

CIRURGIA DE CATARATA NO SUS: DESIGUALDADES SOCIAIS, FILAS INVISÍVEIS E VULNERABILIDADE DO IDOSO

CATARACT SURGERY IN THE SUS: SOCIAL INEQUALITIES, INVISIBLE QUEUES, AND ELDERLY VULNERABILITY

Gabriela Cecilio Ventura Bariani Belem^a, George Harrison Ferreira de Carvalho^b

^a – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Av. Pedro Calmon, 550 - Cidade Universitária (Ilha do Fundão) CEP: 21941-901, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9892-1493>

^b – Universidade de Brasília (UnB). Asa Norte, CEP 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7377-928>

*Correspondente: georgeharrisonfc@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar as desigualdades sociais e regionais relacionadas ao acesso à cirurgia de catarata no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando barreiras estruturais que afetam idosos em situação de vulnerabilidade. **Material e Métodos:** Realizou-se revisão sistemática com meta-síntese temática interpretativa, orientada pelas recomendações do PRISMA 2020. As buscas foram conduzidas nas bases SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo publicações nacionais sobre acesso à cirurgia de catarata. **Resultados:** Foram identificados 88 estudos, dos quais 15 compuseram a síntese qualitativa. Os achados evidenciaram desigualdades territoriais na oferta de serviços, dificuldades de deslocamento, custos indiretos, barreiras informacionais e limitações nos processos regulatórios. **Conclusão:** O acesso à cirurgia de catarata permanece marcado por iniquidades sociais e regionais. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, associado à ampliação da transparência regulatória e da oferta contínua de cuidados oftalmológicos, pode contribuir para a redução dessas desigualdades.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Catarata. Desigualdades em Saúde. Idoso. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze social and regional inequalities related to access to cataract surgery within the Brazilian Unified Health System (SUS), highlighting structural barriers affecting vulnerable older adults. **Material and Methods:** A systematic review with interpretative thematic meta-synthesis was conducted following PRISMA 2020 recommendations. Searches were performed in SciELO, PubMed, and the Virtual Health Library databases. **Results:** Eighty-eight records were identified, and fifteen studies were included in the qualitative synthesis. The findings revealed territorial disparities in service provision, Transportation difficulties, indirect costs, informational barriers, and limitations in regulatory processes. **Conclusion:** Access to

cataract surgery remains marked by social and regional inequities. Strengthening Primary Health Care, combined with greater regulatory transparency and continuous ophthalmological care, may contribute to reducing these inequalities.

Keywords: Cataract. Elderly. Health Inequalities. Health Services Accessibility. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A catarata representa uma das principais causas de deficiência visual e cegueira evitável em todo o mundo, especialmente entre indivíduos idosos (Beniz, 2011). Caracterizada pela opacificação progressiva do cristalino, a doença compromete significativamente a acuidade visual, reduzindo a autonomia, a qualidade de vida e a participação social dos indivíduos afetados (Paz *et al.*, 2018). Apesar da disponibilidade de tratamento cirúrgico eficaz e amplamente consolidado, persistem importantes obstáculos relacionados ao acesso oportuno ao procedimento, sobretudo em sistemas públicos de saúde (Kara-Júnior *et al.*, 2011).

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ampliado a demanda por serviços oftalmológicos especializados, tornando a cirurgia de catarata um importante indicador da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) às necessidades da população idosa (Carvalho *et al.*, 2024). Embora o SUS seja fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, diferentes estudos apontam que a distribuição desigual de recursos, profissionais especializados e serviços de referência contribui para a manutenção de barreiras de acesso entre distintas regiões do país (Paim *et al.*, 2011; Scheffer *et al.*, 2025).

Além dos fatores estruturais relacionados à oferta de serviços, o acesso à cirurgia de catarata é influenciado por determinantes sociais da saúde, incluindo renda, escolaridade, local de residência, disponibilidade de transporte e acesso à informação. Tais elementos interferem diretamente na capacidade dos usuários de percorrerem todas as etapas necessárias até a realização do procedimento cirúrgico (Travassos; Martins, 2004).

