



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Relatório de Estágio
Suspeita de Retinopatia Diabética
Adaptação de LC Multifocais
Excesso de Convergência

Jacinta Marisa de Jesus Almeida

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

Orientador: Dr. Luís Vieira

Co-orientador: Prof. Doutor Francisco Brardo

Covilhã, Junho de 2013

Resumo

No decorrer do estágio na *Ocular Eye Care* deparei-me com vários casos clínicos, com diferentes graus de dificuldade. Este relatório apenas relata três desses casos, sendo cada um deles constituído por uma introdução, dados recolhidos nos testes optométricos, assim como o diagnóstico, o tratamento, o seguimento e a discussão. Os temas dos casos clínicos incluídos neste relatório são: suspeita de retinopatia diabética, adaptação de lentes de contacto multifocais e excesso de convergência.

Palavras-chave

Retinopatia diabética; Lentes de contacto multifocais; Excesso de convergência.

Abstract

During the stage in Ocular Eye Care I came across several clinical cases with different degrees of difficulty. This report relates only three of these cases, each case consists of an introduction, data collected in optometric tests, as well as the diagnosis, treatment, and follow-up discussion. The themes of the clinical cases included in this report are: suspected of diabetic retinopathy, adaptation of multifocal contact lenses and convergence excess.

Keywords

Diabetic retinopathy; multifocal contact lenses; Convergence Excess.

Índice Geral

Lista de Tabelas.....	v
Lista de Acrónimos e Sinónimos	vi
Introdução.....	1
Capítulo I.....	5
Suspeita de Retinopatia Diabética	5
1.1 Dados Clínicos	5
1.2 Diagnóstico, tratamento e seguimento	6
1.3 Discussão	6
Capítulo II.....	7
Adaptação de LC Multifocais	7
2.1 Dados clínicos.....	7
2.2 Características da lente de contacto <i>Air Optix Aqua Multifocal</i>	8
2.3 Diagnóstico, tratamento e seguimento	8
2.4 Discussão	9
Capítulo III	10
Excesso de Convergência	10
3.1 Dados clínicos.....	10
3.2 Diagnóstico, tratamento e seguimento	10
3.3 Discussão	12
Capítulo IV	13
Conclusão	13
Bibliografia.....	15

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resultados dos testes optométricos do caso referente à retinopatia diabética.....	5
Tabela 2: Resultados dos testes optométricos do caso referente à adaptação de lentes de contacto multifocais.	7
Tabela 3: Características da lente de contacto <i>Air Optix Aqua Multifocal (8)</i>	8
Tabela 4: Resultados dos testes optométricos do caso referente ao de excesso de convergência.....	10

Lista de Acrónimos e Sinónimos

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

AO - Ambos os olhos;

ARP - Acomodação Relativa Positiva;

AV - Acuidade Visual;

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

Dk - permeabilidade ao oxigénio;

Endo: Endoforia;

Exo: Exoforia;

FAB - Fléxibilidade acomodativa binocular;

HF - História familiar;

HO - História Ocular;

HS - História de saúde;

LC: Lentes de contacto;

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

mm - unidade de medida;

OD - Olho direito;

OE - Olho esquerdo;

Orto: Ortoforia;

PPC: Ponto próximo de acomodação;

Si-Hy: Acrónimo utilizado para referir materiais hidrófilos de alta permeabilidade de silicone e hidrogel;

VF: Vergências fusionais;

VFN: Vergências fusionais negativas;

VFP: Vergências fusionais positivas;

VL: Visão de longe;

VP: Visão próxima;

Δ : Dioptrias prismáticas.

Introdução

No âmbito do segundo ano de *Mestrado em Optometria em Ciências da Visão* foi realizado o presente relatório intitulado suspeita de retinopatia diabética, adaptação de lentes de contacto multifocais e excesso de convergência, cujo objectivo é apresentar as actividades desenvolvidas durante o estágio curricular na clínica *Ocular Eye Care*.

