

# Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o paciente

*Senile cataract surgery treatment: barriers to the patients*

Newton Kara-José <sup>(1)</sup>  
Carlos Eduardo Leite Arieta <sup>(2)</sup>  
Edméa Rita Temporini <sup>(3)</sup>  
Ksiao Meng Kang <sup>(4)</sup>  
Luciano Enéas Ambrósio <sup>(4)</sup>

## RESUMO

Foram investigadas algumas características e dificuldades de pacientes portadores de catarata senil, para submeterem-se à cirurgia ocular, referentes a deslocamentos, tempo de aguardo da cirurgia e acompanhante, no hospital das clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Brasil). Foram realizados dois estudos transversais, em 1989 e em 1991, para comparação de resultados, aplicando-se questionário por entrevista a 98 e 109 pacientes, respectivamente. Os resultados evidenciaram predominância de pacientes do sexo masculino, de menos de 70 anos de idade, em ambos os levantamentos. O exame oftalmológico completo foi realizado no primeiro comparecimento do paciente em 8,2% dos casos em 1989 e em 81,6% em 1991; submeteram-se à cirurgia antes de completar três meses da data da consulta, 36,8% dos pacientes em 1989 e 75,2% em 1991. Enquanto, em 1989, a maior proporção (37,8%) compareceu quatro ou mais vezes, em 1991 a maioria (81,6%) retornou apenas uma vez. Relatam-se medidas organizacionais estabelecidas para agilizar o atendimento. Comparando-se os resultados, houve diminuição do número de comparecimentos dos pacientes ao hospital, assim como do tempo decorrido entre a primeira consulta e a realização da cirurgia, facilitando, portanto, o acesso de portadores de catarata à cirurgia.

**Palavras-chave:** Catarata senil; Acesso à cirurgia ocular; Reabilitação visual.

## INTRODUÇÃO

Para que um indivíduo se submeta à cirurgia de catarata senil, deve atender algumas condições oftalmológicas e psicossociais, quais sejam: 1) diminuição da acuidade visual; 2) conscientização do seu problema ocular; 3) conhecimento da existência de tratamento e confiança na possibilidade de recuperação visual; 4) busca da assistência oftalmológica, que deve ser viável quanto ao acesso; 5) aceitação do diagnóstico e da conduta estabelecidos e 6) detenção de condições físicas, psicológicas, familiares e econômicas <sup>1, 2, 3</sup>.

No Brasil, desconhece-se a quantidade de pessoas portadoras de catarata senil, com perda visual importante, que preencham os requisitos mencionados, bem como a dimensão numérica dos que necessitam cirurgia e não superam as dificuldades para obtê-la. Supõe-se que no país se realizem 90.000 cirurgias de catarata por ano, para uma necessidade de 450.000 casos.

Pesquisa realizada em Rio Claro (SP) em 1982, sobre o atendimento cirúrgico de portadores de catarata senil que procuraram e tiveram acesso a serviço oftalmológico, evidenciou aparente ausência de obstáculos expressivos à cirurgia <sup>4</sup>.

<sup>(1)</sup> Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas e Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>(2)</sup> Professor Doutor do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.

<sup>(3)</sup> Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

<sup>(4)</sup> Médico Oftalmologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.

**Endereço para correspondência:** Dr. Newton Kara José - R. Madre Teodora, 281 - CEP: 01428-010 - São Paulo - SP

O primeiro estudo sobre a problemática social da cirurgia da catarata senil na América Latina foi realizada em Campinas (Brasil) e em Chimbote (Peru), concomitantemente. Os resultados revelaram, em ambas as localidades, que cerca de 50% dos casos de catarata senil apresentavam cegueira por ausência da intervenção cirúrgica específica<sup>5</sup>.

A disciplina de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) identificou algumas dificuldades de atendimento, em nível da unidade hospitalar. O serviço de Oftalmologia apresentava, geralmente, uma fila de espera de 3 a 4 meses entre a triagem e o atendimento. A partir de 1981, estabeleceu-se escala de prioridade, baseada na gravidade do caso, prejuízo do prognóstico, grau da deficiência visual, conseqüências da doença para o paciente e necessidade do atendimento terciário. Desse modo, os casos de catarata e glaucoma congênitos assumiram caráter de urgência para tratamento cirúrgico. Esses pacientes passaram a ser atendidos cirurgicamente no dia da triagem, incluindo-se os demais casos na rotina de marcação de consultas.

