UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

LAÍS RANIERI MAKRAKIS

Análise da influência da reabilitação protética do globo ocular em pacientes anoftálmicos: um estudo clínico longitudinal prospectivo

Ribeirão Preto

2019

LAÍS RANIERI MAKRAKIS

Análise da influência da reabilitação protética do globo ocular em pacientes anoftálmicos: um estudo clínico longitudinal prospectivo

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Reabilitação Oral

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Helena Lovato da Silva

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca Central do *Campus* USP – Ribeirão Preto

Makrakis, Laís Ranieri

Análise da influência da reabilitação protética do globo ocular em pacientes anoftálmicos: um estudo clínico longitudinal prospectivo, 2019.

150 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Reabilitação Oral.

Orientador: Silva-Lovato, Cláudia Helena.

Nome: Makrakis, Laís Ranieri

Título: Análise da influência da reabilitação protética do globo ocular em pacientes anoftálmicos: um estudo clínico longitudinal prospectivo

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Dr.(a)_____
Instituição:_____
Julgamento:_____

Prof.(a) Dr.(a)_____
Instituição:_____
Julgamento:_____

Prof.(a) Dr.(a)_____
Instituição:_____
Julgamento:_____

Dedicatória

Dedicatória

Dedico este trabalho

À Deus, por ter me proporcionado grandes oportunidades, por ter protegido o meu caminho e ter me guiado para escolher com sabedoria e decidir o com o coração o que quer que fosse necessário, e principalmente, por ter incluído pessoas tão maravilhosas e amáveis na minha vida.

À minha amada mãe Márcia, minha heroína, que com todo seu carinho e proteção de mãe coruja me acolheu e socorreu nos momentos mais difíceis. Sua força e sabedoria me encorajaram a desbravar o mundo e a encarar e arriscar nas oportunidades sem medo.

Ao meu querido pai, que com toda sua criatividade e sabedoria me proporcionou uma vida cheia de conhecimento e de curiosidade. Seu carinho e suas peculiaridades foram de grande influência para eu ser quem sou hoje.

À minha avó Maria de Lourdes, a quem tenho muito respeito, admiração e gratidão pelo grande apoio proporcionado em toda a minha vida acadêmica. Persona única, forte e destemida, e com um coração misericordioso.

Às minhas irmãs Narayna, Eveline e Isadora, por terem cuidado de mim quando pequena e terem me proporcionado uma infância feliz e risonha. Vocês foram, são e sempre serão minhas melhores amigas, minhas conselheiras, minhas protetoras.

Aos meus melhores e mais incríveis amigos, os quais tenho muito carinho, apreço e gratidão: Amanda, Flávia, Gabriela, Lucas e Thiago. Vocês foram meus

companheiros, meus heróis nos momentos mais difíceis da vida e da graduação. Vocês são a joias mais raras que a vida pode nos oferecer!! Obrigada!!

Ao meu amado e carinhoso namorado Luís, que apareceu de forma tão breve e inesperada em minha vida, no momento em que eu mais estava desacreditada. Seu companheirismo, essência e bondade me fazem querer ser alguém melhor e mais em paz comigo mesma. Obrigada por me amar do jeito que sou. Obrigada por ter iluminado minha vida com todo seu amor.

Agradecimentos

Agradecimentos

Agradeço imensamente à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela formação como Cirurgiã-Dentista e pelo acolhimento na pós-graduação, para que eu pudesse concluir esta nova etapa da minha vida.

À CAPES pelo apoio financeiro e científico, e também pela grande importância que esta instituição tem em promover ciência de qualidade, beneficiando a sociedade com os resultados e investigações de todas as pesquisas realizadas em nosso país.

Aos professores da pós-graduação em Reabilitação Oral, pelo enorme aprendizado ao longo desta jornada.

Às minhas grandes amigas e amigos de carreira acadêmica, Camila, Carla, Frank, Maurício, Adriana, Viviane, Ana Paula, Leticia. Obrigada por toda a ajuda, experiências compartilhadas, risadas e carinho. Desejo muito sucesso a todos vocês!

Aos maravilhosos funcionários da FORP-USP, que também foram meus grandes amigos e companheiros neste período – À dentista Mônica Consuelo, que com seu grande dom artístico, paciência e dedicação, nos ajudou muito na realização das próteses oculares; Aos técnicos: Zé Carlos, Júlio, Eduardo e Henrique; Ao pessoal

da clínica: "Seu Zé", Fátima, Silvinha, Karina, Cléria e Verinha. Aos funcionários da esterilização: Chininha e Sérginho. E ao pessoal da faxina, que sempre deixa tudo tão arrumadinho, limpinho e cheiroso, para que possamos trabalhar de forma confortável.

Agradeço ainda,

Ao meu padrasto Jurandir e à minha madrasta Cláudia, por terem proporcionado todo o amor e carinho aos meus pais, e por cuidarem deles tão bem!

Aos meus cunhados Flávio, Otho e Jean, pela paciência e amor e cuidado que eles têm pelas minhas irmãs.

Aos meus queridos sobrinhos Júlia e Davi, que embora pequeninos, espero que possam algum dia saber o amor e a gratidão que a "Tia Laís" tem por eles.

Aos meus amados sogros Rosângela e Luís, às minhas lindas cunhadas Amanda e Fernanda e esposos, e à nossa pequenina sobrinha, Luísa.

Ao meu querido gatinho Norberto, que foi meu melhor amigo e companheiro nos momentos mais difíceis da pós-graduação.

Agradecimento Especial

Agradecimento Especial

Agradeço com muito carinho e admiração a minha professora, orientadora, e amiga, Cláudia Helena Lovato da Silva.

Querida professora Cláudia, foi um longo período de muito aprendizado ao seu lado. Também foi um período de grandes dificuldades, pois "cheguei para você" com pouca habilidade na escrita, na compreensão de alguns assuntos inerentes à pesquisa, na leitura de artigos científicos e também na disciplina pessoal. Portanto, gostaria de agradecer por ter me aceitado "como eu vim", e por ter me ensinado a ser uma orientanda melhor. Acredito e percebo que evoluí muito em suas mãos, graças à sua enorme paciência e dedicação.

Sua empatia e o cuidado que você tem pelos seus alunos e pacientes me inspiram a ser uma profissional mais dedicada e compromissada em ajudar o próximo. Você foi uma grande inspiração para o meu crescimento pessoal e profissional.

Espero que este trabalho possa trazer bons frutos para os nossos pacientes. Agradeço pela enorme experiência vivenciada durante a pós-graduação, e por ter me permitido trabalhar ao seu lado. Você é uma orientadora incrível!

Que Deus sempre proteja, ilumine e guie o seu caminho.

Resumo

Resumo

Makrakis LR. Análise da influência da reabilitação protética do globo ocular em pacientes anoftálmicos: um estudo clínico longitudinal prospectivo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto; 2019.

O objetivo deste estudo clínico longitudinal prospectivo foi identificar os fatores que influenciam os indivíduos anoftálmicos a procurar pelo tratamento, avaliar a qualidade de vida e a percepção do estresse previamente e após reabilitação com prótese ocular e correlacionar a qualidade de vida e características sociodemográficas, causa da perda ocular e tipo de cirurgia realizada. Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por meio de ficha de identificação e anamnese. Para identificar a motivação dos pacientes em buscar o tratamento foi empregado um questionário estruturado de acordo com a Teoria do Comportamento Planejado e, as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise dos dados, guiada pelos conteúdos dos temas. A qualidade de vida e estresse foram avaliados por meio dos questionários SF-36 e PSS-10, respectivamente no *Baseline* e após 03 e 06 meses da instalação da Prótese. As dificuldades de adaptação foram avaliadas por questionário após 07 dias, 03 e 06 meses. A comparação dos escores obtidos pelo SF-36 e PSS-10 foi realizada pelo Teste de Friedman; as características clínicas foram avaliadas pelo Teste Q de Cochran e Teste de Friedman; a correlação entre as variáveis foi realizada pelo Teste de Correlação de Pearson ($\alpha = 0,05$; software estatístico SPSS 12.0). Os resultados sociodemográficos demonstraram predominância de indivíduos adultos (53,84%), do gênero masculino (69,23%), casados (42,3%), de classificação socioeconômica baixa superior (65,38%), com perda ocular por trauma (46,15%), eviscerados (50%) e tempo de anoftalmia de 3 meses a 5 anos (38,46%). A entrevista semiestruturada indicou que fatores sociais e econômicos influenciam fortemente os indivíduos a procurar pelo tratamento. Para qualidade de vida, houve melhora no domínio da “Dor” aos 03 meses e “Estado Geral de Saúde” aos 06 meses; não houve diferença significante no estresse ao longo do estudo. A avaliação clínica demonstrou presença de secreção e do empastamento dos cílios ao longo dos 06 meses, mucosa hiperêmica e presença de dor aos 7 dias, com regressão aos 03 e 06 meses. Houve fraca correlação entre

características sociodemográficas e “Limitação Física” no *Baseline* (0,423) e “Estado Geral de Saúde” aos 03 meses (0,494); causa da anoftalmia e “Limitação Física” aos 06 meses (-0,471) e tipo de cirurgia e “Estado Geral de Saúde” no *Baseline* (0,432). Conclui-se que a motivação dos pacientes quanto à busca pelo tratamento protético parece ser influenciada pela disponibilidade e qualidade do atendimento no serviço público, condições econômicas, informações e indicação sobre o tratamento pelos profissionais e pela opinião de terceiros; a prótese ocular apresentou ter uma influência positiva em dois domínios da qualidade de vida, porém sem alteração significativa no estresse; a prótese promoveu uma melhora na saúde dos tecidos, porém com presença contínua de secreção e empastamento, as quais foram relatadas como as dificuldades mais frequentes entre os pacientes; indivíduos com melhores condições socioeconômicas apresentaram melhor Estado Geral de Saúde e menor Limitação Física e pessoas com perda ocular por trauma e submetidas à enucleação apresentaram uma melhora na limitação física e no estado geral de saúde, respectivamente.

Palavras-chave: 1. Olho artificial. 2. Qualidade de Vida. 3. Estresse. 4. Teoria do Comportamento Planejado. 5. Adaptação.

Abstract

Abstract

Makrakis LR. Analysis of the influence of prosthetic rehabilitation of the ocular globe in anophthalmic patients: a prospective longitudinal clinical study. [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto; 2019.

The aim of this longitudinal and prospective study was to identify the factors that influence the anophthalmic patients to seek for treatment, evaluate the quality of life and perceived stress before and after the rehabilitation with ocular prosthesis and correlate with the sociodemographic characteristics, cause of eye loss and type of surgery. The clinical and sociodemographic data were collected by an identification record and anamnese. A semistructured questionnaire in accord to Planned Behavior Theory was applied to identify the patient's motivation to seek treatment, and the interviews were recorded and transcribed to data analyses, guided by the theme content. The quality of life and stress were evaluated by the SF-36 and PSS-10 questionnaires, respectively on Baseline, and after the 03 and 06 months of prosthesis insertion. The adaptation difficulties were evaluated by a questionnaire after 07 days, 03 and 06 months. The comparison of the SF-36 and PSS-10 scores were made by Friedman's test; the clinical characteristics were evaluated by Cochran's Q test and Friedman's test; the correlation between variables were made by Pearson's Correlation test (α = 0,05; statistical software SPSS 12.0). The sociodemographic results showed a predominance of adult individuals (53,84%), male (69,23%), married (42,3%), low-superior socioeconomic income (65,38%), with eye loss by trauma (46,15%), eviscerated (50%) and the anophthalmic period of three months by five years (38,46%). The semistructured interview indicates that social and economic factors highly influenced the individuals to seek for treatment. The quality of life showed an improvement in "pain" domain at 03 months and in "General Health State" at 06 months; stress didn't show significant difference throughout the study. The clinical evaluation showed presence of discharge and eyelash crusting throughout 06 months and presence of pain at 07 days, with regression at 03 and 06 months. Had weak correlation between sociodemographic characteristics and "Physical Limitation" in Baseline (0,423) and "General Health State" in 03 months (0,494); cause of anophthalmia and "Physical Limitation" at 06

months (-0,471) and type of surgery and "General Health State" at Baseline (0,432). Its's concluded that the patient's motivation as to seek prosthetic treatment seems to be influenced by the public attend quality and disponibility, economics issues, indications and information about treatment by the others or by professionals; the ocular prosthesis showed a positive influence in two domains of quality of life, but without significant alteration in stress; the prosthesis promoted an income in tissues health, but with the continuous presence of discharge and crusting, which were related as the frequent difficulties between patients; individuals with better socioeconomic conditions showed better general health state and less physical limitation and persons with trauma eye loss submitted to enucleation showed better physical limitation and general health state, respectively.

Key-words: 1. Ocular prosthesis. 2. Quality of Life. 3. Perceived Stress. 4. Theory of Planned Behavior. 5. Adaptation.

