



BrienHoldenVisionInstitute

PERFIL DO PACIENTE E HISTÓRIA DO CASO

AUTOR

Pirindhavellie Govender : University of KwaZulu Natal (UKZN) Durban, South Africa

REVISÃO DE PARES

Bina Patel : New England College of Optometry, United States

ESTE CAPÍTULO INCLUI UMA REVISÃO DE

- Perfil do paciente
- História do caso



PERFIL DO PACIENTE

O perfil do paciente é essencial no exame visual. Ele inclui a obtenção de informação sobre a demografia do paciente, o seu perfil no que diz respeito à sua família, educação e estado civil, etc. Tem sido sugerido que o conhecimento do perfil do paciente permitirá ao clínico ser mais efectivo na administração dos cuidados ao paciente. A informação demográfica obtida facilitará a comunicação futura com o paciente. Ainda, o significado da informação reunida durante esta parte do exame está relacionada em grande parte com a susceptibilidade para a presença de condições visuais e saúde ocular normais ou anormais. Por exemplo, um paciente que tem aproximadamente 50 anos tem como queixa provável a presença de dificuldades em visão próxima relacionados com alterações na capacidade de focagem ao perto (presbiopia). Na generalidade, a informação obtida também contribui para o diagnóstico diferencial ou para a formulação de um possível diagnóstico por parte do clínico.

A informação extraída inclui os seguintes pontos:

- Nome do paciente
- Morada
- Detalhes de contactos
- Idade
- Ocupação
- Raça/etnia
- Sexo
- Passatempos/Estilo de vida
- Nível de educação.

Estes pontos são os primeiros a ser registados na ficha clínica do paciente (Tabela 2.1)

Ficha de Registo do Exame Visual			
ID Pt	Nome Próprio:	Idade:	Data:
	Apelido:	Data de Nascimento:	Sexo:
	Morada:	Número de Contacto	
	Ocupação:		
	Passatempos:	Raça:	

HISTÓRIA DO CASO

A história do caso engloba vários pontos, tais como,

1. Comunicação
2. Queixa principal
3. Historial ocular e saúde ocular do paciente
4. Historial médico do paciente
5. Medicação
6. Alergias
7. Historial ocular e médico familiar
8. Requisitos visuais profissionais e não profissionais

Introdução

Normalmente, a história do caso é registada no início da consulta. No entanto, com a experiência o clínico de cuidados visuais irá perceber que o registo da história continua ao longo da consulta à medida que mais informação surge a partir do diálogo, que ocorre no decorrer da consulta. A história do caso deverá ser efectuada num local apropriado de forma que o paciente se sinta livre para fornecer toda a informação possível sem qualquer apreensão e com respeito quanto à privacidade do paciente. Em condições ideais o clínico deveria estar de frente para o paciente e posicionado à mesma altura. As luzes da sala deverão estar ligadas no máximo. Estas directrizes simples permitirão ao paciente estar mais confortável com o clínico de cuidados visuais e ao clínico estabelecer uma maior afinidade com o paciente.

Objectivos Principais da História do Caso

1. Determinar as razões da visita
2. Clarificar as expectativas do paciente
3. Adquirir informação de base
4. Determinar os testes ou procedimentos específicos que deverão ser executados durante o exame
5. Formular um diagnóstico provisório

1. COMUNICAÇÃO



Figura 2.1: Comunicação

- Receber o paciente com confiança. Apresentar-se. Ser Profissional
- Estabelecer um relacionamento de confiança
- Demonstrar interesse genuíno
- Ser educado e respeitador
- Efectuar perguntas abertas. Por exemplo, uma pergunta tipo aberto seria: “Quais as dificuldades que sente com a sua visão?”, enquanto uma pergunta de tipo fechado seria: “Consegue ver nítido ao longe?”
- Perguntas tipo aberto (análise aberta) são mais susceptíveis de fornecer informação útil, exemplo, ‘Como sente os seus olhos?’, em vez de ‘sente dor nos olhos? Se necessário, listar os sintomas ou condições que permitam extrair informação específica. Geralmente, efectuar perguntas que possam ser respondidas com um simples ‘sim’ ou ‘não’ (análise fechada) devem ser evitadas, a menos que tal resposta seja a pretendida.

