o primeiro passo é simplesmente usar óculos com o grau correto[3].

O teste do olhinho

O primeiro exame acontece ainda na maternidade: o pediatra observa o reflexo de luz que volta da retina. Um reflexo ausente, assimétrico ou esbranquiçado pode indicar catarata congênita, retinoblastoma (um tumor maligno da retina) ou outras alterações que exigem avaliação imediata. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda realizá-lo antes da alta, repeti-lo algumas vezes por ano nos três primeiros anos de vida e fazer uma avaliação oftalmológica completa ainda no primeiro ano[4].

FIQUE ATENTO

Sinais que justificam uma consulta

- Olhos desviados, de forma constante ou ocasional.
- Reflexo branco na pupila em fotografias com flash.
- Hábito de aproximar muito do rosto livros ou telas, apertar ou fechar um dos olhos, ou inclinar a cabeça para olhar.
- Lacrimejamento ou sensibilidade à luz persistentes.
- Dificuldade escolar sem outra explicação.

Miopia: o que se sabe hoje

Nenhum tema de saúde ocular infantil gera tantas dúvidas hoje quanto a miopia, a dificuldade de enxergar de longe. Na maioria das crianças, ela resulta de um crescimento excessivo do comprimento do olho, e o grau tende a aumentar durante a infância e a adolescência.

E não se trata só de trocar os óculos: graus elevados aumentam o risco de complicações na retina na vida adulta; por isso, quem tem miopia alta precisa de acompanhamento oftalmológico mais próximo[5].

A miopia tem componente hereditário e componentes ambientais, como a escolarização intensa e o trabalho prolongado de perto[6]. O fator ambiental mais estudado é o tempo ao ar livre. Uma revisão Cochrane de 2024 reuniu cinco ensaios com mais de 10 mil crianças e concluiu que aumentar o tempo ao ar livre pode reduzir o número de novos casos, com certeza da evidência de baixa a moderada[7]. Em um desses ensaios, feito em escolas chinesas, uma aula diária extra de 40 minutos ao ar livre reduziu de cerca de 40% para 30% a proporção de crianças que se tornaram míopes em três anos[8].

O mecanismo mais aceito envolve a luz natural, muito mais intensa que a dos ambientes internos: ela estimula a liberação de dopamina na retina, substância que ajuda a regular o crescimento do olho, segundo estudos sobretudo experimentais[6]. É importante, porém, não exagerar: o efeito do tempo ao ar livre sobre a miopia que já existe é pequeno e incerto, e quase todos os ensaios foram feitos na China e em Taiwan[6,7].

NA PRÁTICA

Tempo ao ar livre ajuda a prevenir ou adiar o surgimento da miopia.

E as telas?

Uma metanálise de 2025, com mais de 300 mil participantes, encontrou associação entre tempo de tela e miopia: o risco aumentou cerca de 21% a cada hora diária adicional, com pouca diferença abaixo de uma hora por dia[9]. Associação, contudo, não é causa. Crianças que passam muitas horas diante de telas costumam passar menos tempo ao ar livre, e o aumento da miopia começou antes dos smartphones[6]. Na criança míope, o tempo de tela também entra na avaliação da progressão. A mensagem é de equilíbrio, não de proibição.

Quando o grau aumenta rápido

Para crianças míopes cujo grau aumenta rapidamente, existem hoje tratamentos cujo objetivo é diminuir a progressão, como colírios de atropina, lentes de contato e lentes específicas para controle de miopia. A qualidade da evidência varia bastante entre eles, e a indicação depende de avaliação individual[10].

MITO

Óculos viciam ou enfraquecem os olhos.

VERDADE

Na miopia, usar um grau menor do que o necessário, para "não acostumar", não diminui a progressão e pode até aumentá-la[11].

Na infância, os óculos corretos são, muitas vezes, a condição para que a visão se desenvolva.

02 CAPÍTULO

Adolescência e vida adulta: hábitos que fazem diferença

Na adolescência e na vida adulta, as queixas mais comuns vêm das telas: olhos secos e ardendo, visão embaçada no fim do dia, dor de cabeça. É a chamada fadiga visual digital. Diante da tela, piscamos menos, e a superfície do olho resseca. Ajudam o uso correto dos óculos, a boa posição da tela e da iluminação, o hábito de piscar e as pausas, como na conhecida regra 20-20-20: a cada 20 minutos, olhar por 20 segundos para algo a cerca de 6 metros[12]. São medidas de conforto, não de prevenção de doença.

MITO

A luz azul das telas danifica a retina.

