

# COMO

Afeções mais comuns  
da superfície ocular  
no gabinete de ótica

*Agradecemos a colaboração prestada a Raúl Martín Herranz, PhD,  
Optometrista. Professor de Optometria na Plymouth University  
(Reino Unido) e na Universidad de Valladolid (Espanha).*



## A saúde ocular deve estar na ótica?

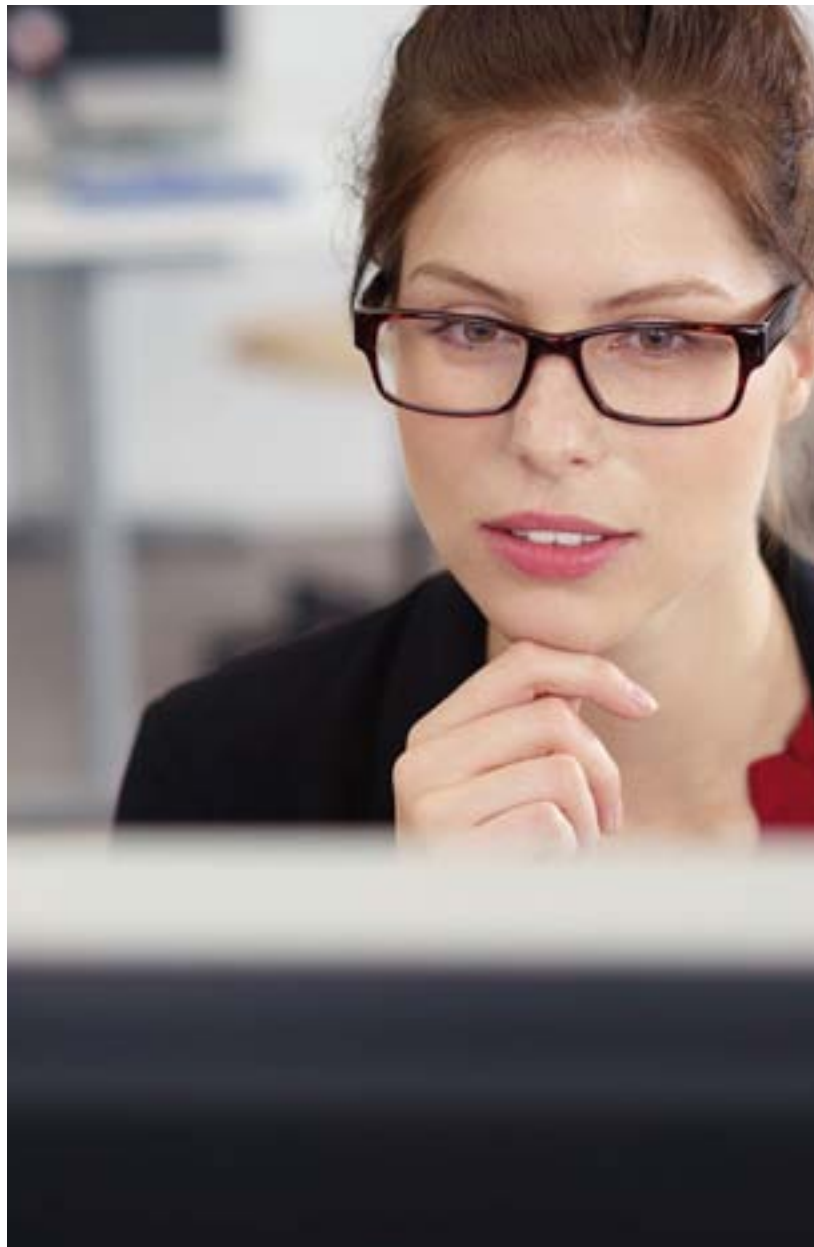
Sim, o lugar natural da saúde ocular deve ser o gabinete de ótica e optometria.

