

Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular

Psychological aspects in ocular prosthesis users

Nara Lúcia Poli Botelho¹
Marcos Volpini²
Eurípedes da Mota Moura³

RESUMO

Objetivo: Avaliar os aspectos psicológicos decorrentes da anoftalmia unilateral adquirida, a luta pela recuperação estética com o uso de prótese ocular, assim como os fatores interpessoais envolvidos e a reintegração psicossocial destes pacientes. **Método:** Trinta pacientes portadores de anoftalmia unilateral adquirida, sem outras deformidades órbito-palpebrais e usuários de prótese ocular, sendo 16 do sexo masculino e 14 feminino, com idade variando de 12 a 66 anos, idade média 31,6 anos foram submetidos a exame oftalmológico e avaliação psicológica, por meio de questionário padronizado e semidirigido de 66 questões, com duração média de 2 horas no período de janeiro/2000 a março/2001. **Resultados:** A maior incidência de anoftalmia adquirida (47%) está na faixa etária de 0 a 6 anos. Setenta por cento dos pacientes estão em processo de elaboração da perda (n=21) e os mecanismos de defesa mais utilizados em face da situação instalada foram racionalização, repressão, negação e deslocamento. Trinta por cento aceitam a realidade atual. Após o evento desencadeador (ED) 37% manifestaram estado depressivo, tendo desaparecido os sintomas em 64% deles. Sessenta por cento adaptaram a prótese ocular (PO) logo após o tratamento cirúrgico ao passo que 40% adaptaram-na 2 ou mais anos após o ED. Esteticamente 70% estão satisfeitos ao passo que 30% estão insatisfeitos. Cinquenta e três por cento revelam auto-estima rebaixada e 37% auto-imagem distorcida. **Conclusão:** A integração entre os vários elementos da equipe multidisciplinar constituída por cirurgiões, protéticos, psicólogos e o apoio da família é fundamental durante todo o processo de luto instalado pela perda. Atitude positiva para com a pessoa acometida facilita a vivência da perda em sua totalidade, o que proporcionará a reestruturação dos aspectos interpessoais e reintegração psicossocial da pessoa, pois os recursos de enfrentamento delas estarão fortalecidos. A prótese exerce dupla função, pois de um lado devolve ao paciente sua auto-imagem e auto-estima, possibilitando sua reintegração psicossocial, enquanto por outro lado, pode tornar-se um instrumento que afasta a possibilidade da perda ser vivenciada em sua totalidade, contribuindo para que esses indivíduos adotem atitudes de repressão diante da realidade instalada. Não há relação direta entre o resultado estético obtido com o grau de satisfação do paciente. O preconceito é outro fator importante, pois pode interferir ou não na reabilitação do sujeito, dependendo do comportamento que apresente diante da sociedade.

O trabalho foi realizado na Solótica, Pro-Ocular e Clínica Particular de um dos autores.

¹ Psicóloga do Departamento de Oftalmologia do Setor de Órbita da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

² Médico Oftalmologista do Hospital Sírio Libanês. Responsável pelo Setor de Plástica Ocular da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro – SP.

³ Médico Assistente, Doutor e Chefe do Setor de Plástica Ocular da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Endereço para correspondência: Rua Jacques Félix, 76/121 - São Paulo (SP) CEP 04509-000
E-mail: narapolibotelho@hotmail.com

Recebido para publicação em 06.05.2002
Aceito para publicação em 23.01.2003

Descritores: Olho artificial/psicologia; Implantes orbitários/psicologia; Anoftalmia; Enucleação ocular; Preconceito; Adulto; Adolescente; Masculino; Feminino

INTRODUÇÃO

“A imagem que têm de si mesmos é tão confusa e vaga que nem sequer parecem saber quem são, o que são nem quais suas aspirações. Essa confusão se estende à sua atuação na vida. Sem se aterem dos fatos e às circunstâncias externas de sua vida, flutuam entre os sentimentos de inferioridade e de superioridade, entre considerarem-se fortes ou fracos, membros de um ou outro grupo, ou então seres totalmente isolados”⁽¹⁾.

O homem em suas primeiras manifestações artísticas dava pouca importância à reprodução do órgão visual, o que ficou evidenciado nas pinturas rupestres encontradas nas cavernas européias de Altamira e Lascaux. A história comprova que o interesse pela reprodução dos olhos cresceu paralelamente com o desenvolvimento das artes plásticas⁽²⁾.

Os antigos egípcios com a preocupação de embelezar suas estátuas confeccionavam olhos artificiais em ouro e pedras preciosas o que provavelmente suscitou a experimentação no homem⁽²⁾.

Ambroise-Paré (1510-1590) idealizou um aro metálico que contornava a cabeça terminando em uma peça oval convexa que se adaptava à região orbital e pintada, simulava a região óculo-palpebral. As primeiras próteses cavitárias eram muito rudimentares causando pressão no fundo da cavidade anoftálmica com conseqüente edema palpebral, irritação, infecção e complicações advindas do mau posicionamento das pálpebras⁽²⁾.

Em 1579, o vidro foi utilizado pela primeira vez para confeccionar próteses, proporcionando boa tolerância a este material. A Alemanha, desde 1835, foi o centro de produção dos melhores olhos artificiais. Ludwig Muller-Uri nesta época foi o primeiro a fabricar um olho artificial para um ser humano a pedido de um médico da cidade de Meiningem, que ficara extasiado com sua habilidade em confeccionar olhos de boneca. O resultado estético foi tão surpreendente que este trabalho altamente especializado, passou a ser uma tradição familiar conservada até hoje por seus descendentes que ainda produzem próteses em uma clínica de protéticos na cidade de Weesbaden⁽²⁾.

A partir da II Guerra Mundial a resina acrílica, material utilizado em próteses odontológicas, começou a substituir o cristal na confecção de olhos artificiais. Nesta época houve grande demanda devido à legião de mutilados provenientes do conflito que necessitavam de recuperação estética. Os esforços voltados para a técnica de confecção de próteses oculares, contribuem para os indivíduos que delas necessitam, em vários e complexos aspectos que a perda da visão e a mutilação do órgão implicam⁽²⁾.

Existe na vida de um indivíduo a tendência natural em manter todos os seus aspectos em constante estado de equilíbrio, como se fosse uma rede. A alteração em qualquer um desses aspectos pode eventualmente desarticular temporária ou permanentemente a vida do indivíduo e dependendo de como isto ocorre, pode haver conseqüências de maior ou menor gravidade⁽³⁾.

