

EBOOK • GUIA COMPLETO



Dr. Bernardo Kaplan
Moscovici

Oftalmologia

Catarata

Tudo sobre a cirurgia mais realizada do mundo

Uma palavra antes de começar

Olá! Sou o Dr. Bernardo Kaplan Moscovici, oftalmologista. Se você está lendo este guia, é porque a palavra "catarata" entrou no seu radar — talvez no seu próprio diagnóstico, ou na consulta de um familiar próximo. E essa palavra ainda carrega, para muita gente, um peso antigo: dificuldade, espera, perda de visão. Vale começar este material desfazendo isso.

Por isso, preparei este guia.

Hoje, a cirurgia de catarata é o procedimento cirúrgico mais realizado no mundo. É também um dos mais consagrados — a técnica que usamos hoje, a facoemulsificação, é refinada há décadas e tem segurança e previsibilidade muito altas. Em poucos minutos, um cristalino opaco que vinha embaçando a visão é substituído por uma lente intraocular feita sob medida — e o paciente sai do procedimento já no caminho de uma visão nítida, em muitos casos, melhor do que tinha há vários anos.

O objetivo aqui não é vender uma cirurgia. É te dar, com clareza e honestidade, todas as informações que normalmente só se conseguem após várias consultas: por que a catarata aparece, quais são os sinais, quando vale operar, como é a cirurgia, quais lentes existem (e como escolher a sua), o que esperar do pós-operatório e quais resultados são realistas.

Estudos populacionais demonstram, de forma consistente, que pacientes submetidos à cirurgia de catarata relatam ganho significativo na qualidade de vida — autonomia, segurança em atividades cotidianas e retomada de interesses. Mas, como em toda decisão de saúde, o resultado tende a ser melhor quando o paciente entende o que está fazendo e por quê. É para isso que este material serve.

Leia com calma. Marque as dúvidas no celular ou em um papel. Quando vier à sua avaliação, vamos conversar focados no SEU caso.

Boa leitura.

Dr. Bernardo Kaplan Moscovici

Oftalmologia • CRM-SP 120.495

1. O que é catarata

1.1 O cristalino e seu papel

Para entender catarata, precisamos primeiro entender o cristalino — uma lente natural, transparente, do tamanho aproximado de uma ervilha, localizada dentro do olho, logo atrás da íris. Quando nascemos, o cristalino é praticamente cristalino (daí o nome): tão transparente quanto o vidro. Ele tem duas funções principais — refrativa (compor parte do foco) e acomodativa (mudar de forma para focar de perto, papel que perdemos com a presbiopia, abordada em outro guia).

Ao longo da vida, esse cristalino vai sofrendo modificações naturais. As fibras que o compõem se acumulam em camadas (como cebolas concêntricas) e, com o tempo, vão ficando mais densas. Em algum momento, em quase 100 % das pessoas, essa densidade vira opacidade — o cristalino deixa de ser perfeitamente transparente.

Quando essa opacidade se torna suficientemente grande para atrapalhar a visão, ganha o nome de catarata.

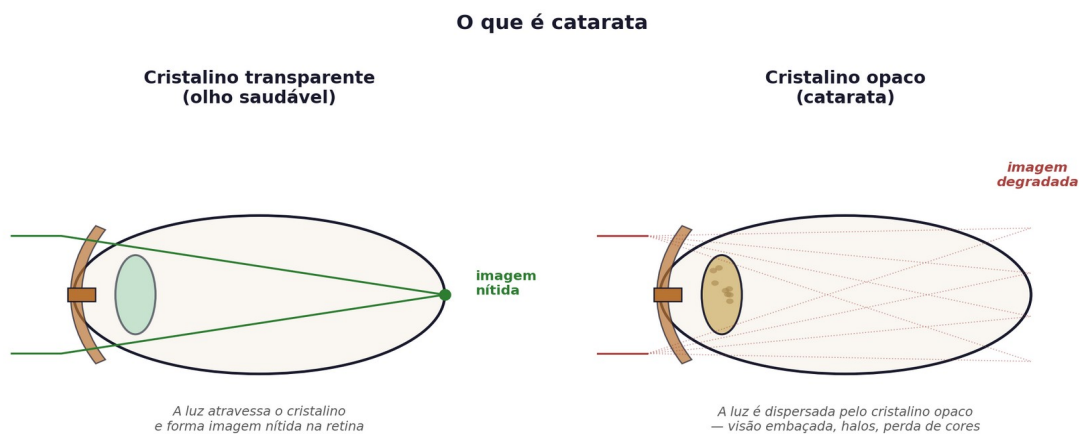


Figura 1 — Cristalino transparente vs. cristalino com catarata.

1.2 Quem desenvolve catarata?

Praticamente todas as pessoas desenvolverão catarata em algum grau ao longo da vida, se viverem o suficiente. É parte do envelhecimento ocular. A diferença está em quando e em quão rápido — e isso depende de fatores como a genética, a exposição solar acumulada, doenças sistêmicas e o uso de algumas medicações.

Fatores que aceleram o desenvolvimento da catarata

- Idade — o principal fator. A partir dos 50-60 anos, a opacidade começa a ser perceptível em muitas pessoas; aos 75-80 anos, é praticamente universal.
- Exposição solar prolongada — luz ultravioleta sem proteção contribui para a opacificação ao longo das décadas.

- Diabetes — pacientes diabéticos tendem a desenvolver catarata mais cedo e com maior rapidez.
- Uso prolongado de corticoides (por via oral, inalatória ou em colírio) — pode causar um tipo específico de catarata, a catarata subcapsular posterior.
- Tabagismo e consumo elevado de álcool — associados a um risco maior e a uma progressão mais rápida.
- Traumatismos oculares prévios.
- Cirurgias oculares prévias (em alguns casos).
- Genética — histórico familiar pesa, especialmente para casos mais precoces.

