

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

ANA PAULA GERMANO

**A SATISFAÇÃO DO CLIENTE NO
PÓS-OPERATÓRIO DE CATARATA**

**BAURU
2016**

ANA PAULA GERMANO

**A SATISFAÇÃO DO CLIENTE NO
PÓS- OPERATÓRIO DE CATARATA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em enfermagem, sob orientação da Profa. Ma. Solange Nardo Marques Cardoso e co-orientação da Profa. Dra Solange Oliveira Braga Franzolin.

BAURU
2016

Germano, Ana Paula

G3734s

A satisfação do cliente no pós - operatório de catarata / Ana Paula Germano. -- 2015.

31f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Solange Nardo Marques Cardoso.

Coorientadora: Profa. Dra. Solange Oliveira Braga Franzolin.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)
– Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Catarata. 2. Cirurgia. 3. Satisfação. I. Cardoso, Solange Nardo Marques. II. Franzolin, Solange Oliveira Braga. III. Título.

ANA PAULA GERMANO

**SATISFAÇÃO DO CLIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE
CATARATA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profa. Ma. Solange Nardo Marques Cardoso e co-orientação da Profa. Dra. Solange Oliveira Braga Franzolin.

Banca examinadora:

Profa Ma. Solange Nardo Marques Cardoso
Universidade do Sagrado Coração

Profa. Dra. Solange Oliveira Braga Franzolin
Universidade do Sagrado Coração

Profa Ma. Solange Gallan Vila
Universidade do Sagrado Coração

Bauru, 28 de novembro de 2016

Dedico com todo carinho a minha família, ao meu namorado, Renato Hueb, e ao Dr. Daniel, que sempre estiveram ao meu lado, apoiando e incentivando nesta jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente Deus, por ter me dado força e saúde para superar todas as dificuldades durante essa jornada.

Aos meus pais, Lourival Germano e Maria Cleusa Pintor Germano pelo apoio e pela paciência.

Ao meu namorado, Renato Borges Hueb, que esteve do meu lado a todo o momento sempre me incentivando.

Aos meus irmãos, Ana Cláudia Germano e Ricardo Natálio Germano para que essa batalha fosse vencida.

Agradeço a todos os professores que compartilharam todo o seu conhecimento científico, em especial minha orientadora Solange Nardo Marques Cardoso e co-orientadora Solange Oliveira Braga Franzolin pelo estimável cuidado com os dados estatísticos. Muito obrigada pelo carinho e paciência.

RESUMO

A visão representa um dos sentidos de maior relevância na interação do homem com as pessoas e o meio ambiente. Na complexa função visual, a transparência das estruturas oculares no trajeto da luz é fundamental para a obtenção de uma boa acuidade visual. Qualquer opacidade ou alteração neste trajeto determina a queda da acuidade visual. Estima-se que no Brasil, aproximadamente 1% da população seja deficiente visual, sendo que as principais causas de cegueira são atribuídas a vícios de refração não corrigidos e a catarata. A catarata é uma doença ocular causada pela opacificação do cristalino, lente natural do olho responsável pela focalização da luz sobre a retina. Toda vez que a qualidade de vida do portador de catarata esteja comprometida, ou seja, que existam limitações nas atividades que realiza habitualmente, a cirurgia está indicada. O objetivo geral deste trabalho foi identificar o grau de satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata em uma Clínica de Olhos na cidade de Lençóis Paulista, estado de São Paulo; e o específico : traçar o perfil epidemiológico dos pacientes e enumerar as dificuldades que os pacientes encontravam no pré-operatório e quais foram superadas no pós-operatório. Foi realizada uma pesquisa exploratória, quantitativa, com aplicação de questionário semiestruturado. Foram entrevistados 13 pacientes e a idade média foi 69 anos e meio com desvio padrão de 11 anos. A maioria foi do sexo feminino e ensino fundamental incompleto. A renda familiar variou entre menos de um até quatro salários mínimos. Evidenciou-se que a maior parte dos pacientes foi diagnosticada com catarata entre um e quatro anos antes da pesquisa e a alguns continuaram usando óculos após a cirurgia. A qualidade de vida estava comprometida para 92,30% pacientes. Os 13 (100%) pacientes tinham como expectativa em relação à cirurgia a melhora da visão e da qualidade de vida. No pós-operatório, todos os pacientes responderam ter ficado satisfeito com o resultado obtido e indicaria a cirurgia. A maioria alegou que melhorou a visão e conseguiu realizar atividades do dia a dia. O presente estudo demonstrou que a doença catarata compromete a qualidade de vida e quando corrigida pela cirurgia, ela é restabelecida.

Palavras-chave: Catarata. Cirurgia. Satisfação.

ABSTRACT

The eyesight is the most important sense in the interaction between people and the environment. In relation to this very complex function, the transparency of the intraocular structures to the light beam is fundamental for the best visual acuity achievement. Any cloudy in this pathway determines a decrease in visual acuity. In Brazil, approximately 1% of the population has been estimated to be blind, and uncorrected refraction vicious and the cataract have been appointed as the most frequent causes of blindness. The cataract is an ocular disease caused by the cloudy of crystalline lens, being this lens responsible for the correct focalization of the light onto the retina. But with time, cataract will finally affect the eyesight. If impaired vision interferes with normal usual daily activities might be necessary a cataract surgery. This study had the purpose to identify the satisfaction level of the patients that had undergone cataract surgery in an ophthalmologic clinic at Lençóis Paulista-SP, and also describe the patient epidemiologic characteristics and number the preoperative patient difficulties and which of these difficulties were overcome during post operative period. An exploratory and quantitative survey with a pattern questionnaire was applied. Thirteen patients around 69 years old and a half with standard deviation of eleven years whom have already undergone cataract surgery were interviewed. Most patients were female and with incomplete elementary school. The familiar income varied between less than one till four minimum brazilian salary. Most patients had their cataract surgery between one and four years after diagnosis and some continued using eyeglasses after the surgery. The quality of life had been worsened in twelve (92,30%) before surgery. All thirteen (100%) patients had the desire after cataract surgery to improve vision and also quality of life. In the post operative period, all the patients answered to be satisfied and would recommend the surgery for other people. Most patients alleged improvement in their vision and were able to do usual daily activities. The present study demonstrated the decrease on quality of life related to the cataract and the improvement after appropriate surgery.

