

MARIZA CAVALCANTE FERREIRA LINO

***CATARATA INFANTIL – ABORDAGEM DE ENFERMAGEM
NA CIRURGIA AMBULATORIAL***

CAMPINAS

2003

MARIZA CAVALCANTE FERREIRA LINO

**CATARATA INFANTIL - ABORDAGEM DE ENFERMAGEM
NA CIRURGIA AMBULATORIAL**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

ORIENTADORA: Profa Dra Izilda Esmênia Muglia Araújo.

CAMPINAS

2003

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

L649c Lino, Mariza Cavalcante Ferreira
Catarata infantil – Abordagem de enfermagem na cirurgia
ambulatorial / Mariza Cavalcante Ferreira Lino. Campinas, SP
: [s.n.], 2002.

Orientador : Izilda Esmênia Muglia Araújo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

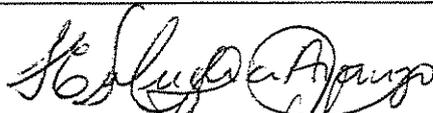
1. *Catarata em crianças. 2. *Enfermagem perioperatória. I.
Izilda Esmênia Muglia Araújo. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Izilda Esmênia Muglia Araújo

Membros:

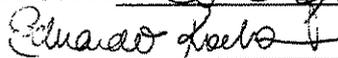
1. Prof^a Dr^a Izilda Esmênia Muglia Araújo



2. Prof^a Dr^a Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa



3. Prof. Dr. Eduardo Melani Rocha



**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 27/02/2003

200419856

Dedicatória

*Ao Vicente, à Juliana, Gabriela e Isabela,
minha família, expressão maior de meu amor!*

*Ao meu amado filho, Rafael, in memoriam,
vivo na certeza de um dia nos reencontrarmos!*

*À minha família, nordestina, que mesmo de
longe sempre me incentivou e apoiou!*

*À minha orientadora, Profa Dra Izilda
Esmênia Muglia Araújo, pela confiança e por
me ajudar na construção de um novo olhar
sobre mim mesma!*

*À minha amiga, enfermeira Valéria Henriqueta
Magdaleno, pela participação e incentivo,
presença marcante em minha vida!*

AGRADECIMENTOS

A Deus pai, sem o qual nada é possível.

Às crianças e seus pais ou responsável, pela inestimável colaboração na construção deste trabalho.

Às enfermeiras Rosaura Antonieta de Azevedo Faria e Beatriz Helena Bolsonaro Pereira de Souza, companheiras de trabalho, pela cooperação para que este trabalho fosse concluído.

Aos Professores Doutores Fernanda Aparecida Cintra e Eduardo Melani Rocha, pela valiosa orientação na elaboração deste trabalho.

Aos funcionários de Enfermagem do centro cirúrgico ambulatorial, Hospital de Clínicas da Unicamp, minha equipe, pelo incentivo.

Aos funcionários do serviço de convocação do Serviço Social do Hospital de Clínicas da Unicamp, pela valiosa colaboração.

Aos funcionários de Enfermagem e residentes do Ambulatório de Oftalmologia do Hospital de Clínicas da Unicamp, pela valiosa colaboração.

À funcionária Cleide Aparecida Moreira Silva, do serviço de estatística da Comissão de Pesquisa da FCM-Unicamp, pela valiosa contribuição na análise dos dados.

Ao Wagner José da Silva, pela confecção gráfica deste trabalho.

À Sueli Maria Gomes, por ajudar-me na interpretação dos dados.

À Márcia Santinon, pela valiosa colaboração e socorro nas questões relativas à informática.

À anestesista, Maria Edviges Cardoso, pela ajuda nas questões relativas à língua inglesa.

A todos os amigos que me apoiaram, mesmo de longe, no caminhar da elaboração e conclusão deste trabalho.

...Ora, não percebeis que com os olhos alcançais toda a beleza do mundo? O olho é o senhor da astronomia e o autor da cosmografia; ele desvenda e corrige toda a arte da humanidade; conduz os homens às partes mais distantes do mundo; é o príncipe da matemática, e as ciências que o têm por fundamento são perfeitamente corretas. O olho mede a distância e o tamanho das estrelas; encontra os elementos e suas localizações; ele...deu origem à arquitetura, à perspectiva, e à divina arte da pintura. Ó coisa admirável, superior a todas as outras criadas por Deus!...Que povos, que línguas poderão descrever completamente a sua função! O olho é a janela do corpo humano pela qual ele abre os caminhos e se deleita com a beleza do mundo. Por causa do olho a alma se compraz em ficar presa ao corpo, pois sem ele essa prisão seria uma tortura.

Leonardo Da Vinci (1452-1519)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
1. INTRODUÇÃO	33
1.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	35
1.2. A CATARATA INFANTIL.....	39
1.3. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E A REUNIÃO EM GRUPO COM OS PAIS OU RESPONSÁVEL.....	5 3
2. OBJETIVOS	57
3. SUJEITOS E MÉTODOS	61
3.1. LOCAL DO ESTUDO.....	63
3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	63
3.2.1. Critérios de inclusão na amostra.....	64
3.2.2. Critérios de exclusão na amostra.....	64
3.3. ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, DE INFORMAÇÕES, DE ORIENTAÇÕES E A REUNIÃO EM GRUPO	65
3.3.1. Instrumento de coleta de dados do pré-operatório.....	66
3.3.2. Instrumento de informações sobre a catarata infantil.....	69
3.3.3. Instrumento de orientações e cuidados para a cirurgia de catarata infantil.....	70
3.3.4. Reunião em grupo.....	70
3.3.4.1. Organização e estratégia do grupo.....	70

3.3.4.2. Desenvolvimento da reunião.....	73
3.3.5. Instrumento de coleta de dados do pós-operatório.....	74
3.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	77
3.4.1. Etapas para a orientação perioperatória.....	77
3.4.2. Intercorrências no período de coleta de dados.....	78
4. RESULTADOS.....	83
4.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	85
4.2. DADOS REFERENTES À CIRURGIA, AO CONHECIMENTO E À EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS DOS PAIS OU RESPONSÁVEL.....	85
5. DISCUSSÃO.....	99
6. CONCLUSÃO.....	117
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
8. ANEXOS.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS

ASA	American Society of Anesthesiology
Avó m	Avó materna
Avô m	Avô materno
Avó p	Avó paterna
Avô p	Avô paterno
CCA	Centro Cirúrgico Ambulatorial
EECPOD	Extração extracapsular com implante de lente intra-ocular no olho direito
EECPOE	Extração extracapsular com implante de lente intra-ocular no olho esquerdo
EECPSOD	Extração extracapsular simples no olho direito
EECPSOE	Extração extracapsular simples no olho esquerdo
LIO	Implante de lente intra-ocular
OMS	Organização Mundial de Saúde
Tio m	Tio materno
PO	Pós-operatório

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1: Distribuição da frequência das intercorrências no período de coleta de dados.....	81
Tabela 2: Distribuição da frequência das respostas das mães às alternativas sobre o problema visual na criança e tratamento, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	94
Tabela 3: Distribuição da frequência das respostas das mães às alternativas sobre os cuidados com a criança antes da cirurgia, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	96
Tabela 4: Distribuição da frequência das respostas das mães às alternativas sobre os cuidados com a criança após a cirurgia, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	97

LISTA DE FIGURAS

	<i>PÁG.</i>
Figura 1: Distribuição da frequência de cirurgias propostas e realizadas.....	86
Figura 2: Distribuição da frequência das respostas do problema visual na criança, apontado pelas mães, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios e hipótese diagnóstica.....	87
Figura 3: Distribuição da frequência, em percentual, das respostas das mães para a fonte de identificação do problema visual na criança, nas entrevistas no período pré-operatório.....	88
Figura 4: Distribuição da frequência, em percentual, das respostas das mães da existência de outra pessoa com catarata na família, nas entrevistas no pré-operatório.....	89
Figura 5: Distribuição da frequência das repostas das mães sobre os sentimentos manifestados em relação à cirurgia na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	90
Figura 6: Distribuição da frequência das respostas das mães sobre a preocupação em relação à cirurgia na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	91
Figura 7: Distribuição da frequência das respostas das mães quanto ao oferecimento de informações sobre o problema visual na criança e o entendimento dessas, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	92
Figura 8: Distribuição da frequência das repostas das mães às informações recebidas sobre o tratamento na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	93

Figura 9:	Distribuição da frequência das respostas das mães sobre o oferecimento de informações dos cuidados com a criança antes e após a cirurgia, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios...	95
Figura 10:	Distribuição da frequência das respostas das mães à previsão e o encontro de dificuldades no cuidado com a criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.....	98



RESUMO

A respeito dos cuidados perioperatórios do paciente cirúrgico ambulatorial, chamam a atenção os pacientes submetidos à cirurgia para extração da catarata infantil, provenientes do ambulatório de oftalmologia, pelo desconhecimento manifesto no pré-operatório imediato, dos seus pais/responsável sobre a afecção ocular, indicação cirúrgica e aos cuidados perioperatórios com a criança. Acredita-se que essa falta de informações suscita o aparecimento de temores e dificuldades no cuidado com a criança no período que antecede à cirurgia e no pós-operatório no domicílio. Os estudos relatam a seriedade do problema das cataratas em crianças quanto às implicações visuais e sociais, apontando a participação dos pais como de extrema importância, no difícil tratamento e enfatizam a necessidade de orientação dos mesmos. O presente estudo teve como objetivos: verificar o conhecimento prévio dos pais/responsável sobre a afecção ocular e cuidados perioperatórios na criança portadora de catarata; identificar as dificuldades e expectativas dos pais/responsável perante a cirurgia; elaborar instrumentos de informação e orientação quanto à catarata e aos cuidados perioperatórios; realizar uma reunião em grupo com os pais/responsável e verificar o conhecimento apreendido e o auxílio da reunião em grupo e dos instrumentos de informação e orientação, nos cuidados com a criança antes e após a cirurgia. Fizeram parte do estudo dez mães cujas crianças preencheram os critérios de inclusão na amostra. Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista com as mães no período pré-operatório, no dia da indicação da cirurgia, uma reunião em grupo 15 dias antes da cirurgia e uma outra entrevista com elas no 5º dia do pós-operatório, em ambas, seguindo um instrumento elaborado previamente. Para a reunião em grupo utilizou-se uma estratégia que procurou contemplar alguns pressupostos das “Aulas vivas” de MASETTO (1992), cuja abordagem privilegia a interação e a participação do adulto no processo de ensino-aprendizagem. Com base nos resultados obtidos, no pré-operatório, as mães apresentaram um conhecimento razoável quanto à afecção ocular e aos cuidados perioperatórios com a criança; as expectativas delas refletiam sentimentos de angústia e de indefinição, a preocupação estava relacionada a todas as fases do período perioperatório e havia uma previsão de dificuldades no cuidado com a criança tanto no pré como no pós-operatório. Após a reunião em grupo e a entrega dos folder verificou-se a melhora das respostas em relação às alternativas relacionadas à afecção ocular, tratamento, sentimentos e cuidados perioperatórios com a

criança. Conforme relato das próprias mães, elas não encontraram dificuldades no cuidado com a criança nem antes nem após a cirurgia.



ABSTRACT

About patients' perioperative care at an Ambulatory Surgery Center, usually there is a complete fault of knowledge, specially in relation to the cataract surgery in infants, when their parents are questioned about the immediate preoperative period, regarding the primary care prior and after the surgery, surgical indication and the ocular affection. It is believed that this lack of knowledge is responsible for the fears and care difficulties in dealing with the children before the surgery and after surgery at home. There are studies stating the severity of the problems regarding the visual and social implications of the cataract in children and indicating crucial participation of the parents in the problems and the importance of parental orientation. The objectives of the present study were to verify the previous knowledge of children's parents about their ocular affection and perioperative cares in cataract disease; to identify the parents' difficulties and expectations towards the surgery; to elaborate information and orientation brochures directed to clarify the cataract disease and perioperative care; to create a group meeting with the parents; to verify the knowledge and the usefulness of the group meeting and the information and orientation brochures in the perioperative care of the children. The study population was composed by ten mothers whose children fulfilled the inclusion criteria. For data collection an interview with the mothers was made after the cataract surgery indication in the ophthalmology department. There was also a group meeting fifteen days prior to the surgery and another interview five days following the surgery, and all questions were based on a previous elaborated questionnaire. The group meeting was based on Masseto's propositions, where he points out the interaction and participation of the adults in the learning and teaching procedures. Data analysis has shown that the mothers had a reasonable degree of knowledge about ocular affection and perioperative cares, and it has been also noted that they had anxiety and uncertainties towards all the perioperative period. After the group meeting and the offer of the brochures there was an increase in the knowledge about the ocular affection, its treatment and the postoperative cares. The data suggest that the group meeting and the information and orientation brochures about cataract and perioperative cares were useful to the mothers, because they contribute to the better diminution of their anxiety and uncertainties; the mothers's preoccupation direct to only a few items of perioperative period. The mothers reported that they hadn't difficulties in care with the children neither before nor after surgery.



1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para o enfermeiro de Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA), existe a preocupação com respeito aos cuidados perioperatórios do paciente cirúrgico ambulatorial.

Em particular, chamam a atenção os pacientes submetidos à cirurgia para extração da catarata infantil provenientes do ambulatório de oftalmologia, que se encontram na faixa etária de zero a sete anos. Ao serem recepcionados e preparados para a cirurgia no CCA, percebe-se que seus pais ou responsável, em geral, desconhecem informações sobre a afecção ocular, a indicação cirúrgica e os cuidados perioperatórios. Este fato é constatado no pré-operatório imediato, pelas perguntas formuladas por eles à equipe de enfermagem, como as que se seguem: “Vai dar anestesia na coluna da minha filha?”; “Vai ter que abrir o olho do meu filho para fazer a cirurgia?”; “Que anestesia meu filho vai tomar?” Acredita-se que essa falta de informações suscita o aparecimento de temores e dificuldades no cuidado com a criança no período que antecede a cirurgia e conseqüentemente no pós-operatório no domicílio.

Nos estudos consultados encontram-se relatos em que se observa que as cataratas em crianças, principalmente as congênitas, apresentam sérias implicações, não somente visuais como sociais (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; OLIVEIRA, 1992; APPLE et al., 2000). O tratamento requer motivação dos pais, entendimento e boa vontade para participarem de uma exigente e difícil terapêutica, que exige visitas freqüentes ao oftalmologista, com crianças pouco colaborativas, além de um complicado cuidado perioperatório nos casos de indicação cirúrgica (CALHOUN, 1991; KANSKI, 1994; JORDÃO JR e ROMÃO, 1996).

A problemática em relação aos pais de crianças portadoras de catarata infantil, segundo a literatura médica, enfoca a falta de informação dos mesmos, como a causa pela série de ocorrências, que vão desde o retardo da chegada dessas crianças aos centros oftalmológicos de referência, desistência em operar as mesmas, dificuldade no uso de lentes de contato e óculos, dificuldades em utilizar a terapia oclusiva nos casos de ambliopia, entre outros (REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; VENTURA et al., 1995).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) informa que, anualmente, cerca de 500.000 crianças ficam cegas no mundo, equivalente a uma a cada minuto. Em 1992, a OMS estimava em 1,5 milhões, o número de cegos menores de 16 anos, no mundo (definindo criança como o indivíduo menor de 16 anos), 87% dos quais viviam em países em desenvolvimento (APPLE et al., 2000).

APPLE et al. (2000) mencionam em seu trabalho, que em recente documento publicado pela OMS, há o registro de que 40% das causas de cegueira e comprometimento visual severo na infância são preveníveis e tratáveis. Dados semelhantes têm sido encontrados em trabalhos realizados no Brasil (OLIVEIRA, 1992; BRITO e VEITZMAN, 2000).

A cegueira na infância é particularmente importante tanto pelos índices que se apresentam em países em desenvolvimento quanto pelo que representa um encargo socioeconômico dos mais graves. Algumas dessas crianças tornam-se um peso na sociedade, porque requerem atenção e cuidados extras e quase sempre o custo dessa situação é maior do que a prevenção e cirurgia precoce (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; MOREIRA et al., 1991; OLIVEIRA, 1992; JORDÃO JR e ROMÃO, 1996; LUCENA et al., 2001).

A prevalência e as causas de cegueira variam conforme o país, suas condições geográficas e socioeconômicas. O glaucoma congênito, a retinopatia da prematuridade, a síndrome da rubéola congênita, a catarata congênita e a toxoplasmose congênita, figuram entre as causas mais freqüentes de cegueira na infância, no Brasil (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; OLIVEIRA, 1992; BRITO e VEITZMAN, 2000). Alguns autores discordam dos dados citados pela OMS, que identifica como causas de cegueira no Brasil a hipovitaminose A, a oncocercose, o sarampo e o tracoma (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; OLIVEIRA, 1992; TARTARELLA et al., 1991).

A catarata congênita é uma causa de cegueira e deficiência visual presente em todos os países, e no Brasil está entre as mais freqüentes, em praticamente todos os estudos de deficiência visual em crianças (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; TARTARELLA et al., 1991; OLIVEIRA, 1992; BRITO e VEITZMAN, 2000). A cirurgia de correção da catarata congênita deve ser considerada uma

urgência oftalmológica, realizada já nas primeiras semanas de vida quando indicada, com a correção visual o mais cedo possível no pós-operatório, para que haja estimulação da retina, evitando-se com isso o nistagmo e a ambliopia (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; OLIVEIRA, 1992).

O tratamento das cataratas em criança é em grande parte cirúrgico. A cirurgia é indicada todas as vezes que a catarata estiver interferindo no desenvolvimento da visão e não haja contra-indicação sistêmica. Nas cataratas leves ou iniciais, especialmente quando o centro do cristalino está opacificado e tem uma periferia clara, a dilatação pupilar poderá permitir uma imagem adequada na retina, sendo por isso a cirurgia retardada (CALHOUN, 1983). O acompanhamento ocular deve ser feito com frequência para avaliar se o desenvolvimento visual está ocorrendo dentro de níveis satisfatórios.

ARIETA E KARA JOSÉ (2001) ressaltam a necessidade de se criar condições para o atendimento de pacientes com catarata e enfocam a cirurgia ambulatorial como um meio eficaz para otimizar esse atendimento.

Sendo a cirurgia para correção de catarata infantil uma cirurgia de caráter ambulatorial, ela oferece os atrativos desse tipo de serviço. BRUNNER E SUDDARTH (1998) e PERES (1992) ressaltam as vantagens da cirurgia ambulatorial: o pouco tempo de privação do convívio familiar, a redução da ansiedade, além da economia para o hospital, instituições de seguro e governamentais.

Em contrapartida, a cirurgia ambulatorial apresenta desvantagens na obtenção de êxito quando o paciente não cumpre as orientações pré-operatórias; apresenta dificuldade no transporte hospital/domicílio; não conta com ajuda no domicílio para os cuidados pós-operatórios e tem sua permanência no hospital prolongada além do programado (PERES, 1992).

Uma seleção e um preparo adequados são atribuídos ao sucesso das cirurgias ambulatoriais (CANGIANI e PORTO, 2000). Na seleção dos pacientes, há que se observar os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, artigo 1º, inciso II, da resolução nº 1409/94 que estabelece, que para submeter-se às cirurgias ou procedimentos o paciente deve atender aos seguintes critérios:

a) pacientes com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica, e paciente com distúrbio sistêmico moderado por doença geral compensada; b) procedimentos cirúrgicos que não precisem de cuidados especiais no pós-operatório; c) exigência de acompanhante lúcido e previamente identificado (SILVA et al., 1997).

Existem ainda outros fatores como: idade, peso corporal, sociais e psicológicos, além da observância de exames clínicos e laboratoriais adequados (SILVA et al., 1997).

Ainda quanto aos critérios de seleção, deve-se observar a classificação de risco anestésico-cirúrgico segundo a ASA (American Society of Anesthesiology), a qual classifica os pacientes: ASA I- pacientes sem nenhuma doença intercorrente, exceto a patologia cirúrgica; ASA II- pacientes com distúrbio sistêmico moderado por patologia geral ou cirúrgica; ASA III- pacientes com distúrbio sistêmico severo por patologia geral ou cirúrgica (COLLINS, 1993). Na indicação de cirurgia ambulatorial, no que se refere à classificação de risco cirúrgico segundo a ASA, observa-se que poderão realizar o procedimento os pacientes classificados como ASA I e II. Quanto aos pacientes classificados como ASA III, não se pode assegurar a sua inclusão no serviço de cirurgia ambulatorial, pela possibilidade de maior permanência no hospital (CANGIANI e PORTO, 2000).

O preparo pré-operatório entende a educação do paciente, familiares ou responsável, como parte integrante da cirurgia ambulatorial, num processo contínuo que começa no período anterior à cirurgia e continua após a alta do paciente, permitindo que familiares ou responsável pelo cuidado ao paciente sejam preparados para esse papel, quando o mesmo obtiver alta. A meta final da educação do paciente, familiar ou responsável é facilitar a preparação adequada para atingir as necessidades de cuidados pós-operatórios e a procura de ajuda adicional, se necessária (WATSON e SANGERMANO, 1997).

Cabe ao enfermeiro, como um dos agentes da assistência à saúde do paciente cirúrgico, fornecer as orientações necessárias para que sejam atendidas as necessidades de cuidados perioperatórios, ajudando com isso o paciente, familiar ou responsável a

compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto e suas conseqüências (CASTELLANOS e JOUCLAS, 1990).

CÁRNIO et al. (1995), em trabalho realizado com pacientes adultos com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial, ressalta a importância da orientação pré-operatória, utilizando para tal finalidade a reunião em grupo, por ser essa um recurso mais viável, uma vez que esses pacientes não permanecem hospitalizados.

PINTO et al. (1999) em estudo sobre cirurgia ambulatorial, observou que, após a cirurgia, na alta para o domicílio, os pacientes adultos, submetidos à cirurgia para extração da catarata com anestesia local encontravam-se esclarecidos e que esses tinham recebido informações sobre os cuidados após a cirurgia, no grupo de orientação pré-operatória, demonstrando que as informações foram oferecidas de forma satisfatória.

Analisando-se a literatura sobre catarata infantil, observam-se muitos estudos da parte médica, mas há escassez de trabalhos na parte de enfermagem e os poucos que existem abordam as intervenções realizadas com o paciente adulto com catarata.

Em trabalho publicado recentemente sobre catarata infantil, enfatiza-se a importância da equipe de trabalho para que se obtenha um ótimo resultado anatômico e funcional nas cirurgias de extração da catarata em crianças. A equipe de trabalho preconizada nesse estudo está constituída por: cirurgião oftalmologista, os pais, assistente social, optometrista, geneticista, pediatra e anestesista (APPLE et al., 2000). O profissional enfermeiro sequer é mencionado.

1.2. A CATARATA INFANTIL

Neste capítulo serão abordadas algumas considerações sobre a catarata em crianças, aspectos relacionados à anatomia e fisiologia do cristalino, conceituação da catarata, classificação, etiologia, sinais e sintomas da criança com catarata, acuidade visual, tratamento, técnicas cirúrgicas, correção óptica, complicações do pós-operatório de cirurgias da catarata e prognóstico visual. O intuito é envolver os profissionais de enfermagem, nesta área da oftalmologia, em constante busca de estratégias para fundamentar a assistência a essas crianças.

O cristalino é uma lente biconvexa, transparente e avascular situada atrás da pupila e na frente do corpo vítreo, suspenso pela zônula de Zinn (fibra delgada de tecido que mantém o cristalino em sua posição), e que se fixa a 2,5mm anterior e 1mm posterior no equador do cristalino. Perde sua vascularização e inervação durante a vida fetal, sendo nutrido pelo humor aquoso e vítreo. Ao nascimento, mede 6,5mm de diâmetro e 3,5mm de espessura antero-posterior, aumentando respectivamente para 9 e 5mm na vida adulta, quando representa uma lente de 17 a 19 dioptrias esféricas (unidade de medida do poder refrativo das lentes), tendo como finalidade convergir os raios luminosos para a retina (NEWELL, 1982).

Catarata é o termo utilizado para designar as alterações da transparência do cristalino, que do ponto de vista clínico, levam a uma significativa diminuição da acuidade visual (ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

Ao avaliar-se detalhadamente o olho de uma criança com catarata, a observação induz a amplas *classificações descritivas*. E, em algumas situações, reflete a etiologia. Em crianças, quando a etiologia é conhecida, acrescenta-se o rótulo apropriado, por exemplo, catarata rubeólica, galactosêmica ou traumática. Se apenas uma parte do cristalino perdeu sua transparência, a catarata é designada parcial; quando é totalmente opaca, é denominada catarata completa. Algumas vezes a classificação baseia-se na localização da opacidade; uma catarata polar anterior ou posterior deverá ter sua opacificação localizada no pólo anterior ou no posterior do cristalino. Por vezes, a opacidade pode estar apenas na parte central do cristalino, formando a catarata nuclear, típica da rubéola. Em certos casos, somente uma zona ou lâmina interna do cristalino poderá estar opaca; permanecendo esta lente normalmente clara para dentro e para fora desta opacificação, tem-se o tipo de catarata designado de zonular ou lamelar (CALHOUN 1983, 1991).