De forma a assegurar que é obtida uma história do caso compreensiva, as questões devem ser colocadas de forma lógica. Questões repetidas ou redundantes devem ser evitadas. As questões devem ser colocadas de forma clara e concisa. A utilização de jargão ou termos técnicos deve ser evitada em qualquer circunstância. Pode ser utilizada uma abordagem padrão ou uma abordagem estruturada.

Existem seis elementos que são fundamentais na história do caso. Estes incluem: a queixa principal, o historial médico do paciente, historial visual e ocular, historial médico e alérgico, historial ocular e médico da família e requisitos profissionais e não profissionais.

2. A QUEIXA PRINCIPAL

A queixa principal é normalmente a razão primária que leva o paciente à consulta. A queixa principal do paciente pode ser um sintoma que o preocupa. O clínico pode extrair a queixa principal perguntando:

- “Qual o motivo da sua visita?”
- “O que o traz hoje à consulta?”
- “Qual parecer ser o problema?”

Como explorar a queixa principal?

Uma vez que a(s) queixa(s) principal foi reconhecida, devem ser obtidos mais pormenores do paciente . Dependendo da queixa as questões seguintes irão ajudar a reunir informação detalhada.

Por exemplo, se o paciente surge com queixa de dor de cabeça, a informação reunida sobre a dor de cabeça deveria abranger os seguintes aspectos, os quais podem ser recordados através da mnemónica DR. FALLOPPES (em inglês). A mnemónica é constituída da seguinte forma:

Descrição das queixas/sintomas: Qual a queixa principal?

- **Duração (Duration):** Quanto tempo dura? Por vezes os sintomas podem apresentar-se durante curtos períodos de tempo devido à sua associação com outras condições sistémicas. Por exemplo, as pessoas que sofrem de enxaqueca, normalmente experienciam uma áurea visual que dura aproximadamente 20 minutos antes do surgimento da dor de cabeça.
- **Factores de Alívio ou de Remissão (Relief and Remitting Factors):** O que alivia o sintoma? Ambos os factores irão contribuir para confirmação de uma etiologia apropriada ou um possível diagnóstico para o paciente.
- **Frequência (Frequency):** Qual a frequência com que costuma ocorrer? É importante determinar os períodos de exacerbação e remissão dos sinais ou sintomas apresentados pelo paciente.
- **Sinais e Sintomas Associados (Associated signs and symptoms):** O clínico deve ter estar atento a outros sinais e sintomas associados com a queixa principal do paciente. Exemplo: dores de cabeça seguidas de perda de visão.

- **Localização (Location):** Onde se manifesta o sinal ou sintoma? Por exemplo, as dores de cabeça podem ter uma localização específica, exemplo temporal, frontal e occipital, etc. A visão desfocada pode ser a uma distância específica, exemplo longe ou perto ou em alguns casos em ambas as distâncias.
- **Lateralidade (Laterality):** Exemplo direito, esquerdo ou ambos os olhos?
- **Surgimento (Onset):** Quando surgiu (surgiram) o(s) sintoma(s)? Isto irá ajudar a decidir quanto à etiologia da condição. Por exemplo, uma perda repentina da visão pode estar associada a um problema vascular. Uma perda gradual da visão pode estar associada com uma catarata.
- **Dor (Pain):** Existe dor associada com a queixa principal? Se tal for reportado, o clínico deve investigar de forma a determinar se ela é fraca, aguda, intensa, se existe propagação, etc.
- **Medicação Prescrita (Prescription medication):** O paciente toma algum tipo de medicação prescrita? Se o paciente o estiver a fazer, qual é o regime, é regular, existe abuso na toma da medicação, etc.
- **Factores de exacerbação (Exacerbating factors):** Existem factores ou circunstâncias que piorem o sintoma?
- **Severidade (Severity):** Qual o grau de severidade do sinal ou sintoma sentido? O clínico pode solicitar ao paciente que classifique a severidade do problema numa escala de 0 a 10 com o 0 a indicar um desconforto mínimo e o 10 a ser indicativo de sensação intolerável ou debilitante. Isto pode ser especialmente significativo quando investigada a queixa de dor.

