

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

PROCESSO DE CUIDAR DA TERAPIA OCUPACIONAL NA REABILITAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE OCULAR EM CLIENTES DE CLÍNICA ESPECIALIZADA NO RIO DE JANEIRO.

PROCESS OF TAKING CARE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE REHABILITATION AND ADAPTATION OF OCULAR PROSTHESIS IN CLIENTS OF SPECIALIZED CLINIC IN RIO DE JANEIRO

Gledson Nunes da Silva[1], Omar Luis Rocha Silva[2], Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva[3]

Submetido em: 02/07/2021 e115
Aprovado em: 23/07/2021 https://doi.org/10.53612/recisatec.v1i1.5

RESUMO
A perda de um elemento facial, tal como o bulbo ocular, é algo que afeta diretamente a vida do ser humano, independentemente de sua idade, etnia e credo, cujas consequências podem seguir tanto no âmbito físico, como social e emocional. **Objetivo:** analisar o processo de reabilitação, confecção, adaptação e colocação de prótese ocular estética em uma clínica especializada no Rio de Janeiro. **Método:** Para a confecção das próteses, foram utilizadas escleras artificias pré-fabricadas em resina acrílica, adaptadas ao formato da cavidade anoftálmica. Ao longo do tratamento, foram obtidos resultados estéticos, psicossociais e comportamentais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e as verbalizações embasadas pela análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** dentro dos sentimentos verbalizados, antes do uso da prótese, eles relataram a alteração da autoimagem tornando-a negativa de si mesmo, sentindo-se feio, monstruoso e desfigurado em uma intensidade bem maior que a imagem real, depressão, raiva, vergonha, baixa autoestima e ansiedade após o uso da prótese, eles vivenciaram aumento da autoestima, perca da vergonha, melhora da depressão, pois prótese ocular estética, promoveu correto crescimento facial, bem-estar pessoal e interpessoal, eliminando o trauma decorrente do defeito aparente. O processo envolveu várias etapas, desde a entrevista inicial até a colocação e orientação de cuidado. Os participantes verbalizaram sobre a ampliação de vínculo, autonomia e valorização da vida. **Conclusão:** a prótese ocular favoreceu retorno ao convívio social e familiar e os participantes declararam que a terapia ocupacional aplicada oportunizou melhoria do seu viver.

PALAVRAS-CHAVE: Prótese ocular. Terapia Ocupacional. Reabilitação protética.

ABSTRACT
The loss of a facial element, such as the ocular bulb, is something that directly affects the life of the human being, regardless of his age, ethnicity and creed, whose consequences can follow both in the physical, social and emotional. Objective: to analyze the rehabilitation process, preparation, adaptation and placement of aesthetic eye prosthesis in a specialized clinic in Rio de Janeiro. Method: For the production of prostheses, pre-fabricated artificial scleras was used in acrylic resin, adapted to the anophthalmic cavity shape. Throughout the treatment, aesthetic, psychosocial and behavioral results were obtained. Data collection was performed through semi-structured interviews and verbalizations based on Bardin's content analysis. Results: within the verbalized feelings before the

[1] Pós-graduado em Neurofisiologia pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação - IBMR (1999). Atualmente é terapeuta ocupacional em prótese ocular da Associação Fluminense de Amparo aos Cegos - AFAC, terapeuta ocupacional em traumato ortopedia do Instituto Nacional de Traumato Ortopedia Jamil Hadad - INTO, terapeuta ocupacional em pediatria do Centro Municipal de Reabilitação Dilma Coutinho - CMR, Professor auxiliar da cadeira de Próteses, Órtese e Adaptações I e II.
[2] Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde (ENSP/FIOCRUZ), Psicogeriatria (UFRJ) e Docência Superior (FETSU). Terapeuta Ocupacional da UFRJ, Responsável Técnico do Serviço de Terapia Ocupacional da Associação Fluminense de Amparo aos Cegos - AFAC.
[3] Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ).



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

use of the prosthesis they reported the alteration of the self-image making it negative of itself, feeling ugly, monstrous and disfigured in an intensity far greater than the real image, depression, anger, shame, low self-esteem and anxiety after the use of the prosthesis, they experienced increased self-esteem, loss of shame, improvement of depression, because aesthetic ocular prosthesis, promoted correct facial growth, personal and interpersonal well-being, eliminating the trauma resulting from the apparent defect. The process involved several stages from the initial interview to the placement and guidance of care. The participants verbalized on the expansion of bond, autonomy and value of life. Conclusion: the ocular prosthesis favored the return to social and family life and the participants declared that the occupational therapy enabled improvement of their living.