Nesse contexto, emerge o conceito de “filas invisíveis”, utilizado para descrever situações em que usuários permanecem longos períodos aguardando atendimento especializado sem acesso adequado às informações sobre sua posição na fila, critérios de priorização ou previsão de realização da cirurgia. Esse fenômeno ultrapassa a dimensão administrativa da espera, configurando uma experiência social marcada por incertezas, vulnerabilidades e limitações no exercício do direito à saúde (Kara-Júnior *et al.*, 2011).

Entre idosos em situação de vulnerabilidade social, os impactos decorrentes da demora cirúrgica podem ser ainda mais expressivos. A perda visual prolongada está associada ao

aumento do risco de quedas, isolamento social, dependência funcional e redução da qualidade de vida (Paz *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2021; Pereira *et al.*, 2021).

Além disso, embora mutirões e campanhas oftalmológicas contribuam para ampliar temporariamente a oferta de cirurgias, tais iniciativas nem sempre garantem continuidade assistencial e seguimento adequado dos usuários (Pace *et al.*, 2024). Dessa forma, podem reduzir a demanda reprimida em curto prazo, mas não substituem a necessidade de uma política permanente de atenção oftalmológica integrada à rede de saúde (Sousa *et al.*, 2025; Soares *et al.*, 2023; Almança; Jardim; Duarte, 2018).

Diante desse cenário, torna-se relevante compreender de que forma as desigualdades sociais e regionais influenciam o acesso à cirurgia de catarata no SUS. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as desigualdades sociais e regionais relacionadas ao acesso à cirurgia de catarata no Sistema Único de Saúde, enfatizando as barreiras estruturais, organizacionais e territoriais associadas ao fenômeno das filas invisíveis e à vulnerabilidade da população idosa.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com meta-síntese temática interpretativa, desenvolvida com o objetivo de analisar as desigualdades sociais e regionais relacionadas ao acesso à cirurgia de catarata no Sistema Único de Saúde (SUS). A condução do estudo foi orientada pelas recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020), amplamente utilizadas para garantir transparência, rigor metodológico e reprodutibilidade em revisões sistemáticas (Page *et al.*, 2021).

A questão norteadora da pesquisa foi definida da seguinte forma: como as desigualdades sociais e territoriais influenciam o acesso, o tempo de espera e a realização da cirurgia de catarata no SUS, especialmente entre idosos em situação de vulnerabilidade?

As buscas bibliográficas foram realizadas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram considerados estudos publicados entre janeiro de 2004 e dezembro de 2025, sem restrição de

idioma, desde que abordassem o contexto brasileiro e apresentassem relação com o acesso à cirurgia de catarata em serviços públicos de saúde.

Para a estratégia de busca foram utilizados descritores controlados e palavras-chave combinados por operadores booleanos, incluindo os termos: catarata, cirurgia de catarata, acesso aos serviços de saúde, fila de espera, Sistema Único de Saúde, Brasil, cataract, cataract surgery, access to health services e waiting list. As estratégias foram adaptadas de acordo com as especificidades de cada base de dados.

Foram incluídos estudos realizados no Brasil que abordassem aspectos relacionados ao acesso à cirurgia de catarata no SUS, contemplando indicadores como tempo de espera, cobertura assistencial, barreiras de acesso, desigualdades regionais, campanhas cirúrgicas, mutirões e estratégias de ampliação da oferta. Foram aceitos estudos observacionais, avaliações de serviços, pesquisas qualitativas, estudos de métodos mistos e revisões que contribuíssem para a compreensão do fenômeno investigado.

Foram excluídos estudos com enfoque exclusivamente clínico ou cirúrgico, sem discussão sobre acesso aos serviços de saúde, bem como editoriais, cartas ao editor, relatos de experiência sem metodologia definida e pesquisas desenvolvidas fora do contexto brasileiro.