Catarata congênita e juvenil

Existem também formas de catarata que aparecem desde o nascimento (catarata congênita) ou na infância e adolescência. Embora menos frequentes, são situações bem específicas e fogem do escopo deste guia, focado na catarata da idade adulta.

2. Sinais, sintomas e diagnóstico

A catarata se instala devagar — meses, anos. É raro que o paciente perceba a mudança de um dia para o outro. Em geral, as queixas vão chegando aos poucos e, com frequência, a pessoa só se dá conta do quanto perdeu de visão depois da cirurgia.

2.1 Os sinais mais comuns

- Visão embaçada — como se houvesse uma película diante do olho, mesmo com óculos atualizados.
- Dificuldade para enxergar à noite, especialmente ao dirigir.
- Halos e brilhos ao redor de luzes (faróis, postes).
- Sensibilidade aumentada à luz intensa (fotofobia).
- Cores menos vivas — o mundo parece mais "amarelado" ou "esmaecido".
- Mudança frequente no grau dos óculos — você troca de óculos e, em pouco tempo, já não está mais bom.
- Visão dupla em um único olho (diplopia monocular) — sintoma menos conhecido, mas sugestivo.
- Em alguns casos, melhora paradoxal da visão de perto sem óculos ("miopia da catarata") nos estágios iniciais.

2.2 Como é o diagnóstico

O diagnóstico de catarata é clínico — feito na consulta oftalmológica, com lâmpada de fenda, após dilatação da pupila. Os exames complementares servem para classificar o tipo, medir o grau de opacidade e — quando se considera a cirurgia — planejar detalhadamente.

Exames usados na avaliação

- Acuidade visual (com e sem correção).
- Biomicroscopia (lâmpada de fenda) — visualização direta do cristalino, com classificação do tipo de catarata.
- Mapeamento de retina — descartar doenças associadas (especialmente em diabéticos).
- Pressão intraocular.
- Topografia e tomografia de córnea — quando se planeja LIO especial.
- Biometria de alta precisão — exame fundamental que calcula o grau da LIO a ser implantada.
- Aberrometria e a medida da pupila auxiliam na escolha da LIO.
- Quando indicado: OCT de retina, microscopia especular, ultrassom ocular.

3. Quando operar?

Esta é uma das perguntas mais frequentes — e a resposta moderna é muito diferente da de há décadas.

Antigamente, a recomendação era "esperar a catarata madurar" antes de operar. Hoje, essa orientação está completamente ultrapassada. A indicação não depende do grau de opacidade observado na lâmpada de fenda — depende do impacto da catarata na vida do paciente.

3.1 O critério moderno

A regra prática é simples: opera-se quando a catarata começa a atrapalhar as atividades importantes do dia a dia. Não há mérito em esperar — pelo contrário, esperar demais pode tornar a cirurgia tecnicamente mais difícil (cristalino mais duro exige mais energia de ultrassom, com maior risco).

Critérios que costumam justificar a indicação

- Visão prejudicada para dirigir, especialmente à noite.
- Dificuldade para ler, usar o computador ou ver televisão confortavelmente.
- Queixa de halos, brilhos e sensibilidade à luz que incomodam no dia a dia.
- Visão que não melhora o suficiente, nem mesmo com óculos atualizados.
- Perda significativa de contraste — paciente sente que o mundo "escureceu".
- Interferência no trabalho ou em atividades que o paciente gosta de fazer.

3.2 Não é cirurgia de urgência

Embora moderna e segura, a cirurgia de catarata raramente é urgente. Tem indicações eletivas — o paciente, bem informado, decide o momento em que faz sentido para a sua vida. Em casos específicos, a indicação pode ser mais imediata: catarata muito avançada (intumescente), associação com glaucoma facomórfico, anisometropia importante ou perda funcional rápida em quem ainda trabalha.

E se eu adiar?

Em geral, adiar alguns meses para se organizar não traz prejuízo. Adiar anos com catarata avançada, especialmente em quem dirige ou tem rotina ativa, pode comprometer qualidade de vida sem ganho real. Discutimos isso caso a caso na consulta — não há pressa, mas também não há motivo para postergar muito.

4. A cirurgia — facoemulsificação

A técnica usada hoje em todo o mundo para tratar a catarata chama-se facoemulsificação. "Faco" vem de phakós, palavra grega para cristalino; "emulsificação" descreve o processo de fragmentar o cristalino em pequenos pedaços que são aspirados pelo mesmo aparelho. O nome é técnico, mas o conceito é elegante e simples.

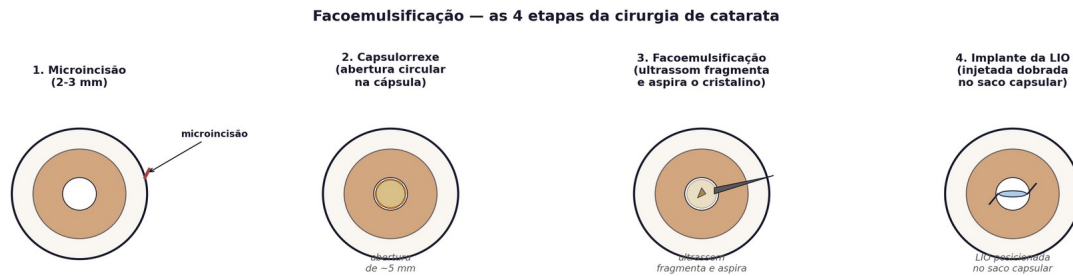


Figura 2 — As 4 etapas da facoemulsificação.

