CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

PREVENÇÃO E CONTROLE DA CATARATA

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
MARÇO, 2016

ESTUDO TÉCNICO: Prevenção e controle da catarata

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei (PLE) nº 298/2014 que "Dispõe sobre a criação da Semana Municipal de Combate a Catarata, intitulada Semana da Visão", de autoria do vereador Suica, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social. Entretanto, não cabe neste estudo qualquer análise relacionada ao mérito ou constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-nos apenas sistematizar os principais achados técnico-científicos e a legislação relacionada ao tema em questão com vistas a subsidiar a emissão e análise do parecer pela referida Comissão.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é uma tendência mundial e traz, como consequência, o aumento da prevalência das doenças crônicas no idoso, entre as quais se destaca a catarata.

A catarata, reconhecidamente, constitui a principal causa de cegueira no mundo, passível de recuperação por intervenção cirúrgica apropriada. É definida como qualquer opacidade do cristalino que difrate ou impeça a passagem da luz, acarretando efeito negativo na visão (ARIETA, 2008), sendo a principal causa de cegueira no Brasil (SANTOS et al., 2014), responsável por 40% dos casos de cegueira no mundo. A catarata senil é uma das afecções oftalmológicas mais frequentes, com incidência estimada de 18% em menores de 65 anos de idade, 47% em idosos com 65 a 74 anos e 73% naqueles acima de 75 anos, o que representa cerca de 600 mil novos casos de catarata por ano, (TALEB et al., 2009).

As técnicas de remoção da opacidade lenticular, na atualidade, apresentam-se relativamente simples, têm baixo custo e têm sido praticadas com segurança há muitos anos. Entretanto, frequentemente observam-se limitações no acesso à cirurgia ocular, por dificuldades diversas referentes ao paciente ou por

obstáculos impostos pelo próprio sistema de saúde e que impedem a utilização do recurso cirúrgico em sua plena potencialidade. A deficiência na prestação de assistência à saúde inclui a dificuldade de acesso à cirurgia ocular.

A fixação de médicos e profissionais de saúde em grandes centros urbanos é maior mesmo em países desenvolvidos. Em regiões mais pobres de países em desenvolvimento, esse contraste é ainda maior (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009). Nesse sentido, estudos apontam que o Brasil não consegue realizar o número total de cirurgias de catarata necessário para compensar o surgimento de novos casos, com isso cresce a importância das campanhas de catarata e da otimização dos centros cirúrgicos ambulatoriais para as cirurgias em larga escala (KARA JUNIOR; ESPÍNDOLA, 2010; KARA JUNIOR; SANTHIAGO; ESPÍNDOLA, 2011).

KARA-JÚNIOR e colaboradores, em 2011, identificaram que a grande fila de espera foi a principal causa para a não realização da cirurgia de catarata em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo. Essa realidade enfatiza a importância e a resolutividade de campanhas de saúde ocular com vistas à prevenção e combate à cegueira, já que em um mesmo dia os pacientes que forem diagnosticados podem ter a cirurgia agendada, diminuindo retornos desnecessários ao hospital e minimizando o tempo de espera para o tratamento (KARA-JÚNIOR et al., 2011).

Nesse sentido, as campanhas de catarata se tornam potencialmente relevantes, para a realização de cirurgias como forma de redução da baixa acuidade visual causada pela catarata senil em regiões desassistidas. A catarata, a diminuição da acuidade visual causada por ela e a cirurgia podem interferir na qualidade de vida das pessoas (SANTOS et al., 2014; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011). Nessa perspectiva, a saúde ocular está diretamente relacionada à qualidade de vida do ser humano. A perda da capacidade visual implica na diminuição da qualidade de vida, decorrente de restrições ocupacionais, econômicas, sociais e psicológicas. Para a sociedade, representa encargos onerosos e perda de força de trabalho (LUIZ et al., 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura do Introdução sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e percepções” (WHO, 1995). Qualidade da visão é uma parte integrante da qualidade de vida relacionada à saúde e à avaliação das dimensões do autorrelato estado de saúde relacionada à visão. A visão é considerada a grande promotora da integração do indivíduo em atividades motoras, perceptivas e mentais, e a perda da mesma pode provocar marcantes alterações, causando dificuldades no processo de socialização e convivência (LUCAS et al., 2003).

O fortalecimento de políticas públicas, com vistas à promoção de saúde da visão, por certo produz, produz resultados que, além de prevenir a cegueira, tem impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos, com importantes benefícios sociais (KARA JUNIOR et al., 2010).

REFERÊNCIAS

ARIETA, C.E.L. et al. Cataract remains an important cause of blindness in Campinas, Brazil. **Ophthalmic Epidemiol,** v. 16, n. 1, p. 58-63, 2009.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai. 2009.

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P.S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p. 2919-2925, 2011.

Kara-José N, Arieta CEL, Temporini ER, Kang KM, Ambrósio LE. Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o paciente. **Arq Bras Oftalmol** 1996;59(6):573–577.

KARA-JUNIOR, N.; ESPÍNDOLA, R.F. Evolução e viabilização de um centro cirúrgico ambulatorial para cirurgias de catarata em larga escala em um hospital universitário. **Arq. bras. oftalmol**, v. 73, n. 6, p. 494-496, 2010.

KARA-JUNIOR, N. Importância do centro cirúrgico ambulatorial para a realização de cirurgias de catarata em larga escala. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 70, n. 2, p. 75-76, 2011.

KARA-JUNIOR, N.; DELLAPI, J.RR.; ESPÍNDOLA, R.F. Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos sistemas de saúde público e privado. **Arq Bras Oftalmol.** v. 74, n. 5. p. 323-5, 2011.

LUCAS, MB et al. Condutas reabilitacionais em pacientes com baixa visão. **Arq Bras Oftalmol** 2003; n.66, 77-82.

LUIZ, L.C. et al. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia.** v. 13, n. 5, p. 444-50, 2009.

SANTOS, B.W.L, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de catarata, com implantes de lentes monofocais bifocais e multifocais. **Rev Bras Oftalmol.** V. 73, n. 2, p. 86-92, 2014.

TALEB, et al. **As Condições de Saúde Ocular no Brasil-2007.** Conselho Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, 2007. TALEB, et al.. **As Condições de Saúde Ocular no Brasil – 2009.** Conselho Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, p. 123. 2009.

Temporini ER, Kara-José N, Kara-José Jr N.Catarata senil: características e percepções de pacientes atendidos em projeto comunitário de reabilitação visual. **Arq Bras Oftalmol** 1997;60(1):79–83.

Temporini ER, Kara-José N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. **Arq Bras Oftalmol** 1995: 58(3):189–192.

Thylefors B. **Much blindness is avoidable**. World Health Forum 1991; 12(1):78–86.

World Health Organization. **Strategies for the prevention of blindness in national programmes: a primary health care approach**. Geneva: WHO; 1984.

World Health Organization. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Social Science & Medicine**, v 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.