

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA

SABERES E EXPERIÊNCIAS DE IDOSOS SOBRE A CATARATA E O PROCESSO
CIRÚRGICO: subsídios à construção de material educativo

RIO DE JANEIRO

2018

Márcia Cristina Marques Pereira da Silva

SABERES E EXPERIÊNCIAS DE IDOSOS SOBRE A CATARATA E O PROCESSO
CIRÚRGICO: subsídios à construção de material educativo

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção ao grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Neide Aparecida Titonelli Alvim

Rio de Janeiro

2018

CIP - Catalogação na Publicação

M586s Marques Pereira da Silva, Márcia Cristina
SABERES E EXPERIÊNCIAS DE IDOSOS SOBRE A
CATARATA E O PROCESSO CIRÚRGICO: subsídios à construção
de material educativo / Márcia Cristina Marques
Pereira da Silva. -- Rio de Janeiro, 2018.
168 f.

Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Enfermagem . 2. Extração de Catarata. 3.
Educação em Saúde. 4. Idoso. 5. Material educativo.
I. Titonelli Alvim, Neide Aparecida , orient. II.
Título.

MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA

SABERES E EXPERIÊNCIAS DE IDOSOS SOBRE A CATARATA E O PROCESSO
CIRÚRGICO: subsídios à construção de material educativo

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção ao grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de 2018

Prof^ª Dr^ª Neide Aparecida Titonelli Alvim — Presidente
Professora da EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Dr^ª Geilsa Soraia Cavalcante Valente – 1^ª Examinadora
Professora da Universidade Federal Fluminense

Prof^ª Dr^ª Jaqueline da Silva – 2^ª Examinadora
Professora da EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Dr^ª Maria Luiza de Oliveira Teixeira – 3^ª Examinadora
Professora Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Dr^ª Ligia Carreira --Suplente
Professora da UEM/ Departamento de Enfermagem

“Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes”.

Isaac Newton

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, eterno e todo poderoso, que sempre me cobriu com sua infinita misericórdia e amor. Sem Ele nenhum passo seria possível. Nunca serei grata o suficiente por suas bênçãos.

À minha família: marido, filho, mãe, irmãos, sobrinhos. Que me incentivaram com seu amor e boas vibrações. E pela compreensão que tiveram com minhas ausências em vários momentos.

Aos amigos: Denise da Hora que me incentivou trazendo-me para o meio acadêmico, assim como ao querido amigo Harlon Menezes, a quem chamo de “padrinho acadêmico”, por ter me pegado pelas mãos e me mostrado os caminhos necessários a serem trilhados.

Aos queridos amigos Ziléia Dutra e Gumercindo Pedrosa, que muito contribuíram seja com incentivo ou mesmo com seus saberes literários, ajudando-me generosamente com as correções em português necessárias para a finalização deste trabalho.

Aos amigos Daniel Fortes e Johanita Pardo Gonzalez que contribuíram gentilmente com as correções em espanhol, assim como Andrea Batista do Nascimento e John Lopes contribuíram com as correções em inglês, serei eternamente grata.

A Maria de Fátima Ribeiro por ter me aproximado de pessoas que me brindaram com a oportunidade da realização desta pesquisa, inserindo-me no campo almejado: Dr^a Anelise Coelho da Fonseca e Dr^o Alberto de Menezes Almeida, que se colocaram à disposição para o desenvolvimento do meu trabalho.

Meu agradecimento, em especial, à equipe de Enfermagem da Unidade Pré-Cirúrgica – UPC, do Hospital Adventista Silvestre, que me recebeu de braços abertos e, particularmente, à direção do Hospital que teve a compreensão necessária desta prática profissional voltada aos idosos, atendidos naquela unidade.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Neide Titonelli, querida, brilhante e grandiosa em sua humildade e sapiência, sempre me conduzindo e direcionando com todas as minhas limitações. Se fui conduzida por alguém com tantos predicados, o resultado final não poderia ser outro.

Às Professoras Dr^a Geilsa Valente e Dr^a Jaqueline da Silva que compuseram a banca examinadora, pelas contribuições, carinho e respeito. Seus apontamentos foram essenciais para todo o processo da pesquisa.

À Direção da Escola de Enfermagem Anna Nery, por proporcionar amplos momentos de reflexão e aprendizado junto ao seu corpo docente.

À Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery.

À equipe da Secretaria de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery.

A Fátima Pinto Silva, secretária do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, por sua maestria no serviço praticado e por tantos momentos nos quais me encontrei em dificuldades e ela me socorreu com seu conhecimento técnico e atitudes de carinho. Minha gratidão e respeito!

Aos colegas da turma do mestrado do segundo semestre de 2016, em especial a Eunice Lacerda, que logo se tornou parceria certa para os estudos extraclasse.

À equipe da Unidade Pós-Operatório, do Hospital Pró-Cardíaco, pelo apoio e incentivo em vários momentos dessa minha trajetória, inclusive pelos plantões trocados nas horas de sufoco.

Às amigas de coração, que muitas vezes enxugaram minhas lágrimas e, em várias ocasiões, me impediram de “parar o mundo para eu descer”. Meu muito obrigada!

RESUMO

SILVA, Márcia Cristina Marques Pereira da. Saberes e experiências de idosos sobre a catarata e o processo cirúrgico: subsídios à construção de material educativo. Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

Resumo. O processo de envelhecimento inclui mudanças importantes, dentre elas, a perda da cor nos cabelos, perdas visuais, de memória e de firmeza da pele e auditivas. Estes eventos resultam em vulnerabilidades para os idosos, que pioram com o desconhecimento de si mesmos, já que o surgimento de doenças degenerativas em geral e de comorbidades, mostram sinais clássicos da senescência. O interesse, em particular, deste estudo trata dos saberes e experiências de idosos sobre a catarata e os cuidados no processo cirúrgico. Como ortoptista e enfermeira, pude perceber que quase sempre não há espaço de diálogo do profissional com o idoso sobre as orientações necessárias de todo o processo, o que os tornaria mais seguro e confiante para o procedimento, além de minimizar complicações clínicas. Objetivos. Descrever saberes e experiências de idosos acerca da cirurgia de catarata e dos cuidados pré e pós-operatórios; analisar demandas de conhecimento sobre a cirurgia e os cuidados neste processo; e construir material educativo com base em tais demandas. Método. Pesquisa Convergente-Assistencial, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, com participação de 24 idosos da Unidade Cirúrgica de Catarata, em um hospital privado do Rio de Janeiro e no domicílio de cada participante. Os dados foram produzidos em seis etapas subsequentes e inter-relacionadas, em dois encontros individuais, com entrevista individual semiestruturada, seguida de discussão com cada participante, em conformidade com a base da educação problematizadora freiriana sobre os saberes, experiências e demandas de conhecimento dos idosos, além da elaboração de material educativo acerca do tema proposto. Os aspectos éticos da pesquisa foram atendidos seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012, tendo sido o projeto submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, através da Plataforma Brasil, com nº CAAE 73091317500005238, obtendo sua aprovação. Aplicada técnica de análise de conteúdo temática. Resultados: Os saberes e experiências dos idosos sobre a doença e o processo cirúrgico são frutos de experiências anteriores com a cirurgia, consigo próprios ou com pessoas próximas, por meio da internet, das consultas médicas

e do saber das experiências feitas. Há demandas de conhecimento, como: cuidados para evitar a contaminação do colírio, higienização adequada das mãos e detalhamento sobre a doença e os cuidados pós-cirúrgicos. Conclusão: A educação em saúde foi a estratégia de cuidado empregada, o diálogo se apresentou como ferramenta que possibilitou aos idosos compartilharem seus saberes e experiências sobre o processo cirúrgico de catarata, e a elaboração da cartilha ilustrada como tecnologia de enfermagem, com características informativa, autoexplicativa e interativa.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Extração de Catarata; Educação em Saúde.

ABSTRACT

SILVA, Márcia Cristina Marques Pereira da. Elderly knowledge and experiences about cataract and the surgical process: subsidies for the construction of educational material. Rio de Janeiro, 2018. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

Summary. The aging process includes important changes, among them, loss of color in the hair, visual loss, memory and skin firmness and hearing loss. These events result in vulnerabilities for the elderly, which worsen with the lack of self-knowledge, since the onset of general degenerative diseases and comorbidities show classic signs of senescence. The particular interest of this study deals with the knowledge and experiences of the elderly on the cataract and the care in the surgical process.

As an orthoptist and nurse, I realized that there is almost no room for dialogue between the professional and the elderly about the necessary guidelines of the whole process, which would make them safer and more confident in the procedure and minimize clinical complications. **Goals.** To describe the knowledge and experiences of the elderly about cataract surgery and pre- and postoperative care; analyze demands for knowledge about surgery and care in this process; and build educational material based on such demands. **Method.** Convergent-Care Research, approved by the Research Ethics Committee, with the participation of 24 elderly people in the Cataract Surgery Unit, a private hospital in Rio de Janeiro and at the home of each participant. The data were produced in six subsequent and interrelated stages in two individual meetings with a semi-structured individual interview, followed by discussion with each participant, in accordance with the basis of Freire's problematizing education about the knowledge, experiences and knowledge demands of the elderly, as well as the elaboration of educational material about the proposed theme. The ethical aspects of the research were served in accordance with the recommendations of Resolution 466/2012, and the project was submitted to the Ethics and Research Committee through the Brazil Platform with CAAE number 73091317500005238, obtaining its approval. Applied thematic content analysis technique. **Results:** The knowledge and experiences of the elderly about the disease and the surgical process are fruits of previous experiences with the surgery, with themselves or with people close to them, through the internet, the medical consultations and the knowledge of the experiences made. There are demands for knowledge, such as: care to avoid contamination of eye drops, proper hand hygiene and details about the disease and post-surgical care. **Conclusion:** Health education was the strategy of care employed, the dialogue was presented as a tool that allowed the elderly to share their knowledge and experiences about the surgical process of cataract and the elaboration of the booklet illustrated as nursing technology, with informative, self-explanatory and interactive characteristics.

Descriptors: Nursing; Elderly; Cataract Extraction; Health Education.

RESUMEN

SILVA, Márcia Cristina Marques Pereira da. Saberes y experiencias de ancianos sobre la catarata y el proceso quirúrgico: subsidios a la construcción de material educativo. Rio de Janeiro, 2018. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

Resumen. El proceso de envejecimiento incluye cambios importantes, entre ellos, la pérdida del color en los cabellos, pérdidas visuales, de memoria y de firmeza de la piel y auditivas. Estos eventos resultan en vulnerabilidades para los ancianos, que empeoran con el desconocimiento de sí mismos, ya que el surgimiento de enfermedades degenerativas en general y de comorbilidades, muestran signos clásicos de la senescencia. El interés en particular de este estudio trata de los saberes y experiencias de ancianos sobre la catarata y los cuidados en el proceso quirúrgico. Como ortoptista y enfermera pude percibir que casi siempre no hay espacio de diálogo del profesional con el anciano sobre las orientaciones necesarias de todo proceso, lo que los haría más seguro y confiado para el procedimiento, además de minimizar complicaciones clínicas. Objetivos. Describir conocimientos y experiencias de ancianos acerca de la cirugía de cataratas y de los cuidados pre y postoperatorios; analizar las demandas de conocimiento sobre la cirugía y los cuidados en este proceso; y construir material educativo basado en tales demandas. Método. La investigación convergente-asistencial, aprobada por el Comité de Ética en Investigación, con participación de 24 ancianos en Unidad Quirúrgica de Catarata, de hospital privado de Río de Janeiro y en el domicilio de cada participante. Los datos fueron producidos en seis etapas subsiguientes e interrelacionadas, en dos encuentros individuales, con entrevista individual semiestructurada, seguida de discusión con cada participante, de acuerdo con la base de la educación problematizadora freiriana sobre los saberes, experiencias y demandas de conocimiento de los ancianos, además de la elaboración de material educativo acerca del tema propuesto. Los aspectos éticos de la investigación fueron atendidos siguiendo las recomendaciones de la Resolución 466/2012, siendo el proyecto sometido al Comité de Ética e Investigación a través de la Plataforma Brasil con el CAAE 73091317500005238, obteniendo su aprobación. Aplicada técnica de análisis de contenido temático. Resultados: Los saberes y experiencias de los ancianos sobre la enfermedad y el proceso quirúrgico son fruto de experiencias anteriores con la cirugía, consigo mismos o con personas cercanas, a través de internet, de las consultas médicas y del saber de las experiencias hechas. Hay demandas de conocimiento, como: cuidados para evitar la contaminación del colirio, higienización adecuada de las manos y detalle sobre la enfermedad y los cuidados postquirúrgicos. Conclusión: La educación en salud fue la estrategia de cuidado empleada, el diálogo se presentó como herramienta que posibilitó a los ancianos compartir sus saberes y experiencias sobre el proceso quirúrgico de cataratas y la elaboración de la cartilla ilustrada como tecnología de enfermería, con características informativas, autoexplicativa e interactiva.

Descriptores: Enfermería; Anciano; Extracción de Catarata; Educación en Salud.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1-Estruturas externas do Olho

Figura 2-Olho humano com catarata senil

Figura 3-Diferença do cérebro de um adulto jovem e do cérebro de um idoso

Figura 4-Anatomia ocular

Figura 5-Diferença da visão normal e da visão com catarata

Figura 6-Fluxograma de atendimento

Figura 7- Técnica da cirurgia de catarata

Figura 8-Fluxograma do preparo do material impresso

Quadro 1-Descritores

Quadro 2-Referências identificadas nas bases eletrônicas

Quadro 3-Referências identificadas nas buscas nas bases eletrônicas

Quadro 4-Eixos temáticos

Quadro 5-Datas das entrevistas

Quadro 6-Faixa etária

Quadro 8- Local da residência

Quadro 9- Nacionalidade

Quadro 10-Naturalidade

Quadro 11- Estado civil

Quadro 12- Religião

Quadro 13- Escolaridade

Quadro 14- Profissão/Ocupação

Quadro 15- Situação ocupacional

Quadro 16- Número de filhos

Quadro 17- Renda familiar

Quadro 18-Habitação

Quadro 19-Número de pessoas que residem no domicílio

Quadro 20-História pregressa da doença

Quadro 21-Uso de medicamentos

Quadro 22-Olho em que realizou a cirurgia

Quadro 23-Síntese dos saberes, concepções e experiências de idosos sobre o processo cirúrgico da catarata

Quadro 24- Síntese dos cuidados necessários no processo cirúrgico de catarata

Quadro 25-Síntese das demandas de conhecimento trazidas pelos idosos.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A: Cronograma

APÊNDICE B: Estado da Arte

APÊNDICE C: Plano de Disseminação de Resultados

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE E: Formulário de Caracterização Sociodemográfico e de Saúde

APÊNDICE F: Roteiro para Entrevista Semiestruturada

APÊNDICE G: Roteiro para Conduzir a Discussão/Avaliação

APÊNDICE H: Orçamento

APÊNDICE I: A “folha”

APÊNDICE J: Parecer Consubstanciado

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. Aproximação com a temática.....	15
1.2. Contexto do objeto e a construção da problemática.....	12
1.3. Questões norteadoras.....	22
1.4. Objetivos.....	22
1.5. Relevância, justificativa e contribuições do estudo.....	22

CAPÍTULO II – BASES CONCEITUAIS DO ESTUDO

2.1. O processo de envelhecer e o surgimento da catarata.....	30
2.2. Educação em saúde junto a idosos em pré e pós-operatório de catarata.....	35

CAPÍTULO III - A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

3.1. O tipo de estudo e a abordagem metodológica.....	37
3.2. A trajetória do estudo.....	38
A- Fase da concepção.....	38
B- Fase da instrumentação.....	38
b.1 Campo da pesquisa.....	38
b.2 Participantes da pesquisa.....	40
b.3 Produção de dados: técnicas para obtenção das informações.....	40
C- Fase de perscrutação.....	40
c.1 Fases da produção de dados.....	41
3.3. Análise e interpretação dos dados.....	42
3.4. Aspectos éticos.....	43
3.5. Desafios metodológicos na realização da pesquisa.....	45

CAPÍTULO IV- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

4.1 Ilustração das características dos participantes.....	46
4.2 Descrição e análise dos resultados das características dos participantes.....	66

CAPÍTULO V- SABERES, EXPERIÊNCIAS E DEMANDAS DE CONHECIMENTO SOBRE A CATARATA E O PROCESSO DE CIRÚRGICO COMPARTILHADOS NO DIÁLOGO COM IDOSOS

5.1 Saberes e experiências dos idosos acerca da catarata e da cirurgia.....	75
5.1.1 A expressão do saber.....	75
5.1.2 Concepções sobre a doença e a cirurgia.....	77
5.1.3. Diferentes fontes de acesso à informação.....	81
5.1.4 O saber que se expressa na relação opressor-oprimido.....	84
5.2 Expectativas dos idosos sobre a cirurgia e seus resultados.....	86

CAPÍTULO VI - CUIDADOS NECESSÁRIOS NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO E AS POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS PROBLEMATIZADAS NO DIÁLOGO COM OS IDOSOS

6.1. Cuidados necessários no pré e pós-operatório.....	91
6.2. Possíveis intercorrências pós-operatórias.....	98

CAPÍTULO VII- CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO VOLTADO AOS IDOSOS EM PROCESSO CIRÚRGICO DE CATARATA

7.1. Edição da cartilha para fins educativos.....103

CAPÍTULO VIII- AVALIAÇÃO DA PESQUISA IMPLEMENTADA NA ÓTICA DOS IDOSOS PARTICIPANTES E DA PESQUISADORA

8.1. Avaliação dos idosos sobre a pesquisa e a edição da cartilha ilustrada.....126

8.2. Avaliação da pesquisadora sobre o desenvolvimento da pesquisa e o seu produto...130

CAPÍTULO IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....133**REFERÊNCIAS.....137****APÊNDICES.....146**

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. Aproximação com a temática

Minhas experiências na área da saúde, particularmente na hospitalar, iniciaram-se na década de 90-XX, como Técnica de Enfermagem. Posteriormente, graduei-me em Ortóptica¹, realizei um curso de especialização em Docência do Ensino Superior² e, em seguida, ingressei no curso de Graduação em Enfermagem³, concluído em 2007, cujo Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) versou sobre o papel do enfermeiro no pré-operatório de cirurgia oftálmica.

O TCC possibilitou-me evidenciar a necessidade de implementação de um protocolo de enfermagem para o atendimento em pré-operatório, voltado às necessidades de clientes que passam por uma cirurgia oftálmica, focado em um processo educativo. A educação em saúde é parte intrínseca da atuação do Enfermeiro em qualquer área, nela se incluindo medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações evitáveis no pós-operatório.

Neste caminho acadêmico-profissional, vivenciei experiências com idosos em diferentes cenários da prática, tanto como ortoptista (no qual presenciei situações relacionadas às questões da motilidade ocular) quanto na qualidade de enfermeira assistencial (em que pude observar situações de distúrbios ocasionados pela perda da qualidade de visão, como consequência do fenômeno da catarata).

Na sequência de meus investimentos acadêmicos, no intento de melhor sustentar a prática profissional, realizei outro curso de especialização, desta vez em Saúde do Idoso⁴. O referido curso ampliou minhas reflexões sobre a assistência a esse grupo social, mais particularmente, sobre a prática da educação em saúde do enfermeiro articulada ao estímulo do cuidado de si dos idosos, haja vista que cuidar de si implica na manutenção da independência, autonomia e autoestima. E, também, para compreender que envelhecer é um processo natural e contínuo que acontece na última etapa do ciclo da vida,

¹ Pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, concluído em 1999.

² Pela Cândido Mendes, no ano de 2002.

³ Curso de Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Augusto Motta.

⁴ Curso realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (FIOCRUZ) – 2009.

caracterizando-se por mudanças físicas e/ou biológicas, sociais e/ou psicológicas (FECHINE, et al 2012).

As populações estão cada vez mais envelhecidas em todo o mundo. Kivanc et al (2016) revelam que a expectativa de vida média esperada dos seres humanos subiu de 40 anos, no início do século XX, para 80 anos, no século XXI. Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2016a)⁵ indica tendência de aumento da proporção de idosos na população, como consequência do processo de transição demográfica. Para 2030, a estimativa é de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população, uma terá ao menos 60 anos de idade.

Segundo o IBGE (2016b), de 2005 a 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais na população do Brasil passou de 9,8% para 14,3%. Ao mesmo tempo, observou-se queda no nível de ocupação dos idosos de 30,2% para 26,3%. Este mesmo órgão (IBGE, 2016a) analisa os efeitos de fenômenos como o aumento da expectativa de vida do brasileiro e a redução de nascimentos. Tais fenômenos, segundo o IBGE (op. cit), implicarão em mudanças profundas nas políticas públicas de saúde, assistência e previdência social, entre outras.

Este aspecto epidemiológico faz com que haja mudanças no perfil de morbimortalidade, com destaque para o aumento de condições crônicas de saúde ao longo do processo de envelhecimento, trazendo repercussões socioeconômicas. O Fardo Global da Doença, da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou que 190 milhões de indivíduos tivessem uma incapacidade grave em 2010, incluindo condições como quadriplegia, depressão severa e cegueira (OMS, 2015).

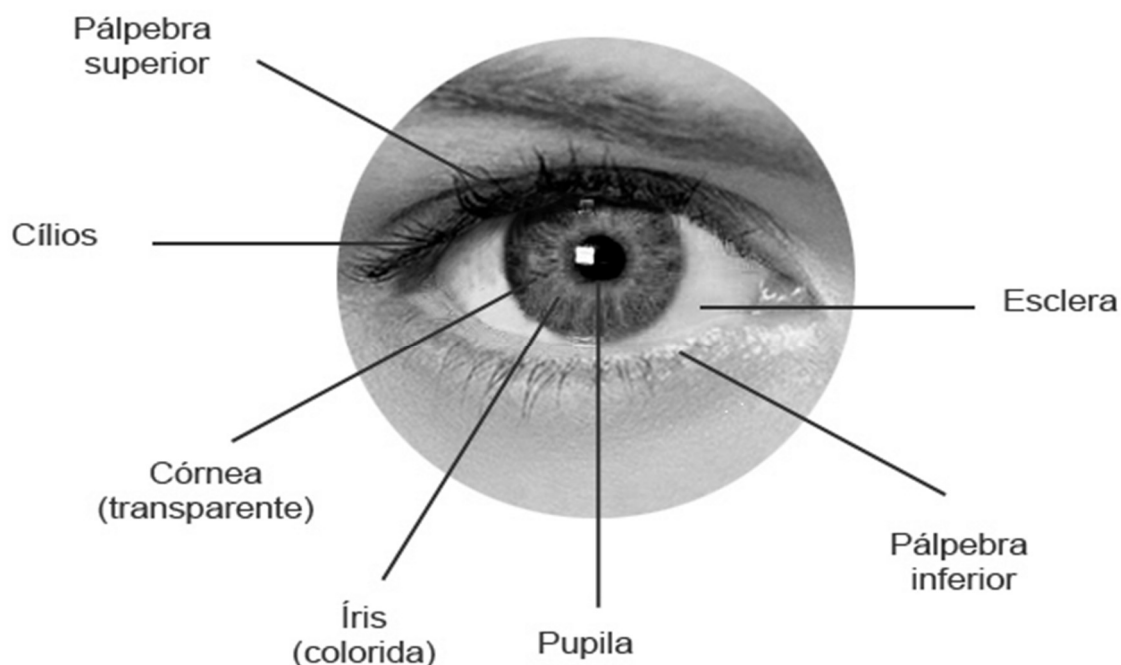
O processo de envelhecimento inclui mudanças importantes, que se apresentam com características biológicas particulares, como a perda da cor nos cabelos, perdas visuais, auditivas e de memória, perdas de firmeza da pele, edentulismo (perda dos dentes) e diminuição da imunidade, momento em que o organismo demora mais tempo para reagir (OLIVEIRA; BOTELHO, 2010; FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Estes eventos resultam em vulnerabilidades que pioram com o desconhecimento de si mesmo, já que o surgimento de doenças degenerativas em geral e de comorbidades, a exemplo da obesidade (dificuldade para perder peso devido o metabolismo estar gradativamente lento) e a caquexia (dificuldade para ganhar peso) mostram sinais clássicos da senescência (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

⁵ Intitulado “Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira”.

Neste sentido, é preciso que os indivíduos sejam incentivados ao conhecimento do próprio corpo, suas estruturas e como estas funcionam, a fim de tornar-se um facilitador para cuidar melhor de si. Mais propriamente sobre a saúde ocular, interesse desta investigação, poderá trazer a compreensão da importância de cada estrutura existente, proporcionando condições mais adequadas para o cuidado, por sua vez, influenciando na melhoria de sua qualidade de vida. A Figura 01 apresenta as estruturas externas do olho e seus anexos que ajudam a protegê-los: cílios ou pestanas, pálpebras (superior e inferior), conjuntiva, esclera, córnea, íris, pupila.

Figura 01: Estruturas externas do olho. Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: www.google.com.br (2018)

Com o envelhecimento, podem surgir também patologias como hipertensão, diabetes, cardiopatias, problemas vasculares ou doenças senis diversas, como é o caso da catarata, cuja única forma de tratamento até o momento é a cirurgia.

Pesquisa recente relata resultados positivos com o uso de colírio testado em animais, cujo componente químico é o lanosterol (esteróide importante do corpo). A proposta desse medicamento é eliminar a opacidade do cristalino, evitando, assim, cirurgias futuras e diminuindo os registros de cegueira por catarata no mundo (ZHAO et al, 2015). Mas não há estudos sobre sua aplicação em humanos. Apesar desses

investimentos, ainda estamos longe de resolver o problema concreto que se apresenta e que vem levando vários idosos à cegueira ou dificuldades visuais permanentes. A figura 2 retrata o olho com catarata senil.

Figura 2: Olho humano com catarata senil. Rio de Janeiro, 2018



Fonte: www.google.com.br (2018)

No Brasil, a taxa de crescimento da população idosa está entre as mais altas do mundo, apenas abaixo da Nigéria e do México. Às mudanças demográficas acompanham as mudanças na prevalência de problemas visuais; à medida em que a população envelhece sobressaem as três maiores causas de cegueira no Brasil e no mundo: a catarata, o glaucoma e a degeneração macular, relacionada à idade. Embora os grandes centros urbanos brasileiros se apresentem com um perfil demográfico dos países desenvolvidos, estes não dispõem de infraestrutura de serviços que dê conta dessas demandas (ÁVILA; ALVES; NISH, 2015).

De acordo com levantamento histórico, o número de cirurgias de catarata no Brasil sempre foi menor que o preconizado pela OMS: inferior a 50.000 cirurgias/ano durante a década de 80-XX até meados de 1990-XX. Em 1996, quando foi realizada a primeira Campanha Nacional no Brasil visando a prevenção da cegueira por catarata - o mutirão de cirurgias de catarata aconteceu sob a coordenação do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), com apoio do Ministério da Saúde (MS) e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Com isso, o número de cirurgias de catarata cresceu para um

patamar acima de 200.000/ano atingindo seu pico em 2005 (ÁVILA; ALVES; NISH, 2015).

Estima-se que, além da incidência de novos casos de comprometimento visual ao ano, em decorrência da catarata, a prevalência atual seja de aproximadamente 350.000 cegos por conta da doença. Esse número reflete a diminuição dos procedimentos desde 2007, em função da redução do financiamento público e, conseqüentemente, do fim dos mutirões. Em 2008, apontavam para a realização de cerca de 1500 cirurgias/ano para cada 1000 habitantes, ou seja, uma redução de mais de 25% em relação aos anos anteriores, o que coloca o Brasil na contramão mundial das ações para a prevenção da cegueira (ÁVILA; ALVES; NISH, 2015).

O impacto social da cegueira e a prevalência da catarata entre a população idosa devem ser levados em consideração na formulação de políticas públicas, pois o SUS é responsável por 65% da população e precisa garantir a realização de 390.000 cirurgias de catarata/ano para eliminar a cegueira instalada. Porém, para evitar que mais brasileiros sejam acometidos por esta situação irreversível, seriam necessárias 720.000 cirurgias de catarata/ano (ÁVILA; ALVES; NISH, 2015).

Vale ter em consideração, entretanto, que não basta aumentar o número de cirurgias, mas que obtenha resultados satisfatórios ao que se propõe. Para o êxito da cirurgia, faz-se importante um pós-operatório adequado, eliminando ou dirimindo situações de risco que possam comprometer a plena recuperação do idoso, submetido à cirurgia. Isto implica em um processo de educação em saúde que o possibilite reunir condições ao atendimento do objetivo almejado. Para tanto, dentre outros aspectos, é necessário que o idoso exerça posição ativa no cuidado desde a definição diagnóstica e indicação da cirurgia, passando por todo o processo que a antecede até sua recuperação completa pós-cirúrgica. E, deste lugar, passe a questionar, criticar, reivindicar, ensinar, aprender, trocar conhecimentos e experiências e ser “sujeito da própria educação” (FREIRE, 2011).

A enfermeira neste processo possui papel de destaque na construção de estratégias educativas que visem promover a manutenção da autonomia e independência do idoso em ações do cuidar de si. Com este propósito, é preciso atribuir importância aos saberes e experiências próprios do lugar comum do idoso e seu potencial para tomar consciência da sua realidade de saúde e nela intervir de modo a transformá-la. Necessário, pois, superar a verticalização das práticas de educação em saúde do profissional e “a cultura do silêncio” (FREIRE, 2011) na relação de cuidar, por vezes adotada pelo idoso.

Neste estudo, considerando minha trajetória acadêmica e profissional, meu interesse se pauta em aludir a importância do processo de educação em saúde voltado aos idosos que realizam cirurgia de catarata. A intenção é que, pelo diálogo, ferramenta essencial da pedagogia problematizadora em saúde, possa discutir com estes idosos os principais cuidados no pré e pós-operatório, a partir de seus saberes e experiências, com vistas ao êxito do procedimento cirúrgico e o retorno pleno dos idosos às suas atividades habituais de vida.

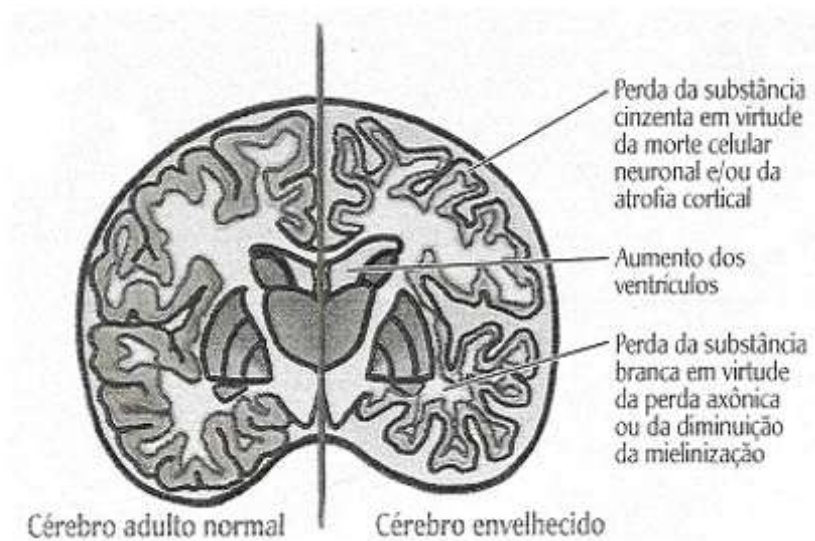
1.2. Contexto do objeto e a construção da problemática

O crescimento acentuado da população idosa se tornou um caso preocupante no Brasil e no mundo. Como destacado, a mudança no perfil do envelhecimento demográfico brasileiro, ao mesmo tempo em que demonstra maior sobrevivência de idosos, vem evidenciando também um aumento de doenças que incidem sobre a população. De acordo com a Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa (ABCCR), em 2017, em cada etapa da vida, as pessoas ficariam mais propensas a desenvolver diferentes tipos de doenças, dentre elas, a catarata.

Sendo a velhice um processo complexo de alterações na trajetória de vida das pessoas, cada contexto apresenta particularidades que vão alterar o estilo de vida de cada um. Os modos de revelar o significado da velhice e do processo de envelhecer para o idoso dependem de como ele vive e como as adaptações e enfrentamentos cotidianos são feitos. A repercussão do envelhecer é respondida por ele dependendo da história de vida pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, das redes sociais, do sistema de valores pessoais e do estilo de vida adotado por cada um. A alternativa para evitar a sobrecarga desse sistema é investir em prevenção, seguindo um fluxo de ações em educação, e de promoção da saúde (VERAS et al., 2013).

As repercussões do envelhecer sobre a saúde revelam que o idoso apresenta expressiva prevalência de deficiências. Segundo Menezes e Bachion (2012), um dos primeiros sistemas a sofrer o impacto do envelhecimento fisiológico é o sistema sensorial e, particularmente, o visual. A perda de memória também é um achado comum no idoso, assim como a dificuldade para novos aprendizados. Para melhor compreensão, a figura 3 ilustra as diferenças entre o cérebro de um adulto jovem e de um indivíduo idoso.

Figura 03: Diferenças entre o cérebro de um adulto jovem e o cérebro de um idoso
Rio de Janeiro, 2018.



Fonte adaptada de: FOX; ALDER 2001, p. 404.

A perda de visão funcional vai tornando o idoso limitado nas suas atividades diárias e o coloca em situações de risco. Esta perda visual, geralmente acompanhada por déficit na realização de atividades diárias, desencadeia uma série de processos de alteração emocional e psicológica, aumentando estatisticamente o número de acidentes domésticos, a exemplo de queimaduras; quedas, seguidas ou não de fraturas; intoxicação por erros de administração de medicamentos, dentre outros (OLIVEIRA, et al., 2015).

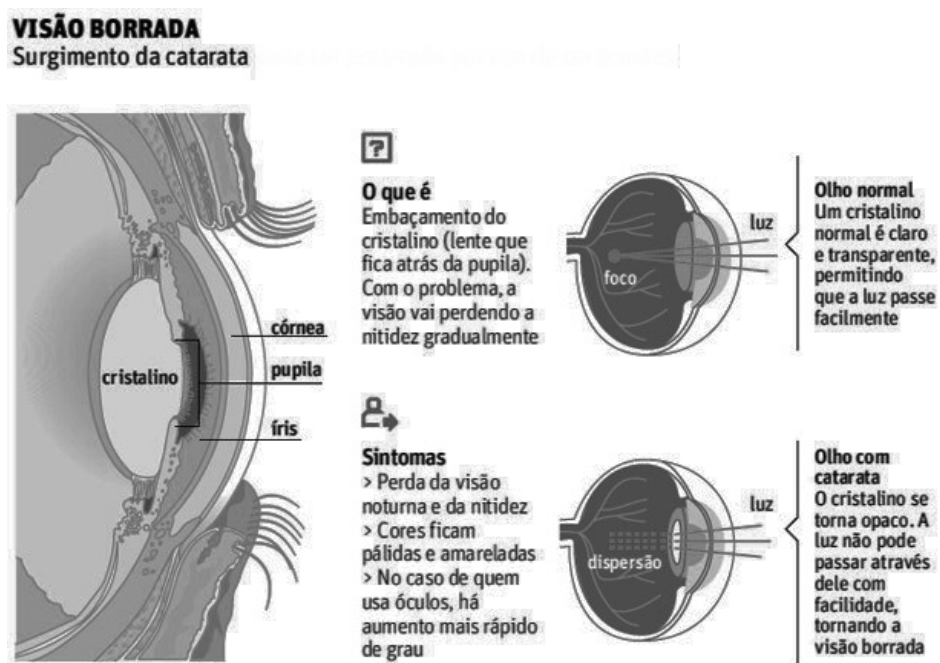
Dirigir à noite, ler a curta distância ou mesmo desenvolver atividades em ambientes com pouca luminosidade, assim como maquiar-se são dificuldades do envelhecer que trazem à tona questões preocupantes, como a perda da independência e baixa estima. O conjunto dessas alterações traz características de desordem de ajustamento e tristeza do idoso, podendo chegar a quadros de depressão. A perda da qualidade visual pela catarata impacta diretamente na perda da qualidade de vida e da autonomia do indivíduo. Há perdas visuais também por glaucoma (patologia que se dá devido ao aumento da pressão intraocular), porém a catarata ainda é a mais comum das doenças oculares que acometem o idoso (DOMINGUES, et al, 2016).

A classificação da catarata pode ser: adquirida ou congênita (ao nascer), sendo esta mais rara; senil (pelo envelhecimento); traumática (após um trauma); metabólica (complicação da diabetes mellitus); por corticoides; por exposição excessiva à radiação

ultravioleta ou por inflamações intraoculares. A catarata senil, discutida nesta pesquisa, é o tipo mais comum por estar associada ao processo de envelhecimento, quando ocorre também o envelhecimento ocular e a perda gradativa da visão em ambos os olhos como consequência deste processo. Esta doença fica atrás apenas da artrite e da doença cardíaca como causa principal da incapacidade em idosos. Sua etiologia ainda não é bem clara. No entanto, sabe-se tratar de um processo gradativo, indolor e que resulta em perda visual (CUSATO JUNIOR, 2016).

Observando a estrutura do olho (FIGURA 4) é possível compreender que, quando o cristalino perde sua transparência, o todo fica comprometido pela falta de informação visual. O estímulo visual não chega até a retina, pois o cristalino opacificado impede que isso aconteça, por conseguinte, esse estímulo não atinge devidamente o nervo óptico, acarretando a diminuição da sensação visual (resultado final do processo de enxergar).

Figura 04: Anatomia Ocular. Rio de Janeiro, 2018



Fonte: www.google.com.br (2018)

A musculatura ocular demanda mais tempo para focar objetos visualizados e a reação dos olhos demora quase o dobro do tempo, por isso o ofuscamento torna-se uma queixa comum. A falta de elasticidade na musculatura ciliar e o enrijecimento do cristalino na estrutura interna do olho vão dificultando o processo de enxergar. Em geral,

quando o quadro começa a se instalar, usam-se correções ópticas (óculos) para atender a essas demandas (DOMINGUES, et al, 2016).

As alterações físico-químicas podem produzir perda da transparência do cristalino, causando distorções visuais. A alteração química na proteína do cristalino pode causar coagulação, produzindo aspectos nebulosos, bem como alterações metabólicas que resultam na redução de vitamina B12 e vitamina C, e que a redução destas, por sua vez contribui com o aumento da opacidade do cristalino. O padrão visual cai, com ofuscamento à luz e perda gradativa da visão, exigindo uma luminosidade ambiente até seis vezes maior a que um adulto jovem necessitaria. A visão se torna embaçada (como se houvesse uma nebulosidade nos olhos); surge também a perda na qualidade visual para percepção de cores como verde, azul e violeta, devido ao amarelamento do cristalino (catarata), assim como a opacificação. Há mudança na coloração do cristalino, fato que se faz notar ao observar a pupila. Nesse nível é possível perceber uma coloração leitosa no centro do olho. A visão de uma pessoa com catarata é desfocada, sem nitidez, e as imagens percebidas se apresentam cobertas por uma neblina (FIGURA 5).

