



JOSÉ JORDECI MACHADO DOS ANJOS DOS SANTOS

**A ANAMNESE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O DIAGNÓSTICO
OPTOMÉTRICO**

**FORTALEZA
2018**

JOSÉ JORDECI MACHADO DOS ANJOS

A ANAMNESE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O DIAGNÓSTICO OPTOMÉTRICO

**FORTALEZA
2018**

JOSÉ JORDECI MACHADO DOS ANJOS

A ANAMNESE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O DIAGNÓSTICO OPTOMÉTRICO

Monografia apresentada ao Centro de Formação Profissional Ratio, como requisito parcial para obtenção da diplomação do Curso Técnico em Optometria, sob a orientação do Professor Antônio Cláudio da Silva Maciel

**FORTALEZA
2018**

JOSÉ JORDECI MACHADO DOS ANJOS

A ANAMNESE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O DIAGNÓSTICO OPTOMÉTRICO

Monografia apresentada ao Centro de Formação Profissional Ratio, como requisito parcial para obtenção da diplomação do Curso Técnico em Optometria.

Monografia aprovada em: ___/___/_____. (DATA)

Orientadora Metodológica: Prof.^a Adryana Estácio Trummer

Orientador (a) Conteudista: Prof. Antônio Cláudio da Silva Maciel

Coordenador: Prof. Antônio Cláudio da Silva Maciel

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **DEUS**, que me deu força e motivação para enfrentar essa jornada, aos meus pais e Família

Agradeço a todos os colegas que estiveram presentes no decorrer do curso que contribuíram com sua força, conselhos, ajuda e colaboração, em especial aos amigos, que estiveram mais próximos a mim, aprendi muito com vocês. À Prof.^a Adryana Estácio Trummer e o Prof. Claudio Maciel, pessoas pela qual tenho admiração, sempre atenciosos, presentes e preocupados em ofertar ensino de qualidade, e a todo o quadro de professores que passaram pela nossa sala de aula em especial ao professor Rickson a quem tive a satisfação de
conhecer.

RESUMO

O presente trabalho aborda a forma de uma anamnese optométrica bem efetuada e sua importância frente ao trabalho desenvolvido por Optometristas. Este trabalho tem como intuito mostrar passo a passo de uma anamnese completa e minuciosa, onde através de uma avaliação completa permita um diagnóstico mais preciso pelo examinador, a ficha clínica por sua vez tem métodos que contribuem, de forma efetiva com a identificação de diagnósticos patológicos, motor e refrativo consequentemente com a diminuição da cegueira, mas com certeza ficará bem mais fácil para o examinador se tiver um caminho a ser trilhado antes. O presente estudo busca observar e analisar a visão do profissional Optometrista com relação a Anamnese e a como trilhar esses caminhos que por sua vez era ou será obscuro sem o dialogo paciente e optometrista. Este estudo só foi possível através de várias pesquisas Bibliográfica. Por resultados obtidos, pode-se observar o tamanho da importância deste passo na ficha clínica (Anamnese)

Palavras chave: Anamnese; Optometria; Ficha clínica.

ABSTRACT

The present work deals with the form of a well-made and your optometric history importance facing the work carried out by Optometrists. Purpose of this study is to show you step by step to a complete and thorough history, where through a full evaluation allows a more precise diagnosis by the examiner, the chart for your time has methods that effectively contribute to the identification of pathological Diagnostics, engine and therefore the reduced refractive blindness, but it sure will be a lot easier for the examiner if you have a path to be trodden before. the Honourable search study observe and analyze professional vision Optometrist with respect to History and how to tread this path for your time was or will be unclear without the dialogue and patient optometrist. This study was only possible through several Bibliographical Research. For results, you can see the size of the importance of this step in the clinical record (History)

Key words: Anamnesis; Optometry; Clinical record.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi pautado na investigação a respeito do tema proposto. De forma a atingir a maior veracidade possível no processo de conhecimento da problemática a ser estudada, o trabalho examinará com um olhar investigativo referente ao objeto estudado.

O estudo se propõe a verificar a aplicação dos métodos de elaboração de cenários prospectivos utilizados na anamnese, bem como a estrutura voltada para essa pesquisa.

O método de pesquisa do tipo qualitativa, onde a busca por explicar o objeto foi nosso maior intuito, assim como definir conceitos, procedimentos e técnicas.

Quanto aos objetivos classificou-se como descritiva e analítica, na medida em que os pontos de vista de autores foram apresentados e interpretados, com base na revisão de literatura especializada.

Este trabalho tem como objetivo principal, perceber a importância de uma boa anamnese em um consultório do profissional optometrista. Porém, para expressar e entrar no assunto propriamente em questão, temos que entender esse universo da optometria, abordando a história que este profissional tem dentro da sua área de atuação.

Inicialmente iremos abordar em nosso trabalho com a definição sobre a ciência da optometria, no Brasil, sua importância no cuidado primário da visão e como o profissional pode agir sem ultrapassar sua esfera de atuação. Sem deixarmos de nos aprofundar no conhecimento da profissão aqui em nosso país, Brasil, vendo onde tudo começou desde as iniciativas pioneiras aos dias atuais. Importante salientar que este estudo não é direcionado exclusivamente a quem faz uso da profissão em optometria e sim a todos que atuam na área da saúde.

Em tempos de tanta tecnologia disponível na área médica/optométrica, algumas pessoas se esquecem da importância do exame clínico para o

diagnóstico e tratamento de doenças, O exame clínico é dividido em duas etapas: a anamnese e o exame físico. A partir delas, é possível obter informações sobre o estado geral de saúde do paciente, podendo ser identificadas doenças a partir de sinais e sintomas.

O sinal é uma característica física que pode ser detectada pelo Avaliador (optometrista), como uma pálpebra caída decorrente de uma ptose. Já o sintoma, é uma característica subjetiva relatada pelo paciente, como visão dupla.

A anamnese, que consiste na entrevista feita pelo profissional quando da realização da consulta, é muito importante como uma etapa do exame clínico. A partir de um questionário, o avaliador (optometrista) obtém informações importantes sobre a história atual e pregressa do paciente. De maneira geral, a anamnese é composta de: Identificação do cliente: nome, idade, gênero, endereço, estado civil, profissão etc. Queixa principal: consiste no motivo pela procura do profissional de saúde. História da doença atual: se refere ao processo da queixa principal, contendo informações do início, durabilidade, como se deu a evolução, características da dor (se houver) etc. História médica pregressa: dados sobre as patologias atuais ou passadas, que, necessariamente, não têm que estar relacionadas com a queixa principal, mas também são importantes. Por exemplo, se o paciente for hipertenso, isto deve ser informado, pois algumas substâncias podem interferir nesta condição. Alergias: sempre é importante relatar alergias, pois, dependendo do tipo, podem interferir na prescrição de medicamentos. Hábitos de vida: atividades físicas, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, dentre outras, se localizam neste item. Tais situações podem refletir no desenvolvimento de determinadas doenças.

2. A OPTOMETRIA E SUA ABORDAGEM NA SAÚDE

2.1 História da Optometria

A história da optometria tem início em 1585, com o médico europeu Georg Bartisch, conhecido como o médico dos olhos. Bartisch era contra o uso de óculos.

