

ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA A PACIENTES COM CATARATA E INDICAÇÃO DE CIRURGIA AMBULATORIAL - RELATO DE EXPERIÊNCIA*

Ana Maria Cárnio¹
Fernanda A. Cintra²
Jane Alice G. Tonussi³

RESUMO: Os pacientes com indicação de cirurgia ambulatorial necessitam de orientação pré-operatória. O estudo descreve um programa de orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial em um hospital de ensino. Utiliza como método a orientação sistematizada, por meio de reuniões com 15 pacientes cada e seus acompanhantes. Tem como objetivos, propiciar aos pacientes uma compreensão sobre a catarata, orientá-los sobre os cuidados peri-operatórios, possibilitar uma avaliação de enfermagem e contribuir para a redução do número de abstenções e suspensão de cirurgias. As autoras analisam as preocupações expressas pelos pacientes em relação à catarata, procedimento cirúrgico e cuidados pós-operatórios. Apontam as limitações encontradas e concluem que o programa é relevante para a participação mais efetiva do paciente e sua adesão ao tratamento.

UNITERMOS: Extração de Catarata - Cuidados Pré-operatórios - Cirurgia Ambulatorial - Hospitais Universitários

1. INTRODUÇÃO

A visão representa um dos sentidos de maior relevância na interação do homem com as pessoas e meio ambiente. Na complexa função visual, a transparência das estruturas oculares, no trajeto da luz, é fundamental para a obtenção de uma boa acuidade visual (AV). Qualquer opacidade ou alteração neste trajeto determina a queda da AV.

Estima-se que em nosso país, aproximadamente 1% da população seja deficiente visual, sendo que, as principais causas de cegueira são atribuídas aos vícios de refração não corrigidos e à catarata. A detecção precoce e o tratamento destes dois problemas permitem a recuperação total do indivíduo⁽⁵⁾.

A catarata pode ser definida como uma opacidade do cristalino, que consiste numa lente biconvexa, semisólida, avascular e quase na sua totalidade, transparente. O cristalino focaliza os raios luminosos na retina. Contudo, na presença de qualquer opacidade que impeça ou dificulte a

passagem da luz, este foco fica prejudicado, diminuindo, assim, a A.V.^(1,6).

Segundo KARA JOSÉ et al. ⁽⁵⁾ 2% da população brasileira de 50 anos são cegos por catarata, associada, ou não, a outra patologia ocular, e 1% dos portadores de catarata tem indicação cirúrgica.

Para a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE⁽⁷⁾ a catarata do tipo senil é a mais comum e representa, aproximadamente, 85% das cataratas. Este dado revela a prevalência desta afecção entre idosos, os quais, limitados pelas incapacidades e dependentes da família no cuidado à saúde, sofrem com a diminuição da AV. Além disso, a passividade com que indivíduos de baixo nível sócio-econômico encaram estes problemas, contribui para agravar o quadro. FRIEDLANER ⁽³⁾ considera que um fator significativo a ser considerado na perda da visão causada pela idade, é a admissão desta perda como um aspecto "normal" do processo de envelhecimento e que muito pouco pode ser feito.

* Trabalho apresentado no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Olinda, Recife - 1993 e no X X Congresso Panamericano de Oftalmologia, Quito, Equador - 1995.

¹ Enfermeira. Diretora do Serviço de Enfermagem dos Ambulatórios do Hospital de Clínicas-UNICAMP.

² Enfermeira. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP.
³ Enfermeira. Responsável pelo Ambulatório de Oftalmologia do Hospital de Clínicas - UNICAMP.

O ato cirúrgico consiste, para o paciente, num dos momentos mais críticos no processo terapêutico, tendo em vista o medo do desconhecido e da anestesia, a sua complexidade e o próprio risco inerente a qualquer procedimento desta natureza.