KEYWORDS: *Ocular prosthesis. Occupational Therapy. Prosthetic rehabilitation*

INTRODUÇÃO

O olho é órgão vital, importante componente da expressão facial (KAUR et al, 2010), com estruturas e funções complexas, pois cada olho ajusta constantemente a quantidade de luz que deixa entrar, foca os objetos próximos e afastados e gera imagens contínuas que são transmitidas ao cérebro de forma instantânea, se transformando em órgão do sentido. A acuidade visual detecta o grau de aptidão do olho para perceber os detalhes espaciais, ou seja, se a pessoa consegue ou não discriminar a forma e o contorno dos objetos.

A perda de um olho acarreta efeito negativo no estado psicológico da pessoa alterando suas relações intra e interpessoais vinculadas mais pelo lado estético do que pelo funcional. O cliente anoftálmico pode apresentar dificuldades em estabelecer vínculos afetivos, de organizar a vida frente às novas circunstâncias, sentimento de inferioridade e rejeição em relação ao meio de convivência (NICODEMO, FERREIRA, 2006) diminuir sua autonomia e gerar dependência.

Quanto à etiologia das perdas oculares, Rezende (1997), cita os casos de situação congênita, por criptoftalmia e microftalmia; e de anoftalmia, ausência total ou parcial de um ou ambos os órgãos oculares, decorrentes de situações congênitas ou adquiridas por trauma ou patologias.

A ideia de prótese ocular, ou olho artificial, historicamente está presente desde o princípio dos tempos, como pode-se observar por meio de achados em sítios arqueológicos (REZENDE, 1997 ; BEUMER et al., 2011) nascendo paralelamente ao desenvolvimento das artes plásticas, há 2500 anos a.C. (RESENDE, 1997), pois segundo Fonseca (1987, p. 19) “A história relata que os antigos egípcios, com a preocupação de embelezar suas estátuas, confeccionavam olhos artificiais com ouro e pedras preciosas, o que certamente inspirou sua manifestação no vivo”.

A prótese ocular tem por objetivo reconstruir a estética, embelezar o rosto de maneira harmônica, porque a pessoa apresenta comprometimento de sua aparência, dependendo do grau da lesão adquirida e muitas vezes ficam expostas a dificuldades e limitações inerentes ao trauma ocorrido. Se por um lado ela promove reconstrução estética, embelezamento facial, cuja harmonia,



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

favorecendo o relacionamento psicossocial e emocional do cliente, por outro, promove a sustentação e a tonicidade muscular palpebral, protege a cavidade, evita atresias, direciona o lacrimejamento, entre outros (GERALDINI, 2010; GÓES et al.,2007).

Segundo Oliveira et al. (1960), até a Segunda Guerra Mundial, a Alemanha teve o monopólio dos olhos artificiais de vidro, confeccionados por oculistas, como Ludwig Muller Uri. Entretanto, durante o conflito mundial, a dificuldade de importação dos olhos artificiais de vidro e a incidência de acidentes e ferimentos na região dos olhos fizeram com que alguns cirurgiões-dentistas militares, impossibilitados de reparar as mutilações oculares sofridas pela população civil e militar, partissem para o estudo e para a pesquisa de novos materiais.

Rezende (1997) afirma que a prótese ocular deve seguir determinadas funções, como: recuperar a estética facial (semelhança com o olho são); prevenir o colapso e a deformidade das pálpebras (fortalecendo sua musculatura); proteger a cavidade remanescente contra agressões de corpos estranhos e/ou irritações como fumaça, poeira; restaurar a direção da secreção lacrimal, prevenindo o acúmulo deste fluido; e manter o tônus muscular, prevenindo alterações assimétricas. Côas et al. (2005), ressaltaram que as perdas oculares estão principalmente relacionadas a traumas ocorridos na região ocular (57,04%), seguido das perdas relacionadas a patogenias (36,04%) e, por último, as congênitas, representando (5,04%).

Na América do Sul, a prótese ocular pode ser considerada relativamente recente, já que as primeiras publicações ocorreram em Santiago do Chile e Argentina, em 1949. No Brasil, os estudos e práticas deste recurso iniciaram-se no estado do Rio Grande do Sul protagonizados por Wilson Tupinambá, Eurico Kramer de Oliveira e Gaspar Soares Brandão, avançando para o norte do País com Gema que Álvaro, e posteriormente para o nordeste com Antônio Gamboa Varela (FONSECA, 1987, p. 30).

Hoje, após constante aperfeiçoamento, a prótese ocular de melhor qualidade é realizada individualmente para cada cavidade anoftálmica, confeccionada em resina acrílica e pintada manualmente, de modo a copiar todas as características do olho remanescente do paciente, oferecendo um resultado estético satisfatório, além de contribuir significativamente no que diz respeito ao aspecto psicológico do paciente (SILVEIRA, GOMES, 2014).

Oliveira et al. (1960) explicaram que a resina acrílica passou a ser produto de fabricação das próteses oculares mais utilizado, a partir da segunda guerra mundial e que se mantém até os dias atuais, devido a certas vantagens das resinas acrílicas sobre os olhos artificiais de vidro, como baixo custo, fácil manuseio e maior resistência, favorecendo assim a adaptação da peça na cavidade anoftálmica.

Goiato et al. (2001) salientaram que o planejamento e a confecção da prótese ocular envolvem um cuidadoso e complexo trabalho, pois confeccionar uma prótese exige muita percepção, distinção de cor, forma e tamanho, para que não ocorre muita distorção em relação ao olho sadio. Assim, são o manuseio dos recursos, a experiência profissional e o conhecimento de anatomia

descritiva e topográfica do globo ocular, que são extremamente importantes para que ocorra boa aceitação da pessoa.

Por outro lado, a oclusão do olho traz ao seu portador efeito psicológico maior que os clientes com deficiência física (ADEOYO, ONAKPOYA, 2007). Perder um órgão com função sensorial importante, além da presença de uma distorção da aparência facial, como também altera sua cognição, a percepção de si mesmo e gera dependência (LINBERG, 1988).

Erpf et al (1947), iniciaram a utilização de resina acrílica para a confecção das próteses oculares individualizadas, devido às vantagens desta sobre as de vidro, como baixo custo, fácil manuseio e um bom grau de resistência. Com estas propriedades, a resina acrílica nunca deixou de ser o material eleito para a confecção das próteses oculares até os dias de hoje.

A Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (AFAC) fundou-se em 1931, na praia de Boa Viagem, Niterói, Rio de Janeiro. Ela sempre objetivou trabalhar no campo da reabilitação visual e inclusão social, em 1938, foi transferida para Santa Rosa, onde permaneceu até 2005, quando ganhou nova sede atual, localizada no Ponto Cem Réis, no Fonseca, em Niterói. Em 2009, implantou-se na AFAC o serviço de dispensação de órteses, no que se referem às lentes, lupas, binóculos e próteses oculares, trabalho este executado por um terapeuta ocupacional, vale ressaltar que a Instituição é a única no Estado do Rio de Janeiro em que estes equipamentos são oferecidos pelo SUS, de modo que os clientes não necessitam pagar por eles.

Em 2010, o Ministério da Saúde habilitou a AFAC como unidade de reabilitação visual, objetivando a garantir acesso aos deficientes visuais nos vários níveis de complexidade. Implantou o setor de prótese ocular, solicitou a um terapeuta ocupacional para avaliar e protetizar os clientes assistidos por ela e pelo Sistema Único de Saúde. Sendo assim o trabalho teve-se como objetivo estudo relatar a experiência para a produção de prótese ocular individualizada em paciente com perda do globo ocular, na AFAC, associado a abordagem funcional, centrada no cliente da terapia ocupacional, se tornando espaço de constituição de sujeitos responsáveis por si mesmo, por meio de sua conscientização e cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto das atividades laborais de um terapeuta ocupacional, no setor de prótese ocular da Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (AFAC) no município de Niterói do estado do Rio de Janeiro, que tem como objetivo principal descrever as etapas de confecção da prótese, anamnese do cliente, acompanhamento e desenvolvimento de práticas de educação em saúde, abordando temas de cuidado e manuseio da prótese.

