



**WELLYNGTON NOGUEIRA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**A RELEVANCIA DA ANAMNESE EM UMA CONSULTA OPTOMÉTRICA**

**FORTALEZA  
2017**

**WELLYNGTON NOGUEIRA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**A RELEVANCIA DA ANAMNESE EM UMA CONSULTA OPTOMÉTRICA**

**FORTALEZA  
2017**



**WELLYNGTON NOGUEIRA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**A RELEVANCIA DA ANAMNESE EM UMA CONSULTA OPTOMÉTRICA**

Monografia apresentada ao Centro de Formação Profissional Ratio, como requisito parcial para obtenção da diplomação do Curso Técnico em Optometria, sob a orientação dos Professores: Prof<sup>o</sup> O.D. Antônio Cláudio Maciel e Prof<sup>a</sup> PhD Magda Lima da Silva.

**FORTALEZA  
2017**

# WELLYNGTON NOGUEIRA PEREIRA DE OLIVEIRA

## A RELEVANCIA DA ANAMNESE EM UMA CONSULTA OPTOMÉTRICA

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

Monografia aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Orientadora Metodológica: Prof<sup>a</sup> Adryana Estácio Trummer

Orientador Conteudista: Prof<sup>o</sup> O. D. Antônio Cláudio Maciel

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu força e motivação para enfrentar essa jornada, aos meus pais e Família. Ao Lucas Arrais que além de parceiro de trabalho tenho-o como amigo, foi ele quem primeiro me incentivou para cursar optometria

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 Rafael Tavares e Maria de Jesus, que estiveram mais próximos a mim, aprendi muito com vocês. À PhD e Prof<sup>a</sup> Magda Lima da Silva 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 conseqüentemente com a diminuição da cegueira, mas com certeza ficara bem mais fácil para o examinador se tiver um caminho a ser trilhado antes. O prezado estudo busca observar e analisar a visão do profissional Optometrista com relação a Anamnese e a como trilhar esse 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.

## 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.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 ABORDAGEM DA OPTOMETRIA NO CONTEXTO SAÚDE.....</b>	<b>12</b>
2.1 HISTORIA DA OPTOMETRIA.....	12
2.2 HISTORIA DA OPTOMETRIA NO BRASIL.....	17
<b>3 ANAMNESE.....</b>	<b>21</b>
3.1 A ESTRUTURA FORMAL DA ANAMNESE.....	22
<b>4 A ANAMNESE É A ETAPA MAIS IMPORTANTE DO EXAME OPTOMETRICO?..</b>	<b>23</b>
4.1 Os tipos de pacientes .....	23
4.1.2 O paciente ansioso.....	23
4.1.3 O paciente sugestional.....	24
4.1.4 O paciente hipocondríaco.....	25
4.1.5 O paciente deprimido.....	25
4.1.6 O paciente eufórico.....	26
4.1.7 O paciente hostil.....	26
4.1.8 O paciente inibido ou tímido.....	27
4.1.9 O paciente em estado grave.....	27
4.1.10 O paciente de pouca inteligência.....	28
4.1.11 O paciente surdo e mudo.....	28
4.1.12 Crianças e adolescentes.....	28
4.1.13 Idosos .....	29
<b>5 QUAL É A SEQUENCIA DE PERGUNTAS QUE DEVO FAZER PARA UMA BOA ANAMNESE ?.....</b>	<b>30</b>
5.1 PERGUNTAS ABERTAS.....	31
5.2 PERGUNTAS FOCADAS.....	31
5.3 PERGUNTAS FECHADAS.....	31
5.4 PERGUNTAS DIRIGIDAS.....	31
5.5 PERGUNTAS COMPOSTAS.....	31

<b>6 QUAIS OS TIPOS DE ARMADILHAS QUE UM BOM EXAMINADOR TEM QUE DESVIAR EM UMA ANAMNESE?</b> .....	<b>33</b>
6.1 Condições para uma entrevista.....	34
<b>7 QUEIXA PRINCIPAL</b> .....	<b>36</b>
7.1 Referência a cefaleia.....	36
7.2 Sobre o lacrimejamento.....	36
7.3 Em relação a dor.....	36
<b>8 HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (HMA)</b> .....	<b>37</b>
<b>9 QUEIXAS OBTIDAS NA ANAMNESE QUE O OPTOMETRISTA JÁ PODERÁ TRILHAR UM POSSÍVEL DIAGNOSTICO</b> .....	<b>38</b>
9.1 Sintomas de astigmatismo.....	38
9.2 Os sintomas mais frequentes da miopia.....	38
9.3 Sintomas de miopia no <b>Bebê</b> .....	39
9.4 Sintomas da hipermetropia .....	39
9.5 Sintomas de presbiopia.....	40
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>41</b>
<b>11 REFERENCIAS</b> .....	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

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.