Alguns estudos abordam *a etiologia das cataratas* em crianças, mas há um consenso de que, na maioria dos casos, essa não pode ser encontrada (CALHOUN, 1983; APPLE et al., 2000). Nos casos em que é possível a identificação das causas, as mesmas incluem, em crianças pequenas, aberrações genéticas, desordens metabólicas, prematuridade e infecções intra-uterinas. Como causas significativas em crianças maiores,

relatam-se: trauma ocular, catarata induzida por droga (tratamento com corticóides), radioterapia e laser-terapia (APPLE et al., 2000).

O pediatra pode ser solicitado para avaliar uma criança quanto à etiologia das cataratas e a sua associação com doenças sistêmicas (rubéola, citomegalovírus, distúrbios metabólicos), bem como o retardo neuropsicomotor, deficiência auditiva e cardiopatia, que estão presentes em um número significativo de casos. Testes sorológicos, urinalises, cromatografia urinária, bem como outros exames podem ser solicitados para auxiliar o diagnóstico e a conduta (CALHOUN, 1983, 1991; KANSKI, 1994).

A catarata pode ter um tipo de herança mendeliana clássica, fato esse que justifica o exame dos demais membros da família, especialmente os pais. Uma catarata unilateral assintomática em um dos pais pode apresentar-se como bilateral na criança (CALHOUN, 1983, 1991).

O trauma ocular é uma causa conhecida de catarata em crianças. Por isso, na presença de catarata traumática, deve ser considerada a hipótese de maus-tratos, especialmente quando a catarata for total ou completa. As cataratas zonular ou lamelar e as que estão confinadas à porção central do cristalino, o núcleo, não podem resultar de trauma obtuso (CALHOUN, 1983, 1991; POTTER, 1993).

A catarata congênita está presente ao nascimento e a infantil se desenvolve na infância. Como algumas opacidades de lentes não são detectadas ao nascimento e, são reconhecidas mais tarde, esses dois termos são usados invariavelmente (PARKS, 1982; KANSKI e NISCHAL, 2000). As cataratas congênitas podem ser uni ou bilaterais e freqüentemente estão associadas a outras alterações congênitas (KANSKI, 1994; KANSKI e NISCHAL, 2000; ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

O período de desenvolvimento do *reflexo de fixação ocular* no homem ocorre em torno da oitava a décima semana de vida, quando há maior sensibilidade à privação de luz e se instala o nistagmo (movimento involuntário e rápido do olho), decorrente dessa privação. Sabe-se também, conforme analogia de estudos realizados em animais, que ocorrem alterações no corpo geniculado lateral, com atrofia de tecido nervoso, em consequência da privação do estímulo luminoso nos primeiros meses de vida. Portanto, a

catarata na infância pode não somente diminuir a visão, como também prejudicar o desenvolvimento da via visual no sistema nervoso central (HUBEL e WIESEL, 1970).

Quanto aos *sinais e sintomas* de crianças com catarata, observa-se que alguns tipos dessa afecção que envolve a parte anterior do cristalino podem ser observados a olho nu (sem ajuda de instrumentos), sendo por isso muitas vezes notados primeiramente pelos pais, apresentação comum nas cataratas polares anteriores. Já as cataratas bilaterais densas, presentes ao nascimento, poderão induzir a um nistagmo de procura nas primeiras semanas de vida, obrigando a maiores investigações. As cataratas zonulares ou lamelares são geralmente progressivas. Na primeira infância, o grau de perturbação visual pode ser mínimo, mesmo quando bilateral. Crianças que apresentam este tipo de catarata têm visão deficiente após vários anos. Algumas vezes o sintoma inicial é fotofobia, provocada pelo ofuscamento derivado da dispersão da luz, a partir de cataratas parciais. Uma catarata unilateral não determina qualquer diminuição visual aparente e, portanto, é assintomática. A criança adapta-se bem, apesar do olho afetado, aprendendo a julgar a profundidade por indicações monoculares do olho normal. Em razão da visão deficiente no olho afetado, a cooperação binocular fica comprometida e muitas vezes desenvolve-se o estrabismo (CALHOUN, 1983, 1991).

A maioria das cataratas não é visível a olho nu, mesmo com uma boa iluminação fornecida por uma lanterna. Entretanto, todas as cataratas que ficam na linha de visão e que podem ser visualmente significativas provocam alguma distorção ou perturbação do reflexo vermelho, obtido com um oftalmoscópio direto comum (CALHOUN, 1983).

Na pesquisa do reflexo vermelho, o examinador dirige a luz do oftalmoscópio para dentro de cada olho do paciente. Quando a luz é dirigida para dentro do olho, o fundo age como um espelho, refletindo a luz através da pupila, modificando a cor e dando o reflexo “vermelho”. Qualquer opacificação do cristalino e, portanto, da córnea ou do vítreo, abrangendo o feixe de luz refletida, determina uma área escura ou uma sombra para o examinador. Se o reflexo for normal, não deverá haver catarata significativa (CALHOUN, 1983).

Na avaliação da *acuidade visual* em crianças com catarata, segundo KANSKI (1994) se deve inspecionar a presença ou ausência da fixação central, nistagmo, ou estrabismo, advertindo que a presença de nistagmo e estrabismo poderão indicar severo comprometimento visual.

Os testes de *acuidade visual* devem observar os aspectos de *resolução e reconhecimento* nas diversas idades. No que se refere ao aspecto de *resolução*, o estímulo usado é um padrão listrado preto e branco, sendo seu melhor exemplo os “Cartões de Acuidade de Teller”. Este teste foi desenvolvido para ser usado com técnica do olhar preferencial operante, isto é, a criança é recompensada por olhar, apontar ou indicar a localização do estímulo apresentado. É muito utilizado como avaliação quantitativa da acuidade visual na fase pré-verbal, três a 36 meses de idade, e nos casos de deficiência mental. É constituído por 17 cartões seriados, sendo um lado cinza e o outro com listras pretas e brancas com fundo cinza e padrão listrado preto e branco num dos lados. A frequência espacial das listras varia em aproximadamente uma oitava de 0,23 ciclos/cm, listras mais largas, até 38,0 ciclos/cm, listras mais finas. No centro dos cartões, por um orifício, um observador escondido atrás dos cartões determina a direção do olhar da criança pelo movimento de seus olhos ou da cabeça, ou através de sua indicação manual ou verbal, sem que ela saiba de que lado se encontra o estímulo. Os cartões são mudados seguidamente até que a criança não perceba mais a diferença entre o padrão listrado e o liso, o teste deve ser rápido para evitar cansaço e perda de interesse. A distância de apresentação para crianças até seis meses é de 38 cm, de sete a 36 meses é de 55 cm e acima de 37 meses é de 84 cm. Apesar da distância de apresentação ser pequena, é feita uma conversão através da anotação de “Snellen” para longe com finalidade de classificação (McDONALD, 1986).

A tela de “Snellen” é composta de uma série progressiva de fileiras menores de letras aleatórias, usadas para testar a visão à distância. Cada fileira é designada por um número, correspondente à distância, que está em pés ou metros, na qual um olho normal é capaz de ler todas as letras da fileira, assim as letras na fileira “40” são suficientemente grandes, para que um olho normal veja na distância de 40 pés (CHANG, 1997).

Quanto ao aspecto de *reconhecimento*, a criança deve reconhecer o estímulo aplicado. Os testes mais usados são os de cartões com figuras ou símbolos adequados para idade. O teste de “Landolt Cs” tem cartelas com símbolos em linhas de tamanhos padronizados com formas de maçã, casa ou guarda-chuva, ou com retângulo, quadrado ou círculo, que podem ser usados a partir dos três anos. Na fase escolar, o teste mais usado é o “Snellen” com o símbolo “E” em várias direções, ou tabelas com números ou letras (McDONALD, 1986).

Por convenção, a visão pode ser medida ou na distância de 20 pés (6 metros) ou ainda mais perto, a 14 polegadas de distância. Para fins de diagnóstico, a distância da acuidade é o padrão para comparação, sendo sempre testado cada olho separadamente. A acuidade é marcada com dois números (20/40), o primeiro número representa a distância de teste em pés entre o quadro e o paciente, e o segundo representa a fileira menor das letras que o olho do paciente pode ler. Os valores 20/20 são de uma visão normal; 20/60 indica que o olho do paciente pode apenas ler letras suficientemente grandes numa distância de 20 pés, o que um olho normal pode ler numa distância de 60 pés (CHANG, 1997).

No que se refere aos valores normais de acuidade visual, considera-se ser cerca de 20/800 nos recém-nascidos, 20/600 aos seis meses de idade, chegando a 20/20 aos 30 meses, medidos pelo método de olhar preferencial de “Teller”. Pelo método de “Snellen”, só se conseguirá 20/20 aos seis anos de idade, devido às dificuldades próprias do tipo de teste utilizado (McDONALD, 1986).

Quanto ao *tratamento* da catarata em crianças, pode-se afirmar que o cirúrgico é o de eleição. Há um consenso de que o prognóstico visual é melhor quanto mais cedo as cataratas são removidas cirurgicamente e quanto mais cedo é restaurada a óptica (CALHOUN, 1983; ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; WAJNBERG, 1993; APPLE et al., 2000).

Alguns fatores devem ser considerados para a *indicação de cirurgia* em crianças com catarata, tais como: época de aparecimento da opacidade, intensidade da opacificação, ser uni ou bilateral e a associação com outras alterações oculares. Deve-se levar em conta a época de aparecimento da opacidade para se ter idéia do prognóstico visual, e indicar a cirurgia, mas, muitas vezes é difícil de se estabelecer este período. Uma

vez estabelecido o nistagmo, sabe-se que passou o período de desenvolvimento do reflexo de fixação e, portanto, o prognóstico visual não pode mais ser considerado bom. Assim sendo, crianças com história de opacidade desde o nascimento devem ser operadas o mais precocemente possível. Já em pacientes que se apresentam com opacidade significativa e que têm mais idade, deve-se ter idéia da intensidade da ambliopia estabelecida, procurando-se sinais de deficiência visual grave que possam fazer a contra-indicação cirúrgica. Por vezes, a opacidade se instala ou se acentua após os primeiros anos de vida, dando um ótimo resultado visual após o tratamento, mesmo em crianças com dois ou mais anos de idade (ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

Existem vários tipos de catarata infantil, compatíveis com acuidade visual boa ou regular, não sendo de indicação cirúrgica. Entre estes, estão a catarata polar anterior, em que, apesar de a opacidade ser central, é pequena e geralmente estacionária. No entanto, deve-se observar estes pacientes de perto, uma vez que, alguns estudos demonstram que pode ocorrer a progressão e desenvolvimento de ambliopia ao longo do tempo. Do mesmo modo, deve-se proceder nos pacientes que têm o tipo de catarata denominada pulverulenta, que é compatível com acuidade visual suficiente para o desenvolvimento normal, mas que pode aumentar de intensidade, requerendo cirurgia assim que é percebida a piora. As opacidades que aparecem nas suturas do núcleo embrionário são compatíveis com acuidade visual normal, podendo, porém, aumentar e diminuir a acuidade visual com o avanço da idade (ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

As opacidades totais não deixam dúvida quanto à pronta necessidade de intervenção, e para as parciais usa-se a retinoscopia como parâmetro, admitindo-se opacidade maior ou igual a três milímetros como de indicação cirúrgica, a menos que haja contra-indicação clínica ou outros problemas oculares que inviabilizem a visão (ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

As opacidades bilaterais com indicação cirúrgica devem ser operadas prontamente e com intervalo mínimo de tempo entre um olho e outro, para evitar a estimulação assimétrica no sistema visual. Preconiza-se um intervalo de uma semana para a cirurgia do segundo olho (WAJNBERG, 1993; ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

Existem controvérsias quanto à indicação cirúrgica das cataratas unilaterais. KANSKI (1994), informa que as cataratas unilaterais, assim como as presenças de catarata densas bilaterais, são um ótimo estímulo para a ambliopia (acuidade visual diminuída em um olho). A cirurgia para melhora da acuidade visual é usualmente contra-indicada, a menos que seja realizada dentro das primeiras semanas de vida, preferencialmente nos primeiros dias de vida, e somente se os pais estiverem extremamente motivados. Na maioria dos pacientes, os resultados visuais são decepcionantes, apesar de que em muitos casos, um ótimo resultado visual pode ser obtido contanto que, a cirurgia seja realizada precocemente e obedecida uma excelente terapia oclusiva para a ambliopia.

ARIETA e KARA JOSÉ (2001), verificam que as opacidades unilaterais presentes desde o nascimento raramente são de indicação cirúrgica, uma vez que o prognóstico visual é muito ruim, principalmente quando diagnosticada tardiamente. A ambliopia, por privação, nesses casos é pior do que nos casos bilaterais, e também há dificuldade em se instituir terapia de oclusão e uso de lentes de contato. O tratamento é mais difícil, e pode ainda ocorrer associação com outras alterações oculares como: membrana pupilar persistente, lenticone anterior, microftalmia (olho com tamanho pequeno e com função anormal) e aniridia (ausência congênita da íris), entre outras. Nos casos em que não se observa diferença importante de tamanho do globo ocular ou ausência de outras alterações oculares, na criança com poucos meses de vida, deve-se discutir as vantagens da cirurgia com os pais. Tanto as opacidades unilaterais, como as bilaterais podem aparecer após meses ou nos primeiros anos de vida, mudando o prognóstico visual, com indicação cirúrgica.

Em geral o prognóstico visual das cataratas unilaterais é muito pior do que o das cataratas bilaterais (CALHOUN, 1991; KANSKI, 1994).

PARKS (1982) adverte que a melhor *técnica cirúrgica* de catarata em crianças é aquela que proporciona um claro e adequado espaço pupilar, em uma única intervenção. Conforme ressalta esse autor, uma intervenção precoce seguida de uma membrana secundária seria desastrosa para o resultado visual final.

Atualmente, existem duas *técnicas cirúrgicas* empregadas para a catarata infantil: *extração extracapsular com aspiração/irrigação manual ou automatizada e lensectomia*. A cirurgia é realizada sob anestesia geral, ficando a critério dos pediatras e anestesistas a avaliação da época mais precoce possível que a criança esteja apta para o procedimento anestésico-cirúrgico. *Na extração extracapsular com irrigação manual*, emprega-se substância midriática (colírio), previamente, sendo em geral suficiente o uso de tropicamida 1% por duas vezes, cerca de meia hora antes da cirurgia. Inicia-se com a abertura da conjuntiva, que é feita com tesoura-base fórnix de aproximadamente três milímetros, seguindo-se cauterização mínima com bipolar. A câmara anterior é aberta com lâmina 11, por cerca de dois milímetros, o suficiente para a entrada do cistítomo e da agulha de dupla via. Usa-se seringa descartável de tuberculina, com a ponta dobrada para a função de cistítomo (ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

A capsulotomia anterior é realizada a 360°, tipo tampa de garrafa, sendo por vezes necessário o emprego de bolha de ar ou substância viscoelástica, pois em muitos casos o conteúdo liquefeito da catarata impede a visualização da cápsula anterior. A capsulorexis pode ser realizada, no entanto, é de maior dificuldade de uso em crianças do que em adultos, uma vez que a cápsula é mais elástica. Segue-se a aspiração das massas, de fácil realização, porém em algumas situações é necessário usar o cistítomo para se quebrar o núcleo e torná-lo mais fácil de aspirar. Usa-se agulha de Simcoe com irrigação de solução salina balanceada para a retirada completa das massas (ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

Após sutura com um ponto de mononylon 10-0, a câmara anterior é preenchida com substância viscoelástica ou ar e procede-se a capsulotomia posterior na área central de aproximadamente 4 mm. A seguir, completa-se a sutura com mais um ponto de mononylon 10-0 separado, fazendo-se injeção de solução de antibiótico (gentamicina) e cortisona subconjuntival, de preferência na conjuntiva inferior, longe da incisão (ARIETA e KARA JOSÉ; 2001).

Na técnica de lensectomia, após emprego prévio de substância midriática, inicia-se o seccionamento da conjuntiva de três milímetros do limbo esclerocorneano, na posição de duas e 10 horas. Realiza-se a esclerotomia de 1,5mm até 2,2mm do limbo, nesses dois pontos com o esclerótomo, conforme a idade do paciente. Na incisão com

posição às 10 horas, introduz-se a ponta de vitrectomia automatizada do vitreóforo (Vitreóforo Site). Na incisão das duas horas, introduz-se a via de irrigação, conectada com solução salina balanceada. Realiza-se a lensectomia com a aspiração cuidadosa do núcleo e do córtex periférico de todo o cristalino (MOTOMO et al.,1998).

Procede-se a capsulotomia anterior e a seguir a capsulotomia posterior central, ambas realizadas com a mesma ponta utilizada para a vitrectomia. Deixa-se uma margem de dois milímetros em toda a periferia da cápsula anterior e posterior do cristalino, efetuando-se então, a vitrectomia anterior. A sutura escleral é realizada com um ponto simples com mononylon 10-0 as duas e às 10 horas. Aplica-se injeção subconjuntival de antibiótico (gentamicina) e cortisona (MOTOMO et al.,1998).

Nas duas técnicas, padroniza-se o uso de medicação tópica pós-operatória, utilizando-se colírios de antibiótico, midriático e corticóide por cerca de três a quatro semanas (MOTOMO et al., 1998; ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

A terapia oclusiva para a ambliopia deve ser iniciada precocemente no pós-operatório e o regime de oclusão o mais cuidadoso possível, com controle inicial cerca de um mês e depois a cada três meses no primeiro ano de vida (ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

O cristalino normal proporciona cerca de um quinto do poder de refração do olho (desvio no curso dos raios luminosos na passagem de um meio transparente para outro de densidade diferente) e permite a focalização ou a acomodação (ajuste do olho para ver de perto através da ação conjunta do cristalino, corpo ciliar e retina), desde os objetos distantes até os mais próximos. Essas funções são perdidas quando é removido um cristalino cataratado (CALHOUN, 1983).

Embora as dificuldades técnicas do desempenho das cirurgias em crianças tenham sido muito bem resolvidas, o resultado visual continua preocupante, por causa da ambliopia severa e irreversível. Em geral, na seleção do modo apropriado de *correção óptica* da afacia (ausência de cristalino) em crianças, são duas as principais considerações: idade e lateralidade da afacia (BAKER, 1990; KANSKI, 1994).

Constituem-se *métodos de correção da afacia* em crianças o *uso de óculos, lentes de contato e intra-oculares*, bem como a *cirurgia de epiceratofacia* (tipo de cirurgia refrativa da córnea) (RICHARD et al., 1991).

Os óculos são preconizados para crianças mais velhas com afacia bilateral, mas não é apropriado para pacientes com afacia unilateral, por causa da associação com anisometropia (diferença no erro refrativo dos olhos) e aniseiconia (imagem difere em tamanho ou forma de um olho para outro). Em crianças mais novas, com afacia bilateral, os óculos podem ser inadequados por causa de seu peso, aparência desagradável, distorção prismática (prisma é uma cunha de material transparente que desvia os raios luminosos sem alterar seu foco) e campo visual (área inteira que pode ser vista sem o olhar) apertado (KANSKI, 1994).

As lentes de contato proporcionam uma solução óptica superior para ambas afacias (uni e bilateral), e sua tolerância é usualmente razoável até a idade de dois anos. Depois desse período, problemas com obediência podem começar, pois a criança vai-se tornando mais ativa e independente. A lente de contato pode deslocar-se ou perder-se, conduzindo para períodos de privação visual e aumentando o perigo de ambliopia. Na afacia bilateral, a solução é simplesmente prescrever óculos, embora no caso unilateral os métodos alternativos, assim como, a epiceratofacia e implantação de lentes possam ser consideradas (BAKER, 1990; KANSKI, 1994).

No uso de lentes de contato, além dos aspectos relacionados à obediência, há de se considerar, segundo alguns estudos o seu uso e os problemas relativos aos aspectos socioeconômicos. Pois, observa-se a necessidade da reposição de muitas lentes, devido às perdas freqüentes por parte das crianças e as mudanças na refração, o que acaba sendo dispendioso para a família. Quanto aos problemas relacionados ao uso, a falta de higiene e o manuseio incorreto das lentes têm sido apontados como causas de ceratites (inflamação da córnea), vascularização corneal e úlcera corneal por hipóxia, o que pode, muitas vezes, inviabilizar a indicação do uso de lentes (REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; JORDÃO JR e ROMÃO, 1996; APPLE et al., 2000).

A *epiceratofacia* é um tipo de cirurgia refrativa corneana utilizada para corrigir a afacia em criança, usando um enxerto de tecido homólogo (equivalente), moldado como uma lente positiva de córnea doadora (BISWELL, 1997). A epiceratofacia é um método seguro extraocular, embora em alguns casos o resultado visual seja decepcionante, como resultado da falta de previsão da correção refrativa, falha gradual do enxerto e a qualidade inferior da imagem (KANSKI, 1994).

A *implantação de lente intra-ocular (LIO)* no olho de uma criança com catarata é um método seguro e de sucesso, como outros métodos de correção da afacia, quando todas as precauções adequadas à seleção dos pacientes e da técnica cirúrgica são utilizadas (HILES, 1990).

As *respostas inflamatórias* não-específicas são maiores em crianças do que em adultos, sendo uma das *complicações* de risco no pós-operatório das cirurgias de catarata em crianças (APPLE et al., 2000). A inflamação persistente no pós-operatório pode ocorrer algumas vezes, quando algum material da lente é inadvertidamente deixado no olho. Esta inflamação é muito bem controlada com uso de agentes cicloplégicos e corticóides tópicos (CALHOUN, 1991).

A *endoftalmite* (infecção dentro do olho) é uma complicação rara, mas potencialmente grave, que pode ocorrer no pós-operatório de cirurgias de catarata em crianças. De modo geral é notada nos primeiros dias ou semanas após a cirurgia. É caracterizada por uma dor progressiva, vermelhidão e obscurecimento dentro do olho, provocados pelas células inflamatórias. O tratamento é feito com antibióticos tópicos e sistêmicos. Os antibióticos são injetados com frequência em volta e mesmo dentro do olho (CALHOUN, 1983, 1991).

A *opacificação da cápsula posterior (OCP)* é uma complicação muito comum da cirurgia de catarata em crianças, ocorrendo no passado em aproximadamente 100% dos pacientes. A estimulação do epitélio da lente por processo inflamatório, com células proliferativas pode ser um dos fatores na patogênese da OCP. O uso de técnicas cirúrgicas recentes e o implante de LIOs têm sido descritos como meio de prevenir esta complicação (APPLE et al., 2000).

O glaucoma que se apresenta após as cirurgias de catarata em crianças é comum, apesar dos avanços das técnicas cirúrgicas empregadas. O glaucoma secundário à cirurgia de catarata congênita pode, conforme estudos já relatados, instalar-se nos primeiros dias do pós-operatório e até depois de vários anos, ocorrendo por bloqueio pupilar, formação de sinéquia anterior periférica (adesão da íris na córnea), ou por reação inflamatória intensa, que leva ao bloqueio da malha trabecular (responsável pela drenagem do humor aquoso), o tratamento é semelhante ao do glaucoma em adultos, com as várias medicações tópicas e, se estas falharem, com a cirurgia de trabeculectomia (COHEN et al., 1995; APPLE et al., 2000).

Edema macular cistóide deve ser a mais rara complicação em cirurgias de catarata em crianças. Pode ser, contudo, uma condição indetectada, por causa da dificuldade em se fazer um adequado exame de retina, em muitas crianças que foram submetidas à cirurgia (CALHOUN, 1991).

O descolamento da retina permanece como a mais importante complicação do pós-operatório de cirurgias de catarata em crianças. A incidência é baixa, porém pode ocorrer em qualquer época após a cirurgia, mesmo décadas depois. Nesses casos, a retina projeta-se para diante da parte interna do globo ocular, começando o descolamento, de modo geral, em uma área localizada na periferia, adiante do nervo óptico e da mácula. A evolução usual é a do aumento gradual da área de descolamento, durante alguns dias ou semanas, até que toda a retina seja descolada. Por isso, é fundamental que a pupila esteja adequadamente dilatada, de modo a oferecer um campo operatório adequado para o manuseio dos instrumentos por parte do cirurgião (CALHOUN, 1983, 1991).

Em geral, catarata em criança tem *prognóstico visual* menos promissor que catarata em adulto. Contudo, com a cirurgia e correção óptica precisa precoces, além de vigoroso tratamento de qualquer ambliopia, o prognóstico pode ser desde razoavelmente bom até excelente, em muitos casos. Qualquer anomalia do olho, em adição à catarata, reduzirá a probabilidade de um bom resultado visual (CALHOUN, 1991).