A visão é um dos órgãos do sentido que também atua nesse equilíbrio sendo responsável, em parte, por vários aspectos

importantes para a sobrevivência do homem e de sua espécie. Defesa, segurança, alimentação, entre outros, são fatores ligados ao desenvolvimento do indivíduo. Assim, a perda da visão provoca marcantes alterações, deixando o homem mais exposto ao perigo, diminuindo sua capacidade de adaptação⁽³⁾.

Há perdas, que por suas características, têm a tendência de provocar grandes alterações nas vidas das pessoas⁽³⁾. A perda de um olho é uma amputação, ocasionando um luto como a morte. Além do problema óbvio da cosmética final, existe uma consideração na qual, para algumas pessoas, é intolerável – a imagem corporal defeituosa sendo uma deformidade facial considerada muito maior que qualquer outra⁽⁴⁾.

O presente estudo tem por objetivo avaliar as condições sócio-emocionais desencadeadas pela anoftalmia unilateral adquirida, a luta pela recuperação estética com o uso de prótese ocular, assim como fatores interpessoais envolvidos na reintegração social destes pacientes.

MÉTODOS

Trinta (30) pacientes portadores de anoftalmia unilateral adquirida, sem outras deformidades orbito-palpebrais e usuários de prótese ocular, sendo 16 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, com idades variando de 12 a 66 anos, idade média 31,6 anos foram submetidos a exames oftalmológicos de rotina (exame externo, avaliação da motilidade extrínseca, fundoscopia, refratometria, biomicroscopia e tonometria) e avaliação psicológica, através de um questionário padronizado e semidirigido - com liberdade para qualquer resposta - com duração média de 2 horas, no período de janeiro/2000 a março/2001.

O questionário foi dividido em duas partes além da identificação pessoal do paciente, estética e constelação familiar. A primeira parte consistia de dados referentes à história natural, diagnóstico, idade do paciente quando ocorreu o evento desencadeador (ED), tempo decorrido para adaptação da prótese ocular e estética (a resposta ao item estética foi dada pela 1ª autora deste estudo, quem inclusive conduziu a avaliação psicológica). A segunda parte consistia da avaliação de aspectos psicológicos advindos da mutilação e seu reflexo intrapessoal bem como sua relação sócio-familiar. (Anexo 1)

RESULTADOS

O gráfico I mostra a idade dos pacientes na ocorrência do ED. Para fins didáticos as idades foram divididas de acordo com o desenvolvimento humano. Assim, 47% da amostra tiveram o ED durante a infância pré-escolar (0-6 anos), 13% foram acometidos na infância escolar (7-11 anos), 20% na adolescência (12-20 anos) e 20% em idade adulta (acima 21 anos).

Setenta por cento dos pacientes analisados (n=21) estão em processo de elaboração da perda*, utilizando distintos

* Processo psíquico em que o paciente está compreendendo a situação de perda instalada, para mais tarde aceitá-la ou não⁽⁵⁾.

Tabela 1. Pacientes portadores de anoftalmia unilateral e usuários de prótese ocular que foram submetidos à avaliação psicológica

Nº	Pacientes	Idade	Sexo	Profissão	Diagnóstico	E D	Estética	Idade 1ª PO
1	A.C.S.	18	M	Estudante	Retinoblastoma	2 anos	Boa	3 anos
2	F.F.	15	M	Estudante	Retinoblastoma	1 ano	Boa	2 anos
3	G.A.S.	21	F	Monitora	Trauma – FP(AD)	7 anos	Boa	19 anos
4	M.L.C.	49	F	Professora: Piano	Uveíte	5 anos	Boa	5 anos
5	N.D.F.C.M.	24	F	Do lar	Uveíte	1,5 ano	Razoável	20 anos
6	O.M.	30	M	Lavador	Trauma (AD)	16 anos	Sem	16 anos
7	C.A.D.S.	16	F	Estudante	Trauma – AVM	16 anos	Razoável	16 anos
8	A.R.D.S.	41	M	Vendedor	Trauma – AVM	33 anos	Boa	33 anos
9	F.R.I.	24	M	Estudante	Trauma – FAF (AT)	20 anos	Boa	22 anos
10	C.A.N.P.	45	F	Biomédica	Trauma – FA (AD)	11 anos	Boa	11 anos
11	J.C.M.A.	66	M	Advogado	Trauma (AT)	44 anos	Razoável	47 anos
12	W.M.A.	57	F	Secretária	Uveíte	9 anos	Razoável	20 anos
13	A.D.S.M.	59	M	Economista	Trauma – FP (AD)	2 anos	Boa	6 anos
14	V.F.C.S.	37	F	Professora	Trauma – AVM	21 anos	Boa	22 anos
15	A.L.D.O.C.	23	M	Professor: Inglês	Trauma – FP (AD)	2 anos	Boa	2 anos
16	P.N.I.P.	26	M	Militar reformado	Trauma – FP (AT)	26 anos	Boa	26 anos
17	R.R.R.	42	F	Professora: Português	Trauma – FP (AD)	3 anos	Boa	14 anos
18	A.A.S.	46	M	Empresário	Trauma – AVM	24 anos	Boa	24 anos
19	N.L.P.B.	22	F	Psicóloga	Herpes zóster	5 anos	Boa	19 anos
20	P.L.W.	14	F	Estudante	Retinoblastoma	3,5 anos	Ruim	4 anos
21	R.D.M.	20	M	Ajudante Varejão	Trauma – AVM	19 anos	Boa	22 anos
22	A.J.S.J.	30	M	Metalúrgico	Úlcera	1 ano	Boa	22 anos
23	F.J.F.	43	M	Bancário	Trauma – FP (AD)	6 anos	Boa	7 anos
24	J.S.D.L.	12	F	Estudante	Retinoblastoma	7 meses	Razoável	4 anos
25	A.J.L.D.S.	29	M	Estudante	Trauma – FA (AD)	7 anos	Boa	14 anos
26	A.S.D.S.	28	F	Jornaleira	Glaucoma	0 anos	Razoável	2 anos
27	J.D.S.C.	22	F	Desempregada	Trauma – FP (AD)	8 meses	Ruim	7 anos
28	C.S.D.M.	36	F	Dentista	Herpes ocular	21 anos	Boa	21 anos
29	J.E.S.F.	18	M	Estudante	Trauma – FP (AT)	16 anos	Sem	18 anos
30	F.D.B.M.	34	M	Mãitre	Trauma (AD)	20 anos	Boa	22 anos

ED = Evento desencadeador (idade); PO = Prótese ocular (idade de adaptação); FP = Ferimento perfurante; AVM = Acidente com veículo motor; FAF = Ferimento por arma de fogo; FA = Fogos de artifício; AT = Acidente de trabalho; AD = Acidente doméstico

mecanismos de defesa*: 29% defendem-se por meio da repressão**, 14% através de deslocamento***, 19% através de negação**** e os 38% restantes através de racionalização*****. Assim, apenas 30% dos pacientes aceitam a realidade atual (Gráfico II e III).