Independentemente da queixa principal, o clínico deve ainda explorar outros aspectos tais como visão desfocada, flashes ou moscas volantes (floaters) etc.

Um exemplo de um paciente com queixa de VISÃO DESFOCADA

Normalmente, deve-se inquirir o paciente sobre se tem tido algum tipo de sintoma relacionado com a visão. Sabendo que a desfocagem pode estar associada a uma série de causas que não a presença de um erro refractivo por corrigir, é necessário seguir uma resposta positiva à desfocagem analisando determinados pormenores.

- **Descrição das queixas /sintomas:** Visão desfocada
- **Duração:** A visão desfocada é constante ou transitória (demorando apenas alguns minutos, horas ou dias).
- **Factores de alívio ou de remissão:** A visão é menos desfocada quando o paciente se aproxima ou se afasta da tarefa em mão?
- **Frequência:** A visão desfocada dura longos períodos de tempo ou é inalterável? Se a visão se alterar como é o caso de pacientes diabéticos, pode estar relacionada com episódios de níveis de açúcar elevados no sangue.
- **Sinais e Sintomas Associados:** O paciente semi-cerra os olhos de forma a criar o efeito de furo estenoico que permite melhorar a visão ligeiramente?
- **Localização:** A visão desfocada é ao longe ou ao perto?
- **Lateralidade:** A visão desfocada é bilateral, unilateral, um dos olhos é pior que o outro etc.?
- **Surgimento:** A visão desfocada ocorre gradualmente tal como acontece em casos de alterações relacionadas com a idade ou foi uma perda repentina tal como no caso da oclusão de um vaso retiniano ou um problema vascular?
- **Dor:** Existe dor associada à visão desfocada? O paciente deveria classificar a severidade.
- **Medicação Prescrita:** O paciente toma algum tipo de medicação que poderia explicar a perda de visão? No caso de visão desfocada, ela pode estar relacionada com efeitos oculares secundários provocados pela medicação.
- **Factores de Exacerbação:** A visão desfocada é agravada em diferentes alturas do dia? Por exemplo, os míopes, têm tendência a apresentar maiores dificuldades de visão à noite ou em condições de baixa iluminação.
- **Severidade:** Qual a severidade da visão desfocada? A actividade do paciente pode ser um bom indicador da severidade do sintoma.

As etiologias prováveis associadas a visão desfocada incluem

- Ametropia/Presbiopia
- Miopia Nocturna
- Fingimento
- Patologias do foro ocular, e.g. cataratas, patologia retiniana, patologia do nervo óptico
- Ambliopia
- Disfunção acomodativa
- A desfocagem em visão de longe e perto pode ser refractiva, tal como astigmatismo
- A desfocagem constante em visão de longe pode ser refractiva, tal como miopia
- Desfocagem intermitente ao perto pode ser refractiva, tal como hipermetropia moderada
- Desfocagem próxima constante - Presbiopia ou alta hipermetropia
- Podem existir outras causas de desfocagem ou diferenças causarem associadas umas às outras.

Outros tipos de queixas principais são explorados de forma semelhante.

Queixas principais possíveis podem incluir

- Visão diminuída
- Dor de cabeça
- Cansaço visual/astenopia
- Comichão ocular
- Ardor/sensação de queimadura ocular
- Lacrimejo
- Sensação de corpo estranho
- Visão dupla (diplopia)
- Flashes
- Moscas volantes (Floaters)

O Apêndice III contém uma lista das várias etiologias e sintomas visuais e oculares: Adaptado de Clinical Procedures in Optometry: Eskridge et al.