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.

Inicialmente iremos abordar 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 pioneiro aos dias atuais. 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.

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. ABORDAGEM DA OPTOMETRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE

### 2.1 História da Optometria

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-Gafiqui (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 nem Optometrista, nem 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<sup>24</sup>, 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 vista o 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, Marquez 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 Marquez, 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 HamerSutcliffe (1867-1941) que criou o ceratômetro, que comercializou a Bausch&Lomb. Igualmente, médicos e fisiologistas, como o alemão Hermann Ludwig Ferdinand VonHelmholtz (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 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 oestereoscópio no tratamento do estrabismo, e é a partir de agora considerado o 'Paida Ortóptica'. Em Londres, no início do século XX, Worth, um cirurgião ocular, utilizou um estereoscópico 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 amblyoscopia 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 (OMS 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: CNP (Colégio Nacional Policursos), IOPE (Instituto Optométrico de Pernambuco), Instituto Filadélfia, O.W.P. Educação, SENAC, Ratio Faculdade, Brás Cubas, FASUP (Faculdade de Saúde do Paulista), Universidade do Contestado, Universidade Luterana do Brasil e Estácio de Sá. A optometria possui reconhecimento de instituições internacionais, dentre elas: OMS - Organização Mundial da Saúde e seu slogan é – Optometria - Primeira barreira contra a cegueira mundial; OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde – Preconiza desde 1984 sobre a importância da atenção primária como pilar da saúde visual; ONU - Organização das Nações Unidas – 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 auto estima 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

**“Tão importante como conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença.” Wilian Osley.**

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 Antigüidade, 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 (202a. 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)

### 3.1 A estrutura formal da anamnese.

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 costumam 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)

## 4 A ANAMNESE É A ETAPA MAIS IMPORTANTE DO EXAME OPTOMETRICO?

Nos últimos tempos observamos cada vez mais que os Optometristas conversam cada vez menos com seus pacientes. No entanto, 85% dos diagnósticos quando bem conduzida, são feitos pela anamnese, 10% pelo exame físico e 5% pelos exames laboratoriais ou complementares (CACERES,2005).

Este paradoxo provavelmente ocorre porque de forma errônea, acha-se que os exames complementares resolverão os problemas de comunicação entre o Optometrista e o paciente, mas este tipo de prática, além de ser pouco humanizada, desencadeia um desgaste muito grande do paciente, pois não é incomum que quanto mais exames um paciente realize, mais chances de resultados falsos positivos ocorram, aumentando as expectativas do paciente e não raramente provocando até mesmo doenças psíquicas ou orgânicas no mesmo. Portanto, valorize a anamnese, aqui se começa a construir a relação optometrista-paciente. A anamnese não é cara, mas laboriosa. Se bem-feita, você ganhará tempo nas próximas etapas optométricas.

### 4.1 Tipos de pacientes

As pessoas se comportam de maneiras diversas, em função de seu temperamento, de suas condições culturais, de seu modo de viver e das circunstâncias do momento.<sup>1</sup>

A doença modifica a personalidade e determina uma regressão emocional a níveis infantis de dependência, com perda de segurança e desenvolvimento de fantasias que têm por objetivo (inconsciente) fugir à realidade.

Todas as enfermidades têm um componente afetivo, e, ao adoecer, o indivíduo acentua os traços de sua personalidade e expressa no bojo de seu quadro clínico seus distúrbios emocionais.

Por isso, tem utilidade o conhecimento dos principais tipos de pacientes, analisados a seguir.

#### 4.1.2 O paciente ansioso

Toda enfermidade, até o medo de estar doente, provoca certo grau de ansiedade - ansiedade reativa - e, em muitas ocasiões, são as manifestações da ansiedade que levam o indivíduo ao médico.

A ansiedade é "contagiosa" e envolvente, passando facilmente para os familiares, gerando, através de um mecanismo de círculo vicioso, maior ansiedade no paciente.