- 1** Porque o ótico é um profissional perfeitamente qualificado para detetar diferentes afeções oculares e recomendar tratamentos para o alívio sintomático para afeções ligeiras, encaminhando o caso para o especialista mais adequado se for necessário.
- 2** Porque o estabelecimento de ótica e optometria está equipado com equipamento tecnológico que permite ao ótico verificar a graduação da vista, bem como detetar um vasto leque de patologias e afeções oculares.
- 3** Porque o ótico-optometrista está próximo e acessível ao público em geral e com frequência é o primeiro profissional a que se recorre quando aparece algum sintoma ou desconforto nos olhos.
- 4** Porque é uma oportunidade de obter o reconhecimento profissional, apostar na especialização e melhorar o negócio, oferecendo serviços e produtos de qualidade e valor acrescentado para os clientes/utilizadores.
- 5** Porque a contribuição do ótico no tratamento de afeções oculares ligeiras tem cada vez mais importância na Europa, devido à crescente necessidade de cuidados oftalmológicos da população. Em muitos países, como o Reino Unido, este sistema é aplicado com sucesso já há algum tempo.

# SÍNDROME DO OLHO SECO

Também conhecida comumente como *secura ocular*, é um problema muito comum que pode afetar entre 15 e 35% da população de acordo com diversos estudos [("International Dry Eye Workshop (DEWS)" (2007)]<sup>1</sup>. Embora existam vários tipos de síndrome do olho seco, esta pode ser classificada em dois grandes grupos, por um lado, a hipossecretora (deficiência aquosa) e, por outro, a evaporativa.

Esta última -síndrome do olho seco evaporativo- está intimamente relacionada com novos estilos de vida e certos hábitos generalizados da população, como o uso continuado de ecrãs digitais<sup>2</sup> ou a permanência em ambientes secos com ar condicionado ou aquecimento excessivo, que provocam afeções oculares como a *secura*, a irritação e outras. Na verdade, a *secura ocular* é um dos motivos mais frequentes das consultas.

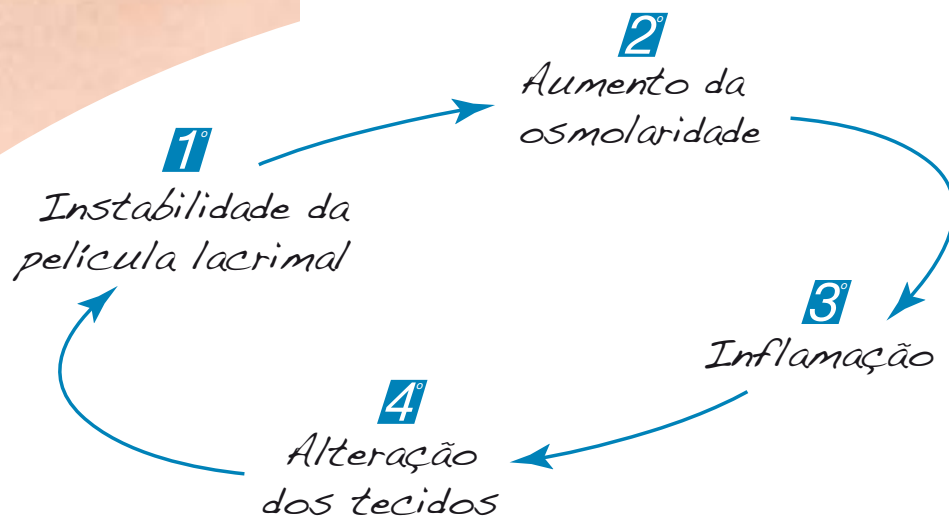




## O que é a síndrome do olho seco?

*O olho seco é uma afeção multifatorial da lágrima e da superfície ocular que se manifesta em sintomas de desconforto, problemas de visão e de instabilidade do filme lacrimal com um dano potencial da superfície ocular.*

É acompanhado de um aumento na osmolaridade da película lacrimal e da inflamação da superfície ocular (DEWS, 2007)<sup>3</sup> que frequentemente estão relacionadas com uma diminuição da produção de lágrima ou com um aumento da evaporação lacrimal.



## Graus de secura

Existe um razoável consenso entre os especialistas em classificar a síndrome do olho seco em 4 níveis diferentes, conforme a sua gravidade. Os casos de secura ocular de grau 1 e 2 podem melhorar através de alterações no comportamento dos doentes ou com mudanças ambientais, assim como com o uso de gotas lubrificantes, com lavagens oculares diárias, com preparados que contenham fosfolípidos<sup>4</sup>, etc. Os doentes com graus mais elevados de gravidade (3 e 4) costumam precisar de tratamento médico oftalmológico.