VERDADE

Não há evidência de que a luz das telas danifique a retina, e uma revisão Cochrane concluiu que óculos com filtro de luz azul podem não reduzir a fadiga visual[13].

Pausas e piscadas trazem conforto. Proteger a saúde dos olhos é outra conversa.

Sol e óculos escuros

A radiação ultravioleta do sol tem relação bem estabelecida com o pterígio (a popular "carne crescida" sobre o olho), com um tipo de catarata e com tumores da pálpebra[14]. Óculos escuros protegem, mas somente se filtrarem essa radiação: o ideal é que indiquem bloqueio de 100% dos raios UVA e UVB, ou a especificação UV400. A cor ou o escurecimento da lente não indica proteção[15].

Lentes de contato

As lentes de contato são seguras quando bem usadas, mas exigem disciplina. As infecções de córnea associadas a elas podem ser graves e, em geral, estão ligadas a hábitos evitáveis, mais comuns do que se imagina. Em um levantamento nos Estados Unidos, cerca de um terço dos usuários relatou dormir ou cochilar com as lentes, muitos nadavam com elas e alguns as guardavam em água da torneira[16].

Traumatismos

São comuns em reformas domésticas, esportes com bola ou raquete e fogos de artifício, situações em que óculos de proteção são uma medida simples e subestimada.

Alimentação

A alimentação também conta, e de duas maneiras. De forma indireta, uma dieta equilibrada, junto com atividade física e controle do peso, reduz o risco de diabetes e hipertensão. De forma direta, os olhos dependem de nutrientes. A vitamina A, por exemplo, é essencial para a retina e para a superfície do olho, e sua deficiência ainda é, segundo a OMS, a principal causa evitável de cegueira infantil no mundo, sobretudo em países de baixa renda[17].

Padrões alimentares saudáveis também parecem proteger a retina ao longo da vida: em estudos europeus que acompanharam cerca de 5 mil pessoas, quem seguia uma dieta de estilo mediterrâneo, rica em verduras, frutas, peixes e azeite, teve 41% menos risco de desenvolver a forma avançada da degeneração macular[18]. São estudos observacionais, que mostram associação, e, para quem já se alimenta bem, suplementos vitamínicos não previnem doenças oculares, como veremos adiante.

Cigarro

Fumar é um dos fatores de risco mais importantes, e menos lembrados, para a saúde ocular: fumantes têm duas a três vezes mais risco de degeneração macular relacionada à idade, e parte desse risco diminui depois que a pessoa para de fumar[19].

Colírios por conta própria

MITO

Olho vermelho se resolve com qualquer colírio.

VERDADE

Olho vermelho tem muitas causas, de uma irritação passageira a infecções e inflamações que exigem tratamento específico, e pingar colírio por conta própria pode mascarar o problema. Os colírios com corticoide merecem atenção especial: em algumas pessoas, o uso por semanas eleva a pressão dentro do olho e pode causar glaucoma, muitas vezes sem sintomas[20].

Colírio é medicamento.

03 CAPÍTULO

Quando o corpo fala pelos olhos

Muitas doenças que atingem o corpo inteiro deixam sinais nos olhos. No exame de fundo de olho, o oftalmologista observa diretamente estruturas como a retina, os vasos sanguíneos e o nervo óptico, sem nenhum procedimento invasivo, e muitas vezes encontra alterações que ainda não causaram sintomas.

O exemplo mais importante é o diabetes. A retinopatia diabética, conjunto de lesões nos pequenos vasos da retina causadas pelo excesso de glicose, não provoca sintomas nas fases iniciais: a pessoa enxerga normalmente enquanto as lesões progridem[21]. Quando a visão finalmente piora, a doença pode já estar avançada.

PARA QUEM TEM DIABETES

Enxergar bem não exclui retinopatia. O exame da retina deve ser feito mesmo sem sintomas.

A retinopatia diabética ilustra bem as três camadas da prevenção:

1. **Controlar** a glicemia, a pressão arterial e o colesterol, o que reduz o surgimento e a progressão da retinopatia[21].

2. **Examinar a retina** periodicamente, mesmo sem sintomas. A Associação Americana de Diabetes recomenda o primeiro exame ao diagnóstico do diabetes tipo 2 e em até cinco anos após o início do tipo 1; depois, anualmente, ou a cada um ou dois anos se os exames forem normais e o diabetes estiver controlado. Gestantes com diabetes exigem atenção especial[21].

3. **Tratar a tempo:** quando detectadas cedo, as formas que ameaçam a visão podem ser tratadas com laser, injeções intraoculares ou cirurgia[21].

Fotografias da retina analisadas a distância, inclusive com auxílio de inteligência artificial, já são aceitas para rastreamento[21].