Key words: Cataract. Surgery. Satisfaction

Sumário

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2 OBJETIVOS..... | 10 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 10 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 10 |
| 3 METODOLOGIA..... | 11 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO..... | 11 |
| 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL..... | 11 |
| 3.3. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA | 11 |
| 3.4 INSTRUMENTO..... | 11 |
| 3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS | 11 |
| 3.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 12 |
| 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 13 |
| 4.1 A CIRURGIA DE CATARATA | 14 |
| 4.2 FUNÇÃO VISUAL E QUALIDADE DE VIDA | 14 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 16 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 25 |
| REFERÊNCIAS | 26 |
| APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PRÉ-OPERATÓRIO..... | 28 |
| APÊNDICE B QUESTIONÁRIO PÓS – OPERATÓRIO | 30 |
| APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 31 |

1 INTRODUÇÃO

A perda da visão é um dos mais sérios infortúnios que podem suceder a uma pessoa. De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde/World Health Organization), existem atualmente, aproximadamente, 180 milhões de deficientes visuais, sendo que 50 milhões de pessoas são classificadas como cegas. Estimou-se, no ano de 2000, que 8 milhões de casos novos de cegueira estariam ocorrendo anualmente, no mundo, deixando claro que este número poderia ser duplicado nos anos subsequentes se programas de saúde pública não fossem intensificados, desenvolvidos e implantados. (SILVA, 2004).

Pessoas idosas têm maior chance de desenvolver catarata e a maioria das pessoas está acima dos 50 anos de idade. Isto significa que com o aumento da expectativa de vida, mais pessoas irão desenvolver catarata e o número de casos de cegueira irá aumentar. Segundo dados da OMS, em 2020 haverá 1,2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo (SILVA, 2004).

A recuperação da visão pela cirurgia de catarata trás muitos benefícios econômicos e sociais para o indivíduo, sua família e comunidade (KARA JUNIOR, 2012).

Com base na experiência dos mutirões, o conceito do tratamento cirúrgico da catarata solidificou-se e o Brasil tornou-se um dos líderes na prevenção da cegueira no mundo (KARA JUNIOR, 2011).

Como resultado destes mutirões, foram realizadas cerca de 753.078 cirurgias de catarata no período de maio de 1999 até fevereiro de 2002 (SILVA, 2004).

As campanhas de mutirão tornaram possível ampliar a oferta de serviços e acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos e, conseqüentemente, reduzir filas, tempo de espera, melhorando significativamente a qualidade de vida daqueles que eram precocemente aposentados devido à incapacidade visual e, assim, excluídos da sociedade (SILVA, 2004).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, social e ambiental e a própria estética existencial (MATOS, 1991).

Segundo Oliveira (1990) qualidade da visão representa um importante fator de eficácia, pois possibilita os pacientes executarem bem atividades habituais. Para este autor, a visão envolve relação com as atividades cotidianas como leitura, costura enxergar detalhes de um objeto.

Nesse sentido avaliar a satisfação pessoal dos pacientes pós-cirurgia de catarata implicará em verificar se suas necessidades e expectativas foram alcançadas diante do processo cirúrgico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o grau de satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata;

Enumerar as dificuldades que os pacientes encontravam no pré-operatório e quais foram superadas no pós-operatório.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa exploratória, quantitativa, com pacientes de uma clínica oftalmológica, aplicando um questionário semiestruturado, antes e após a realização de cirurgia de catarata. O estudo foi realizado durante o mês de agosto de 2016.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

A Clínica de Olhos Dr. Daniel Ramos Parente está localizada em Lençóis Paulista, cidade do interior do estado de São Paulo, situada na Avenida Nove de Julho nº 467.

3.3 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

Pacientes de ambos os sexos, quatro do sexo masculino e oito do sexo feminino, na faixa etária de 44 a 90 anos de idade, da Clínica de Olhos Dr. Daniel Ramos Parente, que se submetiam a cirurgia de catarata. Todos os 13 pacientes foram abordados no pré e no pós-operatório.

3.4 INSTRUMENTO

Foi aplicado um questionário pré-operatório (APÊNDICE A), para os pacientes constando de perguntas abertas e fechadas, composto pelos seguintes itens: idade, gênero, grau de escolaridade, renda per capita, perguntas sobre as dificuldades do cliente no pré-operatório.

No retorno do paciente, após 15 dias da cirurgia, aplicou-se o questionário pós-operatório (APÊNDICE B), que questionou basicamente se houve melhora nas atividades cotidianas, na sua qualidade de vida.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Fizeram parte do estudo, pacientes que foram submetidos à cirurgia de catarata, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa, após a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com assinatura do participante da pesquisa e da pesquisadora (APÊNDICE C).