Figura 05: Diferença da visão normal e da visão com catarata. Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: www.techway.com.br

O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e de novos tipos de lentes intraoculares (usadas para substituir o cristalino) ampliaram as perspectivas da cirurgia de catarata, a ponto de não só curar a doença do idoso, mas de devolver-lhe a visão com padrão visual de um adulto jovem.

A cirurgia de catarata (facectomia⁶ ou facoemulsificação) é considerada eletiva e somente indicada quando surgem manifestações clínicas em que a correção óptica (óculos) já não é mais eficaz. Em geral, é uma cirurgia segura para idosos, até mesmo os que atingiram a nona década de vida. No entanto, apesar do prognóstico positivo na maioria dos casos, alguns cuidados são necessários e merecem destaque para o êxito da cirurgia, pois, quando não contemplados podem comprometer a plena recuperação do idoso, causando impactos de diferentes ordens (DOMINGUES et al, 2016).

Atuando como enfermeira em uma clínica de olhos na realização da triagem com vistas à cirurgia de catarata, pude perceber a carência de informações por parte de idosos e seus familiares sobre a doença e o processo cirúrgico, que envolve o antes, o durante e o depois do procedimento, lhes causando insegurança ao lidar com esse fenômeno que vem associado ao envelhecimento, trazendo limitações ao seu cotidiano.

A realização de uma cirurgia é um acontecimento importante na vida do ser humano, mesmo quando eletiva, pois encerra um significado próprio, uma vez que a partir do ato cirúrgico, espera-se alcançar melhora da qualidade de vida. Não se trata de ocorrência comum no dia a dia das pessoas e exige preparo prévio.

Vários são os fatores que poderão implicar no estado emocional dessa pessoa. Um dos mais frequentes é o afastamento de suas atribuições profissionais. Muitos idosos ainda estão inseridos ou retornam ao mercado de trabalho, seja por necessidade ou por opção; e/ou de seus afazeres domésticos, além de outras alterações em sua rotina por um tempo que nem sempre se pode precisar.

Em geral, o idoso chega aos Serviços de Oftalmologia encaminhado pelo clínico geral, após passar por consulta médica ambulatorial com queixa de déficit visual. Quando este idoso dispõe do serviço privado de saúde, ele marca uma consulta médica diretamente com o especialista (oftalmologista), já pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a consulta é marcada pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG)⁷.

⁶ Facectomia é a remoção do cristalino do olho com implante da lente intraocular, e facoemulsificação é quando essa extração do cristalino é feita por sucção e vibração.

⁷ O SISREG é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório, através de módulos que permitem desde inserção da oferta até a solicitação, pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade, bem como a regulação de leitos hospitalares, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde, otimização na utilização dos recursos assistenciais e visando a humanização no atendimento. É uma ferramenta fornecida pelo Ministério de Saúde de forma gratuita sendo sua utilização não compulsória, como forma de auxiliar na regulação do acesso.

Em ambos os casos, a queixa mais comum nas consultas é a de que os óculos em uso estão “fracos”. Durante a referida consulta, o idoso é informado de que a confecção de novos óculos não será possível, pois não resolverá o problema verificado, quando então a cirurgia é recomendada como tratamento de natureza permanente e lhe são solicitados vários exames pré-operatórios.

Nesta oportunidade, quase sempre, o idoso tem o seu primeiro contato com a equipe de enfermagem no ambulatório, responsável pela administração de medicamentos quando há solicitações pela equipe médica. Comumente, se restringem àquelas relativas aos exames, aos preparos necessários à sua realização e às orientações quanto à marcação de retorno ao serviço de saúde para avaliação médica dos resultados dos respectivos exames. Ou seja, a relação de cuidado fica limitada a aspectos operacionais que não demarcam o campo dos saberes e fazeres da equipe da enfermagem.

A prática profissional derivada do cenário da presente pesquisa segue um *modus operandi* similar. O ambulatório de oftalmologia funciona no Centro Médico, de segunda a sexta-feira, e quando o idoso necessita ser submetido à cirurgia, ele é encaminhado ao hospital localizado em outro bairro da Zona Sul do Rio de Janeiro, onde funcionam o centro cirúrgico e a Unidade Pré-Cirúrgica (UPC), local que serviu de campo da presente pesquisa. O centro cirúrgico e a central de material estéril se localizam no 3º andar do hospital. As cirurgias de catarata acontecem às quintas e sextas-feiras. Ao saírem da cirurgia, os idosos retornam à UPC para se trocarem e se alimentarem, sendo, em seguida, liberados, após serem orientados pelo anestesista quando da volta ao ambulatório de oftalmologia para as demais revisões, assim como do uso dos colírios e dos honorários da anestesia.

A clientela é numerosa, bem como o quantitativo de exames realizados. O contato com o idoso é quase exclusivamente com a equipe médica. A enfermeira do ambulatório é responsável pelo prédio inteiro (Centro Médico), onde existem várias outras especialidades, além da oftalmologia. Cada andar tem uma recepção, com alguns auxiliares administrativos e dois ou três técnicos de enfermagem, que ficam em um posto de enfermagem próximos aos vários consultórios, nos quais os clientes são atendidos nas diversas especialidades, oferecidas pelo Centro Médico, incluindo o consultório de oftalmologia.

Não há consulta de enfermagem. As orientações são dadas exclusivamente pelo médico, que transmitirá informações sobre o que o idoso pode ou não fazer e como deverá se comportar antes e depois da cirurgia. O quantitativo de exames e de consultas diárias

e o curto espaço de tempo são fatores que podem dificultar o atendimento às necessidades de conhecimento, expectativas e demandas do idoso sobre todo o processo da cirurgia e seus desdobramentos.

A marcação da cirurgia de catarata depende da prontidão de todos os exames (oftalmológicos e laboratoriais, assim como do risco cirúrgico). Os exames oftalmológicos são feitos na unidade de atendimento durante o momento da consulta, quando os idosos recebem as informações pela equipe médica do que é necessário fazer ao retornar para marcar a cirurgia. Essas consultas podem ser marcadas pessoalmente ou por telefone.

Quando todos os exames estiverem prontos, o idoso retornará ao ambulatório e receberá do médico um documento constando as orientações pré-operatórias, em forma de prescrição. Essas orientações, verbais e por escrito, dissertam sobre os cuidados pré-operatórios: a necessária suspensão de anticoagulantes (antes do procedimento cirúrgico) e de cosméticos (como maquiagens e creme faciais) no dia da cirurgia, bem como do uso de roupas leves e de calçados adequados, de modo a lhe proporcionar conforto após o procedimento cirúrgico, evitando esforços desnecessários (como, por exemplo, abaixar-se para amarrar o calçado). É o momento do médico prestar esclarecimentos ao idoso sobre o procedimento a ser realizado.

No dia da cirurgia, o cliente chegará ao hospital com seu acompanhante, mantendo o jejum de três horas antes do procedimento. Resolvidas as questões burocráticas, é encaminhado à UPC, onde recebe vestimenta adequada e lhe são informados alguns dados que serão lançados no sistema pela enfermeira. Em seguida, é marcado o local onde será realizada a cirurgia, conforme protocolo de cirurgia segura. O anestesista apresenta os termos de consentimento anestésico e cirúrgico a serem devidamente assinados pelo idoso, que é então encaminhado ao centro cirúrgico pelo técnico de enfermagem, responsável pelo transporte e/ou pelo maqueiro.

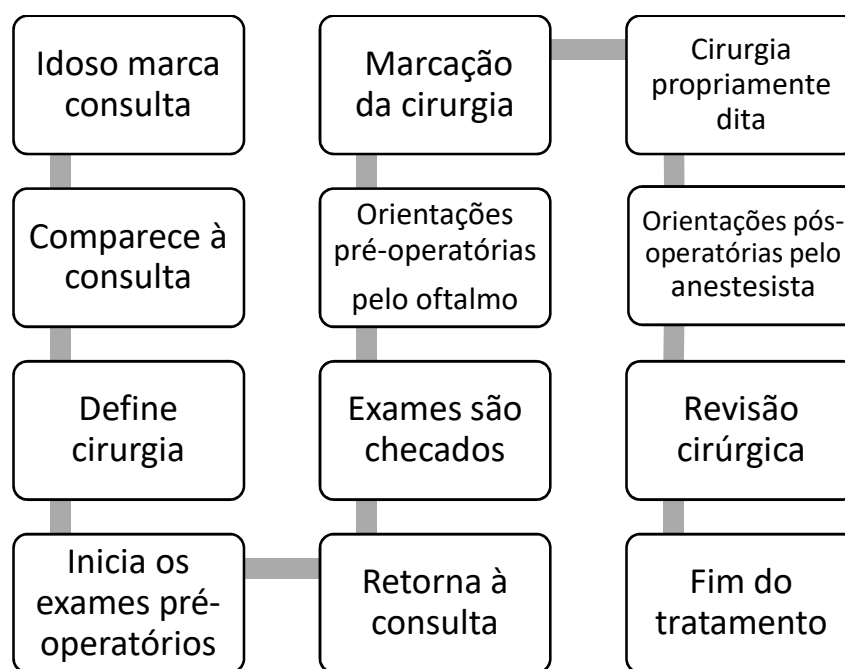
Após o ato cirúrgico, o idoso retorna à UPC, sem curativo oclusivo no olho operado, quando lhe são entregues suas roupas e os exames trazidos por ele. É, então, liberada uma dieta leve, encerrando o jejum.

O idoso recebe alta da unidade hospitalar após a avaliação de suas condições clínicas, momento em que o anestesista reforça ao idoso e seu acompanhante as orientações quanto ao uso dos medicamentos prescritos e ao retorno para a revisão cirúrgica que acontecerá no ambulatório, em outro bairro, porém no mesmo Município. Este momento é a oportunidade de ambos (idoso e acompanhante) sanarem suas dúvidas

e fazerem questionamentos, geralmente, restritos às medicações prescritas para uso no domicílio, até a próxima consulta. Havendo qualquer intercorrência fora dos intervalos estipulados pelo médico para a revisão cirúrgica, o idoso é orientado a retornar ao hospital imediatamente.

A figura 6 apresenta o fluxograma do serviço de oftalmologia, campo da pesquisa, desde a chegada do idoso até o procedimento cirúrgico de catarata, e alta hospitalar.

Figura 06: Fluxograma de atendimento ao idoso em processo cirúrgico de catarata no serviço de oftalmologia. Rio de Janeiro, 2018



Fonte: Elaboração da autora, 2018.

Vale considerar que a cirurgia de catarata é de curta duração, cuja permanência hospitalar do idoso acontece somente durante o procedimento (com duração média de 60 minutos), salvo em situações particulares decorrentes de alguma complicação durante ou após o ato cirúrgico. Por conseguinte, o tempo que o profissional dispõe é curto, entre a consulta e os exames, o que dificulta, embora não impeça, a existência de uma relação que proporcione a manutenção de um espaço de orientações dialogadas.

Se, por algum motivo, a cirurgia for suspensa ou mesmo atrase, isso pode ser o suficiente para gerar um desequilíbrio, sob o ponto de vista psicossocial e biológico do cliente, seja qual for a sua idade, e mais no caso do idoso, ganhar maiores proporções.

Isto porque, o estresse altera, hemodinamicamente, o indivíduo, podendo ocorrer modificações nos níveis de glicose sanguínea, assim como nos níveis de pressão arterial.

No momento que antecede a cirurgia é comum aos idosos demonstrarem preocupação e ansiedade em relação ao procedimento em si e ao seu desfecho, o que pode resultar em medo e insegurança. O próprio ambiente hospitalar, com suas características físicas e de relações humanas, peculiares a este espaço de poderes e saberes socialmente demarcados, pode gerar tais sentimentos, afora as questões inerentes à perda visual instalada.

Surgem com frequência dúvidas por parte dos idosos, porém, dado o seu estado emocional que antecede a cirurgia e, ainda, ao tempo restrito de relação com a equipe profissional, eles, muitas vezes, silenciam, seja por opção ou por falta de oportunidade em expor o que sentem, pensam, sabem e o que necessitam saber sobre o procedimento cirúrgico em si e os aspectos que envolvem a fase anterior e posterior do procedimento. Esses aspectos incluem não somente questões relacionadas ao êxito da cirurgia, como também aos cuidados necessários à plena recuperação do idoso.

Alguns idosos chegam com conhecimento prévio da doença, ou por ter algum familiar ou conhecido que já foram submetidos à mesma situação, ou ainda, por já terem operado um dos olhos, ou mesmo terem tido acesso a essas informações por diferentes veículos de comunicação, como mídia televisiva ou internet. De qualquer modo, os aspectos mencionados afetam a integralidade dos idosos e precisam ser identificados, compreendidos e valorizados quando da definição do ato cirúrgico e em sua fase posterior.

Faz-se oportuno que o idoso seja esclarecido sobre todo o processo cirúrgico, permitindo a ele, pelo diálogo, reflexão e crítica, tomar consciência de tudo que envolve a cirurgia, inclusive as complicações evitáveis que dela podem advir. No entanto, a ausência da consulta de enfermagem no campo investigado e o esvaziamento das atividades de natureza educativa junto ao idoso, pela técnica de enfermagem, atuante neste serviço - desde a chegada daquele à unidade de atendimento ambulatorial, associado ao pouco tempo de permanência no hospital, mais precisamente na UPC - , podem resultar, por vezes, em prejuízos ao cliente, dificultando a formação de vínculo terapêutico e de acesso pleno à informação.

Este fato faz com que, a cada novo retorno ao serviço de oftalmologia, o idoso se apresente imerso em dúvidas o que, com espaço limitado de diálogo para as orientações de enfermagem, torna-se difícil problematizá-las. Essas dúvidas podem comprometer o

pós-operatório e, em casos mais extremos, trazer complicações irreparáveis nesta fase, como hemorragia intraocular, devido ao levantamento de peso (pegar um bebê no colo, por exemplo).

Em geral, as orientações são dadas por escrito ao cliente e a seu familiar, constando algumas informações básicas até o dia do retorno ao serviço. No entanto, embora relevantes, essas informações são, quase sempre, de natureza prescritiva, e têm por objetivo transmitir os conhecimentos necessários à fase pós-operatória, o que pode limitar sua compreensão pelo idoso.

Os problemas, ora apresentados reforçam a proposta de criação de material educativo, a partir do acesso aos “saberes e experiências de idosos no processo cirúrgico de catarata”, sendo este o objeto do presente estudo. Os pressupostos da pesquisa são: 1) A criação de material educativo como instrumento mediador da aprendizagem, subsidiado pelos saberes e experiências do idoso sobre a catarata e o processo cirúrgico, o que favorece a orientação dialogada do profissional junto ao idoso. 2) A natureza autoexplicativa do material educativo proporciona sua leitura e discussão pelo próprio idoso e familiares, em diferentes espaços, emergindo reflexões e questionamentos a serem discutidos com a equipe de saúde no serviço de Oftalmologia.

1.3. Questões norteadoras

- ❖ Que saberes e experiências os idosos possuem sobre a cirurgia de catarata e os cuidados necessários no pré e pós-operatórios?
- ❖ De que modo esses saberes e experiências podem subsidiar a construção do material educativo como tecnologia de enfermagem voltada a esse público social?

1.4. Objetivos

- ❖ Descrever saberes e experiências de idosos acerca da cirurgia de catarata e dos cuidados pré e pós-operatórios.
- ❖ Analisar demandas de conhecimento sobre a cirurgia de catarata e os cuidados necessários no pré e pós-operatórios, problematizados com os idosos.

- ❖ Criar material educativo como tecnologia de enfermagem voltada às demandas de cuidados relativos ao pré e pós-operatório da cirurgia de catarata.

1.5. Relevância, justificativa e contribuições do estudo

A falta de informação ainda é uma grande barreira para a prevenção da cegueira, proveniente da catarata (ABCCR, 2015). Apesar de todos os esforços de prevenção e detecção precoce da catarata, o Brasil ainda não chegou próximo à cobertura total de cirurgia aos idosos com a doença, agravando o seu comprometimento ocular que poderá evoluir para a cegueira (DOMINGUES et al., 2016).

Além disso, a cirurgia por si só, não resolve os transtornos causados pela doença, se esta não vier acompanhada de cuidados no pós-operatório, necessários para a prevenção de complicações evitáveis. Faz-se, assim, oportuno pensar estratégias educativas que possam contemplar as demandas de conhecimento do idoso sobre a cirurgia de catarata e os cuidados no pré e pós-operatórios, a partir de seus saberes e experiências, como é o caso da elaboração de material educativo.

A cegueira tem consequências socioeconômicas em todas as sociedades, com custos elevados devido à perda de produtividade, reabilitação e educação dos cegos, constituindo um fardo econômico significativo para os indivíduos, suas famílias e sociedades (KIVANC et al., 2016).

Não existem evidências que deem suporte às recomendações sobre a periodicidade de realização de consultas para os olhos, em cada faixa etária. De acordo com Bylsma et al (2004) o grupo *VISION 2020: The right to sight*, da Austrália (programa criado em 1999, em conjunto com a OMS e a Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira), propôs um intervalo de cinco anos para consultas oftalmológicas para a população em geral e dois anos para os que tenham diabetes ou história familiar de doença ocular. Já a Academia Americana de Optometria (AOA) recomenda consultas a cada dois anos para pessoas assintomáticas, entre 18 e 60 anos, e, anualmente, para aqueles a partir dos 61 anos (AOA, 2016).

Comparativamente, é perceptível que a oferta de serviços de saúde ocular no Brasil é limitada, em especial no setor público. Embora as taxas de cirurgia de catarata estejam aumentando, com melhoria dos resultados pós-operatórios em todo o mundo, ainda há desafios para reduzir o quantitativo de idosos com catarata (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 2014, foram realizadas 469.820 cirurgias de catarata em maiores de 60 anos, e 185.598, em 2015. As regiões com maiores proporções de idosos com catarata são o Centro-Oeste (33,7) e o Nordeste (31,9). De acordo com a pesquisa, a doença incide mais em mulheres (31,9%) do que em homens (24,6%). As maiores proporções são em idosos com mais de 75 anos (47,5%) e brancos (30,5%). Entre os anos de 2010 e 2015, o Ministério da Saúde disponibilizou R\$ 1,7 bilhão aos Estados e Municípios para a realização da cirurgia de catarata e em outras áreas, que variaram de acordo com as necessidades de cada Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Lee e Afshari (2017), em revisão mundial recente, demonstraram que a prevalência e o número absoluto de cegos por catarata permanecem elevados no mundo, embora as taxas estejam em declínio em muitas áreas. A prevalência padronizada de idade de cegueira em adultos, com mais de 50 anos, permanece maior na África subsaariana ocidental, com uma taxa de 6%. Os maiores declínios na cegueira, padronizada por idade, devido à catarata em adultos acima de 50 anos, entre 1990 e 2010, foram no Leste Asiático, na América Latina tropical e na Europa Ocidental.

Do total de idosos diagnosticados com catarata no Brasil, 72,7% fizeram cirurgias. Desses, 47,6% fizeram o procedimento cirúrgico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e 37,9% foram cobertas por planos de saúde; 27,7% das pessoas de 60 anos ou mais de idade, que tiveram indicação de cirurgia de catarata, não realizaram a cirurgia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O indivíduo com déficit visual, por presença de catarata, não consegue perceber degraus, desníveis em calçadas ou buracos. Com isso, aumenta a possibilidade de quedas e, conseqüentemente, de fraturas, podendo se instalar quadros permanentes. Essa incapacidade traz a perda da autonomia e o início de declínio funcional mais rápido, com uma série de constrangimentos, como dificuldades para a manutenção da própria higiene e para o cuidado de si, podendo gerar vários transtornos sociais e psicológicos, chegando a quadros de depressão (BRAVO FILHO et al., 2012).

Um outro fator importante, com conseqüências danosas conforme já destacado, são as complicações inerentes ao pós-operatório, muitas delas, evitáveis, se os cuidados necessários neste período forem abordados junto ao idoso. Tais complicações, além de gerar prejuízos à saúde dele, com repercussões sociais e econômicas, levam a um aumento dos gastos no serviço público de saúde, pois implicam não somente em recursos financeiros, mas de pessoal e de tempo dispensados no atendimento a esses idosos.

É essencial investir na educação em saúde, como processo dinâmico e complexo, que leve em conta a realidade sociocultural do idoso. As orientações sobre a doença, a cirurgia e o pós-operatório, assumindo um caráter dialogal e de compartilhamento de saberes e experiências de pessoas idosas, com os conhecimentos e práticas dos profissionais, levam ao êxito pretendido. Portanto, a intervenção da enfermeira, por meio da proposição de estratégias educativas e tecnologias de cuidado que valorizem esses aspectos, é oportuna e necessária para o estreitamento de vínculo com o idoso, podendo trazer benefícios a este grupo social em vários aspectos.

Dentre eles, tal proposta contribui para que se possa dirimir eventuais dúvidas no atendimento às expectativas do idoso sobre todo o processo; atenuar ou eliminar complicações pós-cirúrgicas, com impactos positivos no desfecho cirúrgico, a fim de atuar na redução de riscos evitáveis e sentimentos indesejáveis capazes de interferir no conforto, bem-estar e recuperação plena do idoso. O fato de situá-lo como partícipe do processo educativo, o torna motivado a aprender, trocar experiências e a reivindicar aquilo que considera essencial para o seu bem-estar, tornando-o corresponsável pelas ações de cuidar de si, reforçando assim sua autonomia e independência.

Esta pesquisa também se justifica por atender a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2011): subagenda 6 sobre Saúde do Idoso no item 6.3 da avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias; e no subitem 6.3.8 do desenvolvimento de tecnologia de autocuidado. Coaduna-se, também, com a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de 15 de maio de 2008, através da portaria 1458/2013, que dispõe entre suas competências: desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos; organizar linha de cuidados integrais (prevenção, promoção, tratamento e recuperação), que perpassa todos os níveis de atenção; qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais em saúde.

Com o intuito de revisar a produção científica da enfermagem sobre o tema da pesquisa, alusivo à cirurgia de catarata e ao desenvolvimento de estratégias educativas neste campo, procedeu-se revisão integrativa da literatura, com vistas a responder às seguintes questões: Que estudos vêm sendo produzidos sobre a promoção de cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia de catarata? Que estudos indicam a implementação de estratégias educativas da enfermeira junto aos idosos que realizam a cirurgia?

Para tanto, a busca inicial foi realizada de agosto de 2016 a junho de 2017, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via Pubmed); Scopus; Web of Science; Google Acadêmico; e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde.

Para esta investigação exploratória, foram determinados os Descritores com a sua respectiva correlação nos idiomas: português, espanhol e inglês (quadro a seguir), sendo demonstrados os termos Decs/Mesh, utilizados na pesquisa de acordo com o modelo PICO, em que o **P** corresponde aos participantes, **I** de fenômeno de interesse e **Co** ao contexto do estudo. Foi realizado o cruzamento dos Descritores por pares, conforme estabelecido pela estratégia da pesquisa. Os Descritores em Ciências da Saúde utilizados foram: Enfermagem; Educação em Saúde; Idoso; Cirurgia de Catarata; e o booleano **OR** para delimitar a busca (QUADRO 1).

Quadro 01: Descritores em Ciências da Saúde utilizados na exploração do tema. Rio de Janeiro, 2018.

Estratégia	Termos Decs/Mesh		
	Português	Espanhol	Inglês
P	“Catarata” OR “Extração de Catarata” “Idoso”	“Extracción de Catarata” “cirugía de catarata senil” OR “Operación de catarata senil” Anciano	Cataract “Aged Elderly” OR “Middle Aged” “Cataract Extraction”
I	“Educação em Saúde” OR “Educação Sanitária” “Cuidados Pós-Operatórios” Período Pós-Operatório Autocuidado OR Autoajuda Cooperação do Paciente “Cuidados de Enfermagem”	“Educación en Salud”	“Nursing Care” “Patient Compliance” “Self Care” “Postoperative Care” “Health Education”
Co	“Hospitais de Ensino” “Serviço Hospitalar de Enfermagem” “Serviços de Enfermagem”	Servicios de Enfermería	“Nursing Service Hospital” “Hospitals, Teaching” “Nursing Services”

Fonte: Criação da autora.

Nesta revisão, foram incluídos artigos científicos publicados com texto completo, disponíveis gratuitamente, nos quais constam resultados das pesquisas originais, publicados entre 2012 a 2016, em inglês, espanhol e/ou português sobre as questões que subsidiaram a exploração do tema. Foram excluídos os trabalhos em repetição nessas mesmas bases de dados.

Inicialmente, foram encontrados 453 artigos na primeira busca, sendo 110 duplicatas. Após a leitura dos 343 resumos, foram selecionados apenas aqueles que corresponderam aos critérios de inclusão e objetivos do estudo (total de 196 artigos), apresentados nos Quadros 02 e 03.

Quadro 02: Referências identificadas nas buscas em bases eletrônicas, entre 2012 e 2016. Rio de Janeiro, 2018.

REFERÊNCIAS IDENTIFICADAS NAS BUSCAS NAS BASES ELETRÔNICAS		
BASES DE DADOS	TOTAL: 453	S/ DUPL:343
GOOGLE ACADEMICO	23	12
LILACS	18	14
PORTAL REGIONAL DA BVS	48	39
CINAHL	49	30
PUBMED	86	64
SCOPUS	113	86
WEB OF SCIENCE	116	90

Fonte: Base de Dados BVS

Total de duplicatas: 110

Total após remoção das duplicatas: 343

Quadro 03: Referências identificadas nas buscas em bases eletrônicas, entre 2012 e 2016. Rio de Janeiro, 2018.

Bases de dados	Produções selecionadas=198
CINAHL	13
GOOGLE ACADEMICO	20
LILACS	08
PORTAL REGIONAL DA BVS	14
PUBMED	29
SCOPUS	51
WEB OF SCIENCE	63

Fonte: Base de Dados BVS

Refinando, minuciosamente, a busca das publicações sobre o tema, procedi à leitura com análise aprofundada de todo o material selecionado, na intenção de observar sua amplitude e foco, e as aproximações e distanciamentos com o fenômeno da pesquisa, estabelecendo nexos entre os artigos encontrados. A partir da análise destas produções (totalizando 20 artigos), foi possível identificar os temas apresentados no quadro 04.

Quadro 04: Eixos Temáticos dos artigos analisados. Rio de Janeiro, 2018.

GOOGLE ACADÊMICO	
Políticas públicas voltada à saúde ocular;	06
Qualidade de vida após cirurgia de catarata;	01
Educação em saúde	03
LILACS	
Opiniões, expectativas e reações após a cirurgia de catarata;	01
Ações de Enfermagem no controle e tratamento da catarata;	01
Qualidade de vida após cirurgia de catarata.	01
CINAHL	
Riscos, prevenção e tratamento.	01
PORTAL REGIONAL DA BVS	-
PUBMED	
Educação em saúde a pacientes submetidos a cirurgias oculares;	01
Características e benefícios do uso de material educativo virtual no autoexame ocular;	01
Condições da saúde ocular no Brasil	01
SCOPUS	
Interdisciplinaridade em saúde aliada ao tratamento de idosos com baixa visão;	01
O impacto da cirurgia de catarata senil na qualidade de vida de pacientes atendidos em campanha	01
WEB OF SCIENCE	01
Recuperação após cirurgia de catarata	

Fonte: Base de Dados BVS

Conforme se pode observar, os temas selecionados colaboraram para uma discussão de interesse, cuja finalidade era dar subsídios à pesquisa em andamento. Durante a busca exploratória, que envolveu o período de 2012 a 2016, inspirei-me nos artigos que traziam resultados sobre a atuação da enfermagem junto ao idoso, nos processos cirúrgicos oculares ou que aludissem à implementação de práticas educativas. Deste modo, foi possível perceber o quanto é preciso investir em tecnologias que sirvam de ferramenta no cuidado do idoso para atender as suas demandas.

No SUS, o uso de material educativo é uma prática comum, com resultados comprovadamente positivos. Assim, a presente pesquisa pode contribuir com os serviços de saúde, particularmente com a assistência de enfermagem ao idoso. E, assim, colaborar com a produção e ampliação do conhecimento no campo da gerontotecnologia, de maneira especial, com os cuidados de enfermagem ao idoso submetido à cirurgia de catarata, que são ainda pouco explorados, conforme se evidenciou na busca da literatura científica sobre o tema. Ressalte-se que o conhecimento age na reformulação da prática assistencial e impulsiona as mudanças necessárias nesse campo, que, por sua vez, é retroalimentado por novos conhecimentos.

A pesquisa visa também colaborar com a disseminação do conhecimento por diferentes fontes, seja por meio de publicações de artigos em periódicos internacionalmente indexados, e com apresentação de trabalhos em eventos científicos, dentre outras iniciativas. Articula-se, ainda, com as prioridades nacionais de pesquisa em saúde no Brasil e as políticas públicas de saúde voltadas à saúde do idoso.

O estudo também contribui para o ensino e a pesquisa no campo da Enfermagem Fundamental, agregando-se aos conhecimentos que vêm sendo produzidos pelo Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE). Também insere a presente proposta de dissertação ao Departamento de Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem Anna Nery, especialmente na linha de pesquisa “Cuidados Fundamentais e Tecnologia de Enfermagem”, cujo interesse abarca as estratégias e tecnologias de cuidado.

CAPÍTULO II

BASES CONCEITUAIS DO ESTUDO

2.1. O processo de envelhecer e o surgimento da catarata

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (2015), são considerados idosos os indivíduos acima de 60 anos de idade, quando passam a apresentar problemas de saúde característicos do processo de envelhecimento. Esse processo traz consigo um conceito multidimensional que, embora geralmente seja identificado com a questão cronológica, envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos. Além disso, variam de indivíduo para indivíduo (dentro de determinado grupo social), mesmo que expostos às mesmas variáveis ambientais. Esses aspectos vão avançando gradativa e naturalmente conforme a genética e estilo de vida, precocemente ou não, levando o indivíduo à perda da integridade fisiológica e à vulnerabilidade. Uma vez que um dos primeiros aspectos a serem comprometidos no processo de envelhecimento é o desempenho das atividades da vida diária (BARBOSA, et al 2017).

O expressivo aumento demográfico da população idosa tem levado ao desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais, com vistas a investir em ações e estratégias que abordem as especificidades deste grupo social. As organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Organização das Nações Unidas, tiveram papel de destaque no estímulo aos países em desenvolvimento a adotarem medidas de enfrentamento do fenômeno de envelhecimento e os possíveis problemas dele decorrentes (ONU, 2011).

Em 1978, a ONU, através da Resolução 33/52, convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrido em 1982, na cidade de Viena/Áustria. Nesse evento, foi criado o Plano Internacional sobre o Envelhecimento. O Plano foi o primeiro documento da ONU sobre a questão do envelhecimento e repercutiu mundialmente (ONU, op. cit.).

Nesse contexto, foram apresentadas metas de fortalecimento das capacidades dos países para abordagem efetiva do envelhecimento de suas populações, a fim de atender adequadamente a essas necessidades especiais dos idosos. A intenção era fomentar uma resposta que fosse adequada aos problemas relacionados ao envelhecimento, com

medidas que estabelecessem nova ordem econômica e aumentassem as atividades internacionais de cooperação técnica, particularmente dos países em desenvolvimento.

O mencionado Plano foi aprovado na Segunda Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada em Madrid/Espanha, em 2002. No encerramento desse encontro, os governos do mundo formularam uma resposta às oportunidades e desafios do envelhecimento da população, no século XXI, e promoveram o conceito de “sociedade para todas as idades”, tema principal do evento (TARGINO, 2012)⁸.

O Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde respondeu a esses desafios ao recomendar mudanças mais profundas na formulação de políticas públicas de saúde, ressaltando que, embora a maior parte dos adultos apresentem múltiplos problemas de saúde, a idade avançada não implica dependência (OMS, 2015).

Em resposta à crescente preocupação com o ritmo acelerado e a escala do envelhecimento mundial, a Assembleia aprovou como principais documentos a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madrid, recomendando aos governos a agirem para fazer face ao desafio do envelhecimento da população. Esses documentos reuniram 117 recomendações concretas, abrangendo três esferas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento; promoção à saúde e ao bem-estar na velhice; e segurança de um ambiente propício e favorável para uma melhor qualidade de vida da população idosa (CARVALHO; ROMERO; MARQUES, 2012).

Como tudo aponta para que as mudanças demográficas sejam mais acentuadas e mais rápidas nos países em desenvolvimento, onde se prevê que a população idosa quadruple consideravelmente até 2050, a Assembleia reconheceu a importância da inserção do envelhecimento no contexto das estratégias para a erradicação da pobreza, bem como dos esforços para conseguir a plena participação de todos os países em desenvolvimento na economia mundial.

O Brasil tem sido pioneiro na promulgação de leis que visam à proteção social e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, por compreender que são prementes as mudanças neste intento. E, também, é o país que mais se aproxima do citado Plano de Ação Internacional, de acordo com suas políticas nacionais (CARVALHO; ROMERO; MARQUES, op. cit.).

Ressalte-se a necessidade de assegurar que o envelhecimento ocupe um lugar fundamental em todas as prioridades no domínio do desenvolvimento, seja a nível

⁸ **Fonte:** Comunicado de Imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU, símbolo SOC/4619, de 12 de Abril de 2002.

nacional ou internacional. Com este propósito, os governos comprometeram-se em assegurar a proteção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais; reconhecendo que, quando envelhecem, as pessoas deveriam ter oportunidades de realização pessoal, de levar uma existência saudável e segura e de participar ativamente da vida econômica, social, cultural e política (ONU, 2014)⁹.

No Brasil, na década de 1990, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI), através da Lei 8.842/94, assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2015).

A partir da PNI, outras questões começaram a ganhar espaço. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), na qual se determinou que os órgãos do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovessem a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2015).

Em 2002, foi proposto que se organizassem redes estaduais de assistência à saúde do idoso, tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades. Como parte de operacionalização das redes, foram criados os critérios para cadastramento dos centros de referência em atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2015).

Já em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2015).

Em fevereiro de 2006 foi instituído, por meio da Portaria GM nº 399, o Pacto pela Saúde, no qual se inclui o Pacto pela Vida. Neste documento, a Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2015).

Em outubro de 2006, foi assinada a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta Portaria trouxe um novo paradigma para a discussão da situação de saúde do idoso. Afirma ser “indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde

⁹ **Fonte:** Comunicado de imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU, símbolo SOC/4619, de 12 de Abril de 2002.

da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades” (BRASIL, 2010, p. 22). Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável (BRASIL, 2015).

O envelhecimento populacional vem trazendo um aumento da prevalência de doenças características do idoso (CAMPOLINA et al., 2013). À medida em que envelhecemos, o cérebro tem uma irrigação mais lenta, insuficiente e irregular. As células nervosas vão morrendo e não havendo produção de novas células há lapsos de memória como consequência. O organismo se torna mais susceptível às doenças infecciosas, o coração se torna mais lento no bombeamento de sangue e com isso a pressão arterial aumenta, tornando a circulação sanguínea mais lenta, e a resistência aos exercícios físicos diminui.

As toxinas presentes no sangue são processadas pelo fígado com menor eficiência e, assim, os idosos podem ter menos tolerância ao fumo, álcool, drogas e outras substâncias nocivas ao organismo. As articulações vão se enrijecendo, comprimindo os discos e ossos da coluna vertebral. Os sentidos podem ser afetados: a visão, a audição, o paladar e a deglutição mudam muito, ficam menos aguçados; o equilíbrio fica comprometido; e o padrão de sono deixa de ser o mesmo. Os hormônios declinam e, com isso, diminui a libido (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

A pele vai ficando cada vez mais seca, rígida, frágil e flácida. A quantidade de fibras de colágeno diminui, o que torna a pele mais sujeita a lesões devido à fragilidade, e sua aparência muda para um aspecto enrugado. A flacidez torna-se visível também nas pálpebras (dermatocalase), trazendo consigo redução do campo de visão. Surgem os sinais da catarata (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Considerando as necessidades de regulamentar a atenção em Oftalmologia e criar mecanismos para organização, hierarquização e implantação da rede de atenção no âmbito do SUS, foi publicada a Portaria 957/MS, de 15 de maio de 2008. Em seguida a esta foi prorrogada a Portaria 1458/2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO). Dispõe entre suas competências: desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos; organizar linha de cuidados integrais (prevenção, promoção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção; qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais em saúde (BRASIL, 2015).

Esta Portaria também aborda componentes fundamentais, como: Atenção Básica, Atenção Especializada em Oftalmologia, Redes de Atenção em Oftalmologia, Planos de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, e da Capacitação e Educação Permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção. Sempre a partir de um enfoque estratégico promocional, que envolva os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde (BRASIL, op. cit.).

A mesma Portaria define os recursos humanos em saúde, necessários no serviço de Oftalmologia: Enfermeiro (inscrito no COREN, com capacitação e experiência em Oftalmologia); Técnico/Auxiliar de Enfermagem (inscrito no COREN, com respectiva habilidade profissional); Médico Oftalmologista (com título de especialista na área, que assume a responsabilidade técnica pela Unidade/Centro). E o Ortopista (graduado em Ortóptica, em instituição de Ensino Superior reconhecida pelo Ministério da Educação), na condição profissional de ser uma opção na equipe instituída (BRASIL, op. cit.).

As iniciativas de promoção e prevenção, na área da Oftalmologia em geral, devem permitir a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos nas ações educativas; no teste de acuidade visual; nas consultas médicas e de enfermagens; nos procedimentos de investigação diagnóstica preventiva, dentre outras, que precedem o atendimento e acompanhamento dos usuários pelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia (ÁVILA; ALVES; NISH, 2015).

Mas, apesar da política ministerial, a prática na área ainda apresenta muitas lacunas, não havendo clareza na definição de papéis na assistência prestada. É necessário, no cenário atual, considerar a possibilidade de mudanças na gestão e na dinâmica de cuidados.

Ao elencar as políticas públicas de saúde, planos e ações governamentais voltados para a saúde do idoso, é possível analisar os avanços na atualidade. No entanto, mesmo com o Estatuto do Idoso, criando obrigatoriedade para um melhor cumprimento da lei, ainda há muito a ser feito. É preciso articular essas iniciativas às questões da educação na saúde, da participação do idoso no processo de cuidar de si (no caso, em destaque neste estudo), e o referente aos cuidados pré e pós-operatórios da cirurgia de catarata. Mas, para o êxito desta proposta, é necessário a implementação de um processo educativo e dialogado, no âmbito do qual o idoso participe ativamente, compartilhando com a enfermeira seus saberes e experiências.

