



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Relatório de Estágio**  
**Suspeita de Glaucoma**  
**Excesso de Divergência**  
**Adaptação de LC Hidrófila Tóricas**

**Ana Belmira Trindade Dinis**

Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre em  
**Optometria em Ciências da Visão**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Dr. Tito Ramos  
Co-orientador: Prof. Doutor Francisco Ferreira

**Covilhã, Junho de 2013**

## Resumo

Durante a realização de qualquer estágio são vários os casos clínicos a que se pode deparar um jovem optometrista. Assim, o seguinte relatório faz a análise de três casos clínicos, seleccionados no decorrer do estágio efectuado na clínica *Ocular Eye Care*. Cada caso redige-se segundo uma anamnese, bem como, os mais variados testes optométricos essenciais à análise e diagnóstico do problema de cada indivíduo.

Suspeita de glaucoma, insuficiência de divergência e adaptação de LC hidrófila tórica são os temas que compõem os casos clínicos em questão.

## Palavras-chave

Glaucoma, insuficiência de divergência, lentes de contacto tóricas.

## Abstract

During the completion of any traineeship there are several clinical cases that a young optometrist may encounter. Thus, the following report analysis three clinical cases, selected during the traineeship made in the clinical *Ocular Eye Care*. Each case is drawn up according to an anamnesis, as well as, the most varied optometric tests essential to the analysis and diagnosis of the problem of each individual.

Suspected glaucoma, insufficiency of divergence and adaptation hydrophilic toric CL are the themes that make up the clinical cases in question.

## Keywords

Glaucoma, insufficiency of divergence, toric lenses contact.

# Índice Geral

Lista de Figuras.....	v
Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Acrônimos e Símbolos .....	vii
Introdução.....	1
Apresentação dos Casos .....	2
Capítulo I.....	4
Suspeita de Glaucoma .....	4
Capítulo II .....	6
Insuficiência de Divergência .....	6
Capítulo III .....	8
Adaptação de LC Hidrófila Tórica.....	8
Capítulo IV .....	11
Conclusões .....	11
Bibliografia.....	12
Anexos .....	13

## Lista de Figuras

<b>Imagem 1</b> Diferentes registos topográficos da córnea anterior do OD adquiridas pelo topógrafo corneal <i>Medmont Studio - version 4.9.0.0</i> . Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de curvatura axial, mapa de potência axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação. ....	13
<b>Imagem 2</b> Diferentes registos topográficos da córnea anterior do OE adquiridas pelo topógrafo corneal <i>Medmont Studio - Version 4.9.0.0</i> . Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de curvatura axial, mapa de potência axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação. ....	14

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico no campo de oftalmologia. ....	4
<b>Tabela 2</b> Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de visão binocular. ...	6
<b>Tabela 3</b> Resultados dos testes optométricos referentes à primeira consulta do caso clínico de contactologia. ....	8

## Lista de Acrónimos e Símbolos

$\Delta$ : Dioptrias prismáticas.

AC/A: Quantidade de vergência acomodativa que ocorre quando um paciente realiza determinada quantidade de acomodação.

AO: Ambos os olhos.

AV: Acuidade visual.

cm: Centímetros, unidade de medida.

CV: Campo visual.

D: Dioptria, unidade de medida da potência de sistemas ópticos.

Endo: Endoforia.

Exo: Exoforia.

FE: Furo estenopeico.

HF: História familiar.

HO: História ocular.

HS: História de saúde.

H<sub>2</sub>O: Molécula de água.

LC: Lentes de contacto.

MEM: Acrónimo para designar a retinoscopia MEM, que tem como principal objectivo avaliar a precisão da resposta acomodativa.

mmHg: Milímetros de mercúrio, unidade de pressão.

OD: Olho direito.

OE: Olho esquerdo.

Orto: Ortoforia.

PIO: Pressão intra-ocular.

PPC: Ponto próximo de convergência.

Rx: Acrónimo utilizado para designar o valor de refração objectiva.

si-Hy: Acrónimo utilizado para referir materiais hidrófilos de alta permeabilidade de silicone e hidrogel.

VF: Vergências fusionais.

VFN: Vergências fusionais negativas.

VL: Visão de longe.

VP: Visão próxima.

## Introdução

O presente relatório de estágio intitulado “Relatório de estágio: Suspeita de glaucoma, insuficiência de divergência e adaptação de LC hidrófila tórica” servirá para a conclusão do segundo ano de mestrado de *Optometria em Ciências da Visão*. A empresa *Ocular Eye Care* foi a clínica seleccionada para a realização do estágio que decorreu entre julho e outubro de 2012, sendo orientada pelo Dr. Tito Ramos e co-orientada pelo Dr. Prof. Francisco Ferreira.