Georg Bartisch (1535-1607) foi um médico alemão nascido em Königsbrück, Saxônia.

Na idade de treze anos ele começou sua carreira médica como aprendiz de um cirurgião de barbeiro, e por uma parte considerável de sua vida, Bartisch era um cirurgião itinerante que exercia seu ofício na Saxônia, Silésia e Boêmia. Ele finalmente se estabeleceu em Dresden, e em 1588 tornou-se oculista da corte do duque Augustus I da Saxônia.

Embora Bartisch não fosse academicamente treinado, ele era considerado um praticante altamente qualificado de medicina ocular e cirurgia. Ele é creditado por produzir o primeiro manuscrito da Renascença sobre desordens oftalmológicas e cirurgia ocular, "*Ophthalmodouleia Das ist Augendienst*". Foi publicado em 1583, e discutiu doenças oculares, técnicas e instrumentos cirúrgicos, e continha um atlas oftálmico de 92 xilogravuras retratando doenças do olho

Figura 1: Georg Bartisch, 1535-1607, a German physician



alamy stock photo

Fonte: <https://www.google.com.br/imgres?imgurl=https://c8.alamy.com/comp/EXFB11/georg-bartisch-1535-1607>

É conhecida a versão popular que vê a Optometria como um teste que mede a visão e também a que acredita que é uma aplicação da óptica, sem especificar de que óptica: se a óptica física, onde quem a explicaria melhor seria um físico; ou de óptica geométrica onde um matemático seria a melhor opção, fazendo parte das ciências exatas; ou talvez, da óptica fisiológica, que, embora aplique teorias das outras duas, faz parte da fisiologia humana, o que a levaria a se encaixar nas ciências da saúde.

Algumas faculdades como a Universidade de La Salle, de Bogotá, classificam a evolução destas três etapas, cada uma com marcas iniciais no tempo, fato pelo qual classificam os períodos de Pré-Optometria Optometria precoce e Optometria Moderna. Foram inúmeros homens que, desde tempos imemoriais, enriqueceram a Optometria, mesmo desde antes de sua aparição como tal. Num processo que ocorreu por muitos séculos de lenta e progressiva evolução, para chegar a ser o que é hoje em dia: uma ciência com todas as bases da óptica física, da óptica oftálmica; da anatomia e da fisiologia da visão, e se rege por leis que permitem um conhecimento mais exato dela.

Até o ano de 1300, nem sequer existia o termo Optometria, já que não havia conceitos claros da luz, nem da relação da refração com as

compensações ópticas, logo, não existia o profissional óptico como tal, mas sim o físico, trabalhando a óptica física empiricamente. Não se sabe com precisão quais os conhecimentos que existiam de óptica na antiguidade, mas se encontraram nos traços de antigas civilizações objetos que assinalam o interesse do homem pelos fenômenos ópticos. (GREGG,1972).

Entre 1300 e 1900, não existia o termo Optometria, mas já se falava dos focos e das compensações ópticas; das ferramentas e cálculos físicos. Nessa época, surgem profissionais capazes de manipular a luz e corrigir os defeitos refrativos, e somente no final deste período procurou-se obter uma medida refrativa individual afim de reconhecer e diagnosticar os defeitos da visão.

A Optometria nasceu segundo a escola europeia, autônoma e independente, mas na realidade não é assim, pois dela existem até hoje duas escolas as quais partiram da evolução de conceitos e critérios que mais que de saúde, pertenciam à ciência da física; e seu primórdio, não se pode desconhecer, vem do mesmo ramo da óptica, o que pode se sustentar ao estudar a resenha histórica de muitos de seus autores e teóricos, tais como: Al-Gafiqi (Mohamed IbnQuossoumIbnAslan) que escreveu o “Guia do oculista” e, Roger Bacon, que afirmou que as pessoas que veem mal, podem voltar a ver as letras, se utilizarem cristais polidos, nenhum deles dois, foi Optometrista, ou Médico. O primeiro era óptico prático e o segundo frei franciscano. Se recuperar a história, encontram-se nomes como Leonardo da Vinci e Descartes, que desenvolveram teorias e aplicações no ramo da óptica. (GREGG,1972).

De 1900, até o presente, surge a Optometria como profissão fundamentada não só na óptica oftálmica, como da óptica fisiológica. Nesse período, se conceitua a Optometria não como o ato de medir a refração, e sim, como a determinação e mensuração científica dos defeitos de refração, acomodação e motilidade do olho humano, e sua correção mediante a prescrição e adaptação de lentes que corrigem tais defeitos, assim como a prática de exercícios ortópticos, sem o uso de fármacos ou intervenção cirúrgica.

O termo Optómetra (Optometrista) foi cunhado por Edmund Landolt em 1886, referindo-se ao optômetro 24, seu uso e teste feito com esse aparelho. Embora o termo Optometria não seja tão antigo, antes do século XIX, já se falava de óptica e refração, área que foi desenvolvida por ópticos e físicos até então. (GREGG,1972)

Até aqui, a óptica como área da física, vinha se desenvolvendo em uma linha só, mas sua aplicação na correção visual como tal, abriu passo para novos profissionais que pretendiam aplicar estes conhecimentos dentro do conceito de que no olho se cumpriam e podiam ser estudados os fenômenos da luz, do mesmo jeito que na óptica física; é quando aparecem autores como Thomas Young (1773 -1829), médico inglês que se dedicou preferentemente ao funcionamento do olho humano, e, em 1793, descobriu como mudava a curvatura do cristalino para enfocar objetos para as distintas distâncias e a origem do astigmatismo. Também explicou, pela primeira vez, a teoria sobre a visão das cores que se fundamentou nos princípios reais do comportamento da cor no olho humano que ademais demonstrou que esta característica tinha que ver com um acontecimento fisiológico e não com um acontecimento físico.

Nesse ponto, nasce a linha da Óptica fisiológica, e os médicos desta época eram os únicos que se dedicavam ao tratamento dos problemas de saúde e eram muito poucos aqueles que se interessavam pelos defeitos ópticos do olho e sua correção.

O contraste entre os métodos empíricos utilizados até o momento e o método de Young, que utilizava a combinação de um optômetro e umas tabelas, constitui o primeiro intento rigoroso de determinar a refração de maneira individual. Para este fim, Young treinou um grupo de técnicos para a aplicação desses testes a quem denominou o nome do grupo de Optometras.

Já que seu objetivo era o de realizar as Optometrias, manuseando o optômetro; embora, o uso do aparelho, assim como do treinamento, não se limitou à medida da refração ocular, senão que também foi aplicado para determinar a magnitude esférica do olho, as aberrações cromáticas e o mecanismo da acomodação, proporcionando os resultados destes estudos

uma primeira bateria de constantes oculares de importância fundamental no desenvolvimento da óptica fisiológica. Isso demonstra a relação entre a óptica oftálmica, a óptica fisiológica e a Optometria, mais deixa claro que a Optometria se fundamenta nos princípios da óptica fisiológica e não na oftálmica, sem desconhecer sua aplicabilidade. (GREGG,1972).