Sumário

SUMÁRIO

Resumo 20
Abstract 24
1 Introdução 31
2.1 Teoria do Comportamento Planejado 37
2.2 Qualidade de Vida e Estresse 39
3 Objetivos 61
3.1 Objetivos gerais 61
3.2 Objetivos específicos 61
4 Material e Métodos 65
4.1 Delineamento do Estudo 65
4.2. Participantes 65
4.3 Desfechos 66
4.3.1 Coleta de dados sociodemográficos 66
..... 66
4.3.2 Avaliação do comportamento dos indivíduos anoftálmicos em relação a motivação para procurar pelo tratamento. 66
4.3.3 Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36) 67
4.3.4 Avaliação do Estresse Percebido (Escala PSS-10) 68
4.3.5 Confecção da Prótese Ocular 68
4.3.6 Avaliação das dificuldades encontradas e da saúde dos tecidos após a instalação da prótese ocular 68
5. Análise dos Dados 73
6. Resultados 77
6.1 Amostra 77
6.2 Dados Sociodemográficos 78
6.3 Avaliação do comportamento dos indivíduos anoftálmicos em relação a motivação para procurar pelo tratamento. 79
6.4 Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36) 81
..... 81
6.5 Avaliação do Estresse Percebido (Escala PSS-10) 82
..... 82
6.6 Avaliação das dificuldades encontradas e das características clínicas dos tecidos 82
6.7 Correlação das Variáveis 89
7 Discussão 93
7.1 Dados Sociodemográficos 94

7.2 Comportamento dos indivíduos anoftálmicos em relação à motivação para procurar pelo tratamento 96

7.2.1 Atitudes em relação ao comportamento 96

7.2.2 Norma Subjetiva 97

7.2.3 Controle Comportamental Percebido 98

7.3 Qualidade de Vida 99

7.4 Estresse Percebido 102

7.5 Avaliação das dificuldades encontradas e das características clínicas dos tecidos 104

8 Conclusões 111

Referências 115

Anexos 125

ANEXO A **-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 125

ANEXO B **-** Instrumental de Avaliação Socioeconômica (Graciano et al.2010) 127

ANEXO C **-** *Short Form Health Survey* 36 (SF-36) (validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al., 1999.) 128

ANEXO D **-** Escala de Estresse Percebido (PSS-10) (Cohen et al.1983), validada por Reis et al. (2010) 132

Apêndices 135

APÊNDICE A **-** Formulário 1: Ficha de Anamnese (Dados sociodemográficos, socioeconômicos, saúde geral, causa e tempo de perda da visão) 135

APÊNDICE B **–** Formulário 2: Questionário semiestruturado para entrevista. 139

APÊNDICE C – Confecção da Prótese Ocular 142

APÊNDICE D **–** Formulário 3: Dificuldades e intercorrências após a instalação das próteses 146

APÊNDICE E **–** Resultados obtidos pela escala de Likert da entrevista semiestruturada baseada na Teoria do Comportamento Planejado. 147

APÊNDICE F **–** Resultados obtidos para qualidade de vida (Questionário SF-36) 148

APÊNDICE G – Resultados obtidos com a Escala de Estresse Percebido (PSS-10) 150

I. Introdução

1 Introdução

A amputação do globo ocular pode ser ocasionada por patologias (tumores e doenças oculares), traumas (acidentes domésticos, automobilísticos, no local de trabalho) ou alterações congênitas (malformações), bem como por complicações pós-cirúrgicas. Estas etiologias podem levar à cegueira associada a dor descontrolada ou aparência estética desagradável (Artopoulou et al., 2006; Modugno et al., 2013; Zhang et al., 2015).

A intervenção cirúrgica para remoção do olho pode ser realizada por meio de enucleação (remoção completa do globo ocular), evisceração (esvaziamento do conteúdo do globo ocular com manutenção da esclera) ou exenteração (remoção do globo ocular e pálpebras). Como consequências o indivíduo apresenta comprometimento estético e funcional pela perda de parte da face e perda de visão (Pine et al., 2011). Estas alterações impactam a vida dos indivíduos causando problemas psicossociais como ansiedade e depressão bem como comprometimento de personalidade e percepção de saúde quando comparados a indivíduos saudáveis (Raizada; Rani, 2007; Ahn et al., 2010; Rasmusen, 2010; Rasmussen et al., 2012; Ye et al., 2015). Além disso, a amputação do olho tem uma influência negativa na posição socioeconômica das pessoas por afetar diretamente as condições de trabalho, as interações sociais e gerar sentimento de insegurança e rejeição devido à sua desfiguração (Rasmussen et al., 2012; Ye et al., 2015).

Apesar de não haver muitos relatos do tamanho da população anoftálmica nos diferentes países (Ahn et al., 2010; Rasmussen et al., 2012; Modugno et al., 2013; Ye et al., 2015), de acordo com a OMS (2011) estima-se que há 1,4 milhão de crianças cegas no mundo e embora este número seja relativamente baixo, deve-se considerar a longa expectativa de vida. Globalmente, o número de pessoas cegas de todas as idades é de 39 milhões, sendo que 82% dos cegos têm 50 anos ou mais (Taleb et al., 2012).

No Brasil 3,4% da população apresenta deficiência visual severa, e 1,6% são totalmente cegas. Esta é a deficiência de maior ocorrência quando comparada à deficiência auditiva, motora e mental/intelectual, descritas pela Cartilha de Pessoas com Deficiência, e sua maior incidência está entre a população acima de 65 anos e no gênero feminino (Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência). Estas

informações levam a prever que, muitas pessoas precisarão de reabilitação protética do globo ocular, uma vez que a cegueira pode causar a desconfiguração facial, bem como a indicação da remoção do globo ocular.

A prótese ocular é um tipo de prótese facial que visa reparar aloplasticamente as perdas ou as deformidades do bulbo ocular. Embora a visão não possa ser recuperada por meios artificiais, a prótese ocular busca recuperar a estética facial, mimetizando as características do olho contralateral normal, restabelecendo o contorno e tonicidade muscular da pálpebra superior; proteger a cavidade anoftálmica; restaurar a direção da drenagem lacrimal e, dessa forma, prevenir o acúmulo de lágrimas na cavidade ocular. O uso da prótese ocular também reflete na reintegração social do indivíduo, contribuindo na adaptação psicossocial e melhoria da qualidade de vida (Chalian et al., 1972).

A perda do globo ocular por alterações adquiridas compõe mais de 90% dos casos (Modugno et al., 2013) e tendem a causar problemas psicológicos mais severos que as alterações congênitas (Hope-Stone et al., 2016). Isso tem grande relevância para os indivíduos anoftálmicos e também para os profissionais que irão confeccionar as próteses, uma vez que estes devem estar preparados para acolher e apoiar os pacientes nas dificuldades a serem enfrentadas (Ahn et al., 2010). A reabilitação protética de indivíduos anoftálmicos com história de câncer, por exemplo, é especialmente desafiadora; 35% a 40% dos indivíduos com câncer apresentam alto risco de estresse (Hope-Stone et al., 2015). Isto, combinado com a amputação ocular, afeta fortemente a adesão do paciente ao tratamento e sua qualidade de vida. Entretanto, pelo nosso conhecimento, a influência da causa da perda do olho sobre a aceitação do tratamento proposto não tem sido investigada.

A literatura apresenta alguns estudos que avaliaram a qualidade de vida, estresse e ansiedade de indivíduos que tiveram o olho amputado (Clark et al., 2003; Ahn et al., 2010; Rasmussen, 2010; Rasmussen et al., 2012; Kondo et al., 2013; Hope-Stone et al., 2016), bem como estudos que avaliam a qualidade de vida, adaptação e problemas enfrentados pelos indivíduos quando estes recebem uma prótese ocular (Chin et al., 2006; Rasmussen, 2010; Pine et al., 2011; Goiato et al., 2013; Ye et al., 2015; Chinnery et al., 2017; Hatamleh et al., 2017). Entretanto, a maioria destes estudos são estudos transversais retrospectivos. Chinnery et al. (2017) realizaram uma revisão de literatura e concluíram que estudos longitudinais precisam ser realizados para avaliação das necessidades dos usuários a curto,

médio e longo prazo, bem como do impacto que a reabilitação protética do globo ocular causa na vida do indivíduo, oferecendo respaldo para investimentos financeiros no setor público. Ainda, estudar as necessidades psicológicas dos usuários de prótese ocular, seus anseios, influência do tempo na adaptação, influência da causa da perda do olho sobre seu comportamento e a relação profissional/paciente (Hope-Stone et al., 2016) é essencial para direcionar a realização de estudos e o desenvolvimento deste tipo de tratamento reabilitador para obtenção de resultados que possam ser aplicados clinicamente.

Para avaliar a motivação dos pacientes e as suas condições psicossociais, instrumentos como questionários e entrevistas estruturadas podem ser utilizados. Em relação à motivação do sujeito em busca de tratamento, a literatura demonstra que a Teoria do Comportamento Planejado (TCP), desenvolvida por Ajzen e Fishbein (1985), é um instrumento que permite a avaliação qualitativa do comportamento do indivíduo quando em busca de um tratamento por meio do relato de suas concepções e expectativas quanto ao serviço (Ajzen, 1991). A teoria explica, por meio de um quadro conceitual, que o comportamento é influenciado pela intenção do indivíduo com base em três componentes: Atitude em Relação ao Comportamento, Norma Subjetiva e Controle Comportamental Percebido. Este método já foi utilizado na odontologia em pesquisas relacionadas à busca do tratamento em prótese dentária (Vieira e Lele, 2014; Vieira et al., 2016).

A literatura apresenta alguns estudos que avaliaram a qualidade de vida, estresse e ansiedade de indivíduos que tiveram o olho amputado (Clark et al., 2003; Ahn et al., 2010; Rasmussen, 2010; Rasmussen et al., 2012; Kondo et al., 2013; Hope-Stone et al., 2016), bem como estudos que avaliaram a qualidade de vida, adaptação e problemas enfrentados pelos indivíduos quando estes receberam uma prótese ocular. Dentre os instrumentos para avaliação da qualidade de vida, o formulário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) tem sido bastante utilizado (Amaro et al., 2010). Ele permite avaliar a percepção dos pacientes quanto à sua própria saúde (Ciconelli et al., 1999). Trata-se de um formulário com 36 itens, que são distribuídos em 8 escalas. Este formulário apresenta uma versão traduzida para o Português e validada por Ciconelli et al. (1999). Com relação à avaliação do estresse, a Escala de Estresse Percebido (PSS-10) utilizada para avaliar o nível de estresse, é composta por 10 itens, e tem como

objetivo levantar a percepção do indivíduo quanto à sua capacidade de enfrentar os eventos da vida ocorridos durante o último mês. O PSS-10 foi validado por Reis et al. (2010) para a língua portuguesa e foi considerada adequada para sua aplicação.

Com base na literatura apresentada e considerações realizadas, as percepções específicas dos pacientes anoftálmicos podem ser complexas e, investigar suas motivações e necessidades percebidas, qualidade de vida, estresse e dificuldades encontradas ao considerar a reabilitação com próteses oculares pode ajudar na tomada de decisão e planejamento clínico da reabilitação protética.

2. Revisão da Literatura

2 Revisão da Literatura

O levantamento bibliográfico foi realizado através das bases de pesquisa *PubMed, Scielo, Lilacs, Web of Science* e *Google Scholar*. Os artigos foram encontrados quando as seguintes palavras-chaves foram utilizadas: ocular enucleation, eye, loss, quality of life, artificial eyes, psychosocial impact of prosthetics, stress, Perceived Stress Scale and Theory of Planned Behavior. A revisão de literatura foi organizada de forma cronológica e de acordo com os assuntos de interesse.

2.1 Teoria do Comportamento Planejado

Ajzen (1991) propôs a Teoria do Comportamento Planejado (TCP) utilizada para prever o comportamento humano. Ela é derivada da teoria da ação racionalizada, descrita previamente por Fishbein e Azjen (1975), porém o seu modelo conceitual apresenta a inclusão do controle comportamental percebido, introduzido a fim de complementar o modelo original, para prever aqueles comportamentos dos quais a pessoa não possui um controle voluntário ou consciência. Assim como no modelo original, a TCP possui como fator central a intenção, que permite identificar os fatores motivacionais que influenciam o comportamento. Porém, o comportamento também está sujeito a fatores não-motivacionais, tais como ajuda de outras pessoas, dinheiro, tempo, habilidades, entre outros, demonstrando que a intenção e o controle comportamental são fatores que influenciam na realização do comportamento. Portanto, o modelo propõe a previsão do comportamento através de atitudes comportamentais, as quais o autor categoriza como normas subjetivas, atitude relacionada ao comportamento, e controle comportamental percebido. A norma subjetiva diz respeito à percepção da pressão social sobre a realização ou não de um comportamento. A atitude relacionada ao comportamento propõe que ele pode ser avaliado pela própria pessoa como favorável ou desfavorável, e a capacidade do indivíduo em avaliar desta forma. O controle comportamental percebido está relacionado à capacidade do indivíduo em perceber se o comportamento a ser realizado apresenta facilidade ou dificuldade, e o mesmo pode ser diferente em determinadas ações e situações. O indivíduo pode achar que o seu comportamento determinará os seus resultados, porém ele também

pode acreditar que a sua chance de realizar e conseguir atingir seus objetivos são pequenas. Assim, através da incorporação de conceitos das ciências sociais e comportamental, o modelo proposto possibilita avaliar os fatores que podem influenciar o comportamento. Em conclusão, o autor considerou que a inclusão do controle comportamental percebido à teoria, junto às outras intenções comportamentais (determinadas pela norma subjetiva e pela atitude relacionada ao comportamento), possibilita uma considerável variação do comportamento. Este modelo de avaliação foi encontrado em dois estudos na área de reabilitação bucal por próteses.

Vieira et al. (2014) realizaram um estudo a fim de categorizar os fatores relacionados à disposição de indivíduos edêntulos em procurar e submeter-se ao tratamento protético, através do modelo conceitual da Teoria do Comportamento Planejado, cujos componentes foram baseados em evidências clínicas e raciocínio prático. Portanto, nesta abordagem empírica, o autor dividiu as atitudes relacionadas ao comportamento em categorias que representassem uma auto avaliação (positiva ou negativa) da sua performance em buscar tratamento, baseadas em experiências prévias adquiridas durante o tratamento dental tais como: recepção, relacionamento e comunicação com a equipe; medos ou pensamentos negativos; percepção das consequências de não realizar o tratamento; percepção dos riscos ou dos benefícios que o tratamento pode vir a oferecer; “ansiedade dental” (ansiedade prévia ao tratamento ou fobia). Para as normas subjetivas, o estudo considerou categorias que abordavam a percepção do indivíduo quanto à influência da opinião de terceiros sobre sua condição, da mídia publicitária e de necessidades normativas estabelecidas pelos especialistas e relacionadas aos riscos do não tratamento sobre a condição clínica do sujeito. Também foram inseridas categorias quanto à habilidade do profissional e da qualidade do serviço. Com relação ao controle comportamental, este pode ser avaliado pela percepção do indivíduo quanto à influência dos recursos e das oportunidades disponíveis sobre a sua busca pelo tratamento podendo ser categorizada pela disponibilidade de tempo, de custeio e de acessibilidade ao tratamento, bem como o julgamento pessoal do indivíduo (necessidade percebida) sobre a necessidade em receber o tratamento.