As cirurgias oftalmológicas, sob o ponto de vista bio-psico-social, destacam-se de outras especialidades, tanto pela importância da visão no relacionamento do homem com o ambiente em que vive, quanto por sua relevância na imagem do corpo, fundamental para a manutenção da integridade física e psicológica.

Em alguns serviços de saúde, particularmente nos hospitais de ensino, o enfermeiro realiza visitas pré-operatórias, procurando-se através desta metodologia minimizar o estresse que com frequência é desencadeado e leva à hipertensão arterial sistêmica, além de contribuir para a suspensão da cirurgia. A visita pré-operatória, nas cirurgias ambulatoriais, torna-se menos viável, uma vez que o paciente não permanece hospitalizado.

A orientação pré-operatória é considerada de grande importância para a colaboração do paciente no período peri-operatório. GRUENDMANN⁽⁴⁾, discorrendo sobre grupos de pacientes que serão submetidos a cirurgia, considera que é benéfica a reunião de indivíduos que enfrentarão situações que lhes causam medo, levando-se em conta que eles não se sentirão sós. Para a autora, a orientação em grupo apresenta vantagens em relação à individual, pois através da troca de idéias e ajuda mútua, os pacientes se adaptam com maior facilidade e são capazes de se expressar acerca de seu diagnóstico e cirurgia, obtendo também, apoio dos outros profissionais e técnicos.

No Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, as cirurgias de cataratas são, em sua maioria, em nível ambulatorial.

Inicialmente, os pacientes com indicação de cirurgia de catarata, após a consulta oftalmológica, eram, encaminhados à uma auxiliar de enfermagem para o agendamento da cirurgia e orientação quanto ao jejum e ao horário de comparecimento ao hospital.

Observou-se, contudo, que o número de abstenções e suspensão das cirurgias de catarata ambulatoriais permanecia elevado. As abstenções, nem sempre justificadas, ocorriam devido à falta de transporte ou de acompanhante, descompensação clínica do paciente e outras intercorrências. As suspensões, por sua vez, eram motivadas, em sua maioria, pelo aumento da pressão arterial sistêmica, ocasionado por altera-

ções no estado emocional do paciente, ou estavam relacionadas ao uso incorreto da medicação hipotensiva. Outros motivos estavam associados à falta de apresentação dos resultados dos exames laboratoriais (hemograma e glicemia) e eletrocardiograma (ECG), solicitados na consulta oftalmológica. A dosagem de glicemia, acima dos limites da normalidade, consistia também num importante fator para a suspensão do procedimento cirúrgico.

Frente a este quadro, elaboramos um programa de orientação pré-operatória aos pacientes portadores de catarata com indicação cirúrgica ambulatorial. Este programa se propõe a:

- propiciar aos pacientes uma compreensão básica sobre a catarata e o procedimento cirúrgico, visando a adesão ao tratamento.
- orientar os pacientes e acompanhantes sobre os cuidados peri-operatórios, com o intuito de evitar possíveis intercorrências e complicações cirúrgicas.
- possibilitar uma avaliação de enfermagem aos pacientes.
- contribuir para reduzir o número de abstenções e suspensão de cirurgias de catarata ambulatoriais.

2. DESENVOLVIMENTO.

As autoras vêm realizando este trabalho no ambulatório de Oftalmologia do HC da UNICAMP desde março de 1992.

Os pacientes, após a consulta oftalmológica na qual foi indicada a cirurgia de catarata em nível ambulatorial, são solicitados a providenciar os exames laboratoriais anteriormente mencionados, o ECG acompanhado de laudo médico e uma avaliação clínica pré-operatória, devendo trazê-los na reunião do Grupo de Orientação Pré-Operatória. Esta denominação foi necessária para facilitar o registro deste programa de orientação no HC da UNICAMP. Para as reuniões também é solicitado aos pacientes a presença de um acompanhante, a fim de facilitar a compreensão das orientações.