4.1 As etapas, passo a passo

A cirurgia toda dura normalmente entre 15 e 25 minutos por olho, e o paciente normalmente recebe sedação, podendo receber anestesia geral em casos específicos

Etapa 1 — Microincisão (~2-3 mm)

Por meio de uma incisão milimétrica, o cirurgião acessa o interior do olho. A incisão é pequena que cicatriza sozinha, sem necessidade de pontos, na maioria dos casos

Etapa 2 — Capsulorrexe

Cria-se uma abertura circular de aproximadamente 5 mm na cápsula anterior do cristalino — uma membrana transparente que o envolve. Essa abertura é o portal por onde o cirurgião vai trabalhar.

Etapa 3 — Facoemulsificação

Uma fina sonda de ultrassom é introduzida por meio de uma microincisão. Ela fragmenta o cristalino em pequenas partes e, ao mesmo tempo, aspira esses fragmentos para fora do olho. Em pacientes mais jovens com catarata leve, basta a aspiração; em cristalinos mais densos, o ultrassom faz a maior parte do trabalho.

Etapa 4 — Implante da LIO

Por fim, a lente intraocular (LIO) escolhida no pré-operatório é injetada dobrada pela mesma microincisão e se posiciona naturalmente dentro do saco capsular — exatamente onde o cristalino estava. A LIO se acomoda e se estabiliza em alguns dias.

Por que essa técnica é tão segura

A facoemulsificação foi inventada na década de 1960 e refinada ao longo de mais de 50 anos. É uma das cirurgias mais realizadas no mundo, com ampla literatura científica acumulada

internacionalmente. Cada equipamento moderno tem sensores e controles inteligentes. E a curva de aprendizado das equipes cirúrgicas tem mais de meio século — é difícil pensar em outra cirurgia eletiva com esse grau de maturidade.

5. Os tipos de lente intraocular (LIO)

A escolha da LIO é, na prática, a decisão mais importante de todo o processo. A LIO vai ficar dentro do seu olho pelo resto da vida — então vale entender cada tipo, com suas vantagens e limitações, e em que tipo de paciente cada uma se encaixa melhor.

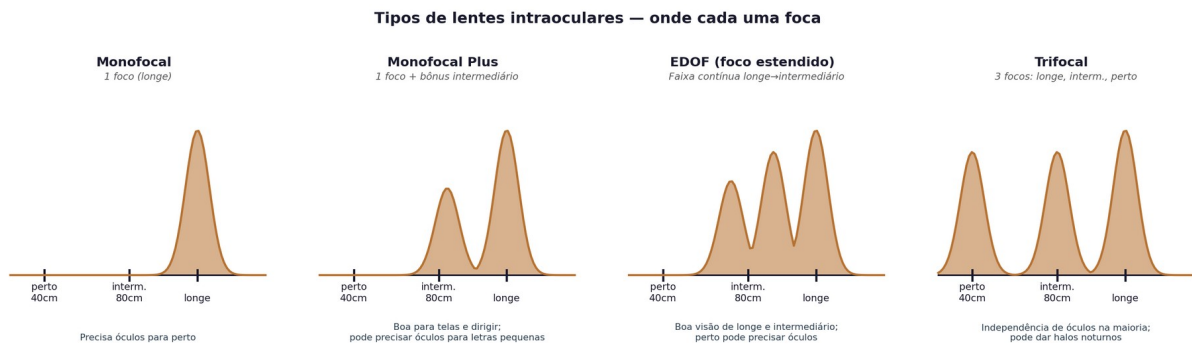


Figura 3 — Tipos de LIO: em que cada um se concentra.

5.1 Monofocal (foco único)

A LIO mais simples e mais consagrada. Foca em uma única distância — quase sempre programada para ela. É a LIO com a melhor qualidade óptica possível, com a menor incidência de halos e de brilhos noturnos.

- Indicada para: pacientes que priorizam a qualidade visual de longe e aceitam usar óculos para perto e para o intermediário.
- Excelente em pacientes com outras doenças oculares (glaucoma, retinopatia, olho seco severo, membranas epirretinianas).
- É a LIO coberta pelos convênios na maioria dos casos.
- Limitação principal: necessita de óculos para leitura, computador e tarefas próximas.

5.2 Monofocal Plus (monofocal aprimorada)

Uma geração mais recente. Mantém o foco principal de longe, mas a superfície da lente é redesenhada para proporcionar uma pequena extensão do foco até a distância intermediária (60-80 cm). Visão noturna preservada, sem halos significativos.

- Indicada para quem quer ótima visão de longe, com melhor desempenho em distâncias intermediárias (computador, painel do carro, leitura de placas), sem comprometer a qualidade noturna.
- Em estudos, cerca de 80 % dos pacientes não precisam de óculos para computador no dia a dia.
- Limitação: perto e fino (livro, celular muito próximo) ainda costuma exigir óculos.

5.3 EDOF — foco estendido

EDOF significa Extended Depth of Focus. Em vez de criar focos discretos, a LIO cria uma faixa contínua de foco, geralmente cobrindo de longe a intermediário (e, em algumas plataformas, alcançando boa parte do perto).

- Indicada para: pacientes que querem boa visão de longe e visão de perto intermediária; que aceitam usar óculos para leituras.
- Halos noturnos: em geral, baixos a moderados, melhores do que os multifocais clássicos.
- Limitação: perto-fino (40 cm ou mais próximo) costuma ser parcial.

5.4 Trifocal (multifocal)

LIO desenhada com três focos distintos: longe, intermediário (~60 cm) e perto (~40 cm). É a opção que oferece a maior independência de óculos.