2.2. Educação em saúde junto a idosos em pré e pós-operatório de catarata

Nas últimas décadas, a Enfermagem vem adotando postura diferenciada no processo de educação em saúde, sob a influência de uma pedagogia que considere o sujeito a ser cuidado como protagonista de todo o processo educativo.

Para o educador Paulo Freire (2011b), a ação educativa deve ser dialogada e horizontalizada, sendo compreendida como uma educação de caráter conscientizador, cuja finalidade é levar o educando à tomada de decisão, mediante a reflexão e a crítica sobre a realidade a qual integra. Este deve ser o propósito da educação, o de estimular o desenvolvimento dos potenciais criativos e da libertação do sujeito social. Tal modelo difere da educação tradicional, pois encerra a dependência do dominado pelo dominador, possibilitando um aprendizado novo, livre, criativo e reflexivo.

Partindo dessa premissa, a intervenção do educador não é apenas transmitir informações, mas ajudar o educando a se perceber como sujeito crítico e pensante, em processo contínuo de buscas. Isto só se torna viável se instalado um processo educativo que promova conscientização crítica, em que o sujeito transforme a realidade, estimulando o desenvolvimento dos potenciais criativos e da libertação do sujeito social.

Com esta proposta, é possível uma aprendizagem não fragmentada, com força ideológica calcada na liberdade de pensamento e no saber da experiência feita do sujeito. Para tanto, o educador estimula a posição ativa do educando, deixando de ser um mero depósito de conhecimentos e informações transmitidas por outrem, e arquivados passivamente como “recipiente vazio” (FREIRE, 2011a). Neste intento, adota o diálogo como prática da liberdade, dimensionando ação e reflexão, pautado na humildade, na confiança, na igualdade e na horizontalidade (FREIRE, 2011a).

O desenvolvimento de metodologias ativas de ensino-aprendizagem nas práticas de cuidado em saúde tem sido cada vez mais valorizado, especialmente pela Enfermagem. Em concordância com as políticas públicas vigentes e os princípios doutrinários do SUS, este tipo de metodologia potencializa a escuta, a formação de vínculos, a troca e a construção de novos saberes.

O cuidado em saúde, pensado de forma compartilhada com o sujeito ao qual este se destina, rompe com a suposta superioridade do profissional, único responsável pela transmissão de informações. Ao agir, desvaloriza a visão de mundo dos implicados na ação do cuidar e o contexto no qual se situam, tornando-os passivos da relação.

Mas quando se pensa no idoso na condição de partícipe do cuidado, a troca enriquecedora e contínua - oportunizada pelo diálogo - poderá levá-lo a refletir, questionar ou criticar o que se lhe apresenta no contexto do cuidado. Afinal, tanto o idoso quanto a enfermeira são sujeitos que participam de uma relação de cuidado. Pensada sob esta lógica:

A participação é contrária ao “assistencialismo”, que consiste na modalidade de ação em que apenas se transfere todos os conhecimentos, mostrando-se desinteresse em dialogar e considerar o outro pelo o que é e sabe. Deste modo, diferentemente do que aparenta, o “assistencialismo” é mutilador, cerceador de iniciativa, deixando a pessoa a mercê de uma situação de eterna dependência. É, por fim, uma atitude inadequada a todo processo de conscientização, já que é antagônico a este e não “libertador” (MAGALHÃES; ALVIM, 2013, p. 651).

Nesse raciocínio, o indivíduo imerso na passividade não consegue aprender, pois não tem consciência crítica. Por sua vez, como sustenta Freire (2012), a educação como prática da liberdade assume contornos políticos e filosóficos, na medida em que todo ato educativo é um ato político, pois leva o indivíduo a pensar, transformando e modificando o meio no qual está inserido. Só assim, prossegue o educador, poderá ser capaz de entender que sem essa consciência crítica, não há possibilidade de uma educação transformadora.

Na presente proposta, o diálogo debatedor foi a mola propulsora do desenvolvimento desta pesquisa. Na convergência com a assistência ao idoso, em uma Unidade Pré-Cirúrgica de um hospital privado do Rio de Janeiro, a discussão foi conduzida para os cuidados necessários ao pré e pós-operatório da cirurgia de catarata, a partir de saberes e experiências dos clientes, que geraram formidáveis subsídios para a criação do material educativo.

CAPÍTULO III

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

3.1. O tipo de estudo e abordagem metodológica

Pesquisa de campo, do tipo qualitativo, por melhor se adequar à natureza do fenômeno investigado; criação de material educativo sobre o processo cirúrgico de catarata, a partir dos saberes e experiências dos idosos participantes. Assim, é possível compreender os dados subjetivos sob a ótica dos idosos, uma vez que “respondem às questões centradas na experiência social e dão significado à vida humana” (MCEWEN, 2009). E pesquisa de campo do tipo descritivo, pois se pretende trabalhar com o registro, análise e interpretação de fenômenos atuais da realidade estudada (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Para Minayo (2010), a metodologia é muito mais que técnica, pois inclui as concepções teóricas, que articulam-se com a realidade empírica e com reflexões sobre a própria realidade, e baseado nisso, ela diz mais: que na pesquisa é perceptível que nada substitui a criatividade do pesquisador.

Empregamos, neste trabalho a Pesquisa Convergente-Assistencial - PCA, cuja principal característica é a articulação intencional com a prática, visando solucionar ou minimizar os problemas que a ela se apresentam, identificados no contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004). Na aplicação da PCA, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, mantendo, cada uma delas, suas finalidades próprias, realizando mudanças e recolhendo inovações na prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A relação da pesquisa com a assistência acontece de maneira mais visível durante a produção dos dados da investigação. Neste estudo, esta junção ocorreu no âmbito da prática de educação em saúde implementada junto a idosos que vivenciavam o processo cirúrgico de catarata.

De acordo com Ferreira (2015), para a PCA é necessário que a prática assistencial seja fomentada pela criatividade de inovações tecnológicas, o que permite o crescimento e o desenvolvimento da qualidade do cuidado prestado. O envolvimento do profissional de Enfermagem é que vai tornar possível esse enriquecimento no contexto social, onde o

mesmo está inserido. Com isso, configura-se uma metodologia que vai além do “bem fazer” com o “bem pensar”, articulando o processo entre esses dois campos de modo que se entrelacem e troquem conhecimentos, tornando possível um novo saber coerente.

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014), os pressupostos básicos da PCA são: **imersibilidade** (o pesquisador deve estar inserido no contexto social do fenômeno a ser estudado, produzindo mudanças benéficas e justificando a escolha do espaço pelo fato de estar ali atuando); **expansibilidade** (por seu dinamismo, o método permite a expansão dos objetivos no curso da pesquisa, considerando a contribuição do discurso dos participantes); **simultaneidade** (poderá gerar mudanças na prática assistencial em face das questões investigativas e vice-versa. Nestes termos, a PCA alimenta a assistência e é por ela alimentada, sendo, para as autoras do método, considerada a fase mais difícil da pesquisa); e a **dialogicidade** (os processos inerentes à prática profissional são justapostos aos da investigação em contínua ação dialógica, cuja intenção é chegar ao conhecimento e gerar mudanças, por meio da troca de ideias com os participantes e com a equipe atuante na prática assistencial).

3.2. A Trajetória do Estudo

A) Fase da concepção: A proposta desta pesquisa partiu de minhas experiências profissionais prévias, atuando como enfermeira e ortoptista em serviços de Oftalmologia. Na observação cotidiana das necessidades dos idosos, com quem mantive contato, muito aprendi. Tais experiências contribuíram sobremaneira com a contextualização e delimitação dos problemas da pesquisa, suas questões e objetivos.

B) Fase de Instrumentação: Nessa fase são definidos: o delineamento dos procedimentos metodológicos, a escolha de campo da pesquisa, dos participantes e das técnicas para obtenção e análise das informações, apresentados a seguir.

b.1. Campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade Pré-Cirúrgica – UPC, do Hospital Adventista Silvestre, localizado no bairro de Santa Teresa, no Rio de Janeiro. De imediato, no primeiro encontro com os participantes, que se encontravam na fase pré-operatória, foram

apresentados os objetivos da pesquisa e feitos os convites aos que dela gostariam de participar. Em seguida, foram realizadas entrevistas individuais, com vistas à caracterização dos idosos e ao atendimento que se tornou primeiro objetivo da pesquisa.

Na fase pós-operatória, o encontro se deu no domicílio dos participantes, para facilitar o acesso da pesquisadora.

Na UPC do mencionado hospital, os idosos são recebidos no dia da cirurgia de catarata. Há duas formas do paciente procurar o serviço de Oftalmologia: por indicação de um clínico ou por demanda espontânea. Em se tratando de um hospital que é referência para cirurgias, como a de catarata, o perfil da clientela é de conveniados e/ou indicados por ações sociais e provenientes do SUS pelo Sistema de Regulação - SISREG, uma vez que o hospital realiza trabalho filantrópico na região para pessoas sem condições de financiar tratamentos médicos e cirúrgicos.

O número de atendimentos é bem expressivo. Isto se deve em parte às inúmeras campanhas realizadas anteriormente pelo Ministério da Saúde, em parceria com Secretarias Municipais e Estaduais, como os mutirões da catarata coordenados pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO, que tem colaborado para que centenas de pessoas recuperem a visão, após o processo cirúrgico.

Na UPC, o funcionamento acontece de segunda a sexta-feira, das 6 às 18 horas, sendo o atendimento da oftalmologia especializado às quintas e sextas-feiras. Nesta unidade, há apenas uma enfermeira e um técnico de enfermagem, o que dificulta, portanto, possibilidades de atenção individualizada aos idosos. Este fato torna imperativo a criação de um material educativo, por se caracterizar como meio de acesso às informações e reflexões que poderão ser trazidas para a equipe de saúde, em momento oportuno.

Neste campo, o técnico de enfermagem é responsável pelos prontuários, de acordo com a necessidade do serviço; pela administração de medicamentos conforme solicitação médica; já a enfermeira fica responsável pela parte burocrática, provisão e previsão de medicamentos da unidade e supervisão das ações do técnico de enfermagem. As ações deste profissional são procedimentais, não havendo espaço para atividades de educação em saúde junto aos idosos.

Os exames oftalmológicos de rotina ou pré-cirúrgicos acontecem durante a consulta no Centro Médico, que fica situado no bairro de Botafogo, onde ocorrem os atendimentos ambulatoriais. Os exames que não são realizados no ambulatório mas, em instituições credenciadas, são indicados pelo serviço de Oftalmologia. Nesse ambiente,

um auxiliar administrativo é responsável pela organização dos clientes próximos à sala em que serão atendidos, enquanto outro profissional organiza a entrega dos prontuários na sala dos médicos. A administração de colírio, quando necessária, por solicitação médica e de acordo com o exame a ser realizado, é feita pelo técnico de enfermagem. Quando há indicação cirúrgica, os clientes são encaminhados para o hospital.

b.2. Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram constituídos por 24 idosos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, que já haviam operado catarata em um dos olhos (20 idosos), ou que tinham indicação desta cirurgia (04 idosos), selecionados por conveniência. Idosos que apresentaram déficit na fala, ou mesmo algum tipo de demência já diagnosticada, foram excluídos da pesquisa, pois dificultariam efetivamente a comunicação.

b.3. Produção de dados: técnicas para obtenção das informações

A produção dos dados foi desenvolvida através do preenchimento de formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde (Apêndice D), aplicação da técnica de entrevista individual semiestruturada com os idosos participantes, seguida de discussão, também individual, conforme um roteiro (Apêndice F). Houve participação ativa dos idosos durante a problematização dos temas referentes ao processo cirúrgico de catarata, através do acesso a seus saberes e experiências prévias, permitindo articular pesquisa e assistência.

C) Fase de Perscrutação: neste momento, foram delineadas as estratégias que viabilizaram a obtenção de informações na pesquisa. Tais estratégias emergiram do espírito criativo e das experiências e conhecimentos da pesquisadora, tanto no referente ao assunto da pesquisa quanto à prática de pesquisar (TRENTINI; PAIM, 2004). Portanto, esta etapa requereu o aprofundamento das leituras de ambas as vertentes (pesquisa e temática investigada), com vistas à segurança necessária à produção de dados de forma simultânea à prática assistencial, mantendo o rigor da PCA:

...a perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo de condições para mudanças em todo o contexto de investigação:

físico, técnico, tecnológico, científico, emocional, cultural, social, senso de ética, entre outros. Desse modo, a perscrutação na PCA ocorre quando informações requerem mais propriedades para tornar realidade as mudanças (TRENTINI; PAIM, 2014, p. 46).

Para a necessária proximidade e engajamento no campo da investigação, após a apresentação da proposta da pesquisa ao chefe do serviço e à equipe atuante neste campo, frequentei semanalmente a UPC do Hospital Adventista Silvestre, às quintas e sextas-feiras, no período da manhã e à tarde, durante cinco meses, a fim de compreender a dinâmica da Unidade e do cuidado ao idoso em processo cirúrgico de catarata, e de compartilhar com a equipe possibilidades de resolução de situações-problema. Afinal, a PCA prevê a integração da equipe assistencial na proposta do estudo, com contribuições efetivas ao desenvolvimento e produto da pesquisa.

c.1. Etapas para a produção dos dados

A produção de dados foi desenvolvida, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em seis etapas subsequentes de dois encontros: o primeiro na UPC do Hospital Adventista Silvestre, em momento que antecedia a cirurgia; o segundo encontro ocorreu, em sua maioria, na residência dos participantes; e, em alguns casos, foi possível desenvolver o segundo encontro também na UPC. As três primeiras etapas foram realizadas no primeiro encontro; a quarta etapa foi destinada à elaboração do material educativo pela pesquisadora, a partir da discussão com cada participante, oriunda do primeiro encontro; a quinta e sexta etapas ocorreram no segundo encontro, com cada participante.

A primeira etapa ocorreu mediante o convite para a participação do estudo, explicação das etapas da produção de dados, como também dos aspectos éticos da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE.

Na segunda etapa foi realizada a entrevista individual (APÊNDICE E). Nesta ocasião, os participantes responderam às questões com dados sociodemográficos a fim de caracterizá-los e de conhecer sua realidade. Conforme ressalta Freire, o sujeito integra o meio social e cultural em que está inserido.

A terceira etapa se destinou à discussão com os participantes para levantamento de temas inerentes aos seus saberes e experiências prévias a fim de explorar situações-problema que foram com eles debatidos. Para isso, foi feita entrevista individual

semiestruturada (APÊNDICE B), tendo esta contribuído para a discussão e orientação dialogada, nas quais o cliente foi estimulado a refletir acerca dos temas em pauta, daí emergindo os que conheciam sobre a doença, a cirurgia e os cuidados necessários no pré e pós-operatórios.

Nesta etapa, foram utilizadas fotos, tiradas de revistas e jornais, disponibilizados em sites de busca e outras fontes, que apresentavam pessoas com visão turva por catarata e as dificuldades encontradas no cotidiano pelas pessoas idosas diante da doença; anatomia do globo ocular e outras que puderam colaborar com a discussão sobre o tema. A intenção era que, neste processo de discussão dialogada, surgissem as demandas de conhecimentos e de cuidados necessários no processo cirúrgico, abrangendo o pré e pós-operatório. Esta fase forneceu subsídios importantes à construção do material educativo.

Na quarta etapa, realizada por mim, pesquisadora, a partir da discussão dialogada e de seu produto com cada participante, procedi à elaboração do material educativo.

Na quinta etapa, apresentei a proposta do material educativo a cada participante, com vistas à sua revisão, sugestões, críticas e aprovação. Este foi um rico momento de protagonismo dos idosos e de compartilhamento de ideias, para que o material proposto estivesse em conformidade com os fins a que se destinava, de acordo com as demandas e necessidades desses idosos.

Na sexta etapa, os participantes trouxeram para o espaço da discussão sua avaliação sobre todo o processo, momento em que puderam expressar suas opiniões sobre o tema e desenvolvimento da proposta educativa e do material produzido.

As entrevistas foram gravadas em dispositivo de mídia (MP4) e, depois, transcritas na íntegra, com validação das transcrições das entrevistas pelos entrevistados.

3.3. Análise e interpretação dos dados

Para o tratamento dos dados produzidos utilizei a análise de conteúdo. Esta, segundo Bardin (2010), é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Assim, a análise de conteúdo busca ir além dos significados manifestos, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas

(significados) dos enunciados. Isso implica na associação do que foi descrito e analisado com os fatores determinantes de suas características.

Dentre as várias técnicas de análise do conteúdo, foi utilizada a análise temática, a qual, para Bardin (2010), é a que melhor se aplica aos estudos que envolvem motivações de opiniões, atitudes, valores e crenças, como no caso deste estudo. Neste tipo de análise, as categorias não são pré-determinadas, mas emergem das falas dos participantes.

Inicialmente, foi realizada a leitura flutuante de todo o material, buscando o delineamento empírico do estudo. Em seguida, se deu a pré-análise, visando a captação dos grandes temas, considerados os mais significantes nos discursos dos idosos e em atendimento aos objetivos da pesquisa. Na classificação temática foram selecionados os temas de maior frequência no conjunto dos depoimentos dos participantes, dos quais se originaram as seguintes categorias e subcategorias temáticas, analisadas à luz da base teórica da pesquisa:

1) CAPÍTULO V: “Saberes, experiências e demandas de conhecimento sobre a catarata e o processo cirúrgico compartilhados no diálogo com idosos”

5.1. Saberes e experiências dos idosos acerca da catarata e da cirurgia;

5.1.1. A expressão do saber;

5.1.2. Concepções sobre a doença e a cirurgia;

5.1.3. Diferentes fontes de acesso à informação;

5.1.4. O saber que se expressa na relação opressor-oprimido.

5.2. Expectativas dos idosos sobre a cirurgia e seus resultados.

2) CAPÍTULO VI: “Cuidados necessários no pré e pós-operatório e as possíveis intercorrências problematizadas no diálogo com os idosos”.

6.1. Cuidados necessários no pré e pós-operatório;

6.2. Possíveis intercorrências pós-operatórias.

3.4. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP , formado, respectivamente, pela Escola de Enfermagem Anna Nery e

pelo Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (EEAN/HESFA/UFRJ), com autorização prévia da direção do Hospital Adventista Silvestre, campo da pesquisa. A aprovação do CEP foi obtida em 29 de agosto de 2017, com parecer de nº 2.246.564 (APÊNDICE H).

As precauções éticas, implicadas na pesquisa com seres humanos, foram garantidas em atendimento ao disposto na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A fim de garantir a autonomia dos participantes, eles assinaram o TCLE, após terem sido devidamente esclarecidos quanto aos aspectos éticos, relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e inserção no estudo, que também constaram no termo escrito (APÊNDICE C).

Desse modo, os participantes foram informados sobre a voluntariedade de sua participação, garantia de anonimato, possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos, riscos e benefícios. Em nenhum momento foram divulgados os nomes dos participantes da pesquisa, conforme acordado no TCLE.

Os benefícios deste estudo envolvem, no âmbito institucional, possibilidades de mudanças na prática assistencial e de gestão, como criação de novas rotinas e protocolos, a partir dos resultados da pesquisa. No referente aos idosos participantes, o estudo permitiu a reflexão e problematização sobre o processo cirúrgico, em vista do cuidado de si, minimizando ou eliminando potenciais riscos ou complicações evitáveis.

A referida pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes. No entanto previsíveis nas dimensões psicológicas, foram atenuadas por mim, na qualidade de pesquisadora-responsável, pela promoção de conversa individualizada com os participantes sobre suas inquietações, além de garantir-lhes a possibilidade de desistência da participação, a qualquer momento e sem qualquer prejuízo. Ressalto que, durante o desenvolvimento do trabalho, não houve casos desta natureza.

A identificação dos participantes na pesquisa foi feita por código alfanumérico. Os idosos foram identificados pela letra I, seguida da identificação por sexo. A pesquisadora foi identificada com a letra P. Após cada letra inserida no texto, foram agregados números arábicos sequenciais, de acordo com a ordem dos participantes na fase de produção dos dados: (ex: idosa mulher [IM1, IM2, IM3...]; idoso homem [IH1, IH2, IH3...]).

Após a assinatura do TCLE, os participantes receberam uma cópia do documento. Ao final da pesquisa, todos serão informados sobre seus resultados.

3.5.Desafios metodológicos na realização da pesquisa

Como toda produção de conhecimento, através de pesquisa que envolve a participação de seres humanos, há vários desafios de diferentes ordens que surgem durante o seu desenvolvimento. Cabe ao pesquisador, encontrar os meios necessários à sua superação, de modo a que tais desafios não representem limites, prejuízos ou impossibilidades ao atendimento de seus objetivos.

Dentre os vários desafios que se apresentaram à realização deste estudo, o principal deles foi encontrar o cenário com as características necessárias ao alcance de seus propósitos e que aceitasse ser o campo de produção de dados. Dos investimentos que fiz nesta direção, procurei hospitais em diversas regiões do Estado do Rio de Janeiro e, em muitos deles, não houve interesse em acolher minha pesquisa. O obstáculo maior que se apresentava, nem sempre de maneira explícita, era o de que os resultados da pesquisa representasse alguma forma de denúncia ou exposição ao instituído.

Aliado a este aspecto, o fato do tipo da pesquisa (convergente-assistencial) requerer uma aproximação mais estreita da pesquisadora no campo, de modo a acompanhar a dinâmica de cuidar e a gestão do cuidado, e, assim, observar de forma participativa os problemas oriundos da prática assistencial, parecia causar desconforto aos dirigentes da instituição hospitalar. Mesmo algumas instituições relacionadas como referência no atendimento em Oftalmologia, justificaram sua recusa de servirem de campo por estar passando por processos internos de reorganização.

Em uma delas, após a aceitação inicial e um período de investimento no serviço, com as devidas aproximações da prática assistencial, obtive a recusa para a produção de dados da pesquisa com a argumentação de que a autorização institucional deveria ser precedida da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN. Esta exigência vai de encontro ao que preconiza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, uma vez que o registro na Plataforma Brasil requer o ajuntamento da carta de anuência da instituição que servirá para a investigação.

Dentre as dificuldades institucionais na busca por um cenário adequado, uma delas causou-me especial surpresa: o impedimento de trâmite da solicitação no âmbito de um dos hospitais universitários da própria universidade em que esta pesquisa se articula academicamente. E, após cinco meses do encaminhamento formal ao dirigente do

referido hospital e sem informações sobre a solicitação feita, não restou-me outra opção a não ser prosseguir na busca de um outro campo para o desenvolvimento da pesquisa.

Outros desafios se apresentaram, mas foram aos poucos superados, tais como: receio por parte de alguns idosos de que sua participação pudesse resultar em algum tipo de represália, que culminasse com a interrupção de seu tratamento, no caso, da cirurgia de catarata. Mesmo após os devidos esclarecimentos, alguns optaram por não participar do estudo. Outros, argumentaram não ter informações suficientes que pudessem agregar valor à pesquisa.

Por fim, após superar vários obstáculos, obtive autorização institucional do hospital que serviu de campo para investigação. No entanto, um novo problema surgiu: o encontro com os idosos participantes no período pós-operatório. Diante das dificuldades deste novo encontro ocorrer no âmbito do hospital, solicitei autorização dos participantes para que este momento ocorresse em seus domicílios, como forma de proporcionar-lhes maior comodidade, permitindo, assim, que todas as etapas previstas na proposta da pesquisa fossem cumpridas com êxito.

CAPÍTULO IV

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste capítulo, apresento o perfil sociodemográfico dos participantes. Freire (2011) ressalta a importância de se conhecer a realidade sociocultural do sujeito para a compreensão de suas particularidades, e de como estas exercem influência sobre o conjunto de seus saberes, experiências e práticas. As compreensões desses aspectos subsidiam as ações da saúde, de maneira particular, as de natureza educativa, pois impactam diretamente na qualidade de vida do sujeito em questão.

O acesso prévio da pesquisadora à realidade sociocultural dos idosos favoreceu o diálogo. A relação construída entre mim e eles, visando a discussão sobre o que sabiam acerca da catarata e o que necessitavam saber sobre os cuidados no processo cirúrgico, facilitou, por sua vez, a proposta de material educativo sobre o assunto.

Vale dizer, por oportuno, que os dados levantados, ainda que alguns sejam graficamente representados de maneira isolada, só ganham sentido quando vistos no seu conjunto, pois estabelecem relações internas próprias do perfil deste grupo social (nem, por isso, necessariamente homogêneo), e com interesse nos saberes e experiências dos idosos.

Os dados coletados nas entrevistas, para fins de caracterização dos participantes, foram codificados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 24, o que torna possível uma análise estatística descritiva com mais qualidade dos dados obtidos, uma vez que é possível o cruzamento desses dados com o uso do mencionado programa.

4.1. Ilustração das características dos participantes da pesquisa em quadros e gráficos

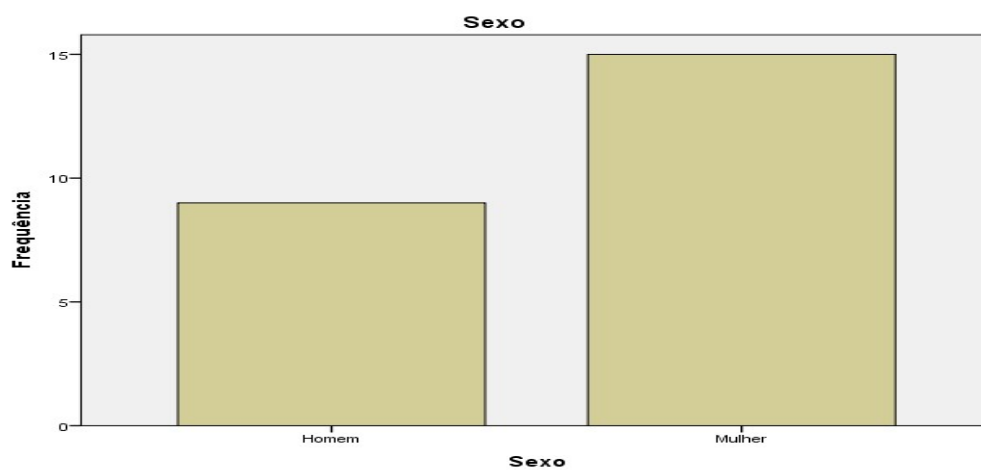
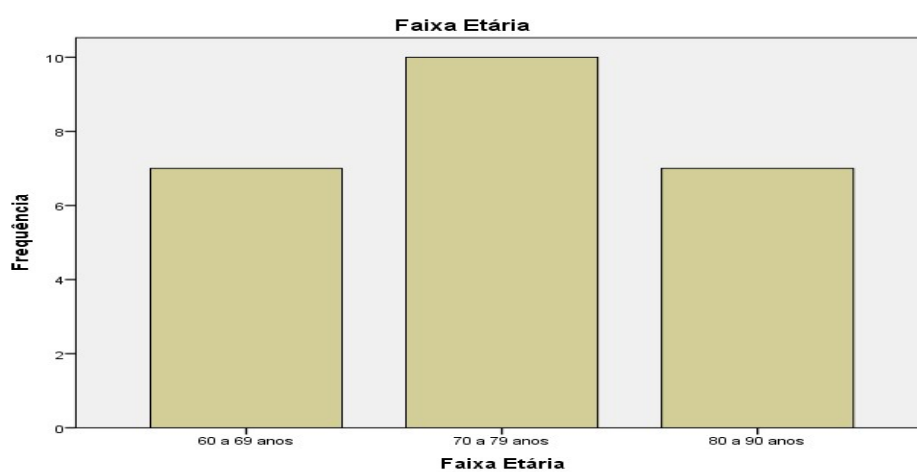
Quadro 5. Data das Entrevistas

Datas de Realização das Entrevistas	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
01.09.17	4	16,7	16,7	16,7
14.09.17	1	4,2	4,2	20,8
15.09.17	2	8,3	8,3	29,2
22.09.17	2	8,3	8,3	37,5
28.09.17	1	4,2	4,2	41,7
29.09.17	3	12,5	12,5	54,2
05.10.17	2	8,3	8,3	62,5
19.10.17	1	4,2	4,2	66,7
20.10.17	1	4,2	4,2	70,8
26.10.17	1	4,2	4,2	75,0
27.10.17	1	4,2	4,2	79,2
16.11.17	1	4,2	4,2	83,3
23.11.17	1	4,2	4,2	87,5
24.11.17	1	4,2	4,2	91,7
30.11.17	1	4,2	4,2	95,8
07.12.17	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

Entrevistas realizadas entre 01 de setembro de 2017 e 07 de dezembro de 2017. Este quadro corresponde apenas às datas onde ocorreu o primeiro encontro entre os idosos e a pesquisadora.

Quadro 6. Faixa Etária

Faixa etária	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
60 a 69 anos	7	29,2	29,2	29,2
70 a 79 anos	10	41,7	41,7	70,8
80 a 90 anos	7	29,2	29,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	



Quadro 7. Faixa Etária * Sexo Tabulação cruzada

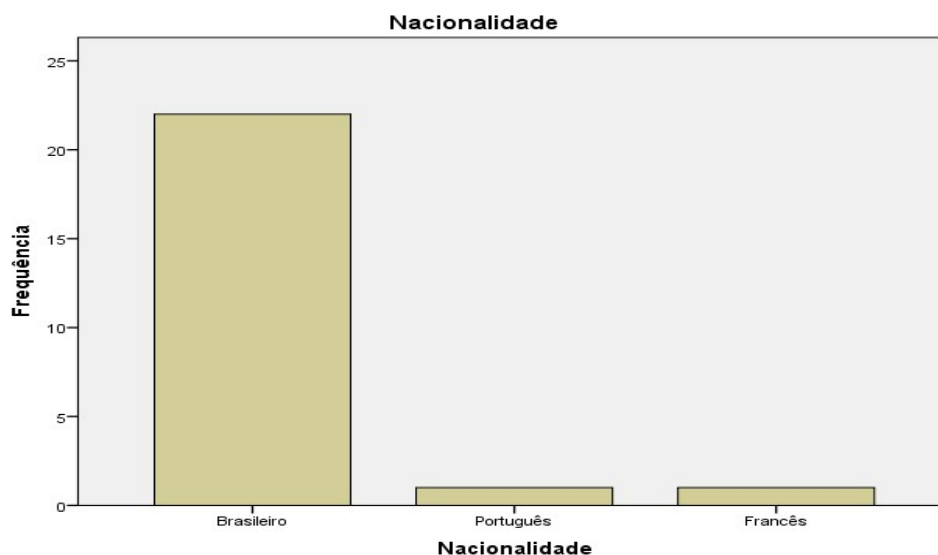
Faixa etária	Sexo		Total
	Homem	Mulher	
60 a 69 anos	2	5	7
70 a 79 anos	3	7	10
80 a 90anos	4	3	7
Subtotal	9	15	24

Quadro 8. Local de Residência

Região onde reside	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Zona Sul	5	20,8	20,8	20,8
Zona Norte	12	50,0	50,0	70,8
Zona Oeste	2	8,3	8,3	79,2
Baixada Fluminense	2	8,3	8,3	87,5
Outros	3	12,5	12,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	

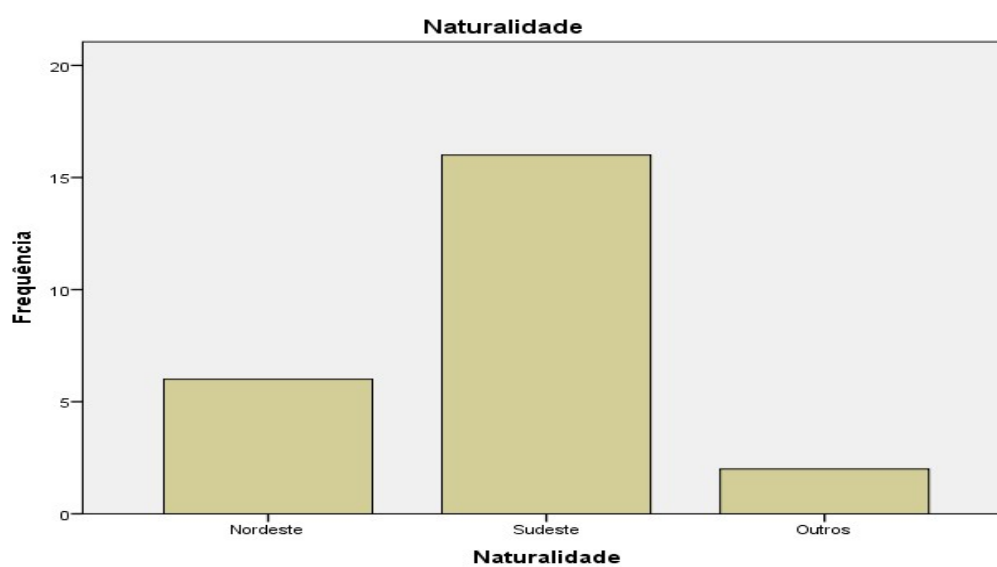
Quadro 9. Nacionalidade

País onde nasceu	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Brasil	22	91,7	91,7	91,7
Portugal	1	4,2	4,2	95,8
França	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	



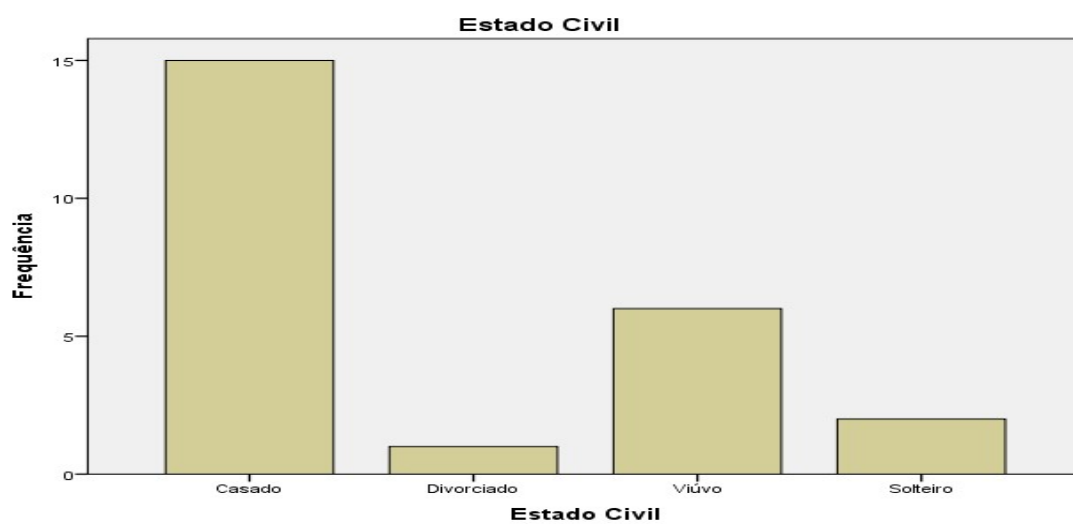
Quadro 10. Naturalidade

Estado onde nasceu	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nordeste	6	25,0	25,0	25,0
Sudeste	16	66,7	66,7	91,7
Outros	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	



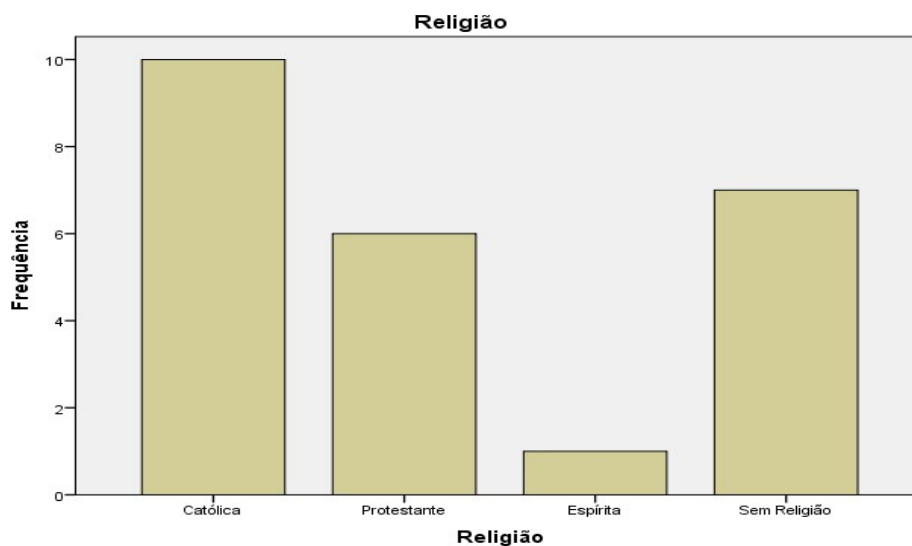
Quadro 11. Estado Civil

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Casado	15	62,5	62,5	62,5
Divorciado	1	4,2	4,2	66,7
Viúvo	6	25,0	25,0	91,7
Solteiro	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	



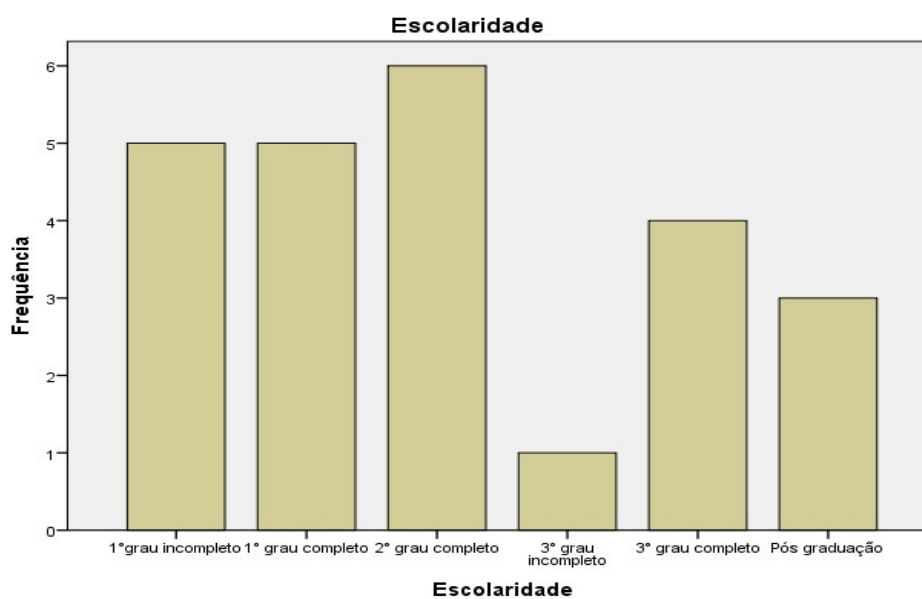
Quadro 12. Religião

	Frequência	Porcentual %
Católica	10	41,7
Protestante	6	25,0
Espírita	1	4,2
Sem Religião	7	29,2
Total	24	100,0