Hipertensão

A hipertensão arterial também altera os vasos da retina e, nas crises graves, pode comprometer a visão. Essas alterações funcionam ainda como um sinal de alerta, pois estão associadas a maior risco de eventos cardiovasculares[22].

Um cuidado só

Outras doenças e alguns medicamentos de uso prolongado também afetam os olhos; por isso, oftalmologista e demais médicos devem trocar informações.

NA PRÁTICA

Conte ao oftalmologista quais são os seus diagnósticos e os remédios que você usa.

Leve aos seus outros médicos o resultado do exame dos olhos.

A saúde ocular é parte do cuidado integral, não um capítulo à parte.

04 CAPÍTULO

Envelhecer enxergando

Por volta dos 40 anos, quase todos notam a mesma mudança: é preciso afastar o celular para conseguir ler. É a presbiopia, a perda natural da capacidade de focalizar objetos próximos, que pode ser corrigida com óculos ou outras opções. Essa também é a idade em que algumas doenças silenciosas começam a se tornar mais frequentes.

Para pessoas sem sintomas nem fatores de risco, a orientação é manter o exame oftalmológico regular:

IDADE	EXAME A CADA
40 anos ou mais	1 a 2 anos

Quem tem diabetes, histórico familiar de glaucoma ou miopia alta, entre outros fatores, precisa de intervalos definidos individualmente.

Perder alguma capacidade de foco com a idade é normal. Perder visão, não.

Catarata

A catarata, opacificação do cristalino (a lente natural do olho), é a principal causa de cegueira entre pessoas com 50 anos ou mais[2]. A idade é seu principal fator de risco, e não há como modificá-la; a exposição à radiação ultravioleta, porém, aumenta o risco[14]. A cirurgia, que substitui o cristalino opaco por uma lente artificial, é eficaz, mas metade das pessoas no mundo que precisam dela não tem acesso[1].

Enxergar bem também sustenta a autonomia: em um ensaio clínico com mulheres acima de 70 anos, a cirurgia de catarata no primeiro olho reduziu as quedas em cerca de um terço[23]. Nessa idade, uma queda pode significar uma fratura e a perda da independência.

Glaucoma

O glaucoma é o exemplo mais claro de doença silenciosa. Ele lesa progressivamente o nervo óptico, geralmente em associação com pressão ocular elevada, e costuma começar pela periferia do campo visual, justamente a parte que menos percebemos.

> **Em todas as regiões do mundo estudadas, mais da metade das pessoas com glaucoma não sabe que tem a doença[24].**

A visão perdida não se recupera, mas o tratamento funciona: em um ensaio clássico, a redução da pressão ocular diminuiu de 62% para 45% a proporção de pacientes cuja doença progrediu[25].

Glaucoma: rastrear todos?

Uma comissão americana que avalia exames preventivos (USPSTF) considera não haver evidência suficiente para recomendar o rastreamento de glaucoma em todos os adultos sem sintomas, na atenção primária[26]. Isso não torna o exame dispensável: significa apenas que testar toda a população, sem critério, ainda não mostrou benefício claro. Para quem tem fatores de risco, como idade mais avançada e histórico familiar, o exame com o oftalmologista continua indicado[5].

Degeneração macular

A degeneração macular relacionada à idade (DMRI) afeta a mácula, a região central da retina que usamos para ler e reconhecer rostos. Idade e genética não podem ser modificadas, mas o tabagismo pode, e é o fator de risco evitável mais consistente[19]; a alimentação também parece influenciar[18].

Na forma chamada úmida, o tratamento com injeções intraoculares pode preservar a visão quando começa cedo; por isso, linhas retas que parecem tortas ou uma mancha no centro da visão merecem avaliação rápida.

E OS SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS?

Fórmulas com antioxidantes e zinco provavelmente retardam a progressão em pessoas que já têm DMRI em fase intermediária[27], mas não previnem a doença em quem não a tem[28]. São tratamento para um grupo específico, indicado após o exame, não prevenção para todos.

GUARDE ESTA PÁGINA

Quando não esperar

Procure avaliação oftalmológica no mesmo dia, em pronto atendimento, diante de:

1. **Perda súbita da visão**, total ou parcial, em um ou nos dois olhos.
2. **Flashes de luz recentes, aumento repentino de "moscas volantes" ou uma sombra que avança sobre a visão.** Podem indicar rotura ou descolamento da retina: cerca de uma em cada sete pessoas com esses sintomas de início súbito tem uma rotura[29].
3. **Dor ocular intensa**, especialmente com olho vermelho e visão embaçada.
4. **Traumatismo** no olho ou ao redor dele. Se houver objeto cravado, não tente retirá-lo nem pressione o olho.
5. **Produto químico nos olhos:** lave imediatamente com bastante água corrente, por pelo menos 15 minutos, e então procure atendimento.
6. **Na criança**, reflexo branco na pupila ou desvio dos olhos que surge de repente.