Este criado originalmente em 1737, pelo inglês William Porterfield (1696-1771) aplica por vez primeira o nome de optômetro para um simples aparelho consistente em uma pequena placa de ferro na que cortava dois estreitas fendas paralelas (para permitir maior passo de luz), com uma distância entre elas que não excedia o diâmetro pupilar. Com este dispositivo foi capaz de calcular a amplitude da acomodação e a participação do cristalino, servindo como teste de visão tanto qualitativo como quantitativo.

Denominou de Optômetras, já que seu objetivo era o de realizar as Optometrias, manuseando o optômetro; embora, o uso do aparelho, assim como do treinamento, não se limitou à medida da refração ocular, senão que também foi aplicado para determinar a magnitude esférica do olho, as aberrações cromáticas e o mecanismo da acomodação, proporcionando os resultados destes estudos uma primeira bateria de constantes oculares de importância fundamental no desenvolvimento da óptica fisiológica. Isso demonstra a relação entre a óptica oftálmica, a óptica fisiológica e a Optometria, mais deixa claro que a Optometria se fundamenta nos princípios da óptica fisiológica e não na oftálmica, sem desconhecer sua aplicabilidade. (GREGG,1972)

Este importante momento marca a diferença entre o atendimento óptico e o clínico, e da comercialização do produto óptico que, na maioria das vezes, não contava com a prescrição ou adaptação e, se existisse, era feita empiricamente através de um processo de prova, (ensaio e erro) num gabinete (Quarto Pequeno) que as ópticas tinham para que o cliente conhecesse as opções disponíveis.

Cabe anotar que este modelo foi aplicado em Londres, já que era a terra natal de Young, e migrou com sua cultura para os Estados Unidos, Austrália e

outros países de influência inglesa. No restante da Europa, a Optometria foi interpretada de maneira diversa, já que, na sua etiologia, implicava só o fato de fazer medida da visão, o que fazia parte da execução de um teste oftalmológico.

Naquela época, já existia uma competição entre alguns círculos oftalmológicos da Europa que, no momento procuravam desenvolver técnicas para a área refrativa e de medição, entre eles Badal, Helmholtz (Alemanha), Landolt (Suíça) e Javal (França), mas é na Espanha que a sociedade Oftalmológica – com Marquez e recebendo instrução de Helmholtz – decide trabalhar aproveitando alguns desenvolvimentos da escola de Viena e determina o sucesso da técnica. (GREGG,1972)

Em 1873, um médico militar francês, Cuignet, descobriu a esquiascopia, método para o diagnóstico das ametropias. Mas, a esquiascopia dependia de uma boa nomenclatura dioptrica, questão esta que era bem conhecida pelos mestres ópticos que além de ópticos eram joalheiros e ourives. Alguns destes profissionais vão trabalhar junto com ele; na época, Márquez já era catedrático da Universidade Complutense de Madrid, onde começaria mais tarde os cursos para ópticos, e ópticos optometristas, sendo eles de caráter técnico, já que, na visão de Márquez, um bom óptico Optometrista era indispensável para o fornecimento final das fórmulas médicas.

Depois disto, a Optometria continua uma relação tripartite, já que seu desenvolvimento mistura pesquisas e propostas feitas por clínicos, físicos e matemáticos como Rudolf Kohlrausch, que propõe a oftalmometria, princípio da ceratometria. Também participaram ópticos como o inglês John Hamer Sutcliffe (1867-1941) que criou o ceratômetro, que comercializou a Bausch & Lomb. Igualmente, médicos e fisiologistas, como o alemão Hermann Ludwig Ferdinand Von Helmholtz (1821-1894). Com a crescente tecnologia e a experiência clínica que começou a acumular com a atuação desse grupo de técnicos, percebeu-se que o nível de capacitação tinha que ser maior, e assim inicia-se a implantação de medidas necessárias para estabelecer a identidade profissional da Optometria, proposta no âmbito acadêmico, que inicia com uma

formação técnica (só aprendia mas técnicas de como aplicar os testes) e vai aumentando até chegar aos cursos de bacharelado, a fim de aprofundar o embasamento científico necessário, já que a aplicação tinha que ser Clínica Fisiológica e a interpretação de dados e critérios de associação fazia toda a diferença.

Em 1865, Louis Javal introduz o uso de exercícios oculares, a cirurgia e o estereoscópio no tratamento do estrabismo, e é a partir de agora considerado o 'Pai da Ortóptica'. Em Londres, no início do século XX, Worth, um cirurgião ocular, utilizou um estereoscópio modificado que chamou de amblioscópio (*amblyoscope*). (GREGG,1972)

Com esse equipamento era possível captar imagens diferentes para cada olho através de dois tubos, de forma que o ângulo entre estas duas imagens poderia variar no intuito de estimular a fusão; logo depois, Maddox, que trabalhava em Bournemouth com diversos instrumentos oftalmológicos que ele mesmo tinha projetado, encontrou uma nova solução para o problema que Javal tinha descrito, referindo-se ao tratamento do estrabismo: a primeira vez que revelou seus métodos a Von Graefe (o maior oftalmologista nos seus dias) ficou surpreso ao ouvir que era muito o esforço e que não compensava pelo tempo que isso tomava do atendimento. Maddox também percebeu que era cada vez maior o tempo necessário para examinar os pacientes, e resolveu este problema ao ensinar a sua filha Mary, que já estava trabalhando como recepcionista e secretária de seu consultório, a usar o amblyoscópio e outros testes especiais para a avaliação e tratamento visual.

Em 1919, na Inglaterra, Mary Maddox, sob os auspícios de seu pai, o Dr. E.E. Maddox se converteu na primeira pessoa registrada para estudar e aplicar os conhecimentos da motilidade ocular na prática da ortóptica como uma profissão a fim. Seu trabalho em pesquisa e tratamento ortóptico de estrabismo foi creditado como fonte de inspiração para os outros a entrar na profissão. Miss Maddox abriu sua própria clínica privada em 1928, unindo-se à Sheila Mayou para formar o Maddox-Mayou Ortóptica, Escola de Capacitação. Um ano mais tarde, Mary Maddox foi convidada a abrir uma clínica de ortóptica no

Hospital Oftalmológico Royal Westminster, o que se converteria no *High Holborn Moorfields Eye Hospital* em 1947. Com a profissionalização, surgem as controvérsias sobre a lei de concessões de licenças, alvarás e de regulações governamentais. (GREGG, 1972)

As primeiras normas sobre educação e competência na área da Clínica Optométrica, que incluíam procedimentos e estudos em ortóptica, aparecem em 1896. Nos Estados Unidos, na procura de controles mais estritos sobre quem pode receitar óculos, Charles F. Andrew Prentice e Jay Cross formaram a *Optical Society* de New York. Minnesota impôs a primeira normativa, em 1901 e, em 1925, todos os Estados e o Distrito de Columbia haviam aprovado uma legislação similar. Em 1898, se funda a *American Opticale*, em 1919, a Associação Americana de Optometria cria a Revista da Associação Americana de Optometria.

Em 1915, se estabelecem 26 pontos como um *standard* mínimo de educação para a certificação das escolas. Isto reflete uma contínua ênfase na educação como garantia de qualidade. Além dos estudos efetuados, os formados precisam obter aprovação em exames estaduais, a fim de conseguir exercer a profissão. Era necessário, ainda, participar de cursos de educação contínua para a renovação de seus alvarás. Até algumas décadas atrás, muito poucas pessoas conheciam realmente que serviços eram prestados pelos profissionais Optometristas ou Optómetras.