O reconhecimento da ansiedade se faz pelas manifestações psíquicas e somáticas que a acompanham: inquietude, voz embargada, mãos frias e sudorentas, taquicardia, boca seca. Alguns pacientes esfregam as mãos sem interrupção, enquanto noutros elas ficam trêmulas. Bocejos repetidos ou fumar um cigarro atrás do outro também indicam o desejo inconsciente de o enfermo reforçar suas defesas psicológicas. Frequentemente o paciente quase debruça sobre a mesa do consultório, expressando neste gesto seu desejo de demonstrar interesse.

Além de reconhecer a ansiedade, o avaliador deve estar preparado para enfrentar a situação. Em primeiro lugar, há que demonstrar segurança e tranquilidade, conduzindo a entrevista sem precipitar a indagação dos fatos que possam avivar mais ainda a ansiedade do paciente.

É preferível gastar alguns minutos conversando sobre fatos aparentemente desprovidos de valor, de modo a dar tempo para um relaxamento da tensão. Nestes momentos, mais do que nunca, o paciente deve reconhecer no avaliador um ouvinte atento. Na verdade, em certas horas saber ouvir é mais importante do que saber perguntar.

Por outro lado, não é correto e nem surtem efeito as tentativas de "acalmar" o paciente, exortando-o a ficar tranquilo e dizendo de antemão, sem ter ainda elementos que justifiquem a afirmativa, que ele não tem nada ou que sua doença não é grave.

#### 4.1.3 O paciente sugestionável

O paciente sugestionável costuma ter excessivo medo de adoecer, vive procurando médicos e realizando exames para confirmar sua higidez, mas, ao mesmo tempo, teme exageradamente a possibilidade de os exames mostrarem alguma enfermidade. Tais pacientes são muito impressionáveis e, quando se deparam com alguma campanha contra determinada doença, começam a sentir os sintomas mais divulgados. Isto ocorre, por exemplo, nas campanhas contra a hipertensão arterial e nas que visam a despertar o interesse pela prevenção do câncer. O avaliador deve conversar com eles com cuidado, pois uma palavra mal colocada pode desencadear ideias de doenças graves e incuráveis. Em contrapartida, deve aproveitar esta sugestibilidade para despertar nestes pacientes sentimentos positivos e favoráveis que eliminam a ansiedade e preocupações injustificadas.

#### 4.1.4 O paciente hipocondríaco

O paciente hipocondríaco está sempre se queixando de diferentes sintomas. Tem tendência a procurar o médico ao surgirem indisposições sem importância ou sem motivo concreto, quase sempre manifestando o desejo de fazer exames laboratoriais.

No entanto, por mais exames que ele faça, não acredita nos resultados se estes forem normais, e continua queixoso. Muda com frequência de médico, passando a não acreditar nos diagnósticos ou pondo em dúvida as afirmativas do avaliador de que seus sintomas não traduzem graves doenças.

Mesmo que se disponha de exames complementares normais para reforçar a conclusão de que ele não é portador de enfermidade orgânica, pouco adianta fazer exortações de que "sua saúde é perfeita", ou "está tudo bem", pois o paciente hipocondríaco vive num estado de sofrimento crônico, que é na verdade uma ansiedade somatizada. A melhor ajuda que o avaliador pode prestar a esses pacientes não é pedir mais exames, mas reconhecer que existe um transtorno emocional, passando a analisar alguns aspectos de suas vidas com o objetivo de encontrar dificuldades familiares, no trabalho, problemas financeiros ou outras situações estressantes.

#### 4.1.5 O paciente deprimido

O paciente deprimido apresenta desinteresse por si mesmo e pelas coisas que acontecem ao seu redor. Tem forte tendência para se isolar e, durante a entrevista, reluta em descrever seus padecimentos, respondendo pela metade às perguntas feitas a ele ou permanecendo calado.

É comum que se ponha cabisbaixo, os olhos sem brilho e a face toda exprimindo tristeza. Não raramente cai em pranto durante o exame. Relata choro fácil e imotivado, despertar precoce, redução de capacidade de trabalho e perda da vontade de viver.

De maneira geral, a primeira tarefa do Avaliador é conquistar sua atenção e confiança. Isto pode ser conseguido demonstrando-se um sincero interesse pela sua pessoa. Moderada dose de otimismo deve transparecer na linguagem e no comportamento do Avaliador.

A anamnese, nestes casos, quase invariavelmente se arrasta num ritmo lento e frio, e é muito difícil alcançar uma boa sintonia entre o Avaliador e o paciente.