### ESQUEMA PARA A CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO OLHO SECO<sup>5</sup>

Nível de gravidade do olho seco	1	2	3	4*
<b>Desconforto, gravidade e frequência</b>	Ligeiro ou episódico; ocorre sob stress ambiental	Episódico ou crónico moderado, com ou sem stress	Frequente ou constante grave sem stress	Grave e/ou incapacitante e constante
<b>Sintomas visuais</b>	Nenhum ou fadiga episódica ligeira	Desconforto episódico e/ou limitador	Desconforto, crónico e/ou constante, limitador	Constante e/ou possivelmente incapacitante
<b>Injeção conjuntival</b>	Nenhum a ligeiro	Nenhum a ligeiro	+/-	+ / ++
<b>Coloração conjuntival</b>	Nenhum a ligeiro	Variável	Moderado a marcado	Marcado
<b>Coloração da córnea (gravidade / localização)</b>	Nenhum a ligeiro	Variável	Central marcado	Erosões pontilhadas graves
<b>Sinais na córnea / lacrimais</b>	Nenhum a ligeiro	Resíduos ligeiros, ↓ menisco	Ceratite filamentosa, agregação de muco, ↑ resíduos nas lágrimas	Ceratite filamentosa, agregação de muco, ↑ deresíduos nas lágrimas, ulceração
<b>Pálpebra / Glândulas de Meibomio</b>	MGD presente de forma variável	MGD presente de forma variável	Frequente	Triquíase, queratinização, simbléfaro
<b>TFBUT (seg)</b>	Variável	≤ 10	≤ 5	≤ Imediato
<b>Pontuação de Schirmer (mm/5 min)</b>	Variável	≤ 10	≤ 5	≤ 2

\* Deve apresentar sinais e sintomas. TFBUT: tempo de rutura lacrimal com fluoresceína. MGD: disfunção da glândula de meibomio. Reproduzido com permissão de Behrens A, Doyle JJ, Stern L y col. Dysfunctional tear syndrome. A Delphi approach to treatment recommendations. Cornea 2006; 25: 90-7.

# Como detetar o olho seco no gabinete de ótica

*Uma das ferramentas imprescindíveis para a identificação de problemas de olho seco no gabinete de ótica e optometria é a anamnese.*

## **Recolha e avaliação de sintomas**

Conversando com o doente sobre os seus hábitos e os seus sintomas oculares, identificando o grau e a frequência do desconforto ou a sua relação com determinadas atividades, como a utilização de computadores, e perguntando sobre a ingestão de determinados medicamentos cujos efeitos secundários podem causar *secura*, é possível identificar claramente o doente que requer algum tipo de atuação profissional.

Além disso, é muito útil recorrer a questionários validados como o questionário OSDI; McMonnies; DEQ-5; SPEED; el Computer Vision Syndrome Questionnaire (CVS-Q) ou outros.



## Técnicas de exame mais frequentes para a avaliação dos sinais

Uma das técnicas mais úteis no gabinete de ótica é o exame da superfície ocular com a lâmpada de fenda (biomicroscopia do polo anterior). Para analisar os sinais relacionados com o olho seco, é conveniente efetuar os seguintes testes:

- 1 Avaliação das pálpebras e pestanas** através da identificação da presença de descamação na base das pestanas, avaliando a regularidade do bordo da pálpebra, a presença de neovascularização (telangiectasias) e o estado das glândulas de Meibomio, tanto na pálpebra superior como na inferior (ver secção blefarite).
- 2 Avaliação do menisco lacrimal** no caso de ser inferior a 0,40 mm.<sup>6</sup>
- 3 Avaliação da integridade do epitélio da córnea e da conjuntiva** através da combinação da instilação de fluoresceína sódica com o exame sob a luz azul-cobalto e filtro amarelo (Wratten 12), identificando a presença de colorações.
- 4 Medida do tempo de rutura lacrimal (TBUT)** , que tem de ser superior a 10 segundos para ser considerada normal (luz azul e filtro amarelo).





## Exames complementares

Outros exames complementares de grande utilidade no exame do doente com sintomas de secura ocular são:

- Medida do tempo de rutura lacrimal não-invasivo (NIBUT), por exemplo, observando a mira ceratométrica ou do autorrefratómetro sobre a superfície da córnea. Também existem conjuntos comerciais que permitem avaliar esta medida de forma mais padronizada (Tearscope, Oculus Keratograph 5, etc.)
- Medida da osmolaridade lacrimal.
- Medida do teste de Schirmer com ou sem anestesia.
- Realização de outras colorações vitais, como o Rosa de Bengala ou o Verde de Lissamina.
- Teste do vermelho de fenol ou outros.