3. HISTORIAL OCULAR DO PACIENTE

- Último exame visual: Quando? Por quem? Resultado? Esta questão irá fornecer ao clínico informação sobre o conhecimento que o paciente tem do seu estado visual, quanto à progressão da doença a partir do seu último exame e a regularidade com a qual o paciente monitoriza o seu estado visual, especialmente em pacientes nos quais condições sistémicas podem ter efeitos nocivos no seu estado visual.
- É importante ter conhecimento de doenças oculares prévias ou traumas/ferimentos. Este ponto de investigação fornece ao clínico informação importante sobre possíveis alterações que possam ter acontecido desde a última visita, os resultados visuais e funcionais sobre condições previamente diagnosticadas e possíveis complicações que possam ter resultado.
- Um historial de cirurgia ocular fornece informação sobre a condição ocular que pode ser encontrada por altura do exame se o paciente é afáquico, pseudo-afáquico ou efectuou algum tipo de cirurgia refractiva, etc.
- Possível historial de estrabismo ou ambliopia.

Para todas as condições reportadas o optometrista deve perguntar quando é que a condição foi diagnosticada e qual é o estado actual da situação.

Prescrições prévias incluindo óculos ou lentes de contacto

O optometrista deve explorar qual o tipo e propósito da prescrição (Rx), idade na qual a Rx foi pela primeira vez utilizada, idade a correcção actual e análise subjectiva do paciente sobre a prescrição actual (continua a ser útil ou não).

- Determinar quando foi prescrita a primeira correcção óptica. Este ponto irá fornecer informação sobre o surgimento do erro refractivo.
- A data na qual a prescrição actual do paciente foi prescrita irá indicar a estabilidade do estado refractivo. A comparação pode ser feita entre a actual e a nova prescrição. Uma alteração repentina do estado refractivo requer uma investigação mais detalhada.
- Determinar a forma ou regime no qual os pacientes utilizam os óculos actuais (exemplo apenas para ler, apenas para longe, para longe e perto) pode influenciar o tipo de lentes prescritas. A prescrição é também influenciada pelas características das lentes anteriores, especialmente potência, prisma (se algum), material, coloração, etc.

4. SAÚDE GERAL DO PACIENTE OU HISTORIAL MÉDICO

Este ponto deve explorar a existência de problemas de saúde prévios ou actuais. Este ponto deve incluir o seguinte: doença cardíaca ou renal, pressão arterial elevada, diabetes, artrite, condição física, dores de cabeça (aquelas não relacionadas com a visão) ou qualquer outra condição sistémica.

Pacientes com doença cardíaca, pressão arterial elevada (hipertensão) e/ou diabetes têm um risco maior de sofrer alterações retinianas que podem afectar significativamente a visão.

- Último exame médico: Quando? Por quem? Resultado? Este ponto fornece ao clínico informação referente à regularidade com que o paciente monitoriza o seu estado de saúde e os possíveis efeitos que poderá ter no estado de visual do paciente.

5. MEDICAÇÃO E ALERGIAS

Deve ser obtida informação específica, nomeadamente: nome do fármaco, propósito, dosagem, adaptação, efeitos secundários e duração do tratamento. Ter o registo dos fármacos irá alertar o clínico para a possível natureza, curso e efeitos secundários/complicações oculares dos fármacos e das suas condições associadas.

Algum tipo de medicação tem efeitos oculares secundários que podem explicar sintomas como olho seco, ardor ocular ou em alguns casos, redução da amplitude acomodativa resultante em problemas em visão próxima etc. Desta forma é importante que o clínico esteja familiarizado com os vários tipos de fármacos, o seu modo de acção, efeitos principais e secundários. Se o clínico não estiver familiarizado com os fármacos usados no momento do exame visual, é então necessário que este se informe sobre possível informação relevante.

Alergias podem causar irritação ocular. Os pacientes irão referir frequentemente comichão, lacrimejo e olhos vermelhos o que pode ser atribuído a alergias. Inquirir o paciente sobre a forma como procurou alívio dos sintomas ou tratamento. Estes podem ter implicações no uso de lentes de contacto e na apresentação de vários sintomas. O optometrista deve registar a causa da alergia, sendo esta ambiental ou associada a medicação.