- Indicada para: pacientes ativos, sem outras doenças oculares, que priorizam a independência total de óculos e aceitam o trade-off na visão noturna.
- Em estudos, mais de 90% dos pacientes tornam-se independentes de óculos para a maioria das tarefas cotidianas.
- Limitação: maior incidência de halos noturnos e perda de contraste em baixa luminosidade. A maioria se adapta em meses.
- Contraindicada em: glaucoma avançado, degeneração macular, retinopatia diabética significativa, olho seco severo não controlado.

5.5 Lente tórica (para quem tem astigmatismo)

Tórica não é um tipo separado — é uma característica adicional. Qualquer LIO (monofocal, monofocal plus, EDOF, trifocal) pode ter uma versão tórica, na qual a curvatura é trabalhada em dois eixos distintos para corrigir o astigmatismo. É como ter o cilindro dos óculos embutido na lente.

Lente tórica — quando há astigmatismo importante

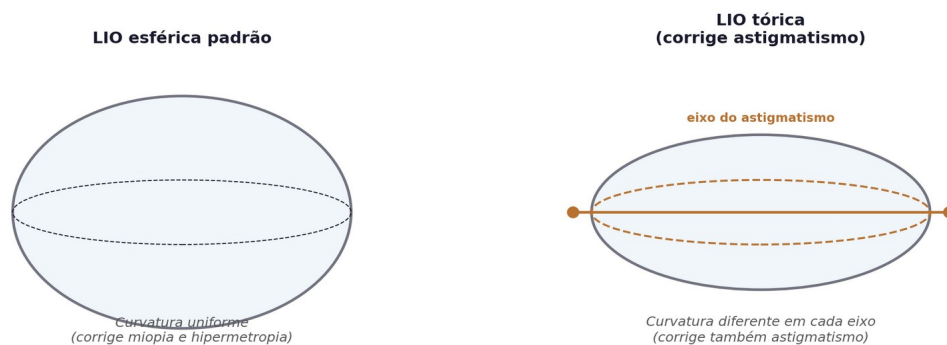


Figura 4 — Lente tórica para correção de astigmatismo.

- Indicada para: pacientes com astigmatismo a partir de aproximadamente 1,00 diopia.
- Sem ela, o paciente com astigmatismo significativo continuaria precisando de óculos cilíndricos mesmo após a cirurgia.

- Limitação: a LIO tórica precisa ficar posicionada com exatidão no eixo correto. Existe um pequeno risco de pequena rotação no pós-imediato — resolvido com reposicionamento em centro cirúrgico.

5.6 Monovisão com LIO

Mesmo princípio da monovisão a laser, mas aplicada às LIOs: implantamos uma LIO com mira para longe no olho dominante e uma LIO com mira para perto/intermediário no olho não-dominante. O cérebro funde.



Figura 5 — Como funciona a monovisão.

- Indicada para: pacientes que rejeitem multifocalidade óptica (motoristas profissionais, fotógrafos, pacientes muito sensíveis a halos).
- Em geral, faz-se um teste prévio com lentes de contato simulando o efeito, antes de operar.
- Limitação: cerca de 10-15 % não se adaptam; pode reduzir levemente a percepção de profundidade.

5.7 Mix-and-match (blend) entre tipos

Estratégia em que se combinam, propositalmente, dois tipos diferentes de LIO — uma em cada olho — para somar os benefícios e mitigar limitações. Exemplos: EDOF em um olho + trifocal no outro; monofocal plus em um olho + EDOF no outro.

- Indicada para: pacientes com perfis visuais específicos.
- Cada combinação tem racional clínico próprio — sempre discutido caso a caso.

6. Como escolher a LIO certa para você

Não existe uma LIO universalmente "melhor". A escolha depende de uma combinação de fatores: idade, expectativas, rotina, profissão, saúde ocular geral e até personalidade. Aqui vão as linhas gerais que costumamos usar na decisão conjunta — paciente e cirurgião.

6.1 Quem é melhor candidato a cada LIO

Monofocal: paciente que dirige muito (especialmente à noite), prioriza qualidade visual máxima de longe e não se importa em manter óculos para leitura. Também excelente em pacientes com outras doenças oculares (glaucoma, retinopatia, olho seco severo).

Monofocal Plus: paciente que passa muito tempo no computador, no painel do carro, no celular — quer evitar óculos para a maioria das tarefas do dia, mas aceita usar para letra pequena. Ótimo perfil de visão noturna preservada.

EDOF: paciente ativo, que quer boa visão de longe e intermediário, e aceita óculos ocasional para perto.

Trifocal: paciente que prioriza independência total de óculos e aceita o trade-off noturno; sem doenças oculares limitantes.

Tórica (associada a qualquer das acima): paciente com astigmatismo acima de ~1,00 D.

Monovisão com LIO: paciente que já testou monovisão com lente de contato e adaptou bem, ou que rejeita o conceito de multifocalidade óptica.

Mix-and-match: casos específicos em que se busca combinar pontos fortes de tipos diferentes.

6.2 Contraindicações relativas importantes

- LIOs multifocais (trifocal, EDOF agressivo): evitar em pacientes com glaucoma significativo, degeneração macular, retinopatia diabética importante, olho seco severo não controlado, expectativas perfeccionistas.
- LIOs tóricas: exigem córnea regular e biometria precisa. Em ceratocone ou irregularidades corneanas, a previsibilidade cai.
- Monovisão: contraindicada em pacientes com baixa adaptação prévia e em profissões que exigem alta percepção de profundidade.