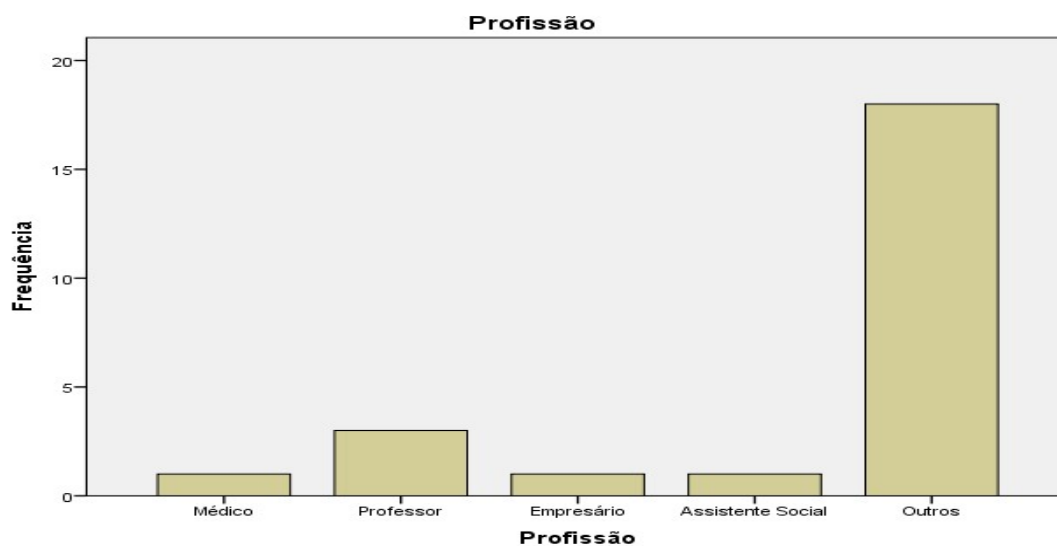
Quadro 13. Escolaridade

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1º grau incompleto	5	20,8	20,8	20,8
1º grau completo	5	20,8	20,8	41,7
2º grau completo	6	25,0	25,0	66,7
3º grau incompleto	1	4,2	4,2	70,8
3º grau completo	4	16,7	16,7	87,5
Pós graduação	3	12,5	12,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	

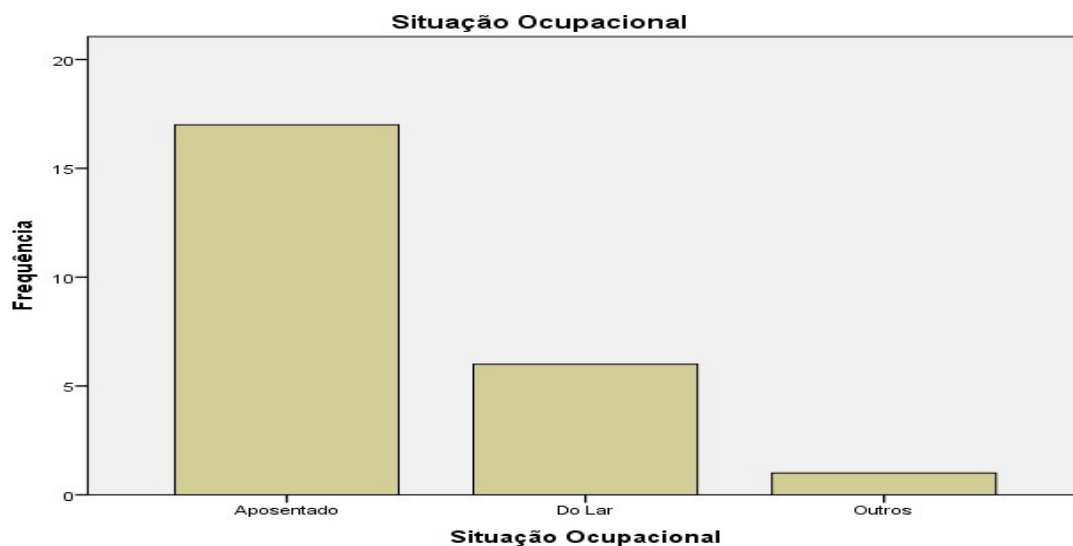


Quadro 14. Profissão/Ocupação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Médico	1	4,2	4,2	4,2
Professor	3	12,5	12,5	16,7
Empresário	1	4,2	4,2	20,8
Assistente Social	1	4,2	4,2	25,0
Outros	18	75,0	75,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	

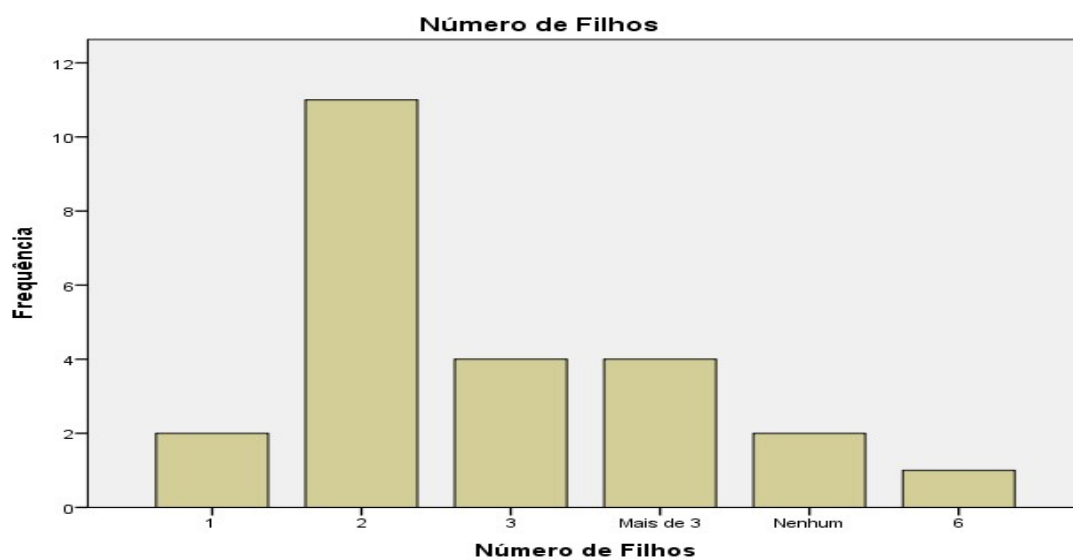
**Quadro 15. Situação Ocupacional**

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Aposentado	17	70,8	70,8	70,8
Do Lar	6	25,0	25,0	95,8
Outros	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	



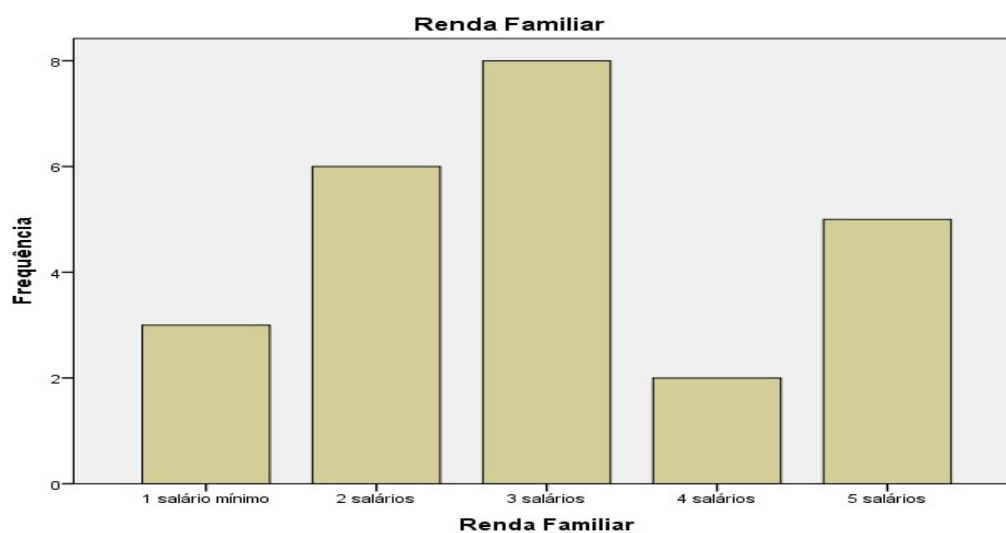
Quadro 16. Número de Filhos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1	2	8,3	8,3	8,3
2	11	45,8	45,8	54,2
3	4	16,7	16,7	70,8
Mais de 3	4	16,7	16,7	87,5
Nenhum	2	8,3	8,3	95,8
6	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

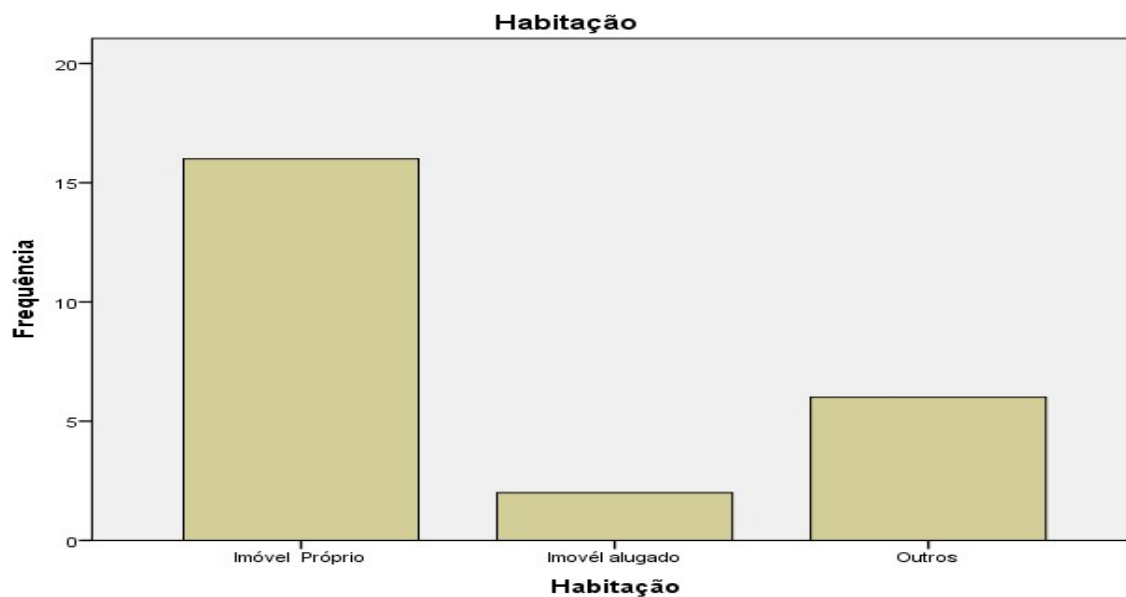


Quadro 17. Renda Familiar

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1 salário mínimo	3	12,5	12,5	12,5
2 salários	6	25,0	25,0	37,5
3 salários	8	33,3	33,3	70,8
4 salários	2	8,3	8,3	79,2
5 salários	5	20,8	20,8	100,0
Total	24	100,0	100,0	

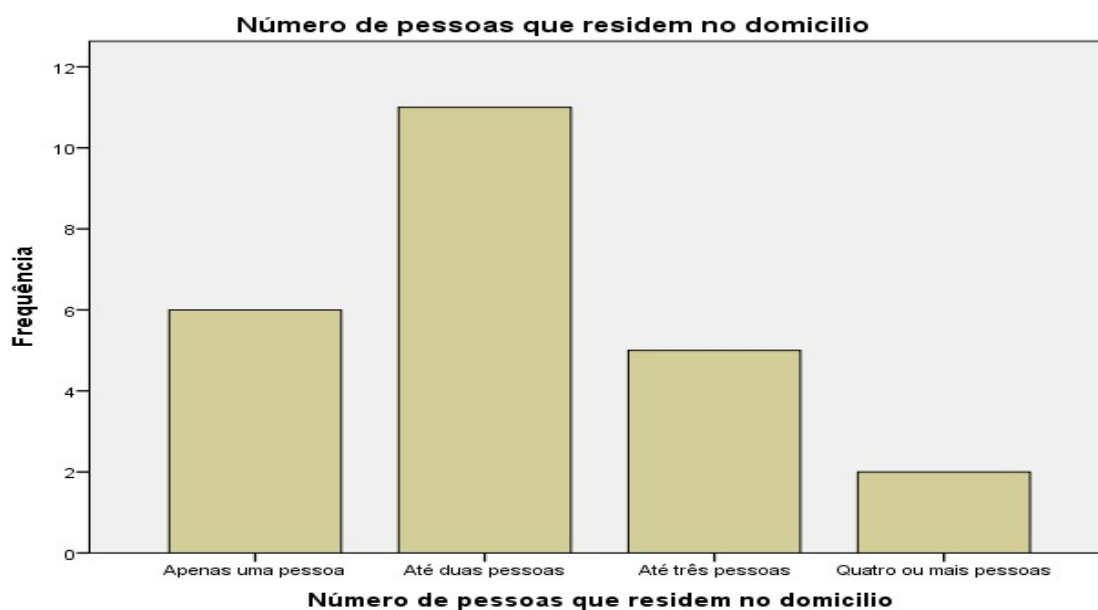
**Quadro 18. Habitação**

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Imóvel Próprio	16	66,7	66,7	66,7
Imóvel alugado	2	8,3	8,3	75,0
Outros	6	25,0	25,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	



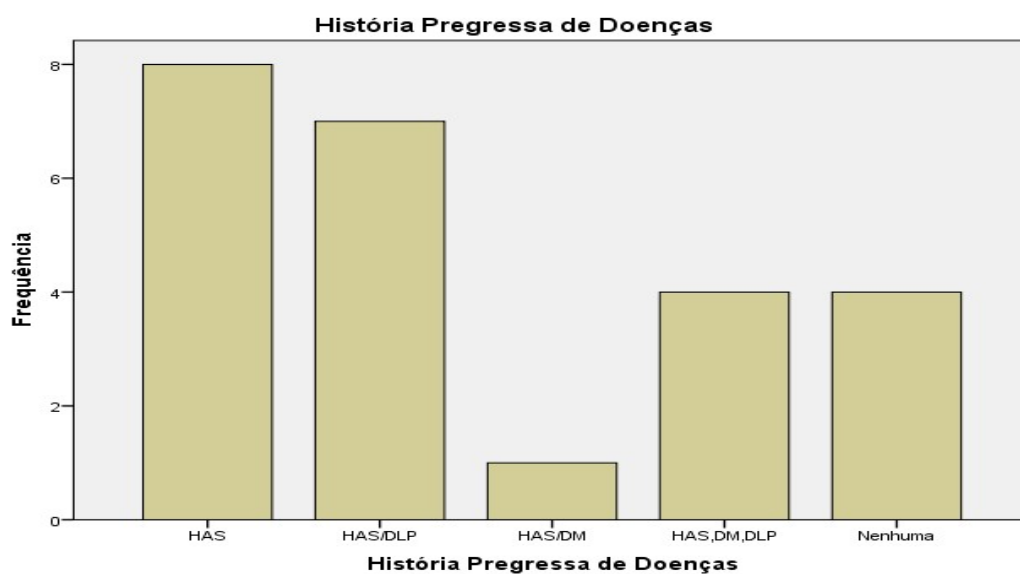
Quadro 19. Número de pessoas que residem no domicílio

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Apenas uma pessoa	6	25,0	25,0	25,0
Até duas pessoas	11	45,8	45,8	70,8
Até três pessoas	5	20,8	20,8	91,7
Quatro ou mais pessoas	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	

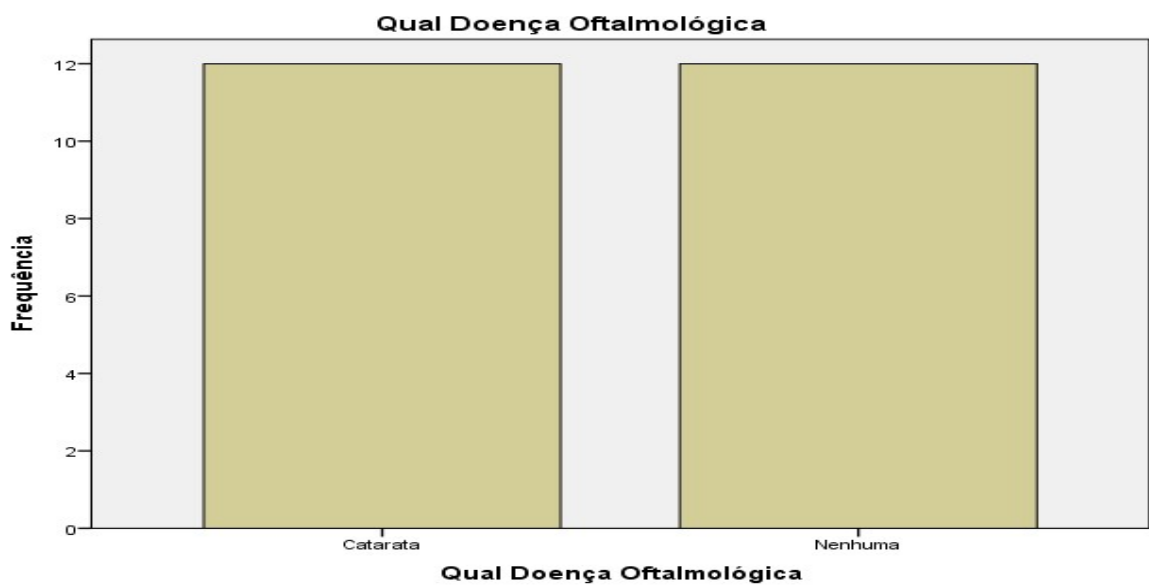
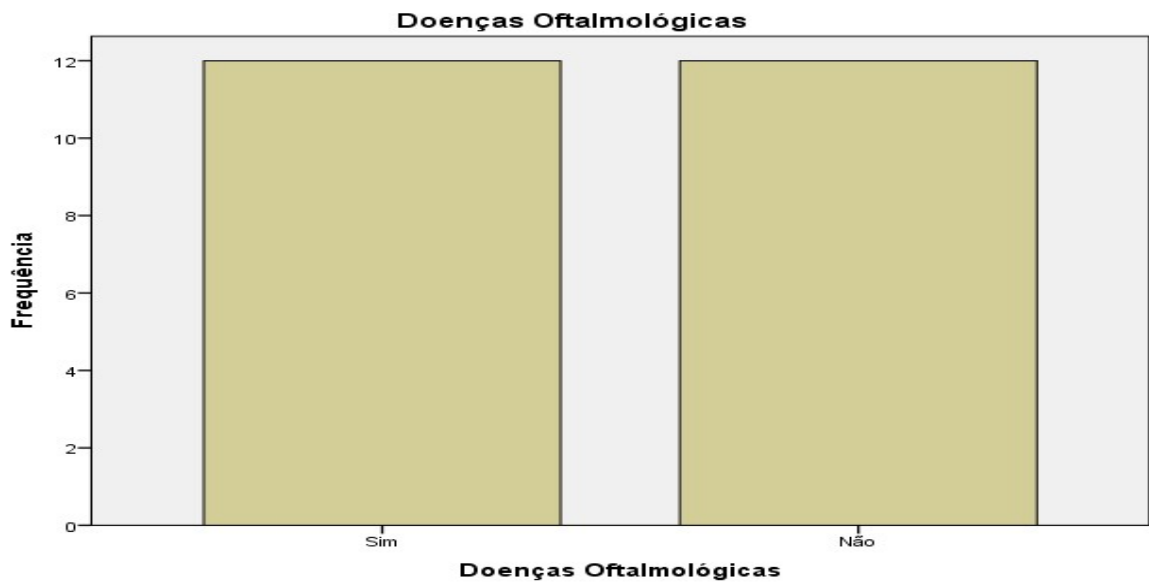
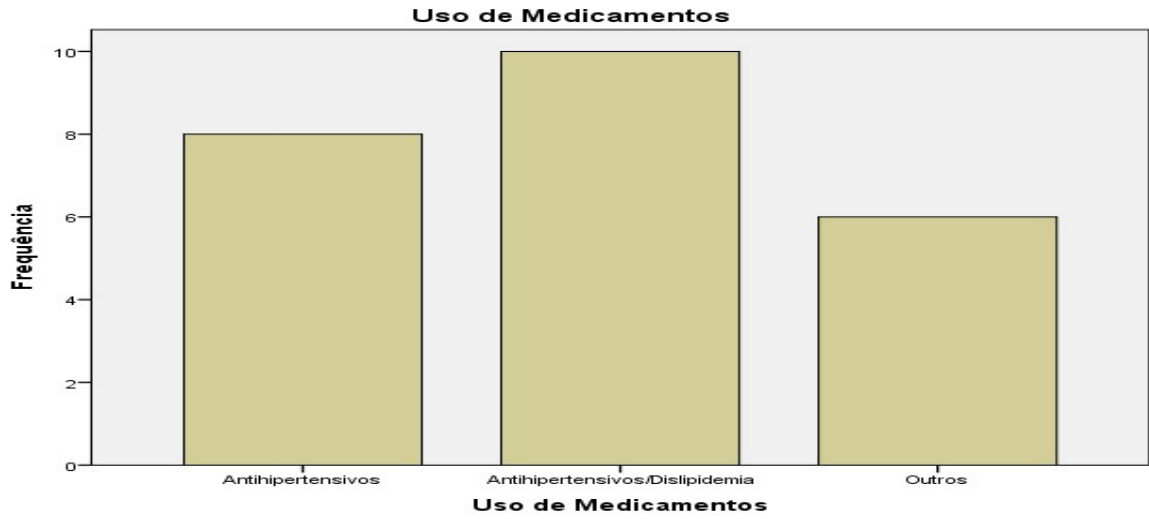


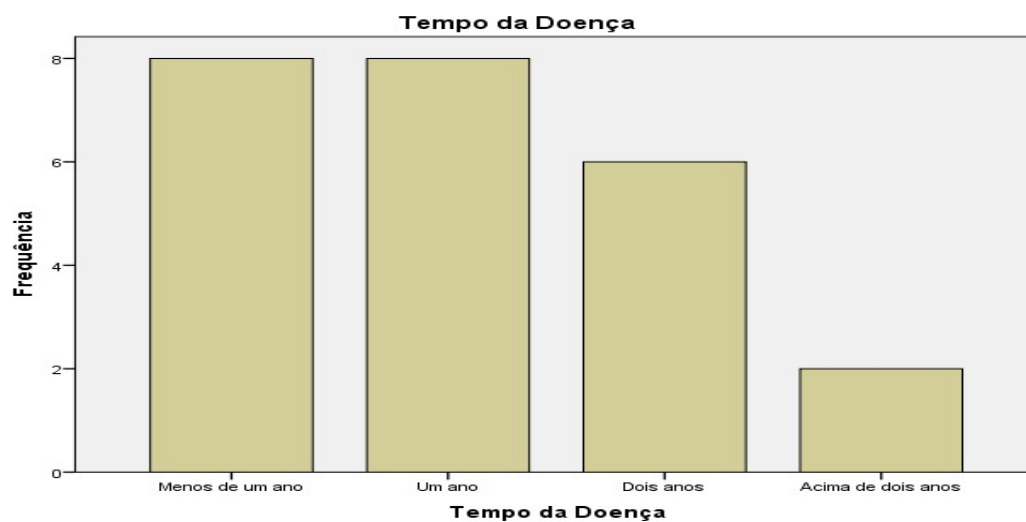
Quadro 20. História Progressa de Doenças

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
HAS	8	33,3	33,3	33,3
HAS/DLP	7	29,2	29,2	62,5
HAS/DM	1	4,2	4,2	66,7
HAS,DM,DLP	4	16,7	16,7	83,3
Nenhuma	4	16,7	16,7	100,0
Total	24	100,0	100,0	

**Quadro 21. Uso de Medicamentos**

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Anti-hipertensivos	8	33,3	33,3	33,3
Anti-hipertensivos/Dislip.	10	41,7	41,7	75,0
Outros	6	25,0	25,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	





Quadro 22. Olho em que realizou a cirurgia

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
olho direito	19	79,2	90,5	90,5
olho esquerdo	2	8,3	9,5	100,0
Total	21	87,5	100,0	
Sistema	3	12,5		
Total	24	100,0		



4.2. Descrição e análise dos resultados da caracterização dos participantes

Foram entrevistados 24 idosos no período de 01/09/2017 a 07/12/2017, totalizando três meses consecutivos na produção de dados. Com cada participante foram realizados dois encontros, totalizando 48 encontros. A seleção dos participantes foi feita a partir de uma pré-seleção com 50 idosos, a serem submetidos à cirurgia de catarata. A busca destes participantes deveriam corresponder aos critérios de elegibilidade da pesquisa.

O Quadro 5 apresenta as datas e o quantitativo do primeiro encontro com cada participante.

Os participantes da pesquisa foram constituídos por idosos com faixa etária entre 60 e 90 anos de idade. A faixa etária predominante foi entre 70 e 79 anos (41,7%). Os demais participantes somaram 58,4%: 29,2% na faixa entre 60 e 69 anos; e 29,2% entre 80 e 90 anos (GRÁFICO 1, QUADRO 6).

Este resultado vem ao encontro de outros estudos que comprovam o aumento gradativo no número de pessoas idosas, fenômeno que se explica pela diminuição da taxa de fertilidade e melhoria nas condições sanitárias do país, o que eleva a proporção de pessoas com 60 anos ou mais. Estima-se que, até 2050, o número de pessoas acima dos 80 anos quadruple para quase 400 milhões em todo o mundo (ONUBR, 2014). A modificação no perfil demográfico, com maior sobrevivência da população, portanto, maior percentual de idosos, vem acompanhada de males comuns do envelhecimento, como as doenças crônicas degenerativas (VERAS, 2007).

Pesquisas recentes demonstram coerência com os dados aqui encontrados, uma vez que os sintomas da doença começam a se instalar gradativamente, a partir dos 60 anos de idade. Por volta dos 70 anos de idade, os idosos começam a apresentar maiores dificuldades na visão e buscam os serviços de saúde para tratamento. Os dados sobre cegueira em idosos no Brasil são escassos: sua prevalência (acuidade visual $< 0,05$) varia de 0,8% a 6,8% nas pessoas com mais de 65 anos de idade (MEDINA; MUÑOZ, 2011).

No referente ao sexo dos participantes (GRÁFICO 2), 15 foram do sexo feminino e 09 do sexo masculino, havendo, assim, predominância do feminino. Não houve escolha intencional dos participantes na pesquisa por sexo. Estes foram inseridos aleatoriamente de acordo com a demanda do serviço e disponibilidade dos idosos. Mas há que se ressaltar o fato de as mulheres viverem mais que os homens, de acordo com os dados

disponibilizados pelo IBGE (2011); por conseguinte, a mulher idosa apresenta maior possibilidade de vivenciar processos de adoecimento.

Esta predominância feminina corrobora, também, com o levantamento feito pelo Ministério da Saúde que aponta a incidência da catarata em mulheres da ordem de 31,9%, ao passo que entre os homens, a incidência da doença é de 24,6% (BRASIL, 2015). No cruzamento da faixa etária com o sexo, houve um pequeno predomínio do sexo masculino na faixa correspondente entre 80 e 90 anos (QUADRO 7). Este dado pode estar relacionado ao fato de que as mulheres, culturalmente, no Brasil, procuram mais regularmente os serviços de saúde; enquanto os homens têm uma tendência a buscar estes serviços mais tardiamente devido à incompatibilidade de horário com a jornada de trabalho e, ainda, por se sentirem constrangidos em procurar atendimento, uma vez que esta atitude choca-se com a cultura machista.

Na literatura, encontram-se poucas evidências publicadas sobre adesão masculina a serviços de saúde, portanto, não se pode concluir que programas específicos para homens funcionam melhor do que programas generalistas (BRAZ, 2017). As políticas públicas ao não ofertar aos homens, de forma eficiente, serviços de atendimento compatíveis com suas necessidades, reforça o preconceito sociocultural (SILVA, PAS et al 2012).

Durante a coleta de dados foi possível perceber no discurso de alguns participantes do sexo masculino o medo de submeter-se a cirurgias, o que também pode influenciar a procura tardia às instituições de saúde. Quando ocorre é em razão do receio verbalizado da cegueira, que se sobrepõe ao da cirurgia. “(...) tenho pavor de hospital e de sentir dor... Preciso poder ler. Se eu não puder mais ler, eu morro! ”, diz o idoso (IH22).

Sobre a distribuição das regiões de moradia dos idosos (QUADRO 8), no Estado do Rio de Janeiro, dos 24 participantes da pesquisa, 05 (20,8%) moram na Zona Sul; 12 (50%) na Zona Norte; 02 (8,3%) na Zona Oeste; e 02 (8,3) na Baixada Fluminense. Outros 03 participantes (12,5%) residem em outras regiões do Estado. Isso talvez se deva ao fato de o hospital estar localizado na Zona Sul e o acesso pelo SISREG não ser um facilitador no deslocamento dos potenciais participantes.

Oportuno considerar que o acesso à Zona Sul dificulta em muito àqueles que moram em outras regiões, principalmente para os que não possuem veículo próprio, ainda mais porque o hospital se encontra na parte mais alta do bairro de Santa Teresa, dificultando sobretudo seu acesso por idosos com deficiência para andar, o que só é possível em veículos automotores.

Além da distância, um outro agravante são os constantes engarrafamentos, habituais nas grandes metrópoles, e a falta de transporte público para acesso ao local, uma vez que os ônibus mais próximos circulam cerca de um quilômetro de distância do hospital, obrigando os idosos, sem transporte próprio, a percorrerem esta distância a pé. A situação é agravada pelo percurso íngreme até a entrada principal do hospital, o que torna o trajeto praticamente impossível para idosos e cadeirantes.

Alguns estudos pontuam esses e outros fatores que dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde. Seus resultados demonstraram que os principais empecilhos são: a localização da unidade, as características geográficas locais, o transporte, a delimitação inadequada do território de abrangência, a violência urbana, entre outros. Na prática, o mapeamento da situação de saúde é realizado sem que se tenha uma compreensão do território e suas particularidades (SILVA et al, 2011).

Somam-se a estes, as complicações que podem advir se os idosos apresentarem alguma intercorrência pós-cirúrgica, associada à dificuldades de locomoção até o hospital de referência. As diferentes situações, ora abordadas, podem impactar diretamente em uma baixa procura pelo serviço, diminuindo, portanto, o número de cirurgias e por conseguinte, trazer outras implicações para os idosos, sejam de cunho social ou mesmo econômico: *“(...)Vou falar com o doutor que vai me operar, se me arranja umas amostras grátis, não tenho dinheiro pros colírios. Meu pagamento só sai lá pelo dia cinco. Não tenho como comprar”*, lamenta o idoso (IH5).

Tais aspectos tornam ainda mais relevante a adoção de estratégias que favoreçam os idosos a terem garantido o seu direito ao acesso às informações necessárias ao pós-operatório, de modo a minimizar possíveis agravos.

Em relação à nacionalidade (QUADRO 9, GRÁFICO 3) dos 24 participantes, 22 (91,7%) são brasileiros, 02 (8,4%) são de nacionalidade estrangeira, sendo 01 (4,2%) proveniente de Portugal, e 01 (4,2%) da França, naturalizado brasileiro há mais de vinte anos. Dezesesseis (66,7%) são naturais da Região Sudeste; os 02 (8,3%) estrangeiros também fixaram residência nesta mesma região. Os outros seis participantes (25%) são oriundos do Nordeste (QUADRO 10, GRÁFICO 4).

Vale destacar o fato de que as características regionais e as respectivas culturas que lhes são próprias trazem implicações nos modos das pessoas viverem, no estilo de vida que adotam, no acesso às informações, na forma de compreenderem as manifestações do/no seu corpo, em virtude de doenças ou agravos à saúde, implicando, por sua vez, na maneira como agem diante das situações que se lhes apresentam, incluindo

o cuidado que dispensam a si. Isso explica a importância de identificar a origem dos participantes da pesquisa, porque trazem consigo uma gama de saberes, experiências e práticas próprias da cultura das regiões às quais pertencem. Em se tratando de um estudo que alude ao processo de educação em saúde, esta informação é indispensável.

No referente ao estado civil (QUADRO 11, GRÁFICO 5), 15 (62,5%) participantes são casados, 01 (4,2%) é divorciado, 06 (25,2%) são viúvos, e 02 (8,4%) solteiros. Apesar de haver novos padrões de família, notadamente nas últimas décadas no Brasil, a formação familiar dos participantes indica uma constituição de núcleo conservadora, ainda predominante entre os idosos. Este dado justifica o fato de muitos dos participantes terem relatado saberes e experiências prévias sobre a doença e o processo cirúrgico, uma vez que acompanharam seus cônjuges e os ajudaram no cuidado durante o processo.

O fenômeno de idosos cuidando de idosos vem se tornando cada vez mais comum na sociedade atual, com explicações multifatoriais, dentre as quais, o aumento da expectativa de vida. Mas, ressalta-se que a transição demográfica hoje presenciada no Brasil não vem acompanhada, necessariamente, por melhoria do padrão social de desenvolvimento do país e da qualidade de vida dos idosos, pois a realidade brasileira ainda é demarcada por desigualdades sociais, de distribuição de renda, de serviços e de oportunidades entre as diferentes áreas do mesmo Estado e de regiões. Este fato é sinalizado por alguns idosos que compuseram o grupo desta pesquisa ao queixarem-se dos poucos recursos disponíveis para custear o transporte ao hospital e os necessários medicamentos pós-cirúrgicos.

Com efeito, a realidade apresentada pelos idosos de maneira geral, no Brasil, demonstra que nem sempre os cuidados dispensados a eles pela família são por opção, em razão das alianças permeadas pelo afeto, mas, se colocam como a única alternativa possível face às condições impostas pelo baixo poder aquisitivo, que os impede de contar com cuidados de pessoas contratadas para este fim.

No quesito religião, o quadro 9 aponta para a predominância católica, com 10 participantes (41,7%), seguida por 06 (25%) protestantes e 01 (4,2%) espírita; 07 (29,2%) declararam não ter religião (GRÁFICO 6, QUADRO 12). De acordo com o IBGE, a religião católica no Brasil tem cerca de 3.229.192 seguidores. Apesar do significativo crescimento do número de protestantes nos últimos anos, os católicos permanecem predominantes.

A integralidade do cuidado ao ser humano requer conjugar diversos elementos, tanto na promoção da saúde, quanto nos seus processos de adoecimento, no intento de compreendê-los e neles intervir. Para muitas pessoas, a religião está no centro das ações e decisões de sua vida, incluindo as de saúde. O acesso à informação sobre a religião por parte dos profissionais pode contribuir com o cuidado em saúde, uma vez que ela tende a interferir no modo de entendimento e de enfrentamento das pessoas sobre o processo de adoecer e de viver a doença. Não por acaso este componente vem sendo estudado por diferentes áreas do conhecimento, sobretudo pela antropologia da saúde, no intuito de compreender e valorizar a contribuição da religião nas diferentes formas do ser humano se comportar e agir diante da presença e manifestação de uma determinada doença.

O nível de escolaridade dos idosos participantes (QUADRO 13, GRÁFICO 7), assim como sua profissão e situação ocupacional (QUADROS 14 e 15, GRÁFICOS 8 e 9), mostraram-se bastante heterogêneos. Cinco (20,8%) concluíram o ensino fundamental; 06 (25%), o ensino médio; e 07 (29,2%) concluíram o ensino superior; destes, 03 (12,5%) possuem pós-graduação. Dentre as profissões, destacam-se: 01 médico (4,2%), 03 professores (12,5%), 01 empresário (4,2%), 01 (4,2%) assistente social e 18 (75%) com ocupações diversas. A maioria é de aposentados.

O conhecimento prévio do nível de escolaridade e da profissão/ocupação contribuem com o planejamento do processo de educação em saúde, haja vista que o êxito deste processo está na dependência da participação ativa dos implicados, o que requer considerar o universo vocabular dos sujeitos educandos, próprios do seu contexto sociohistórico (FREIRE 2008).

A baixa escolaridade pode influenciar não somente no acesso às informações, como também na dificuldade de entendimento das orientações quanto à compreensão da doença e seu plano terapêutico. No presente estudo, a heterogeneidade apresentada neste quesito, requereu atenção da pesquisadora, tanto no diálogo travado com cada participante quanto no material educativo que dele resultou. Isto porque, havia de se criar um material que fosse de linguagem e compreensão acessível a todos os idosos, dirimindo situações que pudessem criar constrangimentos aos participantes, seja pela falta de entendimento ou pela inadequação do conteúdo da comunicação.

O registro do número de filhos dos participantes da pesquisa (QUADRO 16, GRÁFICO 10) demonstra que 11 (45,8%) possuem 02 filhos; 09 (37,6%) possuem 03 ou mais filhos; e apenas 01 com 06 filhos. O declínio no número de nascimentos vem

ocorrendo nas últimas décadas. Embora o grupo social do estudo se constitua por idosos, logo, com tendência a um quantitativo maior de filhos, quando comparados com a idade adulta, os dados aqui revelados já sofrem influência de fatores que contribuíram para a mudança no perfil populacional do Brasil. Exemplo disso, é a entrada da mulher no mercado de trabalho. Em 2012, a taxa de fecundidade total para o País era de 1,8 filho por mulher, segundo a projeção populacional do IBGE (2013, p. 22).

Quanto à renda familiar, 17 participantes (70,8%) contam com 01 a 03 salários mínimos mensais, portanto, considerados de baixa renda (QUADRO 17, GRÁFICO 11). Segundo o IBGE (2010), cerca de 23% das famílias brasileiras vivem em condições econômicas ainda mais precárias, perfazendo total de renda mensal de até meio salário mínimo. Este dado mostra que o grupo social depende exclusivamente do serviço público de saúde e, quando comparado com o envelhecimento demográfico brasileiro, se torna um desafio para as autoridades governamentais estabelecer políticas públicas que possam promover vida digna aos idosos.

Santos et al (2010) sinalizam a relação entre os níveis de escolaridade e renda como determinante na análise de melhor qualidade de vida e longevidade. Por sua vez, uma proposta de educação em saúde há de compor elementos que sejam incluídos, considerando as condições socioeconômicas do grupo à qual esta estratégia se ocupa.