A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas. Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos identificados nas bases consultadas. Em seguida, os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra para confirmação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram extraídas informações referentes aos autores, ano de publicação, local do estudo, delineamento metodológico, fonte de dados, indicadores de acesso avaliados e principais resultados encontrados.

A síntese dos achados foi conduzida por meio de meta-síntese temática interpretativa, permitindo a integração de evidências quantitativas e qualitativas. O processo envolveu leitura exaustiva dos estudos selecionados, codificação dos dados, agrupamento de categorias temáticas e construção de eixos interpretativos relacionados aos determinantes sociais da saúde, às desigualdades territoriais e à organização dos serviços oftalmológicos no SUS.

Ao final do processo de busca e seleção foram identificados 88 registros, dos quais 18 foram excluídos por duplicidade. Após a triagem dos títulos e resumos, 45 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos. Dos 25 artigos avaliados em texto completo, 10 foram excluídos por inadequação temática, resultando em 15 estudos incluídos na síntese qualitativa final (**Figura 01**).

Por se tratar de uma Revisão Sistemática Qualitativa com Meta-síntese baseada em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética

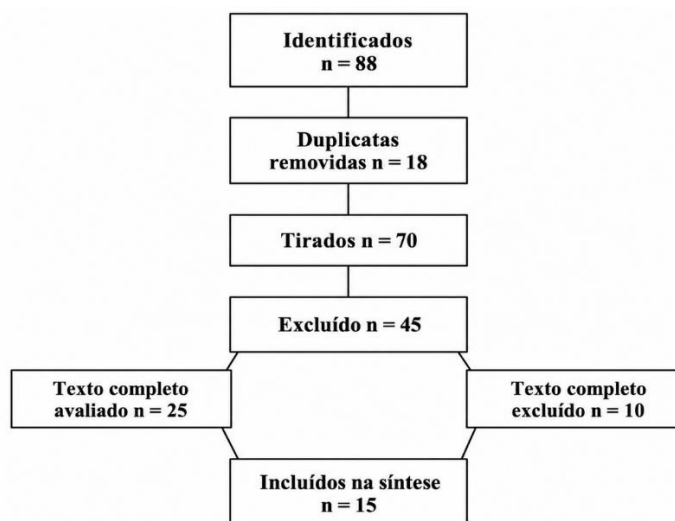
em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A estratégia de busca identificou 88 registros nas bases de dados consultadas, sendo 41 provenientes da SciELO, 32 da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 15 da PubMed/MEDLINE. Após a remoção de 18 registros duplicados, permaneceram 70 estudos para a etapa de triagem por títulos e resumos. Destes, 45 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Dos 25 artigos submetidos à leitura na íntegra, 10 foram excluídos por não abordarem diretamente o acesso à cirurgia de catarata no contexto do Sistema Único de Saúde. Ao final do processo, 15 estudos compuseram a síntese qualitativa da revisão.

O processo de seleção dos estudos encontra-se apresentado na Figura 1, elaborada de acordo com as recomendações do PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos segundo o PRISMA 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Os estudos incluídos contemplaram diferentes regiões brasileiras e abordagens metodológicas, abrangendo pesquisas observacionais, estudos populacionais, análises ecológicas, avaliações de serviços, revisões e estudos prospectivos. Em conjunto, os resultados

evidenciaram que o acesso à cirurgia de catarata no SUS permanece influenciado por fatores sociais, econômicos, geográficos e organizacionais.

Tabela 01. Caracterização dos estudos incluídos na revisão sistemática (n = 15).