Trinta e sete por cento dos pacientes manifestaram transtornos de humor após o ED, compreendido como um estado depressivo. Desses, 64% superaram os sintomas depressivos enquanto os 36% restantes continuam atuando do mesmo modo (Gráfico IV e V).

Observou-se que 60% dos pacientes adaptaram a prótese ocular imediatamente após o tratamento cirúrgico enquanto 40% adaptaram dois ou mais anos após o ED (Gráfico VI).

* Diversos tipos de processos psíquicos inconscientes, cuja finalidade consiste em afastar um evento gerador de angústia da percepção consciente⁽⁵⁾.

** Mecanismo de defesa que impede pensamentos dolorosos atingirem a consciência⁽⁶⁾.

*** Mecanismo de defesa que desloca, transfere ou canaliza sentimentos, em geral agressivos, em pessoas, objetos ou situações menos ameaçadoras⁽⁵⁾.

**** Mecanismo de defesa que não permite a consciência perceber aspectos que seriam dolorosos para as pessoas⁽⁵⁾.

***** Mecanismo de defesa que abstrai vivências afetivas sob premissas lógicas, justificando as atitudes das pessoas⁽⁵⁾.

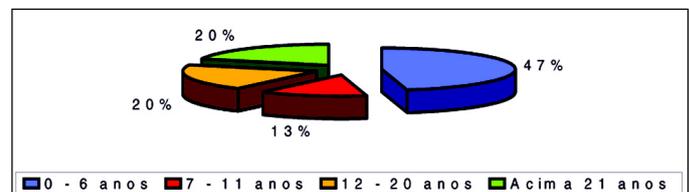


Gráfico I - Idade da ocorrência da anoftalmia

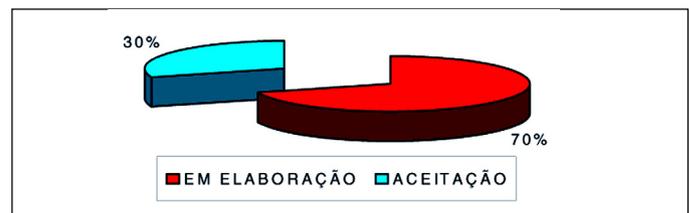


Gráfico II - Processo de elaboração da perda

Observou-se que 70% da amostra revelam contentamento estético, embora 30%, encontram-se insatisfeitos esteticamente com a mesma (Gráfico VII).

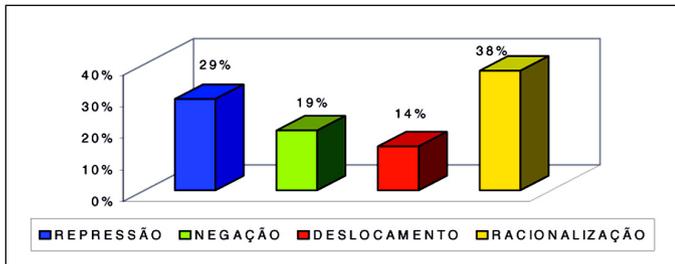


Gráfico III - Mecanismos de defesa



Gráfico IV - Estado depressivo após ED

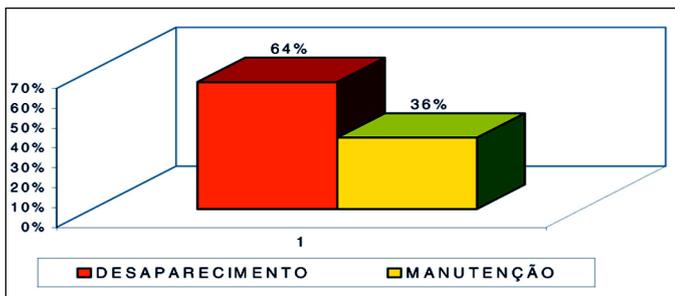


Gráfico V - Estado depressivo na época da entrevista

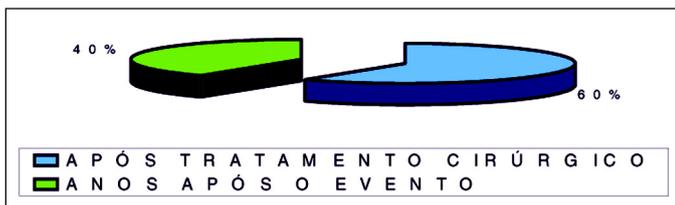


Gráfico VI - Período da adaptação da prótese ocular

Verificou-se que 80% da amostra atribuem à adaptação da prótese ocular um ganho secundário enquanto 20% valorizam somente a perda da visão e suas implicações reais.

Trinta e três por cento omitem a falta do bulbo ocular para terceiros.

Cinquenta e sete por cento revelam uma auto-estima* rebaixada e 37% auto-imagem** distorcida – dados associados às questões 43, 44, 45 e 46. (Gráfico VIII e IX).

Observou-se que 13% da amostra atribuíram à orientação médica, técnica, psicológica ou religiosa, prestada na ocasião do ED uma influência positiva durante a realização do tratamento.

Verificou-se que 3% dos pacientes desenvolveram dependência alcoólica após o ED.

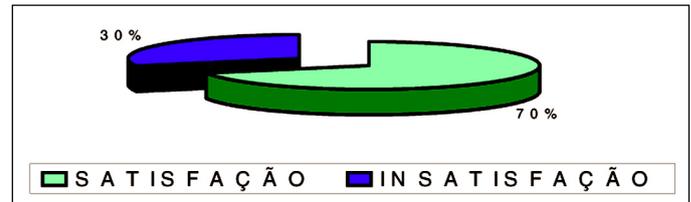


Gráfico VII - Conceito estético

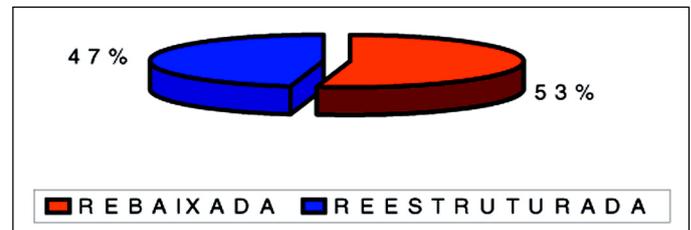


Gráfico VIII - Auto-estima

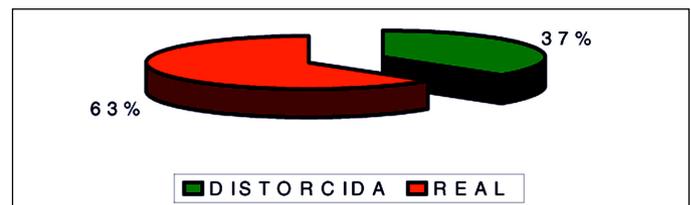


Gráfico IX - Auto-imagem

Treze por cento dos pacientes atribuíram à família expectativas que não foram supridas, levando-os a criar fantasias persecutórias, geralmente relacionadas à figura materna e 33% atribuem culpa pela perda que foram acometidos, projetando na mesma a incapacidade de atender suas próprias necessidades. De acordo com os dados obtidos 37% dos pacientes demonstram que foram superprotegidos por familiares enquanto 63% demonstram que apenas receberam cuidados básicos após o ED.

Verificou-se que 70% da amostra acreditam ter o comportamento alterado em relação a atitudes frente à vida, crenças, valores e moral após o ED, enquanto 30% permanecem agindo do mesmo modo que agiam antes. Trinta e sete por cento dos pacientes afirmaram que o comportamento dos outros para com eles sofreu mudanças após o ED, em relação ao modo como passaram a ser tratados e 63% dizem não terem notado diferença.

DISCUSSÃO

A prótese ocular é um instrumento de reabilitação de quatro aspectos distintos: anatômico, estético, pessoal e interpessoal. Segundo os aspectos anatômico e estético, a PO

* Sentimento de importância ou valor que cada pessoa tem em relação a si mesma⁽⁶⁾.

** Conceção corpórea que cada pessoa tem de si⁽⁶⁾.

Tabela 2. Pacientes que elaboraram a perda em relação à idade e ED

Nº	Idade	ED
7	16 anos	Trauma – AVM
9	24 anos	Trauma – FAF (AT)
11	66 anos	Trauma (AT)
15	23 anos	Trauma – FP (AD)
16	26 anos	Trauma – FP (AT)
19	22 anos	Herpes zóster
28	36 anos	Herpes ocular
29	18 anos	Trauma – FP (AT)
30	34 anos	Trauma (AD)

ED = Evento desencadeador (idade); FP = Ferimento perfurante; AVM = Acidente com veículo motor; FAF = Ferimento por arma de fogo; AT = Acidente de trabalho; AD = Acidente doméstico

Tabela 3. Contentamento estético em relação à idade e o tipo de ED

Nº	Idade	Paciente*	Idade ED**	ED
1	18 anos		2 anos	Retinoblastoma
2	15 anos		1 ano	Retinoblastoma
3	21 anos		7 anos	Trauma – FP (AD)
4	49 anos		5 anos	Uveíte
5	24 anos		1,5 ano	Uveíte
7	16 anos		16 anos	Trauma – AVM
9	24 anos		20 anos	Trauma – FAF (AT)
10	45 anos		11 anos	Trauma – FA (AD)
11	66 anos		44 anos	Trauma (AT)
12	57 anos		9 anos	Uveíte
13	59 anos		2 anos	Trauma – FP (AD)
14	37 anos		21 anos	Trauma – AVM
15	23 anos		2 anos	Trauma – FP (AD)
17	42 anos		3 anos	Trauma – FP (AD)
19	22 anos		5 anos	Herpes zóster
20	14 anos		3,5 anos	Retinoblastoma
21	20 anos		19 anos	Trauma – AVM
22	30 anos		1 ano	Úlcera
23	43 anos		6 anos	Trauma – FP (AD)
29	18 anos		16 anos	Trauma – FP (AT)
30	34 anos		20 anos	Trauma – (AD)

*Idade do paciente no momento da entrevista; ** Idade do paciente no momento em que o ED ocorreu. Constatou-se no presente estudo que o paciente pode encontrar-se esteticamente satisfeito, não elaborando a perda, enquanto outros estão insatisfeitos, mas elaboraram a perda.
ED = Evento desencadeador (idade); FP = Ferimento perfurante; AVM = Acidente com veículo motor; FAF = Ferimento por arma de fogo; FA = Fogos de artifício; AT = Acidente de trabalho; AD = Acidente doméstico

restabelece o conforto estético proporcionando re-inserção sócio-cultural, uma vez que a lesão está localizada na face sendo supervalorizada por todas as culturas e grupos sociais. Quanto ao aspecto pessoal, a PO pode recuperar todo sentimento, sensações, idéias, imagens e valores que o indivíduo possui. A pessoa que perde um órgão sofre modificações bruscas em sua vida, afetando diretamente seu comportamento e a maneira de agir. A PO faz com que as pessoas não vejam o portador de lesão ocular como tal e, portanto, não demonstrem sentimentos de compaixão ou repulsa, já que reagem e interagem naturalmente com esses indivíduos, não compro-

Tabela 4. Comprometimento emocional devido humor deprimido, baixa auto-estima e auto-imagem distorcida, relacionado ao sexo, profissão e ED

Nº	Sexo	Profissão	ED
3	F	Monitora	Trauma – FP (AD)
4	F	Professora: Piano	Uveíte
5	F	Do lar	Uveíte
6	M	Lavador	Trauma – (AD)
8	M	Vendedor	Trauma – AVM
9	M	Estudante	Trauma – FAF (AT)
10	F	Biomédica	Trauma – FA (AD)
11	M	Advogado	Trauma – (AT)
12	F	Secretária	Uveíte
14	F	Professora	Trauma – AVM
15	M	Professor: Inglês	Trauma – FP (AD)
16	M	Militar	Trauma – FP (AT)
18	M	Empresário	Trauma – AVM
24	F	Estudante	Retinoblastoma
25	M	Estudante	Trauma – FA (AD)
26	F	Jornaleira	Glaucoma congênito
27	F	Desempregada	Trauma – FP (AD)
28	F	Dentista	Herpes ocular
29	M	Estudante	Trauma – FP (AT)