A escolha do local de estágio deveu-se ao facto de esta empresa ter, ao dispor de qualquer estagiário, todos os materiais indispensáveis à evolução de um optometrista. A empresa ostenta um consultório clínico com os mais diversos instrumentos, tais como, faróptero, caixa de provas, lâmpada de fenda, tonómetro, campímetro, topografo corneal entre outros. Para além de um consultório, a empresa possui ainda uma oficina óptica, igualmente equipada, para a montagem de óculos. Durante todo o estágio, foi inculcado que o conhecimento e procedimento da montagem de óculos é uma função bastante importante para a identificação de possíveis inadaptações dos pacientes relativamente aos óculos adquiridos. Como exemplo, ocorrido durante o estágio, de um sujeito usuário habitual de óculos com uma prescrição de -2,25D no OD e -2,00D no OE e com queixas de dores de cabeça frontais principalmente em situações de VP. Dado a estas queixas foram executados testes optométricos que revelaram todos os valores dentro da norma. No entanto, ao analisarem-se os óculos do sujeito verificou-se que o eixo óptico da lente não coincidia com o eixo visual do indivíduo. Devido a este facto as lentes provocavam um efeito prismático (1), levando o sujeito a relatar os sintomas anteriormente descritos.

O atendimento ao público também foi executado durante o estágio com o objectivo de compreender e entender as mais variadas marcas de lentes oftálmicas e LC, bem como, dos diferentes formatos da ocular dos óculos existentes no mercado.

No primeiro dia de estágio realizou-se um questionário ao qual, foi respondido durante um limite de tempo imposto pelo orientador. O questionário em questão foi realizado com o objectivo de o orientador perceber quais os conhecimentos adquiridos nas mais variadas vertentes da optometria, nunca tendo como objectivo a avaliação do estagiário. A planificação dos dias seguintes foi preenchida por tóricas explicativas e esclarecedoras às respostas erradas e dúvidas encontradas nos questionários anteriormente descritos.

Após a explicação e insistente prática de todos os procedimentos optométricos, foram agendadas várias consultas noutras ópticas, que apresentavam parceria com a *Ocular Eye Care*, onde se pode colocar em prática todo o procedimento aprendido. As ópticas que me couberam foram as seguintes: a *Óptica Estádio* em Coimbra, em Espinho no *Oculista Vitó*, a *Autêntica Óptica* na cidade de Vale de Cambra e, ainda, realizei um rastreio visual aos funcionários da fabrica *Revigrés* em Águeda. Todas as consultas executadas durante o estágio foram decorridas com a supervisão do orientador. Este plano de estágio possibilitou-me, deste

modo, a observação e aprendizagem nos mais variados ambiente e métodos de trabalho de outras ópticas.

Deste modo, o estágio da *Ocular Eye Care* facultou-me uma fulcral aprendizagem proporcionando-me um melhor acompanhamento e aconselhamento dos sujeitos a fim de solucionar os seus problemas pelo qual recorrem a um optometrista.

Dos sujeitos acompanhados durante o estágio, foram escolhidos três casos clínicos que compõem o presente relatório.

## Apresentação dos Casos

O primeiro caso clínico refere-se a um indivíduo portador de uma patologia ocular, neste caso de glaucoma, que primeiramente se dirigiu à clínica *Ocular Eye Care*. Posteriormente, à realização dos mais variados exames complementares de diagnóstico, o sujeito foi remetido de imediato a um oftalmologista.

O glaucoma é uma das principais causas da perda da AV. Esta patologia caracteriza-se pela perda de células da retina responsáveis pelo envio de informação visual ao cérebro, afectando, deste modo, o disco óptico. Os tipos de glaucomas podem-se distinguir mediante as diferentes manifestações que esta patologia provoca no paciente. No caso do glaucoma agudo, ou também chamado glaucoma de ângulo fechado, apresenta predominantemente os seguintes sinais e sintomas: olho vermelho, visão turva, dor ocular, halos circundando pontos de luz e ainda, pupila não reactiva à luz. Em situação de glaucoma de ângulo aberto verifica-se que a perda de AV, numa fase inicial, não é perceptível ao paciente, sendo mesmo assintomática. Por vezes, este tipo de glaucoma é identificado já numa fase avançada, devido à alteração dos campos visuais. (2,3) Portanto, um diagnóstico precoce do glaucoma e consequente tratamento pode prevenir a sua evolução, evitando assim a cegueira. Nestes casos, o papel do optometrista resume-se à recolha de dados que comprovem a identificação desta patologia, para um posterior reencaminhamento do paciente a um profissional de saúde habilitado a solucionar o problema em questão.

