



**ESTUDO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CATARATA COM ANESTESIA
PERICONAL E INTRACAMERAL**

**STUDY OF POSTOPERATIVE PAIN IN PATIENTS UNDERGOING
CATARACT SURGERY WITH PERICONAL AND INTRACAMERAL
ANESTHESIA**

**DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE CATARATA COM ANESTESIA
PERICONAL E INTRACAMERAL**

450

Wathyson Alex de Mendonça SANTOS¹
Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT)
E-mail: wathyson.santos@ufnt.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6355-3540>

Lucas Alves FREIRES¹
Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT)
E-mail: lucas.freires@mail.ufnt.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-9955-0616>

Luan Fernandes RODRIGUES²
Centro Universitário (UNIPLAN)
E-mail: luanfr@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7337-7517>

Juliana Soares LADEIA³
Hospital de Olhos do Tocantins
E-mail: jsladeia@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0491-0453>

João Carlos Diniz ARRAES¹
Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT)
E-mail: arraes.joao@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5118-1604>

Ana Cristina Mendanha SAMPAIO¹
Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT)
E-mail: ana.mendanha@ufnt.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5243-604X>

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Norte do Tocantins, Araguaína, TO, Brasil.

² Uniplan, Centro Universitário, Araguaína, TO, Brasil.

³ Hospital de Olhos do Tocantins, Araguaína, TO, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a dor no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia de catarata utilizando o bloqueio periconal ou anestesia intracameral, identificando se há diferença na percepção de dor entre as técnicas. **Método:** Estudo retrospectivo, transversal e descritivo, realizado no Hospital de Olhos do Tocantins entre maio e outubro de 2023. Foram analisados 319 prontuários de pacientes adultos submetidos à facoemulsificação com implante de lente intraocular. A intensidade da dor foi avaliada utilizando a Escala Visual Analógica (EVA). A comparação entre as técnicas anestésicas e outros fatores, como sexo, ordem da cirurgia e tempo de procedimento, foi feita através do Teste Exato de Fisher e do Teste de Mann-Whitney, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria dos pacientes não apresentou dor significativa no pós-operatório, independentemente da técnica anestésica utilizada. Quando presente, a dor foi leve na maior parte dos casos. Não houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de dor e o tipo de anestesia, sexo dos pacientes, ordem da cirurgia (primeira ou segunda) ou tempo cirúrgico. **Conclusão:** Tanto a anestesia periconal quanto a anestesia intracameral são seguras e eficazes no controle da dor pós-operatória em cirurgias de catarata. A escolha da técnica pode ser feita conforme o perfil do paciente e a experiência da equipe médica. Estudos futuros são recomendados para explorar outros fatores que possam influenciar a dor após o procedimento.

Palavras-chave: Anestesia. Dor Pós-Operatória. Catarata. Injeção Intracameral.

ABSTRACT

Objective: To evaluate postoperative pain in patients undergoing cataract surgery using either periconal block or intracameral anesthesia, and to identify any differences in pain perception between the two techniques. **Methods:** This was a retrospective, cross-sectional, and descriptive study conducted at the Hospital de Olhos do Tocantins between May and October 2023. A total of 319 medical records of adult patients who underwent phacoemulsification with intraocular lens implantation were analyzed. Pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS). The comparison between anesthetic techniques and other factors, such

as sex, order of surgery, and procedure duration, was performed using Fisher's Exact Test and the Mann-Whitney Test, with a significance level set at 5%. **Results:** Most patients did not report significant postoperative pain, regardless of the anesthetic technique used. When present, pain was predominantly mild. No statistically significant association was found between the occurrence of pain and the type of anesthesia, patients' sex, order of surgery (first or second eye), or surgical duration. **Conclusion:** Both periconal and intracameral anesthesia are safe and effective options for controlling postoperative pain in cataract surgery. The choice of technique can be individualized based on the patient's profile and the experience of the medical team. Further studies are recommended to explore additional factors that may influence postoperative pain.

Keywords: Anesthesia. Postoperative pain. Cataract. Intracameral Injection.