Em crianças grandes e pequenas com catarata bilateral, a presença ou ausência de nistagmo determina o prognóstico visual em grande escala. Em crianças nascidas com catarata bilateral e densa, o nistagmo de procura se desenvolverá nas primeiras semanas de

vida. Em geral, se a cirurgia para remoção da catarata e adequada correção óptica são realizados antes que o nistagmo esteja bem estabelecido, é provável que a visão final seja razoavelmente boa, 20/100 ou melhor, até mesmo 20/20. Se o nistagmo de procura estiver bem estabelecido, e a cirurgia for retardada para muitos meses de idade, a maior visão poderá ser 20/100 ou mais pobre (CALHOUN, 1991).

A presença ou ausência de nistagmo ajuda a determinar o início da catarata em crianças, que se apresentam com catarata bilateral e densa nos primeiros meses de vida ou mais. A ausência de nistagmo indica razoável estimulação visual normal, imagens razoavelmente bem formadas na retina durante os primeiros meses de vida, permitindo o desenvolvimento daquelas conexões essenciais para uma boa visão. Na ausência de nistagmo, o prognóstico visual é muito melhor (CALHOUN, 1991).

Muitas crianças apresentam-se, nos primeiros anos de idade ou mais velhas, com catarata lamelar ou zonular. Esses pacientes tipicamente têm uma boa visão quando a catarata é removida, em muitos casos enxergando 20/20 (CALHOUN, 1991).

Estudos recentes corroboram o prognóstico visual de crianças com catarata unilateral como bom, não sendo mais sombrio como outrora, graças à possibilidade da cirurgia precoce, correção óptica e vigorosa terapia oclusiva para a ambliopia (CALHOUN, 1991; POTTER, 1993; APPLE et al., 2000).

Como é possível perceber, existe todo um empenho para que se minimizem os prejuízos que poderão ser provocados na criança portadora de catarata, mas ainda não é possível prever se esse, resultará em uma boa qualidade de visão para estas crianças.

O profissional de enfermagem ainda permanece fora do contexto da assistência ao paciente portador de catarata infantil. Faz-se necessário primeiramente instrumentalizar esse profissional, por intermédio de informações acerca dessa afecção, para que esse atue com a equipe multiprofissional, unindo esforços na prestação dessa assistência, por ser essa afecção de extrema importância na prevenção da cegueira e visão subnormal na infância.

1.3. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E A REUNIÃO EM GRUPO COM OS PAIS OU RESPONSÁVEL

A educação em saúde é um campo de múltiplas faces para a qual convergem os mais diferentes pontos de vista, tanto da área da educação quanto da saúde. Os indivíduos envolvidos trazem diferentes concepções do mundo, delimitadas pelas mais variadas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL e STRUCHINER, 1999).

No cotidiano da prática de enfermagem, nos diversos campos de atuação, constata-se situações em que se faz necessário o embasamento das ações educativas inerentes à função dos profissionais de saúde (MONTICELLI, 1994).

Entretanto, verifica-se na literatura trabalhos apontando que os enfermeiros da área hospitalar em geral deparam-se com práticas educativas inseridas em um contexto, na qual predomina o modelo assistencial clínico, centrado na doença e no indivíduo, em uma atividade que pressupõe a transmissão de conhecimentos e o condicionamento do indivíduo para mudanças de atitude em relação a sua saúde, como demonstram os trabalhos de LAGANÁ (1989), COCCO (1991) e MONTICELLI, (1994).

COCCO (1991) adverte que o que se encontra, muitas vezes, na prática profissional é a visão das relações entre educação e saúde como algo compartimentalizado, visto freqüentemente sob a ótica da instituição e/ou do profissional de saúde, em que a clientela participa das práticas educativas segundo a perspectiva de um determinado tipo de troca, que não é uma troca responsável de saberes e interesses entre profissionais e a clientela, mas de uma participação dessa clientela em troca de medicamentos e/ou um atendimento “diferenciado” por parte dos profissionais vinculados ao grupo.

Numa perspectiva histórica, sob a égide do capitalismo, a enfermagem em sua institucionalização está sob influência do modelo assistencial clínico, modelo este centrado no corpo doente e utilizando o saber anatomofisiológico como instrumental de trabalho. O médico é a figura central desse modelo e cabe ao mesmo a responsabilidade pelas ações de diagnóstico e terapêutica. Nesse modelo crescente em complexidade, e dentro do ambiente hospitalar, a enfermagem é parte do trabalho médico e seu objetivo condiz com o mesmo, ou seja, a cura do corpo doente, cabendo à enfermagem a execução do trabalho manual,

ficando com o médico a parte intelectual, caracterizando assim a fragmentação entre planejamento e execução do trabalho, o que reproduz a estrutura de classe no trabalho (KOHLAURSCH e ROSA, 1999).

ALMEIDA E ROCHA (1997) apontam para o modelo assistencial de saúde coletiva desenvolvido também sob a égide do capitalismo, como um modelo em que a doença não é mais um fenômeno individual centrado no corpo doente, mas, um fenômeno coletivo, sendo a epidemiologia o saber predominante e, a prática clínica, um de seus instrumentos de trabalho, associada a medidas de saneamento ambiental, às políticas sociais, às ciências sociais, à educação em saúde e outras ações dirigidas para a população.

No modelo de saúde coletiva, a enfermagem está inserida como uma parcela do trabalho em saúde, e não mais do trabalho médico, tornando-se um de seus instrumentos de saúde coletiva, relacionada às necessidades sociais de saúde da população (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

KOHLRAUSCH e ROSA, (1999) relatam os dois modelos de saúde aqui apontados, o clínico e o de saúde coletiva, os quais são necessários à enfermagem na execução de seu trabalho em observância às situações de assistência em particular.

Sendo as ações educativas em saúde ligadas ao trabalho do enfermeiro, faz-se necessário que o mesmo visualize em qual modelo assistencial se insere e quais as tendências pedagógicas que norteiam essas ações, necessitando, para tal, se instrumentalizar em relação às mesmas, uma vez que esses aspectos demonstram sua visão de mundo, agente que pode ser de transformação social ou de manutenção do *status quo* (KOHLRAUSCH e ROSA, 1999).

Segundo SCHALL e STRUCHINER (1999) uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na ‘promoção do homem’.

Na busca de recursos para atender às necessidades da clientela, a enfermagem tem utilizado o processo grupal. A utilização de grupos, aliás, não se caracteriza como novidade na enfermagem, uma vez que, por natureza, o enfermeiro desenvolve seu trabalho

em grupo tanto nas atividades de assistência com a equipe de enfermagem, quanto com a equipe multiprofissional, nos grupos específicos da população em atividades educativas e nas atividades docentes, com grupos de discussão em sala de aula (MUNARI e RODRIGUES, 1997a).

MUNARI e RODRIGUES (1997a), sobre o enfoque do processo grupal em enfermagem, relatam a identificação de três tipos de grupos distintos classificados pelos enfermeiros, entre os quais está o grupo de “caráter informativo e de educação em saúde”.

CÁRNIO et al. (1995) observam, em sua experiência com o grupo de orientação a pacientes adultos com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial, que o “grupo informativo” para pacientes que vão se submeter à cirurgia é um recurso benéfico, uma vez que os mesmos terão oportunidade de estar com outras pessoas que vão passar pela mesma experiência, isto é, não estão sós. E nessa oportunidade poderão expressar e compartilhar medos e ansiedades acerca do procedimento anestésico-cirúrgico, obtendo também informações do enfermeiro e de outros profissionais.

Neste estudo, um fator relevante em relação à reunião em grupo foi a estratégia a ser utilizada na abordagem com os pais ou responsável, uma vez que, ao serem observados alguns aspectos da estrutura grupal, optou-se por apenas uma reunião em que se procuraria esgotar os tópicos e necessidades levantadas pelos seus membros participantes, isto é, pais ou responsável e a pesquisadora. Procurou-se adaptar alguns pressupostos do referencial das “aulas vivas” de MASETTO (1992), por se tratar de um enfoque que relaciona o aprendizado do adulto com um maior dinamismo em sala de aula.

MASETTO (1992), em seu estudo sobre a educação do adulto de 3º grau em sala de aula, preocupa-se com o clima e a situação desse momento, procurando meios que permitam modificá-los, de forma que os alunos possam aproveitar mais em termos de aprendizagem e do convívio com o professor e colegas; percebendo-se aluno e professor motivados e valorizados.

O mesmo autor relata, por meio de avaliações feitas com os alunos e professores, que pode indicar algumas condições como facilitadoras na aprendizagem em sala de aula, as quais agrupam-se em torno de seis itens, a saber: o planejamento, a

definição do conteúdo do curso, a seleção e utilização de estratégias, o clima da sala de aula, processo de avaliação e características do professor.

A sala de aula de MASETTO (1992) se concretiza como um espaço de convivência e vivência, com outros colegas e professor, e na modificação da postura de professor “ensinante” para “estar com”, de transmissor para a atitude de troca, através de uma ação conjunta do grupo.

Na educação em adultos, o processo de aprendizagem, segundo MASETTO (1992), pressupõe: troca de idéias, informações, habilidades e experiências; a valorização da experiência de vida; a capacidade do adulto para apreender o sentido dos fatos; a identificação de necessidades, carências, expectativas e interesses do aluno e do professor; o estabelecimento de recursos adequados, eficientes e avaliáveis; um sistema de feed-back contínuo; desenvolvimento de reflexão sobre os encontros realizados; estabelecimento de diálogo entre os membros de modo a equilibrar as expectativas dos mesmos; adaptação do professor para o processo de aprendizagem voltado para o adulto. É necessário acrescentar que apenas alguns itens foram utilizados, para delimitar o enfoque na reunião em grupo, pois não é pretensão deste trabalho utilizar o referencial na íntegra, uma vez que não houve oportunidade para tal.

Diante do exposto, o presente estudo se propôs a realizar uma abordagem com os pais ou responsável pela criança portadora de catarata, que será submetida à cirurgia ambulatorial, por se entender que esses são os responsáveis primários pelos cuidados à criança e facilitadores da assistência perioperatória, desde que orientados para tal. Na estratégia adotada, que foi uma reunião em grupo, foram oferecidas orientações de enfermagem perioperatória, com a finalidade de minimizar os temores e dificuldades no cuidado com a criança no período que antecede a cirurgia e no pós-operatório no domicílio.

Espera-se com este trabalho obter uma resposta ao questionamento: “Uma reunião em grupo com os pais ou responsável acrescida da entrega de material educativo contendo informações sobre a catarata infantil e orientação sobre os cuidados perioperatórios, propostos pelo enfermeiro são requisitos necessários e eficazes aos pais ou responsável no cuidado com essas crianças?”



2. OBJETIVOS

- Verificar o conhecimento prévio dos pais ou responsável sobre a afecção ocular e os cuidados perioperatórios com a criança portadora de catarata que será submetida à cirurgia ambulatorial.
- Identificar as dificuldades e expectativas dos pais ou responsável perante a cirurgia para extração da catarata na criança.
- Elaborar instrumentos: um de informação sobre catarata infantil e outro de orientação sobre os cuidados perioperatórios.
- Realizar uma reunião em grupo com os pais ou responsável pela criança portadora de catarata.
- Verificar o conhecimento apreendido e se a reunião em grupo e os instrumentos elaborados auxiliaram os pais ou responsável nos cuidados perioperatórios.



3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1. LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo, descritivo-prospectivo, foi desenvolvido no ambulatório de oftalmologia (catarata infantil) de um hospital universitário. Esse ambulatório atende em média 50 pacientes por semana, e o atendimento é feito da seguinte forma: na 3ª feira pela manhã são atendidos casos novos e retornos; na 4ª feira à tarde, casos para discussão com a equipe médica; a 4ª feira pela manhã é destinada às cirurgias no CCA e são agendadas em média cinco crianças; na 5ª feira pela manhã são os retornos dos pós-operatórios. Os objetivos desse ambulatório são: diagnóstico e cirurgia precoce e reabilitação visual (equipe multidisciplinar). A equipe multidisciplinar é composta de oftalmologista, terapeuta ocupacional, professor de deficiente visual, fisioterapeuta, fonoaudióloga e otorrinolaringologista, para assistir a essas crianças.

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos pais ou responsável pelas crianças na faixa etária de zero a sete anos, que foram submetidas à cirurgia para extração da catarata no centro cirúrgico ambulatorial do referido hospital, após o projeto ter sido submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, e aprovado sob parecer N° 344/2001 (ANEXO I). A participação na pesquisa foi facultada aos pais ou responsável pelas crianças que foram consultados e orientados sobre a mesma, ficando-lhes assegurado que a recusa não implicaria em nenhum prejuízo para a continuidade do tratamento da criança sob sua responsabilidade, conforme explicitado no termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II).

A amostra foi constituída pelos pais ou responsável pelas crianças que atenderam aos critérios de inclusão e cujas cirurgias foram realizadas no período de fevereiro a agosto de 2002.

3.2.1. Critérios de inclusão na amostra

A idade de zero a sete anos foi um dos critérios para inclusão no presente estudo, por acreditar-se que nessa faixa etária as cirurgias para a extração da catarata são prontamente indicadas e realizadas. Considerando-se que a visão central (visão obtida colocando-se objetos de diferentes tamanhos a uma distância padrão do olho) desenvolve-se a partir do nascimento até a idade de seis ou sete anos, se a visão não se desenvolver até então, há pouca ou nenhuma chance de que a visão se desenvolva mais tarde. Qualquer obstáculo à formação de imagens nítidas em cada olho até que a acuidade visual esteja totalmente estabelecida, pode levar a um mau desenvolvimento do sistema visual irreversível se não tratado em tempo. Todo processo de desenvolvimento da visão está na dependência do estímulo visual (WHITCHER, 1997). Outro critério escolhido para a inclusão dos participantes na amostra foram à técnica cirúrgica, as cirurgias de lensectomia e extração extracapsular com ou sem implante primário de lente intra-ocular, que são as técnicas cirúrgicas comumente realizadas na faixa etária selecionada. Dessa forma, foram incluídos: crianças na faixa etária de zero a sete anos; pais/responsável pelas crianças que foram submetidas à extração da catarata através da técnica cirúrgica de lensectomia e pais/responsável pelas crianças que foram submetidas à extração da catarata através da técnica cirúrgica de extração extracapsular, com ou sem implante primário de lente intra-ocular.

3.2.2. Critérios de exclusão na amostra

Não foram incluídos: crianças acima da faixa etária de zero a sete anos; pais/responsável pelas crianças com outra afecção ocular e indicação de cirurgia que não fosse a de extração da catarata e pais/responsável pelas crianças com história de cirurgia de extração da catarata prévia.

3.3. ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, DE INFORMAÇÕES, DE ORIENTAÇÕES E A REUNIÃO EM GRUPO

Para elaboração dos instrumentos e da reunião em grupo, num primeiro momento, foram feitas abordagens informais aos pais ou responsável pelas crianças no pré-operatório imediato, no CCA, e no 1º retorno do pós-operatório, no ambulatório de oftalmologia, com o intuito de observar quais os tópicos de interesse dos mesmos acerca da doença, dificuldades e cuidados com a criança. PIOVESAN e TEMPORINI (1995) relatam a necessidade de se conhecer o repertório de conhecimentos e vocábulos comumente empregados pela população com quem se deseja trabalhar, para que se estabeleça uma comunicação mais eficiente. A partir dos tópicos obtidos na abordagem informal aos pais ou responsável, foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados (ANEXO 3) e (ANEXO 6), e dois , sendo um de informações sobre catarata infantil e outro de orientação de cuidados perioperatórios para a criança com indicação de cirurgia ambulatorial (ANEXO 4) e (ANEXO 5) e sugeridos tópicos para abordagem na reunião em grupo.

McGIBBON (1997) atenta que na confecção do “questionário de trabalho”, no caso do presente estudo, os instrumentos utilizados na coleta de dados no pré e pós-operatórios, deve-se observar os critérios relativos à apresentação, confiabilidade e validade.

POLIT e HUNGLER (1995) observam sobre a importância da tomada de decisão do pesquisador ao utilizar um plano de entrevista ou questionário estruturados, na medida em que o pesquisador deverá equilibrar as perguntas aberto-fechadas e fechadas, atentando para a distribuição destas de forma homogênea no instrumento. Ainda quanto à elaboração do instrumento de trabalho, estas autoras atentam para alguns aspectos relacionados ao respondente e alertam para o enunciado de cada pergunta, que deverá ser formulado de modo a ser claro, sensível ao estado psicológico do mesmo, ausência de tendenciosidade e o nível da leitura.

3.3.1. Instrumento de coleta de dados do pré-operatório

O instrumento de coleta de dados do pré-operatório (ANEXO 3) é composto de duas partes, sendo a parte I referente aos dados de identificação da criança e pais/responsável e a parte II referente aos dados relativos à cirurgia, conhecimento e expressão de sentimentos dos pais/responsável, contendo seis itens de informações e 15 questões, com perguntas abertas e fechadas. Vale ressaltar que as perguntas iniciam-se no número 7, apenas por uma relação de numeração seqüencial nos tópicos do instrumento. Seu conteúdo e objetivos são descritos a seguir:

I- Dados de identificação da criança, pais ou responsável:

Item 1 - Nome, HC, idade, sexo, data da entrevista.

Item 2 - Informações fornecidas: pai, mãe ou responsável, com objetivo de identificar o grau de parentesco do indivíduo responsável pelas informações relatadas em relação à criança.

Item 3 - Nome do informante, com o objetivo de se identificar a pessoa com quem está se relacionando.

Item 4 - Em qual cidade o(a) Sr(a) reside? Em qual estado fica essa cidade?. O objetivo é identificar a procedência da criança, pais ou responsável, e os problemas socioeconômicos passíveis de intervenção pela equipe multidisciplinar.

Item 5 - Escolaridade dos pais/ responsável, com o objetivo de melhor adequação das informações na reunião em grupo, por meio da identificação do nível de escolaridade.

II- Dados relativos à cirurgia, ao conhecimento e à expressão de sentimentos dos pais ou responsável

Item 6 – Hipótese diagnóstica (HD), com objetivo de se identificar o tipo de catarata da criança em questão. Cirurgia proposta, com o objetivo de

se conhecer a técnica cirúrgica proposta e as implicações relativas à mesma. Data da cirurgia, com o objetivo de identificar a data prevista para a cirurgia e convocar os pais/responsável para a reunião em grupo (informações obtidas pela pesquisadora no prontuário).

Questão 7 - Que problema sua criança tem na vista? Questão fechada com seis opções de escolha. O objetivo é verificar o conhecimento dos pais/responsável sobre a afecção ocular da criança.

Questão 8 – O problema na vista da sua criança foi observado. Questão fechada com cinco opções de escolha, e tem por objetivo conhecer quem verificou ou onde foi observada a presença da catarata na criança.

Questão 9 – Existe outra pessoa com catarata na família? Questão fechada com três opções de escolha, com o objetivo de identificar outros portadores de catarata na família.

Questão 10 – Caso a resposta seja sim na questão anterior, quem é essa pessoa? Questão aberta, com o objetivo de se identificar qual o parentesco do indivíduo em relação à criança.

Questão 11 - Como o(a) Sr(a) se sente agora que sua criança vai passar por uma cirurgia na vista? Questão semi-aberta, com o objetivo de verificar qual a expressão de sentimentos manifestada pelos pais/responsável diante da situação concreta da indicação da cirurgia para extração da catarata da sua criança.

Questão 12 - O(a) Sr(a) está preocupado com? Questão fechada com sete opções de escolha, a fim de verificar o campo de maior preocupação dos pais ou responsável, para maior enfoque na reunião em grupo.

Questão 13 - O(a) Sr(a) recebeu informação sobre o problema que sua criança tem na vista? Questão fechada com quatro opções de escolha, com o objetivo de observar se os pais ou responsável receberam

alguma informação prévia sobre a afecção ocular da criança, anterior à reunião em grupo, e o seu entendimento acerca da mesma.

Questão 14 - O(a) Sr(a) recebeu informação sobre o tratamento que sua criança vai ter que fazer? Questão fechada com quatro opções de escolha. O objetivo é verificar se os pais ou responsável receberam informação sobre o tratamento e a sua finalidade.

Questão 15 – As informações que o(a) Sr(a) recebeu sobre o problema na vista e tratamento que sua criança vai ter que fazer, foram fornecidas: Questão fechada com quatro opções de escolha, tendo como objetivo identificar a fonte de informações que os pais/responsável obtiveram.

Questão 16 - Eu gostaria de saber que informações o(a) Sr(a) tem sobre o problema na vista da sua criança. Vou dizer algumas informações e o(a) Sr(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada uma delas. Questão fechada com opções de sim, não ou não sabe. O objetivo é verificar o conhecimento prévio dos pais ou responsável sobre a afecção, suas conseqüências para a visão da criança e a importância do tratamento.

Questão 17 - O(a) Sr(a) recebeu informações sobre os cuidados com a criança, antes e após a cirurgia? Questão fechada com três opções de escolha, com o objetivo de examinar se os pais ou responsável receberam informações sobre os cuidados perioperatórios.

Questão 18 - Eu gostaria de saber que informações o(a) Sr(a) tem sobre os cuidados com a criança antes da cirurgia para retirada da catarata. Vou dizer alguns cuidados e o(a) Sr(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles. Questão fechada com opções de sim, não ou não sabe, cujo objetivo é verificar o conhecimento prévio dos pais ou responsável sobre os cuidados com a criança antes da cirurgia.

Questão 19 - Eu gostaria de saber que informações o(a) Sr(a) tem sobre os cuidados com a criança após a cirurgia para retirada da catarata. Vou dizer alguns cuidados e o(a) Sr(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles. Questão fechada com opções de sim, não ou não sabe. O objetivo é averiguar o conhecimento prévio dos pais ou responsável sobre os cuidados com a criança após a cirurgia.

Questão 20 - Na sua opinião o(a) Sr (a) acredita que vai encontrar dificuldades no cuidado com a criança? Questão fechada com quatro opções de escolha, a fim de se identificar em que etapa do perioperatório os pais ou responsável acreditam encontrar dificuldades no cuidado com a criança.

Questão 21 - Gostaria de participar de uma reunião para falar sobre o problema na vista, a cirurgia, a anestesia e os cuidados com a criança que vai passar por uma cirurgia para retirada da catarata? Questão fechada com opções de sim ou não, com o objetivo de verificar o interesse dos pais ou responsável em participar da reunião em grupo.

3.3.2. Instrumento de informações sobre a catarata infantil

O ANEXO 4 refere-se ao folder sobre catarata infantil, cujo objetivo é fornecer informações aos pais ou responsável. Adaptado dos folhetos informativos propostos pela AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY (1982, 1983) e ARIETA e OLIVEIRA¹, foi elaborado em forma de perguntas e respostas para melhor compreensão. As perguntas são as que se seguem: O que é cristalino? O que é catarata? Por que a catarata é chamada de congênita? O que acontece no olho da criança que tem catarata? O que causa a catarata? Como é feito o tratamento? O que ocorre na cirurgia? Como a visão é corrigida

¹ Manuscrito (Ambulatório de Oftalmologia, Hospital de Clínicas – Unicamp)

após retirar a catarata? Por que não se coloca lente intra-ocular em crianças menores de três anos? Que problemas podem surgir no olho da criança que tem catarata? Como se corrige a ambliopia? Como se corrige o estrabismo? E comentário sobre o resultado na acuidade visual.

3.3.3. Instrumento de orientações e cuidados para a cirurgia de catarata infantil

O ANEXO 5 refere-se ao folder sobre orientações e cuidados com relação à cirurgia na criança, aos pais ou responsável e tem a finalidade de fornecer orientações quanto aos cuidados perioperatórios. Elaborado a partir dos folhetos de cuidados propostos por CÁRNIO et al. (1995) e LINO e HYORT (1989), nele constam orientações quanto à cirurgia e anestesia, cuidados antes da cirurgia, cuidados no dia da cirurgia, cuidados na sala de recuperação pós-anestésica e cuidados após a cirurgia, no domicílio.

3.3.4. Reunião em grupo

3.3.4.1. Organização e estratégia do grupo

A preocupação com a estratégia a ser utilizada nas reuniões em grupo não é novidade na enfermagem, principalmente quando o objetivo das mesmas é o oferecimento de informações. Quando se pensa em grupos educativos relacionados à saúde, em primeira instância é necessário ter em mente que a opção pelo trabalho em grupo deve ser do participante e do enfermeiro, e essa é uma condição fundamental para a maior aderência das pessoas à proposta. Não existe uma fórmula única que defina as regras e normas do grupo educativo, no entanto, deve haver um empenho por parte do enfermeiro, para que no grupo sejam oferecidas as informações necessárias à clientela, levantadas previamente pelo mesmo (MUNARI e RODRIGUES, 1997 a, b).

Quanto ao fornecimento de informações ao grupo, é necessário lembrar que poucas pessoas mudam apenas pelas informações recebidas. Por outro lado, cada informação mesmo não sendo dirigida especificamente para uma pessoa em particular, pode freqüentemente tornar-se benéfica para a maioria dos membros do grupo (MUNARI e RODRIGUES, 1997a).

Ao se escolher alguns pressupostos da abordagem teórica das “aulas vivas” de MASETTO (1992), para utilizar na reunião em grupo de pais/responsável pelas crianças com catarata infantil e indicação de cirurgia ambulatorial, foram consideradas a participação da clientela adulta perante o processo de ensino-aprendizagem e o dinamismo que constitui a sala de aula.