# O que recomendar no gabinete de ótica

*O uso de gotas humidificantes é recomendado como tratamento base, seja qual for o grau de secura ocular, a fim de restaurar o equilíbrio do filme lacrimal.*

## Primeira linha de atuação

O tratamento recomendado dependerá da gravidade do olho seco. No gabinete de optometria serão tratados os casos de secura ocular ligeira ou moderada. Se forem detetados sintomas de secura grave, deve indicar-se ao doente que, embora a utilização de lágrimas artificiais e lavagens oculares seja adequado, no seu caso é insuficiente. O doente deverá ser encaminhado para o oftalmologista.

## Quando recomendar produtos sem conservantes

No caso de a sua utilização ser necessária de forma mais ou menos continuada, por exemplo, durante mais de 4 vezes por dia, recomenda-se utilizar gotas humidificantes sem conservantes para evitar os efeitos secundários destes na superfície ocular.<sup>7</sup> É óbvio que a utilização de produtos isentos de conservantes é absolutamente necessária em doentes com olho seco grave (DEWS, 2007).<sup>8</sup>

## Secura ocular devido a condições ambientais adversas

Se a secura ocular estiver associada a condições ambientais adversas, como a permanência prolongada em ambientes secos, uso de ecrãs digitais, edifícios com sistemas de aquecimento ou de ar condicionado "inteligentes", recomenda-se, além da utilização de lágrimas artificiais e de lavagens oculares, o recurso a medidas que atuem sobre essas condições, como a utilização de humidificadores, assim como produtos de que hidratem a pele das pálpebras e reduzam a "fadiga das pálpebras".

## Secura e utilizadores de lentes de contacto

Os utilizadores de lentes de contacto merecem um capítulo à parte. Nestes casos, o ótico tem maior possibilidade de diagnosticar um olho seco, pois são clientes que vê com bastante frequência. Além disso, nestes doentes, a possibilidade de padecer de secura ocular associada à utilização de computadores é 80% superior do que no caso dos não utilizadores (OR=4,8).<sup>9</sup> Se sofrem de secura ocular deverão usar produtos que permitam uma reidratação tanto da superfície ocular como das lentes de contacto.



# CONJUNTIVITE ALÉRGICA

Dentro de 20 anos, as alergias irão afetar metade da população europeia. Estima-se que atualmente 20% já sofra deste problema, estando a percentagem a aumentar nos países ocidentais.

Uma alergia é uma resposta exagerada do sistema imunológico quando entra em contacto com determinadas substâncias (alergénios).

Um dos grupos de alergénios mais comuns são os pólenes, mas há outros, como os fungos, os ácaros do pó, o epitélio de animais e determinados alimentos.





## O que é a alergia ocular?

*A alergia ocular engloba um grupo de doenças com diferentes mecanismos imunopatológicos e manifestações clínicas sem que exista um consenso claro sobre a sua definição.<sup>10</sup> Um dos casos mais comuns e menos graves é a conjuntivite alérgica.*

### **Causas da conjuntivite alérgica**

De uma maneira geral, pode dizer-se que a conjuntivite alérgica ocular é causada pela presença de determinadas substâncias (alergénios). Estas substâncias não costumam causar problemas à maioria das pessoas, mas no caso das pessoas alérgicas o seu sistema imunológico identifica-as como nocivas e faz com que tenham início determinados mecanismos de hipersensibilidade que desencadeiam os sintomas (vermelhidão da conjuntiva, prurido, secreção, etc.).

## Classificação da conjuntivite alérgica

Foi recentemente proposta uma classificação da conjuntivite alérgica em função da duração e frequência da aparição dos sintomas. Assim, considera-se conjuntivite alérgica intermitente se os sintomas estiverem presentes menos de 4 dias por semana ou menos de 4 semanas consecutivas. A conjuntivite alérgica é persistente se os sintomas ocorrem mais de 4 dias por semana e mais de 4 semanas consecutivas.