Generalizavam-se com o termo oculista, não diferenciando a Oftalmologia da Optometria e, inclusive, da Óptica. Nesse contexto, muitos profissionais, em vários países, têm lutado para procurar o reconhecimento da sociedade, frente aos benefícios que podem oferecer como profissionais da saúde visual.

Os países da América Latina têm recebido pelos fatos históricos de pré e pós guerra, uma influência europeia da Óptica e Optometria moderna, ao mesmo tempo em que suas políticas comerciais e sua proximidade geográfica também permearam a chegada da Optometria Clínica Norte Americana, e possivelmente Colômbia e México foram as portas para seu ingresso no centro

e sul América respectivamente; cada um com uma história muito parecida no que se refere ao posicionamento e reconhecimento da profissão, que tem seu grande valor social nas políticas modernas dos organismos internacionais de Saúde com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), onde suas características de prevenção e promoção se encaixam perfeitamente na problemática mundial ao aplicar a Optometria em programas multieinterdisciplinares.

2.2 História da optometria no Brasil

No Brasil, no início do século XX, começou uma procura por óculos de grau, porém, os oftalmologistas eram especialistas em cirurgias oculares e não na prática de receitar óculos, por isso o profissional oculista, hoje Optometrista, era muito requisitado, mas não conseguia suprir as necessidades da população brasileira, por se tratar de um profissional escasso.

Com o aumento pela procura de óculos de grau e escassez dos profissionais técnicos, os médicos oftalmologistas começaram a prestar este atendimento a população. (LIMA, 2014)

A optometria começou a ganhar destaque no cenário nacional nos últimos 30 (trinta) anos, devido a abertura de cursos a nível técnico e superior. Dentre as principais instituições de ensino no Brasil, estão: Colégio Nacional Policursos (CNP), Instituto Optometrico de Pernambuco (IOPE), Instituto Filadélfia, O.W.P. Educação, SENAC, Ratio Faculdade, Brás Cubas, Faculdade de Saúde do Paulista (FASUP), Universidade do Contestado, Universidade Luterana do Brasil e Estácio de Sá.

A optometria possui reconhecimento de instituições internacionais, dentre elas: Organização Mundial da Saúde (OMS) e seu slogan é Optometria - Primeira barreira contra a cegueira mundial; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) preconiza desde 1984 sobre a importância da atenção primária como pilar da saúde visual; Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece

a profissão de Optometrista como prestador de serviços de atendimento primário da visão. (LIMA, 2014)

De acordo com a Portaria nº 397/02 do Ministério do Trabalho e Emprego, a Optometria é uma profissão livre e independente da área da saúde, onde o Optometrista é um especialista em transtornos da visão não patológicos. Tendo autorização para a prescrição de óculos e adaptação e venda de Lentes de Contato.

A Optometria é uma ciência que vem para auxiliar na prevenção aos problemas visuais, motores e patológicos, levando em consideração que as patologias quando identificadas em fase inicial, podem ser tratadas com mais eficiência. Desta forma, contribuindo de forma significativa para uma melhor qualidade de vida da população e conseqüentemente, para o desenvolvimento sócio-econômico-cultural humano.

O Optometrista é o profissional que vai identificar, diagnosticar, corrigir e prescrever fórmulas optométricas para compensar ametropias (miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia). A limitação deste profissional é dada pelo uso de instrumentos e/ou procedimento que não sejam invasivos ao olho e corpo humano.

De acordo com Lima (2014), a função do Optometrista é avaliar e medir todas as estruturas visuais, considerando os aspectos funcionais e comportamentais encontrados no globo ocular.

O Optometrista atua na preparação, elaboração, execução, participação e avaliação de programas educativos na saúde visual e ocular, que desenvolvam e coloquem em prática estratégias educativas de investigação e de participação comunitária, bem como na elaboração, organização, execução, participação e avaliação de políticas, planos, programas e projetos que permitam estabelecer os perfis epidemiológicos da saúde visual e ocular da população (LIMA, 2014)

A Optometria realizada de forma séria e dentro dos padrões internacionais, pode contribuir de forma eficiente para a erradicação da cegueira evitável, como é o caso da catarata.

Como em várias profissões, a optometria também é uma profissão segmentada, assim, pode-se encontrar: Optometrista Pediátrico – que tem domínio no trato com crianças e conhecimento das particularidades que esta faixa etária possui; Optometrista Geriátrico – que tem plenos conhecimentos com relação ao trato com idosos, além de saber identificar, diagnosticar e tratar os erros refrativos e identificar as patologias comuns a partir da terceira idade; Optometrista Ortoptista – identifica, trata e busca corrigir problemas motores e sensoriais; Optometrista Contatólogo – profissional capacitado para avaliar de forma minuciosa o sistema lagrimal e as estruturas internas e externas do olho, para a partir daí adaptar lente de contato, seja ela estética ou para compensação; Optometrista especializados em Baixa Visão – que identifica, quantifica, trata e reabilita o portador de baixa visão, seja por meio de tratamento ou compensação óptica. Optometrista especializado em Prótese Ocular – aquele capacitado para adaptar próteses oculares, preservando a saúde física e mental do paciente, ajudando a devolver a sua autoestima e reabilitando esse paciente a vida social.

Em vários países onde a Optometria atua na rede pública, foi constatada uma diminuição considerável de indivíduos com alterações visuais, fato que confirma a importância da Optometria como ciência de grande valia para a população, principalmente a população mais carente.

Nos Estados Unidos, foi detectado por Optometristas e encaminhado para oftalmologistas, o maior número de portadores de patologias do globo ocular, como o “glaucoma”, evitando em tempo a cegueira pela facilidade de acesso a esses profissionais. O Optometrista é preparado para resolver alterações visuais não patológicas, que representam quase 80% de todos os casos de problemas visuais (LIMA, 2014).

Estatísticas apontam que a cegueira evitável em crianças até 14 anos, pode atingir um número de 1.173.655 (Um milhão, cento e setenta e três mil,

seiscentos e cinquenta e cinco) crianças. Assim como também poderia capacitar e dar uma melhor qualidade de vida a 10,7 milhões (10 milhões e setecentos mil) pessoas entre 39 (trinta e nove) e 79 (setenta e nove) anos, com um simples exame com o profissional Optometrista (CBOO).

Na atual conjuntura Brasileira, tem-se o Optometristas como o profissional que normalmente é contratado por ópticas para atender em municípios mais distante e carentes de saúde básica. Esses profissionais levam atendimento a esta população que certamente não teria acesso no trato visual se dependesse da saúde pública brasileira.

3 ANAMNESE

Anamnese vem do grego *ana*, que significa trazer de novo ou trazer de volta e *mnesis*, que significa memória. Em outras palavras, é uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente.

Entrevistar é uma habilidade adquirida. Algumas pessoas conversam mais facilmente do que outras, mas uma entrevista Optométrica não é só conversação e sim uma metódica conversação. Abaixo segue o método de funcionamento da anamnese.

Segundo Barros (2004) O interrogatório de pacientes (anamnese) é um método adotado desde a Grécia Clássica; tal prática já visava naquela ocasião, aliviar o sofrimento das pessoas enfermas.