O comprometimento emocional devido aos fatores acima mencionados interferem no cotidiano.
ED = Evento desencadeador (idade); FP = Ferimento perfurante; AVM = Acidente com veículo motor; FAF = Ferimento por arma de fogo; FA = Fogos de artifício; AT = Acidente de trabalho; AD = Acidente doméstico

Tabela 5. Elaboração da perda relacionada à escolaridade e nível de informação do tratamento, referente às questões 8, 9, 10, 11, 12, 16 e 17

Nº	Escolaridade	Informação do tratamento
7	Ensino Fundamental incompleto	Boa
9	Ensino Superior incompleto	Boa
11	Ensino Superior completo	Boa
15	Ensino Fundamental incompleto	Boa
16	Ensino Superior completo	Boa
19	Ensino Fundamental incompleto	Boa
28	Ensino Superior incompleto	Boa
29	Ensino Superior completo	Boa
30	Ensino Superior incompleto	Boa

metendo seus relacionamentos interpessoais⁽³⁾. Isso independe da faixa etária e a proporção quanto ao sexo é de 2 mulheres para 1 homem. O que mais preocupa os pacientes é a perda do globo ocular, quando a mutilação se estabelece.

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 dificultadores foram principalmente os sentimentos de autopiedade, sensação de desvalia ou inutilidade, idéias de aniquilamento e imagens distorcidas dessa nova realidade.

Tabela 6. Idade e estado civil dos pacientes satisfeitos com o tratamento

Nº	Idade	Estado Civil
1	18 anos	Solteiro
2	15 anos	Solteiro
3	21 anos	Solteiro
4	49 anos	Solteiro
5	24 anos	Solteira
7	16 anos	Solteira
9	24 anos	Solteiro
10	45 anos	Solteiro
11	66 anos	Casado
12	57 anos	Viúva
13	59 anos	Casado
14	37 anos	Casada
15	23 anos	Solteiro
17	42 anos	Casado
19	22 anos	Solteiro
20	14 anos	Solteiro
21	20 anos	Solteiro
22	30 anos	Casado
23	43 anos	Casado
29	18 anos	Solteiro
30	34 anos	Solteiro

Tabela 7. Pacientes que aceitam a realidade em relação ao tempo decorrido entre o ED e a adaptação da PO

Nº	Ocorrência ED	Adaptação PO
6	16 anos	16 anos
9	20 anos	22 anos
11	44 anos	47 anos
15	2 anos	2 anos
16	26 anos	26 anos
19	5 anos	19 anos
28	21 anos	21 anos
29	16 anos	18 anos
30	20 anos	22 anos

A pessoa que é acometida na infância por uma deficiência visual, terá mais chances de reintegrar-se totalmente à vida do que aquele que sofre um corte abrupto das suas atividades em outra fase do desenvolvimento, já que terá que re-significar suas cognições dali em diante. No presente estudo observou-se que durante a infância a aceitação da deficiência é maior, devido ao convívio precoce com as limitações desencadeadas pela falta da visão e sua integração no processo de modificações naturais do desenvolvimento.

A perda instalada durante a adolescência e idade adulta dificulta o processo de elaboração da nova realidade, pois há uma compreensão total da dimensão da realidade e a tendência, muitas vezes, de significá-la como o fim de uma vida normal, sem nenhuma manifestação de enfrentamento dessa realidade.

Quando a deficiência é instalada a pessoa torna-se fragilizada, todos os seus recursos internos são mobilizados, levando-a atuar no mundo conforme suas experiências prévias,

Tabela 8. Estética da PO dos pacientes que elaboraram a perda

Nº	Estética PO
7	Razoável
9	Boa
11	Razoável
15	Boa
16	Boa
19	Boa
28	Boa
29	Sem PO
30	Boa

As respostas referentes à questão "O que você acha da Prótese?" fizeram menção ao conforto estético atribuído à peça e não à beleza dela ou semelhança com o olho contralateral

recursos de enfrentamento, mecanismos de defesa e percepção. Todo o seu funcionamento é influenciado e, portanto, deve ser compreendido e respeitado dentro de suas possibilidades e limitações, já que todas as pessoas trarão para o problema instalado sua personalidade⁽⁵⁾.

O processo de elaboração da perda corresponde ao período em que o indivíduo encontra-se em um estado de lamentações pela vida, exigindo esperança de quem o está vivenciando. Viver a situação de perda em sua totalidade proporciona ao indivíduo recursos internos para aceitar a realidade atual e condições de reintegração à vida, já que a perda da visão e a conseqüente cegueira adquirida se aprofunda e prolonga quando se encoraja o paciente a fugir da aceitação da situação que pesa sobre ele⁽⁷⁾.

Os mecanismos de defesa são inerentes ao processo de perda. Identificou-se a negação como um processo que evita a consciência perceber uma dor insuportável. A repressão como um bloqueio para a consciência de pensamentos dolorosos advindos da situação instalada. O deslocamento como expressão da agressividade contida pela realidade sentida como irreversível e a racionalização como a abstração de vivências afetivas sobre premissas lógicas que tentam justificar o comportamento^(5,8).

A omissão da falta do bulbo ocular gera, na maioria das vezes, o medo de exclusão, repulsa, estigma ou ainda o sentimento de inferioridade. A união e interação dos indivíduos são baseadas no olhar mútuo e a interação de um olho com outro, termina no momento em que a direção da função é perdida. Assim, o desconforto pela diferença leva uma pessoa a olhar para o chão evitando o olhar do outro⁽⁹⁾.

Quanto à perda do órgão explicitamente, não houve prejuízo profissional, pois as pessoas não contam que não têm o globo ocular nessas situações. Quanto à estética, muitas vezes há prejuízo sim, principalmente quando o cargo a ser preenchido requer boa aparência. Outros fatores que podem influenciar as relações profissionais são: a crença que o empregador tem de que empregar um deficiente físico pode lhe trazer complicações no andamento da empresa, por esse precisar sair do serviço para acompanhamento médico constante ou simplesmente o preconceito de empregar um deficiente físico.