Segundo Padilha (2013), o TCLE é um documento no qual é explicitado ao participante e/ou seu responsável legal, de forma escrita, todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar, das quais o convidado pode consentir ou recusar, de forma autônoma, sua participação sem prejuízo ao tratamento.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram registrados em planilhas do programa computacional Excel e apresentados em tabelas e gráficos de setores, por meio da frequência absoluta (N), frequência relativa (%), média e desvio padrão. As respostas às perguntas iguais, elaborado no pré e pós-operatório, foram associadas pelo teste Qui-Quadrado. Adotou-se 5% de nível de significância.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A catarata é uma grave doença ocular decorrente da opacificação do cristalino, lente natural do olho responsável pela focalização da luz sobre a retina. Quando o cristalino torna-se opaco, a luz não chega à retina em quantidade suficiente, o que prejudica a qualidade da visão. Com o passar do tempo, a catarata pode agravar-se até causar cegueira reversível (CUNHA; COSTA, 2014).

A história da cirurgia da catarata, de forma semelhante a outros procedimentos em medicina, apresenta um curso circular, com repetições de ideias já relatadas e introdução de outras novas. Das ruínas da Babilônia antiga, surgiu a técnica de aspiração do cristalino, que permaneceu por um curto período de tempo (SOUZA; RODRIGUES; SILVA, 2006).

Em 1570, o cirurgião Francês Jacques Daviel realizou a primeira extração extra capsular planejada, com sucesso. A ideia de abrir o olho para remover a catarata não foi bem aceita devido às dificuldades técnicas impostas pelo procedimento na época. Já a técnica intra capsular era mais fácil e, por isso, começou a ter um bom resultado por todo o mundo, tornando-se o método de escolha a partir do século XX.

A principal causa da cegueira curável e mais frequente em todo o mundo acomete 75% dos indivíduos acima de 70 anos, sendo responsável por metade do número de cegos no mundo, ou seja, um problema de saúde pública que interfere negativamente na qualidade de vida dos pacientes (CUNHA; COSTA, 2014).

Estima-se que no Brasil, aproximadamente 1% da população seja deficiente visual, sendo que, as principais causas de cegueira são atribuídas aos vícios de refração não corrigidos e a catarata (KARA JUNIOR, 1991).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “a catarata do tipo senil é a mais comum representando, aproximadamente, 85% das cataratas. A prevalência maior é entre idosos, os quais, limitados pelas incapacidades e dependentes da família no cuidado à saúde, sofrem com a diminuição da acuidade visual (AV) (GINEBRA, 1984).

Além de sofrerem com a diminuição da AV, que impede o indivíduo de ter sua própria independência, há redução de sua condição social e queda na renda familiar. Surgem problemas psicológicos, sociais e econômicos. Portanto, a recuperação da visão pela cirurgia de catarata trás muitos benefícios psicológicos, econômicos e sociais para o indivíduo, sua família e comunidade (KARA JUNIOR, 2012).

Mas infelizmente no Brasil muitas pessoas ainda têm dificuldades de acesso à assistência oftalmológica, provenientes de fatores individuais e ambientais, assim como

obstáculos impostos pelo próprio sistema de saúde que impedem a utilização do recurso cirúrgico.

4.1 A CIRURGIA DE CATARATA

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) deu um grande apoio aos projetos de mutirão da catarata para os quais disponibilizou um “teto-extra” para subsidiar os serviços, elevando assim as quantidades de cirurgias realizadas (KARA et al., 2011).

Com base na experiência dos mutirões, o conceito do tratamento cirúrgico da catarata solidificou-se e o Brasil tornou-se um dos líderes na prevenção da cegueira no mundo (KARA JUNIOR, 2011).

A cirurgia de catarata convencional compreende o Implante de Lentes Intraoculares (LIO) monofocais, que geralmente corrigem a visão para longe. Em 1997, o FDA (Food and Drug Administration) aprovou a primeira LIO multifocal, capaz de corrigir a visão para longe e para perto. O surgimento desta tecnologia permitiu melhorar a função visual, satisfação e qualidade de vida dos pacientes (JAVITT; STEINERT, 2000).

As LIO multifocais proporcionam mais de uma distância focal, porém produzem uma imagem de qualidade óptica pior do que a produzida por uma LIO monofocal.

Esta perda da qualidade de imagem pode afetar a performance visual e, desta forma, estudos continuam sendo realizados estudos para se alcançar modalidades cada vez melhores para a correção da presbiopia. (BITO; ROSSEAU; KAUFMAN, 1994).

Cumming (1989), refere-se que iniciaram-se estudos para o desenvolvimento de uma LIO acomodativa que proporcionaria melhor qualidade visual em todas as distancias.

4.2 A FUNÇÃO VISUAL E A QUALIDADE DE VIDA

Packer (2003) descreveu o termo função visual como o impacto da visão na qualidade de vida, ou seja, a capacidade de realização de atividades cotidianas estaria diretamente relacionada à funcionalidade visual.

Qualidade de vida boa é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes (RUFINO NETO, 1994).

A qualidade de vida e a satisfação do cliente no pós-cirurgia de catarata tem um alto grau de subjetividade. Segundo Oliveira (1990) sabe-se que a satisfação pessoal do serviço

prestado, também se alicerça no cognitivo e afetivo e estabelece comparações entre a experiência vivida e os critérios subjetivos do usuário. Frequentemente é uma avaliação de resultados, associada aos cuidados ou a um tipo de intervenção.