No que concerne à habitação (QUADRO 18, GRÁFICO 12), a maioria (66,7%) revela ter residência própria, cuja construção é de alvenaria, todas com luz elétrica, abastecimento de água e esgoto, e coleta de lixo regular; apenas 01 (4,2%) informou ter água proveniente de poço. Dos 24 participantes, 18 (75%) não informaram o número de cômodos. Vinte e dois deles (91,7%) moram com até três pessoas (GRÁFICO 13), dentre as quais, cônjuge, filhos e netos (QUADRO 19).

Quanto à identificação dos dados referentes à saúde dos participantes, a maioria (83,3%) relata problemas de saúde pré-existent. Dentre estes, os mais citados são os Cardiovasculares, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS (QUADRO 20, GRÁFICO 14).

Sabendo que a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, esta verdade está associada à longevidade populacional, evidenciando o aumento das enfermidades crônicas e, com isto a demanda dos serviços de saúde. Sua prevalência tem uma variação entre 22% e 44% para adultos, aumentando para 50% em indivíduos com idade superior a 60 anos, e sobe para 75% em indivíduos com mais de 70 anos de idade (BRASIL, 2013).

Os participantes da pesquisa relataram uso de medicações regulares, por causa de doenças crônicas, pré-existentes à cirurgia de catarata. As mais utilizadas são: Losartana, Captopril, Enalapril, Anlodipino, Hidroclorotiazida, Furosemida, Sinvastatina, AAS, Pantoprazol, Propatilnitrato, Benzafibrato, Alopurinol, Metformina e Insulina (QUADRO 21, GRÁFICO 15).

Sobre o conhecimento da catarata pelos idosos, de 24 participantes 12 (50%) não identificaram a catarata como uma doença (GRÁFICOS 16), e informaram não possuir nenhuma doença oftalmológica (GRÁFICO 17). No entanto, embora a metade dos participantes terem afirmado não possuir a doença, todos relataram os sinais e sintomas da catarata (GRÁFICO 18).

Quanto à cirurgia ocular prévia (QUADRO 22), 21 participantes (87,5%) já haviam operado um dos olhos; destes, 19 (79%) do olho direito, e 02 (8,2%) do olho esquerdo (GRÁFICO 19). Três participantes (12,5%) seriam submetidos pela primeira vez à cirurgia (no primeiro encontro da pesquisa), o que explica porque seus dados não foram colocados no gráfico 19.

O capítulo a seguir, traz o diálogo travado no primeiro encontro entre mim, na qualidade de enfermeira-pesquisadora, e os idosos participantes da pesquisa acerca de seus saberes, experiências e demandas de conhecimento sobre a doença da catarata e o processo cirúrgico.

CAPÍTULO V

SABERES, EXPERIÊNCIAS E DEMANDAS DE CONHECIMENTO SOBRE A CATARATA E O PROCESSO CIRÚRGICO COMPARTILHADOS NO DIÁLOGO COM OS IDOSOS

Este capítulo retrata o que os idosos envolvidos na pesquisa trouxeram de saberes, experiências e demandas de conhecimento sobre a doença e o processo cirúrgico de catarata compartilhados comigo, na condição de enfermeira-pesquisadora, na UPC do campo eleito para investigação.

A abordagem inicial com cada um deles foi permeada por desafios, que foram sendo superados no decorrer do diálogo. Em seguida, lhes foram apresentados os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos envolvidos, seguido da assinatura do TCLE. Alguns demonstravam empolgação em falar sobre o tema mas, ao mesmo tempo, eram tomados pelo receio (principalmente os que eram atendidos via SUS), de que sua presença ali pudesse, de algum modo, trazer implicações para o processo cirúrgico ao qual iriam se submeter.

A expressão do corpo deixava transparecer o constrangimento, e, até mesmo, o medo velado de possíveis represálias, por acreditarem que sua participação pudesse ser interpretada como denúncia à instituição. A visível preocupação causada pelo convite resultou em desistência de alguns. Após as devidas explicações de que a pesquisa teria o intuito de contribuir para a melhoria da assistência e da promoção do autocuidado dos idosos, ainda que mesmo com a identidade preservada, o temor permanecia .

Em um universo de cinquenta idosos, apenas trinta aceitaram fazer parte da pesquisa. Vinte e quatro se comprometeram em participar efetivamente de todas as etapas, assinaram o TCLE e relataram terem compreendido a importância do estudo e de sua participação.

Por esta ocasião, na qualidade de enfermeira-pesquisadora, já me encontrava inserida no contexto da UPC e integrada à dinâmica do serviço, bem como atuando junto à equipe de enfermagem . Esta, por sua vez, se comportava de maneira participativa, relatando suas percepções e apontando demandas dos idosos que passavam pela cirurgia. Observava também, a empolgação e atitudes humanizadas por parte dos profissionais ao demonstrarem interesse e preocupação pelas dúvidas e questionamentos trazidos pelos

idosos, entendendo que a pesquisa poderia contribuir para minimizar a falta de informação num curto espaço de tempo entre a equipe e o participante.

5.1. Saberes e experiências dos idosos acerca da catarata e da cirurgia

5.1.1. A expressão do saber

Dos 24 participantes, vinte deles já haviam operado um dos olhos (IM1, IM2, IM3, IM4, IH7, IM8, IM9, IM10, IM11, IH12, IM14, IM15, IH16, IH18, IH19, IM20, IH21, IH22, IM23, IH24); e quatro, seriam submetidos à primeira cirurgia (IH5, IM6, IM13, IM17). No início do diálogo, ao abordar a questão “O que sabe sobre a catarata e a cirurgia?”, os quatro, que não traziam a vivência do processo cirúrgico, disseram ignorar o procedimento ao qual seriam submetidos:

IH5: “(...)nem sei direito o que é isso (catarata)! (...)nem sei direito como é que fazem essa cirurgia... Não sei nada dessa cirurgia! Nem como faz nem como acontece. Não tive informação de nada! (...) Eu nem sabia que o problema era por dentro do olho”.

IM6: “Minha filha, não sei nada! Só sei que tenho que operar”.

IM13: “(...)não sei muita coisa não! Só sei que estava enxergando muito ruim, aí minha sobrinha me levou no médico e descobri que tenho que operar, pois estou com catarata. Da cirurgia sei pouco (...) vou operar hoje pela primeira vez esse olho aqui” (e apontou para o olho direito).

IM17: “Sei nada, não! Só sei que tenho de operar. O Doutor falou que meus olhos tão muito precisados da operação. (...)aqui eu estava ouvindo as pessoas dizerem que raspa o olho e bota uma lente. Mas não sei explicar, não. É a primeira vez que opero, nunca operei nada nessa vida...”.

Mas à medida em que aprofundávamos a discussão, fazendo fluir o diálogo e, por meio deste, estabelecendo uma relação de confiança entre mim e os participantes, seus saberes foram emergindo ainda que incompletos. Isto porque, “não há absolutização da ignorância nem absolutização do saber”. Tal afirmativa leva à reflexão de que “Ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco (enquanto alguém atua)” (FREIRE, 2011, p. 47).

Mesmo os que já passaram por experiência com a cirurgia, também demonstraram dúvidas e lacunas no conhecimento adquirido.

IM1: “(...)eu não sabia muita coisa sobre a cirurgia não, mas com o tempo fui entendendo melhor. (...) passar esse conhecimento que não sabemos através de um bate papo, uma relação menos formal, ajuda muito”.

IM9: “(...)sei o que dizem, que a pessoa com catarata não consegue ler... E que quando isso acontece só operando... Já dá cirurgia, não sei explicar não. (...) Hoje posso dizer que sei um pouco, mas não acho que seja muita coisa não!

IM14: “(...) eu sei que trocam o cristalino, que fica dentro do olho, e colocam uma lente artificial pra substituir o que está ruim, embaçado, opaco”.

IH7: “(...) também achei que ia usar um curativo no olho quando operei a primeira vez, mas nem precisou. Saí já enxergando um pouco nublado, mas acho que foi da anestesia”.

Os clientes do SUS chegam ao hospital para serem operados e dispõem de menos informações que os demais. Este aspecto pode ser atribuído à falta de contato prévio com a equipe médica local. A implementação de um encontro dialogal com a enfermeira, possivelmente minimizaria a insegurança e a falta de informações que os idosos tanto reclamaram em vários momentos das entrevistas. Martins e Alvim (2012, p. 369) enfatizam a condição precípua da enfermeira na educação em saúde, com diferentes clientelas e contextos, o que também exige conhecimento da realidade na qual se insere o cliente, devendo resgatá-lo como participante do próprio cuidado.

Outro fator importante, verbalizado pelos idosos, é a visão embaçada, sintoma clássico da catarata, assim como a sensação de nebulosidade e o incômodo com luzes. Dizem: *“(...) as lâmpadas ficavam com raios de luz como se estivessem mesmo desfocadas”.* Eles destacaram como esses sintomas modificaram seus hábitos do cotidiano tornando algumas tarefas difíceis de serem realizadas. Dirigir, por exemplo.

IM1 “(...) já estava com dificuldades até para dirigir à noite, desde o dia em que quase entrei num buraco por não ter percebido enquanto dirigia. Pensei na hora: -Meu Deus! Não posso mais dirigir assim!”.

IM4 “(...) quando eu tirava o carro da garagem já estava ficando com medo de esbarrar na lateral do portão porque a saída do carro tinha uma sinuosidade que eu sei que existe, mas que eu já não conseguia perceber mais. Sempre gostei de dirigir e sempre dirigia em qualquer horário, mas piorou tanto que parei”.

A questão do embaçamento visual foi um dado destacado por vários participantes:

IH7: “(...) agora entendo que a visão com névoa é sinal de catarata”.

IM9: “(...) que a pessoa com catarata não consegue ler com os óculos devido ter sempre uma névoa nos olhos que atrapalha”.

IH19: “(...) sei que é uma doença que deixa a visão embaçada”.

IM20: “(...) o que eu sabia da cirurgia é que se não operasse ficaria cega de um dia para o outro”.

A possibilidade de ficar “cega de um dia para o outro” faz parte do imaginário social de muitas pessoas, pois a evolução da doença é gradativa e lenta, ou seja, do momento do diagnóstico até o acontecimento da cirurgia, existe um tempo para que a cegueira se estabeleça.

A *IM14* tem 80 anos, é professora de Ensino Fundamental, aposentada. Ela trouxe para discussão uma riqueza de detalhes, demonstrando ser uma pessoa esclarecida. Em nossos encontros, destacou seu gosto pela leitura, atividade considerada prazerosa o que, certamente, contribuiu com a segurança manifestada ao falar de sua experiência com o procedimento cirúrgico e seus resultados. Seu relato trouxe detalhes técnicos, em uma linguagem rebuscada, pouco empregada pela maioria dos demais participantes.

Considera Freire (2015) ser imprescindível conhecer a realidade do sujeito para que seja possível a compreendê-la, uma vez que seus saberes e práticas implicam diretamente no seu contexto de vida.

Na relação construída entre mim e os idosos, tal fato foi-se tornando evidente na medida em que o diálogo foi sendo estabelecido, permitindo-me o uso de estratégias includentes, considerando as habilidades de leitura de cada participante.

5.1.2. Concepções sobre a doença e a cirurgia

A pergunta “*O que sabe sobre a catarata e a cirurgia?*” ainda gerou comentários que retrataram a colocação de lente no olho operado, resultando em muitas dúvidas e questionamentos (*IM13, IH12, IH18, IH19, IH21*).

IH12: “ (...) tem gente que fala que tem que trocar a lente, mas para mim era só raspar uma pele”.

IM13: “(...) me disseram que tenho que trocar uma lente que tá ruim. Eu nem

sabia que olho tinha lente, a não ser quando compra na ótica e põe nos olhos. Mas nunca usei lente não! Vou operar hoje pela primeira vez esse olho aqui”. (E apontou para o olho direito).

IH18: “(...) sei que é uma doença, que afeta a visão, tornando a visão turva. Na cirurgia, eles trocam uma lente ruim que existe dentro do olho e colocam uma artificial”.

IH19: “(...) sei que é uma doença que deixa a visão embaçada. (...) sei que na cirurgia eles trocam uma lente dentro do olho”.

IH21: “(...) sei que quando a vista está opaca é sinal que existe catarata. As técnicas cirúrgicas não sei explicar, mas sei que tiram o que está ruim e põem uma lente nova dentro do olho”.

Figura 7: Técnica da Cirurgia de Catarata. Rio de Janeiro, 2018



Fonte: www.google.com.br (2018)

Atualmente duas técnicas cirúrgicas são mais comumente utilizadas: a Facetomia e a Facoemulsificação (TRONCA, 2004). A Facetomia extracapsular é o método mais empregado devido ao grande avanço tecnológico (microscópio, instrumental cirúrgico, fios e agulhas de sutura mais finos e delicados, lentes intraoculares, entre outros). Através desta técnica, realiza-se uma abertura na cápsula anterior ao cristalino e, com manobras de pressão e contrapressão, extrai-se o núcleo do cristalino. A seguir, remove-se o córtex remanescente através de cânulas de irrigação-aspiração. Desta maneira, consegue-se retirar, cuidadosamente, todo o material que compõe o cristalino, possibilitando a introdução de uma lente intraocular no interior do saco capsular.

A Facoemulsificação é a técnica mais moderna por utilizar novos tipos de equipamentos, permitindo ao oftalmologista remover a catarata por meio de uma emulsificação ultrassônica do cristalino, por pequena incisão. Esta técnica, iniciada por Kelman (1967), associada a lentes intraoculares especiais, como no caso das dobráveis, permite incisões menores (2,2mm), produz astigmatismos pós-operatórios mínimos e

uma recuperação mais rápida da visão, com indiscutível melhora na qualidade de vida do paciente. Atualmente, é uma das técnicas mais aceitas na extração do cristalino (TRONCA, 2004).

Outros participantes trouxeram, em seu imaginário, a ideia de que a catarata é uma “*pelinha*”, que cresce no olho (IH5, IH7, IM8, IM9, IM11, IH12, IM4).

IH5: “(...) eu nem sabia que o problema era por dentro do olho. Achava que era uma “pelinha”, que crescia por cima do olho e que tinha que raspar. Por isso fiquei chateado quando percebi que não estava enxergando direito e ia ter que operar, porque nem eu nem ninguém via essa “pelinha” para raspar. Como que eu podia estar com catarata?!”.

IH7: “(...) quando me falaram de catarata, eu pensava que era uma “pelinha”, que crescia assim por fora do olho e que era só raspar. Fiquei muito nervoso quando descobri como era a cirurgia. Imagina mexer dentro do olho! (...) também achei que ia usar um curativo no olho quando operei a primeira vez, mas nem precisou. Saí já enxergando, um pouco “nublado”, mas acho que foi da anestesia. Agora não, tá excelente!”.

IM8: “(...) na verdade, eu nem desconfiava, porque eu achava que era uma pele que crescia em direção ao centro do olho e quando olhava meu olho no espelho não via essa pele”.

IM9: “(...) quando fui no médico eu estava com a visão fraca. Ai ele me disse que era catarata. Mas nem sabia o que era até operar o primeiro olho (risos). Porque eu achava que era uma pele que crescia em direção ao centro do olho. (...) sei o que dizem, que a pessoa com catarata não consegue ler com os óculos devido ter sempre uma névoa nos olhos que atrapalha. E que, quando isso acontece, só operando pra resolver o problema. Já da cirurgia não sei explicar, não. Ouvimos muita coisa. Coisas como: que é só uma raspagem, mas tem gente que diz que tem que trocar uma lente do olho. Então nem sei dizer como é”.

Ao discutirem sobre a “*pelinha que cresce em direção ao centro do olho*”, a confusão se dá devido ao desconhecimento que os idosos possuem do próprio corpo, e também devido ao “mutismo” arraigado pela cultura do silêncio. Na verdade, a “*pelinha*” é um outro problema ocular cujo nome é pterígio. Popularmente chamado por alguns de “*carne crescida*” ou, equivocadamente, chamado de “*catarata*”, o pterígio é uma pequena membrana avermelhada na superfície do olho que avança em direção à córnea. E não tem etiologia bem definida.

IM11: “(...) eu achei que era só raspar uma pelinha que tinha no olho...”.

IH12: “(...) eu achava que era só tirar uma pele, aí descobri que tinha que trocar uma lente, só que não entendia que lente era essa”.

IM4: “(...) fiquei pensando como evoluiu a medicina! E se antes as pessoas ficavam internadas, agora saem com a sensação que nem fizeram uma cirurgia, pois já saem do hospital sem curativo, apenas com um óculos escuro para proteger da poeira e da claridade! (...) meu marido sofreu um trauma facial e evoluiu com catarata. Por conta disso precisou operar aos quarenta e sete anos... Nem sabia que catarata podia acontecer por trauma. Achava que isso era doença só de idoso...”.

A catarata traumática, como o próprio nome diz, ocorre após algum trauma ocular, podendo levar dias ou meses para o seu início e desenvolvimento. A catarata senil está diretamente relacionada ao envelhecimento natural do cristalino. Esta condição ocorre em pacientes idosos. Consiste na causa mais comum de cegueira reversível no mundo, de acordo com a OMS (2014), e atinge a maioria das pessoas acima de 55 anos de idade.

No caso da catarata congênita, a criança já nasce com cristalino turvo, sendo a cirurgia de caráter urgente, para permitir o desenvolvimento normal da visão e não deixar sequelas. Este tipo de catarata é a principal causa de cegueira na infância. Está muito associada às infecções, tais como, rubéola, sífilis e toxoplasmose. Além disso, fatores hereditários (familiares com história de catarata congênita), irradiação ou anomalias do desenvolvimento gestacional, também constituem causa da catarata. Podemos, ainda, citar a catarata por radiação solar (ultravioleta A e B), em pessoas que se expõem ao sol por longos períodos, caso dos trabalhadores rurais, que tendem a desenvolver a catarata mais precocemente. Outros fatores que podem desencadear o surgimento da doença são diabetes, tipo 1 e 2, uso prolongado de corticoides, assim como infecções oculares e uveíte.

Apesar do universo temático, trazido pelos participantes, com características comuns relacionadas ao fenômeno central deste estudo, muitos deles trouxeram saberes e experiências iguais ou semelhantes sobre os cuidados antes e após a cirurgia. O IH19, por exemplo, destacou um cuidado pré-cirúrgico importante, que não fez parte do objeto discursivo dos demais participantes:

IH19: “(...) como sou diabético, na folha que me deram, diz que não tomasse o remédio hoje (dia da cirurgia), pois vou ficar muito tempo sem comer, então posso passar mal. Mas, o da pressão, tomei normalmente”.

IH19 trouxe o saber de sua experiência, ao salientar a necessidade de suspensão de determinados medicamentos no dia da cirurgia. Ele compreendeu que, se tomasse o remédio para diabetes, poderia ocorrer episódio de hipoglicemia e resultar, inclusive, em desmaio. Durante nosso diálogo, perguntei-lhe: - Como descobriu isso? - E ele respondeu: - *Já passei mal depois de tomar o remédio porque demorei muito para comer!*

O exemplo do IH19 ilustra a necessidade do educador de se afastar da forma do “ensino bancário”, que é mecânico e verticalizado, e que imputa nos educandos um conteúdo que não permite reflexão, substituindo o que Freire (2011) chama de "pensar certo" pelo “despertar da curiosidade”. O educador enfatiza que o educando tem que estar envolvido na construção de seu conhecimento, criando condições que possibilitem sua própria produção. Freire (op. cit.) destaca ainda, que somos seres inacabados, não vivemos isolados, mas em constante construção, através do convívio social.

É preciso repensar a prática pedagógica posicionando o educador como mediador do conhecimento e não apenas um transmissor; ele é, pois, um meio para construção do saber daquele que aprende. Nesse caminhar, a esperança é uma condição indispensável para a mudança. Isto porque, apenas estando juntos, educador e educando serão capazes de ensinar, aprender, produzir, dialogar, refletir e de mudar (FREIRE, 2011).

Freire (op. cit., p. 25) aponta que, embora diferentes entre si, o educando tem um papel fundamental na formação do educador, pois "Não há docência sem discência, as duas se explicam, e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender", pois, o ensinar não é só uma transmissão de conhecimento ou conteúdo, mas, um processo de interação social de crescimento constante.

Complementando a contribuição de IH19 sobre os cuidados pré-operatórios, há de se ter cuidado, também, com outras medicações que possam apresentar efeitos colaterais importantes. A não suspensão dos anticoagulantes, por exemplo, conforme orientado pela equipe médica, pode levar ao cancelamento de uma cirurgia, ou mesmo, colocar o cliente em risco, neste caso, em particular, ocasionando sangramento.

5.1.3. Diferentes fontes de acesso à informação

Quando provocados a trazer para o debate sobre onde e com quem aprenderam acerca da doença e do processo cirúrgico, para os idosos (IM1, IH7, IM14, IH19) a internet surge como fonte de informação.

Um grupo informou que o aprendizado foi com a equipe médica (IM2, IH7, IM8, IM10, IM14, IM15, IH16, IH24); outro, em experiência anterior, relativa à cirurgia em um dos olhos (IM1, IM2, IM3, IM4, IH7, IM8, IM9, IM10, IM11, IM13, IM14, IM15, IH16, IH18, IH19, IM20, IH21, IH22, IM23, IH24). E, alguns vivenciaram o processo cirúrgico (IM1) trazendo o saber cotidiano (IH12, IH19). O formulário impresso com orientações gerais, fornecido pelo oftalmologista, também foi citado como fonte de saber.

IM1: “(...) quando alguém falava de cirurgia de catarata, eu não fazia ideia. Passei a descobrir coisas da cirurgia do meu marido pra cá (...)”.

Pesquisadora: O que você sabe sobre a catarata? E sobre a cirurgia da catarata?

IM2: “(...) hoje sei muito! Tô bem tranquila, pois já operei o olho esquerdo e hoje vou operar o direito. Esse médico que vai me operar é maravilhoso! Sou paciente dele há muitos anos”.

IH7: “(...) olha eu vou ser bem sincero, hoje sei muito, mas não sabia nada! (...) Cheguei direto com meus exames e marquei a cirurgia. Não foi fácil. E para aprender tive que procurar na internet pra entender, porque os médicos que me mandaram pra cá, que tinham que explicar, não me explicaram nada. Aqui (hospital) aprendi o que posso e o que eu não posso fazer antes e depois da cirurgia. Mas foi na internet que entendi o que estava acontecendo comigo”.

IM10: “(...) tudo o que aprendi foi mesmo de acordo com o que meu médico explicou. Eu não saberia o que fazer se ele não tivesse explicado”.

IM12: “(...) eu sabia pouco da doença e da cirurgia. (...) já operei o olho direito e agora voltei pra operar o olho esquerdo. (...) acho que aprendi no dia a dia”.

IM14: “(...) meu médico me explicou tudo. Falou como seria a cirurgia, me disse dos resultados recentes com a nova tecnologia. E eu fui ver na internet como era feita a cirurgia também, queria entender melhor”.

IM15: “(...) aprendi com as explicações do meu médico, que me deu um papel falando tudinho que eu precisava fazer”.

IH16: “(...) mas isso meu médico também já me explicou. Inclusive ele me deu uma folha com todas as informações por escrito”.

IH19: “(...) fui pesquisar na internet e entendi como fazem”.

IH19: “(...) sabe aquelas coisas que a gente aprende com a vida? Pois é, da catarata foi desse jeito (risos). Como acompanhei minha mulher e já operei um olho já estou escolado”.

O uso da internet, embora atualmente se apresente como um importante suporte no acesso à informação, não substitui o contato com o profissional. O IM1, apesar de reconhecer o uso desta tecnologia como meio para obter informações, revela a importância da presença do profissional:

IM1: “(...) a internet hoje traz muitas informações, mas ainda gosto mais do contato com as pessoas (risos)”.

A globalização é uma ferramenta que trouxe muitos fatores positivos no século atual, com maior acesso ao comércio mundial, evolução tecnológica na área de saúde, informações em tempo real pela internet e celulares, dentre outros (PORTAL BRASIL,2006). Contudo, há ressalvas quanto ao uso equivocado destas tecnologias, pois podem servir de veículos para informações falsas, inadequadas ou ainda que, se não forem devidamente contextualizadas podem trazer prejuízos ao seu consumidor. Assim, seu uso pode tornar-se ineficaz ou, mesmo, perigoso, se o sujeito não buscar informações em sites seguros, e o que poderia servir de suporte ao conhecimento configura-se em uma armadilha. Mas o fato é que as pessoas utilizam esse meio de informação muitas vezes indiscriminadamente, o que também foi verbalizado por alguns participantes do estudo, afirmando buscarem na internet informações sobre as dúvidas que possuíam no tocante à cirurgia de catarata, pois não dispunham de outros meios:

IH7: “(...) e para aprender tive que procurar na internet. (...) ali entendi o que estava acontecendo comigo”.

IM14: “(...) fui buscar na internet mais detalhes para maior compreensão”.

Se, para alguns idosos, a internet serviu como importante suporte para esclarecimentos de suas dúvidas, para outros esta tecnologia ainda permanece inacessível, embora fundamentada pela modernização tecnológica, trazendo uma visão homogênea centrada na sociedade mundial (PORTAL BRASIL, 2006).

IH12: “(...) tem gente que usa internet, mas eu não entendo nada disso. Nem sei como usar (...) acho que isso é coisa complicada”.

O que pude observar, durante o tempo em que interagi no campo da pesquisa e, também, no decorrer da produção de dados, é que a atenção dispensada aos idosos que serão submetidos à cirurgia de catarata, independente de já terem, ou não, operado um

dos olhos, em sua maioria, segue orientações gerais do tipo *check list*, por meio da oferta de papel impresso, oferecido pela UPC, individualmente, em momento próximo à realização do procedimento cirúrgico. Mas, as experiências prévias, segundo o que pude apreender durante a investigação, não garantem ao idoso sentir-se plenamente esclarecido sobre o processo de cirurgia.

Algumas dessas orientações são reforçadas pelo médico, na consulta que antecede a cirurgia, ocasião em que para alguns consiste no momento de descoberta da doença. Ou seja, a dinâmica da assistência estabelecida na instituição segue modelo centralizado no médico. O atendimento é feito de maneira pontual, se restringindo à solicitação de exames laboratoriais e os principais aspectos que devem ser observados antes e após a cirurgia da catarata. Geralmente, não há espaço neste momento para a abordagem a outros problemas clínicos do idoso, ainda que relacionados à acuidade visual, o que, quase sempre, não contempla o conjunto das demandas e necessidades de conhecimento deles. No dia da cirurgia, o intervalo de tempo é muito curto, o que resulta na permanência de algumas dúvidas por parte dos idosos:

IM1: “(...) nesse dia (marcação da cirurgia) ele (médico) me pediu pra fazer alguns exames e quando retornei com os exames prontos, ele me deu uma folha que dizia o que eu devia fazer, antes e depois da cirurgia”.

Pesquisadora: “Como foi sua experiência?”

IM3: “(...) é muita coisa para gravar porque as orientações do antes e do depois vêm no mesmo impresso quando a cirurgia é definida”.

IH5: “(...) me deram um papel pra eu ler, que fala do que tenho que fazer pra cuidar disso direito, mas nem sei como vai ser (estava muito agitado durante a entrevista)”.

IM6: “(...) no dia que vim marcar a cirurgia me deram um papel pra eu ler pra saber dos remédios de pôr no olho. Mas nem ler mais estou conseguindo! (...) está tudo no papel, nem lembro mais...”.

IM10: “(...) é muita informação... São muitos detalhes, achei um pouco confuso. Tive que ler várias vezes o papel pra não esquecer nada”.

IM11: “(...) eu não sabia nada sobre como era a cirurgia, ele (o médico) também não explicou. (...) depois que operei o olho direito é que aprendi muitas coisas. (...) tudo o que aprendi foi o que estava na folha e o que eu ouvia falar que não podia ser feito”.

IH12: “(...) acho que aprendi um pouco com ela (referindo-se à namorada) mas, também aprendi com a folha que me deram aqui no hospital”.

Pesquisadora: “Conhece alguém que tenha feito esta cirurgia?”

IM13: “(...) conheço gente que já operou lá perto da minha casa (...)no papel que o médico me deu fala muitas coisas”.

Em regra, não há espaço para abordagem de outros problemas clínicos, ainda que relacionados à acuidade visual, o que, quase sempre não contempla o conjunto das necessidades dos idosos. No dia da cirurgia, o intervalo de tempo é muito curto, o que resulta na permanência de dúvidas.

5.1.4. O saber que se expressa na relação opressor-oprimido

Ao observar, atentamente, a prática do cuidado em saúde é possível perceber que esses idosos trazem saberes e experiências que precisam ser valorizadas. Tal fato, dá condições à enfermeira de apropriar-se desse contexto social e construir estratégias adequadas de cuidado para essa população, valorizando a experiência, o diálogo e a participação do idoso. No entanto, no cenário hospitalar, é comum os clientes acatarem as regras estabelecidas pela instituição; isso ocorre geralmente de maneira verticalizada, o que faz com que o idoso se submeta ao saber do outro. Quando isso acontece, estabelece-se “a cultura do silêncio” (FREIRE, 2014).

No decorrer do diálogo com alguns participantes, um aspecto que me chamou especial atenção, foi a opressão expressa em alguns discursos, que mesclavam constrangimento ou vergonha de se expor e expor seus conhecimentos; ou, mesmo, receio de que seu depoimento pudesse ser interpretado como denúncia.

IM1: “(...) fiquei preocupada, pois toda cirurgia tem riscos e mesmo o médico explicando tudo, sempre ficam muitas dúvidas. Embora eu não tenha o que reclamar, às vezes, ficava com vergonha de perguntar bobagens...” (demonstrou certo rubor facial enquanto falava nesse momento, como se estivesse envergonhada), *(...) uma vez que o assunto não é minha especialidade (risos)”.*

Pesquisadora: O que você observou sobre os resultados da cirurgia?

IH5: “(...) não tive informação de nada! Muita falta de informação mesmo! Vou falar baixo porque não quero problema, mas é isso que eu acho! (falou quase que balbuciando). Eu não quero falar alto, porque você sabe como são essas coisas, né?”

O discurso de IH5 expressa o medo que aflige as classes dominadas, o que pode retardar o processo de mudança. Cabe à educação, como prática da liberdade, dirimir os sinais da desesperança e da opressão. Freire (2011) ressalta que a esperança e a educação são interlocutoras para as ações e atitudes da sociedade, principalmente da classe oprimida. A liberdade é uma consequência e o opressor só se libertará quando compreender que também é um oprimido.

IM8: “(...) aprendi um pouco quando o doutor estava conversando com uma paciente na sala de espera, daí ele foi explicando pra ela, e eu fiz que já sabia (risos). Mas fiquei prestando atenção. Ali, naquele momento, foi que entendi o que estava acontecendo comigo”.

IM4: “(...) quando tinha alguma dúvida perguntava mesmo, até entender. Parece que as pessoas tem medo de perguntar. Saber é um direito meu. Não levo dúvidas para casa. Aliás nunca levei. E sempre me responderam”.

O lugar social, reportado por Freire ao abordar “a cultura do silêncio”, era próprio da realidade concreta vivida por camponeses analfabetos, assentados nas áreas mais pobres do Brasil, o que contribuiu para o desenvolvimento de uma filosofia e de um método para encontrar o sentido, a natureza, os propósitos e as identidades entre os oprimidos. Tratando da vital e necessária unidade para a libertação, emerge parte importante de sua teoria dialógica da ação. Essa teoria traz como característica principal as condições pedagógicas ou socioculturais e demonstra o quanto as pessoas eram submetidas ao cumprimento de ordens, lhes sendo tolhida a palavra como ato de comunicar-se livremente, um ato político de libertação.

O processo de dominação se efetua no silêncio porque aos dominados é negado o direito de conquistar sua palavra, o direito de dizê-la. Negar a alguém a palavra é sufocar e imputar ao outro sua condição humana e o direito de ser. A crítica de Freire à realidade dos camponeses, serve de reflexão e apoio para vários outros contextos de opressão a que as pessoas se submetem cotidianamente.

No universo da saúde, a relação opressor-oprimido ganha destaque quando o profissional concebe a pessoa cuidada como objeto de sua ação, e não como sujeito dotado de saberes e experiências, frutos de sua inserção histórico-social que, embora diferentes daqueles oriundos do campo da ciência, são igualmente importantes. Afinal, não há saber absoluto, nem ignorância absoluta, todos são relativizados (FREIRE, 2007). Mas quando o ser cuidado é tomado como objeto do saber e prática profissional, acaba por ratificar

sua posição acrítica e oprimida frente à postura do opressor.

Segundo Freire (op. cit., p. 63), "o educador que castra a curiosidade do educando, em nome da eficácia da memorização mecânica do ensino dos conteúdos, tolhe a liberdade do educando, a capacidade de aventurar-se (...)". Em outra direção, respeitando a autonomia do educando, dar-se a ele o direito de pensar, agir e de se expressar, proporcionando a geração de um novo conhecimento.

IM1: "(...) eu fico pensando o que alguém como eu poderia ter para ensinar".

Historicamente, ainda esbarramos em muitos lugares com a adoção dessa cultura *antidialógica* e opressora; negando ao outro o direito de pronunciar-se, se estabelece uma relação verticalizada e hierarquizada. Há que se reverter essa condição de silenciamento no atendimento aos idosos que serão submetidos à cirurgia de catarata, garantindo as condições de aprendizagem necessárias ao cuidado de si.

5.2. Expectativas dos idosos sobre a cirurgia e seus resultados

Na interação dialógica, questionei os idosos participantes sobre suas expectativas quanto à cirurgia. Eles resgataram atividades do dia a dia que sofrem influência direta a partir do surgimento da doença e seu agravamento: dirigir, usar o celular, maquiarse, ler.

IM1: "(...) a primeira coisa que penso é liberdade... (apresentava um brilho no olhar de quem resgatou algo único, um misto de alegria e alívio) pois já estava com dificuldades até para dirigir à noite, desde o dia em que quase entrei num buraco por não ter percebido enquanto dirigia. Pensei na hora: - Meu Deus! Não posso mais dirigir assim!(...) - não gosto muito de assistir TV, mas gosto de usar o celular com frequência. Como posso fazer isso se não enxergo direito? Não dá, né? (risos)".

O movimento do corpo, enquanto fazia seu discurso, demonstrava compreender a importância da visão com qualidade para uma vida saudável.

IM1: "(...) existem vários tipos de prisão..."

Pesquisadora: "Prisão?!"

IM1: "(...) quase fiquei presa pelo olho (risos). Até para maquiarme no dia a dia estava difícil. Percebi que até o relógio de parede estava com os números embaçados (risos)".

IM4: "(...) melhorar o padrão de visão atual, pois gosto de dirigir. Depois de ter operado o primeiro olho, já notei a diferença e pude perceber como estava ruim..."

IH16: “(...) eu leio muito, sempre li. Se tudo der certo essa minha rotina não vai mudar. (...) o mais importante é diminuir esse desconforto do embaçamento que não passa, e as perdas que vão acontecendo com a nitidez das coisas que vejo”.

IH21: “(...) gosto muito de ler, de sair, de usar o computador, de pescar. Para tudo isso preciso enxergar bem. Só espero isso. Ficar bem”.

IH22: “(...) preciso poder ler. Se eu não puder mais ler, eu morro!”.

Algumas situações trazidas pelos idosos refletem a necessidade de realizar a cirurgia para que possam desenvolver suas atividades laborais cotidianas, e, também, melhorar sua qualidade de vida. Durante o diálogo com IM6, ela relatou-me que trabalhava como cozinheira em um bar, há muitos anos, e que a visão prejudicada começou a atrapalhar sua atividade profissional. Segundo a idosa, deixou de usar seus óculos porque “*eles atrapalhavam mais que ajudavam*”.

No aprofundamento da discussão, procurei apresentar as vantagens da cirurgia para o cotidiano do idoso, e da necessidade de compreensão sobre os cuidados pós-operatórios para o êxito do procedimento.

Pesquisadora: “Ao fazer a cirurgia de catarata vai melhorar muito sua qualidade de vida. Assim, poderá voltar a trabalhar, evitando os riscos de se acidentar na cozinha, queimar-se ou, mesmo, cair e se ferir. É importante fazer a cirurgia para resgatar sua independência.”

IM6: “(...) minha nora leu pra mim. Negócio de não pegar peso e usar os remédios na hora certa. Mas nem lembro mais direito. Ela disse, também não posso pegar quentura no fogão”.

Na evolução do diálogo, os participantes ressaltavam outros limites impostos pela doença. Sobretudo quanto às atividades que integram o seu cotidiano, em particular aquelas que culturalmente fazem parte do contexto da mulher. Por exemplo, a de origem socioeconômica desfavorecida: cozinheira, lavadeira, passadeira, costureira e cuidadora do lar.

IM6: “(...) só quero ficar boa, voltar a trabalhar... Eu me formei professora, mas nunca trabalhei de professora. O que faço mesmo é cozinhar! Amo minhas panelas! Minha cozinha...”.

IM8: “(...) enxergar sem névoa. É o que mais quero. É muito ruim ter uma visão ruim. Você vê as pessoas de longe e não reconhece direito. E põe os óculos e tira os óculos e não melhora. Aí você pisca achando que o embaçado vai sumir, mas não some. (...) enxergar normal, não precisar mais usar óculos. É muito ruim na hora de cuidar das panelas, fica embaçado. Dá uma agonia”.

IM10: “(...) quero voltar a fazer minhas coisas, é muito ruim ficar parada. Estou acostumada a cuidar da casa e fazer minha comida, cuidar das roupas do meu marido”.

IM13: “(...) ficar boa. Voltar a enxergar direito. Gosto de fazer minhas costurinhas de casa. Passar minha roupa”.

A evolução histórica que demonstra mudança do comportamento da mulher na sociedade, como sua inserção na força de trabalho, se iniciou com a I e II Guerras Mundiais. Faltavam homens para trabalhar. A maioria deles estava na guerra. Desde então, a mulher veio conquistando, cada vez mais, o mercado de trabalho. No entanto apesar desse fato, constata-se que ainda há uma desvalorização da mulher, que se expressa em diferenças salariais, dificuldades maiores para promoções no âmbito empresarial, dupla jornada feminina, entre outros aspectos discriminatórios.

Outra dificuldade encontrada é o modelo de liderança enraizado da nossa cultura patriarcal, o que muitas vezes leva a não valorização das características relacionadas às mulheres, demonstrando que alguns ofícios de pequena monta permanecem centralizados na figura feminina. Apesar da velocidade das mudanças, ainda existem barreiras que impedem as mulheres de assumirem cargos de alto escalão, com remuneração adequada. A valorização das características ditas femininas para o mercado de trabalho, ainda não são reconhecidas como tais, não sendo, portanto, uma vantagem (SOUZA: CORVINO; LOPES, 2013).