Por que a consulta é decisiva

Esta lista é uma orientação geral. Na consulta, com seus exames em mãos (biometria, topografia, tomografia, aberrometria, mapeamento de retina), conseguimos refinar a escolha caso a caso. Em geral, eu apresento 2 ou 3 opções para o paciente, com prós e contras de cada uma para o caso específico — e a decisão final é construída em conjunto.

7. Como é o dia da cirurgia

Saber, com antecedência, exatamente o que vai acontecer é um dos maiores redutores de ansiedade pré-operatória. A cirurgia de catarata é ambulatorial — você chega de manhã e volta para casa no mesmo dia.

Chegada e preparo

- Chegar ao centro cirúrgico cerca de 2 horas antes do horário marcado.
- Jejum: conforme orientação do anestesista — em geral 8 horas para sólidos e 2 horas para líquidos claros.
- Trazer todos os exames pré-operatórios (sangue, ECG, raio-X de tórax quando indicado).
- Tomar suas medicações de rotina normalmente, salvo orientação contrária.
- Comparecer com acompanhante — obrigatório.
- Suspender lentes de contato antes dos exames de biometria, conforme orientação prévia (gelatinosa: 3 dias; rígida: 7 dias; escleral: 14 dias).
- Medicações para emagrecimento como Munjaro, Wegovy, Ozempick devem ser suspensas 14 dias antes da cirurgia.

Na sala cirúrgica

- Anestesia: tópica (em colírio) na maioria dos casos, com sedação pelo anestesista.
- O cirurgião acessa o olho pela microincisão e executa as 4 etapas descritas no capítulo anterior.
- Duração total: cerca de 15 a 25 minutos por olho.

Operam-se os dois olhos no mesmo dia?

Em geral, não. A prática mais segura é operar um olho de cada vez, com intervalo variável entre eles. Isso permite avaliar o resultado do primeiro olho antes de operar o segundo — e ajustar o cálculo da LIO do segundo, se necessário, com base no resultado refrativo do primeiro.

Logo após

- Visão embaçada e sensibilidade à luz por algumas horas.
- Curativo/oclusor protetor — retirado no dia seguinte na revisão.
- Volta para casa em poucas horas, com acompanhante (você não dirige no dia).

8. Pós-operatório

O pós-operatório da cirurgia de catarata é, na esmagadora maioria dos casos, tranquilo. Mas há cuidados específicos importantes nos primeiros dias para garantir uma cicatrização limpa e a estabilização da LIO.

8.1 Cuidados nas primeiras 24 horas

- Retirar o curativo no dia seguinte à cirurgia, na revisão.
- Usar os colírios estritamente conforme prescrição (com intervalo de 5 minutos entre cada tipo).
- Não é necessário pingar colírio durante a madrugada (22h às 6h).
- Evitar coçar, esfregar ou apertar o olho operado.
- Dormir com o protetor acrílico (curativo / oclisor) por 7 dias.

8.2 Primeira semana

- Continuar com os colírios na frequência indicada.
- Evitar dormir do lado operado.
- Evitar abaixar a cabeça abaixo da linha da cintura.
- Evitar movimentos bruscos da cabeça.
- Não levantar peso.
- Tomar banho normalmente, mas não deixar a água cair diretamente nos olhos (fechar bem os olhos no chuveiro ou usar óculos de natação grandes).
- Limpar os olhos apenas com gaze ou algodão embebido em água mineral ou filtrada, descartando após o uso.

8.3 Primeiro mês

- Evitar esforços físicos intensos e esportes de contato por 30 dias.
- Sem piscinas, mar, rios ou banheiras por 30 dias.
- Evitar contato próximo com crianças pequenas e animais por 2 semanas.
- Atividades leves (TV, computador, leitura, caminhada) liberadas conforme o conforto.
- Subir e descer escadas devagar.
- Dirigir apenas quando a visão estiver nítida e segura — em geral, a partir do 3º-5º dia.
- Caso sinta dor, pode usar seu analgésico habitual.

8.4 Como evolui a visão

- Primeiras horas: embaçada, com luz forte incômoda.

- Dia 1 (revisão): visão já bastante funcional; muitos pacientes leem placas no caminho da revisão.
- Primeira semana: melhora rápida e progressiva.
- Primeiro mês: visão essencialmente estabilizada.
- De 1 a 3 meses: refinamento final, especialmente com LIOs multifocais (neuroadaptação).

Revisões agendadas

Em geral: dia 1, dia 7, dia 30, 3 meses, 6 meses e 1 ano. São essenciais para confirmar bom posicionamento da LIO, ausência de inflamação e pressão controlada — e para detectar precocemente qualquer alteração que precise de atenção.