Turrini (2001) acrescenta que a satisfação do usuário é uma forma de se avaliar a qualidade do serviço e do atendimento prestado e auxilia na análise da estrutura, do processo e resultados de determinado serviço.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes esta demonstrado na Tabela 1. De 40 à 50 anos de idade tem-se apenas 1 (7,69%) paciente, de 51 à 60 anos nenhum, de 61 à 70 anos 5 (38,46%) e mais de 70 anos 7 (53,84%). A idade média dos pacientes foi 69 anos e meio com desvio padrão de 11 anos; idade mínima de 44 anos e máxima de 90 anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “a catarata do tipo senil é a mais comum e mais prevalente entre idosos (GINEBRA, 1984)”.

Quanto ao gênero, 9 (69,23%) eram do sexo feminino e 4 (30,77%) sexo masculino.

Barreto, (2014) referiu que essa maior prevalência de catarata no sexo feminino é possível porque, de acordo com dados demográficos, existe maior número de mulheres idosas; fatores hormonais podem provocar uma possível síndrome do olho seco, e também porque elas são mais envolvidas em atividades que exigem melhor coordenação visual e motora, como costura e ensino aos filhos.

Em relação o grau de escolaridade, cursaram o ensino fundamental incompleto 5 (38,46%) pacientes, ensino fundamental completo 1 (7,69%), ensino médio incompleto 6 (46,16%) e ensino médio completo 1 (7,69%).

Silva, (2004) em seu estudo obteve resultados divergentes, pois os pacientes possuíam apenas o ensino fundamental incompleto.

Observou-se que a renda familiar dos pacientes variou de menos de um salário mínimo a mais de 1 a 2 salários mínimos: 5 (38,46%) pacientes informaram salário menor que 1 salário mínimo, 7 (53,85%) de 1 a 2 salários mínimos e 1 (7,69%) 2 a 4 salários mínimos.

Para efeito ilustrativo Silva, 2004 em sua pesquisa relatou que 74% dos pacientes tinham renda familiar de até R\$ 500,00.

Tabela 1. Perfil socioeconômico dos entrevistados

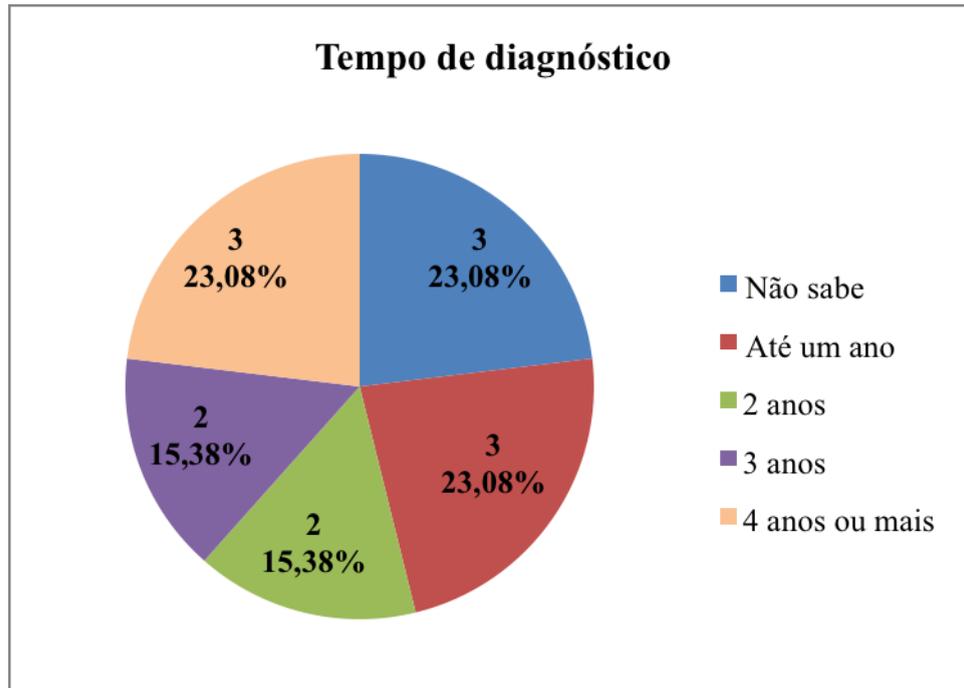
| VARIÁVEL | | | |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------|-------|
| Idade | Média ± Desvio padrão | 69 anos e meio ± 11 anos | |
| | | n | % |
| Sexo | Masculino | 4 | 30,77 |
| | Feminino | 9 | 69,23 |
| Grau de Escolaridade | Ensino fundamental incompleto | 5 | 38,46 |
| | Ensino fundamental completo | 1 | 7,69 |
| | Ensino médio incompleto | 6 | 46,16 |
| | Ensino médio completo | 1 | 7,69 |
| Renda per capita | < 1 Salário Mínimo | 5 | 38,46 |
| | 1-2 Salários Mínimos | 7 | 53,85 |
| | >2 a 4 Salários Mínimos | 1 | 7,69 |

Fonte: elaborada pela Autora

Também foi perguntado aos pacientes qual era o tempo de diagnóstico da catarata e evidenciou-se que 3 (23,08%) pacientes não sabiam informar, 3 (23,08%) tiveram diagnóstico há 1 ano, 2 (15,38%) há 2 anos, 2 (15,38%) há 3 anos e 3 (23,08%) há 4 anos ou mais.

Barreto, 2014 em seu estudo quanto ao tempo que a pessoa teve conhecimento de sua doença, evidenciou-se que 21 sabiam entre 2 e 4 anos. Verificou-se que conforme os pacientes tem o conhecimento precoce da doença, a classificação da saúde atual tende a melhorar.

Figura 1- Tempo de diagnóstico da catarata.



Fonte: elaborado pela autora.