Devido à grande demanda de cirurgias, são realizadas três reuniões, semanalmente. Os grupos são constituídos de quinze pacientes/sala e seus acompanhantes. Os pacientes participam de uma reunião, apenas. Contudo, a presença é considerada pré-requisito para o agendamento da cirurgia proposta.

Na data marcada, antes da reunião, é mensurada a

pressão arterial sistêmica, são verificados os resultados dos exames laboratoriais e da avaliação clínico-cardiológica pré-operatória, anteriormente solicitados. Estes dados são registrados pela enfermeira no prontuário do paciente, acompanhados de observações de enfermagem relevantes para o procedimento cirúrgico. Em seguida, os pacientes e acompanhantes participam da reunião dirigida por uma das autoras.

As reuniões são desenvolvidas de forma sistemática, sofrendo pequenas alterações conforme a característica de cada grupo. Entretanto, procura-se abordar todo o seu conteúdo, previamente estabelecido pelas autoras. Para facilitar a participação, os pacientes são identificados por meio de um crachá e, durante a reunião, permanecem numa sala, sentados e formando um semicírculo; a enfermeira posiciona-se em frente a eles.

Inicialmente, a enfermeira apresenta-se, agradecendo a presença de todos e justificando o motivo da reunião. A seguir, solicita aos pacientes que relatem o conhecimento que têm sobre a catarata. Os pacientes, submetidos ou não à cirurgia, atribuem à catarata os seguintes conceitos: "...uma fumacinha que cobre a menina do olho", "...uma pelezinha que vai crescendo no olho", ou ainda, "...um calo que vai crescendo dentro do olho e tampando a visão". Esta semelhança de informação revela o escasso conhecimento que possuem sobre seus problemas de saúde, o que, por sua vez, contribui para a tomada de decisões, nem sempre corretas, no processo saúde-doença.

Em algumas reuniões, os pacientes são questionados sobre as alterações ocorridas em suas atividades diárias como decorrência da baixa AV. Dentre os relatos destacamos os seguintes: "...com a catarata fica difícil reconhecer as pessoas", "...eu gosto muito de ler e depois que apareceu a catarata tive que parar", "...eu parei de vender roupa na feira porque não conseguia mais enxergar valor do cheque ou do dinheiro", "...tem hora que choro porque quero lavar uma vasilha e não posso" e "...não enxergo o letreiro do ônibus e preciso pedir pra alguém ler para mim".

A seguir, a enfermeira, com o auxílio de um olho anatômico, identifica a catarata chamando a atenção para a sua formação e tratamento cirúrgico. Espera-se, dessa forma, contribuir para desmistificar alguns conceitos que muitas pessoas erroneamente, atribuem à catarata e seu tratamento. Observa-se, por exemplo, que vários pacientes referem que já fizeram uso de colírios caseiros para estacionar a catarata. Outros, incluindo alguns já operados, acreditam que o

olho é removido durante a cirurgia. Os seguintes comentários ilustram estas idéias: "...estava nervosa e com medo de que na cirurgia fosse tirado o olho. "...cheguei a colocar remédio caseiro", "...pensei que tirasse o olho, mas ia operar porque queria enxergar".

Feitas estas considerações, a enfermeira orienta-os a respeito do procedimento peri-operatório, enfatizando os cuidados necessários durante o período pós-cirurgia, uma vez que, este será realizado fora do ambiente hospitalar. As informações dadas estão contidas num impresso que, ao término da reunião, é entregue aos pacientes (Anexo).

Posteriormente, solicita-se um voluntário dentre o grupo de pacientes, para se fazer uma demonstração quanto a instilação de colírios, limpeza ocular e colocação de oclusor oftálmico.

Ao final da reunião, os pacientes são encaminhados para o agendamento da cirurgia proposta. Aqueles que apresentam descompensação clínica e/ou exames clínicos incompletos, recebem da enfermeira uma orientação individualizada. Os problemas mais comuns estão relacionados ao aumento da glicemia e dos níveis da pressão arterial sistêmica.