A experiência de um estágio é um momento muito expectante, pois é o momento em que os discentes podem observar e pôr em prática a sua futura profissão, tendo o meu, realizado na *Ocular Eye Care*, sido um passaporte fundamental para o mundo do trabalho. O estágio teve a duração de 3 meses e decorreu entre Julho e Outubro de 2011, orientado por Dr. Luís Vieira e Co-orientado por Prof. Doutor Francisco Brardo.

A *Ocular Eye Care* proporcionou-me uma formação clínica em diferentes áreas de especialização da optometria, como lentes de contacto, a optometria pediátrica, a optometria geriátrica, a baixa visão, a visão binocular e a saúde ocular. Esta dispõe também do material indicado para um bom desenvolvimento de competências na área de Optometria. Neste estágio também foi possível colocar em prática conhecimentos de oficina e de atendimento ao público, ambos essenciais para a formação de um bom profissional na área de Optometria.

O primeiro caso proposto neste relatório descreve uma patologia ocular bastante comum na população idosa.

A **retinopatia diabética** é uma patologia ocular associada a diabetes de longa duração. É considerada uma alteração vascular progressiva que evolui frequentemente para a cegueira. Quanto maior o tempo de evolução da diabetes, maior a probabilidade de desenvolver retinopatia diabética. O tempo de aparecimento e agravamento da retinopatia diabética depende do controlo metabólico (nível da glicémia - açúcar no sangue) e da existência de hipertensão arterial, que agrava a retinopatia. Períodos prolongados com valores de glicémia elevados provocam lesões nos pequenos vasos sanguíneos da retina. Estas alterações vasculares determinam um aporte insuficiente de oxigénio à retina, que entra em “sofrimento”. Estabelece-se assim a retinopatia.

Os factores que podem influenciar a história natural dividem-se em factores externos, internos e oculares. Os factores externos podem ser o controlo glicémico, álcool, tabaco, entre outros; os factores internos podem ser idade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, dislipidémia, nefropatia diabética, gravidez, disfunção da hipófise e etnia e, por último, os factores oculares que poderão ser alta miopia, glaucoma, atrofia coroideia, descolamento vítreo, cirurgia da catarata e neovasos da íris.

A retinopatia diabética é, geralmente, classificada em 3 tipos principais: não proliferativa, pré-proliferativa e proliferativa, os quais não traduzem doenças diferentes, mas sim fases de evolução da mesma doença.

- Retinopatia diabética não proliferativa: nesta fase as lesões afectam os capilares da retina que sofrem alterações da sua forma e podem romper, dando origem a pequenas hemorragias. Cursa, geralmente, sem queixas.
- Retinopatia diabética pré-proliferativa: esta fase caracteriza-se pela progressão das lesões da retinopatia não proliferativa. De acordo com a localização destas lesões pode ocorrer perda importante e irreparável da visão.
- Retinopatia diabética proliferativa: é a etapa final da evolução da retinopatia e é irreversível. Nesta fase, que também se designa de maligna, ocorre formação de neovasos (em zonas não irrigadas por sangue, por oclusão dos vasos) e cicatrização. As complicações mais sérias deste processo proliferativo são a hemorragia, o glaucoma e o descolamento de retina. Qualquer uma destas complicações pode levar à perda súbita de visão.

A retinopatia diabética é caracterizada por uma progressão, pelo que esta começa por microaneurismas, hemorragias, exudados duros, exudados moles, anormalidades nos vasos sanguíneos maiores, proliferação vascular e, por fim, edema macular diabético.

Para o seu diagnóstico pode recorrer-se à oftalmoscopia ou fundoscopia, que deve ser realizada anualmente e à angiografia fluoresceínica, método em que se introduz um contraste (fluoresceína) que permite observar o trajecto das pequenas artérias e veias que se localizam no interior do olho. Esta técnica é mais sensível que a anterior e permite também avaliar a eficácia da terapêutica instituída.

A terapêutica cirúrgica por fotocoagulação e, em alguns casos por vitrectomia, é a única reconhecida como eficaz para o tratamento da retinopatia. Até ao momento, nenhum agente farmacológico se mostrou capaz de prevenir, retardar ou reverter a retinopatia diabética. (1,2)

O segundo caso descreve uma adaptação de lentes de contacto num sujeito presbita, ou seja, uma adaptação de **lentes de contacto multifocais**.