9. Resultados esperados

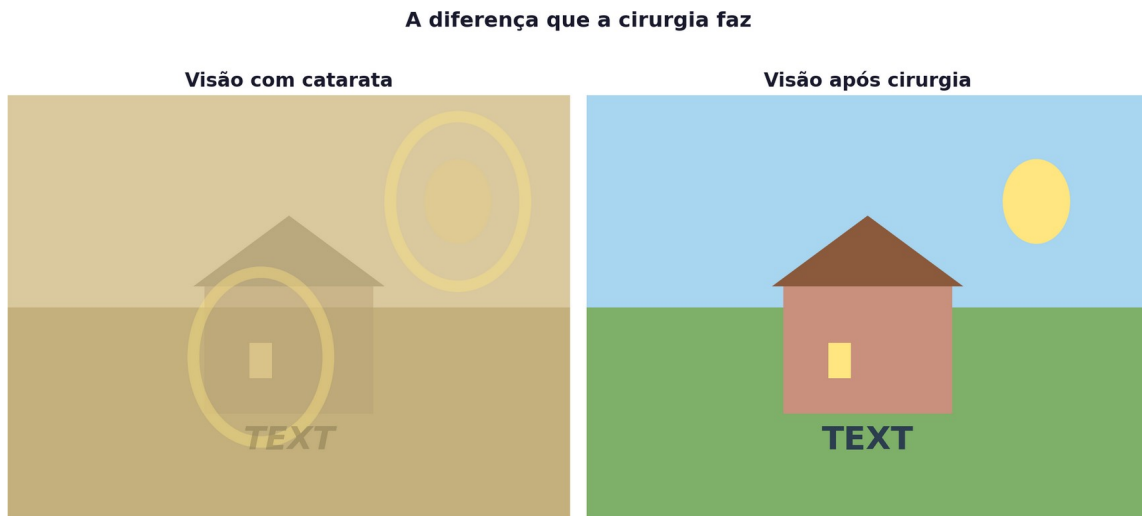


Figura 6 — A diferença que a cirurgia faz.

Os resultados da cirurgia moderna de catarata são, na enorme maioria dos casos, excelentes — desde que a escolha da LIO seja feita corretamente e o olho não tenha outras doenças significativas.

9.1 Visão de longe

- Cerca de 98 % dos pacientes atingem visão de longe igual ou melhor que 20/40 sem óculos (o suficiente para dirigir).
- Aproximadamente 85-90 % atingem 20/25 ou melhor com LIO bem calculada.
- Em pacientes com astigmatismo significativo corrigido com LIO tórica, ~95 % ficam com astigmatismo residual abaixo de 0,50 D.

9.2 Visão de perto e intermediária (depende da LIO)

- Monofocal padrão: precisa de óculos para perto e intermediário.
- Monofocal Plus: ~80 % dispensam óculos para computador.
- EDOF: ~85 % têm boa visão intermediária sem óculos; perto fino frequentemente requer óculos ocasional.
- Trifocal: >90 % ficam independentes de óculos para a maioria das tarefas cotidianas nas tarefas cotidianas.

9.3 O que esperar nos primeiros dias e meses

- Já no dia seguinte: melhora perceptível, especialmente em quem tinha catarata avançada.
- Em 1 semana: visão funcional para a maioria das atividades.
- Em 1 a 3 meses: estabilização final.

- Com LIOs multifocais e EDOF: período de neuroadaptação cerebral, em que o cérebro aprende a interpretar os múltiplos focos. Isso melhora progressivamente nas primeiras semanas a meses.

O que "funcionar" significa, na prática

Para a maioria dos pacientes, o ganho de qualidade de vida é enorme: voltar a dirigir confortavelmente, ler sem dor de cabeça, enxergar rostos com clareza, ver cores vivas de novo, jogar tênis ou voltar a fazer caminhadas com confiança. Pacientes operados de catarata costumam dizer que "o mundo voltou a ter cor". É exatamente esse o efeito.

10. Riscos e segurança

Como toda cirurgia, há riscos. Os procedimentos descritos neste material têm perfil de segurança bem documentado em literatura científica internacional, com dois grandes grupos de eventos a serem conhecidos pelo paciente:

Sintomas comuns transitórios — como olho seco, sensação de areia, halos noturnos, vermelhidão temporária ou flutuação visual nas primeiras semanas. São frequentemente passageiros e bem manejáveis com lubrificação e tempo.

Complicações graves — raras nos centros que seguem técnicas modernas, triagem rigorosa e protocolos de assepsia. As frequências relatadas em literatura para os eventos mais sérios (infecção intraocular, descolamento de retina, ectasia, perda significativa de visão) ficam, em geral, abaixo de 1 caso em 1.000 cirurgias.

Os detalhes específicos de cada complicação possível, suas frequências reportadas em literatura e o manejo correspondente serão apresentados a você no Termo de Consentimento Informado, durante a consulta presencial — conforme prática médica padrão e exigências do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM 2.336/2023). É o documento que detalha cada risco de forma individualizada e formal, e o local apropriado para essa discussão.

Para colocar em perspectiva

Pacientes que mantêm uso prolongado de lentes de contato ao longo da vida têm risco anual de infecção corneana grave estimado em 2 a 4 casos por 10.000 usuários. Em 30 anos de uso, esse risco se acumula de forma significativa. As cirurgias modernas descritas neste material têm risco baixíssimo de complicações graves e acontecem uma única vez — então a comparação completa, considerando o longo prazo, costuma ser favorável.

11. Antes da cirurgia — uma palavra

Antes do checklist técnico, uma mensagem que costumo entregar aos meus pacientes na véspera.

Tudo vai dar certo.

É normal sentir ansiedade. Faça dos seus pensamentos a força que você precisa neste momento. Esqueça as coisas ruins, limpe a mente e cultive bons pensamentos. Acredite no sucesso total. Não imagine obstáculos intransponíveis.

Cuide do corpo e da mente

- Alimente-se bem nos dias que antecedem.
- Evite bebidas alcoólicas no dia anterior.
- Durma bem.
- Se gostar, medite, ore ou faça qualquer atividade que lhe traga serenidade.

Nossa equipe estará com você em cada etapa — antes, durante e depois da cirurgia — cuidando, apoiando e esclarecendo dúvidas.

Tenha fé. Seja otimista. Confie. Tudo está sendo preparado com cuidado e método.

Tranquilidade. Coragem. Confiança.

Boa cirurgia.