Estimulou-se a realização de exames clínicos e laboratoriais em serviços externos à Universidade. Para aumentar a capacidade cirúrgica, instalou-se sala exclusiva para a cirurgia de catarata senil, com capacidade para oito cirurgias por dia, tornando-se rotineira a cirurgia ambulatorial sob anestesia local. Em 1990, com a instalação de um Centro Cirúrgico Ambulatorial, a capacidade cirúrgica em oftalmologia aumentou, em cerca de 50%, em relação a 1989. Segundo dados recentes, mais de 50% do atendimento do Centro Cirúrgico Ambulatorial é realizado em pacientes de oftalmologia<sup>6</sup>.

Este estudo apresenta algumas características e dificuldades de pacientes portadores de catarata senil, desde o primeiro atendimento oftalmológico até submeterem-se à cirurgia, no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com-

parando-se dois períodos dos anos de 1989 e 1991.

---

#### MATERIAIS E MÉTODO

---

Foram realizados dois "surveys" transversais - 1989 e 1991 - a fim de estudar o fenômeno em momentos distintos, buscando estabelecer comparação de resultados.

Em ambos os estudos, a população foi constituída por pacientes a serem submetidos à cirurgia de catarata senil eletiva, no HC-UNICAMP.

Para obtenção das amostras, aplicaram-se os seguintes critérios: a) período de dois meses, em 1989 e em 1991, para a coleta de dados; b) disposição e aquiescência dos pacientes à entrevista; c) tempo disponível dos médicos encarregados das entrevistas.

Foi elaborado um questionário incluindo aspectos relativos a características pessoais e do atendimento oftalmológico. O mesmo instrumento foi aplicado por meio de entrevista, em ambos os estudos. Os pacientes foram entrevistados um pouco antes do ato cirúrgico.

---

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

Os resultados são apresentados em tabelas, de maneira a permitirem a comparação entre os dois períodos de coleta de dados, 1989 e 1991.

Observou-se ligeira predominância de homens na procura de cirurgia, em ambos os levantamentos realizados; a maioria dos pacientes (64,3% em 1989 e 57,9% em 1991) apresentavam menos de 70 anos de idade (tabela 1).

Aproximadamente 50,0% dos pacientes, em ambos os períodos, procuraram o HC-UNICAMP por constituir serviço gratuito, o que leva a supor tratar-se de população de baixa renda (tabela 2).

Na tabela 3 observa-se que 69,4% dos pacientes em 1989 e 96,3% em 1991 realizaram exames laboratoriais externos ao HC-UNICAMP, deslocan-

do-se para tal a postos de saúde ou laboratórios de análises clínicas situados nos municípios de residência. Esse fato provavelmente decorre de orientação fornecida aos pacientes, segundo a qual, o serviço de oftalmologia aceita exames laboratoriais realizados em outros locais e incentiva esse procedimento. Para orientar os pacientes, foi elaborado um folheto sobre a solicitação de exames de laboratório e avaliação clínica, distribuído no momento da indicação da cirurgia. Eliminou-se, assim, a marcação de coleta de exame laboratorial e novo retorno. Essas medidas beneficiaram os pacientes atendidos, notando-se acentuada diminuição dos deslocamentos, quando se comparam os resultados de ambos os períodos estudados.

Os resultados da tabela 4 mostram que o número de comparecimentos do paciente ao HC para exame oftalmológico diminuiu sensivelmente, comparando-se os diferentes anos. Enquanto, em 1989, a maior proporção (37,8%) compareceu quatro ou mais vezes, em 1991 a maioria (81,6%) retornou apenas uma vez. Esse fato parece ser produto das medidas educativas e de organização adotadas no serviço de triagem e para a otimização do tempo no ato da consulta oftalmológica, incluindo a biometria ultrassônica.

Quando se analisam óbices para o tratamento cirúrgico da catarata senil - entenda-se reabilitação de cegueira - observa-se que o paciente se submete a inúmeras e por vezes dispensáveis idas ao hospital. Considera-se que esse problema deva ser examinado tanto sob o enfoque social e humanitário, como visualizando aspectos referentes ao próprio hospital, desnecessariamente congestionado, com perda da capacidade de atendimento de casos novos<sup>4,6</sup>.

É necessário que o intervalo de tempo entre o exame do portador de deficiência visual por catarata senil e a cirurgia não se estenda por mais de três meses, submetendo à cirurgia nos primeiros dois meses, no mínimo 50% dos casos, como tem sido observado no

**TABELA 1**

Características pessoais dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata senil. Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas - 1989 e 1991.