Tabela 9. Identificação da amostra

Nº	Idade	Sexo	Natura- lidade	Profissão	Estado civil	Filhos	ED	Local Tratamento	Local Adp. PO	Estética
1	18	M	MG	Estudante	Solteiro	---	Retinoblastoma	HBP	Solótica	Boa
2	15	M	SP	Estudante	Solteiro	---	Retinoblastoma	Clínica Particular	Solótica	Boa
3	21	F	SP	Monitora	Solteira	2	Trauma - FP (AD)	Santa Casa Sto. Amaro	Solótica	Boa
4	49	F	SP	Professora: Piano	Solteira	---	Uveíte	Clínica Particular	Solótica	Boa
5	24	F	PR	Do lar	Casada	3	Uveíte	Hospital de Rubião Jr	Solótica	Razoável
6	30	M	PR	Lavador	Solteiro	1	Trauma (AD)	Hospital Público	Solótica	S/ PO
7	16	F	SP	Estudante	Solteira	---	Trauma - AVM	Clínica Particular	Solótica	Razoável
8	41	M	SP	Vendedor	Casado	5	Trauma - AVM	HSP	Solótica	Boa
9	24	M	SP	Estudante	Solteiro	---	Trauma - FAF (AT)	Clínica Particular	Solótica	Boa
10	45	F	SP	Biomédica	Solteira	---	Trauma - FA (AD)	Hospital das Clínicas	Solótica	Boa
11	66	M	PE	Advogado	Casado	3	Trauma - (AT)	Clínica Particular	Solótica	Razoável
12	57	F	SP	Secretária	Viúva	2	Uveíte	Clínica Particular	Solótica	Razoável
13	59	M	SP	Economista	Casado	2	Trauma - FP (AD)	Clínica Particular	Solótica	Boa
14	37	F	MG	Professora	Casada	2	Trauma - AVM	Clínica Particular	Pro-Ocular	Boa
15	23	M	MA	Professor: Inglês	Solteiro	---	Trauma - FP (AD)	Clínica Particular	Pro-Ocular	Boa
16	26	M	RS	Militar reformado	Casado	1	Trauma- FP (AT)	Clínica Particular	Solótica	Boa
17	42	F	MG	Professora: Português	Casada	---	Trauma - FP (AD)	Clínica Particular	Solótica	Boa
18	46	M	SP	Empresário	Casado	4	Trauma - AVM	Clínica Particular	Solótica	Boa
19	22	F	SP	Psicóloga	Solteira	---	Herpes zóster	Clínica Particular	Solótica	Boa
20	14	F	SP	Estudante	Solteira	---	Retinoblastoma	Hospital Público	Solótica	Ruim
21	20	M	MG	Ajudante Varejão	Solteiro	---	Trauma - AVM	Hospital das Clínicas	Solótica	Boa
22	30	M	SP	Metalúrgico	Casado	2	Úlcera	Santa Casa Sto. Amaro	Solótica	Boa
23	43	M	SP	Bancário	Casado	1	Trauma - FP (AD)	Hospital Público	Solótica	Boa
24	12	F	MG	Estudante	Solteira	---	Retinoblastoma	Hospital Público	Solótica	Razoável
25	29	M	SP	Estudante	Solteira	---	Trauma - FA (AD)	Hospital Público	Solótica	Boa
26	28	F	BA	Jornaleira	Casada	---	Glaucoma	Hospital Público	Solótica	Razoável
27	22	F	SP	Desempregada	Solteira	---	Trauma - FP (AD)	Hospital Público	Solótica	Ruim
28	36	F	RJ	Dentista	Casada	2	Herpes ocular	Hospital Particular	Pro-Ocular	Boa
29	18	M	SP	Estudante	Solteiro	---	Trauma - FP (AT)	Hospital Público	Pro-Ocular	S/ PO
30	34	M	PR	Mãitre	Solteiro	---	Trauma (AD)	Clínica Particular	Solótica	Boa

ED = Evento desencadeador (idade); PO = Prótese ocular (idade de adaptação); FP = Ferimento perfurante; AVM = Acidente com veículo motor; FAF = Ferimento por arma de fogo; FA = Fogos de artifício; AT = Acidente de trabalho; AD = Acidente doméstico

A depressão pode ser vivida como outra fase do processo de luto, quando um estado de profundo pesar e infinita tristeza pela situação de perda são instalados. Assim, todos os aspectos que envolvem a situação tendem ser sentidos como negativos, dificultando o processo de elaboração⁽¹⁰⁾.

Observou-se que os indivíduos apresentaram transtornos de humor após o ED, caracterizados por um estado depressivo desencadeado por uma condição médica. O estado depressivo manifesta-se a partir de um significado interno que cada pessoa faz da situação que está vivendo, o que determinará se a pessoa está ou é, deprimida. Apesar dessas alterações de humor terem características de um transtorno depressivo maior, o estado depressivo não se inclui nessa categoria por ser uma condição médica instalada previamente. Esse estado depressivo configura-se por: duração média de duas a quatro semanas, alteração no apetite, diminuição de energia, hipersônia, sentimentos de desvalia e até pensamentos recorrentes sobre morte, acompanhado por intenso sofrimento e comprometimento do desempenho profissional, atuação social e outras áreas importantes da vida do indivíduo⁽¹¹⁾.

A família deve ser considerada dentro do contexto da deficiência, pois esta não atinge apenas o sujeito, mas também a todos os seus membros. A deficiência que acomete um membro de uma família pode desencadear desorganização e ruptura enquanto em outras pode haver reorganização e fortalecimento⁽¹²⁾. Perdas são invariavelmente associadas a castigos por coisas que se fez ou deixou de fazer na vida, havendo necessidade de atribuir culpa a alguém. E a família, como se verificou, se sente culpada muitas vezes pela perda que o ente adquiriu, sentindo-se agredida pelo próprio paciente e impotente diante de seu sofrimento. Assim, superprotegem o familiar num acúmulo súbito de atenção, tentando perdoarem-se dessa situação, inibindo seu desenvolvimento e inferindo-lhe o sentimento de que é doente⁽⁸⁾.