Vieira et al. (2016) realizaram um estudo para prever a busca pelo tratamento protético através do modelo conceitual da Teoria do Comportamento planejado e das variáveis socioeconômicas e clínicas do indivíduo. Para isto, foi construído um questionário com vinte e quatro afirmativas que continham quinze fatores preditivos que pudessem influenciar a intenção e o comportamento do indivíduo em buscar o tratamento protético. A intenção e o comportamento foram avaliados como variáveis dependentes. A disposição do indivíduo em submeter-se a um tratamento nos próximos seis meses estava relacionada a intenção do paciente. O comportamento foi avaliado através da identificação dos indivíduos, dividindo-os em Grupo de Comportamento Positivo, composto por sujeitos que já haviam passado por tratamento protético, que tinham substituído os dentes perdidos e espaços edêntulos não tratados, e o Grupo de Comportamento Negativo, composto por indivíduos que tinham pelo menos um espaço edêntulo não tratado e com perda recente de até seis meses. Embora os componentes da TCP não tenham demonstrado precisão para prever a busca pelo tratamento neste trabalho, os resultados demonstraram que os fatores clínicos, o nível socioeconômico e o Controle Comportamental Percebido que incluía percepção dos gastos, possibilidade de custeio, percepção da necessidade e acesso ao tratamento dentário, influenciaram fortemente o comportamento relacionado ao tratamento protético.

2.2 Qualidade de Vida e Estresse

Cohen et al. (1983), validaram uma escala psicométrica do estresse (Escala de Estresse Percebido, PSS), considerada um instrumento objetivo para estudar a ligação entre patologia e estresse. Além disso, os autores queriam examinar a possibilidade do PSS servir como um preditor de resultados de saúde mais eficiente que os instrumentos de mensuração global, como por exemplo as escalas de eventos de vida. Para validação e confirmação da confiabilidade do instrumento, foram recrutados dados de três amostras: dois grupos de estudantes universitários e um grupo heterogêneo de pessoas inscritas em um programa de controle do tabagismo. Foi utilizada a escala PSS de 5 pontos (com escore variando de 0 a 4) para 14 itens, dos quais sete continham conotação positiva e os outros sete, conotação negativa. Para o cálculo os escores positivos foram revertidos (0=4, 1=3, 2=2, etc), para

no final a pontuação ser somada com a soma dos escores negativos. Os instrumentos *College Student Life-Event Scale – CSLES, Social Avoidance and Distress Scale – SADS, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D*, *Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms - CHIPS e Unpleasant Events Schedule*, foram aplicados nas três amostras. O PSS-14 e o PSS-4 apenas no grupo de controle de tabagismo, através de entrevista via telefone. Além disso foi feito o registro de uso do centro de saúde universitário, e foi realizada a correlação entre o PSS e estes instrumentos. Os resultados da confiabilidade demonstraram que o Coeficiente alpha foi de 0,84, 0,85 e 0,86 nas três amostras, e que o teste-reteste obtido foi de 0,85 no reteste para um grupo de 82 alunos, e de 0,55 para um grupo de 64 indivíduos do programa de tabagismo. Os autores concluíram que o PSS é um instrumento confiável e que apresentou validade, bem como a sua versão de quatro itens. A escala também demonstrou ser um preditor melhor nos resultados de saúde, comparado às escalas de evento de vida.

Ciconelli et al. (1999) realizaram a tradução e adaptação do questionário *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey* (SF-36) para a língua portuguesa. Trata-se de um questionário genérico utilizado para avaliar a qualidade de vida através de trinta e seis itens, os quais são distribuídos em oito componentes a serem avaliados: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Para o estudo, os autores selecionaram uma amostra de pacientes com artrite reumatóide (de acordo com os critérios da *American College of Rheumatology*). O questionário foi traduzido através de um protocolo estabelecido pela *International Quality of Life Assessment Project* (IQOLA). Dois professores brasileiros com fluência na língua inglesa foram instruídos quanto aos objetivos da pesquisa e solicitados a realizarem uma tradução conceitual do questionário. Estas traduções foram comparadas pelo coordenador da pesquisa bem como pelos próprios tradutores para que fossem realizadas as alterações necessárias até que houvesse um acordo entre os envolvidos. Em seguida, esta mesma tradução passou por outros dois professores de inglês e americanos para que fosse realizada a conversão desta tradução para o inglês para comparação com a versão original e

adequação das divergências, obtendo uma segunda versão em português do questionário. Assim, a segunda tradução foi aplicada para a amostra aleatorizada de indivíduos com artrite reumatoide para verificar a equivalência cultural da tradução. Para aquelas questões não compreendidas pelos pacientes, foi adicionado à questão o item "não aplicável", e as questões que apresentassem um número maior do que 15% deste item foram selecionadas para avaliação por dois reumatologistas, um fisioterapeuta e um clínico e trocadas por um novo conceito, originando assim uma terceira tradução, que foi aplicada em outro grupo de pacientes até que não houvesse itens "não aplicáveis". Depois desta aplicação, foi feita uma nova aplicação, porém para um outro grupo de 50 pacientes, com duas avaliações por dois observadores no mesmo dia, e após 14 dias uma nova avaliação feita por apenas um observador que estava presente na avaliação anterior. Para a validação, os escores obtidos no questionário SF-36 foram comparados com os escores dos parâmetros clínicos (que são comumente investigados durante a avaliação dos pacientes com artrite e conforme a ACR), e com os questionários *Nottingham Health Profile* (NHP), *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e *Arthritis Impact Measurement Scale-2* (AIMS-2), que também são instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida. Os resultados demonstraram que, para a reprodutibilidade intra e inter observador, as oito categorias do SF-36 foram significantes, e que apenas a categoria relacionada ao aspecto emocional demonstrou valor inferior comparado às outras, embora não estatisticamente significante. Quanto à validade, os parâmetros clínico-laboratoriais e as categorias do SF-36 foram avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson e os resultados indicaram que a tradução do questionário SF-36 para a língua portuguesa apresentou reprodutibilidade e validez, podendo ser utilizado como um instrumento para avaliação da qualidade de vida.

Clark et al. (2003) avaliaram o tipo e a magnitude do sofrimento psicológico em pacientes com desfiguração ocular e o atendimento das necessidades destes indivíduos pelos cuidados disponíveis. Os participantes foram selecionados de três diferentes ambulatórios oftalmológicos, totalizando uma amostra de 153 pacientes, os quais foram solicitados a completar os

questionários *Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS), Derrifor Appearance Scale-Short Form e World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form (WHOQoL Bre*f). Além disso, foram submetidos a uma entrevista semiestrututurada para identificar as preocupações e dificuldades, sociabilidade, estratégias de enfrentamento, pontos fortes e apoio recebido, além de dados a respeito de experiências prévias no ambulatório. Os resultados demonstraram que quanto às condições oculares, os três ambulatórios apresentaram uma predominância da etiologia patológica com mais de 10 anos de anoftalmia. Os escores obtidos no *HADS* demonstraram que, apesar de apresentar uma frequência cumulativa de níveis médios, todos os ambulatórios apresentaram "casos" de depressão e ansiedade. De acordo com o parâmetro de Moss, a frequência cumulativa obtida pelos escores da escala de *Derriford* demonstraram que em todos os ambulatórios muitos pacientes vivenciaram níveis relativamente altos de reclusão social e sofrimento relacionado à aparência. A média dos escores obtidos pelo *WHOQoL Bref*, indicaram que apesar dos entrevistados apresentarem uma qualidade de vida razoavelmente boa em todos os seus quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) apresentando valores mais altos em relação ao escore normativo, a frequência cumulativa aponta que muitos indivíduos (21-72%) apresentaram escores abaixo do valor referência. A correlação demonstrou que a idade e o tempo de duração da condição não influenciaram o sofrimento psicológico. De acordo com as medidas padronizadas das pontuações, a análise de variância demonstrou que não houve diferença nem para o gênero nem para a etiologia. Para a entrevista semiestruturada foi utilizada uma escala de 0 (nem um pouco) a 10 (muito) para que os pacientes avaliassem o quanto a sua aparência tinha influência no estilo de vida, notabilidade da condição pelas outras pessoas, e importância da aparência da anoftalmia para o próprio indivíduo. Para todas estas questões, os participantes demonstraram níveis consideráveis de sofrimento e de importância com o que foi abordado. Nos achados adicionais do trabalho, os pacientes que receberam um apoio social melhor responderam que não sentiam que enfrentavam a situação com mais facilidade do que aqueles que não receberam. Além deste relato, os pacientes demonstraram a necessidade de um profissional discutir com eles as dificuldades das quais eles iriam encontrar e em como enfrentá-

las. Tais dificuldades incluíam como lidar com a reação das outras pessoas frente à sua nova condição ocular, ao conhecer novas pessoas, à baixa autoconfiança e ao receio de ser visto em público. Apesar destas dificuldades os participantes relataram algumas estratégias de enfrentamento como busca por apoio, terapia cognitiva ou em casos adversos, a reclusão social. Em relação à experiência no atendimento clínico, muitos pacientes relataram que gostariam de mais informações sobre o tratamento. Ainda, alguns relataram que gostariam de estar mais envolvidos com as decisões do tratamento e do futuro do mesmo. Segundo a análise de agrupamento, os participantes com altos níveis de ansiedade e de depressão demonstraram altos níveis de reclusão e ansiedade social, maior preocupação com a aparência, crença de que a condição da anoftalmia era muito notável para os outros, sensação de terem recebido pouco apoio social e dificuldade de compreensão das orientações dadas na clínica. Além destas análises foi realizada a coleta da opinião dos funcionários dos hospitais, e os mesmos relataram que uma boa parte dos pacientes demonstraram necessidades psicossociais bem como preocupações em relação às funções físicas e funcionais, embora as necessidades psicossociais não pudessem ter sido mais bem esclarecidas devido à quantidade de pacientes e falta de privacidade do ambiente.

Song et al. (2006) realizaram uma pesquisa clínica com pacientes submetidos à evisceração e enucleação após a reabilitação cirúrgica com implantes orbitais e com prótese ocular a fim de avaliar a satisfação. Setenta e oito indivíduos anoftálmicos, de ambos os sexos e sem restrição de idade, submetidos à evisceração ou enucleação, com espaço satisfatório na cavidade anoftálmica, que visitaram o Hospital da Universidade da Coreia no período de Março a Agosto de 2002, participaram da pesquisa. Durante a consulta, os pacientes preencheram um questionário com informações pessoais, características da situação ocular, queixas, manejo da prótese e satisfação. Além das informações obtidas no questionário, foram coletados dados da ficha médica sobre o tipo de cirurgia realizada e complicações, tipo de implante e presença de dispositivos (*Motility Coupling Post - MCP*) ou pinos (*Motility Peg - MP)* de motilidade. Todas as informações coletadas foram posteriormente dividas em três categorias: variáveis pessoais, variáveis cirúrgicas e variáveis protéticas. Foi realizado análise de correlação da satisfação com as variáveis

obtidas, regressão linear múltipla para análise multivariada e teste qui-quadrado para os dados categóricos (SPSS 10.1). No estudo, a maior parte dos participantes eram do sexo masculino (71,8%), com idade média de 35,4 anos, de médio nível socioeconômico (79,5%), casados (48,7%), com anoftalmia decorrente de trauma (53,8%), eviscerados (56,4%) e reabilitados com implante orbital de polietileno poroso de alta densidade (66,7%) e tamanho médio de 20 mm (76,3%) e sem a presença de dispositivos ou pinos de motilidade (48,5%). A maioria estava usando a prótese há menos de 6 meses (30,8%), fazendo uso durante o período noturno (69,2%), e realizando a higienização diária do dispositivo (84,6%). Cerca de 48,7% dos participantes relataram que as pessoas dificilmente percebiam que os mesmos faziam uso de prótese ocular, e 71,8% demonstram-se satisfeitos com a cirurgia realizada. Para as análises de correlação, apenas as variáveis “estado socioeconômico”, “resposta das outras pessoas” e “inserção MCP ou MP” apresentaram diferença significante, sendo que, pela análise de Pearson (0,502) os pacientes de médio nível socioeconômico demonstraram-se mais satisfeitos que os pacientes de baixo nível socioeconômico, e que para aqueles pacientes que relataram pouca percepção de terceiros em relação à presença de prótese demonstraram-se mais satisfeitos. Porém, o tipo de implante e a cirurgia não demonstraram correlação com a satisfação dos pacientes, mas para aqueles pacientes com MCP ou MP demonstraram-se mais satisfeitos do que aqueles que não tinham. Portanto, os autores concluíram que dentre as variáveis relacionadas à satisfação estão o nível socioeconômico, a resposta de outras pessoas e a presença de MCP ou MP, e que para possibilitar uma maior satisfação para os pacientes submetidos à esta reabilitação, a inserção de MP’s seria viável para obter tal resposta, pois este tratamento permite maior motilidade da prótese.