Características	1989 n=98		1991 n=109	
	f	%	f	%
Idade (anos)				
< 50	12	12,2	9	8,3
50  — 60	13	13,3	29	26,6
60  — 70	38	38,8	25	23,0
70  — 80	25	25,5	35	32,1
80  — 90	10	10,2	11	10,0
Sexo				
Masculino	54	55,1	61	56,0
Feminino	44	44,9	48	44,0

**TABELA 2**

Razão da escolha do Serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas para tratamento. Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas - 1989 e 1991.

Razão da escolha	1989 n=98		1991 n=109	
	f	%	f	%
Gratuidade do serviço	47	48,0	46	42,2
Encaminhamento por médico	29	29,6	28	25,7
Recomendação de conhecido	20	20,4	22	20,2
Experiência anterior	2	2,0	7	6,4
Outras	-	-	6	5,5

**TABELA 3**

Número de vezes em que os pacientes se deslocaram para realização de exames laboratoriais externos ao Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas - 1989 e 1991.

Número de vezes	1989 n=98		1991 n=109	
	f	%	f	%
Uma	30	30,6	4	3,7
Duas	38	38,8	31	28,4
Três	30	30,6	5	4,6

atendimento dos projetos "Catarata" realizados desde 1986<sup>5</sup>.

Na tabela 5 observa-se que apenas 36,8% dos pacientes atendidos em 1989 alcançaram aquela meta, porém, em 1991, a proporção desses casos foi de 75,2%. Levando-se em consideração o aumento de cerca de 50% do número de cirurgias nesse período - aproximada-

mente 850 em 1989 e 1200 em 1991<sup>6</sup> - pode-se afirmar ter diminuído apreciavelmente o intervalo entre a consulta e a realização da cirurgia. É lícito supor que tal fato se deve à agilização da triagem e aos esforços do serviço para a diminuição de óbices para o paciente.

De outro lado, os portadores de catarata senil apresentam dificuldades de

locomoção em ambientes estranhos, necessitando, em geral, de acompanhante<sup>1,4</sup>. Esse fato constitui um dos obstáculos para o paciente submeter-se à cirurgia. Nas vezes em que se desloca para o hospital, deve-se fazer acompanhar de alguém que dispenderá gasto com transporte, além de perder o dia de trabalho e tornar necessária sua substituição nos afazeres domésticos e/ou profissionais.

A tabela 6 mostra que, em 1989, 85,7% dos pacientes dispunham de acompanhante. A proporção desses casos aumenta para 99,1% em 1991, o que pode ser explicado pelo caráter de obrigatoriedade de acompanhante, posteriormente instituída por norma do Centro Cirúrgico Ambulatorial do HC-UNICAMP. É interessante observar, como resultado dessa medida, que 51,0% dos pacientes foram acompanhados por duas ou mais pessoas. Isto leva a supor o interesse do paciente e da família no atendimento cirúrgico do caso, procurando respeitar o pré-requisito estabelecido pelo serviço.

Os Projetos "Catarata", desenvolvidos a partir de 1986, vêm mostrando que, mesmo nas cidades onde existe hospital-escola, grande parte da população necessitada de cirurgia de catarata não é atendida pelo sistema de saúde vigente. Contudo, as pessoas procuram submeter-se à cirurgia quando as medidas educativas e de facilidade de acesso realizadas por esses projetos lhes são oferecidas<sup>5</sup>.

Esse fato evidencia influência dos fatores psicossocioculturais no comportamento humano referente à recuperação de doenças e distúrbios visuais. Assim, a importância que as pessoas conferem a sua visão e aos cuidados para preservá-la depende, em grande parte, de padrões sócio-econômicos, de conhecimentos, hábitos e crenças aprendidos culturalmente<sup>7</sup>.

Nesse enfoque, um sistema de saúde que pretenda possibilitar o atendimento da população deve minimizar e/ou eliminar barreiras de origem sócio-cultu-

*Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o paciente*

**TABELA 4**  
Comparecimentos dos pacientes após a primeira consulta oftalmológica, segundo a finalidade.  
Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas - 1989 e 1991.

Número comparecimentos	Para exame oftalmológico				Para exames laboratoriais				Para exame clínico geral			
	1989		1991		1989		1991		1989		1991	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0	-	-	-	-	68	69,4	104	95,4	94	96,0	106	97,3
1	8	8,2	89	81,6	26	26,5	3	2,8	3	3,0	1	0,9
2	22	22,4	15	13,8	3	3,1	2	1,8	1	1,0	2	1,8
3	31	31,6	3	2,8	1	1,0	-	-	-	-	-	-
4 e +	37	37,8	2	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	98	100,0	109	100,0	98	100,0	109	100,0	98	100,0	109	100,0

**TABELA 5**  
Tempo decorrido entre a consulta oftalmológica e a realização da cirurgia.  
Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas - 1989 e 1991.

Tempo (meses)	1989 n=98		1991 n=109	
	f	%	f	%
< 1	8	8,2	41	37,5
1-2	10	10,2	32	29,4
2-3	18	18,4	9	8,3
3-4	10	10,2	12	11,0
4-6	14	14,3	11	10,1
6-12	24	24,4	3	2,8
≥12 14	14,3	1	0,9	

**TABELA 6**  
Presença ou ausência de acompanhante, qualificação e número de acompanhantes no dia da cirurgia.  
Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas - 1989 e 1991.

Situação de acompanhamento	1989 n=98		1991 n=109	
	f	%	f	%
Com acompanhante	84	85,7	108	99,1
Sem acompanhante	14	14,3	1	0,9
Acompanhado por:				
parente	81	96,4	95	88,0
amigo(a)	3	3,6	3	2,8
ambos	-	-	10	9,2
Número de acompanhantes:				
1	65	77,4	53	49,0
2 e +	19	22,6	55	51,0

der variáveis da área humana, no sentido de promover e realizar ações de saúde mais eficazes e condizentes com a realidade <sup>8</sup>.

#### SUMMARY

*The authors investigated some characteristics and barriers of patients with senile cataract to be submitted to eye surgery at the Hospital das Clínicas of the University of Campinas. The study was designed to evaluate the number of visits to the hospital, the waiting time for surgery and the need for escorts. For a comparison of results, two cross-studies (in 1989 and 1991) were carried out by means of an interview questionnaire conducted with respectively 98 and 109 patients. The results show a predominance of males under the age of 70 in both studies. A full ophthalmological exam was performed when patient first came to the hospital in 8.2% of the cases in 1989 and in 81.6% in 1991; 36.8% of the patients were submitted to surgery before completing a period of three months in 1989 and 75.2% in 1991. Organizational measures were set to ensure speed up care. When comparing results, a decrease in number of hospital show-ups occurred, as well as time span between the first appointment and the surgery.*

ral. O conhecimento médico, de características biocêntricas, passa a abranger, na atualidade, a dimensão biossocial que se preocupa com o bem-estar físico, psíquico e social do ser humano.

Nessa visão holística, não mais se separa o homem da sua mente e da sua cultura.

É necessário, portanto, que os estudos do campo médico ampliem o seu objeto a fim de identificar e compre-

**Keywords:** *Senile cataract, eye surgery delivery, visual rehabilitation.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DAWSON, C. R. & SCHWAB, I. R. - Epidemiology of cataract - a major cause of preventable blindness. *Bull. Wld. Hlth Org*, 59:493-501, 1981.
2. ELLWEIN, L. B. ; LEPKOWSKI, J. M.; THULANRAY, P. D. & BRILLIANT, G. E. - The cost effectiveness of strategies to reduce barriers to cataract surgery - the Operations Research Group. *Int. Ophthalmol.*, 15:175-183, 1991.
3. BRILLIANT, G. E. & BRILLIANT, L. B. - Using social epidemiology to understand who stays blind and who gets operated for cataract in a rural setting. *Soc. Sci. Med.*, 21: 553-558, 1985 .
4. KARA-JOSÉ, N.; BARBOSA, E. ; FONSECA NETO, J. C.; OURA, M. H. & MARTINS, W. H. - Considerações sobre aspectos sociais do atendimento clínico e cirúrgico de pacientes portadores de catarata senil. *Arq. Bras. Oftal.*, 45:115-118, 1982.
5. KARA-JOSÉ, N.; CONTRERAS, F.; CAMPOS, M. A.; DELGADO, A. M.; MOWERY, R. L. & ELLWEIN, L. B. - Screening and surgical intervention results from cataract-free-zone projects in Campinas, Brazil and Chimbote, Peru. *Int. Ophthalmol.*, 14:155-164, 1987.
6. ARIETA, C. E. L.; TAIAR, A. & KARA-JOSÉ, N. - Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário. *Rev. AMB*, 41:233-5, 1995.
7. TEMPORINI, E. R. - Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. *Arq. Bras. Oftal.*, 54:279-281, 1991.
8. TEMPORINI, E. R. & KARA-JOSÉ, N. - Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. *Arq. Bras. Oftal.*, 58:189-192, 1995.

# 28th International Congress of Ophthalmology

## 21 - 26 June, 1998

### Amsterdam

**Presidente:** Prof. Dr. A. F. Deutman

Os temas que serão abordados com especial ênfase serão:

**- Catarata, Glaucoma, Cirurgia Refrativa,  
Doenças Vítreo-Retianas.**

Haverá Simpósios sobre:

**Prevenção da Cegueira, Laser-Imagem,  
Oculoplastia e Mácula**

**Informações: Eurocongres Conference Management**

Jan van Goyenkade 11

1075 HP Amsterdam, The Netherlands

Tel: (31-20) 6793411 - Fax: (31-20) 673-7306

ou pela Internet: <http://www.solution.nl/ico-98/>

**Informações no Brasil: DR. RUBENS BELFORT JR.**

Fax: (011) 573-4002

## INFORMAÇÕES GERAIS

# XXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

GOIÂNIA - GOIÁS - 03-06 DE SETEMBRO DE 1997 - CENTRO DE CULTURA E CONVENÇÕES

### NORMAS PARA TEMAS LIVRES/POSTERS

**ATENÇÃO: Os trabalhos devem seguir rigorosamente esse novo regulamento, caso contrário serão preliminarmente rejeitados.**

- Somente poderão ser inscritos trabalhos:
  - Não publicados no Brasil ou no Exterior (até a data da apresentação no Congresso).
  - Não previamente apresentados em congressos de abrangência nacional.
  - Com 05 (cinco) autores no máximo.
- Cada autor só poderá ser primeiro autor de 1 (um) trabalho.
- Os trabalhos poderão ser apresentados oralmente (Temas Livres) ou sob a forma de Poster, não podendo um mesmo trabalho ser apresentado sob as duas formas.
- Temas Livres ou Posters deverão ser enviados na íntegra (não serão aceitos resumos) para a Secretária do Conselho Brasileiro de Oftalmologia no seguinte endereço:**  
**CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA**  
**Al. Santos, 1343 - 11º andar - conj. 1.109 - CEP 01419-001 - São Paulo - SP**
- A data limite é 15 de Maio de 1997 (data do carimbo da postagem do correio)
- O texto deverá ser datilografado ou impresso por computador, em português, espaço duplo, papel ofício numa só face.
- Título e resumo também em inglês, introdução, material e métodos, resultados, discussão e referências bibliográficas. Estas últimas devem obedecer as normas do "Index Medicus" ou "World Medical Periodical", enfatizar a literatura nacional e não exceder 10 referências.
- Os trabalhos deverão conter no máximo 10 (dez) folhas, 5 (cinco) tabelas e 3 (três) figuras.
- Constar de 03 (três) cópias, admitindo-se fotocópias (coloridas para figuras coloridas).
- Em folha separada deverá constar:
  - título do trabalho
  - nome(s) do(s) autor(es)
  - endereço completo
  - instituição onde foi realizado o trabalho
  - assinatura(s) do(s) autor(es)
  - opção por Tema Livre ou Poster
  - categoria do prêmio a que pretende concorrer
  - sub-área da oftalmologia a que pertence o trabalho

Assinalar entre as abaixo:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Catarata          | <input type="checkbox"/> Córnea               | <input type="checkbox"/> Estrabismo        |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contato | <input type="checkbox"/> Medicina Comunitária | <input type="checkbox"/> Neurooftalmologia |
| <input type="checkbox"/> Patologia Externa | <input type="checkbox"/> Plástica Ocular      | <input type="checkbox"/> Propedêutica      |
| <input type="checkbox"/> Retina            | <input type="checkbox"/> Tumores              | <input type="checkbox"/> Uveítes           |
| <input type="checkbox"/> Genética          | <input type="checkbox"/> Órbita               | <input type="checkbox"/> Refração          |
| <input type="checkbox"/> Vias Lacrimais    | <input type="checkbox"/> Glaucoma             |  |

- Apresentação de casos clínicos serão aceitos apenas excepcionalmente. Não serão aceitos trabalhos de revisão de literatura.
- Os trabalhos não serão devolvidos.

### REGULAMENTO PARA OS PRÊMIOS

- Os melhores trabalhos receberão prêmios nas seguintes categorias:
  - "Prêmio Conselho Brasileiro de Oftalmologia" (melhor trabalho)
  - Oftalmologia Cirúrgica
  - Oftalmologia Clínica
  - Pesquisa básica (laboratorial ou animal)
- A critério da Comissão Científica serão também concedidos 05 (cinco) passagens aéreas de ida e volta (cidade de origem-Goiânia) e inscrição gratuita no Congresso para o primeiro autor dos melhores trabalhos, distribuídos pelas 05 regiões do país:
  - \* Região Centro-Oeste
  - \* Região Nordeste
  - \* Região Norte
  - \* Região Sudeste
  - \* Região Sul