O atendimento a essas expectativas vinha acompanhado de preocupação e ansiedade que muitos participantes sentiram antes da cirurgia, em face do receio de intercorrências que resultassem em prejuízos na visão, ou, mesmo, em não mais voltarem a enxergar. O medo da cirurgia e seus resultados foi um tema revelado em muitos depoimentos:

IM1: “(...) dá um frio na barriga saber que vão mexer dentro do olho, pois é algo tão sensível...”.

IH7: “(...) hoje estou mais calmo pois operei o olho direito e tô enxergando tudo. Agora operando o outro vai ficar melhor ainda.(...) estava com medo de ficar cego. Graças a Deus, vim parar aqui e já operei um dos olhos há uns vinte dias atrás”.

IM9: “(...) quando vim operar o primeiro olho, no meu caso o olho direito, confesso que fui invadida por muito medo. Mas aqui nesse hospital conheci muita gente que já havia feito a cirurgia e me disseram que eu devia ficar tranquila, pois era uma cirurgia muito tranquila. Então fui tentando me acalmar”.

IM11: “(...) senti muito medo. Depois que operei o olho direito é que aprendi muitas coisas”.

IM20: “(...) eu tinha medo de operar, medo de não enxergar mais. Quando ouvi outras pessoas falarem que operaram e ficaram bem me animei, criei coragem e vim”.

IH 22: “(...) eu tinha dúvidas que ia dar certo e isso me apavorava”.

O medo em excesso pode referir-se ao desconhecido, o que gera insegurança. Vale salientar que, todo procedimento requer cuidados e apresentam riscos, mesmo que mínimos, e, em alguns casos, sérias complicações.

O pré-operatório, ainda que bem feito, não assegura que não haja intercorrências durante ou depois da cirurgia, a qual o idoso será submetido.

Suponhamos que um indivíduo, que não apresente comorbidades na hora da cirurgia, tenha uma crise convulsiva ou, mesmo, uma parada cardíaco-respiratória, certamente isso levará ao insucesso da intervenção cirúrgica.

Ao lado disso, tais eventos nos levam a refletir sobre as expectativas e sentimentos de insegurança do idoso, não só quanto à doença mas, sobretudo quanto ao processo cirúrgico. Situações dessa natureza devem ser consideradas e problematizadas no processo de educação em saúde, como um imperativo ético do cuidado.

O quadro **23** traz a síntese dos saberes, concepções e experiências dos idosos - participantes deste estudo - sobre o processo cirúrgico de catarata.

Quadro 23. Síntese dos saberes, concepções e experiências de idosos sobre o processo cirúrgico de catarata. 2018.

<i>Relatos dos idosos participantes</i>	<i>Quantitativo</i>
Visão embaçada que não melhorava piscando	13
Compreendiam nebulosidade como catarata	03
Consideravam o embaçamento um problema	10
Catarata é uma pele que precisa ser raspada	14
Ficaria cega de um dia para o outro	01
Entendiam que precisavam de orientações	17
Compreendiam que ter informações é um direito	10

Expunham o medo da cirurgia por desinformação	12
Sentiam vergonha ou medo de perguntar	05
Consideravam a “folha” * de informações muito confusa	13
Compreendiam que ansiedade pode atrapalhar o processo cirúrgico	02
Cuidaram de algum familiar/amigo	05
Acreditavam que os óculos estavam fracos	05
Julgavam não saber nada ou quase nada sobre a cirurgia	18
Sabiam que precisavam trocar o cristalino	03
Não sabiam que precisariam mexer dentro do olho	15
Identificação do aparelho cirúrgico	01
A catarata está associada ao envelhecimento	04
Consideravam enxergar sinônimo de liberdade	06
Ficaram surpresos por não usarem curativo	05
Buscaram esclarecimentos na internet	04
Identificaram dificuldade para dirigir à noite	02
Expectativa de voltar a enxergar bem	20
Observaram a precariedade da educação em saúde no Brasil	03
Acreditavam não poder viajar de avião	01

*A “folha”, citada pelos participantes da pesquisa, não será anexada aos apêndices na íntegra, pois a instituição não autorizou o uso da mesma. A “folha”, sendo um apêndice, trata das informações contidas no impresso que é dado aos idosos que serão submetidos à cirurgia de catarata.

O próximo capítulo trará os resultados do diálogo com os idosos sobre os cuidados necessários no pré e pós-operatórios.

CAPÍTULO VI

CUIDADOS NECESSÁRIOS NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO E AS POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS PROBLEMATIZADAS NO DIÁLOGO COM OS IDOSOS

6.1. Cuidados necessários no pré e pós-operatório

Ao apresentar a questão para debate “*Que orientações recebeu no pré-operatório?*”, os participantes IM1 e IH16 destacaram as situações clínicas que podem resultar na suspensão da cirurgia, e, assim, contribuíram para que pudéssemos problematizar eventos semelhantes que podem culminar com o cancelamento do processo cirúrgico.

IM1: “(...) falam do jejum de seis horas no dia da cirurgia (neste caso, antes da cirurgia). É bem específico para casos de hipertensão, que é o meu caso. Não é necessário suspender o remédio. Mas se for diabético que não tome o remédio do diabetes (devido os riscos de hipoglicemia). Pede-se para não tomar AAS nos sete dias antes da cirurgia, falam que tem que fazer higiene no rosto e corpo, banho né? Pedem a presença de um acompanhante, não esquecer os exames, levar óculos escuros e os colírios que serão usados (já prescritos) e todos os documentos”.

IH16: “(...) no dia da minha cirurgia teve uma senhora que me contou que a pressão dela aumentou muito, então adiaram a cirurgia dela umas duas vezes. Cada vez que ela voltava para operar de acordo com a nova data, ficava mais estressada ainda. Mas na última vez que foi conseguiu operar, pois o médico dela, além do remédio de pressão, mandou que ela tomasse um calmante”.

Controlar a emoção é tarefa difícil. Alguns idosos devido à ansiedade acabam apresentando picos de pressão “*só em pensar*” na cirurgia, por mais simples que esta seja. A relação do aumento de pressão arterial com o estresse, descrito por Selye (1936), entende-se a ansiedade como um dos componentes efetivos do processo de estresse, juntamente com outras emoções, como a raiva e o medo, que podem surgir quando as demandas ambientais são percebidas como algo que excede a capacidade de resposta do indivíduo (CHAVES; CADE, 2004).

IM14: “(...) só estou um pouco ansiosa. Acho que é normal essa ansiedade em todo mundo”.

IH16: “(...) estou um pouco nervoso. Essa coisa de cirurgia mexe com a cabeça da gente”.

As orientações médicas e as do formulário impresso sobre os cuidados necessários após a cirurgia são objetivas, centralizadas em aspectos pontuais sobre o que o idoso pode ou não fazer nos primeiros dias posteriores à realização do procedimento. Mais uma vez, conforme as recomendações do profissional médico.

IM2: “(...) Eles (os médicos) sempre falam que o mais importante é o repouso com a cabeça e pingar os colírios nos horários certinhos”.

Pesquisadora: “Mas me fale o que você sabe. O que aprendeu da cirurgia de catarata e dos cuidados que tem que ter antes e depois da cirurgia?”

IM2: “(...) que preciso não esquecer: não posso pegar peso, não posso abaixar a cabeça e não posso deixar de usar os colírios nos horários certos”.

IM4: “(...) ainda existem orientações específicas que ressaltam que não se pode pegar peso ou mesmo abaixar a cabeça nem fazer movimentos bruscos com a cabeça, assim como não dormir para o lado operado. Mas hoje é bem mais tranquilo para o paciente. Não se expor ao calor ou fumaça ou mesmo ambiente empoeirado também é importante, assim como usar os colírios corretamente. O repouso é importante”.

IH7: “Bem, o que mais sei é essa coisa de não pegar peso, né? Não dormir do lado da cirurgia e não fazer esforço. Ah! E pingar os remédios (os colírios) e usar óculos escuro. É isso”.

IM10: “(...) ali (informações impressas) vinha dizendo que não podia balançar a cabeça, nem coçar os olhos, nem pegar peso, nem usar maquiagem e que tinha que pingar os colírios nos horários certos... Ele (médico) também disse que não podia pegar quentura do fogão e nem poeira, fumaça, essas coisas...”.

IM3: “(...) mas, no final, o anestesista veio e conversou comigo sobre o que podia e não podia fazer. Eles sempre falam que o mais importante é o repouso com a cabeça e pingar os colírios nos horários certinhos”.

Os colírios deverão ser administrados respeitando a sequência estabelecida pela equipe cirúrgica, a fim de que seus efeitos sejam eficazes. Como são vários colírios prescritos, a importância dessa organização é para que não haja interações medicamentosas.

A IM3 é médica, o que explica ter demonstrado segurança em seu depoimento e afirmado não ter “*necessidade de mais informações*”. Mas, apesar de sua formação, reforçou que teve “*que ser muito atenta para não esquecer, porque fazemos coisas tão habituais que até esquecemos*”.

IM3: “(...) eu sou médica. Embora minha especialidade não seja oftalmologia, sei o suficiente sobre o assunto, isso inclui a cirurgia. Não vejo novidades assim grandes (fez gesto com as mãos de grandiosidade) do início da minha carreira para hoje em dia. Embora tenha alguns avanços que julgo normais, pois com o tempo tudo evolui. Hoje temos cirurgias realizadas até com robôs! Sei exatamente como acontece todo o processo, desde a evolução da doença até a necessidade da cirurgia”.

Pesquisadora: “E o que aprendeu sobre a cirurgia de catarata e os cuidados que tem que ter antes e depois da cirurgia?”

IM3: “(...) que preciso não esquecer: que não posso pegar peso, não posso abaixar a cabeça e não posso deixar de usar os colírios nos horários certos. Tive que ser muito atenta para não esquecer, porque fazemos coisas tão habituais que até esquecemos. E como é uma cirurgia que parece bem simples, tem horas que dá pra esquecer que fui operada (risos). Mas nesse momento estou muito tranquila(...) Sei que tenho de respeitar os cuidados do antes e depois da cirurgia, de acordo com a orientação da equipe médica. Como disse antes, sou médica. Não encontrei grandes novidades. Me sinto segura e sem necessidade de mais informações”.

Apesar de reunir conhecimentos importantes para evitar complicações após a cirurgia e obter o êxito esperado, os participantes que já haviam operado um dos olhos demonstraram lacunas no conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios, ainda que a experiência com a cirurgia anterior tenha contribuído sobremaneira para o conhecimento da doença e o processo cirúrgico. Vejamos alguns depoimentos:

IM1: “(...) para depois da cirurgia as recomendações são de pingar os colírios, usar os óculos escuro, não pegar peso durante quinze dias, não abaixar a cabeça por quinze dias, não coçar o olho por quinze dias, não dormir do lado operado por quinze dias, evitar calor de fogão e fumaça de cigarro por quinze dias. Liberado para banho e higienização da face, sem apertar as pálpebras, liberado para assistir TV e usar celular e não há dieta alimentar”.

Pesquisadora: “E o que achou dessas orientações? Na sua opinião, faltou alguma coisa?”

IM1: “Não sei!” (sorrindo).

IH5: “(...) assim, o que mais sei é essa coisa de não pegar peso, né? Não dormir do lado da cirurgia e não fazer esforço. Ah! E pingar os colírios e usar óculos escuro. É isso. Agora, a mocinha ali (apontando para a técnica de enfermagem que estava atendendo outros clientes) estava explicando pra uma senhora que não abaixasse a cabeça e que não esquecesse de pingar os colírios”.

IM8: “(...) no dia que fiz a primeira cirurgia te confesso que não sabia nem que tinha que fazer repouso. (...) não pegar peso, nem fumaça, nem baixar a cabeça e pingar os remédios no horário. Tá tudo escrito no papel”.

IM9: “(...) saí da cirurgia já enxergando, só tive que usar óculos escuros pra não ficar incomodada com a claridade. Acho que assim também não pegava poeira, porque os óculos protegem do vento. Me disseram que o mais importante era não pegar peso, nem baixar a cabeça, nem pegar quentura do fogão. (...) é muito colírio! Minha nora ficou cansada (risos), mas conseguiu fazer tudo direitinho. Também não senti dor nenhuma graças a Deus!”

IM11: “(...) quando o médico falou que eu precisava operar foi numa consulta. Eu não sabia nada sobre como era a cirurgia, ele também não explicou... Só descobri como era a cirurgia no dia da cirurgia, pois havia várias pessoas que já tinham operado um olho e começaram a contar. Assim, eu não tenho estudo, sou uma pessoa ignorante, só estudei até a terceira série, não entendia nada do que estava acontecendo...”

Pesquisadora: “Mas o que sabe hoje sobre os cuidados depois da cirurgia?”.

IM11: “Que não podia balançar a cabeça, nem coçar os olhos, nem pegar peso, nem usar maquiagem, nem ter relações sexuais e que tinha que pingar os colírios nos horários. Também não podia cozinhar, tinha que manter os óculos escuros e não andar no sol”.

Pesquisadora: “Como aprendeu?”.

IM13: “(...) não tive muito conhecimento do que precisa fazer, não. Mas já ouvi dizer que tem que fazer repouso”.

Pesquisadora: “E o que mais?”.

IM13: “Fala de não pegar peso, nem fazer esforço, nem pegar quentura do fogão, também fala que não pode baixar a cabeça...”.

Outro aspecto destacado se refere à higienização das mãos, antes de usar os colírios, assim como a manipulação dos frascos de colírios. Um cuidado básico e, ao mesmo tempo, imprescindível no pós-operatório. Para IM1, essa informação é fundamental no pré-operatório:

IM1: “(...) uma coisa que senti falta, não falaram da questão da higiene com as mãos e cuidados para não contaminar os colírios”.

A OMS (2017) vem estimulando a melhoria das práticas de higiene das mãos, em serviços de saúde, para combater a resistência das bactérias aos antimicrobianos. Em 2017, o tema da campanha mundial “*Salve vidas: higienize suas mãos*”, da OMS, e apoiado pela Anvisa, foi “*Luta contra a resistência microbiana: está em suas mãos*”. Vale destacar que, o dia 5 de maio, foi a data estipulada para lembrar a importância de lavar as mãos corretamente (ANVISA, 2017).

A SBO (2018) traz orientações básicas em seu portal virtual, de como usar os colírios, em cinco passos: “1- Quando for instilar dois ou mais colírios, simultaneamente, dê um prazo de pelo menos três minutos entre um e outro; 2- Para evitar sentir o gosto do colírio na garganta, pressionar os pontos lacrimais, usando o dedo indicador e o polegar; 3- Mesmo que o colírio cause ardência, evite apertar excessivamente as pálpebras; 4- Após instilar o colírio, não enxugue os olhos imediatamente, pois, se assim o fizer, estará retirando toda a substância do medicamento; 5- Normalmente, colírios são usados até o momento de dormir. Não é necessário acordar à noite para usar o medicamento”.

Aliando esses cuidados à lavagem das mãos, é possível implementar uma estratégia de educação em saúde para o idoso que será submetido à cirurgia de catarata, corroborando com o pós-operatório. As situações vivenciadas por cada participante refletem experiências singulares; algumas delas são semelhantes àquelas trazidas por outros idosos que fizeram a cirurgia, outras estão implicadas com o seu contexto próprio:

IM1: “(...) meu marido já operou catarata e na época eu que cuidei dele. Nessa época fui procurar na internet esclarecimentos, pois não sabia quase nada do assunto(...). Já comigo foi diferente. Saí da cirurgia enxergando, era um pouco embaçado, mas vim para casa apenas usando óculos escuros”.

IM2: “Minha mãe também operou há muitos anos atrás, cerca de dez ou quinze anos. Eu que cuidei dela. Hoje evoluiu bastante, já saí com o olho sem aquele curativo, que só podia tirar quando chegasse em casa”.

IM3: “(...) me surpreendi, pela evolução dos detalhes e o avanço das técnicas!”.

IM4: “Quando ele (marido) operou, fiquei cuidando dele. Lembro bem que, na época da cirurgia dele, usavam um curativo grande no olho. Ele chegou a ficar internado”.

IM2: “Minha namorada operou há dois meses e eu fiquei com ela, aqui em casa, ajudando no que ela precisava. (...) quando ela operou, não foi aqui não, foi pra casa com curativo no olho que só podia tirar quando chegou em casa, pois precisava começar a pingar os colírios. (...) no meu caso, quando operei o primeiro olho fiquei surpreso, porque saí daqui sem curativo nenhum”.

Atualmente, já se sabe que o momento ideal para operar a catarata é quando há baixa acuidade visual, que comprometa as atividades do dia a dia, e isso dependerá das queixas e sintomas do idoso. Uma pessoa com rotina muito ativa, que trabalhe, ou que necessite de uma visão de muito boa qualidade, irá se incomodar mesmo com uma catarata em estágio inicial; enquanto outras, que não tenham essas necessidades, se

incomodarão com um grau de catarata bem mais avançada. No entanto, em algumas situações há a necessidade de se operar o quanto antes, se houver indicação médica para a cirurgia.

O avanço tecnológico nas lentes intraoculares, também, permite a retirada do cristalino, ainda com pouca catarata, com fins refrativos, no intento de se diminuir a dependência do uso de óculos. Esse procedimento é chamado de cirurgia faco-refrativa. Nesse caso, mesmo antes de se ter uma catarata significativa, pode-se fazer a cirurgia, desde que bem indicada e feita com segurança. Um conceito antigo e ultrapassado esperava a catarata amadurecer (endurecer) para retirá-la por inteiro. Atualmente, com a técnica de facoemulsificação e a consequente fragmentação da catarata em pequenos pedaços, isso não é mais recomendado, e nem se deve esperar a catarata avançar ou amadurecer para ser operada (REZENDE; BISOL; BISOL, 2009).

O que já é consenso, hoje em dia, é que o quanto antes a catarata for operada, mais rápida e fácil é a cirurgia, o que favorece a recuperação do idoso e o êxito no resultado final do procedimento. Vale o entendimento acerca da anestesia tópica, em que o indivíduo sai da cirurgia de catarata sem o curativo cirúrgico oclusivo. Até um tempo atrás, este curativo só poderia ser retirado de duas a três horas após o procedimento. Tal fato ocorria porque, em casos onde se utilizavam bloqueio peribulbar, o olho e pálpebra ficavam sem mobilidade e, com isso, poderia trazer danos à córnea (estrutura que necessita de lubrificação contínua e do piscar dos olhos, que são estimados acima de cinco piscadas por minuto).

IM14: “(...) depois que fiz a primeira cirurgia fiquei muito mais animada. Você acredita que o branco eu já não enxergava mais branco? O branco pra mim era amarelado, as cores já não tinham mais vida. Agora não! O azul é azul mesmo. Olho para o céu e vejo um azul muito mais lindo, bem azulzinho. Bem brilhante. As cores é o que mais notei de diferente, depois que fiz a primeira cirurgia. Fiquei maravilhada”.

IH24: “(...) é uma cirurgia bastante segura, mas precisa ter certos cuidados. Pegar peso e abaixar a cabeça são as piores coisas a serem feitas e podem realmente comprometer o resultado cirúrgico. Ela me explicou (referindo-se à neta que é oftalmologista) que movimentos bruscos podem desposicionar a lente dentro do olho e nesse caso traz outras complicações”.

O Quadro 24 apresenta a síntese dos cuidados necessários no processo cirúrgico de catarata, presentes no diálogo dos idosos participantes do estudo.

Quadro 24. Síntese dos cuidados necessários no processo cirúrgico de catarata. 2018.

<i>Cuidados pré e pós-operatórios</i>	<i>Quantitativo</i>
Não suspender os anti-hipertensivos no pré-operatório	04
Suspender os hipoglicemiantes no pré-operatório	02
Suspender os anticoagulantes no pré-operatório	03
Não fazer movimentos bruscos com a cabeça	02
Não pegar peso ou fazer esforço físico	15
Proteger os olhos de poeira, fumaça, calor e claridade	18
Proteger os olhos da queimadura do fogão	12
Evitar baixar a cabeça	10
Usar os colírios na hora certa	11
Não coçar o olho operado	03
Não usar maquiagem ou loções de barbear	03
Necessidade de óculos escuros	07
Fazer a higienização das mãos	01
Cuidados necessários com os colírios	01
Importância do jejum no pré-operatório	01
Não lavar a cabeça no pós-operatório	01
Não praticar relações sexuais no pós-operatório	02
Não dormir para o lado da cirurgia	06
Usar o oclusor para dormir	01
Não esquecer dos exames e documentos no dia da cirurgia	24
Necessidade de acompanhante no dia da cirurgia	24
Consideram importante ter no material educativo: hora de iniciar o colírio e data da revisão cirúrgica, pela equipe médica	02

6.2. Possíveis intercorrências pós-operatórias

Na fase pós-cirúrgica, podem ocorrer desconfortos como prurido, surgimento de hiperemia, lacrimejamento, edema de córnea, aumento da pressão intraocular, infecção intraocular, perda da acuidade visual e descolamento de retina. Há que se considerar que, na presença de tais sinais e sintomas, são necessários cuidados específicos, como: evitar os esforços físicos, baixar a cabeça para pegar algo, evitar movimentos bruscos com a cabeça, evitar deitar-se para o lado do olho operado, expor-se ao sol, vento ou fumaça, fazer uso dos medicamentos prescritos.

Os idosos *IM11* e *IH19* trouxeram para o debate as possibilidades de intercorrências negativas pós-cirúrgicas, articuladas à falta de atenção aos cuidados necessários nesta fase, por parte de quem passou pelo procedimento, ilustradas com exemplos de seu contexto social:

IM11: “(...) na igreja que frequento várias pessoas já fizeram (cirurgia). As pessoas ficam muito bem. Só uma irmã da igreja que fez e resolveu viajar de avião antes de ter alta e ficou cega dos dois olhos. Muito triste. Ela havia ficado muito bem depois que operou”.

Embora a narrativa de *IM11* tenha causado surpresa a mim, pelo fato de que tal complicação pudesse ocorrer, aprofundi-me na literatura a fim de encontrar evidências que confirmassem seu depoimento. Após esta busca, constatei que não há elementos científicos que comprovem a existência do evento. Posso pressupor, contudo, que o fato narrado se refira à cirurgia de retina, e não de catarata. Isso porque, na cirurgia de retina, é injetado um gás que tem a propriedade de se expandir, conforme a Lei de Boyle-Mariotte (BÔAS;DOCA;BISCUOLA,2013), usado justamente para colocar a retina no lugar. Esta lei enuncia que, a pressão absoluta e o volume de uma certa quantidade de gás confinado, são inversamente proporcionais se a temperatura permanecer constante, em um sistema fechado. Apenas neste caso seriam contraindicadas viagens de avião, o mesmo não ocorrendo em cirurgias de catarata, pois, nesse tipo de cirurgia, não se usa gás.

IH19: “(...) eu tenho um amigo, que mora lá pelas bandas da praia de Mangaratiba, ele ficou com problema no olho depois da cirurgia. Mas não foi culpa do médico, não! Foi culpa dele mesmo. Ia à praia, pegava sol, não pingava os colírios direito. Fez tudo errado. Deu no que deu!”.

O discurso de IH19 reproduz a vertente biologicista, ainda vigente, entre alguns profissionais que adotam uma postura conservadora em suas práticas educativas. Estas tendem a reduzir a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não retratando, pois, sua dimensão social sobre as condições que são oferecidas para que as pessoas sejam plenamente atendidas em suas necessidades básicas, inclusive no que se referem às informações necessárias como uma questão de cidadania.

Nesta visão, o homem é isolado de seu contexto e não se discute a contento suas condições de vida, de trabalho, de educação e hábitos de saúde. Logo, as razões do fracasso, que determinam a doença ou um agravamento à saúde, ganham dimensões individuais e, muitas vezes, centradas na pessoa quando não segue de forma restrita as orientações que lhes são transferidas, a despeito do alcance de suas possibilidades ou viabilidade. Ou seja, a solução dos problemas, que afetam a saúde ou impedem o sucesso de algum procedimento ou terapêutica, se desloca para a incapacidade do indivíduo, fenômeno que Valla (1993) denomina de “culpabilização da vítima”.

A análise das políticas públicas no Brasil evidencia a reprodução de uma concepção segmentada da questão social. Analisando alguns aspectos dessas políticas, há de se observar que o modo de subjetivação presente, as noções de risco, vulnerabilidade e individualização como possíveis vetores do fracasso, sugerem a culpabilização como possível efeito dessas políticas. “O modo indivíduo, atualizado nessas políticas, coloca sérias limitações à implementação de políticas efetivamente públicas na tentativa de resgatar a aposta na construção do comum, enfatizando sua dimensão pública” (ROMANINI; DETONI, 2014). No caso relatado, segundo a visão de IH19, o determinante do fracasso da cirurgia de seu amigo foi a falta de cuidados na fase pós-operatória.

A participante IM20 trouxe para o diálogo uma situação que não é comum nas cirurgias de catarata. Ela queixou-se de fortes dores ao retornar do centro cirúrgico, fato que não ocorreu à época de sua primeira cirurgia, o que denota que cada procedimento se encerra em si mesmo; logo, as experiências, ainda que semelhantes a outros momentos vivenciados pela mesma pessoa, não necessariamente ocorrerão do mesmo modo:

IM20: “Meu Deus! Que dor é essa? Não senti nada na outra cirurgia !”.

Tal fato deixou-a bastante tensa e temerosa. Mesmo após a administração de analgésico, ela ainda permaneceu com dor, o que fez com que o anestesista indicasse nova

administração de medicamento, desta vez por via venosa. Permaneci com a idosa até que a dor cessasse. À noite, fiz contato telefônico a fim de ter notícias da cliente e ela informou-me que estava sentindo-se bem e sem episódios de dor.

Oportuno destacar que, durante os encontros com os participantes, pude observar entre as falas, que, via de regra, eles davam “alta” a si mesmos, quando, na avaliação, consideravam que já estavam aptos a retornar à rotina diária. Ao mesmo tempo em que expressavam preocupação em seguir as orientações que lhes eram prescritas, dada a dinâmica da UPC e da assistência que oferecem, associada ao fato de estar aparentemente sem intercorrências, eles saíam da unidade ora com dúvidas, ora com certezas de que já detinham o conhecimento necessário para se autocuidarem, e, assim, colocavam-se em risco.

Durante a interação dialógica era possível perceber na fisionomia de cada um, certa preocupação quanto aos riscos de um pós-operatório sem os devidos cuidados. A título de ilustração, trago o exemplo de um participante que, no nosso segundo encontro, em sua residência, poucos dias depois da cirurgia, ainda convalescente, pegou o cachorro no colo, que pesava em torno de dez quilos ou mais. Ressaltei minha preocupação com ênfase: *“Isso já é peso!”* Ele olhou-me com olhar de susto e apreensão, como quem dissesse: *“Não sabia!”*.

Após a cirurgia, os idosos são orientados a não pegarem peso acima de 2Kg por, pelo menos, dez dias, e a não fazer atividades físicas que lhes exijam esforços. A caminhada é incentivada para o dia seguinte da cirurgia, caso o cliente deseje, desde que evite ambientes com presença de poeira ou fumaça (SBO, 2018).

A expressão de surpresa do referido participante pode estar relacionada a um tipo de orientação direcionada, como um guia a ser seguido, mas não discutida com o sujeito. As orientações deste tipo, quase sempre não são acompanhadas do diálogo que promove reflexão e que, por sua vez, gere uma nova ação. Aquelas fazem parte de um processo de aprendizagem do tipo “bancário”, cujos educandos, no caso, os idosos em processo cirúrgico de catarata, são apenas sujeitos passivos, tábulas rasas onde se depositam conhecimentos de outrem. Aquele que orienta, transfere o conhecimento para o “banco” (a mente do idoso), método tradicionalmente aplicado nas práticas educativas do tipo autoritário, verticalizado. Nestes termos, o conhecimento e a experiência de vida daquele que aprende são ignorados (FREIRE, 2011).

Em direção contrária, Freire (2011) propõe uma educação que leve em consideração todo o conhecimento do educando na construção de um novo conhecimento. Educador e educando são geradores desse novo conhecimento: enquanto um ensina, o outro aprende, e vice-versa.

Freire (op. cit.) é enfático ao afirmar que aquele que ensina, deve articular o que ensina à realidade existencial daquele que aprende. Não adianta aquele que ensina abordar assuntos alheios ao cotidiano daquele que aprende, pois isso não irá despertar interesse, ao contrário, poderá até gerar aversão pelo conteúdo a ser aprendido.

A educação, segundo Freire, precisa ser “libertadora”, não devendo reproduzir o autoritarismo que está presente na sociedade, herdada historicamente. Mas o oprimido não pode ser “libertado” para depois assumir o papel de opressor e inverter assim, o papel da educação que é de transformar para libertar. A educação tem a missão de despertar em quem aprende o questionamento da opressão, da qual ele é vítima, seja social, racial, econômica ou de outra natureza. Enfim, a educação questionadora e reflexiva não é preparação para uma rebelião, mas, para um despertar naquele que aprende a entender o porquê da sociedade ser da maneira que é.

Etimologicamente, o termo latino *educare* é composto pela união do prefixo *ex*, que significa “fora”, e *educere*, que quer dizer “conduzir” ou “levar”. Significa literalmente “conduzir ou direcionar para fora”. Tirar do interior do sujeito suas potencialidades para o mundo, de modo a ajudá-lo. Freire (2011) já dizia que educar não é ensinar a ler e escrever, é formar o sujeito a desenvolver suas capacidades para transformá-las em ações.

O significado do termo (direcionar para fora) era empregado no sentido de preparar as pessoas para o mundo e ensiná-las a viver em sociedade, ou seja, “conduzi-las para fora” de si mesmas, mostrando as diferenças que existem. Oportuno dizer que, muita informação dada, ao mesmo tempo, para o idoso, pode causar certa confusão, devido a aspectos fisiológicos, próprios do processo de envelhecimento que dificultam a apreensão de muitas informações ao mesmo tempo.

Segundo o método de conscientização freiriano, o educador não deve chegar com material pronto, mas incentivar a demanda do levantamento do universo vocabular de um determinado grupo de pessoas que buscam o aprendizado. Isso só será possível em face de uma relação dialogada entre educador e educando, com temas que irão formar frases

e palavras, à medida que estas forem codificando o modo de vida dos educandos e que, ao serem decodificadas, passarão a fazer parte de um círculo cultural (TODARO; GUIMARÃES, 2014).

Com esta intenção, a produção de dados junto aos idosos, que vivem o processo cirúrgico de catarata, possibilitou temas importantes trazidos por eles e aprofundados no diálogo. Com base neles, sobretudo, nas demandas de conhecimento sobre os cuidados necessários no processo cirúrgico, elaborei a proposta de material educativo que, em seguida, foi discutida e aprovada pelos idosos participantes, conforme será apresentada no capítulo a seguir.

CAPÍTULO VII

CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO VOLTADO AOS IDOSOS EM PROCESSO CIRÚRGICO DE CATARATA

O material voltado à educação em saúde pode assumir diferentes apresentações, como um folheto, um folder, uma cartilha, dentre outras (MALLMANN, et al., 2015). Deve ser elaborado com clareza de conteúdo e leitura facilitada (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012). De imediato, além de autoexplicativo, deve reunir características que assegurem sua natureza objetiva, ilustrativa, interativa e compreensível ao público ao qual se destina. Nesta pesquisa, o material educativo assumiu o formato de cartilha ilustrada.

Em essência, a enfermagem é uma profissão que tem a prática incorporada a diferentes tipos de tecnologias, pois lida com todo maquinário que apoia o cuidado prestado, construindo e desenvolvendo métodos, produtos e processos que visam a melhoria da prática aplicada à assistência prestada. Isto, cria não somente recursos materiais, mas protocolos e recursos subjetivos, exercitando uma escuta sensibilizada e a percepção acerca de conhecimentos e habilidades em saúde, associando ao uso e a aplicação dos recursos e objetos a um conjunto de atividades humanas, dotadas de complexidade (LOPES, et al. 2009).

Como se vê, o conceito de tecnologia e sua aplicação no cuidado é abrangente e não se limita a produtos e equipamentos sofisticados, mas compreende também saberes e formas de organização das relações interpessoais e “sofre influências de acordo com a significação atribuída à sua utilização, enquanto ferramenta do cuidado” (NIETSCHE et al, 2012).

Dentre as tecnologias empregadas pela enfermagem, a proposta neste estudo se caracteriza como tecnologia educacional, pois “se volta para a organização lógica das atividades, de tal modo que elas possam ser sistematicamente observadas, compreendidas e socializadas” (NIETSCHE et al, op. cit). E assim, age como facilitador do diálogo e das trocas de saberes e experiências, aqui representados pelos idosos, indo ao encontro das demandas de conhecimento, para fins de emancipação nas ações de cuidar de si.

No referente aos princípios da PCA, a proposta de elaboração de material educativo contribui para encontrar soluções e minimizar situações. Estas podem ocorrer em razão da falta de acesso à informações ou de meios que possibilitem aos idosos sanarem dúvidas, que possam ser discutidas por esse tipo de tecnologia educativa.

A prática educativo-progressiva leva o educador a se tornar um ser crítico, criativo e livre. Livre do pensar, do saber fazer e do saber agir. Com este intento, o conhecimento é construído na interação com o outro, seja criando ou interagindo lado a lado com aquele que aprende, sendo sujeito da construção do conhecimento.

Vale ressaltar que essa tecnologia não tem o intuito de substituir o encontro entre o profissional e o cliente, seja com a equipe médica, seja com a equipe de enfermagem nas orientações dialogadas, mas alia-se às discussões que aludam ao tema proposto. Assim, sua finalidade é de mediar o aprendizado e não substituí-lo.

7.1. Edição da cartilha para fins educativos

A organização do material educativo se deu a partir da discussão com os idosos que participaram do estudo, considerando seus saberes e experiências, compartilhados com minha atuação profissional no campo da Oftalmologia. A cartilha ilustrada foi elaborada de acordo com o público ao qual se destina, tendo em conta as seguintes características: autoexplicativa, de fácil leitura e compreensão, e ilustrativa (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003, p. 185).

Há várias etapas a serem consideradas na edição da cartilha, como a escolha e o preparo do conteúdo, tendo como base a literatura científica e as demandas dos sujeitos para os quais se direciona o material educativo. Deve-se atentar para o universo vocabular das personagens e à seleção das ilustrações que irão compor esse material, a fim de despertar o interesse do leitor e reforçar as informações sobre o tema.

Além disso, as ilustrações devem permitir que as pessoas se identifiquem com as personagens. O *layout* e o *design* devem tornar o material fácil de ler e atraente para o leitor.

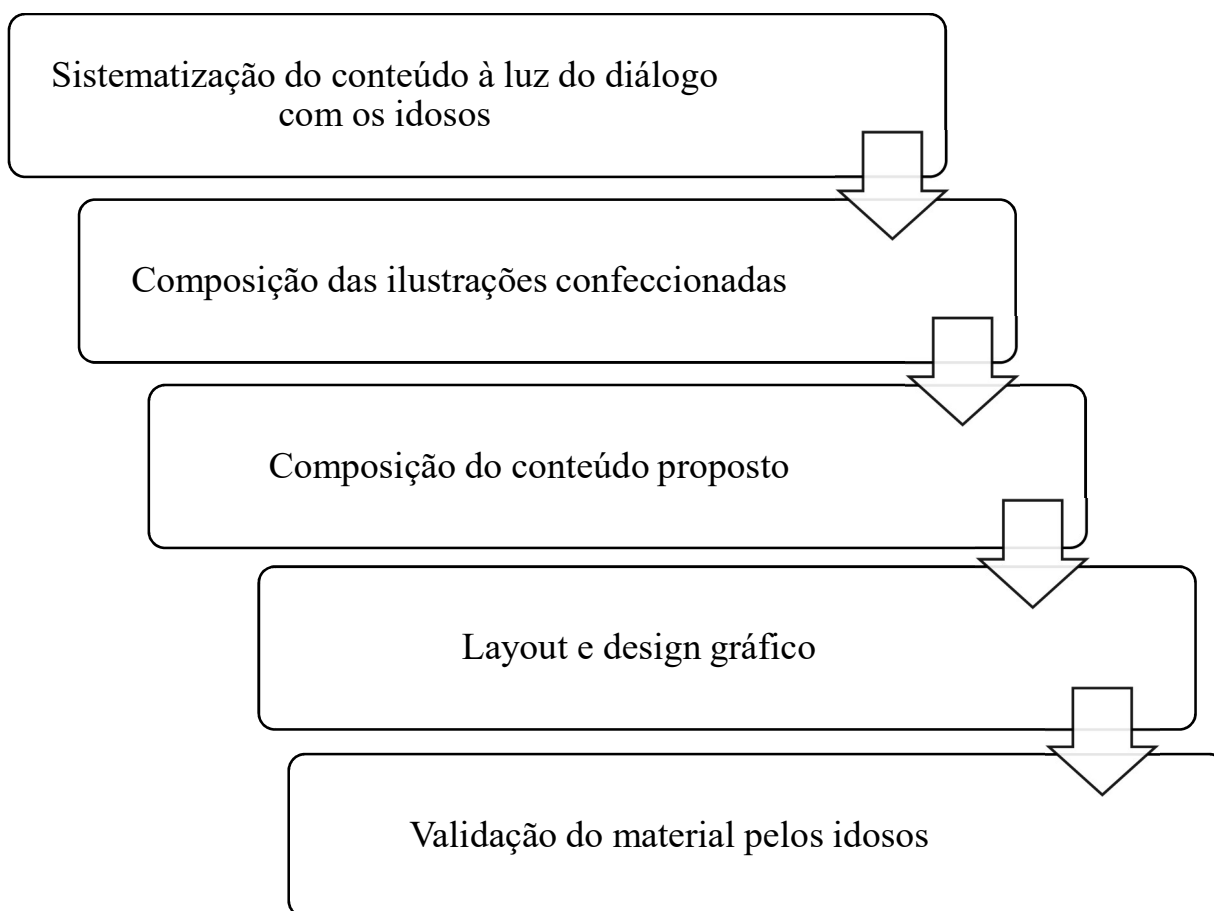
Um material bem escrito ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita-lhes a autonomia, promove sua adesão, torna-os capazes de entender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde, favorece sua tomada de decisão. É, portanto, uma forma de promover saúde (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003, p. 3).

Com estas características, a cartilha ora proposta se constitui em uma tecnologia de enfermagem, facilitador do desvelar da consciência crítica do idoso na construção do seu próprio conhecimento sobre os cuidados necessários no processo cirúrgico de catarata. O conhecimento dos idosos são multiplicadores de suas crenças, baseado em

suas experiências, e é esse conhecimento que vai se articular às mudanças propostas pelo estudo. No SUS é comum a prática de uso de materiais educativos como cartilhas, folhetos e manuais de cuidados em saúde (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

A edição da cartilha educativa seguiu as etapas propostas por Moreira, Nóbrega e Silva (2003), apresentadas na figura 8:

Figura 8 - Fluxograma do Preparo do Material Impresso



Vale ressaltar que a abordagem participativa, comunicativa e coletiva é recomendada no processo de edição de uma cartilha educativa, o que torna viável sua recomendação a outras iniciativas de semelhante teor (HERBETE; HOGA; GOMES 2012, p. 6).