No decorrer das reuniões, muitas dificuldades são expressas pelos paciente e acompanhantes. Dentre elas, destacam-se: os cuidados pré e pós-operatórios, medo da anestesia e da dor, além do interesse em conhecer os fatores desencadeantes da catarata.

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Desde a implantação deste programa, as autoras têm obtido alguns resultados positivos. Em relação às orientações, percebe-se, ao final das reuniões, entusiasmo entre os pacientes, manifestado através das seguintes falas: "...foi muito bom, animou mais a gente", "...foi muito tranquilizante", "estou mais esclarecida". Alguns pacientes já operados de catarata de um olho e que não participaram anteriormente deste programa, relatam que, se tivessem recebido estas orientações na ocasião da primeira cirurgia, estariam mais tranquilos e teriam sido mais cautelosos em relação aos cuidados pós-operatórios.

Além disso, observa-se uma redução no número de infecções e traumas pós-operatórios, bem como de abstenções na data da cirurgia e nos retornos ao ambulatório de Oftalmologia. Conside-

rando-se algumas dificuldades encontradas para a obtenção de informações que possibilitassem uma análise estatística, não dispomos, até o presente momento, de dados que comprovem as afirmações acima mencionadas. Todavia, elas fundamentam-se na observação diária e em depoimentos de vários oftalmologistas, que consideram este trabalho de grande importância para o prognóstico, tendo em vista o conhecimento adquirido pelos pacientes e sua adesão ao tratamento. Em decorrência disto, médicos de outras sub-especialidades como glaucoma, retina e estrabismo, têm solicitado a implantação deste programa para pacientes que serão submetidos às respectivas cirurgias ambulatoriais.

O comparecimento à reunião, ocorrendo apenas numa única data, é considerado pelas autoras como uma limitação à participação dos pacientes no programa, uma vez que isto requer o deslocamento dos doentes e seus acompanhantes, o que, por sua vez, implica em despesas financeiras e disponibilidade de tempo. Muitos deles pertencem à classe média-baixa e dependem do transporte fornecido pelo serviço público de saúde da cidade de procedência.

A maioria dos pacientes é idosa e encontra-se na faixa etária superior a sessenta anos. Muitos, além de apresentarem baixa AV e necessitarem de auxílio para a deambulação, têm ainda limitações físicas que dificultam sua permanência na reunião. Por outro lado, acreditamos que a presença daqueles mais idosos e com visão bastante comprometida, é relevante para que se sintam envolvidos e participantes do processo terapêutico. A idade avançada, ao contrário do que muitos crêem, não deve impedir ao idoso a aquisição de conhecimento sobre sua saúde e doença.

De maneira geral, as reuniões têm duração de uma hora e trinta minutos. Este tempo nem sempre é suficiente para abordar o conteúdo pré-estabelecido e possibilitar a participação de todos. COCCO⁽²⁾, analisando a prática educativa do enfermeiro em saúde coletiva considera que, *"a participação da clientela é mais efetiva e cria vínculos com profissionais e com a instituição, quando é permitido que fale espontaneamente, que participe dos grupos, mesmo dentro de conteúdos programáticos pré-determinados"*. Em nosso trabalho procuramos incentivar a participação dos pacientes. Entretanto, notamos que ela é feita de forma natural e, com maior frequência, entre

aqueles que têm alguma escolaridade e pertencem a uma classe social mais elevada. COCCO⁽²⁾ revela que na representação dos usuários dos grupos estudados *"o conhecimento, o saber, dito científico, é do profissional, a clientela nada sabe"*. Segundo a autora, existe no discurso da clientela *"um não conhecimento, seja pela idade jovem, seja pela condição de classe subalterna que não lhe permite ter acesso a um conhecimento teórico sobre saúde"*.