INTRODUÇÃO

A catarata, principal causa de cegueira mundial, é a turvação do cristalino que reduz sua transparência. Na maior parte dos casos, está associada ao envelhecimento e seu tratamento envolve a substituição da lente natural por uma artificial (Alhassan; Kyari; Ejere, 2015). A facectomia por facoemulsificação, desde 1967, é a principal técnica empregada para o tratamento desta condição, consistindo em uma pequena incisão na córnea, remoção do cristalino e implante de uma lente intraocular artificial (LIO). Atualmente, este procedimento pode ser realizado com o uso de anestesia menos invasiva (Malik et al, 2010; Toro et al, 2020).

Entre as técnicas anestésicas que podem ser empregadas para cirurgia de facoemulsificação com implante de LIO, estão os bloqueios retrobulbar, periconal, subtenoniano e intracameral. A abordagem retrobulbar foi por muito tempo a principal escolha, onde o anestésico é inoculado logo atrás do globo ocular, dentro do cone muscular (Fanning, 2006). Posteriormente, a técnica periconal surgiu como uma alternativa mais segura, pois o anestésico local é depositado fora do cone muscular. Entretanto, é necessário maior volume de solução anestésica para que haja dispersão suficiente e anestesia satisfatória (Kumar; Dowd, 2006; Nouvellon et al, 2010). A anestesia subtenoniana é uma técnica que permite a difusão do anestésico no espaço

episcleral, proporcionando anestesia eficaz com volumes reduzidos (Guay; Sales, 2015). Já a anestesia intracameral, consiste em uma técnica cinética em que é administrado pequeno volume de anestésico local na câmara anterior do olho (Sanabria et al, 2013; Toro et al, 2020).

A escolha da técnica anestésica deve ser individualizada para cada paciente, levando em consideração questões como necessidade de acinesia completa do olho em pacientes pouco cooperativos ou ansiosos, manipulação intensa durante o ato cirúrgico, experiência da equipe e subjetividade da dor do indivíduo (Cyriac; Pineda, 2000; Fanning, 2006; Jaichandran, 2013; Kumar; Dowd, 2006).

Uma das formas de analisar a satisfação do indivíduo e da equipe de saúde em relação ao processo cirúrgico, é avaliar a dor no pós-operatório. Esta, quando não controlada, pode comprometer a recuperação e está associada a maior incidência de complicações (Dadaci; Borazan; Acir, 2016; Porela-Tiihonen; Kaarniranta; Kokki, 2013). Assim, este trabalho propõe avaliar, por meio de informações cirúrgicas e dados demográficos extraídos de prontuários, qual técnica anestésica apresenta melhor controle da dor na cirurgia de facectomia por facoemulsificação e implante de LIO em pacientes operados no Hospital de Olhos do Tocantins (HO), no período de maio a outubro de 2023.

METODOLOGIA

Esse é um estudo retrospectivo, transversal, sem intervenção e de caráter descritivo, realizado no Hospital de Olhos do Tocantins, em Araguaína (TO). Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (CAAE: 76413923.5.0000.8102), foram coletadas informações diretamente dos prontuários dos pacientes que passaram por cirurgia de facectomia por facoemulsificação com implante de LIO, entre maio e outubro de 2023.

As informações coletadas através do formulário foram: sexo, idade, olho operado, ordem da cirurgia (primeira ou segunda), técnica cirúrgica, equipamento utilizado, tipo de anestesia, anestésico e adjuvante, duração da cirurgia, intensidade da dor no primeiro dia pós-operatório. Para avaliar a intensidade da dor foi observado o registro da Escala Visual Analógica (EVA). Os critérios utilizados para classificar a intensidade da dor foram: dor leve (1 a 2 pontos), moderada (3 a 7

pontos), intensa (8 a 10 pontos). A classificação do tempo cirúrgico foi realizada da seguinte forma: até 10 minutos; de 10 a 20 minutos; e mais de 20 minutos.