Autor (Ano)	Local	Delineamento	Indicador Avaliado	Principais Achados
Silva, Muccioli e Belfort Jr. (2004)	São Paulo (SP)	Transversal	Perfil socioeconômico e satisfação	Evidenciaram elevada satisfação dos usuários atendidos em mutirões de catarata, com predominância de indivíduos de baixa renda.
Kara-Júnior et al. (2011)	Brasil	Observacional	Barreiras de acesso	Identificaram dificuldades relacionadas ao diagnóstico, encaminhamento e realização da cirurgia de catarata nos sistemas público e privado.
Caligaris et al. (2011)	Brasil	Ecológico	Taxa cirúrgica	Demonstraram diferenças regionais significativas na realização de cirurgias de catarata pelo SUS.
Tostes, Covre e Fernandes (2016)	Brasil	Revisão	Acesso à assistência cirúrgica	Destacaram desafios estruturais e organizacionais que dificultam o acesso oportuno aos procedimentos cirúrgicos.
Ferreira et al. (2017)	São Paulo (SP)	Prospectivo	Barreiras ao tratamento	Demonstraram que distância geográfica, transporte e infraestrutura influenciam a adesão à cirurgia de catarata.
Almança, Jardim e Duarte (2018)	Minas Gerais	Transversal	Perfil epidemiológico	Evidenciaram predominância de pacientes socialmente vulneráveis atendidos em mutirões de catarata.
Paz et al. (2018)	Brasil	Observacional	Quedas em idosos	Identificaram associação entre deficiência visual por catarata e aumento do risco de quedas em idosos.
Sousa et al. (2025)	Amazonas	Transversal	Dificuldade de acesso	Evidenciaram obstáculos relacionados ao acesso e à realização da cirurgia de catarata em serviços públicos.
Satto et al. (2021)	São Paulo (SP)	Descritivo	Ampliação do acesso	Demonstraram que unidades móveis oftalmológicas ampliam o acesso aos serviços especializados.
Oliveira et al. (2021)	Brasil	Revisão integrativa	Incapacidade funcional	Relacionaram catarata à redução da capacidade funcional e da autonomia em idosos.
Pereira et al. (2021)	Brasil	Observacional	Função visual e qualidade de vida	Demonstraram impacto da catarata sobre a qualidade de

				vida e benefícios funcionais após o tratamento.
Soares et al. (2023)	Santos (SP)	Transversal	Resultados cirúrgicos	Evidenciaram melhora visual significativa após a realização da cirurgia de catarata.
Oliveira et al. (2025)	Brasil	Revisão	Coordenação do cuidado	Destacaram a importância da Atenção Primária à Saúde na condução e acompanhamento dos pacientes com necessidades oftalmológicas.
Scheffer et al. (2025)	Brasil	Ecológico	Oferta de especialistas e procedimentos	Demonstraram desigualdades regionais na distribuição de oftalmologistas e na realização de cirurgias de catarata.
Pereira et al. (2025)	Brasil	Observacional	Perfil epidemiológico, melhora visual e qualidade de vida	Evidenciaram benefícios clínicos, funcionais e sociais decorrentes da cirurgia de catarata.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A análise dos estudos permitiu identificar cinco categorias temáticas centrais relacionadas às desigualdades no acesso à cirurgia de catarata no SUS.

A primeira categoria refere-se à desigualdade territorial na oferta de serviços especializados. Os estudos demonstraram concentração de oftalmologistas e centros cirúrgicos em capitais e regiões economicamente mais desenvolvidas, dificultando o acesso da população residente em municípios de pequeno porte e áreas rurais.

A segunda categoria corresponde aos custos indiretos associados ao tratamento. Gastos com transporte, alimentação, hospedagem e necessidade de acompanhantes foram apontados como fatores que dificultam a continuidade do cuidado, especialmente entre idosos de baixa renda.

A terceira categoria relaciona-se à regulação do acesso e aos processos de comunicação com os usuários. Os estudos relataram dificuldades na obtenção de informações sobre encaminhamentos, agendamentos e posição em listas de espera, contribuindo para a percepção de incerteza e prolongamento da espera.

A quarta categoria refere-se à dependência de campanhas e mutirões oftalmológicos. Embora essas estratégias ampliem temporariamente a capacidade assistencial, os estudos

indicaram que elas não substituem a necessidade de oferta regular e contínua de serviços especializados.