As lentes escolhidas para compensar este paciente foram as lentes *Air Optix Aqua Multifocal*, lentes de silicone hidrogel de substituição mensal. Esta lente tem como princípio a visão simultânea: baseia-se em duas zonas concêntricas com potência para visão de longe e visão próxima em simultâneo.

Estas lentes de contacto podem apresentar na zona central, potência para perto e na periferia, potência para longe (centro-perto) ou vice-versa (centro-longe).

A quantidade de luz necessária para a formação da imagem de longe e para a formação da imagem de perto é controlada pelo diâmetro pupilar (pupilo-dependente).

Nas lentes multifocais de visão simultânea a potência refractiva é produzida pela utilização de uma superfície esférica contínua de excentricidade fixa ou variável. São descritas como “multifocais”, mas podem ser também consideradas como lentes de geometria concêntrica, uma vez que a distribuição de potência se encontra em redor do centro da lente. Tal como nas lentes de geometria bi-concêntricas, as lentes esféricas podem ser classificadas de acordo com a distribuição de potência no centro da lente, resultando em lentes de geometria centro - perto ou de geometria centro - longe.

A lente de contacto Air Optix Multifocal baseia-se na geometria centro - perto. A zona central da lente apresenta uma maior potência, com diminuição progressiva para a periferia. Em lentes com geometrias centro - perto a superfície esférica encontra-se na superfície anterior da lente. A superfície esférica é gerada através da construção de múltiplas microcurvas de potência decrescente. Geralmente, apresenta uma reduzida zona de visão próxima, com o intuito de minimizar a influência desta zona em situações de dilatação pupilar. (3,4,5)

O terceiro caso descreve um problema muito comum nos problemas de visão binocular não estrábica. O **excesso de convergência** é um problema vergencial caracterizado por uma foria elevada ao perto (endoforia) e uma foria inferior ao longe (endoforia ou mesmo ortoforia). Esta anomalia binocular não estrábica é caracterizada por uma relação AC/A elevada e por reservas fusoriais negativas reduzidas principalmente ao perto.

Normalmente os sintomas que estão associados a esta anomalia são sintomas na visão de perto, a menos que a endoforia de longe seja suficientemente elevada para ocorrerem também sintomas ao longe.

Os sintomas que estão associados a tarefas de visão próxima são: astenopia e cefaleias, desfocado intermitente, ardor e lacrimejo, incapacidade de manter a concentração, saltar linhas durante a leitura, sonolência durante a leitura, a compreensão da leitura diminui com o tempo, leitura lenta, tendo em conta que os mesmos pioram ao fim do dia.

Os sinais associados ao excesso de convergência são: endoforia significativa ao perto, VFN reduzida perto, ARP reduzido e MEM elevado.

Os sinais associados ao excesso de convergência são: endoforia significativa ao perto, VFN reduzida ao perto, FAB reduzido (dificuldade com -2.00 D), endodisparidade de fixação ao perto, ARP reduzido e MEM elevado.

Neste estudo é fundamental analisar o valor do coeficiente AC/A, pelo que este é fundamental para um diagnóstico acertado e, posteriormente, para um prognóstico mais adequado.

Neste trabalho utilizo duas maneiras diferentes para calcular o coeficiente AC/A, a primeira será o AC/A calculado para estabelecer um diagnóstico e, seguidamente, o AC/A gradiente para fazer a projecção sobre os dados. Nestes dois métodos por vezes existem diferenças entre si, tendo como exemplo o excesso de divergência, em que o AC/A gradiente pode

Relatório de estágio: Suspeita de Retinopatia Diabética. Adaptação de LC Multifocais; Excesso de Convergência;

apresentar um valor normal, enquanto que o AC/A calculado apresenta um valor alto. O motivo para tal situação está associado ao efeito da convergência de perto e no atraso acomodativo.

Capítulo I

Suspeita de Retinopatia Diabética

1.1 Dados Clínicos

Senhora, 78 anos, não usa óculos, a última consulta foi há cerca de 10 anos. Relata dificuldade de visão ao perto e ao longe, diz que não consegue diferenciar as pessoas que se aproximam dela. Relata também “sensação de areia”. Esta apresenta diabetes do tipo I, hipercolesterolemia e hipertensão arterial. Não alterou a medicação nos últimos tempos. HF normal.