Os critérios de inclusão aplicados foram pacientes com dezoito anos ou mais, cirurgias executadas por todos os oftalmologistas e anestésias realizadas por todos os anestesiológicos, procedimentos com a mesma técnica cirúrgica (facoemulsificação) e que foram realizados com equipamentos com ultrassom torcional (Centurion System e Constellation Vision System, ambos da fabricante Alcon), anestesia em que foi utilizado colírio de proximetaína 0,5% na superfície do olho e ropivacaína a 1% e hialuronidase 40 U/mL para a anestesia periconal e, 0,5 mL de lidocaína isobárica a 2% (sem vasoconstritor), diluída em 0,4 mL de solução salina balanceada e associado com 0,1ml de epinefrina 1mg/ml, para anestesia intracameral. Foram excluídos pacientes com complicações intraoperatórias, coparticipação de residentes na cirurgia, facoemulsificação combinada com outros procedimentos ou sem implante de LIO, cataratas de origem traumática, outra técnica anestésica que não bloqueio periconal ou anestesia intracameral.

Para análise dos dados obtidos foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk com nível de significância a 5% e, detectado que não houve normalidade, foi feita a associação por meio do teste exato de Fischer com nível de significância também a 5%. As seguintes variáveis foram analisadas: dor no 1º dia pós-operatório, sexo, ordem de cirurgia, tempo de cirurgia, abordagem com anestesia intracameral e bloqueio periconal. Para a comparação entre os tipos de anestésias aplicadas foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney com o nível de significância de 5%. A associação de variáveis foi avaliada por meio do teste exato de Fischer com nível de significância de 5%. Para a execução dos procedimentos estatísticos foi utilizado o software Jamovi versão 2.4.8.0

RESULTADOS

A população amostral inicial foi de 537 prontuários e, após aplicar os critérios de exclusão, obteve-se uma amostra final de 319. Os dados foram analisados por meio de tabelas de contingência, utilizando o Teste Exato de Fisher para avaliar a associação entre variáveis relacionadas à cirurgia de catarata e desfechos no pós-

operatório, comparando dois tipos de anestesia: intracameral e bloqueio periconal. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$).

Os resultados da Tabela 1 mostram a distribuição de frequência da presença de dor no primeiro dia pós-operatório em relação à ordem da cirurgia para os grupos que receberam Bloqueio Periconal e Intracameral. No grupo com Bloqueio Periconal, dos 155 pacientes submetidos à primeira cirurgia, a maioria não relatou dor, enquanto dos 69 submetidos à segunda cirurgia, a distribuição foi semelhante, com predominância de ausência de dor. Para o grupo intracameral, dos 60 pacientes da primeira cirurgia e 35 da segunda, também se observou uma tendência majoritária de ausência de dor, sem diferenças marcantes entre as ordens de cirurgia.

Os valores de p do Teste Exato de Fisher, ainda na Tabela 1, indicam que não houve associação significativa entre a ordem da cirurgia e a presença de dor no primeiro dia pós-operatório. Para o Bloqueio Periconal, o valor de p foi 0,179; para a anestesia intracameral, $p = 0,076$; e na análise total, $p = 0,284$. Todos os valores de p foram superiores ao nível de significância estabelecido ($p > 0,05$). Portanto, não há evidências estatísticas que sugiram uma relação entre a ordem da cirurgia e a ocorrência de dor no primeiro dia após a cirurgia de catarata, independentemente do tipo de anestesia utilizada.

Tabela 1. Análise da associação da ordem da cirurgia e os tipos de anestésias para cirurgia de catarata e a dor ocular no primeiro dia de pós-operatório com o resultado do Teste Exato de Fisher.