Por fim, a quinta categoria destaca a importância da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado. Os estudos evidenciaram que ações de rastreamento, busca ativa e encaminhamento qualificado podem reduzir atrasos e favorecer maior equidade no acesso à cirurgia de catarata.

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão evidenciam que o acesso à cirurgia de catarata no Sistema Único de Saúde permanece marcado por importantes desigualdades sociais e regionais. Os estudos analisados demonstraram que a distribuição desigual dos serviços oftalmológicos especializados, os custos indiretos relacionados ao tratamento, as fragilidades dos processos regulatórios e a dependência de campanhas e mutirões contribuem para a manutenção de barreiras que afetam principalmente a população idosa em situação de vulnerabilidade social (Satto *et al.*, 2021).

A concentração de especialistas e centros cirúrgicos em capitais e grandes centros urbanos foi um dos principais achados identificados. Segundo Scheffer *et al.* (2025), a distribuição dos oftalmologistas no Brasil permanece desigual, acompanhando diferenças socioeconômicas e estruturais entre as regiões do país. Essa concentração reduz a capacidade de resposta dos serviços em municípios de pequeno porte e áreas rurais, obrigando usuários a percorrerem longas distâncias para obtenção de diagnóstico, acompanhamento e tratamento especializado. De forma semelhante, Caligaris *et al.* (2011) observaram diferenças expressivas nas taxas de cirurgia de catarata entre as unidades federativas brasileiras, reforçando a existência de iniquidades territoriais no acesso aos procedimentos oftalmológicos.

Outro aspecto relevante identificado refere-se aos custos indiretos associados ao tratamento. Embora a cirurgia seja disponibilizada gratuitamente pelo SUS, despesas relacionadas ao transporte, alimentação, hospedagem e necessidade de acompanhantes constituem obstáculos importantes para muitos usuários. (Oliveira, 2016) destaca que esses custos podem comprometer a continuidade do tratamento e influenciar diretamente o comparecimento às consultas e procedimentos. Ferreira *et al.* (2017) corroboram essa perspectiva ao demonstrarem que fatores geográficos e limitações estruturais dos municípios interferem significativamente na adesão dos pacientes aos encaminhamentos cirúrgicos.

Tostes, Covre e Fernandes (2016) destacam que dificuldades organizacionais, limitações da capacidade instalada e falhas na coordenação assistencial constituem obstáculos recorrentes para o acesso oportuno aos procedimentos cirúrgicos no sistema público de saúde. A literatura demonstra que a ausência de informações claras sobre encaminhamentos, agendamentos e tempo de espera favorece a construção do fenômeno denominado “filas invisíveis”, caracterizado pela dificuldade de acompanhamento da trajetória assistencial pelo paciente (Kara-Júnior *et al.*, 2011). Nesse contexto, indivíduos com maior escolaridade, acesso à informação ou suporte social tendem a apresentar melhores condições para navegar pelos fluxos assistenciais, ampliando desigualdades já existentes (Travassos; Martins, 2004).

A vulnerabilidade da população idosa merece atenção especial. A deficiência visual decorrente da catarata está associada à redução da autonomia funcional, aumento do risco de quedas, isolamento social e comprometimento da qualidade de vida (Paz *et al.*, 2018). Pereira *et al.* (2021) ressaltam que o atraso na realização da cirurgia pode intensificar limitações físicas e sociais, contribuindo para maior dependência familiar e utilização de outros serviços de saúde. Dessa forma, a demora no acesso ao tratamento ultrapassa a dimensão clínica, configurando um problema de relevância social e sanitária.