12. Checklist pré-operatório

Até 30 dias antes

- ☐ Realizar exames pré-operatórios cirúrgicos: hemograma, coagulograma, glicemia, eletrocardiograma e raio-X de tórax (conforme idade/comorbidades).
- ☐ Realizar avaliação cardiológica e/ou clínica se solicitado.
- ☐ Realizar biometria de alta precisão para o cálculo da LIO.
- ☐ Realizar topografia, tomografia de córnea e mapeamento de retina.
- ☐ Suspender lentes de contato antes da biometria (gelatinosa: 3 dias; rígida: 7 dias; escleral: 14 dias).
- ☐ Confirmar a LIO escolhida e o seu cálculo final.
- ☐ Confirmar acompanhante.

Na véspera

- ☐ Não usar maquiagem nos olhos nas 24 horas anteriores.
- ☐ Evitar cremes, hidratantes e loções ao redor dos olhos.
- ☐ Tomar a medicação habitual normalmente, salvo orientação contrária.
- ☐ Dormir bem.
- ☐ Cumprir o jejum determinado pelo anestesista (em geral 8h para sólidos e 2h para líquidos claros).

No dia

- ☐ Manter o jejum.
- ☐ Não usar perfume, hidratante facial nem maquiagem.
- ☐ Retirar brincos, piercings e adornos em casa.
- ☐ Roupa confortável, com abertura por baixo (camiseta, não blusa de gola).
- ☐ Levar todos os exames pré-operatórios e os colírios prescritos.
- ☐ Levar documento de identidade.
- ☐ Chegar ao centro cirúrgico 2 horas antes do horário marcado.
- ☐ Comparecer com acompanhante — obrigatório.

13. Checklist pós-operatório

Primeiras 24 horas

- ☐ Usar os colírios estritamente nos horários indicados, com intervalo de 10 minutos entre cada tipo.
- ☐ Não pingar colírio durante a madrugada (22h-6h).
- ☐ Não coçar, esfregar nem apertar o olho operado.
- ☐ Dormir com o protetor acrílico.
- ☐ Comparecer à revisão do dia seguinte, ou próximo

Primeira semana

- ☐ Continuar com os colírios.
- ☐ Continuar com o protetor à noite (por 7 dias).
- ☐ Evitar dormir do lado operado.
- ☐ Evitar abaixar a cabeça abaixo da linha da cintura.
- ☐ Evitar movimentos bruscos da cabeça.
- ☐ Não levantar peso.
- ☐ Banho normal — sem água direta sobre o olho operado.
- ☐ Limpar os olhos só com gaze e água mineral/filtrada, descartando após o uso.
- ☐ Sem maquiagem nos olhos.
- ☐ Sem piscina, mar, banheira.

Primeiro mês

- ☐ Sem esforços físicos intensos e esportes de contato por 30 dias.
- ☐ Evitar contato próximo com crianças pequenas e animais por 2 semanas.
- ☐ Subir e descer escadas devagar.
- ☐ Dirigir apenas quando a visão estiver clara e segura.
- ☐ Comparecer às revisões dos dias 7 e 30.

Sinais de alerta — entre em contato imediatamente

Dor forte que não cede a analgésico, queda súbita de visão, vermelhidão muito intensa, secreção purulenta ou trauma no olho operado. Ligue para a clínica ou mande WhatsApp antes de tentar resolver por conta própria.

14. Perguntas frequentes

A catarata pode voltar?

Não. Uma vez removido o cristalino, a catarata em si não pode mais aparecer. O que pode acontecer é a opacificação da cápsula posterior — chamada popularmente de "catarata secundária" — que é tratada em consultório com laser YAG, de forma simples e definitiva.

Vou ficar sem precisar de óculos?

Depende muito da LIO escolhida. Com trifocal, mais de 90 % dos pacientes dispensam óculos no dia a dia. Com EDOF ou monofocal plus, a maioria fica sem óculos para longe e intermediário, e usa para leitura fina. Com monofocal padrão, mantém-se óculos para perto e intermediário.

Posso operar com diabetes / hipertensão / cardiopatia?

Sim, desde que controlados. O anestesiista avaliará seu caso. Diabéticos descompensados podem precisar adiar até melhor controle.

Convênio cobre?

A cirurgia de catarata com LIO monofocal padrão é coberta pelos convênios. Para LIOs especiais (tórica, multifocal, EDOF, trifocal), a cobertura é parcial e varia por convênio — vale checar caso a caso. Apresentamos sempre o orçamento detalhado por escrito.

E se eu tiver halos noturnos com a trifocal?

Halos são comuns nos primeiros meses e tendem a reduzir com a neuroadaptação. Para o pequeno grupo que mantém incômodo significativo, há opções: lubrificação, óculos com leve correção para dirigir à noite, ou — em casos raros — troca da LIO.

Quanto tempo de afastamento do trabalho?

Em geral, 3 a 7 dias para trabalhos administrativos. Trabalhos que exigem esforço físico ou exposição a poeira/produtos químicos demandam 2 a 4 semanas. Combinamos isso individualmente.

Posso fazer atividade física depois?

Sim, gradualmente. Caminhada leve a partir do dia seguinte; academia leve após 2 semanas; esportes de contato e mergulho somente após 30 dias.

E se eu já tiver feito cirurgia refrativa antes?

Pode fazer catarata sem problema. Os cálculos da LIO usam técnicas específicas para pacientes que já fizeram laser, e o resultado costuma ser excelente.

15. Mitos e verdades

"Catarata precisa madurar antes de operar."

MITO. Indicação moderna não depende do grau da opacidade — depende do impacto na vida do paciente. Esperar demais pode tornar a cirurgia tecnicamente mais difícil.

"Catarata cresce e pode estourar dentro do olho."

MITO. Não existe "estourar". Em casos raros, cataratas muito antigas podem desenvolver inflamação ou pressão alta — mais um motivo para não esperar tanto.

"Cirurgia de catarata dói."