A tabela 1 ilustra os resultados optométricos obtidos na consulta de optometria.

Tabela 1: Resultados dos testes optométricos do caso referente à retinopatia diabética

Rx actual: OD: OE:	_____ _____	AV: 0.05 0.05
Retinoscopia: OD: OE:	+0.50 - 0.25 × 90 +0.50	AV: 0.1 (dif) 0.1 (dif)
Subjectivo: OD: OE:	+0.25 -0.25 ×90 +0.25	0.1 (dif) 0.1 (dif)
Rede de Amsler	Dificuldade na compreensão e na realização do teste em AO.	
Oftalmoscopia:	Apresenta Microaneurismas, hemorragias, exudados duros, exudados moles e início de formação de neovasos em AO.	
Biomicroscopia	Início de opacidade do cristalino em AO.	

1.2 Diagnóstico, tratamento e seguimento

A senhora apresenta apenas um pequeno erro refrativo que não justifica a redução de Acuidade Visual.

Por outro lado, observando o fundo de ambos os olhos esta apresenta sinais de que poderá ser uma retinopatia diabética proliferativa. Apresenta também sintomas de olho seco.

Na biomicroscopia esta apresenta inícios de cataratas em AO, tendo em conta a faixa etária desta senhora, encontra-se dentro da normalidade.

O resultado destes testes remete a uma patologia ocular, que deve ser encaminhada para um Oftalmologista o mais rapidamente possível, tendo em conta a evolução da doença.

A consulta de Oftalmologia decorreu na óptica onde foi efectuada a consulta de optometria, em que o Oftalmologista teve acesso directo aos dados recolhidos na consulta de optometria. O diagnóstico foi confirmado pelo oftalmologista e devidamente reencaminhado para o Centro Hospitalar de Coimbra, para o departamento de Oftalmologia.

1.3 Discussão

A notória redução de Acuidade Visual não associada a um erro refractivo, remete-nos a uma patologia ocular. Tendo em conta a oftalmoscopia o diagnóstico fica bem mais claro. O facto de não ter sido possível executar o teste da Rede de Amsler deve-se notoriamente à redução de AV ao longe e também ao perto, impossibilitando a sua compreensão, isto faz com que este teste deixe de ter efectividade. A falta de cuidados visuais num período de tempo tão alargado leva a que esta patologia apenas tenha sido detectada numa fase muito avançada. Por este motivo recomenda-se aos diabéticos consultas de rotina anualmente.

Capítulo II

Adaptação de LC Multifocais

2.1 Dados clínicos

Homem, 44 anos de idade, bancário.

Tem colesterol e diabetes e está devidamente medicado. HO e HF normais.

Usa óculos e lentes de contacto, ocasionalmente, para praticar desporto (apenas trazia os óculos). A última consulta foi há mais ou menos 2 anos.

Sente dificuldade ao perto, tanto com lentes de contacto como com óculos. Pretende utilizar lentes de contacto diariamente, por motivos estéticos.

Seguidamente apresento a tabela 2, com os resultados obtidos na consulta de optometria.

Tabela 2: Resultados dos testes optométricos do caso referente à adaptação de lentes de contacto multifocais.

Rx actual: OD: OE:	-1.25-0.25 × 80 -1.25	AV: 1.0 0.8 ^{+3/4}
Retinoscopia: OD: OE:	-1.50-0.50 × 85 -1.50-0.25 × 90	AV: 0.8 ^{+2/4} 0.8 ^{+2/4}
Subjectivo: OD: OE: Add:	-1.25-0.50×85 -1.50-0.25×100 +1.00	AV: 1.0 1.0 Perto: 1.0
Retinoscopia de MEM:	+1.50	Norma: 0.50 ±0.25D
Queratometria: OD: OE:	7.87×7.63×180 7.70×7.61×180	
Rede de Amsler: OD: OE:	Sem alterações Sem alterações	
Biomicroscopia: OD: OE:	Não apresenta alterações nas pálpebras, conjuntiva, esclera e córnea. Apresenta um menisco lacrimal de cerca de 3 mm.	
Oftalmoscopia: OD: OE:	Sem alterações Sem alterações	

2.2 Características da lente de contacto *Air Optix Aqua Multifocal*

A lente que foi utilizada neste caso foi a lente *Air Optix Multifocal*. A tabela 3 ilustra as características desta lente.