Ao atender o paciente deprimido, há que ter o cuidado de avaliar o tipo de depressão e sua gravidade, dado o grande risco de suicídio. A maioria das pessoas que se matam encontra-se em estado de depressão.

#### 4.1.6 O paciente eufórico

O paciente eufórico apresenta exaltação do humor, fala e movimenta-se demasiadamente. Sente-se muito forte e sadio e fica fazendo referências às suas qualidades. Seu pensamento é rápido, muda de assunto inesperadamente, podendo haver dificuldade de ser compreendido. O avaliador faz uma pergunta, ele inicia a resposta, mas logo desvia seu interesse para outra questão e continua falando. É necessário ter paciência para examiná-lo. Deve-se observar a maneira de ser do paciente (temperamento hipomaníaco) ou se está de fato apresentando uma exaltação patológica do humor. Nestes casos, a euforia pode depender de uma doença mental.

#### 4.1.7 O paciente hostil

A hostilidade pode ser percebida à primeira vista, após as primeiras palavras, ou pode ser velada, traduzida em respostas reticentes e insinuações mal disfarçadas.

Muitas situações podem determinar este comportamento. Doenças incuráveis ou estigmatizantes costumam despertar, gradativamente, atitudes hostis contra o Avaliador ou a Optometria, de uma maneira geral. Operações malsucedidas, complicações terapêuticas ou decisões errôneas de outro Avaliador podem desencadear a reação de hostilidade. Certas condições, como o etilismo crônico e o uso de tóxicos, por si mesmas capazes de despertar sentimentos de autocensura, reforçados por atitudes recriminatórias dos familiares, provocam também hostilidade. Paciente inevitavelmente hostil é aquele que foi levado ao Optometrista contra sua vontade, por insistência dos familiares.

Ultimamente, surgiu como fonte de hostilidade, da qual são, ao mesmo tempo, a causa e as vítimas, os Optometristas externos. O trabalho sem motivação, o exame feito às pressas, a pouca atenção dada aos pacientes, vai levando-os a sentirem-se desprezados. Daí nasce a hostilidade específica contra um determinado avaliador, mas que pode tornar-se genérica a todos os Optometristas e contra a própria Optometria.

#### 4.1.8 O paciente inibido ou tímido

O paciente inibido ou tímido não encara o Optometrista, senta-se na beirada da cadeira e fala baixo. Não é difícil notar que ele não está à vontade naquele lugar e naquele momento.

O Avaliador deve ajudá-lo a vencer a inibição. Para isso, uma demonstração de interesse pelos seus problemas é fundamental. Algumas palavras amistosas podem ajudar.

A inibição pode ser um traço da personalidade do paciente, mas às vezes se origina no medo de uma doença incurável.

Os pacientes pobres e os de zona rural, ao se deslocarem para uma cidade grande e entrarem em um ambiente diferente - carpetes, secretárias, interfonos, ar condicionado, mobiliário moderno -, podem ficar muito inibidos.

A tendência destes pacientes é falar pouco e responder afirmativamente - para agradar ao Avaliador - às perguntas que lhes são formuladas.

#### 4.1.9 O paciente em estado grave

O paciente em estado grave cria problemas especiais para o médico, do ponto de vista psicológico. De uma maneira geral, não desejam ser perturbados por ninguém, e os exames, de qualquer natureza, representam um incômodo para eles. Por isso, no que respeita ao exame clínico, é necessário ser objetivo, fazendo-se apenas o que for estritamente necessário e, mesmo assim, adaptando-se a semiótica às condições do paciente. Ao entrevistá-lo, as perguntas precisam ser simples, diretas e objetivas, pois sua capacidade de colaborar está diminuída. Para a realização do exame físico, respeitam-se suas conveniências quanto à posição no leito e a dificuldade ou impossibilidade para sentar-se ou levantar-se. Muitas vezes, solicita-se a ajuda de um parente ou enfermeira para virá-lo na cama ou recostá-lo. Tudo é feito com a permanente preocupação de não agravar o sofrimento do paciente. Por outro lado, convém ressaltar que as doenças graves acompanham-se de uma ansiedade que pode ser de grande intensidade. O paciente ansioso deseja a presença do médico, manifestando este sentimento pelo olhar ou segurando suas mãos quando ele se aproxima do leito.