Apresenta-se a seguir os resultados relacionados à 2ª parte do questionário.

Perguntados quanto ao uso de óculos, 6 (30,76%) pacientes responderam que não usam e 7 (69,23%) responderam que sim.

Quanto ao comprometimento da qualidade de vida por ser portador de catarata, 12 (92,30%) pacientes responderam que houve comprometimento e somente 1 (7,69%) respondeu que não houve comprometimento da sua qualidade de vida. A maioria dos pacientes alegaram que tinham dificuldade em realizar atividades rotineiras do dia a dia, outro referiu ter muita dificuldade em colocar linha na agulha e o terceiro em realizar leitura da bíblia.

O perfil destas respostas condiz com alguns estudos realizados, onde nos questionários de avaliação da função visual e qualidade de vida, os pacientes relataram que a catarata compromete muito a sua visão (SILVA; 2004; RUFINO NETO, 1994).

Os pacientes foram questionados no pré-operatório sobre quais atividades dos dia a dia eles tinham dificuldade de realizar. Os resultados estão demonstrados na Tabela 2.

No pré-operatório, 2 (15,38%) pacientes relataram que tinham dificuldade de usar o computador e 11(84,62%) não utilizavam. Em relação à leitura 11(84,62%) tinham dificuldade de ler e 2 (15,38%) não tinham. Entre os que dirigiam, 2 (15,38%) responderam que estavam com dificuldade de enxergar placa de trânsito e 11(84,62%) não dirigem. Para

realizar trabalhos manuais, 3 (23,08%) tinham dificuldade e 10 (76,92%) não realizavam atividades manuais. Somente 1 (7,69%) paciente relatou ter dificuldade em fazer pinturas e 12 (92,31%) não realizavam.

Em relação à costura 8 (61,54%) pacientes tinham dificuldades e 5 (38,46%) não costuravam. Entre as mulheres, 8 (88,88%) responderam que não se maquiavam e somente 1 (11,11%) respondeu que tinha dificuldade. Para 3 (75%) homens fazer a barba não representava uma dificuldade e apenas 1 (25%) respondeu que “sim”.

Observou-se que para cozinhar somente 1 (7,69%) paciente relatou ter dificuldade e 12 (90,30%) responderam que “não”. Praticar atividade física 3 (23,08%) responderam que tinham dificuldade e 10 (76,92%) relataram não realizar. Passear e caminhar 7 (53,85%) responderam que “sim” e 6 (46,15%) relataram não realizar. Fazer compras 8 (61,54%) relataram ter dificuldade em enxergar rótulos e 5 (38,46%) não faziam compras. Assistir televisão, 6 (46,15%) tinham dificuldade e 7 (53,85%) não. Participar de reuniões sociais somente 2 (15,38%) sentiam dificuldade e 11(84,62%) não participavam.

Tabela 2. Dificuldade de realizar atividades do dia a dia no pré-operatório

| Atividades | Respostas | Nº | % |
|--------------------------------|--------------------|----|-------|
| Usar computador | Sim | 2 | 15,38 |
| | Não utilizo | 11 | 84,62 |
| Leitura | Sim | 11 | 84,62 |
| | Não | 1 | 7,69 |
| | Não tenho hábito | 1 | 7,69 |
| Dirigir/Ler placa de trânsito | Sim | 2 | 15,38 |
| | Não dirijo | 11 | 84,62 |
| Fazer trabalhos manuais | Sim | 3 | 23,08 |
| | Não faço | 10 | 76,92 |
| Pintura | Sim | 1 | 7,69 |
| | Não pinto | 12 | 92,31 |
| Costurar | Sim | 8 | 61,54 |
| | Não costuro | 5 | 38,46 |
| Fazer maquiagem | Sim | 1 | 7,69 |
| | Não faço | 12 | 92,31 |
| Fazer a barba | Sim | 1 | 7,69 |
| | Não | 3 | 23,08 |
| | Não faço | 9 | 69,23 |
| Cozinhar | Sim | 1 | 7,69 |
| | Não | 10 | 76,92 |
| | Não cozinho | 2 | 15,39 |
| Praticar esporte | Sim | 3 | 23,08 |
| | Não | 3 | 23,08 |
| | Não pratico | 7 | 53,84 |
| Passear/Caminhar | Sim | 7 | 53,85 |
| | Não | 4 | 30,77 |
| | Não tenho hábito | 2 | 15,38 |
| Fazer compras | Sim | 8 | 61,54 |
| | Não | 4 | 30,77 |
| | Não faço | 1 | 7,69 |
| Assistir TV | Sim | 6 | 46,15 |
| | Não | 4 | 30,77 |
| | Não tenho o hábito | 3 | 23,08 |
| Participar de reuniões sociais | Sim | 2 | 15,38 |
| | Não | 3 | 23,08 |
| | Não tenho o hábito | 8 | 61,54 |

Fonte: elaborada pela autora

No questionário pré-operatório também foi perguntado sobre o “medo da cirurgia” e 5 (38,46 %) pacientes responderam que sim e 8 (61,53%) não. (Figura 2).

Figura 2. Medo da cirurgia



Fonte: elaborada pela autora

Entre aqueles que afirmaram não ter medo da cirurgia (61,53%), quando questionados pôrquê, alguns pacientes disseram confiar no profissional (cirurgião) e em Deus.

Já os que responderam ter medo (38,46%), relataram que as pessoas falavam coisas negativas sobre a cirurgia, têm medo de não suportar a dor, de ocorrer alguma complicação, entre outros motivos.