Mas, foi apenas no último século, que a anamnese e o exame físico, nos moldes que conhecemos, foram recomendados com interesse diagnóstico. Embora os termos “sinal/sintoma” também sejam conhecidos dos Optometristas desde a Antiguidade, foi somente no século XIX, que se tornou claro o seu caráter respectivamente, objetivo e subjetivo.

Até esta ocasião os diagnósticos eram completamente empíricos e baseados nas crenças gregas de que toda doença era um simples desequilíbrio.

Lembramos finalmente que este método atual de abordagem diagnóstica, que procuramos apresentar aqui, continua fundamentado, acima de tudo, numa coleta sistemática de dados através da anamnese, associada a um exame físico cuidadoso, que engloba todos os recursos disponíveis a beira do leito (inspeção, palpação, percussão e ausculta).

Para isto, o Optometrista deve ter qualidades que o permitam inspirar confiança ao paciente e que a nosso ver não se afastam muito de conceitos antigos como os de Confúcio (202 A.C) que destaca em “Analectos” a

benevolência, a moderação, a harmonia com a natureza, a piedade e o ajustamento de nomes como alguns princípios da qualidade humana. (Atualmente consideramos um bom Optometrista o indivíduo que apresenta as seguintes qualidades: humano, simpático, sistemático, observador e compreensivo dos seguintes princípios: a) uso da razão lógica; b) conhecimento de suas limitações; c) respeito às informações com interesse; d) procurar manter uma abordagem clínica sempre: gentil, competente, segura e confiante. (BARROS, 2004)

Segundo Barros (2004) comportamento do Optometrista, assim como o estilo da entrevista, têm efeitos diretos sobre a relação Optometrista-paciente. É preciso obter todos os detalhes preciso se necessários para o diagnóstico, o que exige habilidades que devem ser exercitadas continuamente.

Na prática diária que exercemos em atendimentos, comumente nos deparamos com pacientes que custam a se expressar ou compreender o significado de algumas perguntas formuladas. Há, ainda, confusão maior quando formulamos perguntas de maneira complexa, onde a inclusão de termos técnicos propicia a erros de interpretação.

Não se esqueça que a maioria dos diagnósticos só é obtida quando conseguimos uma descrição precisa das queixas referidas pelo paciente.

Toda informação obtida numa anamnese tem dois componentes: um cognitivo e o outro afetivo ou emocional. Lembre-se que todos os pacientes estão ansiosos durante o contato inicial com o seu avaliador. É importante considerar ambos e ter a capacidade de corresponder a qualquer um deles. Por exemplo, quando as pessoas estão zangadas, as suas definições podem transmitir muito pouco da mensagem pretendida. Reagir apenas às palavras, pode significar a perda completa da mensagem subentendida.

O acompanhamento (não verbal) do contexto, da qualidade e da ênfase da voz, da expressão facial, da postura corporal, do cenário, das roupas, da idade e no contexto cultural do paciente, ajuda o entrevistador a preencher o que não foi expressamente revelado.

Entretanto, a única forma de nos certificarmos de uma compreensão precisa é conferindo nossos dados com o próprio paciente. O uso de resumos e confirmações periódicos é uma técnica eficaz para assegurar ao paciente de que ele está sendo adequadamente compreendido. Este tipo de intervenção, assegura, ainda, ao paciente que estamos concentrados nele. Barros (2004)

3.1. Existem perguntas específicas para realizar uma boa anamnese?

Segundo Paredes (GUANABARA KOOGAN, 2005) existe uma sequência mundialmente conhecida de fazer entrevistas (Anamnese), mas antes de começar não se esqueça dos preâmbulos iniciais como cumprimentar o paciente: “bom dia Sr.” Apresente-se: “eu sou, Optometrista”. Diga o porquê da entrevista. Diga quanto de tempo vai gastar na entrevista.

Figura 2: Médico recebendo paciente



Fonte:
https://www.google.com.br/search?q=foto+do+medico+recebendo+o+paciente&tbm=isch&imgil=_8

3.1.1 Perguntas abertas: São as que devem iniciar a conversa. São perguntas com ampla liberdade de resposta. Na avaliação do problema atual, a abertura

deverá ser feita com perguntas do tipo “Qual é o motivo de sua consulta? ” “Em que posso ajudá-lo? ” “Fale-me sobre sua doença” “O que o trouxe à consulta? ”

3.1.2 Perguntas focadas: O entrevistador define a área a ser questionada, mas deixa considerável liberdade de resposta. Ex.: “descreva a sua dor de cabeça ” Neste caso você definiu duas áreas: um sintoma – a dor – e uma região – a cabeça. Perguntas focadas também podem incluir áreas que não são sintomas, como por exemplo, “que você faz para viver? ”

3.1.3 Perguntas fechadas: São aquelas que podem ser respondidas por um “sim” ou “não”, ou um número, como idade, número de filhos, vezes ao dia, etc. A quantidade de informação é pequena, mas pode ser importante. Ex. “Até quanto chegou sua pressão arterial? ”

3.1.4 Perguntas dirigidas: Devem ser evitadas por serem indutoras da resposta: “Você está enxergando melhor, hoje, não está?” “Você consegue ver essa letra, não consegue? ”.

3.1.5 Perguntas compostas: Constituem erro comum nas entrevistas. Ocorrem quando duas ou mais perguntas são feitas sem dar tempo ao paciente para que responda a primeira delas. “Conte-me sobre sua dor de cabeça, se você faz uso de fármacos e se algum membro de sua família já teve alguma doença significativa” (GUANABARA KOOGAN, 2005)

Ao começar, escreva a data e hora da anamnese. Escreva também a fonte de referência, também é útil deixar registrado se a fonte foi outra pessoa que não o próprio paciente (pai, mãe, amigo, irmão, etc.) e se esta fonte é ou não confiável. Normalmente quando não se registra a confiabilidade, significa que a fonte é confiável. Agora sim, vamos ver então qual é a sequência de perguntas que devo realizar. Escute com atenção e motive o paciente a contar sua história.

A habilidade de escutar é tão importante como a de perguntar e é difícil de apreender. Boas técnicas de escuta levam o paciente a saber que você escutou o que ele disse e o que ele queria dizer, bem como permitem que o

paciente corrija ou complemente sua percepção sobre um sintoma, por isso, estas técnicas também são conhecidas como facilitadores da anamnese. Faça as perguntas certas. Os diferentes tipos de perguntas têm por finalidade extrair do paciente informações claras sobre suas queixas de forma a facilitar o raciocínio clínico para o diagnóstico. São geralmente 5 os tipos perguntas:

- . Abertas
- . Focadas (ou semi-abertas) ▸ Fechadas ▸ Dirigidas ▸ Compostas

3.2. Quais as maiores dificuldades do optometrista ao realizar uma anamnese?

Figura 3: Bonecos com interrogação



Fonte:

<https://www.google.com.br/search?q=foto+do+medico+com+varios+pontos+de+interrogaçao&tbm=isch>

Segundo Barros (2004) a eficácia de uma boa entrevista depende parcialmente da capacidade de evitarmos algumas armadilhas comuns. Estas armadilhas podem, algumas vezes, causar um dano inconsciente, para um

principiante. Com a prática, em geral, podemos evitá-las. A tentação de recorrer a perguntas diretas é provavelmente a principal armadilha para o entrevistador inexperiente ou desinteressado. Devido ao tempo geralmente escasso há uma tendência de abreviarmos excessivamente a entrevista.