Exames como a medição da PIO, medição da AV, resposta do reflexo pupilar, avaliação dos campos visuais e observação do fundo do olho são essenciais para a deteção que qualquer tipo de glaucoma. Alguns destes testes, entre outros, foram efectuados no caso clínico aqui estudado. O processo de encaminhamento procedeu-se de forma oral, no entanto, na análise deste caso clínico encontra-se redigida uma possível carta de encaminhamento a oftalmologista.

O segundo caso descreve um sujeito com problemas de visão binocular, mais especificamente de uma insuficiência de divergência. Dentro de todos os casos de binocularidade, a insuficiência de divergência é descrita como a menos comum. A presença de uma endoforia

maior ao longe do que ao perto, uma VFN de longe fora da norma e uma relação AC/A baixa, caracterizam este problema de binocularidade. (4)

Por último, o terceiro caso envolve a adaptação de LC tórica para a tentativa de neutralização do erro refractivo. O sujeito em questão apresenta um elevado astigmatismo, definido como a diferença de potência entre dois meridianos (o meridiano de máxima potência e o meridiano de mínima potência) no olho. Este paciente foi, primeiramente, observado na *Óptica Estádio* em Coimbra e seguidamente encaminhado para a clínica *Ocular Eye Care* para a realização de testes complementares, nomeadamente topografia, que a primeira óptica não possuía.

# Capítulo I

## Suspeita de Glaucoma

São várias as situações que podem levar um optometrista a reencaminhar determinado paciente a um oftalmologista. O caso clínico que se segue alude uma dessas mesmas circunstâncias.

A.A. trata-se de um sujeito de 26 anos, do sexo masculino, que se dirige a uma consulta de optometria com sinais de olho vermelho no OD. Menciona, ainda, desconforto do mesmo olho e deterioração da visão. Usa óculos com a seguinte refração oftálmica:

OD: 0,00 -0,50 x 90

OE: 0,00 -0,25 x 90

Indica que estes foram os seus primeiros óculos, prescritos há 9 meses, e que anteriormente via bem com eles. É um indivíduo saudável e com uma HF, HO e HS sem qualquer relevância. Os testes optométricos realizados, referentes a este caso clínico, encontram-se exibidos na tabela 1.

Tabela 1 Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico no campo de oftalmologia.

Resultados do Exame Optométrico	
AV (com compensação habitual)	OD: 0.3 (sem melhoramento com FE) OE: 1.2
Retinoscopia	OD: +0,50 -0,25 90 OE: +0,50
PIO	OD: 29 mmHg OE: 16 mmHg
Reflexos	Miose do OD
Biomicroscopia	Hiperemia do OD com gradiente em direcção ao limbo

### Análise do Caso

O desconforto do OD, a situação de olho vermelho e o súbito decréscimo da AV relatados durante a anamnese, são condições alarmantes de uma situação patológica. Os testes optométricos que se seguiram confirmam esta mesma situação.

A súbita perda de AV e o não melhoramento da mesma mediante o auxílio do FE remete-nos, uma vez mais, para a existência de algum problema patológico. O valor da retinoscopia é outro teste que não é justificado pela AV medida, pois um valor tão baixo de AV no OD nunca

poderia apresentar um valor refractivo como o que demonstra. A juntar aos testes anteriores, ainda, se verificou, à luz ambiente, anisocoria evidenciando-se miose no OD.

A PIO foi outro teste complementar ao diagnóstico pois, o valor do OE é bastante superior ao valor considerado normal.

Todos estes testes dizem-nos que estamos perante um caso de patologia e nunca de um caso refractivo, levando-nos a uma suspeita de glaucoma agudo. O glaucoma agudo ocorre devido ao súbito bloqueio da saída do humor aquoso, acompanhada, muitas vezes, por um aumento rápido da PIO, como demonstra o paciente em questão.

Este tipo de glaucoma requer um tratamento urgente para evitar danos maiores nomeadamente a cegueira. Assim, o sujeito foi remetido a um oftalmologista a fim de efectuar o melhor tratamento o mais rápido possível. O processo de encaminhamento procedeu-se de forma oral. No entanto, poder-se-ia redigir a seguinte carta enumerando os resultados obtidos durante os testes optométricos.