MITO. Com a anestesia em colírio, a cirurgia é indolor. Você sente pressão e enxerga luzes, mas não dor. O pós-operatório também é pouco doloroso.

"Depois de uma certa idade, não vale operar."

MITO. Pacientes em qualquer idade se beneficiam — inclusive na faixa dos 80-90 anos, com ganho importante de qualidade de vida e até de equilíbrio (menos quedas).

"Cirurgia de catarata é arriscada."

MITO. É uma das cirurgias com a maior literatura científica e perfil de segurança bem documentado, com taxa de complicação grave abaixo de 1 em 1.000 nos centros modernos.

"Quem opera catarata fica enxergando como aos 20 anos."

PARCIALMENTE. A visão melhora muito — em muitos casos, fica melhor do que estava há anos. Mas há fatores limitantes: estado da retina, do nervo óptico, da córnea, e da rotina do paciente. Expectativa realista é parte do sucesso.

16. Sobre o Dr. Bernardo Kaplan Moscovici



Médico oftalmologista especialista em Cirurgia Refrativa, Córnea, Ceratocone e Catarata.

Formação

- Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), em 2005.
- Residência em Oftalmologia pela Santa Casa de São Paulo.
- Especialização em Cirurgia Refrativa pela UNIFESP.
- Especialização em Córnea e Doenças Externas pela Santa Casa de São Paulo.
- Especialização em Superfície Ocular pelo HC-USP.
- Doutorando pela UNIFESP.

Atuação acadêmica e clínica

- Chefe de Córnea de Residências Médicas entre 2017 e 2020.
- Médico assistente nos setores de Cirurgia Refrativa da UNIFESP e da Santa Casa de São Paulo.
- Autor de mais de 100 artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais.
- Mais de 100 aulas em congressos.
- Coordenou o Curso de Cirurgia de Pterígio nos Congressos Mundial e Europeu de Oftalmologia.

- Autor do livro "Tudo sobre Pterígio: Da Evidência à Prática Clínica" (2026).
- Autor de capítulos de livros sobre Cirurgia Refrativa, Ceratocone e Córnea.
- Desenvolveu a técnica de dissecação com bolha de ar para cirurgia de pterígio, descrita na literatura científica (Moscovici et al., 2022).
- Realizou mais de 10 mil cirurgias.

CRM-SP 120.495 • RQE 40978

Leve estas 5 perguntas para a consulta

Para tirar o máximo da avaliação presencial, sugerimos chegar com estas cinco perguntas em mente. São perguntas que ajudam a personalizar a decisão para o seu caso específico.

1. Eu sou candidato a essa abordagem?

Crítérios anatômicos, refrativos, clínicos e expectativas precisam encaixar. A primeira pergunta da consulta é objetiva: o seu caso permite este caminho — ou faz mais sentido considerar uma alternativa?

2. Entre as opções disponíveis, qual técnica se encaixa melhor para mim?

Cada técnica tem trade-offs. Conhecer qual perfil de paciente se beneficia mais de cada uma ajuda na decisão informada.

3. Qual risco específico é mais relevante para o meu caso?

Riscos populacionais são úteis, mas o que mais importa é entender qual deles pesa mais na sua situação específica (idade, anatomia, profissão, doenças associadas).

4. Qual resultado é realista para o meu caso?

Estatísticas globais são uma referência. O resultado individual depende de fatores próprios — entender essa faixa para o seu caso permite expectativa calibrada.

5. Que cuidados, da minha parte, podem mudar o prognóstico?

Em muitas condições oculares, a adesão do paciente aos cuidados clínicos altera substancialmente o desfecho. Saber quais são esses cuidados — para você — é parte da decisão.

Referências selecionadas

As afirmações quantitativas e os parâmetros clínicos citados ao longo deste material têm base na literatura científica. Esta lista, não exaustiva, indica fontes representativas para os principais pontos abordados.

- Lundström M et al. The European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery (EUREQUO). J Cataract Refract Surg.
- Endophthalmitis Study Group, ESCRS. Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery. J Cataract Refract Surg. 2007.
- Visser N, Bauer NJ, Nuijts RM. Toric intraocular lenses: historical overview, patient selection, IOL calculation, surgical techniques, clinical outcomes, and complications. J Cataract Refract Surg.
- Kohnen T. Intraocular lenses for the correction of presbyopia: review of recent developments. J Cataract Refract Surg.
- Schein OD et al. Cataract surgery — Outcomes registry. Ophthalmology.

Para a literatura completa, recomenda-se consultar bases científicas (PubMed, SciELO) e diretrizes das sociedades nacionais (CBO, BRASCRS) e internacionais (AAO, ESCRS).

Contato

Dr. Bernardo Kaplan Moscovici

Oftalmologia • CRM-SP 120.495 • RQE 40978

CONSULTÓRIO 1 — Higienópolis

Av. Angélica, 1996 — conjuntos 1407 e 1408 — Consolação, São Paulo / SP — CEP 01228-200

Telefone: (11) 2373-9333

WhatsApp: (11) 93070-8392

CONSULTÓRIO 2 — Vila Leopoldina

Av. Imperatriz Leopoldina, 1248 — conjuntos 908 e 911 — Vila Leopoldina, São Paulo / SP

Telefone: (11) 97818-7409

Online

Site: www.drbernardokmoscovici.com

Instagram: @oftalmobernardomoscovici

Este material tem finalidade exclusivamente educativa e informativa, em conformidade com a Resolução CFM nº 2.336/2023. Não substitui a consulta oftalmológica. Indicações, técnicas e resultados são individuais e dependem de avaliação clínica completa. Os dados estatísticos apresentados referem-se a médias populacionais de estudos publicados e não constituem garantia de resultado individual.