Outro critério de classificação tem em conta a gravidade dos sintomas:

LIGEIRO	MODERADO (se ocorrem 1 a 3 dos dados)	GRAVE (Se ocorrem 4 dados)
<ul style="list-style-type: none"><li>Sintomas e sinais sem desconforto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sintomas e sinais sem desconforto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sintomas e sinais sem desconforto</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Não afetam a visão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Afetam a visão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Afetam a visão</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Sem interferência nas tarefas académicas ou laborais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Com interferência nas tarefas académicas ou laborais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Com interferência nas tarefas académicas ou laborais</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Sem afetar as atividades diárias, leitura e/ou desporto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Afeta as atividades diárias, leitura e/ou desporto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Afeta as atividades diárias, leitura e/ou desporto</li></ul>

Classificação da conjuntivite alérgica proposta no Consensus Document on Allergic Conjunctivitis (DECA)

Em geral, a conjuntivite alérgica afeta pessoas de qualquer idade (adultos/crianças), independentemente do sexo e que costumam ter antecedentes familiares de alergia e/ou associação com outras doenças atópicas (rinite ou asma). Pode ocorrer tanto na primavera (sazonal) como em qualquer época do ano (perene) e vem acompanhada de sintomas/sinais como prurido ocular, hiperemia conjuntival (olhos vermelhos), fotofobia, lacrimejamento (secreção aquosa) ou edema palpebral (inchaço das pálpebras). Não deve afetar a córnea (sem coloração na córnea, vascularização ou outra).<sup>10</sup>

Na maioria dos casos, o tratamento com anti-histamínicos (orais ou tópicos) é geralmente adequado, embora também possam ser necessários vasoconstritores, anti-inflamatórios, corticoides e outros medicamentos em função do caso.<sup>10</sup> No entanto, medidas não farmacológicas como a utilização de compressas frias ou de lavagens oculares e lágrimas artificiais, assim como evitar os alérgenos (alterando o ambiente, retirando tapetes, etc.) contribuem na maioria dos casos para proporcionar um alívio significativo dos sintomas.

## Como detetar a conjuntivite alérgica no gabinete de ótica

*O optometrista, pela sua preparação e pelos métodos de diagnóstico de que dispõe, pode diagnosticar uma conjuntivite alérgica, uma afeção cujo tratamento frequentemente não requer a utilização de medicamentos.*

No caso de receber no gabinete de ótica uma pessoa com sintomas consistentes com um quadro de alergia ocular, o primeiro passo é efetuar uma cuidadosa anamnese que inclua os antecedentes familiares de alergia ou atopia, examine a frequência da ocorrência dos sintomas (intermitente ou persistente), o contacto com alergénios, etc., assim como completar um exame cuidadoso do polo anterior do olho com a lâmpada de fenda.

Este exame tem que ser efetuado de forma sistemática, procurando a presença de edema palpebral, grau de hiperemia



conjuntival, presença e tipo de secreção (que deve ser aquosa), assim como verificar que a córnea não está afetada (coloração, vascularização, etc.). Recomenda-se o recurso a sistemas de gradação como a *Efron Grading Scale* para registar o que for detetado.<sup>11</sup>

Se o exame optométrico indicar a existência de um problema grave, por exemplo, uma eventual afeção da córnea, o optometrista deve encaminhar o caso para o médico especialista mais adequado para um correto diagnóstico e tratamento.

# O que recomendar no gabinete de ótica

*A gestão optométrica da conjuntivite alérgica destina-se a melhorar as condições da superfície ocular nos quadros ocasionais e proporcionar ao doente um alívio sintomático.*

## Aliviar os sintomas

É preciso considerar as afeções que o doente descreve e os sintomas clínicos que apresenta. O tratamento depende da gravidade da reação alérgica. Para muitos doentes com conjuntivite alérgica sazonal ou anual, as terapias não medicamentosas são o primeiro passo necessário para o alívio subjetivo dos seus sintomas. Por vezes, o primeiro passo é suficiente.

## Limpar e hidratar

É altamente recomendável efetuar lavagens oculares frequentes para o arrastamento e a remoção eficaz dos alérgenos do segmento anterior do olho com uma solução com pH e tonicidade idênticos aos da lágrima e que ao mesmo tempo proporcione hidratação. Se ocorrer uma grande secreção, que se pode acumular ou interferir com a visão, a lavagem ocular pode ser acompanhada pelo uso de

toalhas de limpeza. Por outro lado, a aplicação de compressas frias contribui para a redução do edema.

Outra medida não medicamentosa que pode ser recomendada é a utilização de lágrimas artificiais, que, aplicadas várias vezes ao dia, arrastam os alérgenos do saco conjuntival, conseguindo-se assim o alívio dos sintomas.<sup>12</sup>





As gotas humidificantes sem conservantes podem ser úteis para hidratar a superfície ocular, lubrificar o pestanejo e minimizar o desconforto, também em casos em que o doente alérgico já esteja a tomar medicamentos que lhe possam causar olho seco (determinados anti-histamínicos orais, por exemplo).