### ***Carta de reencaminhamento ao oftalmologista***

---

A.A., de 26 anos do sexo masculino dirigiu-se a uma consulta de optometria comportando a seguinte sintomatologia no OD: sinais de olho vermelho, detioração da visão e desconforto ocular.

Há 9 meses foi-lhe prescrito os primeiros óculos, com os quais, diz o próprio, via bem com eles. A sua prescrição é a seguinte:

OD: 0,00 -0,50 x 90

OE: 0,00 -0,25 x 90

Os testes efectuados revelam que a AV com compensação habitual do OD é de 0.3, não havendo melhoramento com o auxílio do furo estenopecico, e do OE é de 1.2, na escala decimal. A retinoscopia demonstra uma refração para o OD igual a +0,50 -0,25 90 e +0,50 para o OE. Foi também medida a PIO, à qual se obteve 29 mmHg e 16 mmHg para o OD e OE, respectivamente. Observou-se ainda hiperemia do OD com gradiente em direcção ao limbo e miose do OD.

Deste modo, e perante todos os testes efectuados, encaminhou-se o paciente em questão a uma consulta de oftalmologia com a suspeita de glaucoma agudo.

---

São vários os casos clínicos aos quais se depara um optometrista e que por vezes não consegue solucionar. Independentemente do motivo de não conseguir resolver certas situações cabe ao optometrista recolher o máximo de dados clínicos que reforcem a existência de uma condição patológica e posteriormente reencaminhar a um profissional habilitado a solucionar o problema em questão.

A partir deste caso clínico, verifiquei que a optometria, como outras áreas de estudo, nunca pode ser entendida como uma ciência isolada, necessitando sempre de outros conhecimentos para a solução dos mais variados problemas.

## Capítulo II

# Insuficiência de Divergência

O caso em estudo que se segue trata-se de um indivíduo de 18 anos, do sexo feminino, com queixas de diplopia e astenopia. Estas eram particularmente sentidas durante as aulas e sessões de cinema, bem como, durante as viagens de autocarro. O sujeito não apresenta qualquer doença nem se encontra medicado. A última consulta efectuada decorreu há 5 anos na qual não foi determinada qualquer prescrição nem identificação de qualquer outro problema.

A tabela 2, abaixo apresentada, indica todos os resultados referentes ao exame optométrico realizado ao indivíduo em questão.

Tabela 2 Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de visão binocular.

Resultados do Exame Optométrico		
AV (sem compensação)	OD: 1.0   OE: 1.0	
Refracção	OD: + 0,50 (1.0)   OE: + 0,75 -0,50 x 180 (1.0)	
PPC	4 cm	
Cover test	Longe: 10Δ endo   Perto: orto	
Cover test (-1,00D)	2Δ endo	
Relação AC/A (gradiente)	2/1	
VF	Longe	Base IN: -/3/-2 Base OUT: 9/14/10
	Perto	Base IN: 11/18/10 Base OUT: 13/18/12
MEM	+ 0,50 D	
Pupilas	Iguais e homogéneas	

### Análise do Caso

A história de diplopia e astenopia, sentida pelo indivíduo em situação de visão de longe, remete-nos para uma condição problemática de visão binocular.

A juntar à conclusão anterior verifica-se, ainda, uma elevada endoforia acompanhada por uma vergência fusional negativa de longe fora da norma, bem como, uma relação AC/A de valor baixo, remetendo-nos para um diagnóstico de insuficiência de divergência.

O tratamento de qualquer disfunção binocular requer a emetropização do erro refractivo existente. No entanto, consideramos que este não é significativo uma vez que o sujeito atinge, sem dificuldade, a AV unitária com ou sem a compensação encontrada. Além disso, o baixo valor da relação AC/A, característico da insuficiência de divergência, diminui a efectividade do tratamento mediante o uso de lentes oftálmicas. (5) Deste modo, o tratamento proposto consistiu na prescrição de prismas. A quantidade do prisma estabelecido foi determinada pelo critério de Sheard de forma a cumprir o critério 1:1 advertido em casos endofóricos. Este critério entende que o valor da reserva deverá ser igual à foria para que o paciente não apresente qualquer sintoma. No caso em questão, determinei um valor de  $6\Delta$  base OUT para que o critério seja satisfeito.

Instruiu-se o sujeito a usar sempre os óculos durante um período de 1 mês. Findo este, a paciente dirigiu-se novamente ao consultório para uma reavaliação. Na segunda consulta, a paciente confirma que as queixas descritas inicialmente e que a levaram a recorrer a um optometrista tinham desaparecido. Os exames de seguimento revelaram um valor de cover test igual a  $4\Delta$  endo ao longe e  $5\Delta$  exo ao perto com os óculos anteriormente prescritos, tendo ainda uma VFN ao longe igual a  $-/6/3$ .