No pré-operatório, os 13 (100%) pacientes responderam que a expectativa em relação à cirurgia era melhorar a visão. Um complementou que esperava melhorar a qualidade de vida, outro referiu almejar colocar “linha na agulha” e outro alegou que sentia tonturas antes da cirurgia e esperava que desaparecesse.

Após a cirurgia, os 13 pacientes foram novamente entrevistados e responderam o questionário pós-operatório (APÊNDICE B).

Quanto a continuidade do uso de óculos, 7 (53,84%) pacientes responderam que sim e 6 (46,15%) responderam não.

Figura 3. Manutenção do uso de óculos de grau



Fonte: elaborada pela autora

Indagados sobre a satisfação no pós-operatório, se indicaria a cirurgia e se melhorou sua qualidade de vida, os 13 (100%) pacientes afirmaram que sim.

No pós-operatório foram repetidas as perguntas que envolviam “as atividades do dia a dia” e se eles ainda estavam com dificuldade em realizá-las.

A maioria dos pacientes alegou que melhorou a visão após a cirurgia e que conseguem realizar atividades do dia a dia. As atividades “Ler”, “Costurar”, “Passear/Caminhar”, “Fazer compras”, “Assistir TV” apontaram diferença estatística significativa, com melhora das habilidades no pós-operatório (Teste Qui-quadrado, $p < 0,05$).

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados dos dois questionários, destacando-se as atividades favorecidas no pós-operatório.

Tabela 4. Dificuldade de realizar atividades do dia a dia no pré e pós-operatório.

| Atividades | | Pré-operatório | Pós-operatório |
|--------------------------------|--------------------|----------------|----------------|
| Usar o computador | Sim | 2 (15,4%) | 2 (15,4%) |
| | Não utilizo | 11 (84,6%) | 11 (84,6%) |
| Ler* | Sim | 11 (84,6%) | 0 |
| | Não | 1 (7,7%) | 10 (76,9%) |
| | Pouco | 0 | 2 (15,4%) |
| | Não tenho o hábito | 1 (7,7%) | 1 (7,7%) |
| Dirigir/Ler placa de trânsito | Sim | 2 (15,4%) | 2 (15,4%) |
| | Não dirijo | 11 (84,6%) | 11 (84,6%) |
| Fazer trabalhos manuais | Sim | 3 (23,1%) | 1 (7,7%) |
| | Não | 0 | 2 (15,4%) |
| | Não faço | 10 (76,9%) | 10 (76,9%) |
| Pintar | Sim | 1 (7,7%) | 1 (7,7%) |
| | Não | 0 | 1 (7,7%) |
| | Não faço | 12 (92,3%) | 11 (84,6%) |
| Costurar* | Sim | 8 (61,5%) | 1 (7,7%) |
| | Não | 0 | 7 (53,8%) |
| | Não faço | 5 (38,5) | 5 (38,5%) |
| Fazer maquiagem | Sim | 1 (7,7%) | 0 |
| | Não faço | 12 (92,3%) | 13 (100%) |
| Fazer a barba | Sim | 1 (7,7%) | 0 |
| | Não | 3 (23,1%) | 3 (23,1%) |
| | Não faço | 9 (69,2%) | 10 (76,9%) |
| Cozinhar | Sim | 1 (7,7%) | 0 |
| | Não | 10 (76,9%) | 8 (61,5%) |
| | Não faço | 2 (15,4%) | 5 (38,5%) |
| Praticar esporte | Sim | 3 (23,1%) | 2 (15,4%) |
| | Não | 3 (23,1%) | 5 (38,5%) |
| | Não faço | 7 (53,8%) | 6 (46,1%) |
| Passear/Caminhar* | Sim | 7 (53,8%) | 0 |
| | Não | 4 (30,8%) | 9 (69,2%) |
| | Não faço | 2 (15,4%) | 4 (30,8%) |
| Fazer compras* | Sim | 8 (61,5%) | 0 |
| | Não | 4 (30,8%) | 12 (92,3%) |
| | Não faço | 1 (7,7%) | 1 (7,7%) |
| Assistir TV* | Sim | 6 (46,1%) | 0 |
| | Não | 4 (30,8%) | 11 (84,6%) |
| | Não faço | 3 (23,1%) | 2 (15,4%) |
| Participar de reuniões sociais | Sim | 2 (15,4%) | 0 |
| | Não | 3(23,1%) | 6 (46,2%) |
| | Não faço | 8 (61,5%) | 7 (53,8%) |

Fonte: elaborada pela autora

*Teste Qui-quadrado; diferença estatística significativa ($p < 0,05$)

Resultados semelhantes foram encontrados por Oliveira, 2004 onde pacientes responderam as questões relacionadas às atividades cotidianas como, cozinhar, passear, praticar esporte físico, realizar comprar, entre outras, obteve excelentes resultados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram entrevistados 13 pacientes e a idade média foi 69 anos e meio com desvio padrão de 11 anos, idade mínima de 44 anos e máxima de 90 anos. A maioria era do sexo feminino e ensino fundamental incompleto. A renda familiar variou entre menos de um a quatro salários mínimos.

Evidenciou-se que a maior parte dos pacientes foram submetidos a cirurgia com menos de quatro anos do diagnóstico da catarata e alguns continuaram usando óculos depois da cirurgia.

Quanto ao comprometimento da qualidade de vida por ser portador de catarata, 12 (92,30%) pacientes responderam que houve comprometimento, relatando dificuldade em realizar atividades rotineiras do dia a dia.

Sobre o “medo da cirurgia”, 61,53% dos pacientes relataram que não tiveram medo, porque confiavam no médico e em Deus. Aqueles que disseram ter medo (38,46%) ouviram coisas negativas sobre a cirurgia, entre outros motivos.