Finalmente, a combinação de informações apropriadas e da correta educação do doente com o tratamento adequado é a melhor maneira de melhorar o controlo da conjuntivite alérgica.<sup>10</sup>


### **A utilização de lentes de contacto no caso de alergias oculares**

No passado, desaconselhava-se a utilização de lentes de contacto enquanto se estivesse com conjuntivite. A razão desta medida de precaução era considerar, entre outras coisas, o perigo de que as partículas que pudessem provocar alergia se depositassem na superfície da lente. Estes depósitos podiam levar a que os alérgenos atuassem durante mais tempo sobre o segmento anterior do olho, causando uma reação alérgica de maior duração ou intensidade. No entanto, existem estudos que demonstram mesmo que a utilização de lentes de contacto de uso diário pode, em determinadas condições, reduzir os sintomas em casos de alergias oculares.<sup>13,14</sup>

# CONJUNTIVITE IRRITATIVA

O contacto de substâncias químicas irritantes com a superfície ocular pode causar uma conjuntivite irritativa ou tóxica.<sup>15</sup> Existem muitas substâncias que podem irritar a superfície ocular, como o cloro das piscinas, alguns cremes solares ou cosméticos, ou até mesmo o abuso de medicamentos tópicos. Substâncias mais agressivas, como a lixívia, amoníaco, álcalis, ácidos ou outros, podem causar queimaduras e devem ser devidamente avaliados por um profissional especializado. A gestão destes últimos casos não faz parte do objetivo deste guia. A conjuntivite irritativa também pode ser associada à presença de blefarite.





## O que é a conjuntivite irritativa?

*A conjuntivite irritativa é a resposta inflamatória da superfície ocular perante o contacto com um agente irritante. É uma afeção relativamente comum que aparece com mais frequência no verão, uma vez que está relacionada com as substâncias irritantes das piscinas.*

## Como detetar a conjuntivite irritativa no gabinete de ótica

*A conjuntivite tóxica ou irritativa é fácil de detetar através de uma anamnese cuidadosa que identifique a relação entre o quadro de olhos vermelhos e o contacto de um agente irritante.*

Os casos relacionados com a utilização crónica de medicamentos tópicos (colírios) sem supervisão médica podem ser mais difíceis de detetar. O doente costuma referir sintomas semelhantes aos de uma conjuntivite; hiperemia conjuntival, prurido, ardor, lacrimejamento, etc. e às vezes também visão turva ou fotofobia (nestes casos é necessário examinar cuidadosamente a superfície da córnea).

O exame optométrico deverá concluir-se através de um exame com a lâmpada de fenda que permita identificar os sinais clínicos característicos, prestando especial atenção a uma eventual afeção da córnea através da instilação de fluoresceína sódica e do exame com a luz azul-cobalto. A utilização do filtro amarelo (Wratten 12) ajuda a melhorar o contraste da imagem.





## O que recomendar no gabinete de ótica

*Como primeira medida, recomenda-se a lavagem do olho com abundante solução salina ou uma lavagem ocular composta de soro fisiológico e ácido hialurónico que permita remover o agente irritante da superfície ocular.*

A gestão do caso dependerá dos sinais clínicos encontrados e da sua gravidade. Para a melhoria do quadro, podem recomendar-se compressas frias, lavagens oculares frequentes, assim como lágrimas artificiais sem conservantes. Nos casos mais graves, pode ser necessário um tratamento com antibiótico ou anti-inflamatório (corticoides).

Nos casos em que a conjuntivite irritativa estiver associada ao abuso de medicamentos tópicos, é necessário interromper a utilização desses medicamentos e aplicar lágrimas artificiais (4 a 8 vezes por dia) sem conservantes durante 3 a 5 dias e voltar a avaliar os casos.<sup>15</sup>

Os doentes que não mostrem uma clara melhoria após estas primeiras medidas devem ser reavaliados para identificar a causa<sup>15</sup> e encaminhá-los para uma adequada gestão médico-oftalmológica.

# BLEFARITE

A blefarite é um conjunto de afeções oculares que são a principal causa de olho seco evaporativo (DEWS 2007).<sup>3</sup> É relativamente frequente estar associada a pessoas com a pele e o cabelo oleoso.