Após este tratamento bem-sucedido aconselhou-se ao sujeito a continuação do uso dos óculos no mesmo regime que lhe foi explicado na primeira consulta. Recomendou-se, ainda, uma consulta e seguimento após um ano ou antes caso apresente qualquer tipo de sintomatologia. Ao longo do estágio verifiquei que existem várias pessoas que apresentam problemas de visão binocular e que não se encontram devidamente diagnosticadas nem tratadas, muitas vezes, porque o profissional não dá o devido valor a determinados comportamentos sugestivos de determinados problemas. Pude constatar, ainda, que o facto de certas patologias serem pouco comuns não implica que o profissional desvalorize sinais e sintomas que podem ter valor diagnóstico.

## Capítulo III

# Adaptação de LC Hidrófila Tórica

O estudo de caso que se segue refere-se a um indivíduo masculino de 34 anos que relata uma baixa qualidade visual, essencialmente notada no OE. O paciente relata, ainda, que usa óculos desde os 10 anos mas, devido à sua inadaptação, levou-o a deixá-los mencionando que não sente diferença visual quanto ao seu uso. No entanto, apenas usa os óculos para ver televisão e quando está no computador. Há umas semanas atrás tinha ido a uma consulta, à qual lhe disseram que os óculos prescritos, há 5 anos, se adequavam à sua situação. A prescrição referida é a seguinte:

OD: 0,00

OE: +3,00 -3,00 20

Ultimamente o indivíduo tem sentido dores de cabeça, mais especificamente na zona frontal e temporal, pelo que decidiu recorrer a um optometrista com o intuito de perceber se estes sintomas ocorrem devidos aos óculos.

Profissionalmente o indivíduo é funcionário de uma empresa de cerâmica, na qual está exposto a uma série de componentes alérgicos. Relativamente à saúde em geral, o paciente não reportou qualquer problema de saúde nem se encontra medicado.

A tabela 3 expõe os resultados do exame optométrico executado na primeira consulta do paciente em questão.

**Tabela 3** Resultados dos testes optométricos referentes à primeira consulta do caso clínico de contactologia.

Resultados do Exame Optométrico	
AV (sem compensação)	OD: 1.2 OE: 0.05
Refracção	OD: +0,25 (1.2) OE: +3,50 -3,75 x 25 (0.63)
Astigmatismo corneal	OD: 1,3 x 167 OE: 3,3 x 13
Estereópsia	60 segundos de arco (com o teste dos pontos de Wirt)
Biomicroscopia	Sem anomalias

## Análise do Caso

As topografias, exibidas em anexo, foram obtidas pelo topógrafo *Medomont Studio - version 4.9.0.0.*, nas quais estão apresentados os seguintes mapas: o mapa de curvatura axial, o mapa de potência axial, o mapa de potência tangencial e, ainda, o mapa de elevação. As topografias efectuadas, ao paciente em questão, encontram-se apresentadas pela *Figura 1*, para o OD, e pela *Figura 2*, no caso do OE. Estas revelam que ambas as córneas apresentam astigmatismo pois, verifica-se uma figura típica em forma de laço, demonstrada pelo mapa de curvatura axial. (6)

Através do mapa da potência tangencial podemos obter os seguintes valores do astigmatismo corneal de acordo com a topografia de cada olho.

OD: 1,3 x 167

OE: 3,3 x 13

Deste modo, perante os resultados dos testes anteriormente enumerados optou-se pela seguinte prescrição oftálmica: 0,00 para o OD e +3,50 -3,75 x 25 para o OE; com uma AV de 1.2 e 0.63 respectivamente. Com a refração prescrita verificou-se, ainda, que o paciente apresenta a sua esteriópsia normal. Apesar de se tratar de um valor refractivo muito elevado, arriscou-se em prescrever toda a refração encontrada ainda que lhe pudesse causar sintomas de astenopia. Assim foi dado a conhecer ao paciente um possível aparecimento desses mesmos sintomas.

Para além da prescrição oftálmica, propôs-se-lhe também a compensação com uma LC no OE, à qual o paciente aceitou. Procedeu-se, assim, à selecção de uma lente de contacto adequada à sua situação. A lente decidida foi a seguinte: Assure Rx toric de si-Hy com 58% H<sub>2</sub>O. A prescrição da lente apresenta um valor igual a +3,50 -3,75 x 20.