6. HISTORIAL OCULAR E MÉDICO FAMILIAR

Historial ocular familiar: glaucoma, baixa visão/cegueira, erros refractivos significantes (excluindo presbiopia). Este aspecto da história do caso é importante devido a implicações genéticas de determinados tipos de condições hereditárias tais como retinite pigmentar por exemplo. Pacientes com historial familiar de doença ocular devem ser sujeitos a um exame visual detalhado para descartar a presença da mesma condição no paciente.

Historial de saúde familiar: doenças de coração e rins, pressão arterial elevada, diabetes, etc. Quem sofre da condição (este é um factor que diz respeito à hereditariedade) tal como mãe, pai, irmão(s), avós (maternos ou paternos), etc. À quanto tempo apresentam a condição e qual o tratamento que está a ser efectuado? Novamente, as implicações deste grupo de questões estão baseadas em implicações genéticas para o paciente.

7. REQUISITOS PROFISSIONAIS E NÃO PROFISSIONAIS

Este ponto irá guiar o clínico no registo das necessidades específicas do paciente e prescrever de acordo com elas, por exemplo

- Condições de iluminação
- Uso de monitor do computador
- Tamanho(s) de impressão
- Distância(s) de trabalho
- Segurança/perigos oculares

Em algumas áreas específicas, tais como baixa visão por exemplo, estes aspectos são especialmente importantes de forma a assegurar que o indivíduo é capaz de ser produtivo e funcional quanto possível. Ainda, uma análise detalhada destes factores pode indicar ao clínico se determinadas estruturas ambientais ou físicas podem ser modificadas sem que o paciente necessite ou seja dependente dos seus próprios óculos.

A análise cuidada de todos os pontos listados anteriormente podem levar o clínico a formular um possível diagnóstico o qual pode ser confirmado ou refutado ao executar os testes clínicos. No final quando o clínico considerar o historial e os testes este será capaz de traçar um diagnóstico final. O perfil do paciente e a história do caso são desta forma dois dos pontos vitais da avaliação clínica sendo que fornece ao clínico a direcção quanto a investigação, tratamento ou referência.

Consultar o Apêndice IV para um exemplo da ficha de registo (Adaptado de DB Elliot: Clinical Procedures in Primary Eye Care).

Tabela 2.1 Abreviações comuns usadas no registo da história do caso
(Fonte: *Clinical Procedures in Primary eye care*: DB Elliot)

Pct	Paciente	Rx	Prescrição
ESF	Esfera	CIL	Cilindro
QP	Queixa Principal	VL	Visão de Longe
VP	Visão Próxima	D.cab.	Dor de cabeça
D	Direito	E	Esquerdo
OD (or OD)	Olho Direito	OE (or OS)	Olho Esquerdo
B (or binoc)	Binocular	AO	Ambos os Olhos
\overline{c}	Com	\overline{s}	Sem
1/52, 3/52	1 semana, 3 semanas	3/12, 6/12	3 meses, 6 meses
↑	Aumento	↓	Diminuição
OK	Okay	St	Sintomas
HOO	Historial Ocular Familiar	HMF	Historial Médico Familiar
SG	Saúde Geral	Meds.	Medicação
UEO	Último Exame Ocular	UEM	Último Exame Médico
Pomd.	Pomada	Got.	Gotas
2xdia	Duas vezes ao dia	3xdia	Três vezes ao dia

Consultar Apêndice V para uma lista mais detalhada das Abreviações mais comuns em Optometria ("Most commonly used Optometric abbreviations") Referenciadas de Berman M and Stelmack T. Ophthalmic clinical abbreviations. *Journal of the American Optometric Association* 1984; 55:601-604.

BIBLIOGRAPHY

Elliot DB. *Clinical Procedures in Primary Eye Care*. 3rd Edition. Philadelphia: Butterworth Heinemann/ Elsevier. 2007.

Eskridge et al. *Clinical Procedures in Optometry*. Lippincott Williams & Wilkins. 1991.

Berman M and Stelmack T. *Ophthalmic clinical abbreviations*. *Journal of the American Optometric Association* 1984; 55:601-604.