## O que é a blefarite?

*Em termos gerais, a blefarite pode ser definida como uma afeção inflamatória ocular associada à vermelhidão, ao ardor, à descamação e às crostas nas pálpebras.*

Trata-se de uma afeção comum (alguns estudos encontraram uma prevalência entre 37% e 47%) que afeta crianças e adultos em todos os grupos étnicos e etários.<sup>16</sup>

Embora existam diferentes classificações, é frequente definir-se a blefarite em função da sua localização: blefarite anterior (também chamada estafilocócica ou seborreica), blefarite posterior (disfunção das glândulas de Meibomio) ou blefarite marginal (inclui ambas: anterior e posterior).<sup>16</sup>



Nos utilizadores de lentes de contacto, este quadro pode exacerbar os sintomas de secura ocular e sujar mais as lentes, dificultando ou impedindo o seu uso de forma confortável e satisfatória.

# Como detetar a blefarite no gabinete de ótica

*A anamnese apresenta uma utilidade limitada, uma vez que os sintomas da blefarite não são específicos, sendo comuns a outros quadros.*

Geralmente, os doentes com blefarite queixam-se de ardor, prurido, sensação de corpo estranho nos olhos, intolerância ao uso de lentes de contacto, fotofobia (sensibilidade à luz), vermelhidão ocular e formação de crostas nas margens ou bordos das pálpebras, com maior frequência no bordo superior do que no inferior. Os sintomas costumam ser mais agudos de manhã e é frequente que um mesmo doente possa ter episódios de exacerbação e remissão.

Também é possível, especialmente em utilizadores de lentes de contacto, que o doente refira alterações na sua visão que melhoram ao limpar as lentes de contacto, mas que passado algum tempo voltam a piorar.

A deteção da blefarite efetua-se através do exame às pálpebras com a lâmpada de fenda, prestando especial atenção à presença dos sinais característicos.

- Por exemplo, na blefarite anterior é comum a presença de crostas ou rebordos que envolvem as pestanas a partir da sua base, eritema, inflamação ou telangiectasia (neovascularização) no bordo da pálpebra e, em casos graves, triquíase (crescimento anormal das pestanas para dentro do olho), poliose (despigmentação das pestanas), madarose (perda das pestanas) ou até mesmo ulceração das pálpebras e presença de cicatrizes da córnea.
- Por seu lado, na blefarite posterior (disfunção das Glândulas de Meibomio), é comum encontrar as saídas destas glândulas obstruídas, entupidas ou dilatadas, mostrando uma secreção turva e mais espessa do que o normal. Também podem aparecer telangiectasias no bordo da pálpebra.

*Devido à sua associação com a síndrome do olho seco evaporativo, as técnicas para examinar um doente com secura ocular também podem ser aplicadas no caso da blefarite.*

## O que recomendar no gabinete de ótica

*O tratamento de higiene das pálpebras consta de três passos: aplicação de calor, massagem e limpeza das pálpebras.*

Em primeiro lugar, é importante identificar se é um quadro em que a blefarite está a causar sintomas, uma vez que graus ligeiros de blefarite podem ser assintomáticos e não requerer tratamento nem uma gestão específica. No entanto, nos casos em que o doente refira incomodidade ou desconforto visual, será necessário adotar medidas. Estas medidas serão semelhantes para os doentes com blefarite anterior, posterior ou marginal.

O optometrista deverá esclarecer o doente que o tratamento de higiene das pálpebras é sempre indispensável. Este tratamento deverá ser efetuado diariamente, de manhã e de noite, e consta de três passos: aplicação de calor (através de compressas quentes, máscaras, etc.) para fluidificar o meibum, massagem suave e limpeza das pálpebras com toalhetas adequadas a esta finalidade.<sup>16</sup> Uma higiene que não contemple estes três passos será menos eficaz. Nalguns casos, costumam ser necessários medicamentos (antibióticos orais, como tetraciclina ou doxiciclina, e inclusivamente corticoides tópicos) que terão de ser receitados pelo médico especialista. Além disso, recomenda-se aumentar a ingestão de ácidos gordos não saturados, especificamente Omega 3, para os casos moderados ou graves.<sup>17</sup>

No caso dos utilizadores de lentes de contacto, também é aconselhável o uso de soluções de limpeza adequadas (solução de limpeza desengordurante com álcool isopropílico) para melhorar o estado da superfície das suas lentes de contacto.