Após a inserção da lente no paciente, foi feita uma avaliação biomicroscópica na qual se verificou uma lente centrada, estável, com um movimento adequado e uma rotação de 15 graus no sentido horário. O paciente refere conforto e a sua AV do OE com o uso da LC em questão é de 0,5<sup>-2/5</sup>. A rotação, de 15°, exercida pela LC não será compensada nesta fase. Deixou-se o paciente usa-la, já que não diminui significativamente a AV em relação à prescrição oftálmica, até à seguinte consulta de revisão. Este procedimento tem como objectivo verificar qual o comportamento da LC ao fim deste tempo.

Uma vez que o paciente nunca teve a experiência de uso de LC, foi então instruído a manuseá-las correctamente. Quanto ao líquido de limpeza o paciente levou da marca Optifree, sendo igualmente educado para o seu bom uso. Aconselhou-se, ainda, o desuso da LC durante o período de trabalho sendo então substituídas pelos óculos, devido à situação profissional do paciente que se encontra constantemente exposto a componentes alérgicos. Sugeriu-se uma consulta de revisão com um espaço de cinco dias após a primeira, para a reavaliação comportamental da LC, bem como, do paciente relativamente a esta.

Na consulta seguinte o paciente foi questionado, relativamente à qualidade de visão, não apontando qualquer situação em particular de insatisfação. Referiu apenas alguma

dificuldade de manuseamento da LC. A AV com a compensação da LC é de  $0,5^{-3/5}$ . Foi feita uma nova avaliação biomicroscópica, revelando uma lente centrada, com movimento adequado e uma rotação de  $10^\circ$  no sentido horário. Devido a este facto estabeleceu-se uma nova LC com a seguinte prescrição:  $+3,50 -3,75 \times 30$ , de modo a compensar a rotação exercida pela lente anterior. Assim, a biomicroscopia, referente à nova LC, revelou uma lente centrada, estável e com uma rotação de 10 graus no sentido horário, como era previsto. A AV do OE com o uso da nova LC apresenta um valor de  $0,63^{-3/5}$ .

A partir da conclusão do caso anterior pude verificar que a maioria dos sujeitos não estão devidamente informados relativamente às opções de tratamento, achando mesmo que a única solução para o seu problema será o uso “eterno” de óculos. No entanto, como me fui apercebendo, ao longo do estágio, esta situação não agrada a muitos dos pacientes que acabam mesmo por suspender o seu uso. O caso clínico em questão passou pela prescrição de uns óculos e, ainda, de LC.

Assim, pude constatar que para além de um conhecimento alargado dos mais variados materiais e métodos optométricos, não chegam para uma boa execução da optometria. É necessário perceber quais as verdadeiras necessidades de cada sujeito, mesmo que este não o demostre e, mais que tudo, dar a conhecer as várias possibilidades de tratamento possíveis para o problema em causa.

## Capítulo IV

### Conclusões

Perante a grande panóplia de consultas executadas durante o estágio, foram escolhidos três casos clínicos para a realização do presente relatório. Cada caso foi constituído segundo uma anamnese, pelos resultados de vários testes optométricos essenciais e, ainda, pelo respectivo diagnóstico referente ao problema de cada indivíduo.

Um tópico fundamental que adquiri durante o estágio consiste na atenção dada a cada paciente, começando mesmo antes da anamnese. São os vários comportamentos, realizados pelo paciente, sugestivos de certos problemas. Deste modo, um acompanhamento atento do paciente começa desde o instante em que este chega para uma consulta até ao momento da sua partida. No entanto, nem todos os problemas relacionados com os olhos podem ser solucionados por um optometrista, pelo que, quando isso acontece, a função deste passa pelo reencaminhamento a outro profissional habilitado a solucionar o problema do indivíduo queixoso. O caso clínico “Suspeita de glaucoma”, aqui descrito, refere-se a esta mesma situação.

Como já foi referido na introdução, o estágio da *Ocular Eye Care* proporcionou-me uma fulcral aprendizagem no ramo da optometria. Toda a aprendizagem adquirida abrangeu conhecimentos do ponto de vista clínico, como é o caso de métodos e técnicas de execução dos testes, bem como, de diagnóstico, e ainda de materiais e equipamentos essenciais ao bom desempenho da optometria. Deste modo, considero que o estágio realizado proporcionou-me uma experiência bastante enriquecedora do ponto de vista profissional e pessoal, possibilitando-me uma melhor autonomia no aconselhamento e solução dos problemas dos indivíduos que recorrem a um optometrista.