A seguir são descritos os itens facilitadores adaptados para a reunião em grupo com pais ou responsável pela criança com catarata que irá se submeter à cirurgia ambulatorial:

1. Planejamento da reunião

Os tópicos a serem abordados na reunião foram sugeridos pelos próprios pais/responsável, após entrevista informal no pré-operatório imediato, no CCA, e no 1º retorno do pós-operatório, no ambulatório de oftalmologia, e também, através do instrumento de coleta de dados do pré-operatório (ANEXO 3), aplicado durante a entrevista no ambulatório de oftalmologia após a indicação da cirurgia da criança; levou-se em consideração expectativas, dificuldades e interesse dos pais/responsável, bem como as informações sobre as especificidades da afecção ocular e cuidados perioperatórios; a reunião apresentou-se flexível, permitindo adaptações de tempo e conteúdo; a reunião garantiu seqüência lógica dos conteúdos e síntese após a mesma.

2. A definição do conteúdo da reunião

Os assuntos escolhidos eram de interesse dos pais/responsável; os assuntos deveriam ser úteis aos pais/responsável especialmente pela direta relação com a situação vivenciada com as crianças; os assuntos focalizados relacionaram-se com os conhecimentos, com a experiência, com a realidade da profissional, coordenadora, e com as necessidades dos pais/responsável; a busca de solução para os problemas e questões foi feita em conjunto entre a coordenadora e os pais/responsável.

3. Organização do grupo e as estratégias utilizadas na reunião

A composição do grupo foi determinada conforme a proximidade da cirurgia, mais ou menos 15 dias e não excedendo o número de oito participantes; o local da reunião foi determinado conforme a disponibilidade das salas, no ambulatório de oftalmologia; a apresentação foi informal, tanto da coordenadora como dos pais/responsável; o diálogo ocorreu com exposições de opiniões e pontos de vistas por parte dos pais/responsável quanto à cirurgia na criança; ocorreu a entrega e a discussão sobre o conteúdo dos folder; foi realizada uma exposição, por parte da coordenadora do grupo, das informações quanto à cirurgia, à anestesia e aos cuidados perioperatórios; realizou-se uma recapitulação do conteúdo discutido e a duração das reuniões foi em média de uma hora.

4. O clima na sala de reunião

Com o intuito de colaborar para a aprendizagem, o início da reunião constituiu-se de um momento de abertura, com questionamentos, participação entre a coordenadora e pais ou responsável, na qual se pode fazer a ligação entre as exposições ocorridas na reunião e a prática vivenciada com as crianças.

5. O processo de avaliação

Foi realizado por meio de entrevista com os pais/responsável no 5ºPO (quinto dia do pós-operatório) mediante instrumento de coleta de dados do pós-operatório, num processo voltado mais para identificar o que os pais ou responsáveis apreenderam, do que para cobrar o conteúdo trabalhado.

6. Características do coordenador do grupo

Procurou-se manter: coerência entre o assunto a ser trabalhado e ação; competência na sua área de conhecimentos; clareza e objetividade na transmissão das informações; preocupação com os pais ou responsável e suas crianças, bem como, seus

interesses; incentivo à participação e capacidade de coordenação das atividades e relacionamento pessoal e amigável.

3.3.4.2. Desenvolvimento da reunião

O local da reunião foi determinado conforme a disponibilidade de salas no ambulatório, sendo a sala de preparo do CCA o local de eleição. Inicialmente, realizou-se a apresentação da coordenadora do grupo (pesquisadora), e dos pais/responsável num clima informal e descontraído. A seguir iniciou-se o diálogo com a exposição de opiniões e pontos de vistas dos participantes e também a colocação das expectativas e dificuldades quanto à cirurgia na criança. Nesse momento os pais/responsável se manifestaram com os seguintes questionamentos: “A anestesia demora muito?”, “Minha filha vai enxergar logo?”, “Acho que deveria ter uma lista de cuidados para a criança também!”. Os assuntos escolhidos eram de interesse dos pais/responsável e estes se manifestaram úteis à medida que tinham relação com a situação vivenciada por eles, ou seja, as necessidades dos pais/responsável com relação à cirurgia na criança, além de estarem em contato ao mesmo tempo com os conhecimentos, com a experiência, com a realidade da profissional, pesquisadora; um dos questionamentos dos pais/responsável foi: “Deixar a minha criança em jejum, não vai ser fácil, mas eu sei que é necessário”. Levou-se em consideração as expectativas, as dificuldades e interesse dos pais/responsável, permitindo flexibilidade no desenvolvimento da reunião, proporcionando adaptações de tempo e conteúdo, observado através das falas: “Seria bom ficar aqui hoje, na cidade, pois moro longe e na viagem a minha filha, pode passar mau”, “Pelo que a gente viu aqui, a minha filha é muito pequena para colocar lente no olho”. Procurou-se garantir seqüência lógica dos conteúdos e síntese após cada reunião e a busca de solução para os problemas e questões levantadas foi feita em conjunto, entre a coordenadora e os pais/responsável, e alguns já mencionavam algumas possibilidades: “Acho que vou usar o tampão à tarde, acho que nesse horário ela colabora mais”. A avaliação destas informações e orientações ocorreu após a cirurgia, por meio da entrevista realizada no 5º PO com instrumento próprio (ANEXO 6), no qual foi identificado o conteúdo apreendido pelos pais ou responsável.

3.3.5. Instrumento de coleta de dados do pós-operatório

O instrumento de coleta de dados do pós-operatório (ANEXO 6) é composto de duas partes, sendo a parte I referente aos dados de identificação da criança e pais/responsável e, a parte II, referente aos dados relativos à cirurgia, conhecimento e expressão de sentimentos dos pais/responsável, e contém quatro itens e 11 questões, com perguntas abertas e fechadas. Vale ressaltar que as perguntas iniciam no número 5, apenas por uma relação de numeração seqüencial nos tópicos do instrumento. Seu conteúdo e objetivos são descritos a seguir:

II- Dados de identificação da criança, pais ou responsável

Item 1 - Nome, HC, sexo, data da entrevista.

Item 2 - Informações fornecidas: pai, mãe ou responsável. O objetivo é identificar o indivíduo responsável pelas informações relatadas e pelo cuidado com a criança, e se foi o mesmo que participou da entrevista no pré-operatório e da reunião em grupo.

Item 3 - Nome do informante para melhor conduzir a entrevista.

II- Dados referentes à cirurgia, ao conhecimento e à expressão de sentimentos dos pais ou responsável

Item 4 - Cirurgia realizada, com o objetivo de identificar se foi realizada a cirurgia proposta anteriormente e as possíveis intercorrências intra-operatórias. Data da realização, a fim de se observar se a cirurgia foi realizada na data prevista (informações obtidas pela pesquisadora no prontuário).

Questão 5 - Que problema sua criança tinha na vista? Questão fechada com seis opções de escolha. Espera-se que após a reunião em grupo e com as informações e orientações contidas nos folder, os pais ou

responsável sejam capazes de responder a opção (1), identificando a catarata como o problema que sua criança tinha na vista.

Questão 6 - Como o(a) Sr(a) se sentiu com a cirurgia na vista da sua criança?

Questão semi-aberta. A fim de que após a reunião em grupo e com as informações e orientações contidas nos folder, os pais ou responsável respondam as opções (1, 2 ou 3), identificando com isso que houve um espaço, reunião em grupo, para manifestar seus sentimentos e ou um preparo adequado dos pais ou responsável para enfrentar as diversas etapas do perioperatório; as opções (4 e 5) conferem um preparo inadequado.

Questão 7 - O(a) Sr(a) estava preocupado com? Questão fechada com sete

opções de escolha. Aguarda-se que os pais ou responsável estejam preocupados com apenas uma ou duas opções isoladamente. As respostas às opções (6) e ou (7) resultam da falha na apreensão das orientações perioperatórias de enfermagem fornecidas.

Questão 8 - O(a) Sr(a) participou de uma reunião em grupo? Essa reunião e os

folder entregues forneceram informações? Questão fechada com três opções de escolha. Espera-se que após a reunião em grupo e entrega dos folder, os pais ou responsável respondam a opção (1), identificando a compreensão do conteúdo da reunião. Se responderem as opções (2) e (3), apontam falha na comunicação ou na estratégia utilizada.

Questão 9 – Nessa reunião em grupo o(a) Sr(a) recebeu informação sobre o

tratamento que sua criança tinha que fazer, sim ou não? Questão fechada com três opções de escolha. Aguarda-se que os pais ou responsável respondam a opção (1), identificando que receberam as informações e assimilaram a finalidade da cirurgia.

Questão 10 - Eu gostaria de saber que informações o(a) Sr.(a) recebeu sobre o problema na vista e o tratamento que a sua criança tinha que fazer. Vou dizer algumas informações e o (a) Sr(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada uma delas. Questão fechada com opções de *sim*, *não* ou *não sabe*. A fim de que os pais ou responsável respondam *sim* para todas as opções, identificando que as informações sobre a afecção ocular da criança foram apreendidas.

Questão 11 - O(a) Sr.(a) recebeu informações sobre os cuidados com a criança antes e após a cirurgia? Questão fechada com três opções de escolha. Espera-se que os pais ou responsável respondam a opção (1), identificando que foram fornecidas e apreendidas as informações sobre os cuidados perioperatórios.

Questão 12 - Eu gostaria de saber que informações o(a) Sr(a) recebeu sobre os cuidados com a criança antes da cirurgia para retirada da catarata. Vou dizer alguns cuidados e o(a) Sr(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles. Questão fechada com opções de *sim*, *não* ou *não sabe*. Aguarda-se que os pais ou responsável respondam *sim*, para todas as opções, identificando que os cuidados com a criança antes da cirurgia foram apreendidos.

Questão 13 - Eu gostaria de saber que informações o(a) Sr(a) recebeu sobre os cuidados com a criança após a cirurgia para retirada da catarata. Vou dizer alguns cuidados e o(a) Sr (a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles. Questão fechada com opções de *sim*, *não* ou *não sabe*. A fim de que os pais ou responsável respondam *sim* para as opções (a, b, c, e) e *não* para a opção (d), identificando que os cuidados com a criança após a cirurgia foram apreendidos.

Questão 14 - Na sua opinião o(a) Sr(a) encontrou dificuldades no cuidado com a criança? Questão fechada com quatro opções de escolha. Espera-se que os pais ou responsável respondam a opção (4), identificando assim um preparo adequado dos mesmos no cuidado com a criança.

Questão 15 - Na sua opinião, a reunião em grupo forneceu as informações que o(a) Sr(a) desejava? Questão fechada com três opções de escolha. Aguarda-se que os pais ou responsável respondam a opção (1), identificando assim o bom êxito da reunião em grupo.

3.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

3.4.1. Etapas para a orientação perioperatória

1ª Etapa – no dia da indicação da cirurgia pelo médico responsável, no ambulatório de oftalmologia, foi realizada uma entrevista individual para verificar o interesse dos pais ou responsável em participarem da pesquisa; no caso afirmativo, foi lido e solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2), em seguida foi aplicado o instrumento pré-operatório (ANEXO 3). Após a entrevista a pesquisadora fez a orientação e a entrega dos exames pré-operatórios solicitados, agendou a reunião em grupo em data que antecedia aproximadamente 15 dias à cirurgia.

2ª Etapa – realização da reunião em grupo, 15 dias antes da data da cirurgia, no ambulatório de oftalmologia, conforme estratégia delimitada anteriormente.

3ª Etapa – no 2º retorno, depois da cirurgia realizada, que corresponde ao 5ºPO, como parte da rotina de acompanhamento para esse tipo de cirurgia na instituição, na qual o presente estudo foi realizado, um

outro instrumento, o do pós-operatório (ANEXO 6) foi aplicado por uma enfermeira previamente orientada pela pesquisadora.

3.4.2. Intercorrências no período de coleta de dados

Durante o período de coleta de dados do presente estudo, fevereiro a agosto de 2002, observaram-se algumas intercorrências, que interferiram de modo substancial no tamanho da amostra. Essas intercorrências exigiram da pesquisadora um levantamento paralelo com o intuito de melhor identificá-las; após esse levantamento as intercorrências encontradas foram as que estão redigidas a seguir e apresentadas na Tab 1 (p. 68).

1) Falta de conhecimento, por parte de alguns membros da equipe médica, sobre o trabalho que estava sendo desenvolvido pela pesquisadora.

Na instituição em que se desenvolveu o estudo, por ser um hospital escola, há um rodízio acentuado de residentes nos diversos estágios da disciplina de Oftalmologia. Divulgou-se o trabalho de pesquisa com os docentes responsáveis por essa disciplina, assim como com os residentes, semanalmente, nos dias de atendimento no ambulatório de catarata congênita. Mesmo assim, esta prática se mostrou ineficaz, uma vez que algumas crianças que se encontravam dentro dos critérios estabelecidos para a pesquisa não foram encaminhadas, juntamente com seus respectivos pais/responsável, à pesquisadora. Essas crianças foram em número de três (3).

2) Crianças avaliadas no atendimento de urgência da oftalmologia

Algumas crianças foram avaliadas na sala do ambulatório de oftalmologia destinada ao atendimento de casos de urgência. Apesar de se encontrarem na faixa etária estabelecida na pesquisa, não foi possível a inclusão das mesmas, devido à falta de tempo hábil para cumprir as etapas necessárias e preconizadas no presente estudo. As cirurgias foram indicadas e encaixadas nos dias de cirurgia no centro cirúrgico ambulatorial, conforme a urgência oftalmológica em questão. Essas crianças foram em número de quatro (4).

3) As crianças com indicação cirúrgica não preenchem os critérios para a inclusão na amostra

Grande parte das crianças com indicação de cirurgia ambulatorial, durante o período de coleta de dados, estava numa faixa etária acima da estabelecida para a pesquisa ou estava dentro dessa faixa, mas já tinha sido submetida à intervenção prévia para retirada de catarata de um dos olhos.

Crianças na faixa etária acima dos critérios estabelecidos para a pesquisa, com ou sem cirurgia previamente realizada foi um total de 33.

Crianças na faixa etária estabelecida para os critérios da pesquisa, mas com cirurgia previamente realizada foi um total de 22.

Vale ressaltar que essas mesmas crianças apareceram várias vezes no período estudado, pela necessidade de novas intervenções ou por suspensão da cirurgia previamente indicada, por motivos tais como horário cirúrgico insuficiente e não comparecimento da criança para a cirurgia.

4) Necessidade de convocação dos pais/responsável pelas crianças com cirurgias já agendadas

Ao examinar a agenda de marcação de cirurgias do ambulatório de catarata congênita, constatou-se que existiam crianças que atendiam aos critérios da pesquisa, mas que não estavam incluídas no estudo. Diante disso, foi necessário utilizar o setor de convocação do serviço social da instituição pesquisada, que possibilitou convocar 12 crianças, com seus respectivos pais/responsável para participarem da pesquisa. Esta estratégia foi adotada, uma vez que, passado algum tempo do período de acompanhamento no ambulatório de oftalmologia, identificou-se poucas crianças que se encaixavam nos critérios estabelecidos na pesquisa. O início das convocações ocorreu no mês de abril de 2002.

O número de crianças identificadas cujos pais/responsável atenderam à convocação foi igual a cinco (5).

O número de crianças identificadas e convocadas, cujos pais/responsável receberam a convocação e não compareceram foi seis (6).

Os pais/responsável de uma criança, que foi identificada e convocada, alegaram não terem recebido a convocação.

5) Desistência da cirurgia por parte dos pais/responsável

Outro fato observado foi à desistência da cirurgia por parte de dois pais, que tinham crianças com doença sistêmica associada à catarata, sendo do tipo malformação cardiovascular. Uma dessas crianças necessitou de internação e possível intervenção cirúrgica em um outro serviço e, a outra, o pai, apesar de orientado, alegou que não queria correr riscos e que não estava certo dos benefícios que a cirurgia da catarata poderiam trazer, contra os riscos relativos ao problema cardíaco de sua criança.

6) Pais/responsável não querem participar da pesquisa

Uma mãe, ao ser entrevistada, após a indicação da cirurgia no ambulatório de oftalmologia, recusou-se a participar da pesquisa; alegou dificuldades para locomoção, por residir em localidade distante, tendo também manifestado desinteresse pela presente investigação.

7) Pais/responsável operaram a criança em outro serviço

Uma criança operou em outro serviço, informação obtida pelo setor de convocação do serviço social, após inúmeras solicitações de convocação por parte da pesquisadora. Dados relativos a essa criança mostram que a mesma teve sua cirurgia suspensa diversas vezes por horário cirúrgico insuficiente na instituição estudada.

8) Crianças com outros problemas oftalmológicos

Verificou-se a presença de crianças sob investigação de outros problemas oftalmológicos ou com afecção identificada, como, por exemplo glaucoma e tumor de conjuntiva. O número de crianças nessa situação foi igual a oito (8).

9) Mudança na grade cirúrgica do Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA)

No mês de maio de 2002, houve mudanças nos horários cirúrgicos do CCA. As cirurgias de catarata infantil, que aconteciam às quintas-feiras pela manhã, passaram a ocupar o horário das quartas-feiras, respectivamente. Com isso algumas crianças foram remarcadas. O número de crianças remarcadas foi de 17, e uma dessas crianças fazia parte da pesquisa e a remarcação ocorreu para um período estipulado fora do prazo da coleta de dados.

Tabela 1. Distribuição da frequência das intercorrências no período de coleta de dados. Campinas, 2002.

Intercorrências	Frequência
Crianças não encaminhadas	3
Crianças avaliadas na urgência	4
Crianças acima da faixa etária com ou sem cirurgia realizada	33
Crianças na faixa etária com cirurgia realizada	22
Crianças convocadas cujos pais/resp. atenderam à convocação	5
Crianças convocadas cujos pais/resp. não atenderam à convocação	6
Crianças convocadas cujos pais/resp. não receberam convocação	1
Desistência dos pais/resp. em operar a criança	2
Pais/resp. não querem participar da pesquisa	1
Pais/resp. operaram a criança em outro serviço	1
Crianças com outros problemas oftalmológicos	8
Mudança na grade cirúrgica	17
Total	103



4. RESULTADOS

A seguir serão descritos os resultados da aplicação dos instrumentos pré e pós-operatórios, reunião em grupo e entrega dos folder para dez pais/responsável, cujas crianças atenderam aos critérios de inclusão na amostra. Foram excluídos dois pais/responsável cujas crianças não foram submetidas à cirurgia, portanto, não concluiu a fase do pós-operatório necessária ao estudo. Vale ressaltar que como todos os que participaram das entrevistas, isto é, pais/responsável, foram as mães, a partir de então as referências a estes entrevistados serão sempre *as respostas delas*.

4.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A idade das crianças variou de três meses a seis anos com média de $3,6 \pm 2,4$ anos, sendo quatro crianças do sexo masculino (4/10) e seis do sexo feminino (6/10). Apenas uma era procedente de Campinas (1/10); as demais eram de outras localidades (9/10). O informante em todas as entrevistas pré e pós-operatórias foram as mães. O grau de escolaridade verificado foi de 1º grau incompleto (ensino fundamental) em 80% das mães (8/10), uma mãe, 10% (1/10), com ensino médio e outra com ensino superior completo.

4.2. DADOS REFERENTES À CIRURGIA, AO CONHECIMENTO E À EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Na Fig. 1 estão apresentadas as cirurgias propostas e as cirurgias realizadas, EECPOD (extração extracapsular com implante de lente intra-ocular no olho direito), EECPOE (extração extracapsular com implante de lente intra-ocular no olho esquerdo), EECPSOD (extração extracapsular simples no olho direito), EECPSOE (extração extracapsular simples no olho esquerdo). Verifica-se que apenas uma cirurgia proposta (1/10) foi modificada da sua proposição inicial de EECPOD para EECPSOD; as demais, nove (9/10), foram realizadas de acordo com a proposição anterior.

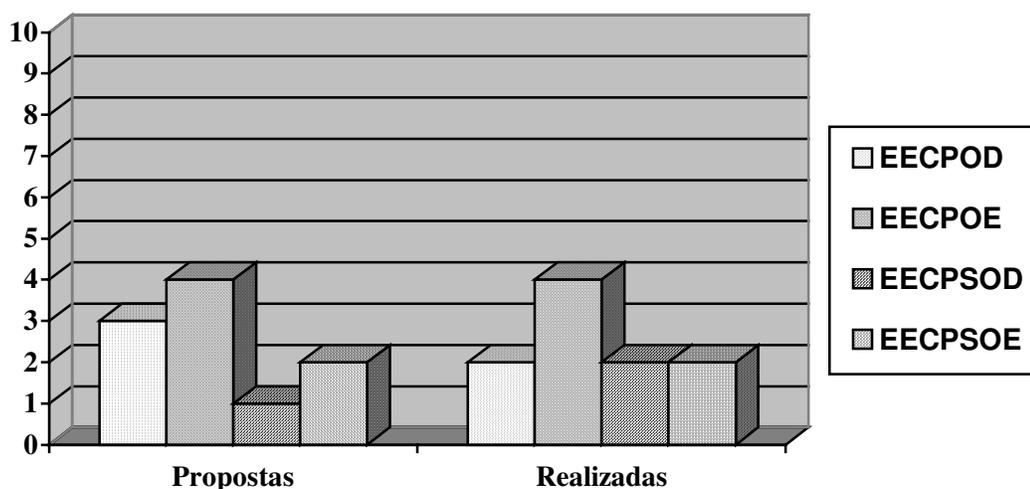


Figura 1. Distribuição da freqüência de cirurgias propostas e realizadas. Campinas, 2002.

As cirurgias ocorreram na data proposta em apenas 40% dos casos (4/10) e as demais, 60% (6/10), foram realizadas em datas diferentes das programadas.

Na Fig. 2 estão apresentadas as repostas das mães sobre o problema visual na criança, apontado pelas mesmas nas entrevistas, nos períodos pré e pós-operatório e a hipótese diagnóstica. No período pré-operatório, houve o predomínio das respostas de oito mães (8/10) que apontaram *catarata congênita*, uma (1/10) apontou *catarata traumática* e outra não sabe. No período pós-operatório, nove mães (9/10) apontaram *catarata congênita* e uma (1/10) apontou *catarata traumática*; estas respostas estavam de acordo com a hipótese diagnóstica.

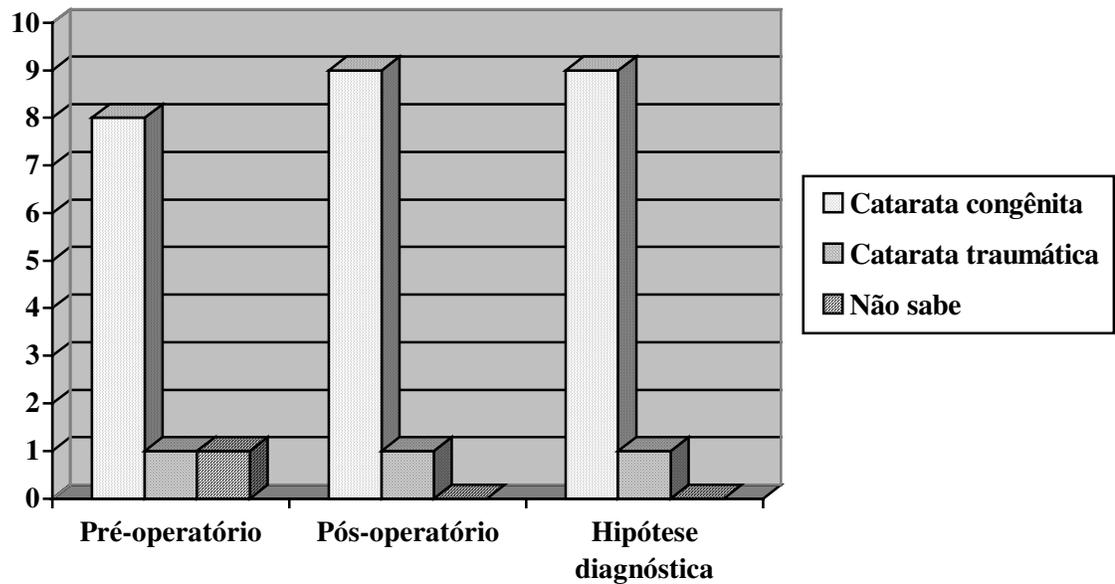


Figura 2. Distribuição da frequência das respostas do problema visual na criança, apontado pelas mães, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios e hipótese diagnóstica. Campinas, 2002.

As fontes de identificação do problema visual na criança estão apresentadas na Fig. 3, na qual se observa que *as mães* foram as que mais identificaram o problema, em 70% dos casos (7/10).