#### 4.1.10 O paciente de déficit cognitivo

Não estamos fazendo referências apenas aos casos de franco retardamento mental. A todo momento, o Optometrista entra em contato com pessoas de inteligência reduzida. É necessário reconhecê-las para adotar uma linguagem mais simples, adequada ao nível de compreensão do paciente. Do contrário, ele se retrairá ou dará respostas despropositadas, pelo simples fato de não estar compreendendo nossa linguagem. Pode preferir calar-se a deixar transparecer a incapacidade de entender o avaliador.

Perguntas simples e diretas, usando apenas palavras corriqueiras, ordens precisas e curtas e muita paciência são os ingredientes para conseguir um bom relacionamento com este tipo de paciente.

#### 4.1.11 O paciente surdo-mudo

A comunicação entre o Optometrista e um paciente que não fala e nem escuta depende do interesse do primeiro e da inteligência do segundo. Quase sempre alguma pessoa da família faz o papel de intérprete, e, neste caso, a entrevista assume características idênticas às que exigem a participação de uma terceira pessoa.

Em tais situações, é óbvio, a anamnese terá de ser resumida aos dados essenciais, e suas possibilidades no diagnóstico terão sido irremediavelmente restringidas. Contudo, as poucas informações que se conseguem poderão ser cruciais para uma correta orientação diagnóstica.

A capacidade profissional do Avaliador pode ser mais bem avaliada exatamente nas condições em que se torna penosa a relação Optometrista/paciente.

#### 4.1.12 As crianças e os adolescentes

O comportamento das crianças varia conforme a idade, e o Optometrista deve adaptar-se para conseguir estabelecer uma boa relação com o pequeno paciente. Comumente, as crianças têm medo do Optometrista e dos aparelhos. Este receio é lógico porque elas temem o desconhecido. Talvez a qualidade mais importante para lidar com elas seja a bondade, traduzida na atenção, no manuseio delicado e no respeito pela sua natural insegurança. Conquistar a confiança e a simpatia de uma criança é mais do que um ato profissional. É um ato de amor cujo significado será facilmente percebido pelo médico sensível.

#### 4.1.13 Os idosos

O comportamento dos idosos varia muito em função de seu temperamento e, talvez, seja em boa parte um reflexo do que a vida lhe propiciou.

O paciente idoso precisa sentir desde o primeiro momento que está sendo alvo de atenção e respeito, pois as pessoas idosas costumam ter uma certa amargura e uma dose de pessimismo diante de todas as coisas da vida; às vezes, tornam-se

indiferentes e arredias, principalmente diante do jovem Optometrista que está fazendo sua iniciação clínica.

Antes de mais nada, faz-se mister compreendê-los, aceitando suas "manias" e agindo com paciência e delicadeza.

São numerosas as dificuldades psicológicas capazes de dificultar a relação opto/paciente, a começar pela própria idade do Optometrista, geralmente mais novo que seus pacientes. Para contornar esta dificuldade, o Avaliador busca como referência sua experiência pessoal, evocando a imagem dos pais ou dos avós, o que introduz na relação Opto/paciente um componente afetivo eivado de subjetividade. Esta subjetividade - inevitável e necessária - pode ser tão forte que a relação entre o optometrista e o paciente adquire as características do relacionamento criança/adulto, mas de maneira paradoxal: o optometrista assume o papel de adulto e passa a ver o paciente como uma criança.

Tal atitude entra em conflito com o desejo do paciente de ver reconhecida sua personalidade original, de adulto, que repudia as manifestações de superproteção.

Pode existir, também, um desencontro entre o interesse do avaliador e as expectativas do idoso. O interesse optométrico é tradicionalmente voltado para o reconhecimento das doenças a partir das quais ele põe em campo "tratamentos" e "compensações ópticas", enquanto os pacientes idosos necessitam, sobretudo, de ser reconhecidos como pessoas.

## 5 QUAL É A SEQUÊNCIA DE PERGUNTA QUE DEVO FAZER PARA 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 1: Atendimento primário



Fonte: eurohealthnet-magazine.eu

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

### 5.1 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?”

### 5.2 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?”.

### 5.3 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?”.

### 5.4 Perguntas dirigidas

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

## 5.5 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)

O diagrama abaixo revela a quantidade de informações obtidas com os diferentes tipos de perguntas

Figura 2:



Fonte: camargozambrin.com.br

## **6 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 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 armadilha 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 estóicas 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. .