Tabela 3: Características da lente de contacto *Air Optix Aqua Multifocal* (8)

DK/t	Hidratação (%)	Diâmetro	Raio de curvatura	Geometria
138×10^{-9}	33%	14.2	8.6	Centro-perto
Desenho	Modalidade de uso	Material	Potência	Adições
Superfície anterior esférica	Mensal	Lotrafilcon B	-10 até +6	Baixa; Média; Alta.

2.3 Diagnóstico, tratamento e seguimento

Este sujeito apresenta presbiopia, pelo que o tratamento passou pela prescrição de óculos com lentes progressivas e lentes de contacto mensais multifocais.

As lentes oftálmicas foram prescritas com o valor do subjectivo. As lentes de contacto foram pedidas com o respectivo equivalente esférico e com uma adição baixa (até +1.00D):

- OD = -1.50, adição baixa;
- OE = -1.50, adição baixa;

Foram encomendadas as lentes de contacto com a graduação do sujeito e a consulta de contactologia decorreu da seguinte forma:

- ✓ $AV_{\text{binocular}}$: Longe = 1.25
Perto = 1.00

Adaptação das lentes:

- ✓ Movimento suficiente para permitir troca de lágrima sob a lente de contacto ao pestanejar, em posição primária ou superior do olhar ou quando se faz o teste do “push-up”
- ✓ Recuperação rápida da posição centrada após “push-up”
- ✓ Centrada;

- ✓ Cobertura corneal completa, sem contacto com o bordo do limbo em todas as posições do olhar;
- ✓ Conforto em todas as posições do olhar;
- ✓ Rápido retorno à posição original do eixo após o pestanejo;
- ✓ Visão estável em todas as posições do olhar;

Durante a consulta a AV foi medida em vários níveis de iluminação, o sujeito apresentou a mesma AV em visão fotópica, mesópica e escotópica. Quanto à visão de perto não foi totalmente medida em condições mesópicas e escotópicas, visto que foi sempre necessário uma iluminação local, pelo que ao contrário do optótipo projectado a carta de perto não possui iluminação própria.

A consulta de seguimento foi marcada para uma semana depois, na qual o sujeito relata sentir conforto e uma boa qualidade visual em vários níveis de iluminação e em diferentes distâncias.

Na consulta de seguimento foi avaliado o estado da superfície corneal, não apresentando qualquer alteração devido à utilização de lentes de contacto. Apresenta ausência de hiperémia limbal e ausência de compressão da conjuntiva bulbar.

2.4 Discussão

O sujeito apresenta no início da consulta uma AV de longe um pouco diminuída, que foi melhorada com uma nova prescrição. No entanto, o que o levou a procurar uma consulta de optometria foi uma redução de visão ao perto, sintoma característico da presbiopia. A solução passou pela prescrição de lentes de contacto multifocais e lentes oftálmicas progressivas.

Uma correcta adaptação de lentes de contacto assegura ao paciente uma boa saúde ocular a longo prazo, por esse motivo é fundamental que o profissional de optometria examine atentamente todos os parâmetros relacionados com a utilização de LC.

Capítulo III

Excesso de Convergência

3.1 Dados clínicos

Jovem, 21 anos, sexo feminino, estudante. HS, HF e HO normais.

Queixa-se de dores de cabeça ao fim de \pm 20 minutos a ler, falta de concentração, vê desfocado ocasionalmente, os sintomas pioram ao fim do dia e agravaram nos últimos meses.

A última consulta foi há \pm 1 ano.

A tabela 3 apresenta os resultados obtidos na consulta de optometria relativamente ao caso de excesso de convergência.

Tabela 4: Resultados dos testes optométricos do caso referente ao de excesso de convergência.