Fazer perguntas do tipo "por que" constituem o segundo problema: Por que você tomou tal medicamento? ", "Por que deixou o tratamento?", "Por que se divorciou?" O problema com estas perguntas é que elas exigem explicações defensivas que implicam em justificar fatos nem sempre justificáveis; isto pode tornar nossos pacientes irritados ou perturbados. Além disso, tais perguntas traduzindo uma atitude queixosa por parte do entrevistador levam, muitas vezes, o paciente a uma posição de desamparo, defesa ou frustração. Poderíamos então reformulá-las para algo como: "Conte-me sobre o uso daquele medicamento." "Gostaria de me contar sobre o divórcio?"

Uma terceira armadilha são as perguntas que contêm a resposta. Esta é denominada pergunta sugestiva. Que escolha o paciente tem em responder a este tipo de pergunta? Obviamente, poderíamos obter respostas erradas já que o paciente se sentindo rebaixado ou inferiorizado, sente necessidade de ser obediente. Com outros pacientes há entretanto o risco de erro se usamos perguntas que exigem respostas do tipo sim e não. A resposta do paciente passa a depender mais do momento do que dos fatos reais. Quando uma pergunta é respondida com um "Sim", não está claro o significado do "Sim". Este é dito para agradar o entrevistador ou para evitar discutir um tema indesejado. Da mesma forma, quando a pergunta pode ser respondida com um "Não" o paciente pode desejar discordar, evitar discutir o tópico, e não dar uma resposta real. Mesmo com um entrevistador experiente muitas informações erradas podem ser obtidas com este tipo de pergunta.

Quando é o momento de mudar um tópico, devemos sinalizar para o paciente com uma frase de ligação, do tipo: "Vamos falar agora sobre tal aspecto". Outra armadilha muitas vezes esquecida é a ausência de contato ocular de um examinador concentrado em suas anotações, o que possivelmente prejudicará a história obtida desse paciente. Além de dar a

impressão de que o papel é mais importante, o entrevistador perde todos os gestos, expressões e mudanças de postura do paciente que, quando bem observados, acrescentam muito significado ao que foi dito. Algumas vezes, podemos flagrar um riso discreto, ou o choro contido. Não demonstrar interesse ao paciente é uma armadilhada entrevista que interfere na relação médico-paciente.

Se um paciente chora durante a entrevista, é um erro tentar interrompê-lo pois isto o deixará envergonhado e desconfortável. Espere, pacientemente, a crise passar, especialmente nas pessoas com características estoicas em que o rótulo de “emocional” não seria bem recebido.

Uma paciente certa vez disse ao seu examinador, "Eu me sentia recriminada quando as suas sobrancelhas eram levantadas." Entretanto, o examinador, surpreso, não se apercebera de qualquer movimento do seu supercílio durante a entrevista. (BARROS 2004)

Nos casos de exames feitos em crianças, primeiro devemos conquistá-las, perguntar em um linguajar fácil sobre quando assiste TV ou na hora que desenha, se faz careta, se tem dores de cabeça ou nos olhos e se coça, sempre ouvindo as respostas do responsável (OLIVEIRA; JOSE ,2000). Conquistar a criança, sendo simpático e explicando passo a passo o que vai fazer, para facilitar o exame tendo sua cooperação.

Barros (2004) afirma que no Início da entrevista: apresente-se nominalmente, dê um aperto de mão, explique o que vai fazer, assegure privacidade e sossego, encorajamento narrativo, organização cronológica dos fatos, síntese, fechamento da entrevista com esclarecimentos apropriados respeitando o grau de escolaridade de cada paciente, explique sempre o que vai fazer - o passo seguinte, roupa adequada (uniforme), linguagem corporal adequada, contatos oculares e físicos (naturais), encorajamento narrativo - mostre iniciativa, senso de humor e interesse, uso do silêncio em questões polêmicas.

Em caso de pacientes com limitação para a coleta da anamnese (deficiências físicas e mentais, depressão do estado de consciência, estados psiquiátricos, dor, dispneia ou mesmo inibição) a história poderá ser colhida de um acompanhante ou responsável – devendo esse fato constar por escrito no final do texto. Informações prestadas por familiares ou pessoas que acompanham nossos pacientes incapacitados de prestar informações no momento do exame podem ser de grande valia. Sempre que possível a anamnese deve ser colhida diretamente com o próprio paciente.

3.3. Quais os tipos de armadilha que um bom examinador tem que desviar em uma anamnese?

Segundo Barros (2004) a eficácia de uma boa entrevista depende parcialmente da capacidade de evitarmos algumas armadilhas comuns. Estas armadilhas podem, algumas vezes, causar um dano inconsciente, para um principiante. Com a prática, em geral, podemos evitá-las. A tentação de recorrer a perguntas diretas é provavelmente a principal armadilha para o entrevistador inexperiente ou desinteressado. Devido ao tempo geralmente escasso há uma tendência de abreviarmos excessivamente a entrevista.

Fazer perguntas do tipo "por que" constituem o segundo problema: "Por que você tomou tal medicamento?" "Por que deixou o tratamento?". "Por que se divorciou?" O problema com estas perguntas é que elas exigem explicações defensivas que implicam em justificar fatos nem sempre justificáveis; isto pode tornar nossos pacientes irritados ou perturbados. Além disso, tais perguntas traduzindo uma atitude queixosa por parte do entrevistador levam, muitas vezes, o paciente a uma posição de desamparo, defesa ou frustração. Poderíamos então reformulá-las para algo como: "Conte-me sobre o uso daquele medicamento". "Gostaria de me contar sobre o divórcio?"

Uma terceira armadilha são as perguntas que contêm a resposta. Esta é denominada pergunta sugestiva. Que escolha o paciente tem em responder a este tipo de pergunta? Obviamente, poderíamos obter respostas erradas já que o paciente sentindo-se rebaixado ou inferiorizado, sente necessidade de ser

obediente. Com outros pacientes há entretanto o risco de erro se usamos perguntas que exigem respostas do tipo sim e não. A resposta do paciente passa a depender mais do momento do que dos fatos reais. Quando uma pergunta é respondida com um "Sim", não está claro o significado do "Sim". Este é dito para agradar o entrevistador ou para evitar discutir um tema indesejado. Da mesma forma, quando a pergunta pode ser respondida com um "Não," o paciente pode desejar discordar, evitar discutir o tópico, e não dar uma resposta real.

Mesmo com um entrevistador experiente muitas informações erradas podem ser obtidas com este tipo de pergunta.

Quando é o momento de mudar um tópico, devemos sinalizar para o paciente com uma frase de ligação, do tipo: "Vamos falar agora sobre tal aspecto".

Outra armadilha muitas vezes esquecida é a ausência de contato ocular de um examinador concentrado em suas anotações, o que possivelmente prejudicará a história obtida desse paciente. Além de dar a impressão de que o papel é mais importante, o entrevistador perde todos os gestos, expressões e mudanças de postura do paciente que, quando bem observados, acrescentam muito significado ao que foi dito. Algumas vezes, podemos flagrar um riso discreto, ou o choro contido. Não demonstrar interesse ao paciente é uma armadilhada entrevista que interfere na relação médico-paciente.