A base metodológica utilizada foi a Teoria de Intervenção Práxica de Terapia Ocupacional, que emprega a sistematização dinâmica de captar e interpretar o fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução sociais e clínico referentes à saúde e a doença dos portadores de

deficiência visual em seu contexto sócio-emocional, que se caracteriza como a etapa do conhecimento da realidade, o qual se trata de aproximação e conhecimento, uma vez que esta é dinâmica e por isso há necessidade de sempre estar sendo revisitada.

A partir destes conhecimentos, optou-se pelo relato de experiência, pois representava a inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é evidente, tendo múltiplas fontes de evidência. O método abrangeu planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos, cujo conhecimento gerado é mais concreto, contextualizado, e mais voltados para a interpretação do leitor, atendendo as quatro características essenciais da abordagem qualitativa: particularidade, descrição, heurística e indução (YIN, 2005).

A preparação da pesquisa foi à primeira etapa, momento esse que requereu muita atenção. Martins (2008) relata que se constitui em criar protocolo, instrumento orientador e regulador da condução da estratégia de pesquisa. André (2005) esclarece que o relato de experiência tem três fases, bem delineadas: a fase exploratória; a fase de coleta dos dados e a fase de análise sistemática dos dados, sem perder o rigor científico

- → A fase exploratória (momento em que os pesquisadores entram em contato com a situação ou fenômeno, estabelece contato, localiza e define os procedimentos e instrumentos de coleta de dados);

- → A fase de coleta dos dados - destaca três grandes métodos de coleta de dados neste tipo de pesquisa como a fazer perguntas (entrevista), observar eventos (anamnese, reavaliações, leitura da linguagem não verbal) e documentos (encaminhamentos).

- → Fase de análise sistemática dos dados, ou de elaboração do relatório inicia-se quando a coleta de dados está praticamente concluída, devendo organizar todo o material coletado para iniciar o processo de categorização dos dados.

Levando em consideração o rigor científico, os métodos e procedimentos utilizados foram fiéis na reconstrução do real, as falsas impressões foram esclarecidas para que a compreensão dos dados do estudo fosse privilegiada por meio de comparação e análise de similaridades e diferenças e as verbalizações embasadas pela análise de conteúdo de Bardin (2011).

O espaço para investigação foi a AFAC, optou-se por escolher este cenário por ser propício, pois é neste local que se encontram os portadores de traumas de lesões da orbita ocular que precisam de prótese, sendo incluídos todos os clientes com idade superior a 18 anos, independente de credo, nível de escolaridade, etnia e gênero, que foram encaminhados para protetização. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o registro CAAE: 40397015.9.0000.5268 respeitadas as normas de pesquisa com seres humanos. A inserção dos participantes na pesquisa ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

RESULTADO E DISCUSSÕES

A estética, a qual todos falam que vai "tapar" aquele buraco para melhorar a aparência, que atrás desse "buraco" existe um ser humano movido de sentimentos, e que, na maioria das vezes, chegam ao setor de prótese ocular literalmente "derrotados", sem expectativa de mudar a situação, mas quando são apresentados a prótese ocular e tudo que ela pode gerar, o semblante muda, o sorriso se abre e a esperança de não ser mais apontado como "diferente" vai embora, porque o corpo é mais do que o canal pelo qual as emoções, sentimentos e sensações depositam os dados do mundo externo. Ele contém seu próprio conhecimento implícito e significado sentido, tornando--se um elemento ativo impulsionador da evolução da pessoa e seu crescimento (BARCELÓ, 2008).

Atualmente a AFAC, é a única instituição cadastrada no Sistema Único de Saúde, no Rio de Janeiro, a oferecer próteses oculares. Este serviço iniciou a oito anos e até a presente data foram distribuídas 376 próteses e 59 lentes esclerais (tabela 1).

Tabela 1 – Próteses distribuídas.

Tipo de Dispensação	Homem	Mulher	Total
Prótese Ocular Direta	102	83	185
Prótese Ocular Esquerda	117	74	191
TOTAL	**219**	**157**	**376**
Lente Escleral Direta	13	14	27
Lente Escleral Esquerda	15	17	32
TOTAL	**28**	**31**	**59**

Fonte: Elaborada pelo autor

Pode-se observar que o sexo masculino representa 59% de todos os que receberam prótese, que apesar do fato da mulher se preocupar mais com a beleza estética, na AFAC, a maioria dos clientes são homens. Em relação a idade, 51% encontra-se na fase produtiva, que varia de 25 a 60 anos. Sendo que os participantes são oriundos do Estado, porém muitos deles vêm de municípios distantes, como Nova Friburgo (124 km), Campos (260km), os quais são trazidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

CONFECÇÃO DA PRÓTESE OCULAR

Para se confeccionar uma prótese ocular semelhante em tamanho, forma e coloração ao olho sadio são necessários recursos técnicos, experiência profissional e conhecimento de anatomia descritiva e topográfica do globo ocular (GOIATO; FERNANDES; LAZARI, 2001), pois se ocorrer muitas distorções o cliente poderá se recursar a usá-la, ampliando seu sentimento de frustração e podendo acarretar depressão.