Rx actual: OD: OE:	-2.50-0.25 \times 180 -2.50-0.25 \times 180	AV: 1.0 1.0 ^{+2/4}
Cover Test: Longe: Perto:	2 Δ endo 10 Δ endo	Norma: 1 exo \pm 2 Δ 3 exo \pm 3 Δ
Retinoscopia: OD: OE:	-2.25-0.50 \times 170 -2.25-0.50 \times 170	AV: 1.0 ^{+2/4} 1.0 ^{+3/4}
Subjectivo: OD: OE:	-2.25-0.25 \times 165 -2.25-0.25 \times 165	1.25 1.25
VFN Longe: Perto:	X/8/4 X/7/-3	Norma: 7/4 \pm 3/ \pm 2 13/21/13 \pm 4/ \pm 4/ \pm 5
Retinoscopia de MEM	+1.50	Norma: 0.50 \pm 0.25D
FAB	5 cpm (dificuldade -2.00D)	Norma: 8 cpm \pm 5 cpm
DIP	61 mm	
Foria Induzida (+1.00D)	2 Δ endo	

3.2 Diagnóstico, tratamento e seguimento

Ao analisar a AV com a refração habitual verifica-se que o valor do erro refractivo não alterou muito ao longo do último ano.

Existe uma quantidade maior de endoforia de perto do que de longe. Ao analisar as reservas fusinais negativas, que compensam a endoforia, verifica-se que estas se encontram muito reduzidas, não cumprindo o critério de 1:1 recomendado em endoforias. Este critério assume que para o sujeito não ter sintomatologia a reserva que compensa a endoforia (reserva fusinal negativa) deve ser igual ou superior à endoforia apresentada pelo mesmo.

Calculando o valor do AC/A_c verificamos que este é elevado (9.3/1), o que nos leva a um diagnóstico de excesso de convergência.

Ao observar as medidas indirectas verifica-se que estas confirmam o diagnóstico anterior (retinoscopia de MEM elevada e maior dificuldade com lentes negativas na execução do FAB).

Cálculo do AC/A :

- $AC/A_{\text{calculado}} = DIP + DF (FP - FL)$
 $6.1 + 0.4 (10 - 2) = 9.3/1$
- $AC/A_{\text{gradiente}} = (FI - FHP) / -L$
 $(2 - 10) / -1 = 8/1$

O teste mais importante que ajuda a determinar a efectividade de uma adição é a magnitude da relação AC/A . Se esta relação está acima da norma o uso de uma adição é geralmente um método efectivo. Uma relação AC/A alta sugere que se pode conseguir uma alteração grande no alinhamento binocular com uma pequena adição.

Com uma adição de +1.00 D:

Projecção sobre os dados:

- Foria de perto = 2 Δ endo
- VFN perto = 5/15/5
- Retinoscopia de MEM = +0.50
- AV perto: OD =1.0; OE = 1.0.

Como se pode verificar cumpre o critério 1:1 recomendado para as endoforias.

O tratamento neste caso passa pela prescrição de lentes progressivas com os seguintes valores:

OD: -2.25 - 0.25 × 165 Add: +1.00

OE: -2.25 - 0.25 × 165

A consulta de seguimento será realizada 3 meses depois, para verificar se a sintomatologia foi eliminada, avaliar o efeito da adição positiva sobre as forias e as vergências.

3.3 Discussão

Ao avaliar a AV é possível deduzir que o erro refractivo não alterou muito desde a última consulta, indicando também que a sintomatologia não se justifica com a mínima diferença no erro refractivo.

Ao fazer o *cover test* ao perto encontra-se a possível causa para a sintomatologia relatada pela jovem. O valor da foria de perto encontra-se fora da norma e as reservas fusionais negativas bastante reduzidas. Juntando as medidas directas com uma relação AC/A alta leva a pensar que é um excesso de convergência, o que se confirma ao analisar as medidas indirectas.

Em casos de excesso de convergência o tratamento recomendado é fazer a correcção óptica da ametropia com uma adição positiva. Esta adição positiva diminui o valor da endoforia ($\pm 8 \Delta$ - neste caso), aumenta as VFN de perto, normaliza o valor da retinoscopia de MEM e facilita a realização do FAB com lentes negativas.