TIPO DE ANESTESIA	ORDEM DA CIRURGIA	DOR 1 DPO					TOTAL	p*
		AUSENTE	LEVE	MODERADA	INTENSA			
Intracameral	1	n	53	7	0	0	60	-
		%	88.3 %	11.7 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %	-
	2	n	32	1	2	0	35	-
		%	91.4 %	2.9 %	5.7 %	0.0 %	100.0 %	-
	Total	n	85	8	2	0	95	0.076
		%	89.5 %	8.4 %	2.1 %	0.0 %	100.0 %	-

Bloqueio Periconal	1	n	151	1	2	1	155	-
		%	97.4 %	0.6 %	1.3 %	0.6 %	100.0 %	-
	2	n	64	2	1	2	69	-
		%	92.8 %	2.9 %	1.4 %	2.9 %	100.0 %	-
	Total	n	215	3	3	3	224	0.179
		%	96.0 %	1.3 %	1.3 %	1.3 %	100.0 %	-
Total	1	n	204	8	2	1	215	-
		%	94.9 %	3.7 %	0.9 %	0.5 %	100.0 %	-
	2	n	96	3	3	2	104	-
		%	92.3 %	2.9 %	2.9 %	1.9 %	100.0 %	-
	Total	n	300	11	5	3	319	0.284
		%	94.0 %	3.4 %	1.6 %	0.9 %	100.0 %	-

Fonte: Elaboração própria, 2024

*Teste exato de Fischer

A partir da análise da Tabela 2, observa-se que, em geral, a maioria dos pacientes, independentemente do sexo, relatou ausência de dor um dia após a cirurgia. Para a anestesia Intracameral, 91.9% dos homens e 87.9% das mulheres não relataram dor, com uma pequena proporção relatando dor leve (8.1% para homens e 8.6% para mulheres) e uma minoria relatando dor moderada (apenas mulheres, 3.4%). Para o Bloqueio Periconal, 99.0% dos homens e 93.5% das mulheres não relataram dor, com mulheres apresentando uma distribuição mais variada para dor leve, moderada e intensa. No total, 97.1% dos homens e 91.8% das mulheres não relataram dor, indicando uma tendência ligeiramente maior de ausência de dor entre homens, mas com diferenças que podem ser devido ao acaso.

Tabela 2. Análise da associação do sexo e os tipos de anestésias para cirurgia de catarata e a dor ocular no primeiro dia de pós-operatório com o resultado do Teste Exato de Fisher.

TIPO DE ANESTESIA	SEXO		DOR 1 DPO				TOTAL	p*
			AUSENTE	LEVE	MODERADA	INTENSA		
Intracameral	M	n	34	3	0	0	37	-
		%	91.9 %	8.1 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %	-
	F	n	51	5	2	0	58	-
		%	87.9 %	8.6 %	3.4 %	0.0 %	100.0 %	-
	Total	n	85	8	2	0	95	0.749
		%	89.5 %	8.4 %	2.1 %	0.0 %	100.0 %	-
Bloqueio Periconal	M	n	99	0	0	1	100	-
		%	99.0 %	0.0 %	0.0 %	1.0 %	100.0 %	-
	F	n	116	3	3	2	124	-
		%	93.5 %	2.4 %	2.4 %	1.6 %	100.0 %	-
	Total	n	215	3	3	3	224	0.190
		%	96.0 %	1.3 %	1.3 %	1.3 %	100.0 %	-
Total	M	n	133	3	0	1	137	-
		%	97.1 %	2.2 %	0.0 %	0.7 %	100.0 %	-
	F	n	167	8	5	2	182	-
		%	91.8 %	4.4 %	2.7 %	1.1 %	100.0 %	-
	Total	n	300	11	5	3	319	0.136
		%	94.0 %	3.4 %	1.6 %	0.9 %	100.0 %	-

Fonte: Elaboração própria, 2025

*Teste exato de Fischer

Os valores de p do Teste Exato de Fisher, conforme a Tabela 2, foram de 0,749, para anestesia Intracameral, 0,190 para Bloqueio Periconal e 0,136 para o valor total, o que sugere que homens e mulheres apresentam distribuições semelhantes de dor neste contexto.

Analisando a Tabela 3, observa-se como o tempo de cirurgia (0-10 min, 10-20 min, >20 min) se relaciona com o nível de dor (Ausente, Leve, Moderada, Intensa) um dia após a cirurgia, considerando diferentes tipos de anestesia. Percebe-se que a maioria dos pacientes, em todos os tempos, não relatou dor, com proporções altas de ausência de dor (93,5% a 97,2% no total).