## Bibliografia

- (1) Jalie M. Ophthalmic lenses and dispensing. 3rd ed. Butterworth-Heinemann; 2008. p. 43.
- (2) Quigley HA. Open-angle glaucoma. N Engl J Med 1993;328:1097-106.
- (3) Congdon N, Wang F, Tielsch JM. Issues in the epidemiology and population-based screening of primary angle-closure glaucoma. Surv Ophthalmol 1992;36:411-23.
- (4) Scheiman M, Wick B. Tratamiento clínico de la visión binocular: disfuncions heterofóricas, acomodativas y oculomotoras. 1st ed. Madrid: Ciagami. S.L.; 1996. p. 246.
- (5) Scheiman M, Wick B. Tratamiento clínico de la visión binocular: disfuncions heterofóricas, acomodativas y oculomotoras. 1st ed. Madrid: Ciagami. S.L.; 1996. p. 222.
- (6) González-Méijome JM, editor. Contactología. Copyright; 2007. p. 254.

# Anexos

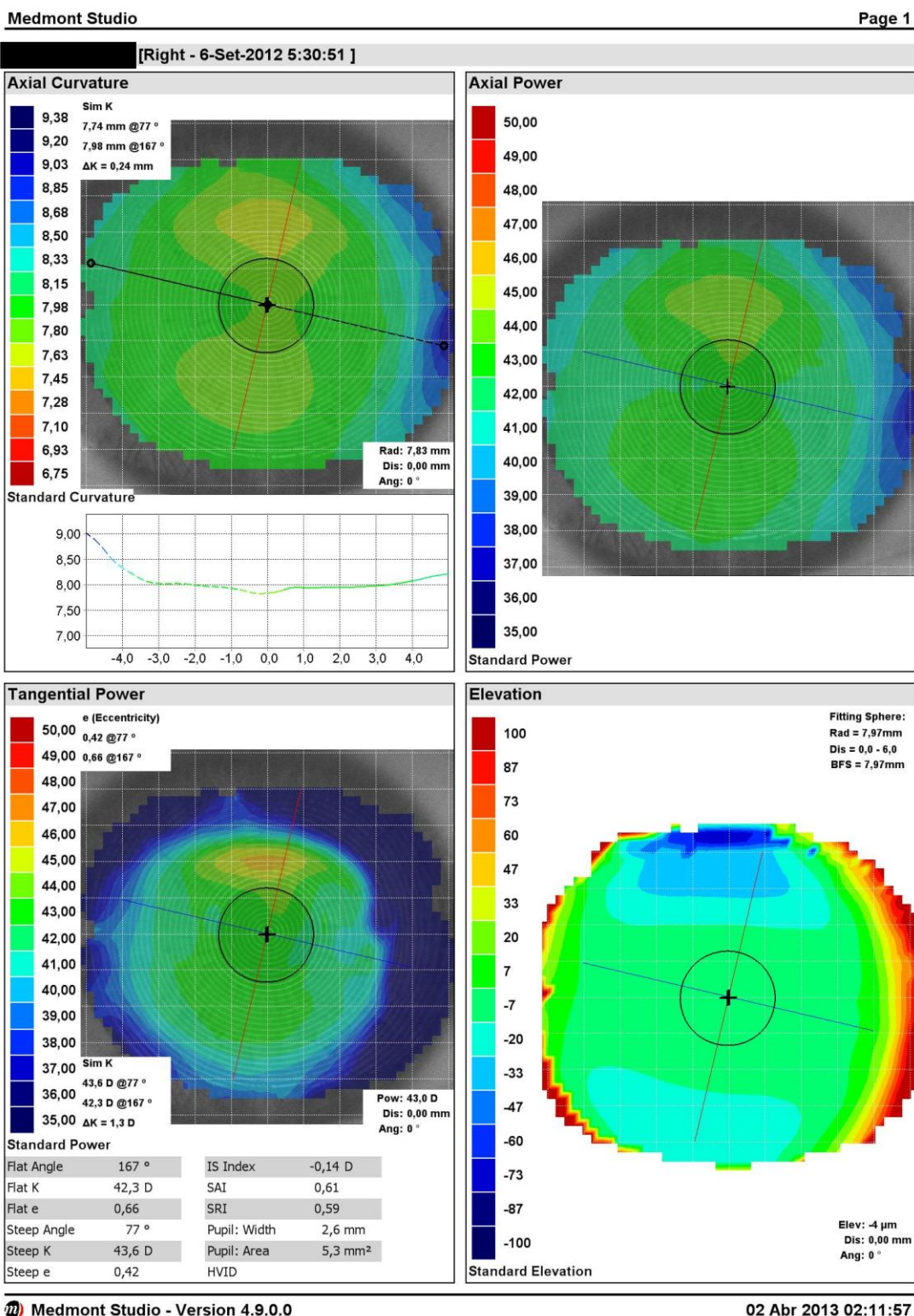


Imagem 1 Diferentes registos topográficos da córnea anterior do OD adquiridas pelo topógrafo corneal Medmont Studio - version 4.9.0.0.. Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de curvatura axial, mapa de potência axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação.