Capítulo IV

Conclusão

“A experiência não é o que acontece a um homem. É o que um homem faz com o que lhe acontece” (Thomas Jefferson)

Perante tal afirmação é-me possível dizer que as páginas que desfolharam anteriormente só foram escritas e tornadas parte integrante de um relatório por uma única razão: o processo de estágio vivenciado ao longo de três meses.

Nesse mesmo estágio, que aconteceu no seguimento dos conceitos adquiridos academicamente pude pôr em prática os mesmos, bem como transportar casos clínicos relatados em consulta para o papel. Assim, pude construir este relatório, de outra forma, se não tivesse contactado com diferentes realidades, se apenas me ficasse pelo que adquiri teoricamente, nunca saberia o que era a optometria em contexto real, muito menos “restituir” visão a quem não tem a sorte de a ter inata.

Falando agora, genericamente, sobre o processo de estágio, afirmo que este é uma experiência muito importante para o desenvolvimento da carreira de qualquer profissional, podendo mesmo destacá-lo como o passaporte para o mundo do trabalho. Dá-nos, a nós estudantes, o conhecimento, competências e experiências práticas daquilo que nos é transmitido teoricamente em contexto académico. É um marco essencial, que nos possibilita aprender objectivamente alguns detalhes da profissão que escolhemos e, em alguns casos, pode determinar se é de facto aquilo que queremos para o nosso futuro profissional.

Nesta área, todos os dias nos deparamos com situações diferentes e saber a teoria não basta, há que saber como encarar cada realidade para poder solucioná-la da melhor maneira e sem a prática dificilmente teremos uma mente aberta a novos desafios.

Posto isto, a realização deste estágio, assim como a realização deste relatório foi essencial para a minha formação, tanto a nível profissional como pessoal.

No que toca às consultas, área central da optometria, pude desenvolver diversos procedimentos, otimizar tempo de desenvolvimento dos mesmos, para no fim obter uma consulta completa e precisa, simultaneamente. Numa fase inicial observava, para posteriormente as poder executar.

No que respeita a utensílios complementares de diagnóstico, alguns deles nunca antes utilizados por mim como ferramenta de trabalho, pude contactar com um topógrafo corneal e um campímetro e, usufruir das mais valias que estes me traziam em contexto clínico.

Em suma, os desafios que me foram postos, bem como as ferramentas disponibilizadas, tiveram fundamental contribuição para a consolidação do meu conhecimento, permitindo assim que reflectisse sobre diferentes situações e a melhor maneira de conduzi-las. Sendo assim, tirei partido das actividades disponíveis no campo de estágio, explorei o campo o máximo que pude em busca de aprendizado e vivência de situações inusitada, suscitando o interesse pela evolução pessoal e profissional, a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e a constante procura de novas soluções e aprendizagens. Despertou, fundamentalmente, em mim a necessidade de ser profissionalmente feliz !

Bibliografia

1. Boelter MC, Azevedo MJ, Gross JL, Lavinsky J. Risk factors for diabetic retinopathy. *Arq Bras Oftalmol.* 2003;66:239-47.
2. Barbosa S. O que é a Retinopatia Diabética. [Online]. [2013?] Available from: URL: <http://deficienciavisual10.com.sapo.pt/sd-retinopatiadiabetica.htm>
3. González-Méijome JM, editor. *Contactologia.* Copyright; 2007.
4. Phillips AJ, Speedwell L. *Contact Lenses.* 5th ed. Butterworth Heinemann; 2007.
5. Efron N. *Contact Lens Practice.* 2nd ed. Butterworth Heinemann; 2002.
6. Scheiman M, Wick B. *Tratamiento Clínico de la Vision Binocular: Disfuncion heterofóricas, acomodativas y oculomotoras.* 1st ed. Madrid: Ciagami. S.L.; 1996. p. 8-10,87-89,268-284.
7. Picwell D. *Binocular Vision Anomalies - Investigations and treatment.* London: Butherworths; 1987.
8. Alcon Eye Care UK ltd. Air Optix Aqua Multifocal [Online] 2013 Available from: URL: <http://www.cibavision.co.uk/eye-care-professionals/air-optix/air-optix-aqua-multifocal.shtml>