Ahn et al. (2009) realizaram um estudo transversal com pacientes anoftálmicos que passaram pelo Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Yonsei, na Coreia, entre os meses de Julho e Dezembro de 2008, a fim de avaliar a qualidade de vida e o estado emocional destes pacientes. Além dos 148 pacientes anoftálmicos, foram recrutados 48 voluntários saudáveis como grupo controle. Os participantes foram solicitados a

responder os questionários de qualidade de vida (SF-36) e de ansiedade e depressão (HADS), além de responderem às informações demográficas (idade, gênero, estado civil, número de filhos, história médica, cirurgias prévias, causa e tempo da anoftalmia). Os escores obtidos no SF-36 foram comparados com gênero, estado civil e número de filhos por meio de teste-t, o qual foi utilizado também para comparar os escores obtidos neste questionário entre o grupo de estudo e o grupo controle. Análise de variância foi utilizada para a comparação entre os escores do SF-36 e etiologia e tempo da anoftalmia, autoavaliação a respeito da presença de sentimentos negativos em relação aos relacionamentos sociais devido ao uso de prótese, e autoavaliação de como a prótese é comparada ao olho normal. Teste de Correlação de Pearson foi empregado para avaliar a correlação entre os escores do SF-36 e os escores do HADS, e teste de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre SF-36 e etiologia e tempo da anoftalmia, autoavaliação a respeito da presença de sentimentos negativos em relação aos relacionamentos sociais devido ao uso de prótese, e autoavaliação de como a prótese é comparada ao olho normal. Para comparar os escores de ansiedade e depressão do HADS com gênero, estado civil, filhos, e causa da anoftalmia foi realizado o teste exato de Fisher, e teste de Cochran-Armitage para o tempo de anoftalmia, autoavaliação a respeito da presença de sentimentos negativos em relação aos relacionamentos sociais devido ao uso de prótese, e autoavaliação de como a prótese é comparada ao olho normal. Segundo os resultados, houve uma ligeira predominância de mulheres (53%), casadas (62%) e com filhos (60%), com maior causa de perda ocular por trauma (52%). Para os dados demográficos, não houve diferença significante entre os grupos. Já para o questionário de qualidade de vida, os escores obtidos no SF-36 apresentaram diferença significante entre os grupos para todas as categorias, sendo o que o grupo de estudo demonstrou pontuações mais baixas em relação ao controle. Dentro do grupo de estudo, as mulheres, os participantes casados, e os participantes com filhos apresentaram valores significantemente mais baixos em todas as categorias. A comparação por análise de variância e a correlação de Spearman realizados para avaliar a relação do SF-36 com as perguntas de autoavaliação demonstraram que houve diferença significante e correlação negativa para todas as categorias do questionário em relação ao impacto

negativo do uso prótese sobre as relações sociais, apenas. Os valores obtidos no HADS foram divididos em pontuações de 0 a 07 (normalidade) e de 08 a 21 (doença presente), e dentro dos achados, 29,9% e 28,4% dos participantes apresentaram valores 08 a 21 na escala de ansiedade e depressão, respectivamente. Comparando os valores do HADS com os dados demográficos, para ansiedade, os valores acima de 08 foram significativamente mais frequentes em indivíduos mais velhos, casados, que tinham filhos e que acreditavam que a prótese ocular influenciava fortemente suas relações sociais; para depressão, foi significativamente representado apenas por indivíduos mais velhos e que achavam que a prótese ocular influenciava fortemente suas relações sociais. Quanto à autoavaliação, 43,3% relataram sentir uma diferença moderada ou definida da prótese em relação ao olho normal e 42% responderam que sempre ou frequentemente sentem que a prótese ocular apresentou um impacto negativo nas relações sociais. Não houve diferença significante para as pontuações obtidas em relação à duração e causa da anoftalmia. Portanto, os autores concluíram que indivíduos mais velhos, do sexo feminino, casados e com filhos, apresentaram baixa qualidade de vida, e que os indivíduos casados e com filhos, apenas, apresentaram altos níveis de ansiedade. Por fim, os participantes que relataram sentir que a prótese ocular representava um impacto negativo sobre sua relação social demonstraram baixa qualidade de vida e altos níveis de ansiedade e depressão.

Reis et al. (2010) realizaram a tradução para a língua portuguesa e a validação da Escala de Estresse Percebido (PSS) de dez itens. A tradução da escala foi feita de acordo com a recomendação de Viejver e Hambleton (1996), cujo processo é realizado em duas etapas. A primeira é a tradução do material do inglês para o português brasileiro por um brasileiro nativo com habilidades no idioma inglês, a qual foi novamente traduzida, porém para a língua inglesa por um indivíduo norte-americano nativo, porém residente no Brasil. Assim, as duas versões em inglês foram comparadas para identificar as diferenças e modificá-las para a obtenção da primeira versão. A segunda etapa consistiu em avaliação por um comitê de especialistas composto por quatro brasileiros nativos que residiam nos USA com doutorado ou exercício na área da saúde.

Após as modificações realizadas, a segunda versão foi obtida, e para analisar a sua compreensão a mesma foi aplicada para um grupo de cinco professores universitários. Após este processo, participantes de um estudo prévio de comportamentos de risco para a saúde feito com professores de período integral de sete universidades brasileiras (N = 6829) foram convidados para responder à versão da tradução descrita acima. A amostra foi obtida por dois processos: o primeiro foi a seleção de uma amostra randomizada e separada por gênero, com uma distribuição total de três mil questionários para garantir uma amostra mínima. Ao final, restaram apenas 793 participantes. Depois, a escala foi reaplicada para 24 indivíduos de uma subamostra randomizada obtida de uma universidade para que pudesse testar sua confiabilidade. A estrutura da escala foi avaliada dividindo a amostra em metades, uma que foi submetida à análise do fator exploratório (AFE), e outra à análise do fator confirmatório (AFC). A AFE obteve dois fatores auto avaliadores, o Fator 1 (afirmações positivas) e o Fator 2 (afirmações negativas) com 30,6% e 26,2% de variância respectivamente, e todos os itens obtiveram uma carga de valor maior do que 0,6 em um dos fatores ou nos dois, com exceção do item 6 da escala, ou seja, a maioria dos itens correspondiam com as suas respectivas afirmativas (positiva ou negativa). Para a análise da confiabilidade, os autores realizaram o teste Cronbach e o teste-reteste dos fatores 1 e 2 e do total. Para o Fator 1, Fator 2 e escore total do PSS, o coeficiente alfa obtido foi de 0,83, 0,77 e 0,87 e no teste-reteste foi de 0,83, 0,68 e 0,86, respectivamente. Os resultados indicaram que a versão traduzida para a língua portuguesa da Escala de Estresse Percebido de 10 itens demonstrou uma estrutura semelhante à sua versão original, boa confiabilidade e validade, podendo ser utilizado para avaliar o estresse percebido em adultos.

Rasmussen et al. (2012) avaliaram a qualidade de vida, o estresse, a demissão por doença ou incapacidade e posição socioeconômica de indivíduos que sofreram amputação do globo ocular. Os autores entrevistaram 159 pacientes do Hospital *Rigshospitalet* de Copenhagen, que tinham sido submetidos à evisceração, enucleação, exenteração ou reabilitação com implante orbital durante os anos de 1996 à 2003. Para avaliação da qualidade de vida e do estresse foram empregados o SF-36 e o PSS, respectivamente.

Para obtenção das informações quanto à situação de demissão por doença ou incapacidade e condições socioeconômicas foi utilizado o Questionário Dinamarquês de Entrevista em Saúde, tendo como foco diminuição de carga horária ou demissão devido injúria, incapacidade, doença ou desordem, e em caso afirmativo para uma destas, se foi por causa da anoftalmia. Ainda, foi avaliada a percepção de saúde, onde os participantes fizeram uma autoavaliação da saúde geral (de excelente a ruim) e da sua saúde naquele dia por meio de uma escala analógica visual retirada da Escala EuroQoL EQ-5D, com escores de 0 (pior condição) a 100 (melhor condição). Foram coletados dados como estado civil, ocupação (como indicador da posição socioeconômica) e atividades de lazer (se a anoftalmia o impedia de fazer suas atividades). Os dados deste estudo foram comparados com o Questionário Dinamarquês de Entrevista em Saúde de 2005. Os resultados para características sociodemográficas demonstraram, que em comparação com a população geral, o dobro de indivíduos da população estudada possuía estado civil “divorciado” ou “separado”; quanto à posição socioeconômica dos pacientes anoftálmicos, a maioria possuía uma ocupação (n = 53), seguido por indivíduos aposentados (n = 35) e aposentados por invalidez (n = 12). Quando questionados em relação à causa de sua inatividade empregatícia, um total de 25% dos entrevistados relataram que foi devido à sua condição ocular; 39,5% deixaram de realizar atividades como jogos esportivos, atividades físicas, leitura, dirigir um veículo, tarefas domésticas, caça, viagens e atividades culturais devido à anoftalmia. Quanto à qualidade de vida, a população estudada demonstrou uma pontuação significativamente baixa para todas as categorias, bem como um alto estresse percebido, quando comparados com a população geral. Ainda, em uma análise de tamanho de efeito, a grande diferença obtida na avaliação da qualidade de vida foi relacionada aos valores obtidos nas categorias de Limitação por Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Em uma comparação da mediana obtida pelo PSS e SF-36 de pacientes mais novos (≤44 anos) e mais velhos (≥45), a única diferença estatisticamente significante foi encontrada na categoria de Capacidade Funcional. Quando comparados entre as quatro indicações para amputação do globo ocular (olho cego doloroso, neoplasia, trauma e olho cego desfigurado), a pontuação média da qualidade de vida e estresse percebido não obteve diferença significante

entre cada condição, mas a indicação cirúrgica por olho cego doloroso foi a que teve maior impacto em ambas avaliações. Ainda, as avaliações do SF-36 e PSS foram estratificadas em diferentes subgrupos de diagnóstico (síndrome do olho fantasma, Observação em Anos e Tipo de Cirurgia para Amputação do Globo Ocular). Para a síndrome do olho fantasma, a pontuação média que demonstrou diferença significante foi a categoria de Dor do SF-36; O tipo de modalidade cirúrgica não demonstrou diferença, porém a categoria Saúde Mental foi a que mais se destacou devido ao seu baixo valor médio para a modalidade de evisceração. 43,3% dos pacientes entrevistados auto avaliaram sua saúde como excelente ou muito boa, porém esta porcentagem não foi estatisticamente significante, e também foi menor quando comparada com a população geral. Para a auto avaliação da saúde por meio da escala analógica visual (EAV), o grupo estudado demonstrou uma saúde pior do que a população geral. Sendo assim, os autores concluíram que os pacientes submetidos à amputação do globo ocular quando comparados com a população geral, demonstraram um maior estresse percebido e resultados inferiores para a auto avaliação de saúde e saúde relacionada à qualidade de vida.

Kondo et al. (2013) compararam a qualidade de vida de indivíduos submetidos à remoção do globo ocular, que apresentavam visão monocular, com indivíduos saudáveis de visão binocular. Para o grupo de estudo foram recrutados pacientes que estavam em acompanhamento de rotina (n=29) para os cuidados com suas próteses oculares no Instituto de Visão da Universidade da Virgínia Ocidental (*West Virginia University Eye Institute*), que tivessem realizado evisceração, enucleação ou exenteração, e cujo olho remanescente apresentasse visão normal (20/40). Os participantes foram avaliados quanto à qualidade de vida relacionada à saúde por meio dos questionários SF-12 e NEI-VFQ, e também foram coletados dados relacionados à perda da visão e remoção cirúrgica do olho. Para reduzir o viés, os mesmos questionários foram aplicados para o grupo controle de indivíduos binoculares (n=25), que eram acompanhantes de pacientes que estavam indo para a consulta ao oftalmologista, mas que não eram necessariamente parte do grupo de estudo. O questionário SF-12 é uma forma reduzida do SF-36, que apresenta as

mesmas oito categorias, porém com menor número de questões para cada categoria (uma a duas questões). Este questionário apresenta a mesma performance que o SF-36 e assim como tal, permite obter um sumário da saúde física (*Physical Component Summary - PCS*) e da saúde mental (*Mental Component Summary*). O questionário NEI-VFQ é utilizado para avaliar o desempenho visual e o bem-estar de pessoas com doenças oculares. Ele é composto por doze categorias (Saúde Geral, Visão Geral, Dor Ocular, Atividades de perto, Atividades de Longe, Funcionamento Social, Saúde Mental, Dificuldades de Desempenho, Dependência, Direção, Visão Colorida, Visão Periférica) e por uma média composta das onze categorias, excluindo da média a categoria de Saúde Geral. Por meio do teste V de Cramér foi realizada a comparação dos escores obtidos nos questionários entre os grupos e foi detectada diferença estatisticamente significante (p=0.0025). Os resultados do NEI-VFQ apontaram diferença significante para as subescalas de "visão periférica" (p=0.0006) e "dificuldades de desempenho" (p=0.015) e para o escore composto entre os dois grupos (p=0.014). Porém, em relação à qualidade de vida deste mesmo questionário, não houve diferença entre o controle e o grupo de estudo. Na comparação das oito categorias do SF-12 e das doze categorias do NEI-VFQ houve diferença significante entre o grupo controle e o grupo de estudo apenas nas categorias do NEI-VFQ: visão periférica, dificuldades de desempenho e a média composta. As diferenças demográficas foram avaliadas por teste qui-quadrado de Pearson para os grupos independentes, e teste t nos grupos independentes para testar a diferença entre os grupos em cada escala de ambos questionários. Os dados demográficos não apresentaram diferença significante para idade, nível de escolaridade, estado civil e acuidade visual entre os indivíduos monoculares e binoculares. O tempo médio de anoftalmia foi de 23,6±18,01 anos, e a média das idades para indivíduos monoculares e binoculares foram 50,98±14,17 e 49,46±13,80 anos respectivamente. A única diferença significante encontrada foi um maior número de mulheres no grupo controle, comparado ao grupo de estudo. Os indivíduos monoculares apresentaram QVRS física e mental geral equivalente ao grupo binocular normal, apesar da remoção cirúrgica de um olho. No entanto, a visão reduzida de pacientes monoculares avaliada pelo NEI

VFQ indicou que existem déficits visuais residuais substanciais, mesmo após longos períodos.

Modugno et al. (2013) realizaram um estudo retrospectivo com o objetivo de levantar os dados epidemiológicos dos pacientes que foram registrados nos últimos 85 anos nos arquivos da Universidade Campus Biomédico de Roma. Para a pesquisa, foram incluídos indivíduos que possuíam o arquivo completo com dados pessoais, tempo de uso da prótese ocular e etiologia da anoftalmia. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, os autores conseguiram recrutar os dados de oito mil e dezoito pacientes. A época de instalação da prótese ocular foi dividida em grupos por faixa etária dos usuários: 0 a 05 anos, 06 a 14 anos, 15 a 18 anos, e a cada 10 anos. As etiologias foram catalogadas como “trauma”, “doença ocular de estágio terminal”, “malformações” e “tumores”, e a incidência de cada uma foi avaliada ao longo dos anos. Estas diferentes causas foram ainda divididas em subgrupos: as injúrias traumáticas por acidentes de trânsito, domésticos e outros acidentes e acidentes de trabalho; os tumores, em melanoma, retinoblastoma e outros tipos de tumores; e as doenças oculares de estágio terminal foram divididas de acordo com a região acometida (segmento anterior ou posterior): perfurações na córnea, descolamento de retina, endoftalmite, glaucoma terminal e complicações pós-cirúrgicas. Os resultados indicaram que as injúrias traumáticas foram as causas mais frequentes de anoftalmia e indicação de reabilitação protética, sendo que indivíduos adultos do gênero masculino apresentaram-se como um grupo de alto risco, principalmente devido à faixa etária atingida ser representada pela idade de dedicação ao trabalho. O estudo aponta que apesar das políticas públicas para o uso de equipamentos de proteção e segurança durante o serviço, as injúrias por esta ocasião não apresentaram redução ao longo dos anos. Já as doenças de estágio terminal afetaram mais a população idosa, o que pode ser explicado devido à frequência aos procedimentos cirúrgicos oculares. Os tumores demonstraram-se mais frequentes na população infantil, sendo o retinoblastoma o mais comum, e o aumento desta etiologia ao longo dos anos pode representar um progresso no diagnóstico precoce das doenças. Por fim, as malformações foram mais frequentes também na população infantil, e o aumento ao longo dos anos da indicação da prótese ocular nesta faixa etária demonstra o acesso às informações aos pacientes da possibilidade e da

importância da reabilitação precoce, apesar de refletir também um aumento nos fatores de risco durante a gestação.