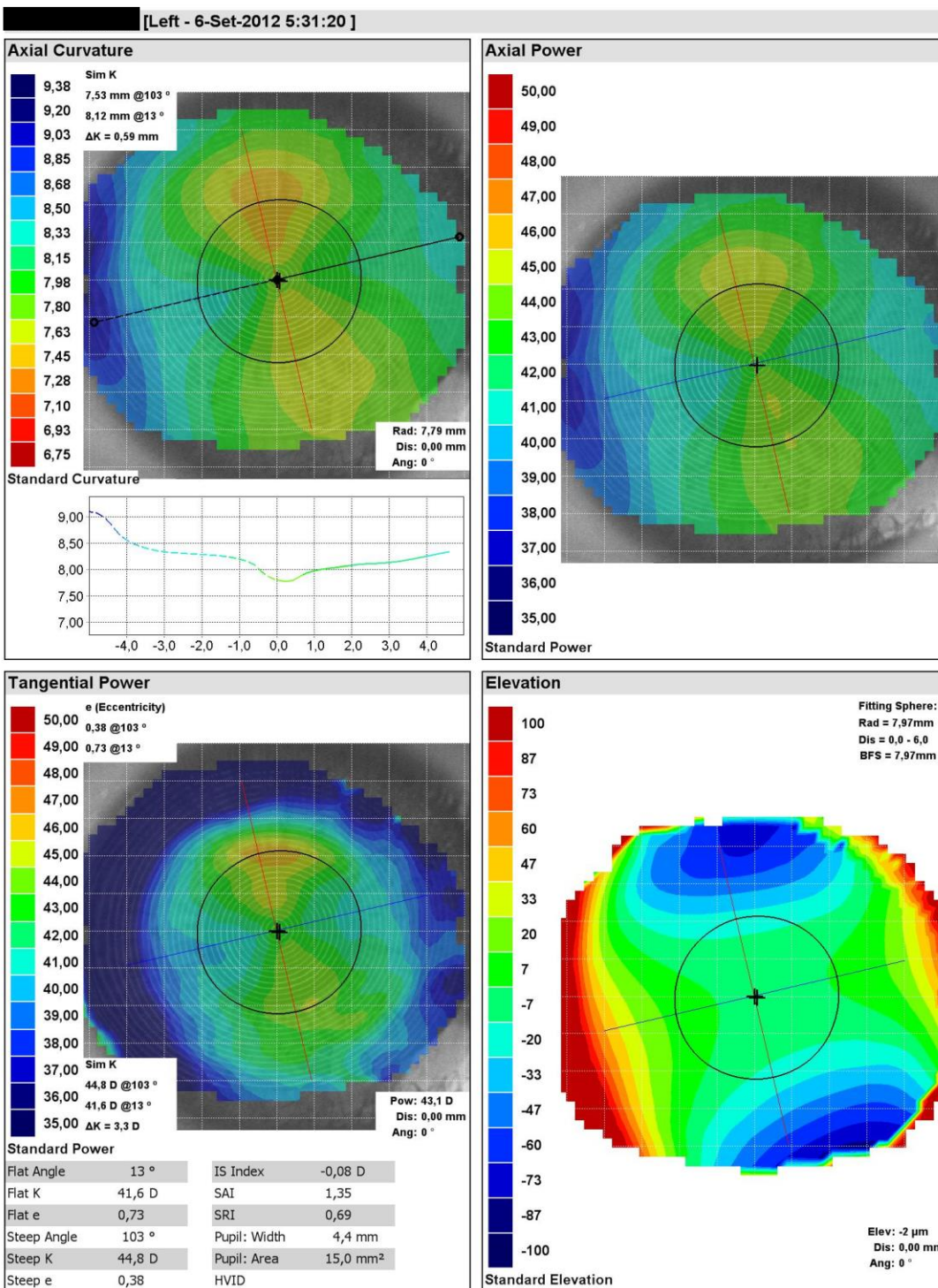


Imagem 2 Diferentes registos topográficos da córnea anterior do OE adquiridas pelo topógrafo corneal Medmont Studio - Version 4.9.0.0.. Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de curvatura axial, mapa de potência axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação.