



ORIGINAL ARTICLE

PROFILE OF PATIENTS UNDERGOING CATARACT SURGERY

PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CATARATA

PERFIL DE LOS PACIENTES SUBMETIDOS A LA CIRUGIA DE CATARATA

Ana Lucia De Faria¹, Tábata de Abreu Pires², Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos³, Flávio Moreira Pires⁴

ABSTRACT

Objective: to identify the profile of patients undergoing cataract surgery at university hospital in the city of Taubaté-SP. **Method:** this is about a retrospective, documentary study, from quantitative approach, approved by the Ethics in Research of the University of Taubaté, Taubaté-SP, protocol number 066/09. Were evaluated 252 records (100%) of patients undergoing cataract surgery, a total of 291 eyes, in the period 2008. **Results:** the age group 70-79 years, females predominant 135 (53.57%), caucasian in 140 (55.55%), occupation was retired in 160 (63.49%). The prevalent type of cataract, as the morphology was the corticonuclear in 311 (60.39%), visual impairment was found in 190 (62.09%) patients, among the systemic diseases, hypertension appeared in 111 (42.21%). Anesthesia was predominant peribulbar block in 288 (98.97%), the most widely used surgical technique, phacoemulsification, in 185 (63.57%). **Conclusion:** predominantly females, between 70 and 79 years, Caucasian, most retirees, and type of cataract was corticonuclear. Visual acuity preoperative was counting fingers at meters; the corrective surgery, phacoemulsification; anesthesia, peribulbar; hypertension was the underlying pathology; visual acuity in the late postoperative period, 1.0; and the complication was posterior capsule rupture. **Descriptors:** nursing; pathology; classification; etiology; complications.

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia de catarata no hospital universitário da cidade de Taubaté-SP. **Método:** pesquisa retrospectiva, documental, quantitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, Taubaté-SP, número de protocolo 066/09. Foram avaliados 252 prontuários (100%) de pacientes submetidos a cirurgia de catarata, totalizando 291 olhos, no período de 2008. **Resultados:** a faixa etária foi 70 a 79 anos; o gênero feminino predominante 135 (53,57%), etnia branca, em 140 (55,55%); ocupação foi de aposentados, em 160 (63,49%). O tipo de catarata prevalente, quanto à morfologia, foi a corticonuclear, em 311 (60,39%); baixa acuidade visual foi encontrada em 190 (62,09%) pacientes; dentre as doenças sistêmicas, a hipertensão arterial apareceu em 111 (42,21%). A anestesia predominante foi bloqueio peribulbar, em 288 (98,97%); a técnica cirúrgica mais utilizada, facoemulsificação, em 185 (63,57%). **Conclusão:** predominou o gênero feminino, entre 70 e 79 anos, etnia branca; maioria de aposentados, e o tipo de catarata foi o corticonuclear. A acuidade visual no pré-operatório foi conta dedos a metros; a cirúrgica, a facoemulsificação; anestesia, bloqueio peribulbar; hipertensão foi a patologia de base; acuidade visual no pós-operatório tardio, de 1,0; e, a complicação foi a ruptura da cápsula posterior. **Descritores:** enfermagem; patologia; classificação; etiologia; complicações.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil de los pacientes submetidos a la cirugía de catarata en el hospital universitario de la ciudad de Taubaté-SP. **Método:** la investigación retrospectiva, documental, cuantitativa, aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Taubaté, Taubaté-SP, número de protocolo 066/09. Fueron avaliados 252 prontuários (100%) de pacientes submetidos a la cirugía de catarata, totalizando 291 ojos, en el período de 2008. **Resultados:** el grupo de edad fué 70 a los 79 años; el género femenino predominante en 135 (53,57%), etnia blanca, en 140 (55,55%); ocupación fué de los jubilados, en 160 (63,49%). El tipo de catarata frecuente, cuanto a la morfología, fué la corticonucleares, en 311 (60,39%); baja agudeza visual fué encontrada en 190 (62,09%) pacientes; dentro de las enfermedades sistémicas, la hipertension arterial apareció en 111 (42,21%). La anestesia predominante fué bloqueado peribulbar, en 288 (98,97%); la técnica cirúrgica mas utilizada, facoemulsificación, en 185 (63,57%). **Conclusión:** predominó el género femenino, entre 70 y 79 anos, etnia blanca; mayoria de jubilados, y el tipo de catarata fué la corticonucleares. La agudeza visual en el pré operatório fué contado a dedos a metros; la cirúrgica, la facoemulsificação; anestesia, el bloqueo peribulbar; hipertensión fué la patologia de base; adudez visual en el pós operatório tardio, de 1,0; y, la complicación fué la ruptura de la cápsula posterior. **Descritores:** enfermeria; patologia; clasificación; etiologia; complicaciones.

¹Enfermeira. Mestre, Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: anadinda2002@yahoo.com.br; ²Acadêmica de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: tabata.enf29@hotmail.com; ³Enfermeira. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Brasil. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de Campinas-UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: teresacelia@terra.com.br; ⁴Residente em oftalmologia do Hospital Universitário de Taubaté. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: vinhopires@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Catarata é a opacidade do cristalino, ou seja, a diminuição da acuidade visual.¹ Essa patologia pode ser: congênita, infantil e adquirida. A catarata congênita refere-se à opacidade presente desde o nascimento. A catarata infantil ou do desenvolvimento é a opacidade que se desenvolve ao longo dos primeiros anos de vida. A catarata adquirida é a opacidade relacionada à idade, doenças metabólicas, drogas esteróides, doenças intra-oculares, trauma de lesão contusa, radioterapia, cirurgia intra-ocular, e genética. Vale salientar que existe outro tipo de catarata adquirida, a membranosa, que é rara e se forma quando o córtex e o núcleo são parcialmente absorvidos, deixando pequena quantidade de material opacificado entre as cápsulas anterior e posterior.²⁻³

A classificação da catarata tem como finalidade definir o tipo e a diversidade. De acordo com a maturidade, a catarata pode ser imatura – o cristalino apresenta-se parcialmente opaco; madura – apresenta o cristalino completamente opaco, conhecida como catarata branca ou total; hipermadura – em que a cápsula anterior do cristalino apresenta-se contraída e enrugada; e, a morganiana, que apresenta catarata hipermadura em liquefação total. O sistema mais utilizado e aceito atualmente é o Lens Opacities Classification Systems III (LOCS III), que significa sistema de classificação de opacidade do cristalino III.⁴

Os principais tipos de catarata relacionada à idade são: opacificações nucleares, as quais apresentam a coloração amarelada ou castanha da parte central do cristalino, que tipicamente borram a visão mais a distância do que de perto; corticais, as quais apresentam opacidades em raio de roda, na periferia, chegando a envolver a parte anterior e posterior do cristalino; e, subcapsulares posteriores, as quais apresentam opacidades próximas à parte posterior do cristalino e formam placas que causam dificuldade de leitura. A maioria dos pacientes apresenta os três tipos.²

O tratamento é cirúrgico, o tipo de anestesia mais utilizado é local, com sedação complementar, e as técnicas cirúrgicas são: facectomia extracapsular, lensectomia via pars plana e facoemulsificação (FACO), com implante ou não de lente intra-ocular. A lensectomia é muito utilizada em crianças, e a FACO, em pessoas idosas.⁴⁻⁵

A cirurgia de catarata ocorre em nível ambulatorial, por ser a maneira mais rápida e eficaz, além de oferecer as seguintes

vantagens: pouco tempo de permanência no ambiente hospitalar, redução do tempo de afastamento dos familiares e, com isso, diminuição da ansiedade, menor risco de infecção e dos custos hospitalares.¹

Para que a cirurgia ambulatorial tenha bom êxito, é preciso um trabalho eficiente da equipe de saúde que atende os pacientes, destacando-se o enfermeiro, que exerce papel fundamental em toda a fase perioperatória. No pré-operatório tem início a orientação dos pacientes e dos familiares sobre o diagnóstico do paciente, e são tomados os cuidados que devem anteceder a internação, como jejum, cuidado corporal, retirada de pertences, exames realizados, medicamentos utilizados e uso de roupa privativa. No transoperatório, o enfermeiro cuida da recepção ao paciente e orienta-o quanto ao posicionamento, monitorização e anestesia. Nos pós-operatório, orienta-o com relação a atividade física, alimentação, curativo, uso de medicamento e possíveis complicações no domicílio. O ato cirúrgico não é um acontecimento comum na vida do paciente, portanto sugere-se um preparo adequado do paciente e de seus familiares, para bom êxito de todo o processo.⁶

Considerando-se a catarata como um importante problema de saúde pública, surgiu o interesse de realizar esta pesquisa, para que o profissional de enfermagem possa se preparar de forma eficaz e, assim, fazer parte da equipe multiprofissional que atende o paciente. Para isso, há necessidade de se obter informações sobre essa patologia e sobre tudo que envolve a cirurgia ambulatorial, para promoção de assistência de qualidade ao paciente na fase perioperatória.

OBJETIVO

- Identificar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia de catarata no hospital universitário da cidade de Taubaté-SP.

MÉTODO

A pesquisa foi retrospectiva, documental e descritiva, com abordagem quantitativa por método indutivo. A população foi composta por 252 pacientes com catarata, e correspondeu a 291 olhos cirurgiados, no hospital universitário da cidade de Taubaté-SP, que no ano de 2008 procedeu 11.269 consultas no setor de oftalmologia.

Nos meses de agosto a outubro de 2009, os dados foram coletados de todos os prontuários dos pacientes que se submeteram a cirurgia de catarata no ano de 2008, por meio de um

formulário com perguntas abertas e fechadas, elaborado a partir de estudo exploratório.

A coleta de dados aconteceu somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, sob o nº 066/09, de acordo com a

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos.

Os resultados foram quantificados pelo Programa Microsoft Excel 2003, analisados, apresentados em forma de tabelas e figuras e, posteriormente, foram discutidos com base na literatura pesquisada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Dados sociais dos pacientes que se submeteram à cirurgia de catarata. Taubaté - SP, 2009

Variáveis	Nº	%
Gênero		
Feminino	135	53,57
Masculino	117	46,43
Total	252	100
Faixa etária		
0-19 anos	01	0,40
20-29 anos	03	1,19
30-39 anos	05	1,98
40-49 anos	14	5,55
50-59 anos	33	13,10
60-69 anos	69	27,38
70-79 anos	96	38,10
80-89 anos	31	12,30
Total	252	100
Etnia		
Branco	140	55,55
Negro	75	29,76
Pardo	30	11,91
Amarelo	7	2,78
Total	252	100
Ocupação		
Aposentado	160	63,49
Dona de Casa	48	19,05
Várias*	33	13,09
Autônomo	07	2,78
Nenhuma	04	1,59
Total	252	100
Procedência		
Taubaté	165	65,48
Várias**	16	6,35
Guaratinguetá	15	5,95
São Luiz do Paraitinga	13	5,16
Lagoinha	09	3,57
Cruzeiro	08	3,18
São Bento do Sapucaí	07	2,77
Natividade da Serra	06	2,38
Areias	04	1,59
Roseira	03	1,19
Aparecida	03	1,19
Tremembé	03	1,19
Total	252	100

Várias* Queluz, Lorena, Arapeí, Piquete, Redenção da Serra, Silveiras, Ubatuba, Santo Antônio do Pinhal, Jambeiro, Potim e Cunha. Várias** Pedreiro, Professora, Costureira, Vendedor, Lavrador, Comerciante, Cozinheira, Auxiliar de enfermagem, Leiturista, Encarregado de produção, Empreiteiro de obra, Administrador financeiro, Motorista, Montador, Merendeira, Metalúrgico, Laboratorista, Vigilante, Artesão, Caminhoneiro, Bicicleteiro, Taxista, Desempregado e Sucateira.

Na Tabela 1, observa-se o predomínio do gênero feminino: 135 (53,57%) pacientes. Resultados semelhantes foram obtidos em estudos realizados no Paraná, Florianópolis e São Paulo, entre 2000 e 2007, em que o gênero feminino predominou em 97,56%, 55,6%, 56,5%, 70,6% e 65,5%, respectivamente.⁷⁻¹¹ Portanto, o resultado

desta pesquisa vem confirmar o que a literatura menciona: que o gênero prevalente é o feminino.

Com relação à faixa etária, a idade variou de 0 a 89 anos (média de 66,4 anos), e a relevante foi de 70 a 79 anos, em 96 pacientes (38,09%). Nos estudos realizados na

Universidade Federal de São Paulo e na cidade de Botucatu-SP, o resultado para média de idade foi semelhante, ficando entre 61 e 67,93 anos, respectivamente.¹²⁻³ Constatou-se que o resultado desta pesquisa, com relação à idade, vem corroborar a literatura, a qual aponta que os pacientes com 60 anos ou mais são os mais atingidos.

Cabe mencionar que, no Brasil, o indivíduo com 60 anos ou mais é considerado idoso e que, conforme o último censo, existem 15 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que representa 8,6% da população. Tal índice poderá chegar a 18%, em 2050. Juntamente com esse crescimento populacional, aumenta também a expectativa de vida dos idosos que, no Brasil, já está por volta de 70 anos de idade. No Japão, chega aos 80 anos. Portanto, com o processo de envelhecimento, o idoso acaba apresentando catarata, tendo dificuldade para enxergar e, com isso, surge uma série de complicações, como: os riscos de quedas e atropelamento, uso incorreto de medicação, dependência, isolamento do convívio social e apresentação de quadros de depressão, o que interfere na qualidade de vida dessas pessoas.¹⁴

Observou-se prevalência da etnia branca em 140(55,55%) pacientes. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados nos estados do Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo, em que a etnia branca prevaleceu em 87,80%, 61,4% e 48,0%, respectivamente.^{7,15-6}

Em relação à ocupação dos pacientes com catarata e submetidos à cirurgia, observou-se que predominaram os aposentados: 160 (63,49%) pacientes. Essa ocupação também foi encontrada nas percentagens 53,6% e 50,2%, em pesquisas realizadas no Estado de São Paulo.^{9,17} Considerando que a expectativa de vida no Brasil é de aproximadamente 70 anos, os resultados encontrados para a ocupação são coerentes.¹⁴

Em relação à procedência, notou-se que a cidade de Taubaté predominou: 165 (65,48%) dos pacientes. Acredita-se que esse achado tenha ocorrido pelo fato de a cidade ser referência de cirurgia oftalmológica no vale do Paraíba paulista. Portanto, cabe salientar que esse resultado pode ser fonte de informações para futuras pesquisas nessa região.

Tabela 2. Tipos de catarata e os sinais e sintomas. Taubaté - SP, 2009

Variáveis	Nº	%
Tipos de catarata		
Corticonuclear	311	60,39
Subcapsular posterior	147	28,54
Branca	49	9,52
Rubínica	06	1,17
Polar posterior	01	0,19
Incipiente	01	0,19
Total	515	100
Sinais e sintomas		
Baixa acuidade visual	190	62,09
Visão embaçada	56	18,30
Dor	14	4,58
Prurido	12	3,92
Lacrimejamento	08	2,61
Ardência	06	1,96
Sensação de corpo estranho	03	0,98
Fotofobia	03	0,98
Enxerga vultos	03	0,98
Diplopia	03	0,98
Nictalopia	03	0,98
Hiperemia	02	0,65
Visão turva	01	0,33
Secreção	01	0,33
Cefaléia frontal	01	0,33
Total	306	100

A Tabela 2 determina os tipos de catarata dos pacientes submetidos à cirurgia. De acordo com a classificação morfológica, a catarata corticonuclear (cortical, nuclear ou ambas) prevaleceu em 311 (60,39%) dos tipos encontrados. No estudo realizado no hospital universitário Clementino Fraga Filho, do Rio de Janeiro, quanto ao tipo de catarata, também prevaleceu a corticonuclear, em 39,5% dos olhos estudados.¹⁵ Considerando que a maioria dos pacientes estudados encontra-se na velhice, ou seja, 196 (77,78%) têm idade

igual ou acima de 60 anos, nota-se a prevalência, então, de catarata senil, de acordo com a classificação etiológica. Essa prevalência foi verificada em dois estudos, em 85,1% e 64,5% dos pacientes, mostrando, também, o alto índice desse tipo da doença. Cabe salientar que um paciente pode ter um ou mais tipos de catarata associados.^{8,18}

Dentre os sinais e sintomas, verificou-se que a baixa acuidade visual predominou em 190 (62,09%) pacientes. Resultado semelhante também prevaleceu nos estudos realizados

com pacientes do departamento de Oftalmologia de Unifesp-EPM no período de 1999 a 2002, e de pacientes da Fundação Altino Ventura, do Recife, no ano de 2002.^{10,19} Considerando-se que a catarata é qualquer opacidade na lente natural dos olhos, é possível compreender a ocorrência da baixa acuidade visual anterior ao tratamento como sendo, dentre os sinais e sintomas, o mais frequente.

Dentre as doenças sistêmicas pesquisadas na consulta pré-operatória dos pacientes com catarata, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) apareceu em 111(42,21%) deles. Resultado divergente foi encontrado no estudo realizado no ambulatório do serviço de Reumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de maio a julho de 1999, em que o lúpus eritematoso sistêmico (LES) estava presente, associado a catarata, em 41(100%) dos pacientes estudados⁶, e no estudo do departamento de Oftalmologia de Unifesp-

EPM, no qual a tuberculose pulmonar foi a doença sistêmica que prevaleceu em 41% dos pacientes estudados.¹⁰

Cabe salientar que a Diabetes tipo I é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de catarata, merecendo atenção especial dos profissionais de saúde, como mostra o estudo realizado com pacientes com diabetes mellitus tipo 1 acompanhados no Serviço de Oftalmologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de janeiro de 2004 a março de 2006 – constatou-se prevalência de 19,9% de catarata em pacientes diabéticos.²⁰

Portanto, os idosos com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes merecem atenção mais acentuada, devido à vulnerabilidade a complicações cardiovasculares, nefropáticas e neuropáticas, ocasionadas, não somente pelas doenças de base, como também por outros fatores de risco que se acumulam com a mudança da faixa etária.²¹⁻²

Tabela 3. Acuidade visual no pré-operatório. Taubaté - SP, 2009

Acuidade visual pré-operatória	Nº	%
Sem percepção luminosa	01	0,34
Percepção luminosa	03	1,03
Movimento de mãos	38	13,06
Conta dedos a metros/centímetros	77	26,46
0,1	25	8,59
0,2	28	9,62
0,3	39	13,40
0,4	22	7,56
0,5	19	6,53
0,6	09	3,09
0,7	08	2,75
0,8	14	4,81
0,9	05	1,72
1,0	03	1,04
Total	291	100

A Tabela 3 mostra a evolução da acuidade visual dos pacientes no pré-operatório. Observou-se que conta dedos a metros/centímetros (paciente não enxerga o primeiro optotipo da tabela de Snellen, porém consegue visualizar os dedos do examinador a distâncias próximas) predominou em 77 (26,46%) dos pacientes. Resultado divergente foi encontrado em outras pesquisas, em que se observou acuidade visual média pré-operatória entre 0,13 a 0,39.^{12,23-4} A prevalência da visão de conta dedos revela qualidade de visão insatisfatória, que pode ser explicada, nos países em desenvolvimento, pela demora na procura ao serviço de oftalmologia ou pela demora na lista de espera para realização da cirurgia.

Com relação aos exames pré-operatórios, cabe ressaltar que foram realizados os exames

laboratoriais de hemograma completo, glicemia, coagulograma e complementar de eletrocardiograma, além da avaliação cardiológica, em 252 (100%) dos pacientes submetidos à cirurgia. Resultado igual foi encontrado no estudo realizado com 47 pacientes, com retinopatia diabética proliferativa e catarata, que foram submetidos a facoemulsificação e implante de lente intra-ocular no mesmo ato cirúrgico, entre janeiro de 1991 e setembro de 1998, no “Bascom Palmer Eye Institute”, filiado à Universidade de Miami, em que 100% dos pacientes também se submeteram aos exames pré-operatórios.²⁵ Esse procedimento contribui para um baixo índice de complicação.

Tabela 4. A técnica cirúrgica utilizada nessa cirurgia e o tipo de anestesia. Taubaté - SP, 2009

Técnica cirúrgica utilizada	Nº	%
Facoemulsificação	185	63,57
Facectomia	106	36,43
Total	291	100
Tipo de anestesia		
Bloqueio Peribulbar	288	98,97
Geral	03	1,03
Total	291	100

Observou-se a técnica de facoemulsificação em 185 (63,57%) pacientes, conforme apresentado na Tabela 4. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas em que a técnica cirúrgica de escolha foi a FACO, em 60,8% e 73%, respectivamente.^{16,26} Atualmente, a técnica cirúrgica de FACO vem sendo cada vez mais escolhida pelos cirurgiões¹³, em virtude de inúmeras vantagens proporcionadas ao cliente, como a realização de uma incisão cirúrgica menor, tempo de cirurgia mais curto, resultados melhores no pós-operatório imediato e tardio e menor risco de complicações graves, como a endoftalmite.

O tipo de anestesia mais utilizado nessa cirurgia foi o bloqueio peribulbar, em 288

(98,97%) pacientes. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa realizada no Instituto de Oftalmologia Tadeu Cvintal, do Hospital Dom Antônio de Alvarenga, em São Paulo, em que o bloqueio peribulbar apareceu em 53,6% dos casos estudados.²⁷ Embora as vantagens da anestesia tópica associada sejam amplamente conhecidas, é necessária, para sua realização, maior habilidade técnica por parte dos cirurgiões e maior colaboração dos pacientes, havendo necessidade de selecioná-los, na escolha desse procedimento. No presente estudo, tem-se uma Instituição na qual pós-graduandos estão em treinamento, portanto a opção por esse tipo de anestesia mostra-se mais segura (pela obtenção de maior acinesia do globo ocular).

Tabela 5. Acuidade visual no pós-operatório imediato. Taubaté - SP, 2009

Acuidade visual no pós-operatório imediato	Nº	%
Movimento de mãos	19	6,53
Conta dedos a metros/centímetros	64	21,99
0,1	14	4,81
0,2	19	6,53
0,3	26	8,94
0,4	23	7,90
0,5	29	9,97
0,6	27	9,28
0,7	16	5,50
0,8	23	7,90
0,9	9	3,09
1,0	22	7,56
Total	291	100

A Tabela 5 apresenta a evolução da acuidade visual dos pacientes no pós-operatório imediato. Observou-se que conta dedos a metros/centímetros predominou em 64 (21,99%) pacientes, o que pode ser explicado pela presença do edema de córnea transitório e/ou pontos corneoesclerais

apertados, causadores de astigmatismo. Não foram encontrados, nas literaturas pesquisadas, resultados referentes de acuidade visual imediata, após 24 horas de cirurgia de catarata, sugerindo-se, pois, investigações para esse achado.

Tabela 6. A acuidade visual no pós-operatório tardio. Taubaté - SP, 2009

Acuidade visual pós-operatório tardio	Nº	%
Movimento de mãos	01	0,34
Conta dedos a metros/centímetros	17	5,84
0,1	03	1,03
0,2	04	1,37
0,3	14	4,81
0,4	16	5,50
0,5	10	3,44
0,6	22	7,56
0,7	28	9,62
0,8	38	13,06
0,9	26	8,94
1,0	112	38,49
Total	291	100

A Tabela 6 mostra a acuidade visual no pós-operatório tardio. Observa-se que a acuidade visual igual a 1,0 predominou em 112 (38,49%) pacientes. O estudo realizado no Departamento de Oftalmologia do Hospital Universitário de Linkoping, na Suécia, apresentou resultado de acuidade pós-operatória tardia maior que 0,7 em 100% dos olhos operados, e, no estudo realizado nas cidades de Botucatu, Pratânia, Piraju,

Areiópolis e Arandu, localizadas na região centro-oeste do estado de São Paulo, o resultado foi igual a 0,7 em 62,9% dos olhos tratados.^{24,28} A ascensão significativa da acuidade visual no tratamento da catarata é observada com clareza somente no pós-operatório tardio, devido à melhora do astigmatismo fisiológico causado pelo ponto cirúrgico visto no pós-operatório imediato.

Tabela 7. Complicações no intra-operatório. Taubaté - SP, 2009

Complicações	Nº	%
Ruptura de cápsula posterior	27	9,28
Edema de córnea	05	1,72
Opacidade de cápsula posterior	04	1,37
Herniação de Íris	03	1,03
Hemorragia conjuntival	02	0,69
Quemose conjuntival	01	0,34
Nenhuma	249	85,57
Total	291	100

A Tabela 7 mostra as complicações no intra-operatório de cirurgia de catarata. Observou-se, nesta pesquisa, que não houve complicações em 249 (85,57%) das cirurgias; porém, cabe salientar que, dentre as complicações, predominaram a ruptura de cápsula posterior do cristalino em 27 (9,28%) dos olhos. Dados semelhantes foram observados nas pesquisas realizadas no Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis (SC) e no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em que as complicações prevaleceram, respectivamente, em 7,4% e 8,7% olhos operados.^{8,29} As cirurgias de catarata vêm evoluindo ao longo dos anos e trazendo resultados cada vez mais satisfatórios. Além disso, passou a ser uma cirurgia ambulatorial.

CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos, foi possível concluir que: houve predomínio do gênero feminino, na faixa etária de 70 a 79 anos de idade, etnia branca, ocupação “aposentado”; dentre as cidades da região, a que mais apareceu foi Taubaté; o tipo de catarata foi o corticonuclear; dentre os sinais e sintomas, predominou a baixa acuidade visual; a acuidade visual no pré-operatório foi conta dedos a metros/centímetros; a técnica cirúrgica foi a facoemulsificação; o tipo de anestesia prevaleceu ao bloqueio peribulbar; a hipertensão foi a patologia de base que mais apareceu; a acuidade visual no pós-operatório tardio foi de 1,0; e, a complicação mais frequente foi a ruptura da cápsula posterior. Portanto, a pesquisa demonstrou que a perda da visão causada pela catarata é tratável, mas cabe salientar que a falta de informação sobre a doença, a demora pela procura do serviço

de oftalmologia ou a demora devido à lista de espera podem causar lentidão para se obter a cura. Isso nos leva a concluir que as barreiras para o tratamento da catarata podem ser quebradas, desde que sejam promovidas orientações adequadas.

REFERÊNCIAS

1. Arieta CEL, Kara José N. Catarata. In: Rodrigues MLV, Dantas AM. Oftalmologia clínica. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. 355-72p.

2. Kunimoto DY, Kanitkar KD, Makar MS. Manual das doenças oculares “Wills Eye Hospital”. 4ªed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2007. 341-3p.

3. Arieta CEL, Padilha MA, Bechava SJ. Cristalino e Catarata - Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 9-40p.

4. Freitas LL. Cristalino e Catarata - Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Livraria Santos; 2004. 3-25p.

5. Rezende MSVM, Souza SB, Dib O, Branzoni E, Ribeiro LEF. Abordagem da catarata congênita: Análise de série de casos. Rev bras oftalmol [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 maio 25];67(1):32-8a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v67n1/v67n1a06.pdf>.

6. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um Hospital-Escola: um estudo exploratório. Rev latinoam enferm [periódico na internet]. 2000 ago [acesso em 2010 jul 12];8(4):59-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400009&script=sci_arttext.

7. Bigolin S, Oyamaguchi E, Claro C, Bryk Junior A, Komatsu MCG, Belotto E, et al. Achados oculares e fundoscópios em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2000 out [acesso em 2009 maio 12];63(5):383-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v63n5/9630.pdf>.
8. Garcia EL, Adam Netto A, Cavalheiro R. Análise comparativa entre duas técnicas de facectomias realizadas em um hospital de referência de Florianópolis. ACM arq catarin med [periódico na internet]. 2003 out/dez [acesso em 2009 maio 15];32(4):90-3. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=445556&indexSearch=ID>.
9. Oliveira RSCS, Temporini ER, Kara José N, Carricondo PC, Kara José AC. Perceptions of patients about cataract. Clinics. [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2009 jun 03];60(6):455-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v60n6/a05v60n6.pdf>.
10. Almeida SRA, Finamor LP, Muccioli C. Alterações oculares em pacientes com tuberculose. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 out 23];69(2):177-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492006000200008&script=sci_abstract&tlng=e.
11. Marback R, Temporini E, Kara Junior N. Emotional factors prior to cataract surgery. Clinics [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 set 22];62(4):433-38. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=460026&indexSearch=ID>.
12. Freitas LL, Martino DSD, Mori E, Mendonça M, Casanova FH, Abreu MT. Estudo prospectivo comparativo de duas técnicas cirúrgicas de extração extra-capsular planejada de catarata com implante de lente intra-ocular: incisão escleral tunelizada. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2009 jun 08];64(3):239-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492001000300015&script=sci_pdf.
13. Shiratori CN, Schellini AS, Rodrigues AC, Correa CR. Avaliação da contaminação da câmara anterior na cirurgia de facoemulsificação com implante de lente intra-ocular. Arq bras oftalmol. [periódico na internet]. 2002 jun [acesso em 2009 Ago 13];65(3):315-317. Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt/123512/avaliacao-contaminacao-camara-anterior-cirurgia-implante>.
14. Cypel M. [Homepage na Internet]. Envelhecimento, senescência, senilidade. O universo visual revista da oftalmologia [acesso em 2010 jul 5]. Disponível em: http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?edicao=1106&id_mat=1374.
15. Klejnberg T, Moraes Junior HV. Alterações oculares no pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico em acompanhamento ambulatorial. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 set 27];69(2):233-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492006000200018&script=sci_abstract&tlng=e.
16. Gomes BAF, Biancardi AL, Fonseca Neto C, Gaffre FFP, Moraes Junior HV. Perfil socioeconômico e Epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata em um hospital universitário. Rev bras oftalmol [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 out 17];67(5):220-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003472802008000500004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
17. Zacharias LC, Graziano RM, Oliveira BFT, Hatanaka M, Cresta FB, Kara José N. A campanha da catarata atrai pacientes da clínica privada? Arq bras oftalmol [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 2009 out 29];65(5):557-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492002000500011&script=sci_abstract&tlng=pt.
18. Dias RJNN, Maakaroun MJ, Castro AV. Facoemulsificação e utilização de lentes intra-oculares em portadores de hanseníase: Estudo caso- controle. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 nov 18];69(3):345-48. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/693/345-348.pdf>.
19. Lima DMG, Ventura LO, Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2005 jun [acesso em 2009 maio 25];68(3):357-62. Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt/122983/barreiras-acesso-tratamento-catarata-senil-fundacao-altino>.
20. Pizzol MMD, Esteves JF, Scocco CA, Roggia MF, Rosa CM, Lambert JHF et al. Catarata e diabetes mellitus tipo 1. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2008 jul/ago [acesso em 2009 maio 24];71(4):564-567. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/abo/v71n4/a18v71n4.pdf>.

21. Corradi EM, Araújo CA, Machado JR, Esteves MH. Caracterização de hipertensos de unidade de Saúde em Curitiba, Paraná. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 mar 05];2(3):245-51. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/348/344>.

22. Santana CQC, Santos CS, Santos JM, Paula F. Assistência de enfermagem a uma paciente em isolamento de contato por Klebsiella SPP. E com diagnóstico clínico de cetoacidose diabética. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 mar 08];2(4):341-6. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/325/321>.

23. Ferraz EVAP, Lima CA, Cella W, Arieta CEL. Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2002 [acesso em 2009 set 29];65(3):293-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v65n3/11585.pdf>.

24. Johansson AB, Lundh B. Bilateral phacoemulsification in same Day: 220 past cases. Br J Ophthalmol [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2009 set 27];87(3):285-90. Disponível em: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=14552718>.

25. Mattos AB, Bonomo PPO, Freitas LL, Farah ME, Flynn Junior. H, Pereira MB. Facoemulsificação, vitrectomia via pars plana e implante de lente intra-ocular em olhos com retinopatia diabética proliferativa. Arq bras oftalmol [periódico na Internet]. 2004 [acesso 2009 out 22];67(3):441-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492004000300014&script=sci_abstract&tlng=e.

26. Leaming DV. Practice styles and preferences of ASCRS members--2000 survey. American Society of Cataract and Refractive Surgery. J Cataract Refract Surg [periódico na Internet]. 2001 [acesso em 2009 jul 19];27(6):948-55. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11408146>

27. Rezende MSVM, Sperb RR, Tramina E, Souza SB, Ribeiro LEF, Dib O. Facoemulsificação sob anestesia tópica realizada por residentes do terceiro ano de oftalmologia. Rev bras oftalmol [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 ago 12];67(2):82-5b Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003472802008000200005&script=sci_abstract&tlng=pt.

29. Araujo MEXS, Chou AC, Silva CR, Oliveira LB, Neustein I. Facoemulsificação: resultados e complicações nos primeiros 100 olhos. Arq bras oftalmol [periódico na internet]. 2000 [acesso em 2009 ago 13];63(1):29-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492000000100006&script=sci_abstract&tlng=pt

30. Schor P, Uras R, Veitzman S. Óptica, Refração e Visão Subnormal (CBO). Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2008. 223p.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/05/21
Last received: 2011/10/10
Accepted: 2011/10/11
Publishing: 2011/11/01

Corresponding Address

Ana Lucia De Faria
Av. Imigrantes, 1032, Bloco 6, Ap. 13 –
Quiririm
CEP: 12043490 – Taubaté (SP), Brazil

ANEXO – Tabela de Snellen

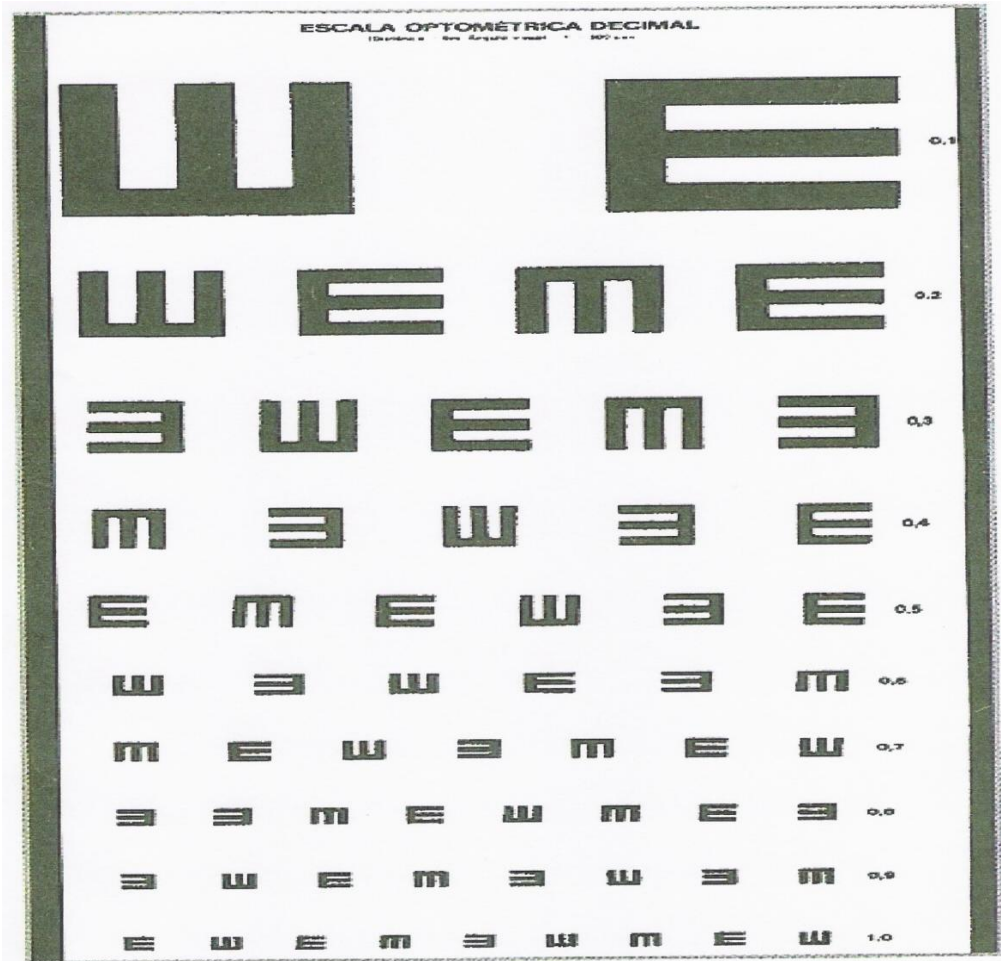


Figura 1. Tabela de optótipos de Snellen Fonte: Schor P, Uras R, Veitzman S.³⁰