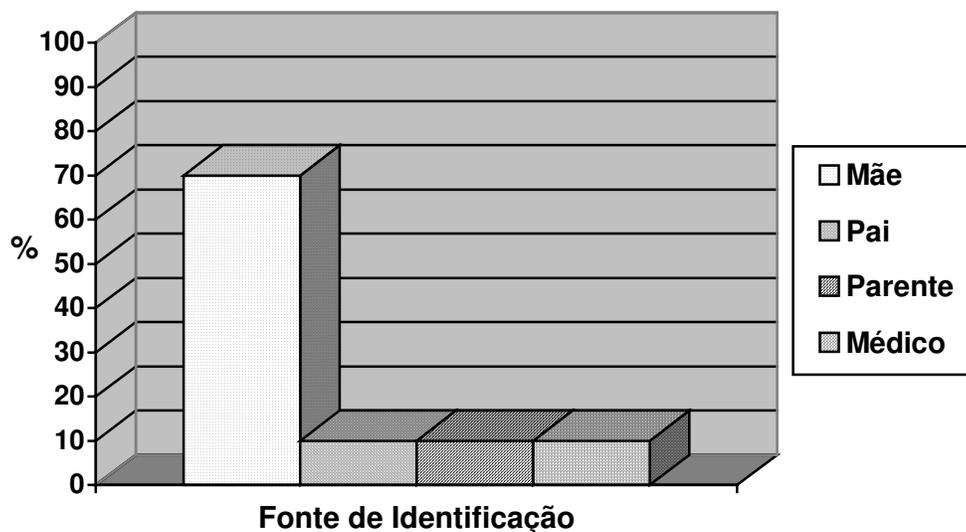


Figura 3. Distribuição em percentual das respostas das mães para a fonte de identificação do problema visual na criança, nas entrevistas no período pré-operatório.

Quando questionadas sobre a existência de pessoas na família portadoras de catarata, seis mães (6/10) responderam *afirmativamente*, duas (2/10) responderam *não* e duas (2/10) *não sabem*. Nos seis casos, afirmativos, as mães apontaram os seguintes parentescos com relação à criança, a *avó paterna* (Avó p) em 33,33%, a *avó materna* (Avó m) em 16,67%, *avô materno + avó paterna* em (Avô m + Avó p) 16,67%, *avô paterno + tio materno* (Avô p + Tio m) em 16,67% e *irmão* em 16,67%, Fig. 4.

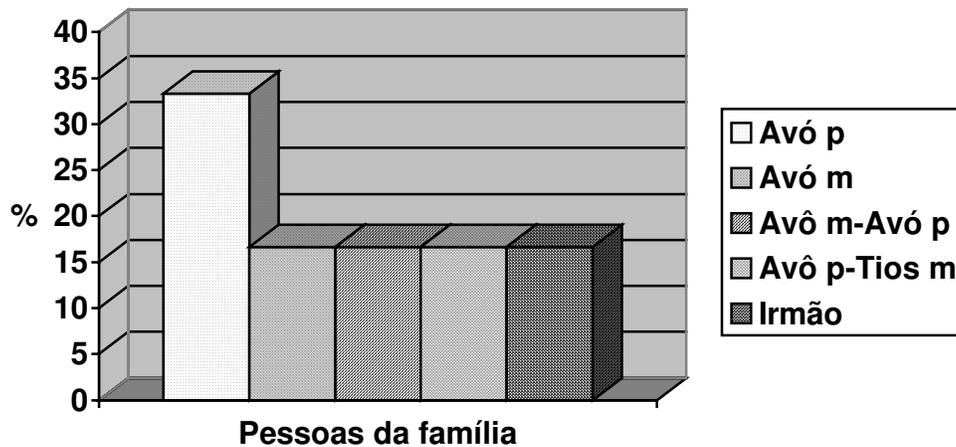


Figura 4. Distribuição em percentual das respostas das mães sobre a existência de outra pessoa com catarata na família, nas entrevistas no pré-operatório. Campinas, 2002.

No que se refere aos sentimentos manifestados pelas mães, a respeito da cirurgia na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios, observa-se, de acordo com a Fig. 5, que no período pré-operatório houve iguais proporções da expressão dos sentimentos *angustiadadas* para quatro mães (4/10) e de *outros* sentimentos também em quatro mães (4/10) e duas (2/10) com sentimento de *ansiedade*. No período pós-operatório, verificou-se uma melhor definição, por parte das mães, sobre o sentimento manifestado, apenas uma mãe (1/10) expressou *outros* sentimentos, havendo, portanto, uma diminuição nessa alternativa; enquanto cinco mães (5/10) manifestaram o sentimento de *angústia*, duas (2/10) o sentimento de *ansiedade*, uma mãe (1/10) sentiu-se *tranqüila* e outra com sentimentos de *ansiedade e angústia*, concomitantemente.

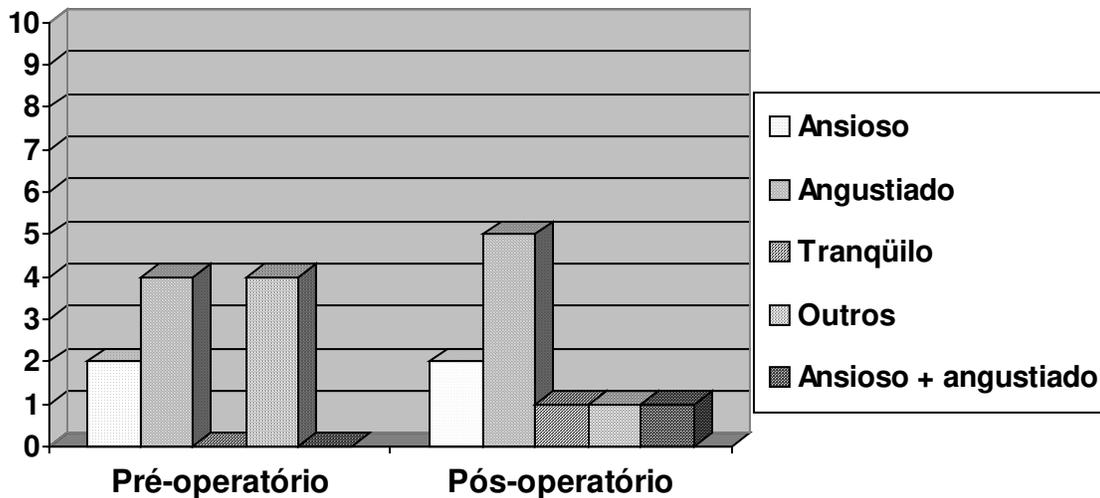


Figura 5. Distribuição da frequência das repostas das mães sobre os sentimentos manifestados em relação à cirurgia na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

Na Fig. 6 encontram-se as preocupações manifestadas pelas mães, em relação à cirurgia na criança. Nas entrevistas da fase pré-operatória ocorreu um predomínio da preocupação com *todos os itens* em oito mães (8/10), uma mãe estava com preocupação relacionada à *cirurgia* (1/10) e outra com o *pós-operatório*. Nas entrevistas da fase pós-operatória, observou-se que apenas uma das mães (1/10) relatou a preocupação com *todos os itens*, havendo uma diminuição nessa alternativa, e passaram a ter uma manifestação da preocupação mais direcionada. A *anestesia* foi relatada por quatro mães (4/10), a *cirurgia* por duas (2/10), o *pós-operatório* por duas (2/10) e outra se preocupou com a *anestesia e cirurgia*, simultaneamente.

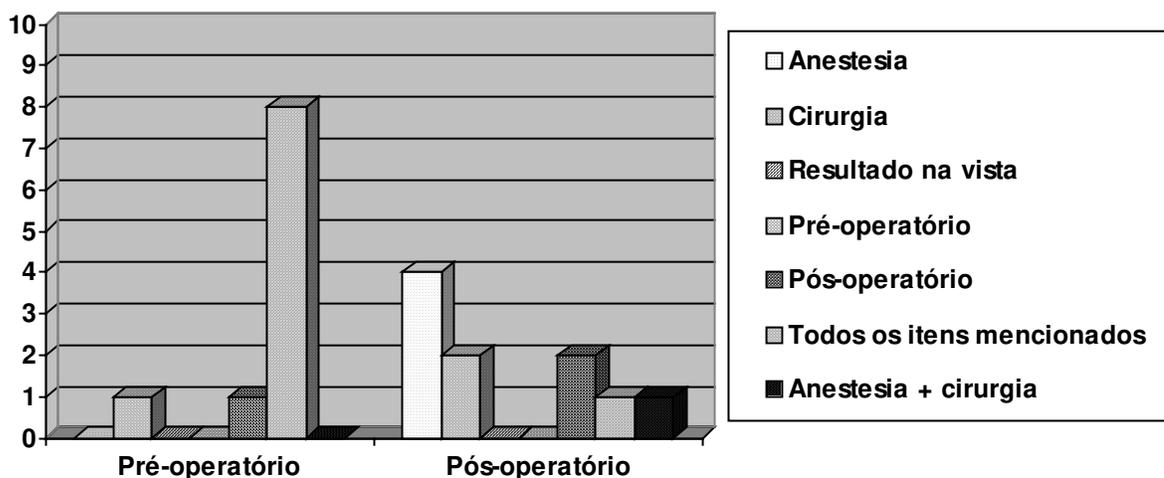


Figura 6. Distribuição da freqüência das respostas das mães sobre a preocupação em relação à cirurgia na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

As respostas quanto ao oferecimento de informações sobre o problema visual na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios e o entendimento dessas, estão apresentadas na Fig. 7. Na fase pré-operatória, houve o relato de cinco mães (5/10) que *receberam e entenderam parcialmente* as informações, três (3/10) que *receberam e entenderam tudo*, uma (1/10) que *recebeu mas não entendeu*, e outra relata que *não recebeu informação*. Na fase pós-operatória, as mães afirmaram terem recebido informações, o que pode ser observado pelas respostas que se concentraram em apenas dois itens, nos quais seis mães (6/10) relataram que *receberam e entenderam parcialmente* e quatro mães (4/10) que *receberam e entenderam tudo*.

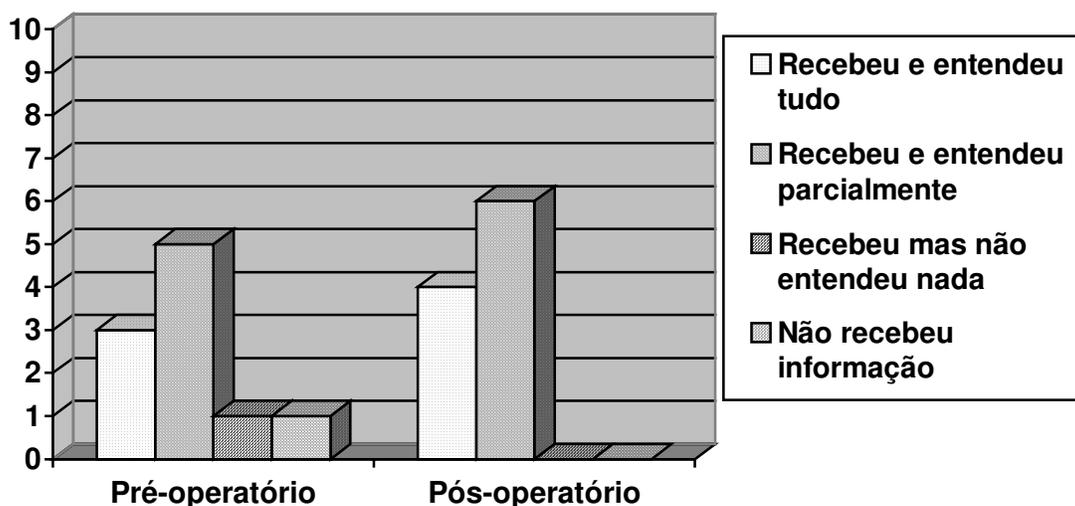


Figura 7. Distribuição da freqüência das respostas das mães quanto ao oferecimento de informações sobre o problema visual na criança e o entendimento dessas, nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

Em relação às informações sobre o tratamento ao qual a criança será submetida, e o entendimento das mães, quanto a esse, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios, as respostas estão apontadas na Fig. 8. No período pré-operatório houve o relato de quatro mães (4/10) que manifestaram ter sido *informadas se tratar de cirurgia da catarata*, três (3/10) que foram *informadas mas entenderam parcialmente as informações*, duas (2/10) que alegaram *não ter recebido informação* e uma (1/10) que foi *informada, mas não entendeu para que é a cirurgia*. Nas entrevistas no pós-operatório observa-se um melhor entendimento em relação às informações oferecidas, com o predomínio da resposta de oito mães (8/10) que relataram ter entendido que *é uma cirurgia para retirada da catarata* e duas (2/10) que *foram informadas mas entenderam parcialmente as informações*.

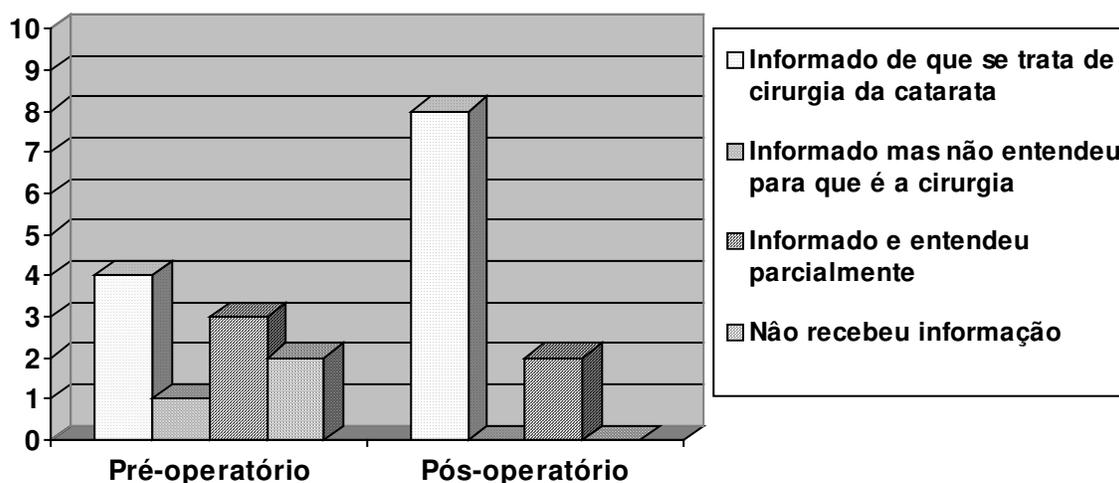


Figura 8. Distribuição da freqüência das respostas das mães às informações recebidas sobre o tratamento na criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

Quando questionadas sobre as fontes de informações do problema visual na criança e tratamento, todas as mães (10/10) informaram que receberam informações no *ambiente hospitalar*.

Nas entrevistas no período pré-operatório, ao serem apontadas as alternativas sobre o problema visual e o tratamento que a criança vai ter que se submeter, pode-se observar, na Tab. 2, que quatro mães (4/10) responderam *sim* à alternativa *catarata é quando o cristalino do olho fica opaco*; uma respondeu que *não é* (1/10), cinco responderam que *não sabem* (5/10); em relação à alternativa *a catarata causa uma visão borrada*, cinco mães responderam *sim* (5/10), uma respondeu que *não é* (1/10), e quatro responderam que *não sabem* (4/10); na alternativa *é importante tratar a catarata porque pode levar à cegueira*, oito mães responderam *sim* (8/10) e duas (2/10) responderam que *não sabem*; a alternativa *é importante tratar a catarata para melhorar a visão*, nove mães responderam *sim* (9/10) e uma respondeu *não saber* (1/10); na alternativa *a cirurgia para retirada da catarata é feita quando a catarata está prejudicando muito a visão da criança*, oito mães (8/10) responderam que *sim* e duas manifestaram *não saberem* (2/10).

No entanto, nas entrevistas no período pós-operatório pode-se notar que houve um predomínio das respostas *sim*, às mesmas alternativas já apresentadas anteriormente, assim sendo, as respostas manifestadas foram: sete mães responderam *sim* (7/10), duas *não* (2/10) e uma *não sabe* (1/10) na alternativa *a catarata é quando o cristalino do olho fica opaco*; as dez mães (10/10) responderam *sim*, para as demais alternativas, *a catarata causa uma visão borrada; é importante tratar a catarata porque pode levar a cegueira; é importante tratar a catarata para melhorar a visão e cirurgia para retirada da catarata é feita quando a catarata prejudica muito a visão*.

Tabela 2. Distribuição da frequência das respostas das mães às alternativas sobre o problema visual na criança e tratamento, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

Alternativas	Respostas					
	Sim		Não		Não sabe	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Catarata é o cristalino opaco	4	7	1	2	5	1
Catarata causa visão borrada	5	10	1	0	4	0
Importante tratar para evitar cegueira	8	10	0	0	2	0
Importante tratar para melhorar a visão	9	10	0	0	1	0
Cirurgia é feita quando a catarata prejudica muito a visão	8	10	0	0	2	0

Na Fig. 9 estão apresentadas as respostas das mães, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios sobre o oferecimento de informações dos cuidados com a criança antes e após a cirurgia. Observa-se no período pré-operatório o relato de oito mães (8/10) que *não receberam informações*, uma mãe (1/10) afirmou que *recebeu* e outra que *recebeu parcialmente*. No período pós-operatório, no entanto, houve um predomínio da afirmação por parte das dez mães (10/10) de que *receberam informações* sobre os cuidados com a criança antes e após a cirurgia.

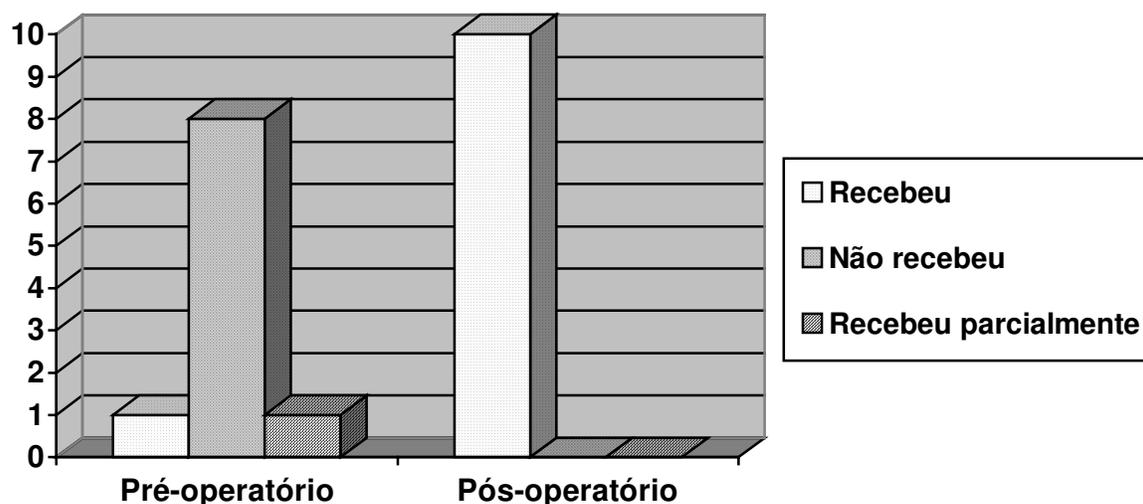


Figura 9. Distribuição da frequência das respostas das mães sobre o oferecimento de informações dos cuidados com a criança antes e após a cirurgia, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

Nas entrevistas no período pré-operatório, ao serem apontadas as alternativas relacionadas aos cuidados com a criança antes da cirurgia, pode-se observar na Tab. 3, que oito mães (8/10) responderam *sim* à alternativa *providenciar exames pré-operatórios solicitados*, uma (1/10) respondeu *não* e outra *não sabe*; em relação à alternativa *tratar gripes e resfriados por causa das condições para a anestesia*, sete mães (7/10) responderam *sim*, uma mãe (1/10) respondeu *não* e duas (2/10) *não sabem*; na alternativa *providenciar transporte para o dia da cirurgia e para os retornos no pós-operatório*, as dez mães (10/10) responderam *sim*; a alternativa *não observar o jejum pode por em risco a vida da criança na cirurgia*, as dez mães (10/10) responderam *sim*.

No entanto, nas entrevistas no período pós-operatório houve um predomínio da resposta *sim*, para cada uma das alternativas citadas anteriormente, para as quais as dez mães (10/10) responderam *sim*, ou seja, *providenciar exames pré-operatórios solicitados*, *tratar gripes e resfriados por causa das condições para a anestesia*, *providenciar transporte para o dia da cirurgia e para os retornos no pós-operatório* e *não observar o jejum pode pôr em risco a vida da criança na cirurgia*.

Tabela 3. Distribuição da frequência das respostas das mães às alternativas sobre os cuidados com a criança antes da cirurgia, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios.

Alternativas	Respostas					
	Sim		Não		Não sabe	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Providenciar exames pré-operatórios	8	10	1	0	1	0
Tratar gripes e resfriados devido à anestesia	7	10	1	0	2	0
Providenciar transporte	10	10	0	0	0	0
Falta de jejum é risco de vida na anestesia	10	10	0	0	0	0

Na Tab. 4, estão apresentadas as respostas das mães, nos períodos pré e pós-operatórios, às alternativas sobre os cuidados com a criança após a cirurgia. Na entrevista no período pré-operatório, observou-se que em relação à alternativa *observar a criança para que não retire o curativo após a cirurgia*, sete mães (7/10) responderam *sim*, uma (1/10) respondeu *não* e duas (2/10) responderam *não sabem*; na alternativa *observar a criança de perto nas brincadeiras para evitar machucar o olho operado*, sete mães (7/10) responderam *sim*, uma (1/10) respondeu *não* e duas (2/10) responderam *não sabem*; na alternativa *providenciar a medicação que será dada por boca e os colírios receitados pelo médico*, oito mães (8/10) responderam *sim* e duas (2/10) responderam *não sabem*; em relação à alternativa *se o colírio arde nos olhos pode ser aplicado na boca?*, duas mães (2/10) responderam *não* e oito (8/10) responderam *não sabem*; em relação à alternativa *não faltar aos retornos marcados*, nove mães (9/10) responderam *sim* e uma (1/10) respondeu que *não sabe*.

Nas entrevistas, no período pós-operatório, houve um predomínio da resposta *sim*, para as alternativas já citadas, ou seja, as dez mães (10/10) responderam *sim* para as alternativas, *observar a criança para que não retire o curativo após a cirurgia*, *observar a criança de perto nas brincadeiras para evitar machucar*, *providenciar a medicação que será dada por boca e os colírios receitados pelo médico* e *não faltar aos retornos marcados*. Ressalta-se para a alternativa referente *se o colírio arde nos olhos pode ser*

aplicado na boca?, cinco mães (5/10) responderam *não*, três (3/10) *sim* e duas (2/10) responderam que *não sabem*. Houve, portanto, um aumento do número de mães que afirmaram não poder fazer este procedimento, duas continuaram não sabendo se pode e, surgiram três que afirmaram que este procedimento pode ser realizado.

Tabela 4. Distribuição da frequência das respostas das mães às alternativas sobre os cuidados com a criança após a cirurgia, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

Alternativas	Respostas					
	Sim		Não		Não sabe	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Observar criança para não retirar curativo	7	10	1	0	2	0
Evitar machucar olho durante brincadeiras	7	10	1	0	2	0
Providenciar medicação oral e colírio	8	10	0	0	2	0
Colírio arde nos olhos pode pingar na boca	0	3	2	5	8	2
Não faltar aos retornos marcados	9	10	0	0	1	0

Na Fig. 10. estão apresentadas as previsões de dificuldades relatadas pelas mães, no cuidado com criança antes e após a cirurgia, no período pré-operatório e a manifestação dessas dificuldades no pós-operatório. Verifica-se que nas entrevistas, no período pré-operatório, cinco mães (5/10) previam que teriam dificuldades no cuidado com a criança *após a cirurgia*, duas mães (2/10) previam *antes e após* e três (3/10) previam que *não teriam dificuldades*. Já, nas entrevistas no período pós-operatório, observou-se que apenas três mães (3/10) relataram dificuldades após a cirurgia e outra encontrou dificuldades antes e após, enquanto seis mães (6/10) não encontraram dificuldades no cuidado com criança.

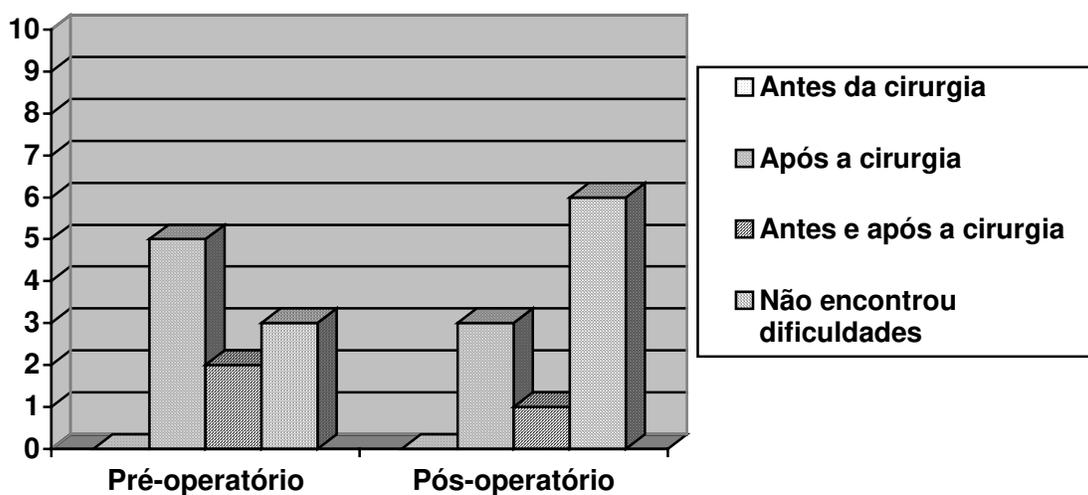


Figura 10. Distribuição da frequência das respostas das mães à previsão e o encontro de dificuldades no cuidado com a criança, nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios. Campinas, 2002.

