

Importância do centro cirúrgico ambulatorial para a realização de cirurgias de catarata em larga escala

Embora a cirurgia de catarata seja um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados, a catarata ainda é a principal causa de cegueira no mundo⁽¹⁾. Estimativas apontam que, para o Brasil compensar o surgimento de novos casos de catarata, seria necessária a realização de cerca de 500 mil cirurgias por ano. Segundo dados do Ministério da Saúde, foram realizadas em 2002, pelo sistema público de saúde, aproximadamente 300.000 cirurgias de catarata, quantidade insuficiente para a necessidade nacional⁽²⁾.

Para aumentar a quantidade de cirurgias de catarata realizadas, é necessário aumentar a demanda nos serviços especializados, agindo tanto por meio de ações facilitadoras do acesso de pacientes ao tratamento, como de otimização da capacidade cirúrgica dos hospitais.

Assim, com relação aos pacientes, faz-se necessário:

- conscientizar a população sobre a doença e a possibilidade de cura, estimulando a procura pelo tratamento⁽³⁻⁸⁾;
- promoção de cirurgia economicamente acessível⁽²⁻⁹⁾;
- oferta de cirurgia de boa qualidade, que proporcione resultados satisfatórios, utilizando novas tecnologias, e estimule a procura pelo tratamento^(2,10-18).

Para melhorar a eficiência dos serviços especializados, por meio de otimização de recursos, são necessários:

- distribuição de maior número de cirurgias para cada cirurgião⁽¹⁹⁾;
- aumento de número de procedimentos em cada sala cirúrgica⁽²⁰⁾.

Arieta et al. (1996), a fim de otimizar o aproveitamento do primeiro centro cirúrgico ambulatorial para cirurgias de catarata do Brasil, propuseram em 1992, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (HC – UNICAMP), a adoção de algumas medidas⁽²¹⁾:

- aumento no número de consultas de triagem pré-cirúrgicas;
- maior flexibilidade da equipe cirúrgica, com inclusão de cirurgiões substitutos;
- marcação de cirurgias adicionais para substituírem as suspensas;

Quanto ao resultado da adoção dessas medidas, houve um aumento de 39,9% no número de cirurgias de catarata realizadas. Tais cirurgias adicionais não aumentaram os custos hospitalares fixos, tendo sido apenas consequência da maior eficiência no uso dos recursos já existentes. O aumento no número de cirurgias realizadas reduz o custo unitário da cirurgia, possibilitando assim, o aumento do volume cirúrgico com mínimo aumento das despesas⁽²¹⁻²²⁾.

Em 1998, por iniciativa do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, do Governo Federal (Ministério da Saúde) e com o auxílio das escolas de medicina, foi instituída a Campanha Nacional de Catarata. O acesso ao tratamento foi facilitado com a realização de Projetos-Catarata em todo o país^(22,23).

Com o intuito de colaborar com a política nacional e a necessidade social de diminuir a prevalência da cegueira por catarata, além do interesse em melhorar as condições de ensino da cirurgia, criamos no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) em 1999, um centro cirúrgico ambulatorial (CCA), nos mesmos moldes do HC-UNICAMP. Esta unidade especializada em cirurgias de catarata por facoemulsificação em larga escala oferece à população necessitada tratamento com os melhores insumos disponíveis e oportunidade de treinamento supervisionado e de qualidade para novos cirurgiões. Em 10 anos de funcionamento, 201 oftalmologistas foram treinados no CCA-USP para realizar cirurgias de catarata^(24,25).

Com o CCA, o número de cirurgias de catarata realizadas anualmente no HC-FMUSP passou de 836 em 1998, para 5.078 em 2005. Estimulamos a produtividade dos médicos e do pessoal auxiliar envolvido no atendimento, otimizamos o centro cirúrgico e facilitamos o acesso da população necessitada ao hospital por meio de mutirões continuados (Projetos-Catarata)^(24,25).

O número de cirurgias realizadas anualmente no CCA-USP a partir de 2005 está demonstrado na tabela 1, evidenciando a importância dos centros cirúrgicos ambulatoriais e de sua otimização para a

realização de um grande número de cirurgias de catarata, constituindo um fator fundamental para a expectativa de se minimizar a cegueira por catarata no Brasil.

Tabela 1

Distribuição do número de cirurgias realizadas anualmente no centro cirúrgico ambulatorial do HC-FMUSP

Ano	Número de cirurgias (média mensal)
2005	5.078 (423,20)
2006	4.950 (412,50)
2007	6.092 (507,70)
2008	4.447 (370,60)
2009	4.668 (390,10)

Newton Kara-Junior

Professor colaborador livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Chefe do Setor de Catarata do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP - São Paulo (SP), Brasil