Ye et al. (2015) realizaram um estudo transversal com pacientes enucleados usuários de prótese ocular para avaliar o nível de ansiedade e depressão e sua associação com as variáveis sociodemográficas, clínicas, da qualidade de vida relacionada à visão e das preocupações e sentimentos relacionados à perda. Foram recrutados indivíduos atendidos no Departamento de Oftalmologia do Segundo Hospital da Universidade de Zhejiang, na China, no período de Julho a Novembro de 2014 para confecção de prótese ocular após enucleação e colocação de implante orbital. Foram excluídos da amostra indivíduos que apresentassem doenças que afetassem a capacidade visual do olho remanescente ou desfiguração facial envolvendo globo ocular. Os autores avaliaram as seguintes variáveis: 1. demográficas (idade, gênero, residência, estado civil, nível de escolaridade e renda mensal); 2. clínicas (olho enucleado, causa da anoftalmia, tempo de uso da prótese, similaridade da prótese com o olho remanescente e conforto, sendo os dois últimos avaliados com auxílio da escala visual analógica - EVA); 3. psicossocial; 4. qualidade de vida relacionada à visão e preocupação com a aparência (questionários NEI-VFQ - *National Eye Institute Visual Function Questionnaire* e NPSS-F - *Negative Physical Self Scale*); 5. sentimento em relação à anoftalmia (EVA); 6. ansiedade e depressão (questionário HADS - *Hospital Anxiety & Depression Scale*). O questionário NEI-VFQ avalia a saúde geral e onze categorias relacionadas à visão (visão geral, dor ocular, atividades de perto, atividades em distância, funcionamento social, saúde mental, dificuldades de desempenho, dependência, condução automobilística, visualização de cores e visão periférica) que podem resultar em um escore de 0 a 100, em que a obtenção de valores altos indica uma boa funcionalidade da categoria. O questionário de preocupações relacionadas à aparência, NPSS-F, avalia cinco dimensões relacionadas à aparência física geral, porém os autores utilizaram os resultados apenas da dimensão que avalia a aparência facial. Os escores variam de 0 a 4, e altas pontuações representam resultados negativos em relação à aparência. Para a análise estatística foi feito análise descritiva, regressão linear múltipla por etapas para indicar o preditor exclusivo de ansiedade e depressão, análise estatística de poder para calcular amostra ($n=175$; $\alpha=0.05$; $(1-\beta)=0.9$), e

colinearidade (tolerância e fator de inflação de variância - FIV) das variáveis independentes para avaliar multicolinearidade (tolerância <0.20 ou 0.10 e/ou FIV >5 ou 10 indicando problema de multicolinearidade). No total, 195 indivíduos aceitaram participar do estudo. Segundo a análise descritiva, 23,1% dos participantes demonstraram-se insatisfeitos em relação à sua aparência facial, de acordo com os escores obtidos no NPSS-F, e 6,7% apresentaram ansiedade e depressão clínica. A análise final de regressão demonstrou associação de altos níveis de ansiedade com idade mais jovem, baixa qualidade de vida relacionada à visão e altos níveis de preocupação com a aparência. Altos níveis de depressão demonstraram-se associados ao baixo nível educacional, a baixa qualidade de vida relacionada à visão, a alta preocupação em relação à aparência e altos sentimentos de raiva. Ambos os testes demonstraram ausência de multicolinearidade. Embora os resultados não demonstrem relação dos níveis de ansiedade e depressão com gênero, causa da anoftalmia, tempo de uso da prótese, conforto e similaridade com o olho remanescente, houve associação dos altos níveis de ansiedade e depressão com a baixa qualidade de vida relacionada à visão e às preocupações em relação à aparência. Além disso, os resultados de ansiedade e depressão na amostra foi significantemente maior do que os valores normativos da população chinesa, sugerindo que estes problemas são mais prevalentes em indivíduos monoculares. Além disso, os resultados demonstraram que os altos níveis de ansiedade e depressão podem variar de acordo com a idade, nível escolar e outras condições do paciente, e que o estado de humor esteve mais associado às condições psicossociais do que às condições clínicas.

Hope-Stone et al. (2016) realizaram um estudo prospectivo com pacientes submetidos ao tratamento para remoção de melanoma uveal. Foram avaliadas qualidade de vida, ansiedade e depressão ao longo de dois anos, bem como variações da ansiedade, estresse e qualidade de vida ao longo do tempo nas diferentes idades, gênero, realização de enucleação e presença de monossomia 3 (presente no tecido tumoral de pacientes com alta probabilidade de metástase). Os pacientes foram selecionados do Centro de Oncologia Oftalmológica de Liverpool, os quais foram tratados previamente do melanoma

uveal (coróide ou ciliar) dentre os anos de 2008 a 2011. Os possíveis tratamentos para o melanoma foram baseados na condição clínica e na opção do paciente e incluíam a radioterapia de placa de Rutênio como primeira opção, a radioterapia com feixes de próton, a ressecção transescleral, a endorresecção e a enucleação. Os pacientes foram informados quanto ao diagnóstico da lesão e prognóstico do tratamento, o qual foi baseado de acordo com a magnitude da malignidade por meio de análise histológica e genética (monossomia 3). Sendo assim, para as análises genéticas bem sucedidas foi considerado um perfil de risco de 10 anos, e para as que falharam o prognóstico foi baseado nas características clínicas do tumor. Os pacientes também foram avaliados pelo risco de morte por metástase. Aqueles que foram submetidos à enucleação foram reavaliados após um mês de pós-operatório, e os que foram submetidos a tratamentos mais conservadores foram avaliados após um mês e a cada seis meses por dois anos. A cada seis meses após o tratamento os pacientes receberam por e-mail o questionário PROM (*Patient Report Outcome Measure*) para coletar o relato dos pacientes. A ansiedade e depressão foram avaliadas pelo questionário *Hospital Anxiety & Depression Scale* (HADS), e a qualidade de vida por meio do *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT-G). Valores altos no HADS significam alto sofrimento, e valores altos no FACT-G significam boa qualidade de vida. Dados demográficos foram coletados (idade, gênero, estado civil e profissão), dados do exame clínico (lateralidade ocular, tratamento indicado, acuidade visual do olho remanescente) e dados da análise genética (presença/ausência de monossomia 3 ou resultados inconclusivos). As análises demográficas, as variáveis clínicas e os escores obtidos no HADS e FACT-G no retorno de 6 meses foram comparados por meio do teste t e qui-quadrado. Já a média dos escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida obtidos em cada período foram comparados com os valores normativos encontrados na literatura, usando o teste-t de duas amostras. Foi feita uma análise de modelos-mistos 2x3 para avaliar a associação dos resultados com gênero, idade, enucleação e detecção da monossomia 3 e uma análise separada para cada variável independente (idade, gênero, enucleação e monossomia 3), ansiedade, depressão e qualidade de vida utilizando apenas os dados daqueles participantes que retornaram em todas as reavaliações. A acuidade visual foi

avaliada com base nos escores de Snellen. A amostra obtida foi de 411 participantes, porém devido aos óbitos, restaram 398 pacientes no primeiro ano de coleta e 372 no último ano de coleta. As características demográficas e psicológicas não foram diferentes entre os pacientes que permaneceram no período total do estudo (2 anos) para aqueles que não permaneceram. Em comparação aos valores normativos, as mulheres apresentaram valores altos de ansiedade em todos os períodos. Já a depressão demonstrou valores abaixo dos normativos em todos os períodos. A qualidade de vida demonstrou valores acima dos normativos, também em todos os períodos. Em relação ao grupo de idades, gênero, enucleação e monossomia 3, o gênero feminino demonstrou-se mais ansioso, bem como o grupo de pacientes mais jovens, e a ansiedade demonstrou redução ao longo do tempo neste grupo, diferente do grupo dos mais velhos, cujos valores continuaram os mesmos. Não houve diferença para enucleação, e pacientes com monossomia 3 apresentaram-se mais deprimidos do que os outros, em todos os períodos avaliados. Em conclusão, o estudo demonstrou que, de uma forma geral, os pacientes demonstraram uma boa qualidade de vida e baixa depressão comparado com os valores normativos, independente da idade, gênero, e conservação do globo ocular, diferente da ansiedade, que foi maior no grupo das mulheres.

Pine et al. (2017a, b e c) realizaram um estudo clínico retrospectivo, transversal e avaliaram as preocupações dos usuários de prótese ocular, em relação à presença de secreção mucóide, percepção visual, aparência e as razões de suas preocupações; o impacto da perda do globo ocular e o uso de prótese ocular nas atividades de recreação, ocupacionais e sociais, e o sentimento dos indivíduos em relação à prótese ocular. Indivíduos com mais de 16 anos de idade e portadores de prótese ocular há mais de 2 anos foram convidados a preencherem um questionário impresso. Do total de indivíduos convidados, 217 preencheram o questionário (taxa de resposta de 40%), o qual era composto por 29 perguntas e cinco escalas em quatro categorias principais (dados sociodemográficos, preocupações, sentimentos e problemas, escalas psicológicas). Estatísticas descritivas e inferenciais foram utilizadas para investigar diferenças ou correlações entre as variáveis. A análise de conteúdo foi usada para analisar as respostas abertas dos participantes. Os resultados

indicaram que todos os participantes relataram preocupações com presença de secreção, percepção visual e aparência durante dos três primeiros meses até dois anos após a perda dos olhos, embora as preocupações tivessem diminuído ao longo dos anos. Os indivíduos mais idosos demonstraram-se menos preocupados com a aparência, enquanto as mulheres demonstraram-se mais preocupadas com a secreção e aparência. Quanto maior a frequência e o volume da secreção, maior foi a preocupação. A preocupação inicial com a secreção era interpretada negativamente quanto ao seu significado clinico, e ao longo do uso, a preocupação com a secreção estava relacionada à necessidade de limpeza frequente e aparência. Perda de percepção de profundidade e alcance visual reduzido foram igualmente preocupantes. A semelhança da prótese com o olho remanescente foi uma preocupação inicial, porém as alterações anatômicas da cavidade e pálpebras passaram ser mais importantes com o tempo. Com relação ao impacto da perda do globo ocular e o uso de prótese ocular nas atividades de recreação, ocupacionais e sociais, os resultados indicaram que entre a amostra houve indivíduos que relataram uma série de dificuldades relacionadas ao lazer, ocupação e socialização, expressando sentimentos negativos e preocupações com a aparência e percepção visual, bem como houveram indivíduos que desenvolveram estratégias para superar esses problemas. Este estudo identificou que as atividades recreativas, de socialização e no local de trabalho são as mais impactantes para os usuários de prótese ocular e com base nos prórpios relatos dos pacientes, pode-se concluir que a perda ocular unilateral bem como a utilização da prótese ocular podem afetar negativamente o comportamento de pacientes anoftálmicos e seu processamento cognitivo. De modo geral, os participantes, inicialmente, experimentaram fortes sentimentos negativos com a perda do olho, os quais diminuíram com o passar do tempo, enquanto sentimentos positivos aumentaram. Participantes que perderam seu olho devido a um acidente, quando comparados a problemas médicos, tinham sentimentos negativos mais fortes, bem como os mais jovens se comparados aos de mais idade. Porém, com o passar de pelo menos 2 anos, estes sentimentos eram semelhantes entre todos os indivíduos. A perda de autoimagem é comumente considerada a maior preocupação dos pacientes anoftálmicos, mas as preocupações com secreção e percepção visual são

igualmente importantes. Assim, é importante preparar os pacientes para isso e fornecer estratégias de enfrentamento que atendam às necessidades estéticas e de percepção visual.

3. Proposição

3 Objetivos

3.1 Objetivos gerais

Avaliar, por meio de um estudo clínico longitudinal, as motivações dos pacientes pela busca do tratamento e o impacto da reabilitação protética do globo ocular de pacientes anoftálmicos sobre a qualidade de vida e estresse.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Identificar os fatores pessoais, sociais e profissionais que influenciam os indivíduos anoftálmicos a procurar pelo tratamento.

3.2.2. Avaliar a qualidade de vida e a percepção do estresse em indivíduos previamente à reabilitação (*Baseline*) e 03 e 06 meses de sua a reabilitação com prótese ocular.

3.2.3 Correlacionar a qualidade de vida e características socioeconômicas; qualidade de vida e causa da anoftalmia; qualidade de vida e tipo de cirurgia.

3.2.4 Avaliar as características clínicas da mucosa antes e após a instalação das próteses e identificar as principais dificuldades de adaptação com a prótese ocular, após 07 dias, 03 e 06 meses de sua instalação.

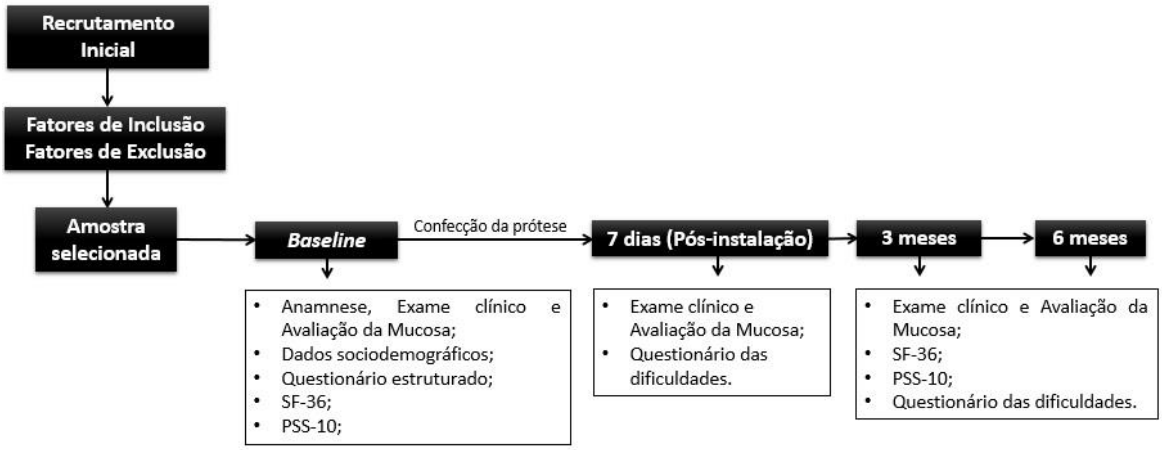
4. Material e Métodos

4 Material e Métodos

4.1 Delineamento do Estudo

Este estudo clínico longitudinal quantitativo e qualitativo foi delineado de acordo com a Figura 1. Como fator de variação foi considerado o tempo de coleta de dados para cada uma das variáveis.

Figura 1. Delineamento do Estudo



4.2. Participantes

Foram recrutados indivíduos da cidade de Ribeirão Preto e de municípios vizinhos, maiores de 18 anos, submetidos à evisceração ou enucleação do globo ocular (direito, esquerdo ou bilateral) e que buscavam a reabilitação protética na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Como critérios de inclusão, foram considerados indivíduos de ambos os gêneros, não usuários de prótese ocular, com a cavidade anoftálmica com espaço suficiente para a confecção da prótese, com tempo mínimo de perda ocular de 03 meses. Os participantes deviam ter boa saúde geral e compreender a língua portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão, não puderam participar indivíduos que apresentassem qualquer inflamação ou infecção local, neoplasias ou comorbidades não tratadas previamente, indicação de prótese óculo-palpebral, além de outras condições que pudessem comprometer o tratamento, tais como: alcoolismo, doenças que poderiam necessitar de hospitalização frequente, função cognitiva prejudicada e impossibilidade de comparecer às consultas de retorno para avaliação.

Para participar do estudo os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da FORP-USP (CAAE: 71783917.6.0000.5419).

4.3 Desfechos

4.3.1 Coleta de dados sociodemográficos

Foram coletadas informações sociodemográficas dos participantes e informações quanto à saúde geral e da história da perda ocular (causa, tipo de intervenção cirúrgica ou tratamento e tempo de perda da visão), bem como exame clínico para avaliação da saúde dos tecidos, por meio de uma Ficha de Anamnese completa (Formulário 1, APÊNDICE A). A Ficha de Anamnese foi adaptada com a inclusão de 5 quadros de avaliação (situação econômica da família, número de membros residentes da família, escolaridade dos membros, habitação e ocupação dos membros) para conter informações para a classificação socioeconômica dos participantes, de acordo com Graciano et al. (2010) (ANEXO B). Para cada alternativa assinalada foi atribuído um escore que foi somado ao final, classificando a condição socioeconômica em baixa inferior, baixa superior, média inferior, média, média superior e alta.

4.3.2 Avaliação do comportamento dos indivíduos anoftálmicos em relação a motivação para procurar pelo tratamento.

Esta análise foi realizada por meio de uma avaliação qualitativa do comportamento dos participantes. Foram formuladas 20 afirmativas (Formulário 2, APÊNDICE B) e para cada uma delas, havia a possibilidade de 5 respostas de acordo com uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos (discordo totalmente = 1, discordo parcialmente = 2, neutro = 3, concordo parcialmente = 4 e concordo totalmente = 5). O entrevistador conduziu a entrevista de forma dialogada, com os participantes sendo encorajados a se expressarem espontaneamente. As afirmativas foram formuladas com base no trabalho de Vieira et al. (2016) e adaptadas para às condições do paciente anoftálmico. Cada entrevista foi registrada (gravada), transcrita e analisada. A entrevista foi semiestruturada com categorias para cada componente da Teoria do Comportamento Planejado

(Azjen, 1991). Para a atitude relacionada ao comportamento foram selecionadas categorias que abordavam as percepções do paciente quanto aos benefícios do tratamento bem como as consequências de não o realizar, experiências prévias, acolhimento e relacionamento com a equipe e com os profissionais (afirmativas 3, 8, 9, 10, 13, 15, 17 e 20). As normas subjetivas foram compostas com categorias relacionadas a opiniões de terceiros sobre a condição ocular do paciente, bem como a indicação do especialista para o tratamento e de propagandas sobre o tratamento (afirmativas 2, 5, 7, 11, 16, 18). Por fim, o controle comportamental percebido foi categorizado com itens que abordavam a disponibilidade financeira e de tempo para a realização do tratamento, a percepção pessoal da necessidade da prótese e acessibilidade ao tratamento (disponibilidade no serviço público e facilidade de chegar ao local - afirmativas 1, 4, 6, 12, 14, 19).

4.3.3 Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36)

Para avaliação da qualidade de vida, os participantes responderam ao formulário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* – ANEXO C) validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al. (1999). O instrumento foi aplicado em uma entrevista face-a-face pelo mesmo operador na consulta inicial (*Baseline)* e após três e seis meses da reabilitação da cavidade anoftálmica com prótese ocular. O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens que avaliam tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como aspectos positivos (bem-estar), englobados em 8 escalas: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores que variam entre 0 e 100, no qual o zero (0) corresponde ao pior cenário e o 100, ao melhor.

4.3.4 Avaliação do Estresse Percebido (Escala PSS-10)

Para avaliar o nível de estresse dos participantes antes e após três e seis meses da reabilitação com a prótese ocular, foi empregada a Escala de Estresse Percebido (PSS-10; ANEXO D) de acordo com Cohen et al. (1983) e validada por Reis et al. (2010). A Escala possui questões com conotações positivas e negativas. A aplicação da escala foi realizada por um único pesquisador em todos os períodos de avaliação. Para quantificação do estresse, foi realizada a soma das pontuações, sendo que as pontuações das questões negativas foram somadas diretamente e as positivas foram somadas de forma inversa (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0). Ao final, foi obtido um escore, que podia variar de 0 a 40, sendo que os valores mais altos indicariam maior estresse.

Coletados os dados sociodemográficos e história da anoftalmia, do comportamento, da qualidade de vida e percepção do estresse, a cavidade anoftálmica e o olho remanescente foram avaliados clinicamente, seguindo critérios apresentados no Formulário 1. Em seguida, iniciou-se a confecção das próteses.

4.3.5 Confecção da Prótese Ocular

As próteses foram confeccionadas por profissional experiente, utilizando-se de técnica estabelecida na literatura (Rezende, 1997; Cevik et al., 2012; Jain; Jain, 2016; Chinnery et al., 2017; Pathak et al., 2017) com algumas modificações segundo a técnica utilizada na Disciplina de Reabilitação Protética do Globo Ocular da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. As orientações quanto ao uso e cuidados com a prótese foram transmitidas verbalmente e por escrito (APÊNDICE C).

4.3.6 Avaliação das dificuldades encontradas e da saúde dos tecidos após a instalação da prótese ocular

Após a instalação das próteses e orientações, os participantes foram agendados para consultas em 24 e 72 horas, 07 e 15 dias, 03 e 06 meses. Nas

visitas de 7 dias, três e seis meses os participantes responderam a um questionário sobre as dificuldades encontradas (Formulário 3; APÊNDICE D), bem como foram encorajados a relatar qualquer situação que não tivesse sido abordada no questionário. A avaliação da cavidade anoftálmica se deu por meio do exame clínico, o qual contemplou as informações contidas no Formulário 3. Para comparação da saúde dos tecidos nos diferentes períodos de avaliação (*Baseline*, 07 dias, 03 meses e 06 meses), cinco características clínicas foram consideradas, às quais foram atribuídos escores de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Escores para Avaliação Clínica da Saúde dos Tecidos

Características	**Escores**		
1. Hiperemia	Não = 0	Sim = 1	
2. Edema das Pálpebras	Ausente = 0	Presente = 1	
3. Secreção	Ausente = 0	Presente = 1	Excessivo = 2
4. Empastamento dos Cílios	Ausente = 0	Presente = 1	Excessivo = 2
5. Dor	No = 0	Sim = 1	

5. Análise dos Dados

5. Análise dos Dados

A análise dos fatores relacionados com o comportamento dos indivíduos anoftálmicos em relação ao tratamento com próteses oculares foi apresentada por meio porcentagem de respostas “concordo completamente” ou “discordo completamente” para cada uma das 20 afirmativas, bem como pela transcrição das entrevistas realizadas durante a entrevista semiestruturada.

Os resultados obtidos para qualidade de vida (SF-36), escala do estresse percebido (PSS-10) foram analisados por meio do Teste de Friedman e Stepwise e Step-down.

As dificuldades relatadas relevantes foram apresentadas de forma descritiva e exemplificadas pelos relatos dos participantes.

Para avaliação da cor da mucosa e dor, foi empregado o Teste de Q Cochran, comparando a porcentagem de indivíduos que apresentaram resposta positiva ou negativa para estas características. A comparação dos resultados de secreção e empastamento dos cílios foi realizada por meio do Teste de Friedman e Stepwise e Step-down .

As análises de correlação entre os dados foram realizadas com o Teste de Correlação de Pearson, entre qualidade de vida e características socioeconômicas; qualidade de vida e causa da anoftalmia; qualidade de vida e tipo de cirurgia.

Todas as análises estatísticas foram conduzidas com nível de significância de 5% com auxílio do software estatístico SPSS 21. (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

6. Resultados

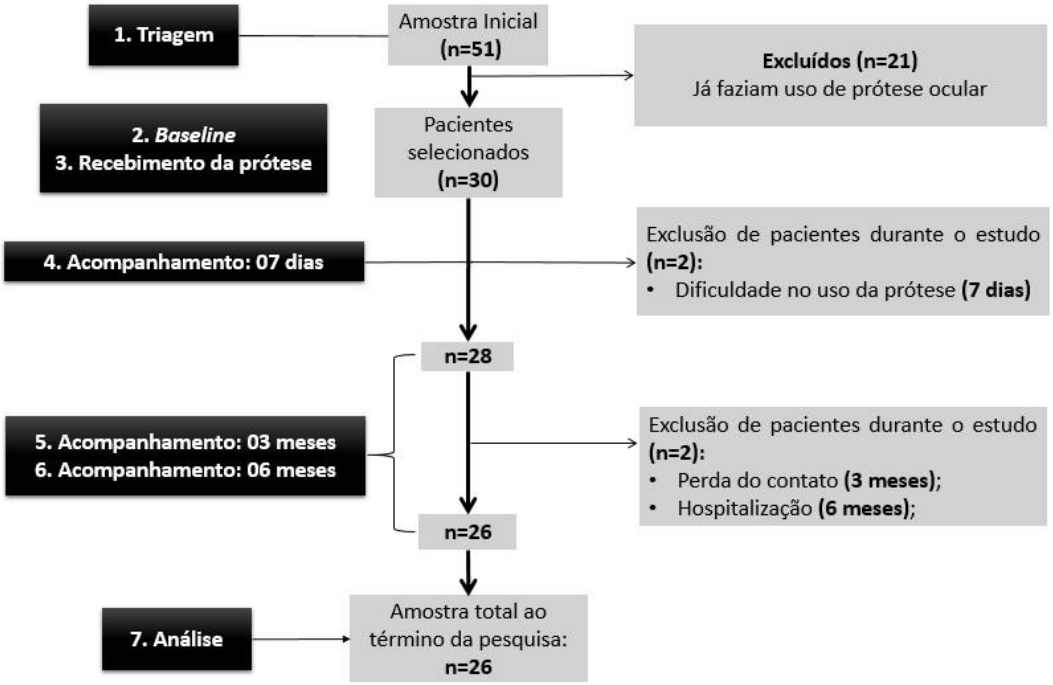
6. Resultados

6.1 Amostra

Para a seleção da amostra foram avaliados 51 indivíduos, dos quais 21 não atendiam aos critérios de elegibilidade por já fazerem uso de prótese ocular. Ao final, 30 indivíduos atenderam aos critérios necessários e, posteriormente à compreensão do protocolo proposto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deu-se início ao estudo. Ao longo do período experimental, houve perda de quatro participantes em decorrência de dificuldade com o uso da prótese (n=2), perda de contato com o paciente (n=1) na coleta de 3 meses e necessidade de hospitalização, que interferiu na coleta de dados de 6 meses (n=1).

A Figura 2 apresenta o fluxograma com a evolução da amostra durante todas as etapas do estudo.

Figura 2 - Fluxograma (Consort 2010)



6.2 Dados Sociodemográficos

Dos 26 participantes, a maior parte foi composta por indivíduos adultos na faixa etária de 30 a 59 anos de idade (53,84%), do sexo masculino (69,23%), casados (42,3%), de classe socioeconômica “Baixa Superior” (65,38%), oriundos de cidades da Região de Ribeirão Preto (73,07%). Em relação às condições oculares, 50% dos indivíduos eram eviscerados, 46,15% perderam o globo ocular devido a trauma e 42,30%. Em relação ao tempo da perda da visão, as maiores ocorrências foram encontradas na faixa de 3 meses a 5 anos (38,46%) e a mais de 20 anos (34,61%) (Tabela 2).

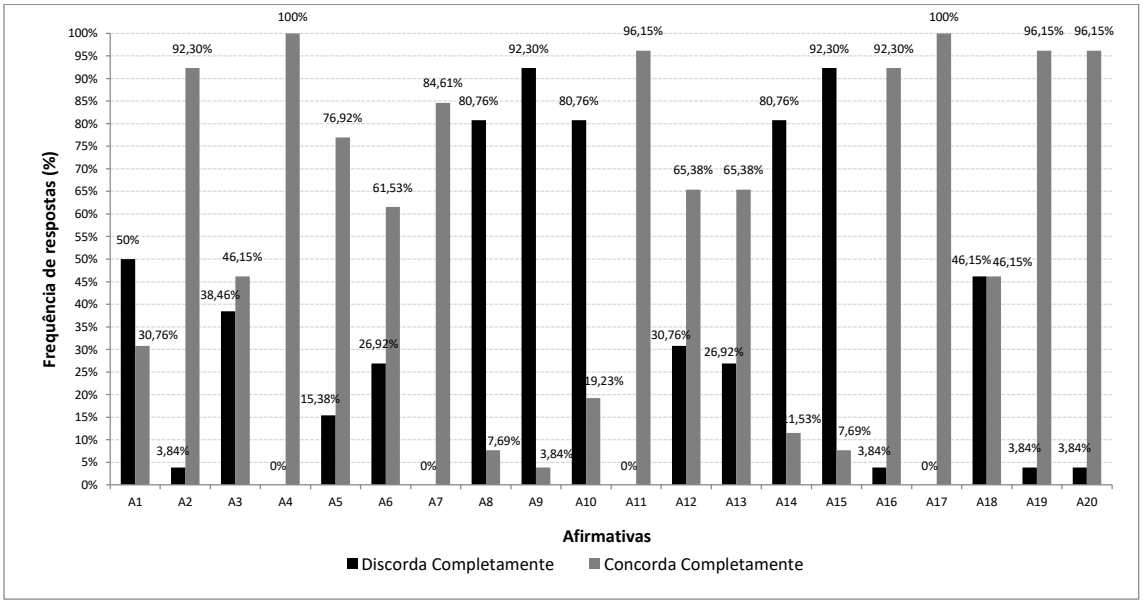
Tabela 2 - Dados sociodemográficos, causa da perda, tempo da perda e tipo de cirurgia realizada.

Variável	n	%	Variável	n	%
Gênero			**Causa da Perda**		
Feminino	8	30,76%	Congênita	3	11,53%
Masculino	18	69,23%	Traumática	12	46,15%
			Patológica	11	42,30%
Estado Civil			**Tempo de perda**		
Solteiro	9	34,61%	3 meses a 5 anos	10	38,46%
Casado	11	42,30%	6 a 10 anos	4	15,38%
Separado	0	0%	11 a 20	3	11,53%
Divorciado	3	11,53%	>20	9	34,61%
Viúvo	2	7,69%			
Amasiado	1	3,84%			
Class. Socioeconômica			**Cirurgia realizada**		
Baixa Inferior	7	26,90%	Não fez	2	7,69%
Baixa Superior	17	65,38%	Evisceração	13	50%
Média Inferior	2	7,69%	Enucleação	11	42,30%
Cidade de Origem			**Faixa Etária**		
Ribeirão Preto	6	23,70%	Jovens (18 a 29 anos)	3	11,53%
Região	19	73,07%	Adultos (30 a 59 anos)	14	53,84%
Outro Estado	1	3,84%	Idosos (+60)	9	34,61%

6.3 Avaliação do comportamento dos indivíduos anoftálmicos em relação a motivação para procurar pelo tratamento.

A Figura 3 apresenta a porcentagem de respostas “concordo completamente” ou “discordo completamente”, de acordo com a escala de *Likert* (APÊNDICE E) para cada afirmativa da entrevista (1 a 20), uma vez que estas foram as respostas mais frequentes entre os participantes.

Figura 3 - Porcentagem das respostas “concordo completamente” ou “discordo completamente” para cada uma das 20 afirmativas, durante a entrevista semiestruturada.



6.3.1 Atitudes em relação ao comportamento

A maior porcentagem de discordância ocorreu com as afirmações A8 (O medo do tratamento para confecção da prótese ocular faz com que eu adie a ida ao serviço), A9 (O medo da dor ou de que algo possa dar errado faz com que eu adie o tratamento para receber a prótese ocular), A10 (Não busco tratamento por causa da falta de bons profissionais e serviços no mercado) e A15 (Evito buscar tratamento para colocar uma prótese ocular por causa de minhas experiências anteriores).

A maioria dos participantes concordaram com as afirmativas A13 (Quando sinto que preciso de tratamento procuro o profissional ou o serviço o mais rápido possível), A17 (É essencial que eu tenha um bom relacionamento com o profissional

para iniciar um tratamento) e A20 (A expectativa dos benefícios do tratamento com prótese ocular me motiva a procurar pelo profissional ou serviço).

6.3.2 Norma Subjetiva

A maioria dos participantes concordaram com as afirmações A2 (Ter boas referências sobre a qualidade do tratamento de um profissional ou serviço me motiva a buscar tratamento), A5 (Quando um dentista ou médico me diz que preciso colocar uma prótese ocular eu procuro resolver este problema o mais rápido possível), A7 (Propagandas sobre as próteses oculares e os locais de atendimento me motivam a procurar o tratamento), A11 (Já ter recebido anteriormente um tratamento de qualidade do profissional me incentiva a retornar para tratamento) e A16 (É essencial ser bem acolhido pela equipe de atendentes e auxiliares para iniciar um tratamento).

Para a afirmativa A18 (A opinião de outras pessoas sobre os meus problemas oculares influencia na minha intenção de tratar), 46,15% dos participantes responderam que concordavam e a mesma porcentagem responderam que discordavam desta afirmativa.

6.3.3 Controle Comportamental Percebido

A maior porcentagem de discordância ocorreu com as afirmações A1 (o fato de ter plano de saúde aumenta minhas chances de conseguir uma prótese ocular) e A14 (Sinto que preciso de tratamento mas fico adiando por que não tenho tempo disponível).

A maioria dos participantes concordaram com as afirmações A4 (Quanto maior a facilidade de chegar ao local do tratamento, mais me sinto motivado a colocar uma prótese ocular), A6 (Gostaria de receber o tratamento com prótese ocular mas não tenho dinheiro para arcar com os custos), A12 (Gostaria de receber tratamento para colocar uma prótese ocular mas não tenho oportunidade) e A19 (A oferta e disponibilidade de tratamento no serviço público de saúde me motivam a buscar tratamento para confecção da prótese ocular).

6.4 Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36)

A tabela 3 apresenta a comparação dos postos médios dos escores obtidos pelo questionário de qualidade de vida SF-36 entre os tempos *Baseline*, 03 meses e 06 meses (APÊNDICE F). Os resultados indicaram que, dentre todas as categorias avaliadas, houve diferença significante para “Dor” e “Estado Geral”. A Dor apresentou uma melhora significante no período entre *Baseline* e três meses (p=0,0009); o Estado Geral melhorou de forma significativa entre três e seis meses de acompanhamento, bem como entre estes períodos e o *Baseline* (p=0,0052).

Tabela 3 - Comparação dos escores obtidos no questionário SF-36 entre *Baseline (B)*, três meses (3m) e seis meses (6m).

	Dor				Estado Geral			
	B	3m	6m	P	B	3m	6m	p
Posto Médio	1,67[a]	2,17[b]	2,15[b]	0,001*	1,60[a]	2,0[b]	2,40[c]	0,005*
1º quartil	58,5	100	100		50,25	52	62	
2º quartil	100	100	100		67	67	72	
3º quartil	100	100	100		72,75	78,25	80	
	Vitalidade				Aspectos sociais			
	B	3m	6m	P	B	3m	6m	p
Posto Médio	1,75	2,23	2,02	0,151**	1,96	2	2,04	0,819**
1º quartil	50	65	60		100	100	100	
2º quartil	60	80	72,5		100	100	100	
3º quartil	81,25	95	85		100	100	100	
	Limitação emocional				Saúde mental			
	B	3m	6m	P	B	3m	6m	P
Posto Médio	1,98	2	2,02	0,964**	1,73	2,19	2,08	0,173**
1º quartil	91,66	100	100		57	70	56	
2º quartil	100	100	100		82	84	84	
3º quartil	100	100	100		92	96	93	
	Capacidade física				Limitação funcional			
	B	3m	6m	P	B	3m	6m	P
Posto Médio	1,87	2,02	2,12	0,203**	1,96	1,94	2,10	0,422**
1º quartil	81,25	57,5	90		25	25	100	
2º quartil	100	100	100		100	100	100	
3º quartil	100	100	100		100	100	100	

*Teste de Friedman e Stepwise e Step-down; ** Teste de Friedman; Letras iguais indicam semelhança estatística.

6.5 Avaliação do Estresse Percebido (Escala PSS-10)

A tabela 4 apresenta a comparação dos postos médios dos escores obtidos pela Escala de estresse percebido PSS-10 (APÊNDICE G). Não houve diferença significante entre os três períodos avaliados (p=0,348).

Tabela 4 - Comparação dos escores obtidos no questionário PSS-10 entre *Baseline*, três meses e seis meses.

	Baseline	**3 meses**	**6 meses**	***P***
Posto médio	2,21	1,94	1,85	0,348*
1º quartil	4,00	5,00	2,00	
2º quartil	14,00	11,50	8,00	
3º quartil	15,25	15,50	20,25	

*Teste de Friedman

6.6 Avaliação das dificuldades encontradas e das características clínicas dos tecidos

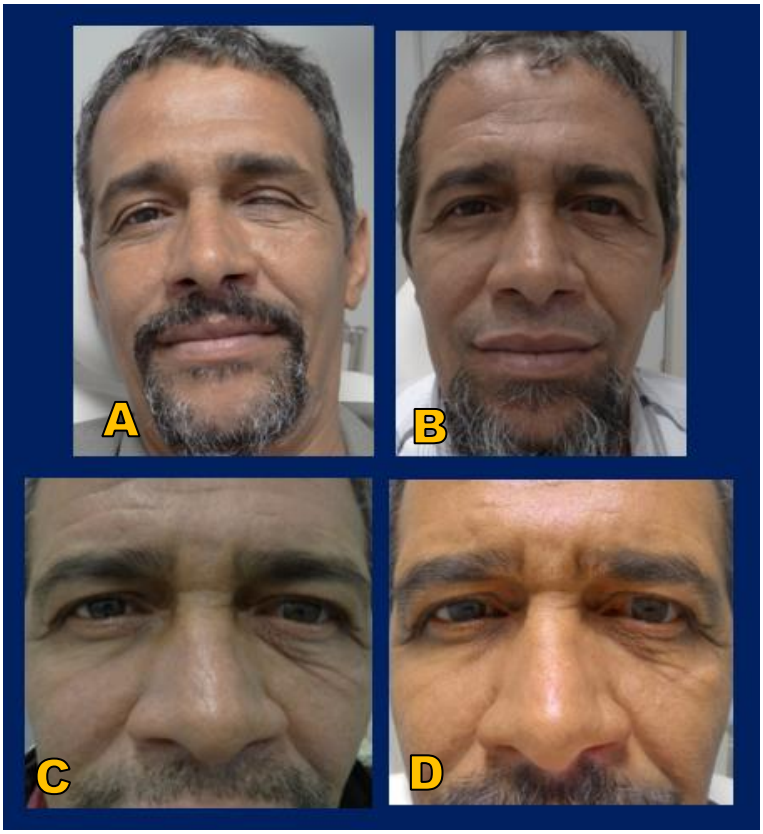
A maioria dos participantes (92,31%; n=24) relataram ficar satisfeitos com a adaptação e estética da prótese instalada e isto pode ser exemplificado por alguns dos relatos realizados - "Antes o pessoal me dava apelidos, como "caolho"... Agora não. A gente se sente até mais confiante. Realmente, aquele olho do jeito que estava me dava mais tristeza" - "Antes eu estava muito preocupada porque eu estava esperando a prótese, então eu estava deixando as coisas de lado....Depois que eu consegui esse olhinho eu tenho me sentido uma mulher poderosa" - "Pra mim minha vida mudou. Meu filho falou: Nossa mãe, a senhora está mais bonita! ... Agora ando na rua, vou em festa... Estou gostando demais" - "Ah, melhorou minha autoestima... Agora tiro foto, faço tudo! Mudou tudo... Antes eu tinha medo de olhar para os outros, agora é de boa, sem medo!" - "Me senti menos observada pela minha condição". As Figuras 4, 5, 6, e 7 ilustram casos antes e após a instalação da prótese ocular e a Figura 8 ilustra o acompanhamento estético da prótese com intervenção aos 06 meses para realização de ajuste.

Dos 26 participantes, 7,7% (n=2) não ficaram completamente satisfeitos. Um paciente relatou - “Estou achando que a prótese está muito grande” - embora tenham sido realizados todos os ajustes possíveis tecnicamente para dar melhor conformidade ao dispositivo. O outro paciente relatou - “... não estou completamente satisfeito com o contorno da pálpebra superior”.

Figura 4 – Paciente anoftálmico antes (A) e após a reabilitação – 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D).

Fonte: Própria

Figura 5 – Paciente anoftálmico antes (A) e após a reabilitação – 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D).



Fonte: Própria

Figura 6 – Paciente anoftálmico antes (A) e após a reabilitação em 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D).

Fonte: Própria

Figura 7 - Paciente anoftálmico antes (A) e após a reabilitação – 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D).

Fonte: Própria

Figura 8 – Paciente anoftálmico após a reabilitação em 7 dias (A), 03 meses (B) e 06 meses (C) e após o novo ajuste da prótese (D).

Fonte: Própria

Dentre as dificuldades encontradas foram relatadas, dificuldade de dormir sem a prótese, coceira, secreção, movimentação inadequada, bem como dúvida em relação ao uso durante atividades de rotina - "Não dói/coça, mas parece que fico com o olho cansado durante o dia, então quando chego em casa tiro a prótese..." - “Às vezes a prótese gira no olho (acompanhamento de 03 meses)” - "Fico estressado porque fica saindo remela" (acompanhamento de 03 meses) - "Se eu não durmo com a prótese, o olho fica colado no dia seguinte" (acompanhamento de 03 meses) - "Tem muita secreção, então eu estou usando a prótese só quando saio de casa. Quando estou dentro de casa fico sem, para o olho descansar" (acompanhamento de 03 meses) - "Só não sabia se podia nadar com a prótese, pois faço aula de natação... Fiquei com medo de perder, aí não usei" (apenas um participante).

A Tabela 5 apresenta as porcentagens dos indivíduos com as dificuldades relevantes relatas ao longo do período experimental.

Tabela 5 - Porcentagem (%) de indivíduos que relataram dificuldade de dormir sem a prótese, coceira ou que precisaram de ajustes nas próteses no período de 07 dias, 03 meses e 06 meses.

Dificuldades	**7 dias (%)**		**3 meses (%)**		**6 meses (%)**	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Dormir sem a prótese	24,0	76,0	47,0	53,0	47,0	53,0
Necessidade de ajustes	8,0	92	20,0	80,0	24,0	76,0
Coceira	12,0	88,0	16,0	84,0	4,0	96,0

Com relação às características clínicas observadas por meio do exame da cavidade, o teste estatístico não indicou diferença significante na porcentagem entre indivíduos com mucosa normal ou com hiperemia nos períodos avaliados (p=0,175; Tabela 6; Figura 9); houve uma porcentagem de indivíduos com queixa significante de dor aos 7 dias após a instalação da prótese, a qual deixou de ser relatada nos demais períodos (p=0,007, Tabela 6). Apenas um paciente no acompanhamento de 07 dias apresentou edema de pálpebras, o qual regrediu nos outros acompanhamentos, por isso este dado não entrou na análise estatística.

Tabela 6 - Porcentagem de indivíduos com mucosa normal ou hiperêmica e com dor nos períodos analisados.