Tabela 3. Análise da associação do tempo de cirurgia e os tipos de anestésias para cirurgia de catarata e a dor ocular no primeiro dia de pós-operatório com o resultado do Teste Exato de Fisher.

TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE CIRURGIA		AUSENTE	LEVE	MODERADA	INTENSA	TOTAL	p*	
Intracameral	0-10 MIN	n	6	1	0	0	7	-	
		%	85.7 %	14.3 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %	-	
	10-20 MIN	n	68	7	1	0	76	-	
		%	89.5 %	9.2 %	1.3 %	0.0 %	100.0 %	-	
	>20 MIN	n	11	0	1	0	12	-	
		%	91.7 %	0.0 %	8.3 %	0.0 %	100.0 %	-	
	Total	n	85	8	2	0	95	0.362	
		%	89.5 %	8.4 %	2.1 %	0.0 %	100.0 %	-	
	Bloqueio Periconal	0-10 MIN	n	29	0	0	0	29	-
			%	100.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %	-
		10-20 MIN	n	119	2	2	1	124	-
			%	96.0 %	1.6 %	1.6 %	0.8 %	100.0 %	-

	>20 MIN	n	67	1	1	2	71	-
		%	94.4 %	1.4 %	1.4 %	2.8 %	100.0 %	-
	Total	n	215	3	3	3	224	0.975
		%	96.0 %	1.3 %	1.3 %	1.3 %	100.0 %	-
<hr/>								
Total	0-10 MIN	n	35	1	0	0	36	-
		%	97.2 %	2.8 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %	-
	10-20 MIN	n	187	9	3	1	200	-
		%	93.5 %	4.5 %	1.5 %	0.5 %	100.0 %	-
	>20 MIN	n	78	1	2	2	83	-
		%	94.0 %	1.2 %	2.4 %	2.4 %	100.0 %	-
	Total	n	300	11	5	3	319	0.514
		%	94.0 %	3.4 %	1.6 %	0.9 %	100.0 %	-

Fonte: Elaboração própria, 2025

*Teste exato de Fischer

O Teste Exato de Fisher, ainda conforme a Tabela 3, indicou p-valores de 0,362 (Anestesia Intracameral), 0,975 (Bloqueio Periconal) e 0,514 (Total), sugerindo que não há evidência de associação significativa. Este resultado indica que o tempo de cirurgia parece não afetar a dor no primeiro dia após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A combinação de anestesia tópica e intracameral tem sido a técnica anestésica de escolha para cirurgias de catarata em grandes centros, pois está associada a menores taxas de complicações em comparação com as técnicas regionais, além de proporcionar recuperação visual mais precoce. Porém, os pacientes podem estar mais sujeitos à dor no pós-operatório em comparação com abordagens regionais (Assam; Bernhisel; Lin, 2018; Neo et al, 2023). Os dados deste estudo evidenciaram que não houve diferença em relação à intensidade da dor em pacientes submetidos a

facectomia por facoemulsificação com implante de LIO com a técnica anestésica intracameral ou bloqueio periconal. Portanto, demonstra a segurança em relação à percepção da dor e satisfação do paciente submetido a esse procedimento sob anestesia intracameral. Assim, corrobora com a tendência geral em empregar esta técnica anestésica para este tipo de cirurgia (Segers et al, 2022; Westborg; Mönestam, 2013).

Alguns estudos demonstraram que pacientes submetidos à anestesia tópica relataram maior percepção algica durante a cirurgia do segundo olho (URSEA et al, 2011). Esse aumento na sensibilidade pode estar relacionado a diversos fatores, como maior nível de ansiedade antes do segundo procedimento, grau de cooperação do paciente, tempo decorrido entre as cirurgias e possível desenvolvimento de tolerância aos anestésicos utilizados (Shi; Yuan; Zee, 2019). Outras pesquisas não evidenciaram correlação entre o nível de dor e a sequência das cirurgias (Bardocci et al, 2011). Da mesma forma, nesta não foi verificada diferença na ocorrência de dor no primeiro dia pós-operatório da cirurgia de catarata, independentemente se foi o primeiro ou segundo olho operado.