No programa que desenvolvemos, além da condição de classe média-baixa, a maioria dos pacientes, como dissemos anteriormente, é idosa. Numa sociedade capitalista que privilegia o jovem por sua capacidade de produção, o idoso é marginalizado devido a suas limitações físicas e sócio-econômicas. A diminuição da AV contribui para agravar este quadro, posto que eles se tornam dependentes da família, inclusive no cuidado à saúde. No decorrer das reuniões, muitos lamentam a queda ou perda da visão afirmando que *"não suportam mais depender de outras pessoas"* para o auxílio nas atividades diárias. Esta dependência parece impulsioná-los à cirurgia de catarata. Acreditam que, com o restabelecimento da visão, possam recuperar a independência comprometida pelo problema ocular.

Os grupos, como dissemos, são constituídos de quinze pacientes/cada e seus acompanhantes, o que representa um número elevado de pessoas para que se dê uma efetiva participação de todos. Um único encontro com as enfermeiras não permite a compreensão de todas as informações dadas, entretanto, nele é consentido, aos pacientes e acompanhantes, fazer perguntas e esclarecer dúvidas, o que parece ser quase impossível numa consulta médica.

Apesar destas limitações, as autoras consideram que a presença dos pacientes neste programa é significativa, pela possibilidade de se realizar uma avaliação de enfermagem. Vale ressaltar, que muitos pacientes desconhecem que são diabéticos, cardiopatas e hipertensos, até serem examinados clinicamente, por um médico, na avaliação pré-operatória. Na data da reunião, as enfermeiras enfatizam a importância da adesão ao tratamento clínico e orientam quanto ao controle da glicemia, hipertensão arterial sistêmica e outros cuidados que se fizerem necessários.

As autoras concluem, assim, que este programa de orientação pré-operatória para pacientes com indicação de cirurgia de catarata, em nível ambulatorial, é importante para o desenvolvimento adequado de cuidados peri-operatórios, participação mais efetiva do paciente e sua adesão ao tratamento.

ABSTRACT: The study describes the nursing care of patients with cataract before they are submitted to ambulatory surgery. The procedure involves a systematic orientation program which is being developed by the authors, in groups with 15 patients each. The objectives are: to provide technical advice on cataract, to instruct the patients as to nursing orientation care, to enable a nursing evaluation of these patients and to help reducing the number of absent patients and cancelled surgeries. The authors analyze the patients' concerns with their ocular problem, their surgery and post-operative care. The limitations were pointed out, concluding that the program is relevant for the patient with a more effective participation and adherence to the treatment.

KEYWORDS: Cataract extration - preoperative care - Ambulatory surgery - Hospitals, university

REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS

- 1 - BOYD-MONK, H., STEINMETZ III, C.G. *Nursing care of the eye*. Los Altos, Appleton & Lange, 1987. cap.15, p.237-49: The lens.
- 2 - COCCO, M.I.M. *A ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva*, Campinas, 1991, 160p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.
- 3 - FRIEDLANDER, E. Vision y envejecimiento: una preocupación creciente. *Salud Publica Ocular*, v.0, n.0, p.17-20, 1990.
- 4 - GRUENDMANN, B. Preoperative group sessions, part of nursing process. *AORN J.*, v.26, n.2, p. 257-62, 1977
- 5 - KARA JOSÉ, N. et al. *Projeto Sightfirst*. Manual de procedimentos, 1991.
- 6 - NEWELL, F.W. *Oftamologia: principios y conceptos*. 4 ed. Londres: C.V. Mosby Company, 1981. cap.19, p.381-99: Cristalino.
- 7 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategias para la prevención dela ceguera en programas nacionales*. Ginebra, 1984.

Encaminhado para publicação em 12/10/94.
Aprovado para publicação em 14/2/95.

ANEXO

CUIDADOS EM RELAÇÃO A CIRURGIA DE CATARATA DISCIPLINA DE OFTALMOLOGIA - FCM - UNICAMP.