4. PORQUE A ANAMENESE É CONSIDERADA O PASSO MAIS IMPORTANTE NO EXAME OPTOMÉTRICO?

4.1 Queixa principal:

É aqui que tudo começa. É o momento que o paciente começa a relatar o real motivo de ter procurado o médico. O médico por sua vez, tenta definir melhor com o paciente e a queixa que relata de fato é a queixa mais relevante. Ao escrevê-la na ficha clínica, utilize as palavras do paciente e coloque a queixa entre aspas. Sempre comece com uma pergunta aberta (Optometrista: Qual o motivo de sua vinda? Paciente: “Estou com dor de cabeça, coceira no olho, lacrimejamento, dificuldade em ver longe e Perto e dor no olho”). Paciente com 22 anos.

No motivo da consulta ou Doença atual, anotam-se os sinais (o que se vê)

Observados pelo profissional e sintomas (o que se sente) citados pelo paciente. Conforme (OLIVEIRA, 2000), devem ser realizadas as seguintes perguntas:

4.2. Referente à cefaleia:

Localização; há quanto tempo; tipo: pontada ou contínua, intensidade: forte ou fraca duração; associação: medicamento, estresse, doença ocular; relacionada ou mais frequente ao esforço visual; acompanha enjoos, vômitos, tonturas, frequência e efeito; casos de enxaqueca na família.

4.3. Sobre o lacrimejamento:

Há quanto tempo; predominância de olho, alterna ou bilateral; úmido ou chega a escorrer lagrima; procedida ou seguida de dor, secreção, hiperemia, ardor, irritação e coceira.

Nestas perguntas poderemos avaliar o paciente, observando se há algum tipo de obstrução das vias lacrimais, com o excesso de conjuntiva, problemas neurológicos, corneanos, etc.

4.4. Em relação a Dor

Nos dois olhos ou em apenas um; intensidade e frequência e quanto tempo, agulhadas e contínuas, se teve algum traumatismo

Ocular; já se submeteu algum tratamento.

4.5. História da moléstia atual (HMA)

Segundo Barros (2004) A HMA é a parte principal da anamnese e a chave-mestra para se chegar a um diagnóstico. É a história cronológica do sintoma principal e sintomas associados desde o momento de seu aparecimento. A melhor estratégia para se obter uma HMA fidedigna é deixar, a princípio, o paciente relatar livre e espontaneamente suas queixas (anamnese espontânea).

Nesta fase o optometrista deve interferir o menos possível, limitando-se à utilização de facilitadores do tipo: Sim? Humm? O que mais? É? Além de sinais não verbais como balançar a cabeça em sinal de aprovação. Nesta fase é fundamental que o paciente tenha tempo para contar a sua história.

Nesta primeira parte da HMA o foco da entrevista é dirigido completamente pelo paciente sendo ele quem comanda. Após o paciente ter tido tempo suficiente para relatar sua história a entrevista deve sofrer uma mudança de rumo transferindo o controle do foco para o optometrista que agora irá perguntar ativamente para esclarecer detalhadamente os sintomas referidos pelo paciente. É boa técnica para esta transição fazer-se um resumo do que o paciente contou e então avisar que a partir de agora você deseja

saber alguns detalhes e para tanto irá fazer perguntas específicas ou mais fechadas.

Nesta segunda fase da entrevista o optometrista deve caracterizar o sintoma principal e os sintomas secundários ou associados em relação à localização, irradiação, frequências, intensidade, qualidade, fatores que melhoram ou pioram, evolução, sintomas associados e características atuais. Nesta fase o optometrista deve evitar a utilização de perguntas indutoras ou do tipo “sim” ou “não”.

4.6. Sintomas de Astigmatismo

Dependendo do grau e da atividade da visão, seja para perto ou longe, a imagem fica borrada e algumas queixas são frequentes, tais como dor de cabeça, sensação de ardor e hiperemia conjuntival. A intensidade varia conforme a gravidade do problema e o esforço visual.

Figura 4: Imagem de um míope



Fonte:

<https://www.google.com.br/search?q=foto+de+pessoa+com+ctarata&oq=foto+de+pessoa+com+ct>

4.7. Os sintomas mais frequentes de miopia

É a visão embaçada dos objetos que estão longe, o que dificulta ver a placa do ônibus ou os sinais de trânsito a mais de um metro de distância, por

exemplo. Porém, outros sintomas de miopia também podem incluir: Visão embaçada de longe, mas boa de perto;

Tonturas, dor de cabeça ou dor nos olhos; fechar os olhos para enxergar melhor; lacrimejamento excessivo; necessidade de maior concentração em atividades, como dirigir; dificuldade em estar em espaços com muita luz.

O paciente pode ter sintomas de miopia e astigmatismo quando apresenta visão dupla, por exemplo, uma vez que o astigmatismo impede que o indivíduo observe os limites dos objetos com nitidez.

4.8. Sintomas de miopia no bebê

Os sintomas de miopia infantil são semelhantes aos apresentados por um adulto. No entanto, a criança pode não os referir, porque para ela esse tipo de visão embaçada é a única que conhece, reconhecendo-a como normal.

Algumas situações que os pais deverão estar atentos no desenvolvimento da criança e que podem indicar um caso de miopia são: não enxergar objetos de longe; dificuldade em aprender a falar; ter dificuldade em ver brinquedos pequenos; dificuldade de aprendizagem na escola; escrever com o rosto muito próximo do caderno.

4.9. Sintomas da Hipermetropia

A pessoa com hipermetropia apresenta os seguintes sintomas:

Visão desfocada - dificuldade para ver com nitidez objetos próximo; fadiga ocular e dores de cabeça - O esforço permanente de acomodação pode ser a causa destas manifestações, mais frequentes ao fim da tarde e depois do trabalho. Dificuldades de concentração, de leitura e de executar tarefas que necessitem visão de perto.

Figura 5: Olho com Hipermetropia



Fonte:

<https://www.google.com.br/search?q=foto+de+peessoa+com+ctarata&oq=foto+de+peessoa+com+ct>

4.10. Sintomas de presbiopia

Popularmente conhecida como vista cansada, a presbiopia é um problema progressivo de visão que normalmente atinge pessoas a partir dos 40 anos. Essa desordem decorre da perda progressiva da elasticidade do cristalino (lente natural do olho), dificultando a focalização correta de objetos próximos.

Pessoas acometidas pela presbiopia costumam sentir dores de cabeça e nos olhos, irritação e vermelhidão dos olhos e sensação de peso nas pálpebras, o que torna muito difícil a leitura de textos com letras muito pequenas e a execução de tarefas que exijam focalização de perto, como ver as horas num relógio, colocar linha numa agulha, etc. Essas pessoas, em geral, tendem a afastar os objetos dos olhos na tentativa de enxergá-los melhor.