A família ainda pode marginalizar o ente acometido, considerando-o frágil, deixando-o agir apenas por ordens e afastando-o da possibilidade de integração sócio-familiar⁽¹³⁾. Assim, a pessoa formará seu autoconceito negativamente em virtude do seu desenvolvimento ter sido comprometido, enquanto uma atitude familiar contrária possibilita um autoconceito po-

sitivo, já que o relacionamento é revestido de autoconfiança, proporcionando auto-estima elevada

Quanto ao relacionamento com amigos, os pacientes tanto puderam perceber aqueles que se afastaram após o acontecimento, como os que se aproximaram ainda mais. Os pacientes relatam este último como sendo amigos de verdade, para todos os momentos, sejam estes alegres ou tristes. Vale ressaltar que o afastamento das pessoas remete muitas vezes, na percepção inconsciente da vulnerabilidade de cada um, já que todos estão sujeitos a situações da mesma ordem. Com o sexo oposto pode haver interferência quando a pessoa acometida apresenta uma concepção de si inferior aos demais, desenvolvendo sentimentos de desvalia ou mesmo apresentando uma imagem corpórea distorcida, o que dificulta estabelecer relações interpessoais afetiva-emocionais. O sexo, o estado civil e a faixa etária independe, o que determina dificuldade ou facilidade é conseqüência da história emocional de cada um.

Um tratamento mais abrangente além dos procedimentos técnicos e cirúrgicos, avaliando os aspectos psicossociais que circundam o contexto em que a perda da visão ocorre, possibilita aos pacientes melhores condições de convívio com a deficiência e suas conseqüências⁽¹⁴⁾. O aspecto social deve ser considerado, uma vez que a pessoa precisa de seu lugar na sociedade para reintegrar-se, inclusive como meio de sobrevivência. A resposta da sociedade será permeada pelo preconceito, inerente à tentativa de controle social. A cultura dita o modo de pensar e comportar apesar do livre-arbítrio, reforçando uma sociedade opressiva. O alvo, com medo da exclusão, repulsa e estigma adotará uma determinada forma de posicionamento perante os outros, reforçando ou não a continuidade do preconceito⁽¹⁾.

A participação da equipe multidisciplinar é indispensável para que o indivíduo se fortaleça na elaboração da perda. Com o auxílio de especialistas em cirurgia plástica ocular, protéticos e psicólogos pode se conseguir a reabilitação, pois somente após o paciente voltar a sentir, fazer e experimentar como antes é que se pode considerá-lo psicologicamente reabilitado^(3,15).

É possível associar ao apoio psicológico especializado uma perda melhor vivenciada e, portanto uma aceitação mais estruturada da nova realidade, mas que estatisticamente no estudo não foi significativa, uma vez que somente três por cento da amostra recebeu esse tipo de apoio.

CONCLUSÃO

Quando o ED ocorre em crianças (zero a 11 anos) a tendência à aceitação e elaboração da perda é maior do que em adolescentes e adultos devido ao convívio precoce com suas limitações. A adaptação da PO e a conseqüente recuperação da estética contribuem para os aspectos pessoal e interpessoal não sofrerem modificações naturais de seu desenvolvimento. Na fase adulta o ED provoca uma ruptura súbita na rotina de atividades e hábitos do indivíduo. A modificação estética insta-

lada leva a uma distorção da auto-imagem e rebaixamento da auto-estima que pode estimular fantasias de exclusão social, aniquilamento perante o mercado de trabalho, impossibilidade de estabelecer vínculos afetivo-emocionais, contribuindo para que essas pessoas adotem uma atitude fatalista diante da situação, inviabilizando a reintegração social e dificultando o processo de elaboração da perda.

A PO é um instrumento de reabilitação de quatro aspectos distintos: anatômico, estético, pessoal e interpessoal.

A incidência de estados depressivos foi grande na população estudada, sendo a orientação médica, suporte psicológico e apoio familiar fundamentais para o alívio de sintomas e reintegração social.

A família contribui de modo positivo ou negativo na maneira de enfrentamento que o paciente adotará diante da perda. Atitude exagerada de superproteção ao indivíduo pode levá-lo a desencadear um sentimento de inferioridade, prejudicando a recuperação de sua auto-estima, o que dificulta sua reintegração. Conclui-se também que, muitas vezes, a atitude de proteção excessiva que a família deposita em seu familiar é um reflexo do sentimento de culpa que a mesma expressa pela perda que acometeu o paciente.

A grande maioria dos pacientes acredita ter o comportamento alterado a partir do ED devido ao amadurecimento pessoal, introjeção de novos valores morais e posicionamento mais ativo diante da vida, suscitados a partir da experiência que proporcionou um aprendizado positivo e adaptativo frente à nova realidade.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate psychological disturbances caused by acquired unilateral anophthalmia, the struggle for aesthetic recuperation on use of the ocular prosthesis, as well as involved interpersonal factors and psychosocial reintegration of these patients. **Method:** Thirty (30) patients with acquired unilateral anophthalmia without any other deformities in the orbital region and users of ocular prosthesis (16 males, 14 females) aged between 12 and 66 years, mean age 31.6 years, were submitted to an ophthalmic examination and psychological evaluation through a standardized questionnaire focusing on 66 questions lasting two hours in the period from January, 2000 to March, 2001. **Result:** The highest incidence of acquired anophthalmia (47%) was in the age ranging from 0 to 6 years old. Seventy (70)% of the patients are in the process of elaboration of their loss (n=21). The most used mechanisms of defense in the current situation were rationalization, repression, denial and displacement. Thirty (30)% accept the present situation. After the triggering event (TE) 36% manifested a depressive state 64% of whom got over the symptoms of depression. Sixty percent (60%) adapted the ocular prosthesis right after the surgical treatment while 40% adapted it two or

more years after the TE. Aesthetically 70% are satisfied while 30% are unsatisfied. Fifty-three (53)% show low self-esteem, 37% distorted self-image. **Conclusion:** An integration among various elements of the multidisciplinary team made up of surgeons, ophthalmologists, psychologists and support from family and friends is fundamental during the whole process of mourning due to the loss. A positive attitude towards the person dealing with the issue minimizes the loss in all of its aspects, offering recovery of interpersonal aspects and psychosocial reintegration as he/she is given adequate resources to become more secure. The prosthesis has two functions: on the one hand it returns to the patient self-image and self-esteem allowing his/her exposure without discrimination, which allows his psychosocial reintegration. On the other hand it becomes an instrument, which removes the possibility of the loss to be lived in its totality, which contributes to behavior of repression of the patients instead of acceptance of the new reality - mainly when the prosthesis is adapted after the TE. There is no direct relationship between the obtained aesthetic result and the degree of satisfaction of the patients. Prejudice is another important factor because it may interfere or not in the rehabilitation.