Ao serem questionadas, nas entrevistas no pré-operatório, se gostariam de participar de uma reunião para falar sobre o problema da vista, a cirurgia, a anestesia e os cuidados com a criança que vai ter que se submeter à cirurgia para extração da catarata, todas as mães (10/10) afirmaram positivamente e demonstraram interesse.

Nas entrevistas no período pós-operatório, ao serem questionadas se a reunião em grupo forneceu as informações desejadas, todas as mães (10/10) afirmaram positivamente.



5. DISCUSSÃO

Apesar de grande parte dos estudos médicos preconizarem a necessidade de diagnóstico e intervenção cirúrgica precoce da catarata e enfatizarem a importância da época do aparecimento da opacidade, para se ter idéia do prognóstico visual e indicar a cirurgia, observou-se no presente estudo que a idade das crianças variou de três meses a seis anos, com média de $3,6 \pm 2,4$ anos. Isso demonstra que a idade da primeira intervenção cirúrgica ainda continua sendo variável.

No que se refere a esse aspecto há que se verificar uma série de situações que podem influenciar na tomada de decisão sobre a conduta cirúrgica. Algumas situações dizem respeito à conduta expectante, em relação à catarata na criança, por parte dos oftalmologistas. Por vezes, o tipo de opacificação no olho afetado permite uma acuidade visual normal, auxiliada por uma dilatação pupilar, permitindo que sejam formadas imagens adequadas na retina e em associação com a terapia oclusiva no olho sadio (CALHOUN, 1983, 1991; TABOADA et al., 1985; ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

Outras situações que merecem preocupação dizem respeito ao diagnóstico que é feito tardiamente e realizado, na maioria dos casos, por leigos, os pais. Esse fato demonstra a falta de uma maior conscientização dos pediatras e neonatologistas quanto à necessidade da realização de pelo menos um exame de fundo de olho do recém-nato (reflexo vermelho) nas instituições de saúde (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; TARTARELLA et al. 1995; VENTURA et al. 1995; JORDÃO JR e DANTAS, 1995; JORDÃO JR e ROMÃO, 1996; APPLE et al., 2000; LUCENA et al., 2001).

O retardo na chegada dessas crianças aos centros oftalmológicos de referência, segundo alguns trabalhos, pode estar relacionado a fatores como o baixo nível de informação e socioeconômico dos pais (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; VENTURA et al., 1995; VENTURA et al., 2001; LUCENA, et al., 2001).

O sexo não mostrou ser significativo na amostra estudada. Não se dispõe de estudos que reflitam sobre as características epidemiológicas da catarata em crianças no Brasil e os estudos relatados são em sua maioria realizados em instituições terciárias, que já recebem a clientela com comprometimento ou com deficiência visual já instalada. Em

trabalhos relatados no Reino Unido, sobre aspectos epidemiológicos relacionados à catarata infantil, realizados com a população, também não constataram nenhuma variação importante em relação ao sexo (RAHI e DEZATEUX, 1999, 2001; FERREIRA et al., 2002).

Grande parte das crianças é oriunda de outras localidades, nove (9/10), isto é, não são da mesma cidade onde foi realizado o estudo, o que reflete a necessidade de encaminhamento e alerta para problemas de ordem econômica e social que possam dificultar o acesso a este serviço. Fato esse que muitas vezes se traduz na situação socioeconômica precária dos pais, que carecem de recursos básicos de transporte para os centros de referência (REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; VENTURA et al., 2001; LUCENA et al., 2001).

Quando se trata de cirurgias de caráter ambulatorial, como é o caso das cirurgias para extração da catarata em crianças, o aspecto relacionado à localidade é de extrema importância, pois é necessário que o paciente para submeter-se a esse tipo de procedimento, tenha facilidade de comunicação com a unidade e de transporte até a mesma (CANGIANI e PORTO, 2000).

Apesar de não ser o enfoque do presente estudo, ainda quanto à situação socioeconômica, há de se observar alguns aspectos relacionados ao tratamento, cujos custos são altos, o seguimento pós-operatório é longo, com inúmeras visitas ao oftalmologista e com a necessidade do uso prolongado de medicamentos (TARTARELLA et al., 1995).

Em relação à escolaridade dos informantes, as mães, 80% (8/10) possuem ensino fundamental incompleto, o que pode ser um fator preocupante, aliado à falta de esclarecimentos apontados em grande parte dos trabalhos consultados. A conscientização e motivação dos pais são fatores de extrema importância, para que se alcance um bom resultado visual no tratamento da catarata em crianças (ARIETA e KARA JOSÉ, 1987, 2001; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; KANSKI, 1994).

REGENSTEINER e KARA JOSÉ (1987) referem, em trabalho realizado sobre catarata congênita, uma grande porcentagem de abandono do tratamento, deixando as crianças de terem seu segundo olho operado, devido à falta de conscientização dos pais quanto à gravidade do problema.

VENTURA et al. (1995) observam que após a cirurgia de catarata as crianças não compareceram ao ambulatório de estimulação visual, resultando em baixa acuidade visual em grande parte da população estudada.

Apesar do baixo nível de escolaridade encontrado, nas mães, optou-se por uma estratégia nas reuniões em grupo, que promovesse a participação, uma vez que essa já tinha sido enfocada nas abordagens informais realizadas com os pais ou responsável.

Quando se trata de cirurgia ambulatorial a motivação da família ou pessoas próximas é fundamental; esses devem desejar monitorar, tratar quando necessário e cuidar do paciente após a alta (WATSON e SANGERMANO, 1997).

MASETTO (1992) salienta, quando o processo de aprendizagem está sendo tratado com adultos, a atitude, o comportamento, só pode ser o da parceria, da cooperação, da colaboração com vistas às metas a serem alcançadas.

No que se refere às cirurgias propostas e realizadas (Fig. 1, p. 73), constatou-se que apenas uma cirurgia (1/10) foi modificada da proposição inicial de EECPOD para EECPSOD. As demais ocorreram conforme a programação. Em relação às cirurgias de catarata em crianças, observa-se que com a melhora das técnicas cirúrgicas e os implantes de lente intra-ocular (LIO), resultaram em maior segurança e desempenho visual nas crianças; apesar das complicações relativas ao implante da LIO e a dificuldade em se estabelecer o poder refrativo continuarem sendo um desafio (KANSKI, 1994; VENTURA et al., 2001; FERREIRA et al., 2002).

A cirurgia de catarata em crianças, utilizando o implante de lente intra-ocular tem ganho cada vez mais adesões por parte dos oftalmologistas, apesar de ainda existirem opiniões contrárias a esse tipo de correção da afacia em crianças (SATO et al., 1987; JORDÃO JR e DANTAS, 1995; WILSON, 1996).

HILES (1990) aponta a existência de duas grandes indicações para o implante da LIO em crianças. A primeira e mais importante, é a de preservar a visão e prevenir a ambliopia. A segunda é a preservação ou desenvolvimento da fusão binocular.

Outros aspectos a serem considerados para a implantação de LIO dizem respeito ao insucesso pela não aderência de pais e crianças ao uso de lentes de contato ou outros fatores socioeconômicos que impedem o seguimento adequado do uso das mesmas (SATO et al., 1987; HILES, 1990; APPLE et al., 2000).

O implante de LIO, aliado a um tratamento reabilitador e agressivo contra a ambliopia, tem sido usado com sucesso nas cataratas unilaterais, porque nessas, ao contrário das bilaterais, há uma chance maior de desenvolver a assimetria visual (TABOADA et al., 1985; HILES, 1990; CALHOUN, 1991).

Por outro lado, outros candidatos ao implante de LIO são os portadores de catarata infantil com mais de três anos de idade e crianças com catarata traumática e cicatriz corneana (HILES, 1990; MAIA e BAIKOFF, 1998).

Está contra-indicado o implante de LIO, nos seguintes casos: microftalmo com córneas menores que 10mm de diâmetro, devido ao espaço insuficiente, para receber o implante; pacientes com grandes cicatrizes corneanas axial central, pelo baixo prognóstico visual; olhos com catarata congênita, hereditária ou traumática com suporte insuficiente para o implante; olhos com catarata traumática ou síndrome de deslocamento de lentes pela maior chance de descolamento da retina ou glaucoma secundário; olhos com glaucoma congênito, pelo difícil controle medicamentoso e cirúrgico do mesmo; olhos com catarata pós-uveíte, pela chance de agravar a reação inflamatória pós-operatória (HILES, 1990; MAIA e BAIKOFF, 1998).

As complicações relativas ao implante de LIO em crianças estão associadas a impropriedades técnicas e materiais e inadequada seleção dos pacientes (HILES, 1990; POTTER, 1993; MAIA e BAIKOFF, 1998).

No caso específico da proposição de EECPOD em que se realizou EECPSOD, observou-se que esta criança era portadora de catarata traumática, que é uma das complicações mais freqüentes após traumatismos penetrantes e não penetrantes do globo ocular, porém, pode não ser a única complicação nos diversos tecidos oculares lesados num traumatismo ocular (REGGI et al., 1997; CARVALHO et al., 2002).

Nos traumas penetrantes, as lesões provocadas são consideradas de maior gravidade porque na maioria das vezes violam o globo e danificam o sistema óptico. Em geral o resultado visual encontrado nas cirurgias de catarata traumática é melhor em lesões provocadas por traumas contusos. Há que se alertar também quanto as condições do trauma, pois esse pode estar associado a lesões não acidentais, ajudando a prevenir recorrências de maus-tratos na infância (CALHOUN, 1983, 1991; CARVALHO et al., 2002).

Ao se optar pelo implante de lente intra-ocular nas cataratas traumáticas, deve-se examinar os casos com menor riscos de complicações (descolamento de retina, hemorragia vítrea, glaucoma) e melhores condições para receber o implante (CARVALHO et al., 2002). No caso da criança em que se indicou EECPOD e se realizou EECPSOD, foi detectado no intraoperatório, um risco maior de ocorrer descolamento de retina, caso fosse implantada a LIO.

Para as outras crianças, as quais se indicou a técnica cirúrgica de extracapsular simples, foi devido à urgência em se obter um eixo visual livre, para essa faixa etária que é propensa ao aparecimento de ambliopia severa e irreversível e, dificuldade no caso de implante de LIO, em se obter parâmetros em relação ao poder refrativo e o subsequente crescimento do olho, após o implante (KANSKI, 1994; TARTARELLA et al., 1995).

A realização das cirurgias na data proposta ocorreu em apenas 40% dos casos (4/10), tendo, portanto, 60% dos casos ocorrido em datas diferentes às programadas. Isso reflete um percentual elevado de suspensões das cirurgias, que podem ter ocorrido pelas mais diversas causas, as quais, não são objetos deste estudo.

Há que se observar, no entanto que o tempo para a intervenção cirúrgica é extremamente importante nas cataratas em crianças. Principalmente nos primeiros meses de vida, período crítico de desenvolvimento visual no homem, quando a privação do estímulo sensorial prejudica o desenvolvimento do reflexo de fixação dos olhos, ocasionando em consequência a ambliopia por deprivação. Diante desse fato, os estudos consultados contemplam a necessidade de intervenção cirúrgica precoce, com adequada correção da afacia e agressivo tratamento pós-operatório da ambliopia (TABOADA et al., 1985; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; ARIETA e KARA JOSÉ, 1987, 2001; POTTER, 1993; APPLE et al., 2000).

CAVALCANTE et al.(2000) relatam a necessidade de a suspensão da cirurgia ser vista em relação ao paciente, pois, para enfrentar esse momento, o mesmo precisa mobilizar recursos físicos, emocionais e até financeiros. Esta situação nem sempre tem recebido a devida atenção por parte da equipe de saúde, que encara esse acontecimento como parte da rotina diária de serviço e inerente à estrutura organizacional e funcional da instituição.

O tempo decorrido entre as informações oferecidas na reunião em grupo e a realização da cirurgia é um fator preocupante, pois, com as suspensões, a apreensão dessas informações pode ser comprometida. BROCKWAY (1997) orienta que as informações perioperatórias devem ser oferecidas num intervalo de duas semanas antes da data marcada para a cirurgia; a falta de atenção a esse intervalo pode interferir no preparo adequado desses pacientes, levando também à suspensão do procedimento.

Observou-se que as respostas das mães, sobre o problema visual da criança nas entrevistas nos períodos pré e pós-operatórios, estavam de acordo com a hipótese diagnóstica, como apresentados na Fig. 2 (p. 74). O fato de as mães identificarem o problema visual na criança está relacionado à necessidade que as mesmas sentem de compreender a condição clínica e ao tratamento que a criança vai se submeter (HUERTA et al., 1986).

No que se refere à atividade em grupo, essa oferece a oportunidade aos seus membros de se perceberem, vivenciando situações de saúde e doença, com manifestações clínicas, angústias e preocupações parecidas e que, no processo educativo, são compartilhadas com os mais variados saberes e experiências, relacionados aos cuidados com a saúde, trazidos da vivência cotidiana das pessoas, com base no saber popular, na cultura, nas informações obtidas através da mídia, de experiências educativas formais anteriores e também na criatividade e na arte de viver (ALONSO, 1999).

MASETTO (1992) observa que a busca de significado é fundamental a toda a aprendizagem, principalmente quando se trata de adultos, que devem estar capacitados para apreender o sentido dos fatos. O adulto precisa estar envolvido como pessoa, como um todo, e isso exige que a aprendizagem se relacione ao seu universo de conhecimentos, experiências e vivências.

Quanto às fontes que identificaram o problema visual na criança, nas entrevistas no pré-operatório, ocorreu a predominância das mães, em 70% dos casos (7/10), como mostra a Fig. 3 (p. 75). Essa observação está de acordo com diversos estudos, que apontam o diagnóstico das cataratas em crianças sendo feito tardiamente e por leigos, comprometendo assim o prognóstico visual. Desta forma, as crianças podem estar sendo levadas aos centros oftalmológicos de referência em idade avançada (CALHOUN, 1983; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; VENTURA et al., 1995; JORDÃO JR. e ROMÃO, 1996).

Quase todos os tipos de cataratas progridem em tamanho e densidade, em tempo que é mensurado em meses ou anos, daí a dificuldade em seu diagnóstico. Recém-nascidos e crianças maiores com cataratas insignificantes poderão ter a catarata observada perto ou durante os primeiros anos de vida, pela progressão da opacidade, chegando, em alguns casos, à ambliopia (CALHOUN, 1983, 1991; MAIA e BAIKOFF, 1998).

Outro aspecto diz respeito à localização das opacidades, como é o caso das cataratas que envolvem a porção anterior do cristalino, que muitas vezes favorece a observação a olho nu e por isso são notadas primeiramente pelos pais (CALHOUN, 1983, 1991; POTTER, 1993; ARIETA e KARA JOSÉ, 2001).

Cada vez mais é enfatizada a necessidade dos pediatras e neonatologistas de realizarem o exame ocular em crianças, pois é incumbência desses, na presença de opacidade nos meios refracionais, encaminharem o mais precocemente possível essas crianças aos centros oftalmológicos de referência (CALHOUN, 1983; ARIETA e KARA JOSÉ, 1987; REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; VENTURA et al., 1995; FERREIRA et al., 2002).

Sobre a existência de outra pessoa com catarata na família, seis mães (6/10) responderam afirmativamente e apontaram a pessoa como sendo a avó paterna em 33,33% dos casos, como mostra a Fig. 4 (p. 76). Este resultado reflete a necessidade de investigar os demais membros da família. O aparecimento de catarata na criança pode estar associado à história familiar, pelo fato de as cataratas em crianças poderem ser herdadas sob qualquer dos tipos mendelianos clássicos (CALHOUN, 1983, 1991; RICHARD et al., 1991; APPLE et al., 2000).

A importância de se obter a história familiar é extremamente importante. Pois muitas cataratas ocasionadas por genes autossômicos dominantes e recessivos podem resultar de relacionamentos consangüíneos. As cataratas ligadas ao X são o tipo menos comum de catarata hereditária (POTTER, 1993; APPLE et al., 2000).

MOREIRA et al. (1991) sobre estudo realizado em instituição para cegos, observaram outro importante aspecto relacionado à consangüinidade. Estes autores relatam, na instituição estudada, uma grande tendência dos deficientes visuais de se agruparem em pequenas comunidades, habitando na maioria das vezes a mesma rua, também havendo freqüência de casamentos entre eles, fato esse que, segundo os autores, agrava os defeitos oculares de caráter genético, entre os quais encontra-se a catarata.

O aconselhamento genético torna-se de extrema importância, em casais consangüíneos ou com história familiar de catarata hereditária ou doença ocular genética, com vistas à necessidade do planejamento familiar (MOREIRA et al., 1991; APPLE et al., 2000; FERREIRA et al., 2002).

A distribuição da freqüência dos sentimentos manifestados pelas mães a respeito da cirurgia na criança nos períodos pré e pós-operatórios (Fig. 5, p. 77) pôde-se observar o predomínio de “outros” sentimentos, no pré-operatório, que se caracterizaram como uma indefinição dos sentimentos e que após a reunião em grupo, acrescida das informações e orientações dos folder, nas entrevistas no pós-operatório, tais sentimentos puderam ser melhor expressos.

Sobre a expressão dos sentimentos das mães, HUERTA et al. (1986) relatam as preocupações, medos e ansiedades dos pais que são transmitidos aos filhos, influenciando desta forma na sua maneira de enfrentar situações como a intervenção cirúrgica. Os pais precisam sentir que seu filho está sendo bem assistido pelos profissionais da saúde e que eles, os pais, são peças fundamentais na assistência à criança.

MUNARI e RODRIGUES (1997a) demonstram que as reuniões em grupo têm sido amplamente utilizadas na enfermagem, como instrumento para atender às diversas necessidades do cliente e do enfermeiro. Estas necessidades vão desde a dimensão educativa, oportunidade de expressar sentimentos, a mudança de comportamento em relação à saúde, dentre outros.

As preocupações manifestadas pelas mães em relação à cirurgia nas crianças, como se observa na Fig. 6 (p. 78), nas entrevistas no pré-operatório, estiveram relacionadas com todos os itens citados, após a reunião em grupo, e na entrevista no pós-operatório a preocupação ficou centralizada em apenas alguns itens.

SALIMENA e CADETE (2002) ressaltam as inquietações da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia, e enfocam a necessidade do enfermeiro atuar nesse momento e previamente a ele, na tentativa de restabelecer o equilíbrio rompido temporariamente pela iminente situação de estresse pelo qual a mãe estará passando, de modo a oferecer um cuidado abrangente ao binômio mãe/filho.

CAVALCANTE et al. (2000) observam que a intervenção cirúrgica não é um acontecimento rotineiro na vida de um indivíduo, e esta situação requer um preparo prévio deste e de seus familiares para enfrentá-la.

CÁRNIO et al. (1995), em estudo sobre as cirurgias oftalmológicas, relatam a visão na vida do paciente como um fator de extrema importância, no seu relacionamento com o ambiente e na imagem do corpo, imagem essa fundamental para a manutenção da integridade física e psicológica.

A anestesia por sua vez é considerada pelos pacientes como um dos momentos de maior inquietude e que merece especial atenção por parte dos profissionais envolvidos, para que seja dada oportunidade de expressar suas dúvidas, o que aumentará a confiança, com conseqüente diminuição do estresse (YAMASHITA, 1992).

A preocupação com o pós-operatório diz respeito aos cuidados que deverão ser realizados em sua maior parte pelos familiares, no caso as mães, por se tratar de cirurgia ambulatorial, em que o paciente, na alta hospitalar, não estará sob os cuidados médicos e de enfermagem (WATSON e SANGERMANO, 1997).

BRUNNER e SUDDARTH (1998) recomendam que na alta hospitalar os pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial e seu cuidador sejam informados sobre o que observar no paciente e que providências tomar se os eventos esperados ou não esperados e complicações acontecerem.

ALONSO (1999) conclui que na reunião em grupo educativo, o coordenador deve procurar instrumentalizar os seus membros para perceberem suas necessidades individuais e grupais, desenvolvendo potencialidades e buscando, num trabalho conjunto, os caminhos e os meios para um enfrentamento eficaz dos seus desafios.

As repostas quanto ao oferecimento de informações sobre o problema visual nas crianças e o entendimento das mães sobre as mesmas estão apresentadas na Fig. 7 (p. 79). Observa-se que houve um predomínio das respostas das mães, mesmo após a reunião em grupo, de que as informações foram recebidas, mas o entendimento foi parcial.

No que se refere à resposta a esse questionamento, essa sugere que a pergunta não foi formulada adequadamente, pois quando apontadas as alternativas sobre o problema visual, as mães responderam acertadamente, como pode ser observado na Tab. 2 (p. 81).

PIOVESAN e TEMPORINI (1995) observam que as perguntas formuladas pelos pesquisadores para a população que se deseja conhecer devem estar de acordo com o “Repertório popular de respostas”, pois só assim estas estariam em conformidade com a realidade dos mesmos.

A estruturação do grupo, por sua vez, pode ter influenciado na aquisição do conteúdo, uma vez que na sua organização optou-se por apenas uma reunião, em observância às necessidades de seus membros, que residem em localidade diferente da instituição onde foi desenvolvido o estudo, o que implica dificuldades de locomoção, como também é relatado por MUNARI e RODRIGUES (1997a).

Em relação ao tratamento na criança, como pode ser observado na Fig. 8 (p. 80), houve o predomínio no pós-operatório, após a reunião em grupo, das respostas das mães de que entenderam se tratar de cirurgia da catarata (8/10).

Na reunião em grupo, cada componente é essencial, o processo educativo ocorre justamente quando estas partes compartilham saberes e experiências, cada um traz sua contribuição e seus questionamentos na construção de um novo conhecimento, na transformação dos saberes e das atitudes (ALONSO, 1999).

WATSON e SANGERMANO (1997) ressaltam a importância das instruções na alta do paciente que foi submetido à cirurgia ambulatorial, enfocando que as mesmas devem ser fornecidas por escrito, reforçando sobre as possíveis complicações que podem ocorrer, restrições sobre a atividade, alimentação, medicação e cuidados com relação à ferida cirúrgica. Os do presente estudo foram elaborados conforme as necessidades de informações dos pais ou responsável apresentadas no levantamento prévio, como já foi mencionado anteriormente.

CINTRA et al. (1998) verificam que a orientação de pacientes portadores de afecção ocular deve ser feita de forma contínua e progressiva, por meio de várias reuniões e enfatiza a importância do fornecimento de material educativo, no caso do presente trabalho, dos folder.

As mesmas autoras examinam ainda que a utilização de folhetos ou de vídeos contendo informações básicas sobre a doença e seu tratamento constitui estratégias adicionais, que podem ajudar o paciente a se conscientizar da importância do tratamento.

Quando questionadas sobre as fontes de informação do problema visual e tratamento na criança, no pré-operatório, todas as mães (10/10) informaram que a obtiveram no ambiente hospitalar. Ao referirem que as informações foram fornecidas no ambiente hospitalar, as mães reforçam os achados de vários estudos, que indicam a falta de programas de saúde pública que visem à prevenção da cegueira, orientação familiar e cuidado para evitar o trauma ocular, salientando que medidas como essas são de menor custo, comparando-se o gasto que o deficiente visual causa à economia do país (REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; VEIGA-REIS et al., 1998; APPLE et al., 2000; FERREIRA et al., 2002).

Como medida para prevenir as afecções oculares em crianças, são orientadas campanhas básicas periódicas de saúde ocular, principalmente com a população menos assistida, permitindo que as afecções sejam detectadas e tratadas precocemente (MOREIRA et al., 1991; LUCENA et al., 2001).

As respostas às alternativas sobre o problema visual da criança e tratamento estão apontadas, na Tab. 2 (p. 81). Verificou-se que, após a reunião em grupo, as mães foram capazes de assinalar as respostas corretas. O ensino e a aprendizagem no adulto

devem estar centrados em um programa que responda as suas necessidades, buscas e expectativas, que no presente estudo foi a reunião em grupo. Para que isso aconteça é necessário contar com o envolvimento e a participação dos mesmos, pois só assim os objetivos são alcançados conforme os relatos de MASETTO (1992).

A participação da clientela nas estratégias da prática educativa implementada pelo enfermeiro é maior quando lhe é dada a oportunidade para expressar seus conhecimentos mesmo diante de conteúdos já estabelecidos (COCCO, 1991).