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

Desta forma, faz-se necessário o máximo de cuidado no momento da moldagem da cavidade, porque a adaptação correta sobre as estruturas remanescentes do globo ou do coto muscular irá favorecer maior mobilidade a prótese com redução da cavidade acumular secreções e microrganismos.

Falando desde o momento em que o cliente chega para realizar a sua primeira avaliação no setor de terapia ocupacional, observamos o modo de andar e sua fisionomia. Ao iniciar a avaliação propriamente dita procuramos saber tudo da lesão, seguimos os seguintes passos:

1.Anamnese, consiste na análise da cavidade anoftámica e região palpebral, para que se obtenha o máximo de dados, com vista a elaboração da prótese ocular individualizada. Nesse momento é muito importante esclarecer os clientes sobre o prognóstico e procedimentos que serão realizados para que não ocorra alteração do humor e frustrações quando irá ser realizada a prova da prótese.

2. Apresentação da prótese, pois mesmo sendo ou não sendo bilateral, ele precisa ter a percepção do mesmo sobre si, mesmo que seja por meio da palpação;

3. Avaliação da cavidade ocular (figura 1). Neste momento observamos como está a cirurgia de evisceração ou enucleação e para termos a verdadeira noção da profundidade e do espaço a ser protetizado. Avalia-se as pálpebras e musculatura, e iniciamos os testes com os moldes de prótese ocular ou lente escleral, que são lavadas com sabão ou shampoo líquido para bebês



Figura 1 - Avaliação da cavidade
Acervo do pesquisador

4. Adequação do molde por aproximação na cavidade a ser protetizada, observa-se se o tamanho correto. Além de analisar se está o mais próximo possível da cavidade, se compara com o outro olho (figura 2);



Figura 2 - Adequação do molde por aproximação
Acervo do pesquisador

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

5. A esfera de Mules (figura 3), só é utilizada quando o molde ficou pequeno e o fechamento do olho não fica perfeito. Então ela não necessariamente tem que ser implantada para adequar a prótese ou lente.



Figura 3 - Esfera de Mules
Acervo do pesquisador

6. Se a funcionalidade palpebral está boa, se a motilidade ocular (movimento da prótese ocular) é adequada, se está ocorrendo simetria com o olho contralateral, e se os fechamentos deles estão perfeitos, caso esse molde fique pequeno, a prótese ocular ou lente escleral será preenchida com cera oftálmica, visando melhor ajustamento na cavidade.

7. Centralização da pupila. Em seguida pedimos para que vejam o resultado no espelho e deem sua opinião, e este momento é um dos mais emocionantes da avaliação, o semblante muda, algumas vezes aparecem sorrisos, outras lágrimas, e eles ainda não viram a filmagem para ver a motilidade ocular



Figura 4 – Centralização da pupila
Acervo do pesquisador

8 - Na segunda parte da avaliação buscamos a cor fidedigna da íris e o tamanho dela e da pupila, cor e vasos da esclera, porque precisamos entender que esse indivíduo que é indicado para adequar uma prótese ocular ou lente escleral, simplesmente por estética, chega muitas das vezes cabisbaixo, depressivo, e ao se ver no espelho, muda automaticamente, sua postura sendo visível perceber que ocorreu uma alteração, a estética ficou em segundo plano e a autoestima ficou disparadamente em primeiro. Cor da íris, identificar a cor da íris no olho contralateral. Caso da esclera não seja compatível, fotografa-se o olho contralateral, visando ficar o mais próximo da realidade (figura 4);

9. Fator importante é verificar a mobilidade ocular, pois encontra-se vinculada a funcionalidade palpebral, portanto deve-se solicitar o abrir e fechar do olho;

10. Prótese final (figura 5);

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405



Figura 5 - Prótese final

Acervo do pesquisador

A prótese ocular ou lente escleral, após vir do laboratório, será analisada todos os aspectos de adequação e será ensinado ao cliente as formas de higienização das próteses.