Resultados semelhantes foram observados por Silva, Muccioli e Belfort Junior (2004), que identificaram elevada satisfação entre os usuários atendidos em mutirões de catarata, sobretudo entre indivíduos de menor nível socioeconômico, reforçando o papel dessas iniciativas na ampliação do acesso aos cuidados oftalmológicos. Estudos realizados por Almança, Jardim e Duarte (2018) demonstraram que essas iniciativas alcançam populações vulneráveis e promovem elevada satisfação entre os usuários. Entretanto, Soares *et al.* (2023) destacam que os benefícios observados costumam ocorrer de forma episódica, não sendo suficientes para solucionar problemas estruturais relacionados ao acesso. Assim, embora importantes como estratégia complementar, os mutirões não substituem a necessidade de uma rede assistencial organizada, contínua e territorialmente distribuída.

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se ao papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado. Oliveira *et al.* (2025) argumentam que a Atenção Primária à Saúde pode contribuir significativamente para a identificação precoce dos casos, realização de busca ativa, orientação dos usuários e acompanhamento dos encaminhamentos especializados. Os achados desta revisão também dialogam com a discussão mais ampla sobre equidade no SUS. Conforme destacado por Paim *et al.* (2011), as desigualdades observadas no

acesso aos serviços de saúde refletem processos históricos de subfinanciamento, concentração de recursos e dificuldades na organização regional das redes assistenciais. No caso da cirurgia de catarata, essas limitações tornam-se particularmente evidentes por se tratar de um procedimento altamente resolutivo, capaz de restaurar a capacidade funcional e promover melhoria significativa da qualidade de vida. Estudos recentes demonstram que a cirurgia de catarata produz benefícios expressivos na recuperação funcional, na qualidade de vida e na participação social dos pacientes, especialmente entre idosos com comprometimento visual significativo (Pereira et al., 2021; Soares et al., 2023; Pereira et al., 2025).

Dessa forma, os resultados sugerem que a redução das desigualdades no acesso à cirurgia de catarata exige estratégias integradas que envolvam ampliação da oferta regionalizada de serviços especializados, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, aperfeiçoamento dos mecanismos de regulação e implementação de políticas de apoio ao deslocamento e acompanhamento dos usuários. Tais medidas podem contribuir para tornar o acesso mais equitativo e compatível com os princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÕES

Os resultados desta revisão sistemática evidenciaram que o acesso à cirurgia de catarata no Sistema Único de Saúde permanece influenciado por desigualdades sociais, econômicas e territoriais que afetam de forma mais intensa a população idosa em situação de vulnerabilidade. Embora a cirurgia seja reconhecida como um procedimento altamente efetivo para a recuperação da capacidade visual e da qualidade de vida, diversos obstáculos ainda limitam sua realização em tempo oportuno.

Entre os principais fatores identificados destacam-se a distribuição desigual dos serviços especializados, as dificuldades de deslocamento, os custos indiretos associados ao tratamento, as limitações nos processos regulatórios e a dependência de estratégias temporárias de ampliação da oferta, como campanhas e mutirões. Tais barreiras contribuem para a permanência de trajetórias assistenciais prolongadas e pouco transparentes para os usuários.

Os achados também demonstram a relevância da Atenção Primária à Saúde como elemento estratégico para a coordenação do cuidado, identificação precoce dos casos, acompanhamento dos encaminhamentos e redução das desigualdades no acesso aos serviços oftalmológicos especializados.

Conclui-se que a redução das iniquidades relacionadas à cirurgia de catarata requer ações integradas voltadas ao fortalecimento das redes regionais de atenção à saúde, ampliação da oferta especializada, aperfeiçoamento dos mecanismos de regulação e desenvolvimento de estratégias que favoreçam o acompanhamento contínuo dos usuários ao longo do percurso assistencial.

Como limitação deste estudo, destaca-se a heterogeneidade metodológica dos trabalhos incluídos, o que restringe comparações diretas entre indicadores e contextos analisados. Recomenda-se que futuras pesquisas investiguem a efetividade de estratégias de regulação, regionalização e coordenação do cuidado capazes de promover maior equidade no acesso à saúde ocular no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMANÇA, A. C. D.; JARDIM, S. P.; DUARTE, S. R. M. P. Perfil epidemiológico do paciente submetido ao mutirão de catarata. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 255-260, 2018. DOI: 10.5935/0034-7280.20180055.

BENIZ, J. Cirurgia de catarata a laser. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 6, p. 340-341, 2011. DOI: 10.1590/S0034-72802011000600001

CALIGARIS, L. S. A. et al. Analyses of cataract surgery performed by the Unified Health System in Brazil, 2006-2007. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 6, p. 428-432, 2011. DOI: 10.1590/S1020-49892011000600008.

CARVALHO, V. V. C. et al. Cirurgia de catarata em pacientes com doenças reumatológicas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 1365-1375, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i3.13244.

FERREIRA, G. A. et al. Outcomes of and barriers to cataract surgery in São Paulo State, Brazil. **BMC Ophthalmology**, London, v. 17, n. 1, art. 259, 2017. DOI: 10.1186/s12886-017-0637-6.

KARA-JÚNIOR, N.; DELLAPI JUNIOR, R.; ESPÍNDOLA, R. F. Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos sistemas de saúde público e privado. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 74, n. 5, p. 323-325, 2011. DOI: 10.1590/S0004-27492011000500002.

OLIVEIRA, J. M. T. et al. A atenção primária e o impacto da condução clínica com suporte da oftalmologia. **Lumen et Virtus**, v. 16, n. 53, p. e8836, 2025. DOI: 10.56238/levv16n53-040.

OLIVEIRA, Giselly Oseni Barbosa. Tecnologia assistiva na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis para pessoas com deficiência visual: estudo de validação. 2016. 114 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem,

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/19072>. Acesso em: 08 maio. 2026.

OLIVEIRA, N. N. et al. Fatores associados à incapacidade funcional de idosos com catarata: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, e220076, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562022025.220076.

PACE, M. F. F. et al. Tratamento cirúrgico da catarata: técnicas modernas e resultados. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 4, p. 326-339, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n4p326-339

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, Londres, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PAZ, L. P. S. et al. Fatores associados a quedas em idosos com catarata. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2503-2514, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018238.14622016

PEREIRA, A. P. V. N. et al. Cirurgia de catarata: o perfil epidemiológico, melhora visual e qualidade de vida. **BJIHS**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 1001-1013, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n4p1001-1013

PEREIRA, N. B. et al. Avaliação da função visual e qualidade de vida relacionada à visão em pacientes portadores de catarata senil. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 111-116, 2021. DOI: 10.5935/0034-7280.20210021

SATTO, L. H. et al. Impact of a mobile unit on access to eye care in São Paulo, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 84, p. 51-57, 2021. DOI: 10.5935/0004-2749.20210009

SCHEFFER, M. et al. Regional inequalities in the supply of ophthalmologists and the volume of cataract surgeries between the public and private health sectors in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 89, n. 1, e2025-0218, 2025. DOI: 10.5935/0004-2749.2025-0218

SILVA, L. M. P.; MUCCIOLI, C.; BELFORT JUNIOR, R. Perfil socioeconômico e satisfação dos pacientes atendidos no mutirão de catarata do Instituto da Visão-UNIFESP. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 67, n. 5, p. 737-744, 2004. DOI: 10.1590/S0004-27492004000500008

SOUSA, D. B. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico de Pacientes Submetidos a Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais em um Município no Interior da Amazônia. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v. 14, n. 7, p. e2256-e2256, 2025. DOI: 10.23900/2359-1552v14n7-33-2025

SOARES, P. V. B. S. et al. Perfil epidemiológico e melhora visual após cirurgia de catarata realizada em hospital oftalmológico de referência em Santos. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 82, e0022, 2023. DOI: 10.37039/1982.8551.20230022

TOSTES, M. F. P.; COVRE, E. R.; FERNANDES, C. A. M. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2677, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0954.2677

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014.