Acredita-se que o tempo cirúrgico igual ou superior a 20 minutos possa estar associado à presença de dor no pós-operatório (Debourdeau et al, 2025; Rothschild et al, 2013). No entanto, esta pesquisa não evidenciou diferença na presença de dor em relação ao tempo cirúrgico. Ainda, a literatura aponta que mulheres são mais suscetíveis à percepção da dor em procedimentos invasivos, possivelmente devido a níveis mais elevados de ansiedade pré-operatória, especialmente em contextos como a cirurgia de catarata (Fillingim et al, 2009; Nijkamp et al, 2004). No entanto, neste estudo, a diferença observada não foi estatisticamente significativa.

Uma das limitações desta pesquisa é o fato de não ter sido avaliado o uso de analgésicos e adjuvantes no perioperatório, o que pode interferir no controle da dor.

Os resultados deste trabalho evidenciam que a maioria dos pacientes não apresentou dor no pós-operatório de facectomia por facoemulsificação com implante de LIO, independente da técnica anestésica utilizada. Ademais, aqueles que referiram dor, apresentaram, em sua maioria, dor de intensidade leve. Além disso, não houve associação entre a técnica anestésica e a percepção de dor no pós-operatório, seja em relação à ordem da cirurgia, ao sexo dos pacientes ou ao tempo cirúrgico. Posto que,

a ausência ou presença de dor leve está relacionada a desfecho cirúrgico favorável, além de que o controle algico ineficiente predispõe grandemente a maior incidência de complicações pós-operatórias entende-se que, de acordo com os resultados obtidos, ambas as técnicas anestésicas são eficazes e seguras (Joshi; Kehlet, 2019).

CONCLUSÃO

Este estudo sugere que a anestesia intracameral, assim como a anestesia periconal, para cirurgias de catarata, são excelentes escolhas em termos de satisfação do paciente e da equipe de saúde no que tange à percepção da dor. Portanto, no que concerne ao controle algico no pós-operatório, é viável que a escolha entre estas técnicas seja individual e feita de acordo com o perfil de cada paciente, além da preferência e experiência da equipe médica. Ainda assim, estudos futuros podem contribuir com informações a respeito de outros fatores que podem influenciar a dor no pós-operatório destas cirurgias.

REFERÊNCIAS

ALHASSAN, M. B.; KYARI, F.; EJERE, H. O. D. Peribulbar versus retrobulbar anaesthesia for cataract surgery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2015, n. 7, 2 jul. 2015.

ASSAM, J. H.; BERNHISEL, A.; LIN, A. **Intraoperative and postoperative pain in cataract surgery. Survey of Ophthalmology**. Elsevier USA, 1 jan. 2018.

BARDOCCI, A. et al. Pain during second eye cataract surgery under topical anesthesia: an intraindividual study. **Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentelle Ophthalmologie**, v. 249, n. 10, p. 1511-1514, out. 2011.

CYRIAC, I. C.; PINEDA, R. Postoperative complications of periocular anesthesia. **International ophthalmology clinics**, v. 40, n. 1, p. 85-91, 2000.

DADACI, Z.; BORAZAN, M.; ACIR, N. Ö. Pain Perception in Phacoemulsification with Topical Anesthesia and Evaluation of Factors Related with Pain. **Turkish Journal of Ophthalmology**, v. 46, n. 4, p. 151, 1 ago. 2016.

DEBOURDEAU, E. et al. Predictors of pain during phacoemulsification under local sedation: A multicentric study. **Journal Français d'Ophthalmologie**, v. 48, n. 1, p. 104346, 1 jan. 2025.