REFERÊNCIAS

- Leaming DV. Practice styles and preferences of ASCRS members--1998 survey. *J Cataract Refract Surg.* 1999;25(6):851-9.
- Marback R, Temporini E, Kara Junior N. Emotional factors prior to cataract surgery. *Clinics.* 2007;62(4):433-8.
- Temporini ER, Kara Junior N, José NK, Holzchuh N. Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(3):343-9.
- Kara-Junior N, Santhiago MR, Parede TR, Espindola RF, Mazurek MG, Germano R, Kara-José N. Influência da correção cirúrgica da catarata na percepção laborativa. *Arq Bras Oftalmol.* 2010;73(6):491-3.
- Marback RF, Temporini ER, Kara-Junior N. Cirurgia de catarata: características e opiniões de pacientes com visão mono versus binocular. *Arq Bras Oftalmol.* 2010;73(5):399-404.
- Santhiago MR, Gomes BA, Kara-José Junior N, Silva NP, Navarrete CP, Crema AS, et al. Facetomia na infância: quem são nossos pacientes? *Rev Bras Oftalmol.* 2009;68(3):134-7.
- Santhiago MR, Molina LA, Kara-Junior N, Gomes BA, Bertino PM, Mazurek MG, et al. Perfil do paciente com ceratopatia bolhosa pós-facetomia atendidos em hospital público. *Rev Bras Oftalmol.* 2009;68(4):201-5.
- Sirtoli MG, Santhiago MR, Parede TR, Espindola RF, Carvalho R de S, Kara-Jr N. Phacoemulsification versus extracapsular extraction: governmental costs. *Clinics (São Paulo).* 2010;65(4):357-61.
- Kara-Junior N, Parede TR, Santiago MR, Espindola RF, Mazurek MG, Carvalho RS. Custo social de duas técnicas de cirurgia de catarata no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(5):957-62.
- Kara-Junior N, Temporini ER, Kara-José N. Cataract surgery: expectations of patients assisted during a community project in São Paulo, state of São Paulo, Brazil. *Rev Hosp Clín Fac Med Univ São Paulo.* 2001;56(6):163-8.
- Nakano CT, Hida WT, Kara-José Junior N, Motta AF, Reis A, Pamplona M, et al. Comparison of central corneal edema and visual recovery between liquefaction and conventional phacoemulsification in soft cataracts. *Rev Bras Oftalmol.* 2009;68(1):7-12.
- Santhiago MR, Netto MV, Barreto J, Gomes BA, Schaefer A, Kara-Junior N. Wavefront analysis and modulation transfer function of three multifocal intraocular lenses. *Indian J Ophthalmol.* 2010;58(2):109-13.
- Kara-José Junior N, Santhiago MR. Lentes esféricas: avaliação da indicação clínica e das opções de lentes. *Rev Bras Oftalmol.* 2009;68(3):175-9.
- Nakano CT, Hida WT, Kara-José Junior N, Motta AF, Fante D, Masson VF, et al. Comparison between OPD-scan results and contrast sensitivity of three intraocular lenses: spheric AcrySof SN60AT, aspheric AcrySof SN60WF and multifocal AcrySof Restor lens. *Rev Bras Oftalmol.* 2009;68(4):216-22.
- Santhiago MR, Netto MV, Barreto Junior J, Gomes BA, Schaefer A, Kara-Junior N. A contralateral eye study comparing apodized diffractive and full diffractive lenses: wavefront analysis and distance and near uncorrected visual acuity. *Clinics.* 2009;64(10):953-60.
- Hida WT, Yamane IS, Motta AF, Silva MT, Alves E, José Junior NK, Nakano CT. Comparação da análise de frente de onda e da sensibilidade ao contraste em olhos pseudofácicos com implante de lentes intra-oculares esférica e esférica. *Rev Bras Oftalmol.* 2008;67(3):119-24.
- Barreto Junior J, Primiano Junior H, Espindola RF, Germano RAS, Kara-Junior N. Cirurgia de catarata realizada por residentes: avaliação dos riscos. *Rev Bras Oftalmol.* 2010;69(5):301-5.
- Kara-Junior N, Santhiago MR, Kawakami A, Carricondo P, Hida WT. Mini-rhexis for white intumescent cataracts. *Clinics.* 2009;64(4):309-12.
- Kara-José Junior N, Avakian A, Lower LM, Rocha AM, Cursino M, Alves MR. Phacoemulsificação versus extração extracapsular manual do cristalino: análise de custos. *Arq Bras Oftalmol.* 2004;67(3):481-9.
- Kara-José Junior N, Cursino M, Whitaker E. Cirurgia de catarata: otimização de centro cirúrgico com utilização de pacote cirúrgico pré-montado. *Arq Bras Oftalmol.* 2004;67(2):305-9.
- Arieta CE, Kara-José N. Otimização de recursos e cirurgia ambulatorial de catarata. In: Kara-José N, organizador. *Prevenção da cegueira por catarata.* Campinas: UNICAMP; 1996. p. 37-44.
- Leite Arieta CE, José NK, Carvalho Filho DM, Ruiz Alves M. Optimization of a university cataract-patient care service in Campinas, Brazil. *Ophthalmic Epidemiol.* 1999;6(1):113-23.
- Kara-José N, Temporini ER. Catarata e cegueira: epidemiologia e prevenção. In: Arieta CE, editor. *Cristalino e catarata.* Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002. p.49-56.
- Kara-José N, Bicas HE, Carvalho RS. Cirurgia de catarata: necessidade social. São Paulo: C&D - Editora e Gráfica; 2008. p. 45-6.
- Kara-Junior N, Espindola RF. Evolução e viabilização de um centro cirúrgico ambulatorial para cirurgias de catarata em larga escala em um hospital universitário. *Arq Bras Oftalmol.* 2010;73(6):494-6.