Figura 6: Imagem de um presbita



Fonte:

<https://www.google.com.br/search?q=foto+de+pessoa+com+ctarata&oq=foto+de+pessoa+com+ct>

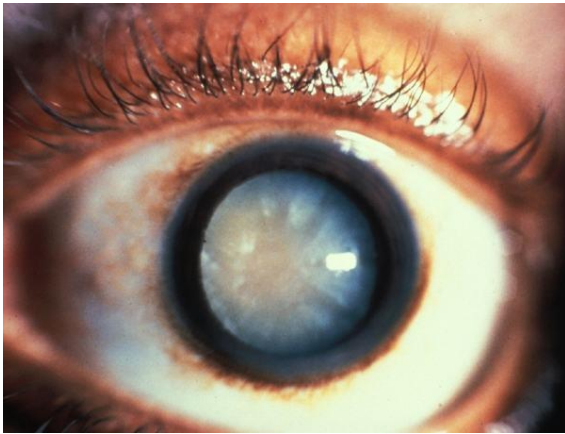
4.11. Sintomas de Catarata

Nem todas as cataratas prejudicam a visão ou afetam a vida diária. Para aquelas que o fazem, os sintomas comuns incluem: visão nublada, confusa ou nebulosa, visão com brilho de lâmpadas ou só dificuldade de dirigir à noite devido ao brilho dos faróis, mudanças frequentes na prescrição de óculos, visão dupla, melhoria da visão de perto que, em seguida, fica pior, dificuldade em fazer as atividades diárias por causa de problemas de visão.

Os pais precisam prestar atenção para sinais de catarata em bebês e crianças: A criança pode não olhar diretamente para um ponto ou não responder a rostos ou objetos grandes e coloridos. Uma criança que não consegue encontrar pequenos objetos quando está engatinhando pode ter catarata. A criança pode apresentar proteger os seus olhos mais do que o esperado quando sob luz solar intensa. Isso acontece por causa do brilho refletido nos olhos causado por uma catarata, os olhos da criança podem estar desalinhado e não se concentrarem em um mesmo ponto ao mesmo tempo

(estrabismo). Os olhos afetados podem ter movimentos errantes repetitivos (nistagmo). Isso geralmente é um sinal tardio de cataratas. Este sinal pode não se desenvolver até que o bebê atinja vários meses. A remoção da catarata, provavelmente, não vai corrigir toda a perda de visão.

Figura 7: Olho com catarata



Fonte:

<https://www.google.com.br/search?q=foto+de+pessoa+com+ctarata&oq=foto+de+pessoa+com+ct>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal, perceber e avaliar a importância da anamnese no atendimento do profissional optometrista. Porém, para expressar e entrar no assunto propriamente em questão, temos que entender esse universo da optometria, abordando a legalidade que este profissional tem dentro da sua área de atuação.

Inicialmente abordamos em nosso trabalho com a definição sobre a ciência da optometria no mundo, sua importância no cuidado primário da visão e como o profissional pode agir sem ultrapassar sua esfera de atuação. Sem deixarmos de nos aprofundar no conhecimento da profissão aqui em nosso país Brasil, vendo onde tudo começou desde o princípio aos dias atuais, é importante salientar que este estudo não é direcionado especificamente a quem faz uso da profissão em optometria e sim a todos que atuam na área da saúde.

Anamnese (do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória) é uma entrevista realizada por um profissional da área da saúde com um paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. Em outras palavras, é uma entrevista que busca lembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente. Uma anamnese, como qualquer outro tipo de entrevista, possui formas ou técnicas corretas de serem aplicadas. Ao seguir as técnicas pode-se aproveitar ao máximo o tempo disponível para o atendimento, o que produz um diagnóstico seguro e um tratamento correto. Sabe-se hoje que a anamnese, quando bem conduzida, é responsável por 85% do diagnóstico na clínica médica, liberando 10% para o exame clínico (físico) e apenas 5% para os exames laboratoriais ou complementares. Após a anamnese é realizado o exame físico, onde se procuram os sinais e sintomas da doença.

O sinal é uma característica física que pode ser detectada pelo Avaliador (optometrista), como uma pálpebra caída decorrente de uma ptose. Já o

sintoma, é uma característica subjetiva relatada pelo paciente, como visão dupla.

Os elementos que PERTENCEM para uma boa anamnese são:

Queixa principal – motivo principal ao qual levou o paciente a procura do profissional;

Identificação – nome, idade, gênero, etnia, estado civil, profissão anterior, local de trabalho, naturalidade, nacionalidade, residência atual e residência anterior;

História da Doença – (HDA) – no histórico da doença atual é registrado tudo que se relaciona quanto à doença atual: sintomatologia, época de início, história da evolução da doença, entre outras;

História Médica Progressiva ou História Patológica (HMP ou HPP) – são informações sobre toda a história médica do paciente, mesmo das condições que não estejam relacionadas com a doença atual;

Histórico Familiar (HF) – neste caso é perguntado ao paciente sobre sua família e suas condições de trabalho e vida;

História Pessoa (Fisiológica), História social – investiga-se sobre a ocupação do paciente tais como: local de trabalho, local de residência, se é tabagista, se é alcoolista, se é usuário de outras drogas, se viajou recentemente, se possui animais de estimação, suas atividades recreativas, se faz uso de algum medicamento, pois estas informações são muito valiosas para o profissional levantar hipóteses e diagnósticos.

Revisão de Sistemas – esta revisão também conhecida como interrogatório sintomatológico, anamnese especial-específica ou interrogatório sobre os diversos aparelhos (ISDA), consiste num interrogatório de todos os sistemas do paciente, permitindo ao profissional hipóteses de diagnósticos.

O profissional como qualquer outro instrumento científico, deve ser objetivo, preciso, sensível, específico quando realiza suas observações a respeito da queixa dos pacientes. História médica pregressa: dados sobre as patologias atuais ou passadas, que, necessariamente, não têm que estar relacionadas com a queixa principal, mas também são importantes. Por exemplo, se o paciente for hipertenso, isto deve ser informado, pois algumas substâncias podem interferir nesta condição. Alergias: sempre é importante relatar alergias, pois, dependendo do tipo, podem interferir na prescrição de medicamentos. Hábitos de vida: atividades físicas, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, dentre outras, se localizam neste item. Tais situações podem refletir no desenvolvimento de determinadas doenças.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Ivan, da Costa. Examinando pacientes - A ANAMNESE ,2004.
- BEZERRA, A. **Optometria no Brasil – Aspectos Legais e Práticos da Optometria no Brasil**. P&A Gráfica e Editora, 2011.
- CUNHA, Helenice Rêgo dos Santos. **Padrão PUC Minas de normalização: normas da ABNT para apresentação de Projetos de pesquisa** Belo Horizonte: PUC Minas, ago. 2010. Disponível em: < http://www.pucminas.br/documentos/normalizacao_projetos.pdf>
- DE LIMA, Francisco Xavier. **Optometria Legal no Brasil**. Natal/RN, 2014.
- Dr. Ivan Paredes ▸ BATES, B. Propedêutica Médica. 8a ed. Guanabara Koogan, 2005
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GREGG, James R. **La historia de Optometria**. Asociación Americana de Optometria, 1972.
- LIMA, F. C. **Optometria Legal no Brasil**. Ed. Servigrafica; 2014.
- MACIEL, Antônio Claudio da Silva. **Manual Prático Ilustrativo da Optometria Funcional**. João Pessoa /PB, 2015.
- MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010