Keywords: Eye, artificial/psychology; Orbital implants/psychology; Anophthalmos; Eye enucleation; Prejudice; Adult; Adolescent; Male; Female

REFERÊNCIAS

1. Crochik JL. Preconceito – Indivíduo e Cultura, 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial; 1997. p.152.
2. Fonseca EP, Rosé MCM. Histórico da prótese ocular. In: Fonseca EPD. Prótese ocular. São Paulo: CIP; 1987. p.17-22.
3. Cyrillo PI. Aspectos psicológicos relacionados aos portadores de lesões oculares e a utilização de prótese. In: Fonseca EPD. Prótese ocular. São Paulo: CIP; 1987. p.181-7.
4. Lubkin V. Psychological considerations. In: Stewart WB. Plastic surgery. California: San Francisco; 1984; p.42-4.
5. Rapport CR, Fiori WR, Davis C. Teorias do desenvolvimento. São Paulo: EPU; 1981.
6. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1977.
7. Cholden L. Some psychiatric problems in the rehabilitation of the blind. Bull Manninger Clin 1854;18(3):1-28.
8. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1996. p.299.
9. Lubkin V. Enucleation. the hunt for verisimilitude. Adv Ophthalmic Plast Reconstr Surg 1988;7:255-62.
10. Lubkin V. The public face or psychological and legal complexities in plastic ophthalmic surgery. Br J Ophthalmol 1975;59:593-9.
11. DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
12. Kovács MJ. Deficiência adquirida e qualidade de vida – possibilidades de intervenção psicológica. In: Becker E, et al. Deficiência: alternativas de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p.95-123.
13. Masini EFS. Intervenção educacional junto à pessoa deficiente visual. In: Becker E, et al. Deficiência: alternativas de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p.73-92.
14. Petrowski DD. Care of an artificial eye after enucleation – with comments from the author's personal experience. J Ophthalmic Nurs Technol 1986; 5:135-9.
15. Van Doorne JM, van Waas MA, Bergsma J. Facial disfigurement after cancer resection: a problem with an extra dimension. J Invest Surg 1994;7:321-6.

Anexo 1 - Avaliação psicológica para usuários de prótese ocular

I. Identificação

Nome:
 Data de nascimento: Idade:
 Sexo:
 Naturalidade:
 Escolaridade:
 Profissão:
 Estado Civil:
 Filhos:
 Endereço: CEP:
 Telefone:

Evento Desencadeador:
 Estética:
 Local de Tratamento / Adaptação da Prótese Ocular:

Constelação Familiar

II. Parte A - História da Doença

1. O que o tornou portador de prótese ocular?
2. Há quanto tempo isto aconteceu?
3. Quantos anos você tinha nessa época?
4. Sob quais circunstâncias ocorreu?
5. Qual foi a 1ª atitude no momento em que ocorreu?
6. Que tipo de tratamento se submeteu?
7. Como o tratamento se desenvolveu?
8. Você se submeteu a cirurgias?
9. Por que?
10. As possibilidades de resultados lhe foram informadas?
11. Como?
12. Durante o tratamento suas dúvidas foram esclarecidas?
13. Quando a prótese foi sugerida?
14. Por quem?
15. Quanto tempo após a situação ter sido instalada?
16. Como foi sugerida?
17. Teve todas as explicações para o uso da prótese?
18. Quem cuida ou cuidava da assepsia?
19. Como foi aprender a fazer a assepsia?

III. Parte B - Aspectos psicológicos Reflexos do Evento Desencadeador

20. Como você se sentiu diante da idéia de usar uma prótese ocular?
21. Como foi o caminho para tornar-se portador da prótese ocular?
22. O que acha da prótese?
23. Como você encarou a situação no momento em que foi adaptada?
24. Como as outras pessoas encararam essa situação?
25. Como foi para sua mãe, seu pai e seus irmãos em relação à situação que se instalou?
26. Para seu cônjuge / companheiro(a) e filhos?
27. Vocês conversam sobre isso?
28. Todos sabem o que lhe aconteceu?
29. Como foi durante a fase escolar?
30. Como foi no trabalho?
31. Há algo que você sinta como marcante que ocorreu nessas fases?
32. Você acha que seu comportamento mudou quando a situação se instalou?
33. O que mudou?
34. Você acha que o comportamento dos outros em relação a você mudou?
35. O que mudou?
36. O que você pensa sobre tais mudanças?
37. Como você se sente diante dessas mudanças?
38. O que significa para você tais mudanças?
39. Você pensa que as mudanças se dão devido à sua atitude estabelecida para com os outros ou devido às atitudes dos outros para com você?
40. Quanto à sua vida cotidiana, há algo que você não faz mais ou com menor freqüência?
41. O quê?
42. Por qual motivo?
43. Como é para você a limitação diante de alguns aspectos?
44. Como você se vê sendo portador de uma lesão ocular e usuário de prótese?
45. Como você pensa que os outros o vêem?
46. E como você se sente por isso?
47. Você enfrenta ou já enfrentou problemas profissionais ou sociais por ter uma lesão ocular e ser usuário de prótese?
48. Você fala sobre isso com os outros?
49. Como é falar ou não sobre isso?
50. O que você pensa disso?
51. Como você se descreve antes e depois de se tornar portador de uma lesão ocular?
52. O que você pensa sobre isso?
53. O que você diz sobre o caminho que percorreu ou percorre para a reabilitação?
54. Houve em algum momento alguém ou algo que teve uma forte influência seja ela positiva ou negativa, em sua maneira de encarar a situação?
55. Como você se sente diante disso?
56. O que significa para você os cuidados que recebeu da família quando a situação foi instalada?
57. Em termos de vida, valores, moral, educação e sociedade, você sentiu alguma mudança devido à situação?
58. Suas crenças e valores se mantiveram, fortaleceram ou enfraqueceram?
59. Como você se sente ao falar sobre isso?
60. Você se sente feliz hoje?
61. Quais eram ou são suas expectativas sobre a prótese ocular?
62. Você faz algum tipo de tratamento psicológico?
63. Há quanto tempo?
64. O que você pensa da sociedade em que vive?
65. O que você pensa sobre o preconceito?
66. Você acha que o preconceito é uma questão cultural, criada pela sociedade ou uma situação criada pelo "diferente" no modo como se apresenta para essa sociedade?