# SENSAÇÃO DE TENSÃO PALPEBRAL

As pálpebras desempenham uma função de proteção ocular muito importante. Esta zona é muito sensível a condições adversas. A pele ao redor dos olhos é particularmente fina: tem apenas um terço da espessura média da pele do rosto.

A sensação de tensão das pálpebras e da zona do olho está relacionada com muitos fatores como a falta de sono, a permanência em ambientes secos (que tem um efeito negativo não só no filme lacrimal, mas também na pele das pálpebras) e também o uso de lentes de contacto durante muitas horas ao longo do dia. Em geral, está tudo relacionado com a desidratação da pele das pálpebras.

Frequentemente, os clientes com sensação da zona do olho referem desconforto subjetivo na zona das pálpebras, como sensação de fadiga ou inchaço leve dos olhos e das pálpebras.

## O que recomendar

Nos casos de sensação de tensão do contorno dos olhos e da pálpebra superior, aconselha-se a usar produtos com efeito relaxante, refrescante e efeito regenerador.



# BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> The epidemiology of dry eye disease: report of the Epidemiology Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). *Ocul Surf*, 2007. 5(2): p. 93-107.
- <sup>2</sup> Gowrisankaran S, Sheedy JE. Computer vision syndrome: A review. *Work*. 2015;52:303-14.
- <sup>3</sup> The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). *Ocul Surf*, 2007. 5(2): p. 75-92.
- <sup>4</sup> Prokopich, C. Lisa et al.: Screening, Diagnosis and Management of Dry Eye Disease: Practical Guidelines for Canadian Optometrists. 2014; 76. Suppl.1: p. 17-18.
- <sup>5</sup> Definición y clasificación de la enfermedad del ojo seco: Informe del Subcomité de definición y clasificación del Taller internacional sobre ojo seco (2007). *Ocul Surf*. 2007. 5(2): p. 90.
- <sup>6</sup> Shen M, Li J, Wang, et al.: Upper and lower tear menisci in the diagnosis of dry eye. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*; 50: 2722-2726.
- <sup>7</sup> Prokopich, C. Lisa et al.: Screening, Diagnosis and Management of Dry Eye Disease: Practical Guidelines for Canadian Optometrists. 2014; 76. Suppl.1: p.18.
- <sup>8</sup> Management and therapy of dry eye disease: report of the Management and Therapy Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). *Ocul Surf*, 2007. 5 (2): p. 165.
- <sup>9</sup> Tauste A, Ronda E, Molina MJ, Seguí M. Effect of contact lens use on Computer Vision Syndrome. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2016;36:112-9.
- <sup>10</sup> Sánchez-Hernández MC and Spanish Group Ocular Surface-GESOC. Consensus document on allergic conjunctivitis (DECA). *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2015;25:94-106.
- <sup>11</sup> Efron, Nathan (2000) Efron Grading Scales for Contact Lens Complications (Millennium Edition), Butterworth-Heinemann. (disponible on-line en <http://eprints.qut.edu.au/11857/1/11857a.pdf>).
- <sup>12</sup> Bielory BP, Terrence P, Bielory L. Management of Seasonal Allergic Conjunctivitis: Guide to Therapy. *Acta Ophthalmologica*. 2012; 90 (5): 399-407.
- <sup>13</sup> Hayes VY, Schneider CM, Veys J. An evaluation of 1-day disposable contact lens wear in a population of allergy sufferers. *Contact Lens Anterior Eye* 2013. Jun;26 (2): 85-93.
- <sup>14</sup> Wolffsohn JS, Emberlin JC. Role of contact lenses in relieving ocular allergy. *Contact Lens Anterior Eye* 2011. Aug;34(4): 169-72.
- <sup>15</sup> American Association of Optometrist. Care of the Patient with Conjunctivitis. 2002. ([www.aoa.org/documents/CPG-11.pdf](http://www.aoa.org/documents/CPG-11.pdf))
- <sup>16</sup> Lindsley K, Matsumura S, Hatf E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;5:CD005556.
- <sup>17</sup> Geerling G, Tauber J, Baudouin C, Goto E, Matsumoto Y, O'Brien T, Rolando M, Tsubota K, Nichols KK. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on management and treatment of meibomian gland dysfunction. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2011;52:2050-64.

**DISOP**