Os 13 (100%) pacientes responderam no pré-operatório que a expectativa em relação à cirurgia era melhorar a visão e à qualidade de vida.

No pós-operatório, os pacientes foram novamente questionados sobre “as atividades do dia a dia” a fim de saber se ainda estavam com dificuldade em realizá-las e comparar com as respostas de antes da cirurgia. A maioria alegou que houve melhora da visão após a cirurgia e que conseguiu realizar atividades do dia a dia, sendo que as mais praticadas apontaram diferença estatística significativa e para algumas atividades nada se alterou. Destaca-se que as atividades de ler, costurar, passear/caminhar, fazer compras e assistir televisão foram as mais favorecidas após a cirurgia.

No final, todos os pacientes responderam que ficaram satisfeitos, que houve melhora na sua qualidade de vida e que indicariam a cirurgia para outras pessoas com catarata.

Muitas discussões ainda são travadas por diversos autores quando se trata de definir qualidade de vida. Mas segundo a OMS (1998), ela se reflete na percepção dos indivíduos em ter suas necessidades satisfeitas. Nesse contexto, o presente estudo demonstrou claramente que a doença catarata compromete à qualidade de vida dos pacientes e quando corrigida pela cirurgia, ela é restabelecida, sendo motivo de grande satisfação.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, ARC, COSTA VS et al. **Ações de enfermagem no controle e tratamento de catarata.** Disponível em [https:// thelancet.com/journals](https://thelancet.com/journals). Acesso em 06 de jun de 2016.
- BITO, L. Z. et al. Age-dependent loss of accommodative amplitude in rhesus monkeys: an animal model for presbyopia. **Investigative ophthalmology & visual science**, v. 23, n. 1, p. 23-31, 1982. Disponível em: < <http://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2159272>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- CUMMING, J. S. Lente intra-ocular com capacidade de acomodação. **Oftalmologia em Foco**, v. 70, 2000.
- CUNHA, E .N, COSTA V.S. Sociedade Brasileira de Catarata e implantes Intraoculares. Pacientes – SBCII: O que é catarata. Disponível em < http://www.catarata-refrativa.com.br/novo/textos.php?id_texto=59. Acesso em 27 maio. 2016.
- GINEBRA, T. E.R. and N. K.J. "A perda da visão: estratégias de prevenção." *Arq Bras Oftalmol* 67.4 (2004): 597-601. **Estratégias para la prevencion dela cegueira em programas nacionales.**Disponível em: scielo.br/pdf/abo/v67n4/21405. Acesso em: 10. abr.2016.
- GOMES, L, D. M. "Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura." *Arq Bras Oftalmol*, 2014, v. 68.3, n.357-62. Disponível em: < <https://search?q=de+Lima%2C+Danielle+Maria+Gomes>. Acesso em: 14 fev.2016.
- JAVITT, J. C.; STEINERT, R. F. Cataract extraction with multifocal intraocular lens implantation: a multinational clinical trial evaluating clinical, functional, and quality-of-life outcomes. *Ophthalmology*, v. 107, n. 11, p. 2040-2048, 2000. Acesso em: 15 abr.2016.
- KARA JUNIOR, N, and R. F. de E. "**Evolução e viabilização de um centro cirúrgico ambulatorial para cirurgias de catarata em larga escala em um hospital universitário.**" *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* 73.6,2010:494-496.Disponível em : scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492011000500002. Acesso em: 10 jan.2016.
- KARA JOSÉ, C. A. F. A.C. and J. A. G. T. "**Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial: relato de experiência.**" *Revista Brasileira de Enfermagem* 48.1 (1995): 39-45. Disponível em:scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671995000100006
- MATTOS, O. **As formas modernas do atraso.** Folha de S. Paulo, Primeiro Caderno, 27 de setembro, p.3. Maynard A Bloom K 1998. Our certaining fate: rationing in health care. Office of Health Economics (OHE), Londres.
- NUNES, C. E. et al. "Ações de enfermagem no controle e tratamento da catarata: Revisão integrativa." *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE* 8.2 (2014). Disponível em: < <https://.search?q=Nunes+Cunha%2C+Emanuelle%2C+et+al.>>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- OLIVEIRA, CG .E.M. A. and L. A. B. T. "User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns." *Cadernos de Saúde Pública* 22.6 (2006): 1267-1276.. **Introdução às críticas das noções empregadas em pesquisa sobre a satisfação do usuário.** Saúde Debate 1990; (30):32-4. Disponível em:scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016. Acesso em: 10. mar.2016.

PACHER, M. I. H. F. and R. S. H. "**Functional vision, contrast sensitivity, and optical aberrations.**" *International ophthalmology clinics* 43.2 (2003): 1-3. Disponível em: [http://eknygos.lsmuni.lt/springer/405/Contents and Front Matter.pdf](http://eknygos.lsmuni.lt/springer/405/Contents%20and%20Front%20Matter.pdf). Acesso em: 20. Mar.2016.

ROSSEAU CJ.**Age dependente loss of accommodative amplitude in rhesus monkeys.** An animal model for presbyopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 23:23-31.

RUFINO NETTO, A Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia, pp. 11-18. In MFL Lima e Costa. Disponível em: <http://compromissohistorico.da.epidemiologia.coopmed/abrasco>. Acesso em 15 março de 2016.

SILVA, L. M. P. C. M. and. Belfort Jr. "**Perfil socioeconômico e satisfação dos pacientes atendidos no mutirão de catarata** do Instituto da Visão-UNIFESP." *Arq Bras Oftalmol* 67.5 (2004): 737-44. Disponível em: repositorio.unifesp.br/handle/11600/2255. Acesso em: 21. Out.2016.