Dificuldade crescente para ler ou enxergar de longe não é emergência, mas merece consulta programada.

PARA TERMINAR

Um compromisso para toda a vida

Prevenir, em saúde ocular, é feito de escolhas pequenas e repetidas: o teste do olhinho na maternidade, a tarde no parque em vez de mais uma hora no tablet, os óculos escuros com proteção UV, o cigarro que se deixa, a glicemia controlada, o exame marcado mesmo quando tudo parece bem. Nenhuma delas garante uma visão intacta para sempre; prevenção não é promessa. Mas, somadas, elas mudam probabilidades, e é isso que a medicina preventiva sabe fazer.

Os olhos nos acompanham desde o primeiro olhar para o rosto de quem nos segurou no colo até o rosto dos netos. Cuidar deles é, no fundo, cuidar da possibilidade de continuar participando do mundo com autonomia.

E esse cuidado começa muito antes de qualquer sintoma.

PARA CONSULTAR

Referências

1. World Health Organization. Blindness and vision impairment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [atualizado 2026 fev 10; citado 2026 out 14]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment
2. 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 over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Glob Health. 2021;9(2):e144-60. doi:10.1016/S2214-109X(20)30489-7
3. Cruz OA, Repka MX, Hercinovic A, Cotter SA, Lambert SR, Hutchinson AK, et al. Amblyopia Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology. 2023;130(3):P136-78. doi:10.1016/j.ophtha.2022.11.003
4. Sociedade Brasileira de Pediatria, Grupo de Trabalho em Oftalmologia Pediátrica. Teste do reflexo vermelho [Internet]. São Paulo: SBP; 2018 [citado 2026 out 14]. (Documento Científico; nº 1). Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/__20958d-DC_No1_set_2018-_Teste_do_reflexo_vermelho.pdf
5. Wallace DK, Flaxel CJ, Gedde SJ, Jacobs DS, Kopplin LJ, Lee BS, et al. Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology. 2026;133(4):P202-36. doi:10.1016/j.ophtha.2025.12.031
6. Morgan IG, Wu PC, Ostrin LA, Tideman JWL, Yam JC, Lan W, et al. IMI risk factors for myopia. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2021;62(5):3. doi:10.1167/iovs.62.5.3
7. Kido A, Miyake M, Watanabe N. Interventions to increase time spent outdoors for preventing incidence and progression of myopia in children. Cochrane Database Syst Rev. 2024;6(6):CD013549. doi:10.1002/14651858.CD013549.pub2
8. He M, Xiang F, Zeng Y, Mai J, Chen Q, Zhang J, et al. Effect of time spent outdoors at school on the development of myopia among children in China: a randomized clinical trial. JAMA. 2015;314(11):1142-8. doi:10.1001/jama.2015.10803

9. Ha A, Lee YJ, Lee M, Shim SR, Kim YK. Digital screen time and myopia: a systematic review and dose-response meta-analysis. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2460026. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.60026

10. Lawrenson JG, Huntjens B, Virgili G, Ng S, Dhakal R, Downie LE, et al. Interventions for myopia control in children: a living systematic review and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2025;2(2):CD014758. doi:10.1002/14651858.CD014758.pub3

11. Logan NS, Wolffsohn JS. Role of un-correction, under-correction and over-correction of myopia as a strategy for slowing myopic progression. Clin Exp Optom. 2020;103(2):133-7. doi:10.1111/cxo.12978

12. Wolffsohn JS, Lingham G, Downie LE, Huntjens B, Inomata T, Jivraj S, et al. TFOS Lifestyle: impact of the digital environment on the ocular surface. Ocul Surf. 2023;28:213-52. doi:10.1016/j.jtos.2023.04.004

13. Singh S, Keller PR, Busija L, McMillan P, Makrai E, Lawrenson JG, et al. Blue-light filtering spectacle lenses for visual performance, sleep, and macular health in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2023;8(8):CD013244. doi:10.1002/14651858.CD013244.pub2

14. Yam JC, Kwok AK. Ultraviolet light and ocular diseases. Int Ophthalmol. 2014;34(2):383-400. doi:10.1007/s10792-013-9791-x

15. American Academy of Ophthalmology. How to pick the best sunglasses to protect your eyes [Internet]. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; [data desconhecida] [citado 2026 out 14]. Disponível em: https://www.aao.org/newsroom/news-releases/detail/how-to-pick-best-sunglasses-to-protect-your-eyes