ESTUDO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CATARATA COM ANESTESIA PERICONAL E INTRACAMERAL. Wathyson Alex de Mendonça SANTOS; Lucas Alves FREIRES; Luan Fernandes RODRIGUES; Juliana Soares LADEIA; João Carlos Diniz ARRAES; Ana Cristina Mendanha SAMPAIO. **JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 - MÊS DE ABRIL - Ed. 60. VOL. 01. Págs. 450-463.** <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculadefacit.edu.br.

FANNING, G. L. Orbital regional anesthesia. **Ophthalmology clinics of North America**, v. 19, n. 2, p. 221–232, jun. 2006.

FILLINGIM, R. B. et al. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. **Journal of Pain**, v. 10, n. 5, p. 447–485, 1 maio 2009.

GUAY, J.; SALES, K. Sub-Tenon's anaesthesia versus topical anaesthesia for cataract surgery. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 2015, n. 8, 27 ago. 2015.

JAICHANDRAN, V. V. Ophthalmic regional anaesthesia: A review and update. **Indian Journal of Anaesthesia**, v. 57, n. 1, p. 7–13, jan. 2013.

JOSHI, G. P.; KEHLET, H. Postoperative pain management in the era of ERAS: An overview. **Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology**, v. 33, n. 3, p. 259–267, 1 set. 2019.

KUMAR, C. M.; DOWD, T. C. Complications of ophthalmic regional blocks: their treatment and prevention. **Ophthalmologica. Journal international d'ophtalmologie. International journal of ophthalmology. Zeitschrift fur Augenheilkunde**, v. 220, n. 2, p. 73–82, fev. 2006.

MALIK, A. et al. Local anesthesia for cataract surgery. **Journal of cataract and refractive surgery**, v. 36, n. 1, p. 133–152, jan. 2010.

NEO, Y. N. et al. Royal College of Ophthalmologists' National Ophthalmology Database study of cataract surgery: report 11, techniques and complications of local anesthesia for cataract surgery in the United Kingdom. **Journal of Cataract and Refractive Surgery**, v. 49, n. 12, p. 1216–1222, 1 dez. 2023.

NIJKAMP, M. D. et al. Determinants of surgery related anxiety in cataract patients. **British Journal of Ophthalmology**, v. 88, n. 10, p. 1310–1314, 1 out. 2004.

NOUVELLON, E. et al. Anaesthesia for cataract surgery. **Drugs Aging**, v. 27, n. 1, p. 21–38, 2010.

PORELA-TIIHONEN, S.; KAARNIRANTA, K.; KOKKI, H. **Postoperative pain after cataract surgery. Journal of Cataract and Refractive Surgery**, maio 2013.

ROTHSCHILD, P. R. et al. Patients' subjective assessment of the duration of cataract surgery: a case series. **BMJ Open**, v. 3, n. 5, p. e002497, 1 jan. 2013.

SANABRIA, M. R. et al. Ocular pain after intravitreal injection. **Current Eye Research**, v. 38, n. 2, p. 278–282, fev. 2013.

SEGRS, M. H. M. et al. Anesthesia techniques and the risk of complications as reflected in the European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive

Surgery. **Journal of Cataract and Refractive Surgery**, v. 48, n. 12, p. 1403–1407, 1 dez. 2022.

SHI, C.; YUAN, J.; ZEE, B. Pain Perception of the First Eye versus the Second Eye during Phacoemulsification under Local Anesthesia for Patients Going through Cataract Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Ophthalmology**, v. 2019, 2019.

TORO, M. D. et al. Pain Following the Use of Anesthesia Formulation Among Individuals Undergoing Cataract Surgery: A Randomized Controlled Trial. **Frontiers in Pharmacology**, v. 11, 16 abr. 2020.

URSEA, R. et al. Pain perception in sequential cataract surgery: comparison of first and second procedures. **Journal of cataract and refractive surgery**, v. 37, n. 6, p. 1009–1014, jun. 2011.

WESTBORG, I.; MÖNESTAM, E. Intracameral anesthesia for cataract surgery: a population-based study on patient satisfaction and outcome. **Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.)**, v. 7, p. 2063, 16 out. 2013.