Segundo ALONSO (1999) o coordenador do grupo tem a importante função de estabelecer vínculos entre os membros do grupo e os recursos em saúde oferecidos pela instituição e comunidade, incentivando e auxiliando esses indivíduos para que visualizem criticamente a realidade e criem em conjunto mecanismos de busca aos recursos em saúde que atendam as suas necessidades e aspirações.

Após a reunião em grupo, como pode ser observado na Fig. 9 (p. 82), as mães informaram ter recebido informações sobre os cuidados com a criança antes e após a cirurgia, fato este não observado anteriormente à reunião em grupo.

Este quadro reflete a necessidade da inserção do profissional enfermeiro no contexto da assistência à criança portadora de catarata, apesar de nos trabalhos consultados o enfermeiro não estar inserido na equipe multiprofissional preconizada para a assistência a essas crianças, como pode ser visto nos trabalhos de VENTURA et al. (1995) e APPLE et al. (2000).

Nos estudos já relatados, verificou-se a necessidade da atuação de vários profissionais na assistência à criança com catarata, uma equipe multiprofissional, tendo em vista os inúmeros enfoques a serem dados na mesma.

REGENSTEINER e KARA JOSÉ (1987) recomendam um trabalho conjunto de oftalmologista, assistente social e pediatra no que se refere ao diagnóstico precoce, orientação aos pais quanto à necessidade da cirurgia e posterior controle do desenvolvimento da visão e no tratamento das manifestações sistêmicas que são frequentes no caso das cataratas congênitas.

Os pacientes com catarata congênita ou outra afecção ocular, cujo desenvolvimento visual foi comprometido, levando à visão subnormal, podem elevar seu potencial de visão, seja ela quantitativa ou qualitativa, dependendo da idade ou problema apresentado, através do tipo de correção da afecção, uso de recursos ópticos especiais e de um processo mediado por uma equipe multidisciplinar constituída de oftalmologista pediátrico, oftalmologista e pedagoga especializada em visão subnormal (VENTURA et al., 1995; FERREIRA et al., 2002).

CÁRNIO et al. (1995) informam sobre a atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes adultos com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial, na importância conferida ao grupo de orientação pré-operatória, pelos oftalmologistas, tendo em vista o conhecimento adquirido pelos pacientes e sua adesão ao tratamento.

WILLINS et al. (1999) enfocam o acompanhamento de enfermeiras especialistas em oftalmologia, na visita domiciliar pós-operatória de cirurgia da catarata em adulto em caráter ambulatorial, como um meio alternativo e seguro de revisão para a equipe médica.

Nas alternativas apontadas sobre o cuidado com a criança antes da cirurgia Tab. 3 (p. 83), após a reunião em grupo, no período pós-operatório, as mães responderam sim às alternativas, o que corresponde ao acerto das mesmas, fato esse não observado no período pré-operatório. Esse aspecto observado nas respostas das mães vem de encontro às observações relatadas nos estudos médicos, que enfatizam a orientação adequada dos pais como forma de estabelecer a sua participação efetiva no tratamento da criança com catarata, tendo em vista ser a cirurgia apenas o primeiro passo, de um longo e tedioso programa, cujo objetivo maior é obter uma visão benéfica no olho ou olhos afetados (REGENSTEINER e KARA JOSÉ, 1987; CALHOUN, 1991; KANSKI, 1994; VENTURA et al., 1995).

MUNARI e RODRIGUES (1997 a, b) comentam a importância do grupo como um espaço para expressão de pensamentos, sentimentos e de troca de experiências, fundamentando-se como agente transformador, que possibilita mudanças, e vivenciando na atitude acolhedora de seus membros as chances de desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas.

Os adultos percebem seu aprendizado quando o mesmo se traduz em situações concretas de suas vidas, sejam elas cotidianas ou não, experimentando a aprendizagem como algo relacionado ao seu universo de conhecimentos, práticas e vivências de modo a relacionar o que aprendeu com outras circunstâncias e situações de vida (MASETTO, 1992).

Às repostas das mães quanto às alternativas relacionadas ao cuidado com a criança após a cirurgia, apresentadas na Tab. 4 (p. 85), pode-se observar que nas entrevistas no pós-operatório, quando já havia ocorrido a reunião em grupo, as mães responderam acertadamente as alternativas, isto é, *observar a criança para que não retire o curativo após a cirurgia, observar a criança de perto nas brincadeiras para evitar se machucar, providenciar a medicação que será dada por boca e os colírios receitados pelo médico e não faltar aos retornos marcados*, fato esse não observado nas entrevistas no pré-operatório. No que se refere a alternativa *se o colírio arde nos olhos pode ser aplicado na boca?*, cinco mães (5/10) responderam não, três (3/10) sim e duas (2/10) responderam que não sabem. Houve, portanto, um aumento do número de mães que afirmaram não poder fazer este procedimento, duas continuou não sabendo se pode e, surgiram três que afirmaram que este procedimento pode ser realizado.

As respostas das mães referentes à afirmação de que o colírio pode ser instilado na boca talvez esteja relacionada ao fato de que as mães manifestam sentimentos de culpa e ou medo de serem responsabilizadas pela afecção da criança, conforme observa HUERTA et al. (1986) em trabalho realizado sobre relações sociais entre a equipe de enfermagem e pais de crianças hospitalizadas, o que poderia levar as mães em questão a se permitirem esse tipo de conduta

Observa-se que em relação às alternativas respondidas acertadamente, as mães parecem ter apreendido melhor o conteúdo da informação, por se tratar de cuidados relacionados à realidade a que a ação se destina e de implicações graves, caso as mesmas não sejam cumpridas.

Os adultos em seu processo de aprendizagem, quando motivados, sentem-se dispostos a adotar comportamentos dentro do que lhes é esperado (MASETTO, 1992).

Em relação à alternativa relacionada à instilação do colírio, no que se refere às mães que responderam acertadamente a questão, CINTRA et al. (1998) relatam em estudo realizado sobre orientação a pacientes glaucomatosos, a melhora na técnica de instilação do colírio, devido a uma participação mais ativa do paciente no seu tratamento, proporcionada por troca de conhecimentos e sentimentos em reuniões realizadas com os mesmos.

Quanto às previsões de dificuldade no cuidado com a criança antes e após a cirurgia no pré-operatório e a manifestação dessas dificuldades no pós-operatório (Fig. 10, p. 86), observa-se que, após a reunião em grupo, essas dificuldades não se concretizaram, com as respostas de seis mães (6/10) de que não encontraram dificuldades no cuidado com a criança.

Ao responderem que não encontraram dificuldades no cuidado com a criança, isto sugere que no processo em grupo as relações educativas ocorreram, o que privilegiou a interação, pois é nesse campo interativo, em que afloram as relações sociais, que se acredita na autenticidade e no sentimento de confiança mútua entre as pessoas, o que foi fundamental e que através de um relacionamento menos formal, de modo a facilitar uma aproximação com as crenças, saberes e práticas populares com respeito à saúde de seus membros foi atingido, o que é relatado por ALONSO (1999).

Essa situação reflete também a satisfação da necessidade sentida ou expectativa explicitada durante a reunião em grupo, e esta satisfação se deu num clima facilitador da aprendizagem, na qual se procurou estabelecer uma atmosfera de confiança mútua, enfatizando a aprendizagem como algo agradável como descreve MASETTO (1992).

Quando confirmaram as suas participações na reunião em grupo, as mães estavam fazendo uma opção em conjunto com a pesquisadora. ALONSO (1999) afirma que a iniciativa de construir um trabalho educativo em saúde, em grupo, pode ser do profissional, mas ressalta que a vontade e o envolvimento no trabalho devem ser de todos os integrantes desse grupo.

Ao acenarem que a reunião em grupo forneceu as informações desejadas, as mães disseram que essas favoreceram o processo educativo em saúde, e foi através da participação e do compartilhamento entre elas, das experiências vivenciadas na situação concreta da realização da cirurgia na criança que as expectativas foram contempladas.

Entretanto, o presente estudo deve ser considerado preliminar e estes achados reforçam a necessidade de se empenhar recursos para a implantação de serviços de orientações de enfermagem para o período perioperatório de cirurgias ambulatoriais.



6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos pode-se concluir que:

1. De um modo geral, as mães apresentaram algum conhecimento prévio quanto à afecção ocular e aos cuidados perioperatórios na criança, no período pré-operatório, mas, ao se observar as respostas individuais, nota-se um precário conhecimento de algumas delas.
2. As expectativas manifestadas pelas mães, em sua maioria, refletiram sentimentos de angústia e de indefinição do sentimento, a preocupação por sua vez se relacionava a todas as fases do período perioperatório e havia uma previsão de dificuldades no cuidado com a criança tanto no pré como no pós-operatório.
3. Os instrumentos elaborados, os folder, aparentemente contemplaram as informações e orientações solicitadas pelas mães, conforme as abordagens informais realizadas previamente para a construção dos mesmos.
4. As mães se manifestaram favoráveis à estratégia da reunião em grupo, por abordar assuntos do interesse delas, isto é, sobre a cirurgia, a anestesia e os cuidados perioperatórios com a criança, o que favoreceu a interação e participação efetiva dos integrantes.
5. Após a reunião em grupo e a entrega dos folder, na entrevista com as mães no 5º dia do pós-operatório das crianças, verificou-se a melhora das respostas em relação às alternativas relacionadas à afecção ocular, o tratamento, os sentimentos, e os cuidados perioperatórios com a criança. Estes achados sugerem que a reunião em grupo e os instrumentos de informação e orientação sobre catarata infantil e cuidados perioperatórios com a criança auxiliaram as mães na medida em que ocorreu uma melhor definição e expressão dos seus sentimentos; a preocupação ficou direcionada para apenas uns poucos itens do período perioperatório, e no próprio relato das mães de que não encontraram dificuldades no cuidado com as crianças nem antes e nem após a cirurgia.



*REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.
- ALONSO, I.L.K. O processo educativo em saúde – na dimensão grupal. **Rev Texto Contexto Enferm**, 8(1):122-32, 1999.
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Ambliopia. Is it affecting your child's Sight?, **Brochures**. San Francisco, 1982. 2p.
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Strabismus. Misaligned or turned eyes, **Brochures**. San Francisco, 1983. 2p.
- APPLE, D.J.; RAM, J.; FOSTER, A.; PENG, Q. Pediatric Cataract. **Surv Ophthalmol**, 45:150-68, 2000.
- ARIETA, C.E.L.; KARA JOSÉ, N. Catarata congênita: dificuldades no tratamento. **Arq Bras Oftal**, 50(3):116-9, 1987.
- ARIETA, C.E.L.; KARA JOSÉ, N. Cataratas. In: RODRIGUES, M.L.V.; DANTAS, A.M. **Oftalmologia clínica**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2001. p. 355-72.
- BAKER, J.D. Contact lenses. **Surv Ophthalmol**, 34(5):366-71, 1990.
- BISWELL, R. Córnea. In: VAUGHAN, D.G.; ASBURRY, T.; RIORDAN-EVA, P. **Oftalmologia geral**. São Paulo: Atheneu Editora, 1997. p. 123-46.
- BRITO, P.R.; VEITZMAN, S. Causas de cegueira e baixa visão em crianças. **Arq Bras Oftal**, 63(1):49-52, 2000.
- BROCKWAY, P.M. The ambulatory surgical nurse. **Nurs Clin of North Am**, 32(2):387-95, 1997.
- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Assistência de enfermagem no período pós-operatório. In: BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 357-8.
- CALHOUN, J.H. Cataratas em crianças. **Clín Ped Am Norte**, 6:1141-9, 1983.

CALHOUN, J.H. Cataracts and lens anomalies in children. In: NELSON, L.B.; CALHOUN, J.H.; HARLEY, R.D. **Pediatric ophthalmology**. Philadelphia:W. B. Saunders Company, 1991. p. 234-49.

CANGIANI, L.M.; PORTO, A.M. Anestesia ambulatorial. **Rev Bras Anest**, 50(1):68-85, 2000.

CÁRNIO, A.M.; CINTRA, F.A.; TONUSSI, J.A.G.; KARA JOSÉ, N. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial-relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, 48(1):39-45, 1995.

CARVALHO, F.do.C.; VIEIRA, C.G.; FERREIRA, C.H.; YAMAZAKI, E.S.; PERDIGÃO, F.B.; ROCHA, E.M. et al. Cirurgia de catarata traumática em crianças: resultados visuais. **Arq Bras Oftal**, 65(4):10, 2002.

CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCLAS, V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Rev Esc Enf USP**, 24(3):359-70, 1990.

CAVALCANTE, J.B.; PAGLIUCA, L.M.F.; ALMEIDA, P.C. Cancelamento de cirurgias programadas em um Hospital-Escola: um estudo exploratório. **Rev Latino-am enfermagem**, 8(4):54-65, 2000.

CHANG, D.F. Exame oftalmológico. In: VAUGHAN, D.G.; ASBURRY, T.; RIORDAN-EVA, P. **Oftalmologia geral**. São Paulo: Atheneu Editora, 1997. p. 29-61.

CINTRA, F.A.; COSTA, V.P.; TONUSSI, J.A.G.; KARA JOSÉ, N. Avaliação de programa educativo para portadores de glaucoma. **Rev Saúde Pública**, 32(2):172-7, 1998.

COCCO, M.I.M. **A ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva**. Campinas. 1991 (Dissertação-Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

COHEN, R.; WAISWOL, M.; ALMEIDA, G.V. de. Frequência de glaucoma pós-cirurgia de catarata congênita. **Arq Bras Oftal**, 58(5):299-302, 1995.

COLLINS, V.J. Anesthesia for ambulatory surgery. In: **Principles of anesthesiology general and regional anesthesia**. Pensilvânia: Lea & Febiger, 1993. p. 1641-50.

FERREIRA, C.H.; CARVALHO, F.do C.; YAMAZAKI, E.S.; PERDIGÃO, F.B.; VIEIRA, C.G.; OLIVEIRA, D.F. de et al. Catarata infantil: Aspectos clínicos e resultados visuais em 304 casos operados. **Arq Bras Oftal**, 65(4):9, 2002.

HILES, D.A. Intraocular lenses. **Surv Ophthalm**, 34(5):371-9, 1990.

HUBEL, D.; WIESEL, T.N. The period of susceptibility to physiological effects of unilateral eye closure in kittens. **J Physiol**, 206:419-36, 1970.

HUERTA, E. del P.N.; MADEIRA, L.M.; MIRANDA, M.M.; GARCIA, T.R. Relações sociais entre a equipe de enfermagem e pais de crianças hospitalizadas. **Rev Esc Enf USP**, 20(1):55-69, 1986.

JORDÃO JR, A.; DANTAS, L.C. Implante de lentes intra-oculares em crianças. **Arq Bras Oftal**, 58(3):198-200, 1995.

JORDÃO JR, A.; ROMÃO, E. Catarata congênita: caracterização dos pacientes atendidos no Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e análise da terapêutica empregada. **Rev Bras Oftal**, 55(11):33-8, 1996.

KANSKI, J.J. Disorders of the lens. In: KANSKI, J.J. **Clinical ophthalmology**. Oxford: Butterworth Heinemann Ltd, 1994. p.286-309.

KANSKI, J.J.; NISCHAL, K.K. Catarata congênita e infantil. In: KANSKI, J.J.; NISCHAL, K.K. **Oftalmologia sinais clínicos e diagnósticos diferenciais**. São Paulo: Manole Ltda, 2000. p. 220-7.

KOHLRAUSCH, E.; ROSA, N.G. Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: subsídios para a ação educativa da enfermeira. **Rev Gaúcha de Enferm**. 20:113-22, 1999.

LAGANÁ, M.T.C. A educação para a saúde: o cliente com sujeito da ação, **Rev Esc Enf USP**. 23(1):149-152, 1989.

LINO, M.C.F.; HYORT, M.J.A. Implantação de assistência de enfermagem programada para o preparo pré-operatório, num ambulatório de cirurgia pediátrica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41º, 1989, Florianópolis. **Anais...**Florianópolis, 1989. p. 96.

- LUCENA, A de R.; CANTANHEDE, T.M.I.; TRIGUEIRO, S.A.; TAVARES, S.S.; VENTURA, L.O. Frequência e causas de ambliopia em pacientes assistidos na Fundação Altino Ventura – Recife-PE. **Rev Bras Oftal**, 60(1):50-4, 2001.
- MacDONALD, M.A. Assessment of visual acuity in toddlers. **Surv Ophthalm**, 31(3):189-210, 1986.
- MAIA, N.C. de F.; BAIKOFF, G. Catarata congênita: 1-Técnicas e indicações cirúrgicas. **Rev Bras Oftal**, 57(7):565-71, 1998.
- MASETTO, M.T. **Aulas vivas**. São Paulo: MG Editores Associados, 1992. 104p.
- McGIBBON, G. How to make a questionnaire work. **Nurs Times**, 93(23):46-8, 1997.
- MONTICELLI, M. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Rev Texto Contexto Enf**, 3(2):7-16, 1994.
- MOREIRA, A.T.R.; MOREIRA, C.A.JR.; ARANA, J. Causas de cegueira no Instituto de Cegos do Paraná. **Arq Bras Oftal**, 54(6):275-8, 1991.
- MOTOMO, M.; TARTARELLA, M.B.; ZIM, A.; MACEDO, R.; KITADAI, S.S. Resultados de lensexomia em catarata infantil. **Arq Bras Oftal**, 61(6):662-4, 1998.
- MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem em grupos**. Goiânia: A. B. Editora, 1997a, 99p.
- MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Rev Esc Enf USP**, 31(2):237-50, 1997b.
- NEWELL, F.W. The lens. In: NEWELL, F.W. **Ophthalmology principles and concepts**. New York:C.V. Mosby Company, 1982. p. 325-38.
- OLIVEIRA, P.R. Causas de cegueira na infância. **Arq Bras Oftal**, 55(4):172-5, 1992.
- PARKS, M.M. Visual results in aphakic children. **Am J Ophthalm**, 94(4):441-9, 1982.
- PERES, M.A.O. **Implantação da cirurgia ambulatorial e simplificada em hospital comunitário**. Campinas, 1992 (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- PINTO, T.V.; ARAÚJO, I.E.M.; GALLANI, M.C.B. Enfermagem em cirurgia ambulatorial: aplicação de instrumento e caracterização da clientela. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51º; PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10º, 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1999. p. 360-306.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública**, 29(4):318-25, 1995.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Métodos de coleta de dados. In: POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 163-98.

POTTER, W.S. Pediatric cataract. **Pediat Clin of North Am**, 40(4):841-53, 1993.

RAHI, J.S.; DEZATEUX, C. Capture-recapture analysis of ascertainment by active surveillance in the British congenital cataract study. **IOVS**, 40(1):236-9, 1999.

RAHI, J.S.; DEZATEUX, C. Measuring and interpreting the incidence of congenital ocular anomalies from a national study of congenital cataract in the UK. **IOVS**, 42(7):1444-7, 2001.

REGENSTEINER, D.B.W.; KARA JOSÉ, N. Condição de diagnóstico e idade em que foram operadas crianças com catarata congênita em São Paulo. **Arq Bras Oftal**, 50(3):130-4, 1987.

REGGI, J.R.A.; NISHIWAKI-DANTAS, M.C.; DANTAS, P.E.C.; BORGES, M.J.H. Catarata traumática: estudo de 60 casos. **Arq Bras Oftal**, 60(5):489-92, 1997.

RICHARD, J.M.; MONTE, M.A.; EISENBAUM, A.M.; MILLER, M.T.; PRICE, R.L.; WALLACE, W.K. Childhood cataracts and other pediatric lens disorders. In: RICHARD, J.M.; MONTE, M.A.; EISENBAUM, A.M.; MILLER, M.T.; PRICE, R.L.; WALLACE, W.K. **Pediatric ophthalmology and strabismus**. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 1991. p. 70-83.

SALIMENA, A.M. de O.; CADETE, M.M.M. Sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia. **Rev SOBECC**, 7(3):24-30, 2002.

SATO, E.H.; FREITAS, D.; PAVÉSIO, C.E.N.; VIEIRA, L.A.; ADAN, C.D.; KWITKO, S. et al. Implante de lente intraocular em crianças. **Rev Bras Oftal**, 46(6):11-6, 1987.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. (Ed.). **Educação em saúde: novas perspectivas**. Rio de Janeiro, RJ: Editorial, 1999. 1p.(Cad de Saúde Pública, v.15).

SILVA, M.D.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.R. Cirurgia Ambulatorial In: SILVA, M.D.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. São Paulo: EPU, 1997. p. 161-6.

TABOADA E., J.F.; MENEZO, J.L.; FERRER, E. Cataratas congenitas y lentes intraoculares: nuestra experiencia. **Rev Bras Oftal**, 44(5):1-7, 1985.

TARTARELLA, M.B.; NAKAMO, K.; CASTRO, C.T.M.; MARTINS, A.P.M. Visão subnormal em crianças. **Arq Bras Oftal**, 54(5):221-4, 1991.

TARTARELLA, M.B.; KAWAKAMI, L.T.; SCARPI, M.J.; HAYASHI, S.; BONOMO, P.P.O. Aspectos cirúrgicos em catarata congênita. **Arq Bras Oftal**, 58(1):24-8, 1995.

VEIGA-REIS, F.; SOARES, C.; WATANABE, M.; COLOMBINI, G.N.U.I.; LEITE, L.A.M. Causas de cegueira entre os alunos em curso no Instituto Benjamin Constant no ano de 1996. **Rev Bras Oftal**, 57(8):619-23, 1998.

VENTURA, L.O.; LEAL, D.B.; TAVARES, S.S.; ARAÚJO, A.; LINHARES, O.; GONÇALVES, S. Catarata congênita bilateral: Estudo comparativo dos achados clínicos observados em dois grupos pertencentes a níveis sócio-econômicos distintos em Pernambuco. **Arq Bras Oftal**, 58(6):429-34, 1995.

VENTURA, M.; DELGADO, A.C.; VENTURA, L.O.; TITO, I.R.; ENDRISS, D. Facoemulsificação/aspiração implante primário de lente intraocular dobrável de acrílico em 28 olhos com catarata infantil. **Rev Bras Oftal**, 60(1):33-9, 2001.

WAJNBERG, M.I.. Endoftalmite facoanafilática: complicações pós-operatória em cirurgia de facectomia extra-capsular em catarata congênita bilateral-revisão de literatura e relato de um caso. **J Bras Med** 6(5):187-200, 1993.

WATSON, D.S.; SANGERMANO, C.A. Cirurgia ambulatorial. In: MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 1059-77.

WILLINS, L.R.; GRANT, B.; KEARNS, P.P. Domiciliary post-operative assessment following cataract surgery carried out by specialist nurses. **Eye**, 13(3):336-8, 1999.

WILSON, M.E. (Ed.). **Intraocular lens implantation:** has it become the standard of care for children?. Charleston, South Carolina: Guest Editorial, 1996. 2p. (Ophthalmology, v.103).

WHITCHER, J.P. Oftalmologia Preventiva. In: VAUGHAN, D.G.; ASBURRY, T.; RIORDAN-EVA, P. **Oftalmologia geral**. São Paulo: Atheneu Editora, 1997. p. 381-7.

YAMASHITA, A.M. Anestésias para procedimentos diagnósticos e ambulatoriais. In: SAESP (Sociedade de Anestesia do Estado de São Paulo). **Atualização em anestesiologia**. São Paulo: Atheneu, 1992. p. 617-34.



8. ANEXOS



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 22/01/02
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 344/2001

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "CATARATA INFANTIL - ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA AOS PAIS OU RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA AMBULATORIAL"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mariza Cavalcante Ferreira Lino

INSTITUIÇÃO: Ambulatório de Oftalmologia/HC/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 27/11/2001

II - OBJETIVOS

Este trabalho tem a finalidade de esclarecer e orientar os pais ou responsáveis sobre os cuidados perioperatórios nas cirurgias ambulatoriais que serão realizadas em crianças portadoras de catarata infantil com indicação de cirurgia ambulatorial. Verificar posteriormente o conhecimento aprendido e a satisfação dos pais ou responsáveis com as orientações de enfermagem perioperatória recebidas após a realização da cirurgia

III - SUMÁRIO

Trata-se de será um estudo exploratório descritivo-prospectivo que será desenvolvido no ambulatório de oftalmologia com a participação efetiva de pais ou responsáveis pelas crianças que serão submetidas à cirurgia de catarata infantil. Será realizada uma reunião de orientação e instrumentos de orientação, cuidados sobre a catarata infantil e o processo anestésico cirúrgico, bem como o esclarecimento sobre os cuidados pré o pós- operatórios. A população do presente estudo será constituída de pais e ou responsáveis pelas crianças com indicação de lensectomia e extração extra-capsular com implante primário de lente intra-ocular, no período de fevereiro a julho de 2002.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um estudo com a participação voluntária de pais ou responsáveis de crianças de zero a sete anos, cujos benefícios serão úteis aos próximos pacientes que forem atendidos. A metodologia utilizada para o estudo está adequada com o tipo de pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é adequado e o projeto segue as normas da Resolução 196/96-CNS/MS

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de janeiro de 2002.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: “CATARATA INFANTIL – ABORDAGEM DE ENFERMAGEM JUNTO AOS PAIS OU RESPONSÁVEL NA CIRURGIA AMBULATORIAL”

RESPONSÁVEL: Profª Drª Izilda Esmênia Muglia Araújo

ORIENTANDA/ ALUNA PESQUISADORA: Mariza Cavalcante Ferreira Lino

Eu, _____ IDADE _____ RG _____

Endereço _____

Concordo em participar da pesquisa em questão, cujos objetivos são descritos a seguir. Além disso, estou ciente de que:

1-Justificativa da pesquisa: A catarata em crianças constitui um sério problema de deficiência visual no mundo, pela complexidade da afecção e pela necessidade da participação dos pais ou responsável no seguimento do tratamento da criança sob sua responsabilidade. Verifica-se a necessidade de um melhor preparo dos pais ou responsável pela criança que vai submeter-se à cirurgia ambulatorial para extração da catarata, que é parte desse tratamento e, para tanto, serão fornecidas informações sobre a catarata infantil e orientações de enfermagem perioperatória.