16. Cope JR, Collier SA, Nethercut H, Jones JM, Yates K, Yoder JS. Risk behaviors for contact lens-related eye infections among adults and adolescents - United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017;66(32):841-5. doi:10.15585/mmwr.mm6632a2

17. World Health Organization. Vitamin A deficiency [Internet]. Geneva: World Health Organization; [data desconhecida] [citado 2026 out 14]. Disponível em: https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/vitamin-a-deficiency

18. Merle B, Colijn JM, Cougnard-Grégoire A, de Koning-Backus APM, Delyfer MN, Kiefte-de Jong JC, et al. Mediterranean diet and incidence of advanced age-related macular degeneration: the EYE-RISK Consortium. Ophthalmology. 2019;126(3):381-90. doi:10.1016/j.ophtha.2018.08.006

19. Thornton J, Edwards R, Mitchell P, Harrison RA, Buchan I, Kelly SP. Smoking and age-related macular degeneration: a review of association. Eye (Lond). 2005;19(9):935-44. doi:10.1038/sj.eye.6701978

20. Roberti G, Oddone F, Agnifili L, Katsanos A, Michelessi M, Mastropasqua L, et al. Steroid-induced glaucoma: epidemiology, pathophysiology, and clinical management. Surv Ophthalmol. 2020;65(4):458-72. doi:10.1016/j.survophthal.2020.01.002

21. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 12. Retinopathy, neuropathy, and foot care: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S261-76. doi:10.2337/dc26-S012

22. Cheung CY, Biousse V, Keane PA, Schiffrin EL, Wong TY. Hypertensive eye disease. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):14. doi:10.1038/s41572-022-00342-0

23. Harwood RH, Foss AJE, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. Br J Ophthalmol. 2005;89(1):53-9. doi:10.1136/bjo.2004.049478

24. Soh Z, Yu M, Betzler BK, Majithia S, Thakur S, Tham YC, et al. The global extent of undetected glaucoma in adults: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2021;128(10):1393-404. doi:10.1016/j.ophtha.2021.04.009

25. Heijl A, Leske MC, Bengtsson B, Hyman L, Bengtsson B, Hussein M; Early Manifest Glaucoma Trial Group. Reduction of intraocular pressure and glaucoma progression: results from the Early Manifest Glaucoma Trial. Arch Ophthalmol. 2002;120(10):1268-79. doi:10.1001/archopht.120.10.1268

26. US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmow D, et al. Screening for primary open-angle glaucoma: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2022;327(20):1992-7. doi:10.1001/jama.2022.7013

27. Evans JR, Lawrenson JG. Antioxidant vitamin and mineral supplements for slowing the progression of age-related macular degeneration. Cochrane Database Syst Rev. 2023;9(9):CD000254. doi:10.1002/14651858.CD000254.pub5

28. Evans JR, Lawrenson JG. Antioxidant vitamin and mineral supplements for preventing age-related macular degeneration. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7):CD000253. doi:10.1002/14651858.CD000253.pub4

29. Hollands H, Johnson D, Brox AC, Almeida D, Simel DL, Sharma S. Acute-onset floaters and flashes: is this patient at risk for retinal detachment? JAMA. 2009;302(20):2243-9. doi:10.1001/jama.2009.1714

SOBRE A AUTORA



Dra. Bárbara Flores Culau Merlo

MÉDICA OFTALMOLOGISTA

Cirurgia refrativa · Oftalmopediatria · Estrabismo

Graduação em Medicina

Residência Médica em Oftalmologia, UFRJ

Fellowship em Estrabismo Adulto e Infantil, HC-USP

Fellowship em Oftalmopediatria, HC-USP

Aperfeiçoamento em cirurgia refrativa

Observership em Oftalmopediatria e Estrabismo, Columbia University (Nova York)

Lancaster Course in Ophthalmology, Harvard Medical School

Retinopathy of Prematurity: Practical Approaches to Prevent Blindness, London School of Hygiene & Tropical Medicine

Membro da ABCCR/BRASCRS (Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa)

Membro da ESCRS (Sociedade Europeia de Catarata e Cirurgia Refrativa)

Membro da SBOP (Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica)

Atende crianças e adultos em São Paulo (SP) e Bento Gonçalves (RS).

INSTAGRAM @barbaramerlo.oftalmo

SITE barbaramerlo.com.br

CRM-SP 256087 · RQE 125035 · CRM-RS 47537 · RQE 43683

Material educativo e gratuito. Não substitui a consulta com um oftalmologista. Outubro de 2026.