Na composição do conteúdo, utilizei frases curtas, palavras simples do cotidiano, conteúdo escrito e ilustrado com desenhos, imagens, fotografias, símbolos de fácil entendimento e atividade lúdica. Na ocasião em que estive com os participantes, no

segundo encontro, utilizei recortes de revistas de oftalmologia com o intuito de que montassem a cartilha de acordo com suas considerações de importância.

Por ser autoexplicativa, traz várias informações da cirurgia de catarata e dos cuidados pré, trans e pós cirúrgicos, com uso de vocabulário de fácil compreensão, o que favorece sua leitura em qualquer oportunidade, principalmente na ausência da equipe de enfermagem. Por ser ilustrativa, facilita a atenção do idoso em relação ao conteúdo apresentado, melhorando a memorização e aprendizado e, ainda, contribui para esclarecer situações no encontro dialogado com a equipe de enfermagem ou médica. Essas características vêm ao encontro da análise de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) ao sinalizarem que os educadores em saúde devem planejar, avaliar e produzir um material educativo para atender uma real necessidade do cliente e este deve ser apresentado de forma adequada às características do leitor.

Com vistas à validação do material educativo, apresentei a proposta da cartilha a cada idoso que, por sua vez, mostrou-se interessado em participar da quinta etapa da pesquisa (segundo encontro). Foi um momento de grande participação ativa, na qual algumas questões do primeiro encontro foram revisitadas, novos temas foram sugeridos e a forma de apresentá-los.

O quadro 25 apresenta a síntese dessas demandas, trazidas pelos idosos, e as orientações dialogadas durante o desenvolvimento da pesquisa de modo a atendê-las, quando possível. Tais demandas serviram de subsídios para a edição da cartilha ilustrada, conforme o quadro a seguir:

Quadro 25- Síntese das demandas de conhecimento trazidas pelos idosos. 2018.

<i>Demandas de conhecimento sobre o processo cirúrgico</i>	<i>Estratégias implementadas</i>
Entendimento sobre a doença, seus sinais, sintomas e tratamento	Discussão das questões, com uso de materiais, como desenhos, imagens e fotografias, meios facilitadores da comunicação, visando à compreensão da mensagem
Uso de medicamentos habituais no dia da cirurgia	Discussão a partir do que cada um trouxe de conhecimento sobre os

	medicamentos que devem ser cancelados ou mantidos por ocasião da cirurgia
Reforço quanto às orientações dialogadas acerca do uso dos colírios e lavagem das mãos, salientando a importância da manipulação dos frascos de colírios	Integração do cliente no cuidado como fator determinante com vistas à sua autonomia e independência
Uso de dispositivos de segurança no pós-operatório	Orientação dialogada sobre o uso do oclutor no período do sono, como medida de prevenção de complicações evitáveis
Oferta de material educativo como suporte para ser utilizado em casa, após a cirurgia	Discussão e criação de cartilha educativa ilustrada sobre o tema

VOCÊ SABE O QUE É CATARATA?



Versão 01

INTRODUÇÃO

Esse material educativo em forma de cartilha ilustrada é adicional às informações que você recebeu anteriormente, na unidade de atendimento. A intenção é que ele sirva de facilitador da comunicação entre você e a equipe assistencial.

A proposta desta cartilha surgiu das experiências profissionais de uma ortoptista e enfermeira, ao observar que muitos idosos, ao serem informados acerca da necessidade de se submeterem à cirurgia de catarata, traziam dúvidas e questionamentos sobre aspectos relacionados à doença e ao processo cirúrgico.

Foi elaborada com base nas contribuições do diálogo produzido com idosos em processo cirúrgico de catarata, atendidos em um serviço de oftalmologia, participantes de uma dissertação de mestrado que abordou os cuidados básicos no pré e pós-operatório a partir dos saberes e experiências desses idosos sobre o assunto.

OBJETIVO

Contribuir com o conhecimento dos idosos sobre a catarata e os cuidados necessários no processo cirúrgico para a manutenção da sua qualidade de vida, preservando sua independência e autonomia.

SUMÁRIO

- Introdução
- Objetivo
- Você sabe o que é catarata?
- Anotações
- Autores
- Agradecimentos
- Referências

OLÁ, MEU NOME É LILA!
VAMOS BATER UM
PAPO SOBRE A CATARATA?

MUITO PRAZER, LILA! MEU
NOME É GUMA. VAMOS SIM!
EU SEI QUE A CATARATA
É UMA DOENÇA, MAS TEM CURA.



ISSO MESMO! QUANDO A PESSOA TEM CATARATA, ELA VAI PERDENDO A VISÃO AOS POUCOS. MAS VOCÊ SABE COMO A CATARATA SURGE?

SEI QUE A VISÃO FICA EMBAÇADA, COMO SE FOSSE UMA NÉVOA, E MESMO PISCANDO NÃO MELHORA; NEM MESMO COM OS ÓCULOS MELHORA. O CRISTALINO FICA EMBAÇADO. AÍ PRECISAMOS FAZER A CIRURGIA.



MAS, FALE-ME: O QUE
MAIS VOCÊ SABE?

NO COMEÇO EU ACHAVA QUE A
CATARATA ERA UMA PELE QUE CRESCIA
NO OLHO. E QUE A CIRURGIA ERA SÓ RASPAR,
MAS DESCOBRI QUE A CATARATA ACONTECE
DENTRO DO OLHO.



VOCÊ SABIA QUE O CRISTALINO
É UMA LENTE NATURAL QUE EXISTE
DENTRO DO NOSSO OLHO?

SIM! QUANDO ENVELHECEMOS,
O CRISTALINO TAMBÉM ENVELHECE.
POR ISSO, EM ALGUNS CASOS, É
PRECISO SER TROCADO.



EXISTEM VÁRIOS TIPOS DE CATARATA:
CONGÊNITA, TRAUMÁTICA, SENIL E
MEDICAMENTOSA.

PENSAVA QUE SÓ IDOSO
TINHA CATARATA. MAS
COMO É FEITA A CIRURGIA?



EXISTEM DUAS MANEIRAS: UMA COM UM APARELHO QUE FAZ UM PEQUENO CORTE NO OLHO E ASPIRA O CRISTALINO. E, A OUTRA, NÃO É POR ASPIRAÇÃO, MAS TAMBÉM RETIRA O CRISTALINO E O SUBSTITUI POR UMA NOVA LENTE.

HUMMM. ENTENDI!



E O QUE MAIS
SABE, GUMA?

DEVEMOS TOMAR OS REMÉDIOS
DA PRESSÃO NORMALMENTE. MAS
NÃO SABIA QUE SÓ PODERIA TOMAR O
REMÉDIO DO DIABETES APÓS A CIRURGIA,
PARA EVITAR A FRAQUEZA E A TONTEIRA,
POR CAUSA DA QUEDA DO AÇÚCAR NO
SANGUE. AGORA EU SEI!



ISSO MESMO! A CIRURGIA É BEM RÁPIDA E SEGURA, MAS PRECISA DE CUIDADOS. VOCÊ SABE QUE CUIDADOS SÃO ESSES, GUMA?

PARAR O ANTICOAGULANTE SETE DIAS ANTES DA CIRURGIA, EVITANDO RISCO DE SANGRAMENTOS DENTRO DO OLHO QUE SERÁ OPERADO.



FICAR EM JEJUM POR
QUATRO HORAS ANTERIORES
À CIRURGIA.

USAR ROUPAS LEVES
E SAPATOS FÁCEIS DE
COLOCAR.

NÃO ESQUECER DE LEVAR
OS ÓCULOS ESCUROS.



NÃO USAR NENHUM PRODUTO
NO ROSTO COMO: CREME, LOÇÃO DE
BARBEAR, HIDRATANTE.

NO DIA DA CIRURGIA, TOMAR
BANHO E LAVAR BEM O CABELO
E O ROSTO.

LEVAR OS EXAMES
E OS DOCUMENTOS.



**ISSO MESMO! MAS
O QUE MAIS VOCÊ SABE?**

**APÓS A CIRURGIA, MANTER
A CABEÇA ERGUIDA, SEM FAZER
MOVIMENTOS FORTES E RÁPIDOS ATÉ QUE
O MÉDICO LIBERE PARA REALIZAR
ATIVIDADES FÍSICAS.**



TAMBÉM PRECISO ESPERAR
A ALTA MÉDICA PARA TER
RELAÇÕES SEXUAIS.

EVITAR ESFORÇO FÍSICO
OU PEGAR PESO
ACIMA DE 2 KG

ISSO MESMO GUMA!





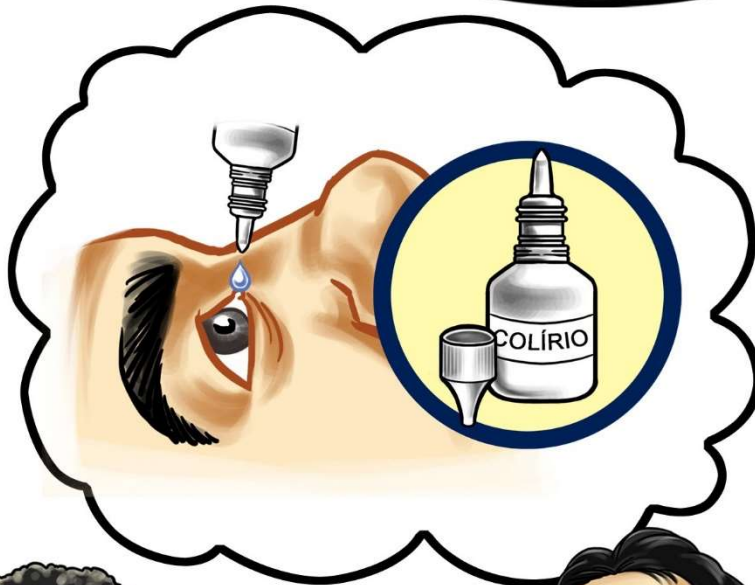
QUANTO AOS CUIDADOS, É
PRECISO, TAMBÉM, LAVAR BEM AS MÃOS
PARA MEXER NO COLÍRIO. A MÃO SUJA PODE
CONTAMINAR O COLÍRIO COM BACTÉRIAS.
ASSIM COMO O OCLUSOR TAMBÉM
DEVE ESTAR BEM LIMPO, PARA NÃO
CONTAMINAR O OLHO OPERADO.

VERDADE!



E AO ABRIR O FRASCO,
COLOQUE A TAMPA COM A
ABERTURA PARA CIMA.
ASSIM, NÃO CONTAMINA
O COLÍRIO.

TAMBÉM TENHO QUE
PINGAR OS COLÍRIOS NOS
HORÁRIOS CERTOS.





**USAR O OCLUSOR PARA DORMIR;
ASSIM, NÃO COÇO O OLHO OPERADO DURANTE O SONO.
LAVAR BEM AS MÃOS E O OCLUSOR, QUE DEVE ESTAR
BEM LIMPO PARA O USO.**



AGORA QUE VOCÊ JÁ SABE O QUE FAZER, NÃO ESQUEÇA DE IR SEMPRE COM ACOMPANHANTE NAS CONSULTAS. VÁ A TODAS AS REVISÕES MÉDICAS. E, SE SURTIR ALGUM PROBLEMA NO OLHO OPERADO, PROCURE IMEDIATAMENTE SUA UNIDADE DE ATENDIMENTO OU O LOCAL ORIENTADO PELO PROFISSIONAL.



Próxima revisão: __/__/__

Próxima revisão: __/__/__

Próxima revisão: __/__/__

Iniciar o uso dos colírios às: _____ horas

Em caso de emergência dirija-se à:



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Autoras:

Enf^a Ms Márcia Cristina Marques Pereira da Silva

Prof^a Dr^a Neide Aparecida Titonelli Alvim

Agradecimentos:

Aos idosos, participantes da pesquisa: **“SABERES E EXPERIÊNCIAS DE IDOSOS SOBRE A CATARATA E O PROCESSO CIRÚRGICO: SUBSÍDIOS À CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO”**

À equipe de Enfermagem da UPC.

Ilustração: Maurício Leão

Referências:

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2009. 105p.
- MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2):368-73.
- REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Ver. Latino-Am. Enfermagem[internet], v. 20, 108 telas, jan./fev., 2012.

O conteúdo apresentado foi elaborado a partir das falas dos clientes que se submeteram à cirurgia de catarata, em momentos de diálogo entre os idosos e a enfermeira-pesquisadora. Momentos esses, nos quais foram valorizados todos os seus saberes e experiências trazendo à tona dúvidas e sugestões que subsidiaram a criação do material educativo. Concluída assim, a sexta e última etapa da produção de dados da pesquisa, possibilitou uma reflexão crítica e dialogada com os participantes do estudo acerca de todo o processo, atendendo, a um só tempo, os pressupostos da PCA e os princípios da pedagogia freiriana, conforme demonstrados nos relatos de vários idosos que participaram da pesquisa.

CAPÍTULO VIII

AVALIAÇÃO DA PESQUISA IMPLEMENTADA NA ÓTICA DOS IDOSOS PARTICIPANTES E DA PESQUISADORA

Esta etapa foi realizada na última fase da produção de dados, apoiada por um roteiro de avaliação com o objetivo de ajuizar a estratégia educativa implementada e a tecnologia produzida, neste caso o material educativo. Foi um momento mais que proveitoso para uma reflexão crítica sobre todo o processo do trabalho, em atendimento aos pressupostos da pedagogia freiriana e da Pesquisa Convergente-Assistencial.

No encontro, entre mim e cada idoso, desvelaram-se não somente seus saberes e experiências, no tocante à doença e ao processo cirúrgico de catarata, mas possibilitou para o diálogo situações muitas vezes silenciadas na relação profissional-cliente nos serviços de saúde. Estas situações, comumente geram ansiedade, constrangimentos e outros sentimentos, que ratificam a hierarquização de saberes sustentados no conhecimento da ciência e na manutenção da ignorância do saber.

8.1. Avaliação dos idosos sobre a pesquisa e a edição da cartilha ilustrada

Os idosos, na condição de protagonistas e produtores de diálogo, teceram comentários e avaliaram todo o processo da pesquisa e de seu produto (cartilha ilustrada). No encontro entre mim e eles, destacaram os novos conhecimentos assimilados. Revisitaram experiências anteriores, trouxeram concepções de seu espaço de vida comum e se aproximaram do conhecimento científico-profissional, cujo acesso faz-se de diferentes formas: mídia televisiva, redes sociais, relações sociofamiliares e com os próprios profissionais de saúde.

De fato, o momento foi oportuno e necessário porque, ao tempo em que puderam confirmar aspectos discutidos nas primeiras etapas da pesquisa, ratificando a necessidade de integrá-los no material educativo, fizeram proposições adicionais ao que julgavam importante conter nesse material, uma vez que, o acesso às informações é um direito de todo cidadão.

Ao serem questionados a respeito da participação no processo, os idosos relataram os motivos pelos quais consideraram positiva a proposta educativa, ao esclarecerem suas

dúvidas e desmistificarem sentimentos como medos e ansiedade. Ademais, demonstraram preocupação e espírito solidário com outras pessoas que, porventura, passem por situações semelhantes no referente à doença, à cirurgia e às relações estabelecidas com os profissionais no âmbito hospitalar:

IM1: “(...) espero que as minhas experiências e aprendizados sejam úteis para alguém... Me sinto lisonjeada em poder ajudar falando das minhas vivências...”

IM2: “(...) ah, tomara que meus relatos tranquilizem outras pessoas que vão operar... As pessoas precisam perder o medo e acho que isso só acontece quando se aprende sobre o assunto. Daí as pessoas passam a se cuidar melhor. Espero que sua pesquisa traga esses esclarecimentos porque muita gente desconhece o assunto”

IM3: “(...) acho que vai ser muito bom para quem não tem acesso à informação”

IH5: (...) mas acho que sua pesquisa é coisa de muita responsabilidade, e que vai ajudar muita gente como eu, ah isso vai!”

IH16: “Ponto positivo: tudo que serve para a coletividade com intuito de melhorar as condições de alguns, é positivo. A partir daí não vejo ponto negativo. O material educativo que conseguimos pensar juntos foi bem bacana, acho que não tenho nada a acrescentar, não!”

O acesso ao conhecimento, a garantia de espaço de diálogo que os permita ouvir e serem ouvidos, os empoderam e criam neles a possibilidade de pensar, refletir, questionar, de se reinventar como pessoa e provocar mudanças que afetam a si e ao outro.

IM4: “(...) já conheci várias pessoas que não sabiam nada sobre o assunto... não sabiam nem o que era catarata, mas iam operar. Espero que sua pesquisa ajude essas pessoas... É preciso maiores investimentos em educação e saúde em nosso país”

O diálogo proporcionou aos idosos a elaboração de uma reflexão crítica acerca da carência de informações, que perceberam não só em relação à situação de saúde-doença vivida por eles, mas trazidas de outros lugares e circunstâncias.

IM4: “(...) esse trabalho que você está fazendo, de conversar com as pessoas para saber o que elas sabem e o que pode ser acrescentado, devia ser feito em todo lugar, mas não vemos isso. Te falo isso porque, quando meu marido operou, tive que ir atrás do conhecimento. E acredito que havendo um trabalho assim, como esse que está sendo feito aqui, melhoraria muito para as pessoas que precisam da cirurgia de catarata. (...)considero importante”

IH5: “(...) espero que um dia, essas coisas de desinformação melhorem. Nós precisamos

saber(...). Porque do jeito que aconteceu comigo pode acontecer com outras pessoas. Eu nem sabia que o problema era por dentro do olho... Como que eu podia estar com catarata?! Mas vou te falar, viu? Nem as pessoas que eu falava da catarata entendiam isso também. Porque elas olhavam para meus olhos e também não viam nada!” (...) tem que ter informação e divulgação senão não adianta. As pessoas desconhecem o assunto, eu desconhecia o assunto. Aprendi um pouco. Aliás, cada dia aprendo um pouco”.

A provocação pelo diálogo evoca no indivíduo sua capacidade de refletir e de buscar, cada vez mais, o conhecimento. Afinal, o ser humano é sujeito de sua própria educação, não objeto dela (FREIRE, 2010):

IH5: “(...) espero que tudo o que eu falei possa ser usado pra informar outras pessoas como eu”.

IH5: “(...) seu trabalho só vai somar, vai ajudar muita gente. Escreve aí o que estou dizendo! (gesticulando assertivamente)”.

IM6: “(...) para mim é difícil falar. Mas acho que está bom. Já aprendi alguma coisa”.

IH7: “(...) se o sujeito chega para operar sem saber nada, vocês podem explicar, né? É muito ruim não saber o que vai acontecer com a gente... E esse trabalho que você está fazendo aqui de conversar com as pessoas para fazer o serviço melhorar, é bom demais. Agora entendo que a visão com névoa é sinal de catarata. Quando alguém me perguntar já vou poder explicar”.

E nesse movimento de avaliação e reflexão, os idosos trouxeram elementos importantes, ratificando a importância do trabalho educativo e sugerindo temas para inclusão na cartilha:

IM8: “(...) só vejo ponto positivo. Tudo que é para o bem é bom. Talvez se colocassem a que horas que deveria começar a usar os colírios no papel, que nos dão, fosse bom. Muito legal! As pessoas precisam descobrir sobre essas coisas, né? Tô muito feliz dessa conversa, porque é importante aprender. Se essa pesquisa vai ajudar outras pessoas isso é maravilhoso”.

IM9: “Sobre minha participação? Ah, agradeço por poder estar ajudando, mesmo sem achar que, o que eu sei, seja suficiente pra ajudar outras pessoas”.

Ao ser questionada a se manifestar sobre o que considerava pontos positivos e negativos, e o que modificaria, acrescentaria ou sugeriria acerca do processo educativo do qual havia participado, a fala enfática de IM9 evidencia o quanto as pessoas carecem de informação, de uma escuta qualificada e atenta às suas necessidades e demandas de conhecimento e de cuidado:

IM9: *“Ponto positivo? Que as pessoas precisam aprender o que precisa fazer depois da cirurgia e também como a cirurgia acontece”.*

IH16: *“(...) pude perceber que havia muitas coisas que eu não sabia mesmo depois de ter operado um dos olhos. Já na segunda cirurgia foi bem mais fácil, pois estava tudo bem recente na memória. E por isso já não senti tanta dificuldade pra seguir as orientações. Mas sei que isso é importante, há muita gente precisando de informações e não tem acesso”.*

IH18: *“(...) considero seu trabalho importante, penso que as pessoas poderão se utilizar dessas informações. Seu material educativo é muito bem ilustrado, e pode ser realmente muito útil a quem busque mais informações...”.*

E quanto mais empoderados de sua condição de sujeitos, mais exercitavam sua capacidade crítica e de reflexão:

IM10: *“Ah, estou maravilhada! Nunca pensei um dia participar de algo assim, fiquei muito feliz! Queria ter vivido tudo isso antes de fazer a primeira cirurgia, pois acho que isso ia me deixar mais tranquila, mais bem informada, menos nervosa. (...) Como ponto positivo, eu acho esse trabalho que está sendo feito muito importante”.*

IH12: *“Pra mim tudo é importante. E positivo também. Queria entender como era essa operação e consegui entender depois dessas conversas todas que tivemos e desse estudo todo que fizemos. Sim, porque isso foi um estudo!”.*

IM13: (...) *“eu gostei muito de participar!”.*

Os depoimentos confirmaram os preceitos de Freire, haja visto “que a aprendizagem se constrói por um processo de interação educador-educando”. Isto porque, “o educador que escuta aprende a difícil lição de transformar seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele...” (FREIRE, 1996, p.113). E, assim, os idosos ratificaram a importância da relação do cuidado entre o idoso e a enfermeira quando decorre de um diálogo.

IM15: *“(...) estou muito feliz em participar... Ponto positivo: esse momento de conversa eu achei muito bom, porque faz a gente entender melhor sobre a cirurgia e sobre detalhes importantes que não aprendemos a não ser na hora que realmente se precisa”.*

IM17: *“Gostei muito que você veio aqui, porque agora deu para entender essa coisa toda. Se alguém me perguntar, já sei dizer o que é importante... e também fazer tudo direitinho...”.*

É preciso investir na autonomia dos idosos, na qualidade de categoria que pressupõe estado e não algo imutável e absoluto. Oportuno reconhecer os limites impostos pela fisiologia humana, próprios do processo de envelhecer, mas, de igual modo, trabalhar as potencialidades dos idosos, seus saberes e suas experiências. Em um processo recíproco, educador e educandos devem participar da construção de novos e revisitados saberes, responsáveis pelas mudanças progressivas e necessárias no âmbito da promoção da saúde, prevenção de doenças e danos que comprometam o bem-estar humano, alguns dos quais evitáveis, desde que se viabilize continuamente espaços de escuta e de trocas, no interesse da saúde humana pensada na sua integralidade.

8.2. Avaliação da pesquisadora sobre o desenvolvimento da pesquisa e o seu produto

A importância da participação de cada idoso no processo de criação do material educativo, por meio do diálogo esclarecedor, com elementos que partiram da sua situação existencial concreta, de viver a situação da doença e do processo cirúrgico, fez-me refletir, nos dizeres de Freire (FREIRE, 2014), que o conhecimento é, de fato, incompleto, inconcluso e inacabado.

A alteridade possibilitada pelo encontro entre mim e eles, contribuiu para que todos - tanto eu, na condição de enfermeira-pesquisadora (educadora), quanto em cada um dos idosos participantes (educandos) -, pudéssemos usufruir do conhecimento compartilhado que engendra transformações, de pensar e de agir, em face dos aprendizados necessários para o cuidado de si.

Essa mudança de perspectiva na relação do cuidado entre a enfermeira e o cliente é capaz de promover uma autêntica comunicação entre pessoas que têm sentimentos, desejos, sonhos, dentre outros atributos humanos. Implica coconstrução de saberes e possibilidade de transformação da realidade, culminando dessa forma, numa interação mútua, verdadeira, horizontal e humanizada, voltada à libertação dos oprimidos por meio da ruptura da cultura do silêncio, revelando a importância da enfermeira nestes momentos (MARTINS; ALVIM, 2012, p.369).

Tendo em conta tais considerações, utilizava-me de linguagem clara, considerando o universo vocabular dos participantes, de modo que cada um pudesse tomar consciência de seu contexto e das mudanças requeridas, e de forma a sentirem-se mais seguros e confiantes no processo cirúrgico. É fato que minhas experiências

profissionais serviram de facilitador do processo educativo, mas os saberes da experiência de cada idoso participante foram essenciais para a criação da cartilha, “(...) *“aquelas coisas que a gente aprende com a vida”* (IH19).

Desse modo, fui capaz de compreender o universo de cada um, ora exercitando a escuta atenta e sensível, ora fazendo-me ser ouvida por eles. Neste movimento dialógico e problematizador, assumi o compromisso em criar relações horizontais e de promover o cuidado compartilhado, somente viável no encontro de saberes: técnico-científicos e populares.

Dialogar com esses idosos fez-me, também, refletir que é necessário investir na mudança de atitude do profissional na relação com o cliente, para que o modelo de educação “bancária”, ainda predominante de modo mais emblemático no espaço hospitalar, seja superado por um modelo que liberta, fazendo com que o sujeito integre ativamente o processo de cuidar-educar. Penso que, somente assim seja viável tornar o outro independente e não mero “*depósito de informações*”. Afinal, educar e educar-se na prática da liberdade, não é estender algo desde a “sede do saber” até a “sede da ignorância” para “salvar” com este saber, os que habitam na ignorância (FREIRE, 2011).

A prática reducionista quase sempre possui maior expressão, principalmente quando se trata de procedimentos pontuais, de curta duração do cliente no espaço institucional e da relação com os profissionais de saúde, como é o caso do idoso em processo cirúrgico de catarata. A orientação dialogada, um importante instrumento de educação em saúde, acaba por não ocorrer, dando lugar às ações fragmentadas que podem resultar em prejuízos no pós-operatório.

A proposta desta pesquisa, além do apoio dos participantes, como se pode apreender pela avaliação dos seus depoimentos, obteve também boa receptividade por parte da equipe profissional do campo pesquisado. Com isso, atendeu ao propósito de um tipo de investigação que requer a concordância e a participação dos envolvidos na prática assistencial.

A construção do material educativo, subsidiada pelos saberes e experiências dos idosos, acerca da doença e dos conhecimentos e demandas de cuidado no pré e pós-operatórios de catarata, a título de tecnologia voltada à prática assistencial, pode subsidiar o encontro da equipe de enfermagem com os idosos e sua família, promovendo atividades dialógicas, de natureza lúdica, trazendo elementos sobre a doença e o processo cirúrgico,

valorizando o que esses idosos trazem consigo, de seu saber de experiência feita, considerando o seu universo vocabular e seu contexto ao mesmo tempo plural e singular.

Embora a equipe de enfermagem da UPC tenha se mostrado receptiva e participativa à proposta educativa, para sua plena implementação neste campo é necessária disponibilidade de tempo e de material humano, a fim de possibilitar a efetividade do cuidado. Os desafios a serem superados é que vão dar um novo formato ao serviço prestado, pois exaltam o saber-fazer e o saber-pensar em enfermagem voltados para o cuidado ao idoso, principal protagonista desse cuidado, e que necessita ser visto e respeitado como ser autônomo no cuidado de si.

No que se refere ao campo da pesquisa, é necessário se considerar as características próprias da instituição hospitalar, estruturada sob modelo biomédico, dotado de cultura própria desse lugar, como local de procedimentos técnico-procedimentais, voltados, em especial, ao atendimento das necessidades físicas e biológicas dos clientes. Isso limita ações que fujam a essa lógica, principalmente devido à formação ideológica dos profissionais alicerçada, predominantemente, nessa base. Com isso, é prática comum ignorar as habilidades do cliente, assim como seus saberes no contexto hospitalar, porém, embora não seja tarefa fácil, é possível romper com o instituído. Mas, para tanto, é preciso desconstruir práticas enraizadas ao longo da trajetória profissional.

É necessário o exercício da reflexão acerca das possibilidades apresentadas e construir novas práticas, indo ao encontro dos preceitos de Freire (2011, p.127) para quem “o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros de cima para baixo como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida... (...) mas é escutando que aprendemos a falar com o outro”.

O encontro com Freire, no desenvolvimento da proposta da Pesquisa Convergente-Assistencial, mostrou-me que é possível realizar uma prática de cuidado mais voltada à necessidade desse público social e, pelo diálogo, conduzir à reflexão e às críticas necessárias à tomada de consciência acerca do cuidado de si. Essa articulação do referencial teórico com a PCA favoreceu a construção do material educativo, corroborando com a proposta da pesquisa em questão.

Destaco também que, será apresentada à equipe da UPC a proposta do material educativo realizado, a fim de envolvê-la com a possibilidade de inclusão desta tecnologia em atividades de educação em saúde junto aos idosos, que vivenciarão o processo cirúrgico da catarata. Sugere ainda, conceber a todos os envolvidos o rompimento com

práticas educativas verticalizadas, cunhadas à biomedicina. Isto posto, o cuidado centralizado na doença dá lugar à concentração no sujeito, portador de direitos, a fazer as próprias escolhas em que pese a responsabilidade com sua saúde e bem-estar.

CAPÍTULO IX

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo configurou-se como uma pesquisa de campo, elaborado a partir da aplicação do método de PCA, cujos princípios teóricos e práticos se caracterizam pela aproximação intencional da enfermeira com a prática assistencial, objetivando a melhoria da assistência prestada às pessoas daquele contexto social.

Neste sentido, um dos principais elementos norteadores desta pesquisa foi atribuir à enfermagem a relação do “saber pensar” com o “saber fazer”. Trabalhar com o método PCA permitiu-me, na qualidade de enfermeira-pesquisadora, realizar a produção de dados e intervir nos problemas que emergiram na ocasião em que realizava meu trabalho. Ao unir as ações da prática à proposta educativa, atendendo aos critérios de **imersibilidade** e **simultaneidade** da PCA, os idosos ganharam participação ativa em todas as etapas do estudo.

O diálogo com cada participante foi articulado por um roteiro de entrevista semiestruturado que versava sobre o que os idosos sabiam sobre a doença e a cirurgia, suas experiências prévias e atuais, dúvidas existentes, dificuldades encontradas, expectativas com a cirurgia e os cuidados pós-cirúrgicos necessários. O processo, dialogado para produção de dados e posterior organização e categorização temática, se deu à luz das bases teórico-conceituais adotadas no estudo, de modo a atender os objetivos nele propostos.

Como defendi nesta pesquisa, a pedagogia freiriana foi oportuna e aplicável no campo da educação em saúde, uma vez que valoriza a experiência e a observação da realidade no diálogo entre o educador e o educando. Este diálogo, que permeia a relação da enfermeira com o cliente torna possível o despertar da consciência crítica deste último. Na medida em que, ao falar sobre as questões que lhe são apresentadas para o debate, o educando (no caso, o idoso) reflete sobre o que foi dito e pode, durante o processo, tomar consciência da necessária mudança. Como o processo de cuidar-educar implica na relação dos sujeitos que dele participa, nesta pesquisa, de natureza convergente-assistencial, assumi a posição de facilitador ao mesmo tempo compartilhando saberes e experiências dos idosos sobre a catarata e o processo cirúrgico. Assim, como sujeitos da história, imersos em crenças e valores próprios de sua cultura e de seu lugar social, os idosos não

foram reduzidos a “recipientes vazios” para que neles fossem depositadas informações sobre o tema estudado, mas foram provocados por mim a discutirem as questões trazidas para o encontro dialogado.

Os saberes e experiências que os idosos trouxeram revelaram lacunas de conhecimento, na identificação da doença, por exemplo, de como ela surge, o tipo de catarata e no entendimento de que não se trata apenas de uma “*pelinha*” que cresce no olho. No que diz respeito ao processo cirúrgico em si, eles incorreram em outros equívocos, tais como a suspensão ou manutenção de medicamentos no momento pré-cirúrgico, uso inadequado de colírios e na falta de higienização das mãos. No entanto, alguns cuidados ressaltados pelos participantes precisam ser reforçados. Exemplo disso são atitudes como: “*pegar peso*”, “*evitar calor*”, “*fazer repouso*” e outras. Estas orientações se não forem devidamente esclarecidas, podem gerar dúvidas e causarem complicações evitáveis no pós-operatório, o mesmo ocorrendo em relação aos medicamentos que devem ser suspensos ou não.

As expectativas quanto ao êxito da cirurgia envolveram, de maneira geral, a possibilidade de retorno às atividades da vida diária dos idosos, algumas das quais revelaram o caráter de gênero presente nos discursos dos participantes: *costurar*, *cozinhar*, *cuidar do marido* (idosas mulheres); e *ler* e *pescar* (idosos homens). O medo e a insegurança quanto a possíveis intercorrências e resultados da cirurgia também se apresentaram nos depoimentos dos idosos. São sentimentos que merecem que sejam identificados e discutidos no processo de educação em saúde, haja vista que podem provocar ansiedade, uma situação sempre presente em casos de cirurgia. E que podem, ainda, afetar o equilíbrio emocional da pessoa com repercussões físicas importantes, acarretando em alguns casos, o cancelamento do processo cirúrgico.

Como foi possível mostrar ao longo do texto desta dissertação, havia uma clara passividade no comportamento dos idosos que aguardavam pela consulta médica, nos períodos pré e pós-cirúrgicos. Este comportamento foi verbalizado por alguns deles ao referirem vergonha e medo ou demonstrar inferioridade em face do conhecimento profissional. Ressalte-se que, quando as orientações se circunscrevem ao processo cirúrgico, sem abertura do diálogo como forma de estabelecer confiança e deixar fluir no indivíduo suas expectativas, dúvidas e anseios, deixa-se de valorizar elementos importantes como a escuta, a presença acolhedora e a sensibilidade que qualificam o cuidado.

A proposta educativa em saúde se desenrolou segundo os preceitos do educador Paulo Freire. No momento em que a prática dialógica corrobora o desvelar de saberes e experiências dos participantes e acentua a proposta de mudanças, centralizadas no trânsito da consciência de cada um, coloca o sujeito na posição de protagonista, tornando-o capaz de decidir acerca de suas escolhas.

O processo implementado, discutido e dialogado trouxe benefícios para a prática assistencial, com inovações por meio da criação de material educativo, com resultados positivos conforme avaliação dos idosos. A educação em saúde foi a estratégia de cuidado empregada, o diálogo se apresentou como ferramenta, possibilitando que eles compartilhassem seus saberes e experiências.

A elaboração da cartilha foi sustentada pelos argumentos gerados nos encontros com os idosos e traz no seu bojo demandas de conhecimento e de cuidado, caracterizando-se como importante instrumento na mediação da educação em saúde entre aqueles e as enfermeiras, cumpridoras, assim, de facilitadoras na condução de todo o processo.

Vale ressaltar que o material educativo seja, ao mesmo tempo, informativo e autoexplicativo, a fim de permitir ao idoso e/ou leitor o acesso a qualquer momento que julgar oportuno. E que também seja interativo, pois viabilizará o contato com a equipe de enfermagem a qualquer momento que julgue necessário fazê-lo.

Baseado no Construcionismo Social, alicerce desta pesquisa, no qual o conhecimento emerge a partir das experiências do sujeito e nas suas relações com o mundo ou com outrem, sustento-me nos pensamentos de Paulo Freire de que toda pessoa é capaz de atitudes críticas e reflexivas sobre algo que lhe seja apresentado. E, por esta razão, a ação reflexiva vai conduzindo o sujeito à consciência crítica e à mudança almejada.

Pensar o cuidado sob esta ótica é entender o potencial do sujeito no cuidado consigo próprio, mesmo sozinho ou com a ajuda de outros, conferindo-lhe autonomia necessária ao efetuar cuidados básicos capazes de prevenir complicações no pós-operatório da cirurgia de catarata. O que o torna responsável por uma intervenção eficaz, condizente com sua realidade situacional.

Com isso, foi se descortinando a realidade do idoso no campo social do estudo pelo diálogo, demonstrando os laços da experiência prática com os conhecimentos científicos, considerando o contexto institucional. Os resultados confirmam o pensamento de que não há conhecimento absoluto, e que todos possuem certo saber, construído sobre

as bases que sustentam cada qual, seja o conhecimento comum seja o conhecimento científico. Por esse motivo é necessário explorá-los avistando o alcance da autonomia do idoso no cuidado de si, reduzindo, desta forma, o tempo de abordagem do profissional no processo de educar-cuidar.

Da prática dialógica junto aos idosos, que vivenciaram o processo cirúrgico de catarata, foi possível fazer emergir seus saberes e experiências sobre este processo, e a construção de um novo saber compartilhado entre mim e eles, proporcionando a elaboração do material educativo.

A validação interna (com o público alvo) e a externa (com os peritos no tema) encerram as etapas necessárias à divulgação do material editado. Vale salientar que a proposta desta pesquisa não abarcou esta etapa de validação, conforme prevê sua sistematização, mas cumpriu a etapa de avaliação do material produzido pelos idosos.

A cartilha ilustrada proposta é uma tecnologia que poderá ser usada como parte das ações educativas ao idoso, que se submete à cirurgia de catarata. Ela colabora tanto com as orientações dialogadas, se constituindo em aliada do processo de interação entre a enfermeira e o idoso, quanto em outros espaços, inclusive domiciliar. Isto porque, o caráter autoexplicativo do material pode contribuir para que o idoso traga suas questões e dúvidas a serem debatidas com a equipe de enfermagem, no espaço institucional. Portanto, ela não substitui o cuidado que se dá na relação face a face com o profissional, mas pode ser uma importante ferramenta na produção e aprovação do conhecimento e das ações dele derivadas.

REFERÊNCIAS

ALHASSAN, M. B.; KYARI, F.; EJERE, H. O. Peribulbar versus retrobulbar anesthesia for cataract surgery. **Cochrane Database Syst Rev.** 2015 Jul 2;(7):CD004083.

AN, J. A. et al. Evaluation of eyedrop administration by inexperienced patients after cataract surgery. **J Cataract Refract Surg**, v. 40, n. 11, p. 1857-61, Nov. 2014. ISSN 0886-3350.

ÁVILA M.; ALVES, M. R.; NISH M. **As Condições de Saúde Ocular no Brasil - 2015.** 1. ed. São Paulo, SP: Selles & Henning Comunicação Integrada, 2015. v. 1. 145p

BARBOSA, K. T. F.; COSTA, K. N. F. M.; OLIVEIRA, F.M. R. L.; FERNANDES, M. G. M. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the family health strategy. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, p. 01-10, 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 4ªed. São Paulo: Edições 70, 2010.