2-Objetivos: 1) Verificar o conhecimento prévio sobre a afecção, os cuidados perioperatórios, as dificuldades e as expectativas dos pais ou responsável pela criança portadora de catarata que vai submeter-se à cirurgia ambulatorial; 2) Realizar reunião em grupo com os pais ou responsável pela criança portadora de catarata; previamente à cirurgia; 3) Avaliar o conhecimento apreendido e o auxílio da reunião em grupo aos pais ou responsável nos cuidados com a criança no perioperatório.

3-Procedimento a que você será submetido: entrevista individual utilizando o questionário pré-operatório (Anexo III); reunião em grupo e entrevista individual utilizando o questionário pós-operatório (Anexo VI).

4-Aspectos Éticos da Pesquisa: trata-se de uma pesquisa que visa verificar o conhecimento prévio dos pais ou responsável pela criança portadora de catarata e o conhecimento apreendido após a cirurgia, com a reunião em grupo e o oferecimento dos “folder’s”. A recusa em participar da pesquisa não implicará em nenhum prejuízo para a continuidade do tratamento da criança sob sua responsabilidade. Você terá a garantia de sigilo dos dados contidos no instrumento e terá o direito de receber o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

5-Outras informações: reforçamos o caráter sigiloso e confidencial das informações descritas e o seu uso exclusivamente para fins de divulgação e publicação científica.

Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM-UNICAMP(3788-8936).

Campinas,...../...../.....

Assinatura dos pais/responsável

.....
Profª Drª Izilda Esmênia Muglia Araújo
Depto. Enfermagem FCM-UNICAMP

.....
Aluna: Mariza Cavalcante F. Lino
Depto. Enfermagem FCM-UNICAMP

Fone: 37888820

Fone: 37887263

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PRÉ-OPERATÓRIO

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da criança: _____ HC: _____
idade _____ sexo: () M () F data ____/____/____
2. Informações fornecidas: () pai () mãe () responsável
3. Nome do informante: _____
4. Em qual cidade e estado o (a) Sr. (a) reside? _____
5. Escolaridade dos pais / responsável:
- 1º grau (Ensino fundamental):**
- 1ª série(01)
- 2ª série(02)
- 3ª série(03)
- 4ª série(04)
- 5ª série(05)
- 6ª série(06)
- 7ª série(07)
- 8ª série(08)
- 2º grau (Ensino médio):**
- 1ª série(09)
- 2ª série(10)
- 3ª série(11)
- 3º grau (Ensino superior):**
- Completo(12)
- Incompleto(13)
- Nunca estudou(14)

II. DADOS REFERENTES À CIRURGIA, AO CONHECIMENTO E EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

6. HD. _____ cirurgia proposta _____
Data da cirurgia ____/____/____ (informações obtidas pelo pesquisador no prontuário)
7. Que problema sua criança tem na vista?
- Catarata congênita(01)
- Catarata traumática(02)
- Pressão alta no olho(03)
- Carne crescida no olho.....(04)
- Outro.....(05)
- Não sabe(06)
8. O problema na vista da sua criança foi observado:
- Pela mãe..... (01)
- Pelo pai (02)
- Por parentes ou amigos..... (03)
- Na escola..... (04)
- Pelo médico (05)
9. Existe outra pessoa com catarata na família?
- Sim..... (01)
- Não..... (02)
- Não sabe..... (03)

10. Caso a resposta seja sim na questão anterior, quem é essa pessoa?

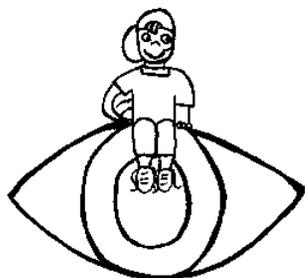
11. Como o (a) Sr (a) se sente sabendo que sua criança vai passar por uma cirurgia na vista?
- Ansioso(01)
 - Angustiado.....(02)
 - Tranquilo(03)
 - Outros(04)
 - Não sabe (05)
12. O (a) Sr. (a) está preocupado com?
- A anestesia(01)
 - A cirurgia.....(02)
 - Com o resultado da cirurgia na vista(03)
 - Com o pré-operatório (04)
 - Com o pós-operatório (05)
 - Com todos os itens mencionados.....(06)
 - Não sabe(07)
13. O (a) Sr. (a) recebeu informação sobre o problema que sua criança tem na vista?
- Sim, recebeu e entendeu tudo (01)
 - Sim, recebeu e entendeu parcialmente (02)
 - Sim, recebeu, mas não entendeu nada..... (03)
 - Não recebeu informação (04)
14. O (a) Sr.(a) recebeu informação sobre o tratamento que sua criança vai ter que fazer?
- Sim, foi informado que vai ter que fazer uma cirurgia para retirada da catarata (01)
 - Sim, foi informado mas não entendeu para que é a cirurgia.....(02)
 - Sim, foi informado mas entendeu parcialmente.....(03)
 - Não recebeu informação(04)
15. As informações que o (a) Sr.(a) recebeu sobre o problema na vista e tratamento que sua criança vai ter que fazer. Foram fornecidos:
- Pela televisão (01)
 - Vizinhos (02)
 - Familiares ou amigos (03)
 - Ambiente hospitalar (04)
16. Eu gostaria de saber que informações o (a) Sr.(a) tem sobre o problema na vista e o tratamento que sua criança vai ter que fazer. Vou dizer algumas informações e o (a) Sr.(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada uma delas:
- a) A catarata é quando o cristalino do olho fica opaco () sim () não () não sabe
 - b) A catarata causa uma visão borrada () sim () não () não sabe
 - c) É importante tratar a catarata porque pode levar a cegueira () sim () não () não sabe
 - d) É importante tratar a catarata para melhorar a visão () sim () não () não sabe
 - e) A cirurgia para retirada da catarata é feita quando a catarata está prejudicando muito a visão da criança () sim () não () não sabe
17. O (a) Sr.(a) recebeu informações sobre os cuidados com a criança antes e após a cirurgia?
- Sim..... (01)
 - Não(02)
 - Recebi parcialmente(03)

- 18.** Eu gostaria de saber que informações o (a) Sr.(a) tem sobre os cuidados com a criança antes da cirurgia para retirada da catarata . Vou dizer alguns cuidados e o (a) Sr. (a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles:
- a) Providenciar exames pré-operatórios solicitados () sim () não () não sabe
 - b) Tratar gripes e resfriados por causa das condições para a anestesia () sim () não () não sabe
 - c) Providenciar transporte para o dia da cirurgia e para os retornos no pós-operatório () sim () não () não sabe
 - d) Não observar o jejum da criança pode por em risco a vida da criança na cirurgia () sim () não () não sabe
- 19.** Eu gostaria de saber que informações o (a) Sr. (a) tem sobre os cuidados com a criança após a cirurgia para retirada da catarata. Vou dizer alguns cuidados e o (a) Sr. (a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles:
- a) Observar a criança para que não retire o curativo após a cirurgia () sim () não () não sabe
 - b) Observar a criança de perto nas brincadeiras para evitar machucar o olho operado () sim () não () não sabe
 - c) Providenciar a medicação que será dada por boca e os colírios receitados após à cirurgia () sim () não () não sabe
 - d) Se o colírio arde nos olhos pode ser aplicado na boca? () sim () não () não sabe
 - e) Não faltar aos retornos marcados () sim () não () não sabe
- 20.** Na sua opinião o (a) Sr. (a) acredita que vai encontrar dificuldade no cuidado com a criança?
- Sim, dificuldades no cuidado antes da cirurgia (01)
 - Sim, dificuldades no cuidado após a cirurgia (02)
 - Sim, dificuldades no cuidado antes e após a cirurgia (03)
 - Não, acredito que não vou ter dificuldades no cuidado com a minha criança (04)
- 21.** Gostaria de participar de uma reunião para falar sobre o problema da vista, a cirurgia, a anestesia e os cuidados com a sua criança, agora que ela vai passar por uma cirurgia na vista para retirada da catarata?
- Sim () (01)
 - Não () (02)

CATARATA INFANTIL

INFORMAÇÕES

ANEXO 4



Este folheto tem a finalidade de fornecer informações aos pais / responsável sobre a catarata infantil

O que é catarata?

-A catarata é quando o cristalino não é transparente, nós dizemos que ele está opaco, então a catarata é uma *opacificação do cristalino.

*Opacificação= Perda da transparência.

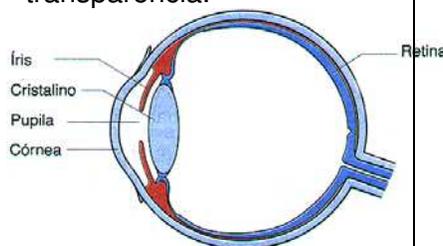


Fig.1: Partes do olho

O que é cristalino?

-Cristalino é a lente natural transparente (como cristal) que existe atrás da pupila (menina do olho).

Por que a catarata é chamada de congênita?

-A catarata é chamada congênita quando está presente ao nascimento ou se desenvolve nos primeiros meses de vida.

O que acontece no olho da criança que tem catarata?

- A catarata não deixa a luz chegar na retina, causando uma visão borrada.

O que causa a catarata?

-A causa ainda é desconhecida na maior parte dos casos. Nos casos em que é conhecida, poderá ser de origem:

1-Hereditária-aquela que passa dos pais para o filho.

2-Infecção congênita - aquela que passa para a criança quando está dentro do útero da mãe como: rubéola, sífilis, toxoplasmose. A catarata poderá ainda aparecer durante a infância, resultado de uma infecção no olho ou aparecimento tardio de catarata hereditária.

3-Traumática- Resultado de um trauma (machucado).

Como é feito o tratamento?

-O tratamento depende de quanto o cristalino opacificado está prejudicando a entrada da luz até a retina. Às vezes a catarata altera pouco a visão e a criança será somente acompanhada pelo oftalmologista, que é o médico especialista em cuidar de olhos. Quando a catarata for moderada, afetando um pouco a visão, podem ser usados óculos e tratamento com tampão, quando a visão for diferente entre um olho e outro. Quando a catarata for grave ocorre a diminuição da visão, o único tratamento será a cirurgia, dentro do menor prazo possível.

O que ocorre na cirurgia?

-Na cirurgia o cirurgião retira o cristalino opacificado. Por vezes pode ser necessário realizar uma nova cirurgia alguns meses após a primeira.

Como a visão é corrigida após a retirada da catarata?

-Lembrando que o cristalino foi retirado, a criança necessita outra lente para ajudar a enxergar. Existem três métodos de corrigir a falta do cristalino:

- 1. uso de óculos**
- 2. uso de lente de contato**
- 3. colocação de lente intraocular (lente artificial) durante a cirurgia**

1-uso de óculos

- O uso de óculos é indicado em crianças pequenas, devido às dificuldades com as lentes e porque ainda não

se pode colocar a lente intraocular.

2-uso da lente de contato

-O oftalmologista saberá dizer qual o tipo de lente mais adequado para o caso de cada criança. A dificuldade com as lentes ocorre porque necessitam de limpeza e colocação que são realizadas pelos pais / responsável; outras são as trocas por causa da alteração no grau, e das perdas freqüentes por parte das crianças. As lentes são caras, o que pode ser muito dispendioso para a família.

3-Colocação de lente intraocular durante a cirurgia

-Em algumas crianças maiores de três anos é colocada uma lente artificial no lugar do cristalino opacificado, durante a cirurgia,

chamada lente intraocular.

Por que não se coloca lente intraocular em crianças menores de três anos?

-Nas crianças menores de três anos, o olho ainda está em pleno desenvolvimento.

Enquanto que nas crianças maiores de três anos, o olho já está quase perto do tamanho que ele vai ter, quando ela for adulta. Então ao se colocar lente intraocular em crianças deve-se pensar no tamanho do olho e na idade da criança.

Que problemas podem surgir no olho da criança que tem catarata?

1-Ambliopia: o chamado olho preguiçoso, olho que tem ou tinha catarata, o olho não enxerga direito. Por isso é necessário que a catarata que altera

muito a visão, seja retirada, por meio da cirurgia logo que seja observada.

Como se corrige a Ambliopia?

-Depois de retirada a catarata além do uso dos óculos, também é necessário o uso do tampão no olho “bom” para exercitar o olho operado (olho ambliope). Mesmo após o olho operado ter recuperado a visão, o tampão deve ser usado em tempo menor até a visão da criança estar madura. Nos casos de criança com ambliopia mesmo após o tratamento adequado, a criança desenvolve apenas uma visão parcial, que é melhor que a anterior e deve receber orientação especial para poder desenvolver o equilíbrio, a fala, a escrita.

2-Estrabismo: É quando os músculos do olho não

estão no lugar correto, o olho fica movimentando-se desordenado para dentro, para fora, para cima ou para baixo. Por causa da pouca visão devido à catarata, o olho procura a luz, apresentando esta movimentação.

Como se corrige o estrabismo? - O

estrabismo é corrigido através de cirurgia, onde os músculos do olho são fixados, para que o olho não fique movimentando-se desordenado. O oftalmologista decide qual a idade melhor para a cirurgia de correção que depende do quanto o problema está interferindo na visão da criança.

Resultado visual

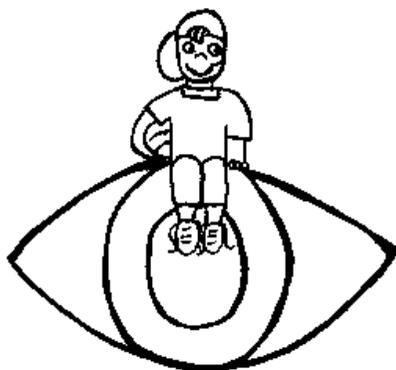
Seguidas às orientações e o tratamento adequado, as crianças com catarata podem ter um resultado muito bom na recuperação da visão.

Lembramos ainda que a participação dos pais / responsável é fundamental. Enquanto a equipe de profissionais da saúde atua nas consultas e cirurgias, os pais / responsável atuam junto à criança durante toda a sua vida.

Por:

**Mariza Cavalcante Ferreira
Lino, enfermeira do CCA –
Centro Cirúrgico
Ambulatorial do Hospital
das Clínicas – UNICAMP,
mestranda em Enfermagem
pela Universidade Estadual
de Campinas.**

CIRURGIA DE CATARATA INFANTIL – ORIENTAÇÕES E CUIDADOS – ANEXO 5



Este Folheto tem a finalidade de fornecer informações aos acompanhantes (pais ou responsáveis) sobre a catarata infantil

ORIENTAÇÕES QUANTO À CIRURGIA E ANESTESIA:

1. A cirurgia de catarata congênita acontece no centro cirúrgico ambulatorial.
2. Não necessita de internação, alguns casos podem ficar em observação por no máximo um dia.
3. A anestesia é geral (a criança fica dormindo durante todo o procedimento).
4. A cirurgia geralmente tem curta duração, portanto a criança fica pouco tempo sob o efeito da anestesia.
5. Os pais / responsável ficarão com a criança na sala de recuperação, após a cirurgia, logo que a criança esteja acordada, sob orientação da equipe de enfermagem.
6. A criança será liberada para casa, após a recuperação, desde que esteja em boas condições (sem dor, sem vômito e urinando).
7. A ordem das crianças a serem operadas, é de responsabilidade do cirurgião, que fará a cirurgia conforme a gravidade do problema na vista de cada criança.
8. Devido ao grande número de crianças que necessitam de

cirurgia e de que no centro cirúrgico ambulatorial, essas cirurgias só acontecerem no período da manhã; Os pais/responsável devem ficar cientes de que pode não haver tempo suficiente para atender todas as crianças, podendo a cirurgia de sua criança ser suspensa por falta de horário cirúrgico.

9. Na medida do possível e de acordo com o entendimento da criança, os pais / responsável devem explicar para a criança sobre o problema que ela tem na vista, a necessidade da cirurgia e os cuidados antes e após a realização da mesma. Assim a criança torna-se mais cooperativa, o que ajuda antes, durante e após a cirurgia.

CUIDADOS ANTES DA CIRURGIA

1. Providenciar os exames pré-operatórios que foram solicitados. ex: exame de sangue, avaliação do pediatra e RX.
2. Procurar tratar gripes e resfriados, desde o início para evitar que a cirurgia seja suspensa por falta de condições de saúde da criança, para receber a anestesia.
3. Providenciar transporte para o dia da cirurgia e para os retornos no pós-operatório.

4. Os pais / responsável que estiverem com dificuldades em relação ao transporte e aquisição dos medicamentos; deverão ser encaminhados ao serviço social do HC (Hospital das Clínicas).

CUIDADOS NO DIA DA CIRURGIA

1. Providenciar a alimentação que a criança, esteja acostumada, como: iogurte, mamadeira, suco, para oferecer após a cirurgia.
2. Comunicar a criança que os pais / responsável a levarão ao hospital, para a cirurgia do olho com problema.
3. Observar o jejum da criança, que deverá ficar sem se alimentar por no mínimo 8h. Os Bebês jejuam 06 horas.
4. Dar o banho na criança, lavando bem a cabeça e sobrancelhas, antes de trazê-la ao hospital.
5. Retirar jóias ou bijuterias que estejam na criança.
6. Dirigir-se à recepção do centro cirúrgico ambulatorial 1h antes da cirurgia.
7. Trazer os resultados dos exames solicitados.
8. Aguardar após o preparo, a visita pré-anestésica, caso não tenha sido feita.

9. Após o encaminhamento da criança para a sala de cirurgia, os pais / responsável' poderão sair por um breve momento, se assim desejarem, após o que devem retornar, pois será solicitada a sua presença, assim que terminar a cirurgia e a criança estiver acordada na sala de recuperação pós-anestésica, para que um dos pais / responsável acompanhe a sua recuperação.

CUIDADOS NA SALA DE RECUPERAÇÃO

1. Os pais / responsável acompanharão a recuperação de sua criança sob orientação e supervisão da equipe de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica.

CUIDADOS APÓS A CIRURGIA NO DOMICÍLIO

1. Deve-se procurar manter a criança em repouso, devido à cirurgia e anestesia.
2. Deve-se oferecer no primeiro dia uma alimentação leve, a de melhor aceitação, dentro do que a criança costuma alimentar-se.
3. Observar atentamente para que a criança não retire o curativo, e também evite colocar as mãos no olho operado, podendo com isso, machucar ou provocar infecção.

4. Evitar que a criança durma do lado operado

5. O curativo será retirado no primeiro retorno, dia seguinte ao da cirurgia, no ambulatório de oftalmologia.

6. Providenciar a medicação que será dada por boca e os colírios prescritos de pingar no olho, pelo médico, bem como o seu uso.

7. A criança deverá ser observada de perto nas brincadeiras, para evitar machucar o olho operado.

8. Proteger o olho operado na hora do banho, evitando com isso a entrada de sabonete e xampu (durante mais ou menos dez dias).

9. A criança poderá assistir televisão.

10. O cirurgião deverá orientar por quanto tempo a criança, deverá se ausentar da escola e da prática de esportes (durante mais ou menos dois meses).

11. Não faltar aos retornos marcados.

12. -Em caso de algum problema, os pais / responsável deverão trazer a criança ao hospital, independente do dia e da hora.

Por:

**Mariza Cavalcante Ferreira Lino,
enfermeira do CCA-Centro
Cirúrgico Ambulatorial do
Hospital das Clínicas –
UNICAMP, mestranda em
Enfermagem pela Universidade
Estadual de Campinas**

ANEXO 6

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PÓS-OPERATÓRIO

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da criança: _____ HC: _____
Idade ____ sexo: () M () F data: ____/____/____
2. Informações fornecidas: () pai () mãe () responsável
3. Nome do informante: _____

II. DADOS REFERENTES À CIRURGIA, AO CONHECIMENTO E EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

4. Cirurgia realizada _____ data ____/____/____
(informações obtidas pelo pesquisador no prontuário)
5. Que problema sua criança tinha na vista?
 - Catarata congênita(01)
 - Catarata traumática(02)
 - Pressão alta no olho(03)
 - Carne crescida no olho(04)
 - Outro(05)
 - Não sabe(06)
6. Como o (a) Sr. (a) se sentiu com a cirurgia na vista da sua criança?
 - Ansioso(01)
 - Angustiado(02)
 - Tranquilo(03)
 - Outros(04)
 - Não sabe(05)
7. O (a) Sr (a) estava preocupado com?
 - A anestesia(01)
 - A cirurgia(02)
 - Com o resultado da cirurgia na vista(03)
 - Com o pré-operatório(04)
 - Com o pós-operatório(05)
 - Com todos os itens mencionados(06)
 - Não sabe(07)
8. O (a) Sr (a) participou de uma reunião em grupo, esta reunião e os folhetos entregues forneceram informações?
 - Sim, entendeu tudo(01)
 - Sim, entendeu parcialmente(02)
 - Sim, mas não entendeu nada(03)
9. Nesta reunião em grupo o (a) Sr.(a) recebeu informação sobre o tratamento que sua criança tinha que fazer?
 - Sim, foi informado que a cirurgia era para retirada da catarata(01)
 - Sim, foi informado mas entendeu parcialmente(02)
 - Sim, foi informado mas não entendeu para que era a cirurgia(03)
10. Eu gostaria de saber que informações o (a) Sr.(a) recebeu sobre o problema na vista e o tratamento que sua criança tinha que fazer, vou dizer algumas informações e o (a) Sr.(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada uma delas:
 - a) A catarata é quando o cristalino do olho fica opaco () sim () não () não sabe
 - b) A catarata causa uma visão borrada () sim () não () não sabe
 - c) É importante tratar a catarata porque pode levar a cegueira () sim () não () não sabe
 - d) É importante tratar a catarata para melhorar a visão () sim () não () não sabe
 - e) A cirurgia para retirada da catarata é feita quando a catarata está prejudicando muito a visão da criança () sim () não () não sabe

- 11.** O (a) Sr.(a) recebeu informações sobre os cuidados com a criança antes e após a cirurgia?
- Sim (01)
 - Não..... (02)
 - Recebeu parcialmente (03)
- 12.** Eu gostaria de saber que informações o (a) Sr.(a) recebeu sobre os cuidados com a criança antes da cirurgia para retirada da catarata. Vou dizer alguns cuidados e o (a) Sr (a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles:
- a)** Providenciar exames pré-operatórios solicitados () sim () não () não sabe
 - b)** Tratar gripes e resfriados por causa das condições para a anestesia () sim () não () não sabe
 - c)** Providenciar transporte para o dia da cirurgia e para os retornos no pós-operatório () sim () não () não sabe
 - d)** Não observar o jejum da criança pode por em risco a vida da criança na cirurgia () sim () não () não sabe
- 13.** Eu gostaria de saber que informações o (a) Sr. (a) recebeu sobre os cuidados com a criança após a cirurgia. Vou dizer alguns cuidados e o (a) Sr.(a) vai me dizendo sim, não ou não sabe para cada um deles:
- a)** Observar a criança para que não retire o curativo após a cirurgia () sim () não () não sabe
 - b)** Observar a criança de perto nas brincadeiras para evitar machucar o olho operado () sim () não () não sabe
 - c)** Providenciar a medicação que será dada por boca e os colírios receitados após à cirurgia () sim () não () não sabe
 - d)** Se o colírio arde nos olhos pode ser aplicado na boca () sim () não () não sabe
 - e)** Não faltar aos retornos marcados () sim () não () não sabe
- 14.** Na sua opinião o (a) Sr.(a) encontrou dificuldades no cuidado com a criança?
- Sim, encontrou dificuldades no cuidado antes da cirurgia..... (01)
 - Sim, encontrou dificuldades no cuidado após a cirurgia..... (02)
 - Sim, encontrou dificuldades antes e após a cirurgia (03)
 - Não, não encontrou dificuldades no cuidado com a criança..... (04)
- 15.** Na sua opinião a reunião em grupo forneceu as informações que o (a) Sr.(a) desejava?
- Sim (01)
 - Não..... (02)
 - Forneceu parcialmente..... (03)