STEINERT, R.F. **Cataract extraction with multifocal intraocular lens implantation:** A multifocal trial Evaluating, Functional and Quality-of-life outcomes. *Arq Bras Oftalmol*.2000.

SOUZA, E. V. V. Rodrigues Maria de Lourdes, and Nivaldo V. Souza. "**História da cirurgia da catarata.**" *Medicina (Ribeirao Preto. Online)* 39.4 (2006): 587-590. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/tycho/CurriculoLattesMostrar?codpub=27A0AB8A7BD2>. Acesso em: 15.mar.2016.

TURRINI, R.N.T. **Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo** (Tese). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PRÉ-OPERATÓRIO

Iniciais: _____

1 - Idade:

() Maior de 40 anos () 45 a 55 anos () 55 a 60 anos () 60 a 65 mais de 70 anos

2 - Gênero:

() Masculino () Feminino

3 - Grau de escolaridade:

() Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo
 () Ensino fundamental completo () Ensino superior incompleto
 () Ensino médio incompleto () Ensino superior completo

4 - Renda per capita: (Salário Mínimo Estado de São Paulo R\$ 880,00)

() < 1 Salário Mínimo () 1-2 Salários Mínimos
 () >2 a 4 Salários Mínimos () ≥ 5 Salários Mínimos

5 - Há quanto tempo foi diagnosticada com catarata?

6 - Você usa óculos de grau?

() sim () não Se sim por quê? _____

7- Você considera que a catarata compromete sua qualidade de vida?

() sim () não Por quê? _____

8 - Quais atividades do dia a dia você esta com dificuldade de realizar:

- 8.1-** Usar o computador () sim () não () pouco () não utilizo
8.2- Leitura () sim () não () pouco () não tenho hábito
8.3- Dirigir/Ler placa de trânsito () sim () não () pouco () não dirijo
8.4- Trabalhos manuais? () sim () não () não faço
8.5- Pintura () sim () não () não faço
8.6- Costurar () sim () não () não faço
8.7- Maquiagem () sim () não () não faço
8.8- Fazer a barba () sim () não () não faço
8.9- Cozinhar () sim () não () não faço
8.10- Praticar esporte () sim () não () não faço
8.11- Passear/Caminhar () sim () não () não faço
8.12- Fazer compras () sim () não () não faço

8.13-Assistir TV () sim () não () não faço

8.14-Participar de reuniões sociais () sim () não () não participo

Outras _____

9 - Você tem medo da cirurgia?

() sim () não Por quê? _____

10 - Qual é sua expectativa pós cirurgia? _____

APÊNDICE B QUESTIONÁRIO PÓS – OPERATÓRIO

Iniciais: _____

1 - Você continua usando óculos de grau?

() sim () não Se sim por quê? _____

2 - Você ficou satisfeito com a cirurgia?

() muito satisfeito () pouco satisfeito () não fiquei satisfeito

3 – Você indicaria a cirurgia para alguém?

() sim () não Por quê? _____

4- Você considera que a cirurgia de catarata melhorou sua qualidade de vida?

() sim () não Por quê? _____

4 - Quais atividades do dia a dia que você está com dificuldade de realizar pós cirurgia:

4.1- Usar o computador () sim () não () pouco () não utilizo

4.2-Leitura () sim () não () pouco () não tenho hábito

4.3-Dirigir/Ler placa de trânsito () sim () não () pouco () não dirijo

4.4-Trabalhos manuais (crochê, tricô) () sim () não () não faço

4.5-Pintura () sim () não () não faço

4.6-Costura () sim () não () não faço

4.7-Maquiagem () sim () não () não faço

4.8-Fazer a barba () sim () não () não faço

4.9-Cozinhar () sim () não () não faço

4.10-Praticar esporte () sim () não () não faço

4.11-Passear/Caminhar () sim () não () não faço

4.12-Fazer compras () sim () não () não faço

4.13-Assistir TV() sim () não () não faço

4.14-Participar de reuniões Sociais () sim () não () não faço

Outras _____

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Título Do Projeto: A satisfação do cliente no pós-operatório de catarata

Responsável pela Pesquisa: Prof^a Ma. Solange Nardo Marques Cardoso

Endereço: Rua Paulo Valle, 2-112 J. América - Fone: 3879-4560

Esta pesquisa abordará como objetivo geral identificar o grau de satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata e como objetivos específicos traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata; enumerar as dificuldades que os pacientes encontravam no pré operatório e quais foram superadas no pós operatório. Sua importância se deve ao fato da Catarata estar relacionado à principal causa de cegueira curável e mais frequente em todo o mundo. A partir desse conhecimento serão aplicados questionários para esclarecer dúvidas e proporcionar melhor conhecimento sobre a doença e a importância da cirurgia. A pesquisa será realizada na Clínica de Olhos Dr. Daniel Ramos Parente na Cidade de Lençóis Paulista.

A pesquisa não trará riscos de qualquer espécie aos participantes, nem ônus de nenhuma espécie. Será salvaguardado aos participantes o direito de desistir da pesquisa em qualquer estágio do processo, sigilo absoluto sobre a identidade do participante e garantir informações sobre o resultado da pesquisa. Pode-se garantir também que não haverá qualquer ônus ou encargos adicionais pela participação da pesquisa.

Eu..... Entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

RG:.....

Data:.....

Eu certifico que expliquei a Sr^a, acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

.....

Bauru-SP, ____ de _____ de 2016.