A adequação final, significa que a prótese se adequou e o Terapeuta Ocupacional da AFAC extrapolou o nível do técnico da protetização, se transformando em agente acolhedor que utiliza métodos que oportuniza seu cliente além da prótese, ele recuperar todo sentimento, sensações e resgatar a autoestima, e não simplesmente a estética, pois inseriu em sua avaliação o aspecto pessoal, social e cultural, que são os valores e as crenças da pessoa.

A próxima etapa foi ensinar ao cliente a colocação e retirada das mesmas, assim pedimos ao cliente que olhe para baixo com os olhos abertos enquanto levantamos a pálpebra superior, encaixamos a prótese ocular ou lente escleral na parte superior e logo em seguida puxamos suavemente a pálpebra inferior onde ela fica apoiada, após um tempo retiramos e ensinamos o cliente a higienizar e a adequar a prótese ocular.

ORIENTAÇÂO PARA MANIPULAR A PRÓTESE

Para colocar a prótese, a pessoa deve olhar para baixo, suspender a pálpebra superior e encaixar a prótese por baixo da pálpebra superior (sustentando-o, para impossibilitar a queda da prótese). Depois soltá-la e puxar a pálpebra inferior para realizar o encaixe perfeito. Assim, pelo amparo feito, evitando a queda, permanecendo no lugar certo.

Ao retirar, o cliente deve olhar para cima, pressiona o canto do olho para que a prótese se projete para fora. Caso não consiga retirar usa-se uma ventosa, ao invés de pressionar o canto do olho, se encaixa a ventosa na prótese ocular e a retira.

DESINFECÇÃO DA PRÓTESE

A desinfecção da prótese é um cuidado que deve ser estabelecido semanalmente, sendo de fácil execução e baixo custo para a desinfecção das próteses a base de resina acrílica. O referido protocolo da AFAC consiste na lavagem da peça em sabão ou shampoo para bebês. Não se recomenda fazer uso de soro fisiológico, mas água filtrada, pois o olho é rico em sal, para a remoção de qualquer resíduo do produto



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

Quando o cliente com prótese ocular for realizar mergulho na praia ou piscina não poderá mergulhar sem óculos de natação (piscina ou praia), pois se o olho estiver aberto, a pressão da água retirará a prótese e será muito difícil de achá-la.

Para Botelho et al. (2003), os fatores pessoais que facilitaram a aceitação da prótese foram os sentimentos de valia, crenças e valores positivos acerca da situação e de si mesmos, determinação e coragem, enquanto os fatores pessoais que dificultaram foram os sentimentos de autopiedade, sensação de desvalia ou inutilidade, ideias de aniquilamento e imagens distorcidas dessa nova realidade. Estes aspectos não foram identificados nos clientes atendidos na AFAC.

A prótese ocular é um instrumento de reabilitação de quatro aspectos distintos: anatômico, estético, pessoal e interpessoal. A incidência de estados depressivos nessa população é muito grande, mas com boa orientação médica, e suporte emocional, desenvolvido nas avaliações e atividades realizadas pelos terapeutas ocupacionais da AFAC e apoio familiar são características fundamentais para o alívio de sintomas e reintegração social do cliente. Assim, tornou-se muito importante não só executar as cirurgias o mais corretamente possível, do ponto de vista técnico, como também providenciar a reconstrução estética ocular, através dos implantes orbitários e das próteses oculares.

PERCEPÇÕES DOS CLIENTES SOBRE SI MESMO ANTES E DEPOIS DA PROTETIZAÇÃO

Após a perda de órgãos da face, a autopercepção do indivíduo em relação aos sentimentos e a autoimagem tornam-se comprometidas tornando-a negativa de si mesmo, sentindo-se feio, monstruoso e desfigurado em uma intensidade bem maior que a imagem real, fato este que pode ser observado através de sentimentos de depressão, raiva, vergonha, baixa autoestima e ansiedade (FREIRE, 2000; CARDOSO et al., 2006).

A prótese não significa reabilitação se ela não for trabalhada por uma equipe de reabilitação que inclui o terapeuta ocupacional e o em psicólogo, pois o cliente precisa adaptar-se e aceitar primeiro a perda do órgão, para em seguida, aceitar a substituição da parte perdida pela prótese (BERTONI, 2004; VISCOTT ,2006).

As percepções relacionadas à prótese foram categorizadas em positivas, sendo a mesma classificada quanto à funcionalidade e presença de sintomas. A maioria dos participantes referiram que a principal função dela seria estética, pois sabiam que não tinham mais expectativa de voltar a enxergar.

A perda do olho e, consequentemente da visão, pode acarretar alterações emocionais que, se não tratadas, podem permanecer mesmo após a reabilitação facial. Botelho, Moura e Volpini (2003) investigaram 30 pacientes anoftálmicos com o intuito de avaliar os aspectos psicológicos decorrentes da perda do globo ocular, assim como os fatores interpessoais nela envolvidos, bem com



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

a reintegração psicossocial desses pacientes. Eles verificaram baixa autoestima em 53% dos participantes e autoimagem distorcida em 37% da amostra.

Quantos aos comportamentos identificados antes do uso da prótese, 86% demonstraram timidez, 55% baixa autoestima, 28% preocupação em esconder a diferença, e 18% ser alvo de curiosidade alheia. Para 83% da amostra, a prótese funcionou como elemento de mudança de atitudes, comportamentos e sentimentos. Alguns descreveram situações de mudança sem estabelecer a relação entre a cavidade anoftálmica e a reabilitação protética (17%). Resultados estes corroborados por (FREIRE, 2000; CARDOSO, 2002; CARDOSO et al 2006)

Após a prótese, os participantes demonstraram mudança positiva no relacionamento interpessoal (35%) e valorização da prótese, percepção de não ser mais foco de curiosidade (15%), melhora na autoestima (10%) e associação a um estado de normalidade (5%).

Quanto aos sentimentos vinculados a perda de parte da face, os participantes revelaram tristeza, vergonha, timidez, medo, inferioridade, insegurança, depressão, dependência, preocupação em esconder, raiva e culpa em diferentes graus, sendo que a depressão, a vergonha, a sensação de invalides e a revolta foram os mais pontuados.

Quando vivenciados após o uso da prótese, 55% referiram que se sentem mais felizes, pois deixaram de serem alvos da curiosidade humanam, 35% de normalidade e 10% relataram que ainda estão se ajustando ao uso da mesma. O sentimento de inferioridade teve redução de 37% em relação a época

Com a alteração de sua face, os clientes preferem se isolar e se excluir do convívio social e familiar, o que carreta ampliação de carga emocional acarretando perda de qualidade de vida (RUMSEY, HARCOURT, 2004) que acarreta mais ida aos postos e clínicas de saúde e gastos financeiros. Portanto eles precisam não só do apoio social, mas do terapeuta ocupacional que o atende e o acolhe cuja meta é desenvolver sua independência, autoaceitação e autonomia.

Segue algumas falas dos participantes

> *[...] preciso encontra uma solução, ele disse que tenho que tomar os remédios, eles me fazem mal [...] preciso decidir, não quero morrer, mas tomar estes "porcarias" (remédio) é me matar todo dia... (Participante 9).*

> *[...] sabe fui ao posto 4 vezes, ninguém dizia o que tinha, só mandava tomar estes remédios, eu começava a tomar e piorava, parei. [...] quase morri, fiquei muito mal [...] porque os doutores não disseram logo o que eu tinha em vez de só mandar tomar remédio. (Participante 35).*

> *[...] não quero sair daqui, porque aí fora é muito difícil, aqui ninguém me vê. Fico escondido..... [...]tenho que decidir, mas ainda não quero iniciar o tratamento, esta doença não dá nem para falar, é ruim, muito ruim. (Participante 36).*



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi constatada que a atuação do terapeuta ocupacional na confecção orientação e acolhimento dos clientes com cavidade anoftálmica na AFAC, desenvolve e oportuniza aos seus assistidos a melhoria da qualidade de vida e de sua emoção, quando se percebem que não são mais pessoas vítimas da curiosidade humana.

Observa-se que, ainda que não tenham sido beneficiados por este tipo de cuidado específico, eles apontaram que a terapia ocupacional auxilia na independência e seu autoaceitação de forma direta que os auxiliam a incorporar esta nova condição.

Diante dos resultados obtidos, pode-se afirmar que a depressão e tristeza foram os sentimentos mais prevalentes entre os clientes com perda do globo ocular que foram superados em 80% com a colocação da prótese. Que a vergonha de sair e serem alvo do questionamento das pessoas ou da discriminação, que após a colocação da prótese muitos deles conseguiram sair de casa, passear na praça e se relacionar com os outros.

REFERÊNCIAS

ADEOYE, A. O, ONAKPOYA, O. H. Indication for eye removal in Ilelfe, Nigeria. **Afr J Med Med Sci.,** v. 36, p. 71–5, 2007.

BARCELÓ, T. **Focusing I y II:** Escuchar el propio cuerpo. Proceso y técnica del enfoque corporal. Espanha: Instituto de Formación Ramon Serra, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERTONI, L. C. **Ansiedade**: como trabalhar esse sentimento. 4. ed. [S.l]: Ednes, 2004.

BEUMER, III. J.; MARUNICK, M. T.; ESPOSITO, S. **Maxillofacial rehabilitation**: prosthodontic and surgical management of cancer-related, acquired, and congenital defects of the head and neck. 3ed. Illinois: Quintessence-Hanover, 2011.

BOTELHO, N.; MOURA, A. E.; VOLPINI, M. Aspectos psicológicos em usuário de prótese ocular. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, São Paulo, v. 66, n. 5, p. 637-646, 2003.

CARDOSO, M. S. O. **Avaliação das dimensões biopsicossociais de pacientes fissurados labiopalatais.** 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2002.

CARDOSO, M. S. O. et al. Importância da reabilitação protética nasal: relato de caso. **R Cir. Traumatol.Buco-Maxilo,** v. 6, n. 1, p. 43-46, 2006.



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

CÔAS, V. R.; NEVES, A. C. C.; RODE, S. M. Evolution of the etiologgy of ocular globe atrophy or loss. **Braz Dent J**., v. 16, n. 3, p. 243-6, 2005.

ERPF, S. F.; DIETZ, V. H.; WIRTZ, M. S. Ophtalmoprosthesis, U. S. Army, World War 11. **Mil. Surg.,** v. 101, p. 405-8, 1947.

FONSECA, E. P. **Prótese Ocular**. São Paulo: Panamed, 1987.

FREIRE, L. C. Psicodrama como terapia para mutilados faciais. **Rev. Bras. Psicolog.,** v. 2, n. 3, p 86-92, 2007.

GERALDINI, C. A. A.; COTO, N. P.; DIAS, R. B. Confecção de prótese ocular OCA: nova proposta. **Odontol. Clín.,** v. 9, n. 1, p. 45-48, 2010.

GOES, A. P. M.; BACELLAR, C. L. J.; NEVES, A. C. C. Prótese ocular individualizada. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e **VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba, 2007.

GOIATO, M. C.; FERNANDES, U. A. R.; LAZARI, J. A. B. Próteses oculares para paciente anoftálmico bilateral. **Arg. Odontol**., v. 37, n. 1, p. 69-75, 2001.

KAUR, A. et al. simplified approach to fabrication of an ocular prosthesis: A case series. **Indian J Dent Res,** v. 21, p. 615-7, 2010.

LINBERG, J. V.; TILLMAN, W. T.; ALLARA, R. D. Recovery after loss of an eye. **Ophthal Plast Reconstr Surg.,** v. 4, p.135-8, 1988.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso:** uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

NICODEMO, D.; FERREIRA, L. M. Formulário do perfil psicossocial do paciente anoftálmico com indicação de prótese ocular. **Arq Bras Oftalmol**., v. 69, n. 4, p. 463-70, 2006.

OLIVEIRA, E. K. et al. A prótese ocular. **Rev. Fac. Odontol.,** Pelotas, v. 3, p. 5, p. 91-118, 1960.

REZENDE, J. R. V. **Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial**. São Paulo: Santos, 1997.

RUMSEY, N.; HARCOURT, D. Body image and disfigurement: issues and interventions. **Body Image.,** v. 1, n. 1, p. 83-97, 2004.

SILVEIRA, M. S. da; GOMES, C. M. A. Avaliação do desenvolvimento experiencial de pacientes com prótese ocular: a focalização no atendimento clínico. **Psic. Clin.,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 181-196, 2014.

VISCOTT, D. **A linguagem dos sentimentos**. 7. ed. São Paulo: Summus, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.