## 6.1 Condição da entrevista

Barros (2004) afirma que no Início da entrevista: Apresente-se nominalmente, De 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 visuais 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, dispnéia 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.

## 7 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 pacientes e a queixa que relata de fato é a queixa mais relevante. Ao escrevê-la na ficha clinica, 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 ver )

Observados pelo profissional e sintomas ( o que se sente ) citados pelo paciente

Conforme (OLIVEIRA, 2000), devem ser realizadas as seguintes perguntas:

### 7.1 Referente á cefaleia

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

### 7.2 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.

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



### 7.3 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.

## **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 indutórias ou do tipo “sim” ou “não”.

## 9 QUEIXAS OBTIDAS NA ANAMNESE QUE O OPTOMETRISTA JÁ PODERÁ TRILHAR UM POSSIVEL DIAGNOSTICO .

### 9.1 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 3: visão de um astigmática



Fonte: camargozambrin.com.br

### 9.2 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.

Figura 4: Visão de um míope



Fonte: [www.rebuildyourvision.com](http://www.rebuildyourvision.com)

### 9.3 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<sup>2</sup>.



#### 9.4 Sintomas da Hipermetropia

A pessoa com hipermetropia apresenta os seguintes sintomas: visão desfocada - dificuldade para ver com nitidez objetos próximos; fadiga ocular e dores de cabeça - O esforço permanente de trabalho; dificuldades de concentração, de leitura e de executar tarefas que necessitem visão de perto<sup>3</sup>.

Figura 5: Hipermetropia e a forma de ver



Fonte: camargozambrin.com.br

#### 9.5 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: Como o presbita ver



Fonte: [www.hcloe.com.br](http://www.hcloe.com.br)

## 10 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 iremos abordar 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 pioneiro aos dias atuais .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.

Foram enfatizados autores relevantes, com suas explicações sobre assuntos inerentes a cada área tratada da Anamnese. Quanto do saber das perguntas a serem feitas do comportamento do optometrista e de seus termos específicos, o trabalho abraçou ações exclusivas, que definem esses aspectos dando solidez e deixando clara a necessidade desta área em questão, foram mencionados artigos, sites governamentais. Foi proposta a ideia de conhecer afundo um dos passos mais ricos na ficha clínica da Optometria. (Anamnese)

Dentro do âmbito Optométrico, este trabalho tem uma proposta de conhecer por meios literários, fotos e pensamentos extraídos de autores relevantes da Anamnese. Foram abordadas técnicas que possibilitam a compreensão básica do funcionamento das formas de entrevista utilizadas pelo profissional. O trabalho tratará dos meios facilitadores para trilhar um caminho claro e objetivo para um diagnóstico que o profissional optometrista usa em seu consultório e como essas perguntas e abordagem quando bem interpretadas podem facilitar e muito o seu atendimento.

O optometrista é um especialista habilitado para avaliação da capacidade visual por processos ópticos não médicos, possibilitando uma compreensão dos conhecimentos anatômicos, fisiológicos e refrativos; medidas da córnea, avaliações da lágrima, avaliações do aparelho lagrimal, estruturas do seguimento anterior e posterior, reflexos e todos os testes que devem ser realizados irrestritamente nos pacientes.

Por fim, o trabalho tem um cunho de conhecer como o consultório optométrico, não é formado apenas de equipamentos e que todos os pacientes tem o mesmo tratamento ,o prezado trabalho vem mostrar que não se pode adotar um atendimento mecânico , para cada paciente uma forma nova de levar o atendimento mas com um único objetivo, solucionar o seu problema.

## 11 REFERENCIAS

BEZERRA, A. **Optometria no Brasil – Aspectos Legais e Práticos da Optometria no Brasil**. P&A Gráfica e Editora, 2011.

LIMA, F. C. **Optometria Legal no Brasil**. Ed. Servigrafica; 2014.

DE LIMA, Francisco Xavier. **Optometria Legal no Brasil**. Natal/RN, 2014.

GREGG, James R. **La historia de Optometría**. Asociación Americana de Optometría, 1972.

BATES, B. **Propedêutica Médica**. 8a ed. Guanabara Koogan, 2005

BARROS, Ivan, da Costa. **Examinando pacientes - A ANAMNESE**,( 2004)

MARCIEL, Antônio Claudio da Silva. **Manual Prático Ilustrativo da Optometria Funcional**. João Pessoa /PB, 2015.