BEDIN, T. **Anestesia em Oftalmologia:** Uma Revisão Bibliográfica das Abordagens Anestésicas. In: XX Mostra Científica, 2017, Lages, SC. Anais XX Mostra Científica. Lages, SC: UNIPLAC, 2017. v. 5.

BÔAS, N.V.; DOCA, R.H.; BISCUOLA, G.J. **Física 2:** Termologia Ondulatória Óptica. 2ªed. São Paulo: Editora Saraiva. v. 2, p. 70, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2009. 105p.

BRASIL. Ministério da saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <[www.http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: Nov, 2016

BRASIL. Ministério da saúde. Documento de Referência para Pesquisa com Seres Humanos. Disponível em: <[www.http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição /Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas /**Protocolos Assistenciais**. Manual Operacional.Porto Alegre: 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 4. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 4. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015. 68 p.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº36**. De 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2013

BRAVO FILHO, V. T. F.; VENTURA, R. U.; BRANDT, C. T.; SARTESCHI, C.; VENTURA, M. C. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia (Impresso), v. 75, p. 161-165, 2012.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, Mar. 2005.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 13ªed. Rio de Janeiro, Inter americana, 2015.

BYLSMA G. W.; ANHCHUONG L.; MUKESH B. N.; TAYLOR, H. R; MCCARTY, C. A Utilization of eye care services by Victorians likely to benefit from eye care. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, v. 32, n. 6, 2004.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRAO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, v. 29, p. 1217, 2013.

CARVALHO, C. C.; ROMERO, D.; MARQUES, A. P. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e políticas nacionais de saúde do idoso: aproximações e propostas Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia, 2012.

CHAVES, E. C.; CADE, N. V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 162-167, Apr. 2004.

CUSATO JUNIOR, S. R. Classificação das cataratas: lentes de contato e cuidados primários. *IBTPLC*, v. 1, p. 1-3, 2016.

DAVISON, M.; PADRONI, S.; BUNCE, C.; RÜSCHEN, H. Sub-Tenon's anaesthesia versus topical anaesthesia for cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD006291.

DELPHINO, T. M.; SOUZA, P. A.; SANTANA, R. F. Telemonitoring as intervention in the postoperative facectomy: systematic review of the literature. *REME. Revista Mineira de Enfermagem*, v. 20, p. 937, 2016.

DOMINGUES, V. O.; LAWALL, A. R. N.; BATTESTIN, B.; LIMA, F. J. R.; LIMA, P.; M.; FERREIRA, S. H.; MORAES, C. F. Catarata senil: uma revisão de literatura. *Rev Med Saude Brasilia*, v. 5, n. 1, p. 135-44, 2016.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI FILHO, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterScience Place*, v. 1, p. 106-132, 2012.

FEITOSA, S. C. S. Educação e sujeitos dialéticos. In: *Coleção Memória da Pedagogia*. n.4. Paulo Freire: a utopia do saber. Manuel da Costa Pinto (Ed.) Moacir Gadotti et al (Cols.).Rio de Janeiro: Ediouro; São Paulo: Segmento-Duetto, 2005, p.30-37.

FERREIRA, D. H. Cuidados de Enfermagem para Prevenção de Lesão por Adesivo: Protocolo de Manejo Clínico. 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O.; MOREIRA, M. A. S. P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso)*, v. 21, p. 513-518, 2012.

FONTANELLA, B. J.; LUCCHESI, B. M. ; SAIDEL, M. G. ; RICAS, J. ; TURATO, E. R. ; MELO, D. G. . Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, v. 27, p. 388-394, 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011

FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança - Um Reencontro Com A Pedagogia Do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*.50ªed. Rio de Janeiro; ed. Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. 30ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death,

1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053): 1459-544.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016, 146 p.

KARA-JÚNIOR, N.; DELLAPI JÚNIOR, R.; ESPÍNDOLA, R. F. D. 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. 323-325, 10 2011.

KIVANC, S. A. et al. Sociodemographic status of severely disabled and visually impaired elderly people in Turkey. *Arq. Bras. Oftalmol.*, São Paulo, v. 79, n. 1, p. 24-29, Feb. 2016.

LEÃO e SILVA, L. O.; DIAS, C. A.; RODRIGUES, S. M.; SOARES, M. M. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 16, p. 654-660, 2011.

LEE, C. M.; AFSHARI, N. A. The global state of cataract blindness. *Curr Opin Ophthalmol*, v. 28, n. 1, p. 98-103, 2017.

LOPES, M. M. B.; CARVALHO, J. N.; BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem (UNIFESP. Impresso)*, v. 22, p. 819-827, 2009.

MACÊDO, B. G.; PEREIRA, L. S. M.; GOMES, P. F. ; SILVA, J ; CASTRO, A. N. V. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (UnATI. Impresso)*, v. 11, p. 419-432, 2008.

MAGALHÃES, M.G.M.; ALVIM N. A. T. Complementary and integrative therapies in nursing care: an ethical focus Prácticas complementarias y de integración en el cuidado de enfermería: un enfoque ético. Esc. Anna Nery (impr.)2013 out - dez; 17 (4): 646 – 653.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, June 2015 .

MARBACK, R. F. Cirurgia de catarata: opiniões, expectativas e reações emocionais de pacientes com visão mono versus binocular. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. 7ed.São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2):368-73.

MCEWEN, B. S. Introduction: The end of sex as we once knew it. Physiology & Behavior, 2009, p. 143–145.

MEDINA, NORMA H.; HARO-MUNOZ, E. Atenção à Saúde Ocular da pessoa idosa. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online), v. 8, p. 23-28, 2011.

MENEZES, R.L.; BACHION, M. M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. Revista Brasileira de Oftalmologia, v. 71, p. 23-27, 2012.

MINAYO, M.C.S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

NIETSCHE, E. A.; LIMA, M. G. R.; RODRIGUES, M. da G.S. ; TEIXEIRA, J. A. ; OLIVEIRA, B. N. B.; MOTTA, C. A. ; GRIBLER, V. M. ; GRIBLER, C. S. ; LUCAS, D.; FARIA, M. K. F. de . Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 2, p. 182-189, 2012.

OLIVEIRA, C.; ROSA, M.; PINTO, A.; BOTELHO, A.; MORAIS, A.; VERÍSSIMO, M. Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Gabinete Editorial de relações Públicas e Imagem da faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010.

OLIVEIRA, J. M.; FERREIRA, S. O.; BISPO, N. N. C.; CONCONE, M. H. V. B. Alterações físico-sociais decorrentes do envelhecimento na perspectiva de idosos institucionalizados. Revista Kairós Gerontologia, v. 18, n. 4, p. 197-214, 2015.

PAIM, L.: TRENTINI, M. Pesquisa Convergente Assistencial Editora Insular, 1ª Ed. 2004

PAIM, L.: TRENTINI, M.; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial Editora Moriá, 3ª Ed. 2014

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Ver. Latino-Am. Enfermagem[internet], v. 20, 108 telas, jan./fev., 2012.

REZENDE, F. Cirurgia de Catarata. 3ªed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2010

REZENDE, F.; BISOL, R. R.; BISOL, T. Troca do cristalino com finalidade refrativa (TCR). Revista Brasileira de Oftalmologia (Impresso), v. 68, p. 180-187, 2009.

ROMANINI, M.; DETONI, P. P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. P o l i s e P s i q u e, v. 4, p. 206-229, 2014.

SANTOS, C. E. C. C. C. *Anestesia em oftalmologia - bloqueio peribulbar punção única - abordagem canto medial versus abordagem lateral*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Anestesia) – Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro.

SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S.; BARBOSA, M. H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia, nº12, v. 2, p. 692 – 697, 2010

SILVA JUNIOR, Evanildo Souza da et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s49-s60, Nov. 2010.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, Sept. 2012.

SOUZA, E. M.; CORVINO, M. M. F.; LOPES, B. C. Uma análise dos estudos sobre o feminino e as mulheres na área de administração: a produção científica brasileira entre 2000 a 2010. *Organ. Soc.*, v.20, n.67, p.603-621, 2013.

SOUZA, S. P. A.; SILVA, W.B.; AGUIAR, P. M.; LYRA JÚNIOR, D. P. Administração de colírios em idosos. In: XVII Congresso Norte Nordeste de Oftalmologia, 2010, Aracaju. *Anais do XVII Congresso Norte Nordeste de Oftalmologia*, 2010.

TARGINO, T. I. C. Atuação do conselho municipal do idoso. ENTREVISTADOR: BARBOSA, M. F. M. NATAL, 2012.

TAVARES, V.; COLOSSI, C. G.; SAALFELD, V.; VILELA, M. A. P. Facoemulsificação sob anestesia tópica: série de casos. *Revista Brasileira de Oftalmologia (Impresso)*, v. 72, p. 178-180, 2013.

TODARO, M. A.; GUIMARÃES, Maria de Fatima. As pessoas idosas e o processo de alfabetização: algumas implicações pedagógicas. *Sóciopoética (Online)*, v. 2, p. 1-18, 2014.

TRONCA, G. A. *Prognóstico visual na cirurgia de facoemulsificação da catarata com implante de lente intra-ocular*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

VERAS, R. P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis (UERJ. Impresso)*, v. 23, p. 304-310, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet] Summary: world report on disability. Geneva: WHO; 2011 [cited 2017 Sep 18]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_en.pdf

ZHAO, L.; CHEN, X. et al. Lanosterol reverses protein aggregation in cataracts. *Nature* v. 523, p. 607–611.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA

Orientadora: Prof^ª Dr^ª NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

APÊNDICE A- CRONOGRAMA

Cronograma da Pesquisa		
	<u>Mês</u>	<u>Atividades</u>
Introdução à Pesquisa	AGOSTO/2016 SETEMBRO/2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisão e estudo do projeto; ➤ Ampliação da Revisão de Literatura; ➤ Construção do Cronograma de trabalho.
Preparo da Pesquisa	OUTUBRO/2016 NOVEMBRO/2016 DEZEMBRO/2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisão e ampliação da proposta da pesquisa; ➤ Elaboração de instrumento de coleta de dados; ➤ Elaboração de instrumento de coleta de dados.
Contato e Agendamento da Pesquisa	JANEIRO/2017 FEVEREIRO/2017 MARÇO/2017 ABRIL/2017 MAIO/2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação do projeto de pesquisa aos diretores; ➤ Preparo da pesquisa de campo; ➤ Preparo da pesquisa de campo; ➤ Preparo da pesquisa de campo; ➤ Defesa do Projeto de Pesquisa; ➤ Preparo e encaminhamento ao CEP.
1º etapa de produção de dados:	JUNHO/2017 JULHO/2017 AGOSTO/2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Imersibilidade no cenário; ➤ Imersibilidade no cenário; ➤ Convite para participação da pesquisa e assinatura do TCLE;
2º etapa de produção de dados	AGOSTO/2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preenchimento do questionário de identificação e perfil sociocultural.

<p>3º etapa de produção de dados</p> <p>4º etapa de produção de dados</p> <p>5º etapa de produção de dados</p>	<p>SETEMBRO/2017</p> <p>OUTUBRO/2017</p> <p>OUTUBRO/2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão/diálogo individual; ➤ Elaboração dos relatórios; ➤ Análise e interpretação dos dados; ➤ Ampliação da literatura; ➤ Início da construção do protocolo e cartilha; ➤ Avaliação e aprovação da proposta do material.
<p>Relatório dos resultados preliminares</p> <p>Relatório Final</p>	<p>NOVEMBRO/2017</p> <p>DEZEMBRO/2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório preliminar dos resultados da pesquisa; ➤ Elaboração do relatório final da pesquisa.
<p>Organização e pré-análise dos dados</p>	<p>JANEIRO/2018</p> <p>FEVEREIRO/2018</p> <p>MARÇO/2018</p> <p>ABRIL/2018</p> <p>MAIO/2018</p> <p>JUNHO/2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração do relatório final da pesquisa; ➤ Elaboração da análise de dados; ➤ Elaboração da análise de dados; ➤ Organização das elaborações das análises de dados; ➤ Qualificação do Projeto; ➤ Análise e interpretação dos dados; ➤ Considerações finais; ➤ Redação final/ Revisão de português/ Tradução ao inglês; ➤ Defesa da Dissertação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA
Orientadora: Prof^ª Dr^ª NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

APÊNDICE C -PLANO DE DISSEMINAÇÃO DE RESULTADOS

ATIVIDADES	2º / 2 0 1 6	1º / 2 0 1 7	2º / 2 0 1 7	1º / 2 0 1 8
Participação no Núcleo de Pesquisa	X	X	X	X
Redação e encaminhamento para periódico B1 A2 A1	X		X	
Participação do XIX Congresso Internacional da Sociedade Brasileira de Oftalmologia		X		X
Participação no XV Simpósio da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Oftalmologia	X			X
Participação no Congresso Brasileiro de Enfermagem			X	
Participação no XXII Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira e Reabilitação Visual		X		
Participação no Pesquisando em Enfermagem da EEAN/UFRJ		X		X
Outros eventos não agendados até a presente data	X	X	X	X

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA**Orientadora: Prof^a Dr^a NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM****APÊNDICE B-ESTADO DA ARTE**

Nº	Título	Autores/Ano	País	Métodos	Amostra	Objetivos
1	As Estratégias de Prevenção em Saúde Ocular no Âmbito da Saúde Coletiva e da Atenção Primária da Saúde	Autor: Ricardo Augusto Palleta Guedes Revista APS, jan./jun.2007	Brasil	Qualitativo	14 artigos científicos	Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre prevenção à cegueira. Salientando que sem ação conjunta e integralizada não há como combater o problema.
2	Condições Visuais Autorrelatadas e Quedas em Idosos Institucionalizados	Autores: Ruth Losada de Menezes, Maria Márcia Bachion Revista Brasileira de Oftalmologia, fev.2012	Brasil	Estudo Prospectivo	59 idosos	Avaliar as condições visuais autorrelatadas por idosos institucionalizados e sua relação com acidentes por queda.
3	O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos	Autores: Basílio Rommel Almeida Fechine, Nicolino Trompieri Revista Científica Internacional, 2012	Brasil	Qualitativo	40 Artigos científicos	Analisar e entender o processo de envelhecimento para desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência de modo a garantir a vivência do ciclo final de vida de forma autônoma e qualitativamente positiva fornecendo subsídios e intervindo acerca do envelhecimento.

4	Atenção à Saúde Ocular da Pessoa Idosa	Autores: Norma Helen Medina, Emiliano Haro Munõz Boletim Epidemiológico Paulista, 2011	Brasil	Revisão Integrativa	23 Artigos científicos	Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os avanços para saúde ocular e a prevenção da cegueira dos idosos no Brasil com a perspectiva de implantar atividades de saúde ocular na atenção básica para todas as equipes de saúde, consolidando a Política Nacional de Oftalmologia.
5	Impacto do Déficit Visual na Qualidade de Vida em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde Vivendo no Sertão de Pernambuco	Autores: Vasco Torres Fernandes Bravo Filho, Roberta Urbano Ventura, Carlos Teixeira Brandt, Camila Sarterschi, Marcelo Carvalho Ventura. Arq. Bras. Oftalmol. Maio-Junho, 2012.	Brasil	Quânti-Quali	580 idosos	Avaliar o impacto das doenças sobre a qualidade de vida de uma população idosa no sertão de Pernambuco (Nordeste). Resultado das variáveis quantitativas encontradas foram expressos por suas médias e desvios-padrão, enquanto as variáveis qualitativas foram expressas pelas frequências absolutas e relativas. Com isso obtiveram dados que salientaram que quanto pior a visão pior a qualidade de vida do idoso.
	Utilization of Eye Care Services by Victorians Likely to Benefit from Eye Care	Autores: Guy W. Bylsma, Anhchuong Le, Bickol N. Muskesh,	Austrália	Quantitativo		Avaliar a utilização dos serviços oftalmológicos pelos australianos com

6		Hugh R. Taylor, Catherine A. McCarty. Clinical & Experimental Ophthalmology, 2004			4744 residentes urbanos e rurais	maior probabilidade de se beneficiarem da avaliação ocular.
7	Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado de Enfermagem: um enfoque ético.	Autores: Mariana Gonzalez Martins de Magalhães, Neide Aparecida Titonelli Alvim, Escola Anna Nery, Set-dez 2013	Brasil	Qualitativo	17 Artigos científicos	Caracterizar a participação de usuários na ação e cuidado de enfermagem por meio de práticas integrativas e complementares em saúde, analisando a participação sob o enfoque ético do cuidado de enfermagem, considerando a autonomia e a participação do sujeito em questão.
8	Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional	Autores: Olívia Galvão Lucena Ferreira, Silvana Carneiro Maciel, Sonia Maria Gusmão Costa, Antonia Oliveira Silva, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira. Texto e Contexto Enf. Jul-set. 2012.	Brasil	Quantitativo	100 Idosos	Analisar os fatores determinantes de um envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional.
9	Lanosterol Reverses Protein Aggregation in Cataracts	Autores: Ling Zhao, Xiang-Jun Chen, [...] Kang-Zhang. Nature v.523, 607-611. Jul-2015	EUA	Relato de Experiência	Coelhos (in vitro) Cães (in vivo)	Descreve as experiências com uso de lanosterol e a produção do colírio a partir da molécula lanosterol, anfipática enriquecida no cristalino, que traz resultados revolucionários: reduzindo a gravidade da

						catarata e aumentando a transparência do cristalino.
10	O Processo de Construção de Material Educativo para a Promoção da Saúde da Gestante	Autores: Luciana Magnoni Reberte, Luiza Akiko Komura Hoga, Ana Luisa Zaniboni Gomes. Ver. Latino-Am. Enfermagem, jan-fev. 2012.	Brasil	Pesquisa-Ação	8 Profissionais e 9 gestantes	Ampliar o potencial da gestante e da sua família promovendo a condição de saúde. Implementa a construção da cartilha para superar dúvidas e dificuldades que permeiam o processo de gestação e parto.
11	Evaluation of Eyedrop Administration by Inexperienced Patients After Cataract Surgery	Autores: Jella Angela, Oscar Kasner, Deborah Anne Samek, Valérie Lévesque Nov-2014	Canadá	Estudo Prospectivo	54 pacientes	O estudo envolveu cinquenta e quatro pacientes, objetivando avaliar a eficácia e segurança da administração do colírio após a cirurgia de catarata e identificar preditores de melhor técnica em pacientes sem experiência anterior com colírio.
12	As Condições de Saúde Ocular no Brasil -	Autores: Marcos Ávila, Milton Ruiz Alves e Mauro Nishi. 2015. 1. ed. São Paulo, SP: Comunicação Integrada	Brasil	Qualitativo	32 Artigos	Levantamento das condições de saúde ocular no país demonstrando através dos indicadores o acentuado crescimento da população idosa e os impactos da cegueira. Nesse estudo emerge o perfil epidemiológico e a prevalência de problemas

						visuais na medida que a população envelhece
13	Interdisciplinary Allied Health Education in Treating Older Adults with Low Vision	Autores: Newsham Beckley M, Teaford M H, Kegelmeyer D, Balaswamy S, Flom R, Raasch. J. Allied Health, 2007	EUA	Fórum	—	Estabeleceu metas abrangentes para aumentar a qualidade e os anos de vida saudável e eliminar as disparidades de saúde. Foi criado um curso interdisciplinar para estudantes de saúde desenvolvido para apoiar os futuros prestadores de cuidados de saúde na melhoria da qualidade de vida dos idosos com baixa visão.
14	Recovery After Cataract Surgery	Autor: Susana Porela Tiihonen. 2016. Acta /Oftalmologia, v.94,ed. 5	Finlândia	Estudo Prospectivo	303 pacientes	Avaliar a prevalência, gravidade e duração da dor e outros sintomas de desconforto ocular experimentados após a cirurgia de catarata com técnica de facoemulsificação. Outros objetivos foram identificar níveis de satisfação e medir efeitos na qualidade de vida relacionadas à função visual na vida cotidiana.
	Telemonitoramento como intervenção no pós-operatório de	Autores: Talita Melo Delphino, Priscila Alfradique de Souza,				Identificar o uso do acompanhamento por telefone como intervenção

15	facectomia: revisão sistemática da literatura	Rosimere Ferreira Santana. Ver. Mineira de Enfermagem, v. 20. 2016	Brasil	Revisão Sistemática	5 Artigos Científicos	de enfermagem no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia de facectomia. Tal acompanhamento foi avaliado como necessário e considerado uma alternativa viável e de baixo custo para continuidade dos cuidados pós-operatórios em seus domicílios.
16	Ações da Enfermagem no Controle e Tratamento da Catarata: Revisão Integrativa	Autores: Emanuelle Nunes Cunha, Ana Raquel Carneiro Barreto, Valdilia Santos Costa, Patricia Veiga Nascimento, Silvana Lima Vieira. Ver. Enfermagem 8(2). 407-15, fev-2014	Brasil	Revisão Integrativa	12 Artigos Científicos	Analisar na literatura sobre as ações de enfermagem no controle e tratamento de catarata.
17	Perspectiva Problematizadora da Educação Popular em Saúde e a Enfermagem	Autores: Neide Aparecida Titonelli Alvim, Márcia de Assunção Ferreira. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis. Abr-Jun; 16(2): 315-9	Brasil	Reflexão	—	Refletir acerca da educação popular em saúde no contexto do educar-cuidar da enfermeira, em uma perspectiva crítica e problematizadora.
18	Cuidado Compartilhado: Uma Perspectiva de Cuidar do Idoso Fundamentada na Educação em Saúde	Autores: Maria Luiza de Oliveira Teixeira, Márcia de Assunção Ferreira. Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis, 2009.Out-Dez.18(4): 750-8	Brasil	Qualitativo/ PCA	19 participantes	Identificar os saberes e práticas dos acompanhantes de idosos hospitalizados sobre os cuidados na prevenção e tratamento de úlcera por pressão, integrá-los a um plano de cuidados e discutir sua efetividade.

19	O Diálogo Como Fundamento da Educação Intercultural: Contribuições de Paulo Freire e Martin Buber	Autores: João Colares da Mota Neto, Rafael Grigório Reis Barbosa. 2005 V Colóquio Internacional Paulo Freire- Recife, 19 a 22- set.	Brasil	Reflexão	—	Reflexões que objetivam argumentar sobre a necessidade de uma educação intercultural. Defende-se que uma educação que viabilize diálogo entre culturas permite vislumbrar uma sociedade democrática e multicultural, gerando comportamentos e referências culturais com vocação à paz e à solidariedade.
20	Plano de Cuidados Compartilhado: Convergência da Proposta Educativa Problematicadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem	Autores: Martins, P.A.F. , Alvim N.A.T. 2012 Rev. Brasileira Enefermagem, Brasília. Mar-Abr; 65(2): 368-73	Brasil	Reflexão	—	Assinala uma mudança de perspectiva na relação de cuidado entre a enfermeira e o cliente, no âmbito da implementação do processo educativo. Emerge um Plano de Cuidados Compartilhado como uma proposta educativa-cuidativa, na convergência entre os teóricos Paulo Freire e Leninger, no que tange à pedagogia problematicadora ao cuidado cultural de enfermagem.



APÊNDICE D -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **SABERES E EXPERIÊNCIAS DE IDOSOS SOBRE A CATARATA E O PROCESSO CIRÚRGICO: SUBSÍDIOS À CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO**. E, tem como objetivos: Descrever saberes e experiências de idosos acerca da cirurgia de catarata e dos cuidados pré e pós-operatórios; analisar demandas de conhecimento sobre a cirurgia de catarata e os cuidados no pré e pós-operatórios problematizados com os idosos; construir material educativo como tecnologia de enfermagem voltada às demandas de cuidados relativos ao pré e pós-operatório de cirurgia de catarata. A pesquisa terá duração de 02 (dois) anos, com o término previsto para o mês de julho de 2018. Sua participação não é obrigatória e consistirá em dois encontros de acordo com sua disponibilidade, será agendado dia e horário. O primeiro encontro após ser convidado e ter aceitado participar da pesquisa através do termo de consentimento livre e esclarecido, você responderá a uma entrevista individualmente, na Unidade Pré-Cirúrgica do Hospital Adventista Silvestre no dia em que será submetido à cirurgia de catarata onde responderá a entrevista semiestruturada individualmente, contendo informações sócio demográfico e sobre sua saúde, seguida de discussão problematizadora com a pesquisadora sobre o que sabe e o que deseja saber sobre a cirurgia de catarata e os cuidados necessários após a cirurgia. Poderão ainda ser utilizados fotos oriundas de revistas, jornais ou sites de busca e outras fontes disponibilizadas pela pesquisadora, que apresentem pessoas com visão turva por catarata e as dificuldades encontradas no cotidiano de pessoas portadoras da doença, assim como anatomia do olho e outras que possam colaborar com a discussão sobre o tema. Essa etapa dará subsídios importantes à construção do material educativo. Enquanto que o segundo encontro será combinado previamente de acordo com sua disponibilidade, onde você aprovará ou não o material educativo elaborado pela pesquisadora a partir das discussões com você no primeiro encontro, momento em que poderá sugerir acréscimos ou modificações no material apresentado. Neste momento você responderá a uma entrevista de avaliação sobre todo o processo da pesquisa e sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras, sua participação é voluntária. Os riscos potenciais desta pesquisa são mínimos e estão atrelados ao risco de sentir-se constrangido durante a entrevista, nesse caso você poderá sair da pesquisa ou afastar-se pelo tempo que julgar necessário. A pesquisadora se compromete a zelar pela integridade e pelo bem estar dos participantes respeitando seus valores culturais, sociais, morais assim como religiosos e

éticos, bem como seus hábitos e costumes. Se necessário a pesquisadora suspenderá temporariamente ou definitivamente de acordo com a vontade do participante. Caso persista algum risco emocional e/ou circunstancial, apresentado pelos participantes, a pesquisadora se responsabilizará pela oferta e/ou encaminhamento de apoio psicológico, e caso necessário será retirado do grupo de participantes. Não será usado prontuário ou qualquer outro documento seu. Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa é contribuir posteriormente para o público social idoso que se submeterá à cirurgia de catarata a fim de minimizar riscos que impactem na qualidade de vida dos mesmos. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 05(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012. Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Márcia Cristina Marques Pereira da Silva

Pesquisador responsável

E-mail: marciacmpsilva@gmail.com

Cel:21-99139-5306

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048 R: 200

E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Pesquisadora: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA
Orientadora: Prof^a Dr^a NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

APÊNDICE E-FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

Entrevista nº. _____
Data da entrevista: ____/____/____

1. Dados de Identificação

Identificação: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____
Logradouro: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

2. Dados sociodemográficos

Situação conjugal: _____
Religião: _____
Escolaridade: _____
Profissão: _____
Situação ocupacional: _____
Número de filhos: _____
Renda familiar total: _____
Habitação: _____
Tipo de construção: _____
Pessoas residentes no domicílio: _____
Luz elétrica: _____
Procedência da água de consumo na moradia: _____
Destino dos dejetos: _____
Coleta de lixo? _____

3. Dados referentes à saúde

História Progressiva de doenças/alergias: _____
Uso de medicamentos: _____
Problemas de saúde/doenças oftalmológicas: _____
Tempo de doença: _____
Já fez alguma cirurgia oftálmica? _____
Faz acompanhamento em outro serviço de saúde: _____
Já participou de alguma atividade em saúde? _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA
Orientadora: Profª Drª NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

APÊNDICE F- ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados de identificação

Data: ____/____/____

Horário: Início: _____ Término: _____

Identificação do participante: _____

Questões para o participante idoso:

O que você sabe sobre a catarata? E sobre a cirurgia?

Já operou algum dos olhos?

Conhece alguém que tenha se submetido a esta cirurgia? Conte-me sobre o que sabe ou observou sobre os resultados da cirurgia e os cuidados antes e depois do procedimento cirúrgico.

Conte-me o que sabe acerca da cirurgia de catarata e dos cuidados que você precisa ter antes e depois da cirurgia.

Fale-me com quem aprendeu sobre a catarata, a cirurgia e os cuidados antes e depois da cirurgia. Como aprendeu? (Experiências anteriores consigo próprio ou com outras pessoas? Por profissionais de saúde? Por meio de revistas? Por jornais e outras fontes de informação?)

Você recebeu alguma orientação sobre os cuidados antes e após a cirurgia de catarata? Se sim, quem orientou?

Quais orientações recebeu?

Qual sua expectativa em relação à cirurgia que irá se submeter?

O que você gostaria de saber sobre a cirurgia? E sobre os cuidados que você precisa ter antes e depois do procedimento cirúrgico?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA
Orientadora: Prof^ª Dr^ª NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

APÊNDICE G- ROTEIRO PARA CONDUZIR A DISCUSSÃO/AVALIAÇÃO

Dados de identificação

Data: ___/___/___

Horário: Início: _____ Término: _____

Código de identificação do participante: _____

O que tem a dizer sobre sua participação no processo educativo sobre a cirurgia de catarata e os cuidados necessários antes e depois da cirurgia?

Fale-me sobre o que considera como pontos positivos e negativos acerca do processo educativo do qual participou.

Que dúvidas ainda restaram?

E sobre a construção do material educativo? O que tem a complementar ou modificar sobre os pontos que foram abordados?

Gostaria de acrescentar, sugerir ou comentar algo sobre os temas abordados nos encontros?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA
Orientadora: Prof^a Dr^a NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

APÊNDICE H- ORÇAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO
ORÇAMENTO

VALOR EM REAIS

Previsão de custos de execução	R\$ 4.000,00
Transcrição de áudio	R\$ 800,00
Despesas de deslocamentos	R\$ 3.000,00
Desenhista para material educativo	R\$ 2.000,00
Livros e artigos	R\$ 3.500,00
Revisão do texto	R\$ 800,00
Alimentação	R\$ 4.000,00
Total de despesas	R\$18.100,00

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Ms: MÁRCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA

Orientadora: Profª Drª NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

APÊNDICE I- A “folha”

Informações contidas na “folha” impressa ofertada pelo hospital, campo da pesquisa, aos idosos que irão se submeter à cirurgia de catarata e/ou a seus acompanhantes.

Drº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CRM:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CEL:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

E-MAIL:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Pré-Operatório

Data da cirurgia: ____ / ____ / ____ às ____ horas.

1.xxxxxxxxx colírio; pingar 1 gota no olho _____ de 20 em 20 minutos 1 hora antes da cirurgia.

2.xxxxxxxxx colírio; pingar uma gota de 6/6 horas em ambos os olhos 24 horas antes da cirurgia.

3.xxxxxxxxx colírio; pingar uma gota apenas no olho _____ 24 horas antes da cirurgia.

4.Fazer jejum de 3 horas.

5.Tomar medicação que usa diariamente (coração e pressão).

6.Caso use os seguintes remédios, parar **SETE** dias antes da cirurgia:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

7.Não usar remédio para **DIABETES** no dia da cirurgia.

8.Fazer a barba, não usar maquiagem e tomar banho normalmente no dia da cirurgia.

9.Trazer todos os exames no dia da cirurgia.

10.Vir com acompanhante no dia da cirurgia.

11.Chegar trinta minutos antes do horário marcado.

DR°XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CRM:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CEL:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
E-MAIL:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Pós-operatório

1. Não precisa usar à noite (os colírios).
2. Usar o protetor ocular por sete noites.
3. Higienizar os cílios com soro fisiológico e gaze estéril pela manhã.
4. Não abaixar a cabeça (não baixar o tronco).
5. Não fazer esforço exagerado e não deitar com o lado operado para a cama.
6. XXXXXXXX colírio. Pingar uma gota no olho operado de 6/6 horas por **SETE** dias.
7. Espere quinze minutos.
8. XXXXXXXX colírio. Pingar uma gota de 12/12 horas no olho operado por **TRINTA** dias.
9. Espere quinze minutos.
10. XXXXXXXX colírio. Pingar uma gota no olho operado de 4/4 horas por **24 horas**.
No segundo dia de 6/6 horas por **02 dias**, 8/8 horas por **03 dias e** 12/12 horas por mais **03 dias**.
11. XXXXXXXX colírio. Pingar uma gota no olho operado de 6/6 horas por sete dias, 8/8 horas por sete dias e 12/12 horas por sete dias.
12. XXXXXXXX colírio. Após encerrado os ciclos descritos anteriormente usar uma gota apenas no olho operado 2X ao dia até o retorno.



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE PROCESSO CIRÚRGICO DE CATARATA EM IDOSOS: UMA TECNOLOGIA DE ENFERMAGEM

Pesquisador: MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73091317.5.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.246.564

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE PROCESSO CIRÚRGICO DE CATARATA EM IDOSOS: UMA TECNOLOGIA DE ENFERMAGEM", é uma produção vinculada à pós-graduação, nível mestrado, com relevância e aplicabilidade científicas inquestionáveis. Apresenta a formatação adequada e embasamento teórico. Trata dos saberes dos idosos sobre a catarata, a doença relacionada ao envelhecimento ocular, quando acontece a turvação ou a opacificação do cristalino; e os cuidados no pré e pós-operatório. As questões sobre a doença são pouco exploradas no espaço acadêmico, mas tem alto nível de complexidade e eletiva e somente indicada quando surgem manifestações clínicas, como visão embaçada, ofuscamento a luz e a perda gradativa da visão. A pesquisadora como ortoptista e enfermeira sinaliza que quase não há espaço de diálogo da enfermeira com o idoso sobre as orientações necessárias no pré e pós-operatório, trazendo complicações clínicas que poderiam ser minimizadas através de um processo de educação em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar demandas de conhecimento sobre a cirurgia de catarata e os cuidados no pré e pós-operatório problematizados com os idosos; construir material educativo como tecnologia de enfermagem voltada as demandas de cuidados relativos ao pré e pós-operatório de cirurgia de

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 2.246.564

catarata.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, caso haja danos ou constrangimentos durante a realização da entrevista a pesquisadora se compromete a zelar pela integridade e pelo bem estar dos participantes respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como seus hábitos e costumes. Se necessário a pesquisadora suspenderá temporariamente ou definitivamente de acordo com a vontade do

participante

Benefícios:

Os benefícios esperados através dos resultados da pesquisa serão para a formação dos profissionais de saúde e para a assistência de enfermagem ao idoso, especialmente relacionada aos aspectos da educação em saúde quanto aos cuidados no processo cirúrgico de catarata.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de campo, do tipo qualitativo por melhor se adequar à natureza do fenômeno investigado: construção de material educativo sobre o processo cirúrgico de catarata a partir dos saberes e experiências dos idosos participantes. Assim, é possível compreender os dados subjetivos sob a ótica dos idosos, vez que “respondem às questões centradas na experiência social e dão significado à vida humana” (MCEWEN, 2009). E descritivo, pois se pretende trabalhar com o registro, análise e interpretação de fenômenos atuais da realidade estudada (MARCONI; LAKATOS, 2011). Será empregada a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) cuja principal característica é a articulação intencional com a prática, visando solucionar ou minimizar os problemas que a ela se apresentam, identificados no contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004) Este estudo deverá ocorrer no âmbito da prática de educação em saúde a ser implementada junto aos idosos que vivenciam processo cirúrgico de catarata.

De acordo com Ferreira (2015), para a PCA, é necessário que a prática assistencial seja fomentada pela criatividade de inovações tecnológicas, o que permite o crescimento e desenvolvimento da qualidade do cuidado prestado. O envolvimento do profissional de enfermagem é que vai tornar possível esse enriquecimento no contexto social, onde o mesmo está inserido. Com isso, configura-se uma metodologia que vai além do “bem fazer” com o “bem pensar” articulando o processo entre esses dois campos de modo que se entrelacem e troquem conhecimentos tornando possível um novo saber coerente. Segundo Trentini, Paim e Silva (2014) os pressupostos básicos da PCA são: imersibilidade (o pesquisador deve estar inserido no contexto social do fenômeno a

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.246.564

ser estudado produzindo mudanças benéficas, justificando a escolha do espaço pelo fato de estar ali inserido), expansibilidade (por seu dinamismo, o método permite a expansão dos objetivos no curso da pesquisa, considerando a contribuição do discurso dos participantes), simultaneidade (poderá gerar mudanças na prática assistencial face às questões investigativas e vice-versa. Nestes termos, a PCA alimenta a assistência e é por ela alimentada, sendo para as autoras do método considerada a fase mais difícil da PCA) e a dialogicidade (os processos inerentes à prática profissional são justapostos aos da investigação em contínua ação dialógica, com a intenção de chegar ao conhecimento e gerar mudanças através da troca de ideias com os participantes e com a equipe atuante na prática assistencial).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Inadequado por conter termos científicos como " informações sociodemográficas; seguida de discussão com a pesquisadora; aos cuidados no processo cirúrgico de catarata, bem como, inadequação de prazo de realização da pesquisa, como " A pesquisa tem a duração de dois anos, com o término previsto para julho de 2018".
- 5) Cronograma: Revisar prazos/datas.
- 6) Anuência da Instituição cenário: Adequada
- 7) Instrumentos de coleta de dados: Adequada
- 8) Termo de confidencialidade: não se aplica.

Recomendações:

Incluir quesito raça/cor, em função da diretriz normativa que sugere que as produções científicas na perspectiva da dimensão social e caracterização populacional contemplem esta informação, como consta na Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde.

Ajustar plano de disseminação de resultados e ajustar TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 2.246.564

CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 29 de agosto de 2017. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_919001.pdf	09/08/2017 18:11:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_na_integra_Marcia_Cristina.doc	09/08/2017 18:10:28	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_MARCIA.docx	08/08/2017 15:17:16	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	formulario_Marcia.jpg	08/08/2017 15:13:00	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiroparadiscussao_Marcia.jpg	08/08/2017 15:12:25	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiro_Marcia.jpg	08/08/2017 15:11:45	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	planodedisseminacaodosresultados_Marcia.jpg	08/08/2017 15:11:16	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CartadeEncaminhamentoaoCEP_Marcia.jpg	08/08/2017 15:10:37	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Marcia.doc	08/08/2017 15:10:00	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	FolhadeRosto_Marcia.jpg	08/08/2017 15:09:10	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaodapesquisa.jpeg	08/08/2017 15:08:45	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de	Cartadeanuencia_Marcia.jpeg	08/08/2017	MARCIA CRISTINA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 2.246.564

Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuencia_Marcia.jpeg	15:08:21	MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Marcia.docx	08/08/2017 15:07:55	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento_Marcia.doc	08/08/2017 15:07:20	MARCIA CRISTINA MARQUES PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Agosto de 2017

Assinado por:

**Maria Angélica de Almeida Peres
(Coordenador)**

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br