CUIDADOS ANTES DA CIRURGIA

1. Providenciar estadia próxima a Campinas para o pós-operatório, o qual deve durar, aproximadamente, 30 dias, além de controles com 2 ou 3 meses após a cirurgia.
2. Providenciar acompanhante e condução para o dia da cirurgia.
3. Não fumar na semana anterior e após a cirurgia.
4. Tratar gripes e resfriados, desde o início, para evitar tosse durante e após a cirurgia.
5. Evitar uso de bebidas alcoólicas nos dias que antecedem, e também durante e após a fase de cicatrização da cirurgia.
6. Fazer exames laboratoriais e clínico com algumas semanas de antecedência, para repeti-los ou tratar em tempo algum problema detectado. Os exames pré-operatórios serão aceitos por 4 meses para cirurgia com anestesia local, e por 2 meses para cirurgia com a anestesia geral.
7. Tomar os remédios como de costume e comunicar ao médico que vai operá-lo os nomes destes medicamentos.
8. Na noite anterior não deixe de tomar medicamentos relaxantes ou para dormir, se fizer uso rotineiro.
9. Caso não possa comparecer, favor avisar com antecedência (pelo telefone 39-7936). A falta de aviso com antecedência implicará no aumento do prazo de marcação da próxima cirurgia.

CUIDADOS NO DIA DA CIRURGIA

1. Tomar banho e lavar bem a cabeça, sobrancelhas, etc. Os homens devem fazer a barba.
2. Não usar maquiagens, nem cremes.
3. Não usar jóias ou bijouterias (relógios, aliança, brinco, etc.).
4. Não usar roupa que necessite ser retirada pela cabeça.
5. Não usar sapato de salto alto.
6. Ficar em jejum somente 3 horas antes da cirurgia.
7. Não esquecer de tomar a medicação habitual (caso faça uso).
8. Comparecer ao hospital 1 (uma) hora antes da cirurgia, com um acompanhete.
9. Trazer os resultados dos exames solicitados.

CUIDADOS APÓS A CIRURGIA

1. Repouso relativo no primeiro dia. Pode sentar-se para as refeições e ir ao banheiro.
2. A alimentação deverá ser leve (sopa, leite, frutas, etc.) no dia da cirurgia. Após o primeiro dia, poderá alimentar-se como de costume.
3. Proteger o olho na hora do banho (10 dias).

4. Não remover o curativo no dia da cirurgia.
5. Trocar o curativo diariamente, colocá-lo à noite por 10 dias,
6. Fazer a limpeza do olho, sem apertá-lo, usando água fria (anteriormente fervida).
7. Usar os colírios nos horários recomendados na receita médica (a partir do dia seguinte da cirurgia) colocando uma gota de cada, com intervalo de 5 a 10 minutos, quando coincidir o horário. Conitnuar com a medicação habitual, salvo orientação específica.
8. Evitar traumas.
9. Tomar cuidado com: crianças, tapetes pequenos, animais domésticos e escadas.
10. Não fazer esforços físicos ou abaixar a cabeça (inclusive para amarrar os sapatos, apanhar objetos no chão, etc) durante 1 mês.
11. Não fazer força para vomitar e/ou evacuar.
12. Não coçar o olho operado.
13. Não cozinhar, não regar plantas, principalmente aquelas que estejam no alto (15 dias ou mais).
14. Não dormir do lado operado (2 semanas).
15. Não lavar a cabeça (1 semana).
16. Não andar de carro sem o cinto de segurança.
17. Não maquiar-se, nem usar cremes ou loção (1 mês).
18. Não tingir o cabelo (1 mês).
19. Não carregar peso (1 mês).
20. Não dirigir (2 meses).
21. Não praticar esportes (natação, futebol, etc. 2 meses).
22. Abstenção sexual (30 dias ou mais).
23. Não faltar aos retornos marcados.
24. Em caso de algum problema, procurar o hospital, independente do dia ou hora. Após as 19:00 horas e aos sábados, domingos e feriados ir ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas - UNICAMP, que atende por 24 horas.