Características clínicas	*Baseline*		7 dias		3 meses		6 meses		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	p*
Hiperemia	26%	74%	19%	81%	3%	97%	19%	81%	0,175
Dor	0%	100%	84%	16%	0%	100%	0%	100%	0,007

*Teste Q Cochran; p<0,05

Houve aumento significante da secreção após a instalação da prótese, nos períodos de 7 dias e 3 meses. Aos 6 meses, houve uma discreta redução da secreção com valores intermediários entre o *Baseline* e 7 dias e 3 meses (p<0,0001,

Tabela 7); não houve diferença significante para o empastamento dos cílios para todos os períodos avaliados (p=0,062, Tabela 7; Figura 9).

Tabela 7 - Comparação da Avaliação Clínica da Cavidade Anoftálmica entre *Baseline* (B), 7 dias (7d), 03 meses (3m) e 06 meses (6m).

	Secreção				**Empastamento**			
	B	**7d**	**3m**	**6m**	**B**	**7d**	**3m**	**6m**
Posto médio	1,67[a]	2,73[b]	3,02[b]	2,58[ab]	2,17	2,54	2,63	2,65
1º quartil	0	0,75	1	1	0	0	0	0
2º quartil	0	1	1	1	0	0	0	0
3º quartil	1	2	2	1	0	1	1	1
p*	<0,0001				0,062			

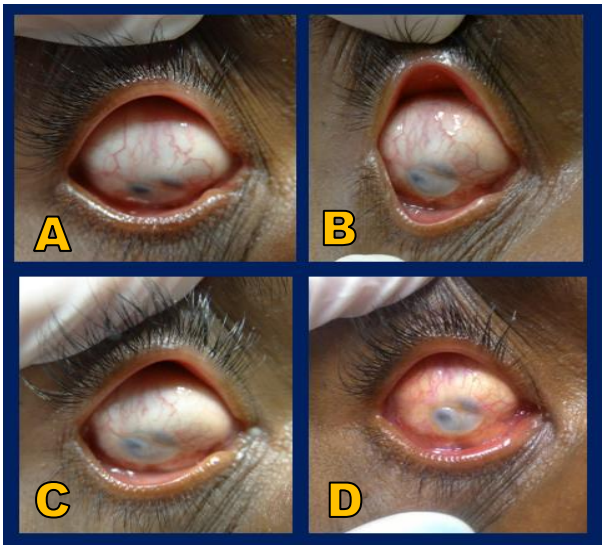
*Teste de Friedman e Stepwise e Step-down; p<0,05; letras iguais indicam semelhança estatística.

As Figuras 9, 10, 11 e 12 apresentam imagens de cavidades anoftálmicas no *Baseline* (A), 7 dias após a instalação da prótese (B), 03 (C) e 06 meses (D) após a instalação da prótese. Na figura 9, pode-se verificar a presença de mucosa hiperêmica no Baseline e melhora da hiperemia os 07 dias e 03 meses, além da presença de secreção abundante e empastamento dos cílios em todos os períodos. Já as Figura 10, 11 e 12 não evidenciam alteração de cor da mucosa ao longo do período.

Figura 9 – Cavidade Anoftálmica no *Baseline* (A), após 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D) de instalação da prótese.

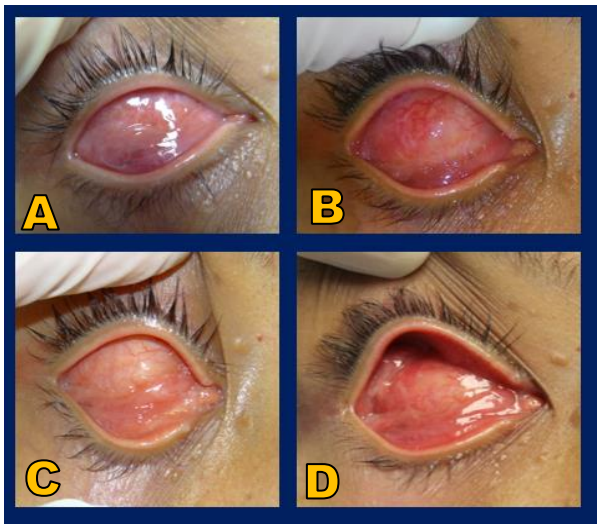
Fonte: Própria

Figura 10 – Cavidade Anoftálmica no *Baseline* (A), após 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D) de instalação da prótese.



Fonte: Própria

Figura 11 – Cavidade Anoftálmica no *Baseline* (A), após 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D) de instalação da prótese



Fonte: Própria

Figura 12 – Cavidade Anoftálmica no *Baseline* (A), após 7 dias (B), 03 meses (C) e 06 meses (D) de instalação da prótese.

Fonte: Própria

6.7 Correlação das Variáveis

Os escores obtidos em cada categoria da qualidade de vida ao longo dos seis meses foram correlacionados com a classificação socioeconômica de cada um dos participantes. A "Limitação Física" no *Baseline* (ρ=0,423; p=0,031) e o "Estado Geral de Saúde" nos três meses (ρ=0,494; p=0,010) apresentaram fraca correlação com a condição socioeconômica, sendo que quanto melhor a condição socioeconômica, menor a limitação física e melhor o Estado geral de saúde.

O resultado da correlação entre qualidade de vida e causa da anoftalmia indicou fraca correlação entre Limitação Física e causa aos seis meses (ρ=-0,471; p=0,015); houve menor limitação física nos participantes que sofreram trauma e maior limitação nos participantes com perda por patologia.

A correlação entre a qualidade de vida e a cirurgia realizada, demonstrou correlação significante apenas para a categoria "Estado Geral" no *Baseline* (ρ=-0,432; p=0,027), indicando um melhor "Estado geral" para os participantes que fizeram enucleação.

7. Discussão

7 Discussão

Dentre as alterações que a amputação do globo ocular pode provocar estão dor, acúmulo de secreção devido à deficiência na drenagem lacrimal, colapso das pálpebras, perda da tonicidade muscular e desfiguração facial (Chalian et al., 1972). Estas alterações podem representar uma barreira para os indivíduos durante o convívio em sociedade, pois muitos sentem vergonha e necessidade de esconder a sua condição (Pine et al., 2011; Goiato et al., 2013; Pine et al., 2017) e, em casos mais severos, podem até apresentar antrofobia (Ahn et al., 2010).

Portanto, a perda ocular representa um impacto negativo no funcionamento psicossocial, uma vez que a reclusão social e a insegurança relacionada à condição podem ocasionar em instabilidade emocional (Ahn,et al., 2010). Estudos transversais apontam que indivíduos anoftálmicos apresentam altos níveis de estresse, ansiedade e depressão quando comparados com pessoas saudáveis (Clarke et al., 2003; Ahn et al., 2010; Rasmussen et al., 2012; McBain et al., 2014; Hope-Stone et al., 2016). Tais condições refletem na forma como o indivíduo lida com as situações do dia-a-dia e, portanto, a qualidade de vida também pode ser afetada (Ahn et al., 2010; Rasmussen, 2010).

A reabilitação protética do globo ocular visa o restabelecimento estético e funcional da cavidade anoftálmica e ela tem se mostrado como uma forma de auxiliar o indivíduo no enfrentamento de sua condição, permitindo que o mesmo possa reestabelecer suas atividades em sociedade (Clarke et al., 2003; Fernandes et al., 2009). Um estudo realizado com pacientes usuários de prótese ocular demonstrou que, quando comparados com pacientes que não fazem o uso do dispositivo, apresentaram melhor qualidade de vida e baixos níveis de estresse e ansiedade (Erogul et al., 2017). Porém, as pesquisas encontradas na área de prótese ocular que analisam a qualidade de vida e o estresse, avaliaram estes pacientes já reabilitados e, portanto, não se sabe quais são os aspectos positivos e negativos que a reabilitação pode promover ao longo do período de adaptação (Chin et al., 2006; Rasmussen, 2010; Pine et al., 2011; Goiato et al., 2013; Ye et al., 2015; Chinnery et al., 2017; Hatamleh et al., 2017). Portanto, o presente estudo investigou as motivações dos pacientes pela busca do tratamento, o impacto da reabilitação na qualidade de vida e no estresse, as alterações promovidas na saúde dos tecidos da cavidade anoftálmica e as dificuldades encontradas após a reabilitação.

Assim, a discussão foi disposta em tópicos visando a compreensão da importância dos resultados de cada variável analisada bem como a relação das informações dos resultados com o que foi encontrado na literatura.

7.1 Dados Sociodemográficos

A amostra do presente estudo apresentou características semelhantes às amostras de outras pesquisas com indivíduos anoftálmicos. A condição de anoftalmia atingiu em sua maior parte o público adulto, com idade entre 30 e 59 anos (53,84%), do gênero masculino (69,23%), com perda ocular por trauma (46,15%), tendo sido submetidos à evisceração (50%) (Song; Oh; Baek, 2006; Pine et al., 2010; Modugno et al., 2013; Zang; Gao; Shen, 2015; Pine et al., 2015; Ye et al., 2015; Hope-Stone et al., 2016; Sobrinho et al., 2016). Embora a etiologia traumática tenha sido apresentada pela maioria dos indivíduos, as patologias também atingiram grande parte da amostra (42,30%). Com relação à procedência, verifica-se que 73,07% dos pacientes eram provenientes de cidades da região, o que indica a escassez de recursos humanos na especialidade, tanto no serviço público como privado, para realizar o atendimento da população anoftálmica.

Em uma análise retrospectiva com 8018 pacientes, Modugno et al. (2013) também observaram uma predominância de injúria ocular por trauma e um crescente número de pacientes com perda ocular por patologias, tanto por doenças de estágio final (ulceração na córnea e/ou perfurações, descolamento de retina, glaucoma, endoftalmite) como por tumores. Além disso, foi observado o aumento da incidência de tumores e queda da injúria traumática com o passar dos anos. De acordo com o autor, os resultados ressaltam a importância do registro das características clínicas e médicas do paciente anoftálmico como uma forma de compreender melhor como esta população se comporta e as modificações que elas sofrem ao longo dos anos, e a importância da implementação de medidas preventivas de lesões relacionadas ao trabalho (como por exemplo o reforço do uso de equipamentos de proteção durante as atividades) e do diagnóstico precoce de doenças oculares malignas, evitando assim a mortalidade destes pacientes. Alta incidência de etiologia traumática e patológica também foi observada por Zhang et al. (2015), Sengupta et al. (2012) e Eagle et al. (2013), onde as neoplasias foram as mais comuns das etiologias patológicas; já no estudo de Ibanga et al. (2013), realizado com indivíduos

do sul da Nigéria, foi relatado maior prevalência de perda ocular por infecções. Portanto, apesar das patologias serem a segunda causa mais frequente, aparentemente ainda podem apresentar diferenças regionais para o tipo de patologia.

No presente estudo, as informações foram coletadas durante a anamnese e em algumas situações houve dificuldade na obtenção precisa sobre a causa da anoftalmia. Como o atendimento de pacientes anoftálmicos, geralmente é realizado por equipe multidisciplinar (Saeed et al., 2005; Cabral et al., 2008; Wang et al., 2012), a dificuldade encontrada neste estudo ressalta a importância da integração de um banco de dados da história médica dos pacientes entre as instituições públicas responsáveis pelo tratamento médico oftalmológico ao reabilitador desses indivíduos, possibilitando que todos os profissionais envolvidos com o atendimento possam ter acesso às informações, favorecendo o melhor planejamento do tratamento e da reabilitação, bem como facilitando o levantamento de dados para pesquisas futuras.

De acordo com a classificação socioeconômica de Graciano et al. (2010) utilizada neste estudo, a maioria dos participantes foram classificados em nível socioeconômico “Baixo Superior”. Este resultado está de acordo com o que é encontrado na literatura, uma vez que a maioria dos estudos associa a deficiência visual com baixa renda familiar e também ao baixo nível de escolaridade (Saw et al., 2003; Cabral et al., 2008). Esta condição pode estar relacionada com a dificuldade de acesso ou opções suficientes para o tratamento de suas afecções oculares, bem como como falta de informação, culminando numa piora do quadro clínico e resultando na amputação do globo ocular. Este achado acontece em outras condições de perda, como as perdas dentárias, as quais também se relacionam com a baixa escolaridade e baixos níveis socioeconômicos. Segundo Narby et al. (2007), pessoas de baixo nível socioeconômico gastam menos dinheiro com o tratamento dentário do que pessoas com melhores condições socioeconômicas.

7.2 Comportamento dos indivíduos anoftálmicos em relação à motivação para procurar pelo tratamento

7.2.1 Atitudes em relação ao comportamento

O receio da piora da condição ocular caso a reabilitação não fosse feita (A3) demonstrou que a maioria dos participantes (46%) concordaram que a colocação da prótese iria impedir uma piora no quadro clínico. Apenas um paciente demonstrou não reconhecer a prótese como um dispositivo com objetivos funcionais, mas apenas como um meio de melhorar a estética. Isto ressalta a importância de se reforçar os benefícios funcionais da reabilitação protética do globo ocular em proteger a cavidade, conduzir as secreções para o ducto lacrimal e manter a mobilidade palpebral (Chalian et al., 1972). Estas orientações podem ser realizadas pelos profissionais que atendem estes indivíduos desde o início do problema ocular, motivando-os assim, a buscar a reabilitação protética logo que a cavidade se encontre em condições para ser reabilitada. Por outro lado, o medo e as experiências pregressas (A8, A9, A15), bem como a falta de profissionais e locais de atendimento disponíveis (A10), são fatores que não influenciaram negativamente na busca pelo tratamento, pois isto não foi motivo para não buscarem por melhorar suas condições estéticas e sociais. Talvez este fato possa ser entendido com as respostas das afirmativas A13, A17 e A20, as quais se relacionam com o tipo de atendimento que tiveram durante o tratamento do problema ocular; embora o tratamento do globo ocular possa ter causado sofrimento, o relacionamento com os profissionais envolvidos deu segurança para não desistirem da reabilitação - "Quando eu cheguei no HC (Hospital das Clínicas), deu úlcera na córnea, e dentro de três dias eu tive que fazer a cirurgia. Eu chorei muito [...] ; Mas eu fui tão bem tratada (no Hospital das Clínicas). Depois do tratamento eles também fizeram questionário comigo também, para eu relatar o que eu achei do tratamento". Este exemplo de relato demonstra como o vínculo entre o profissional e o paciente é significativo para a superação das dificuldades encontradas entre o diagnóstico da doença e a amputação ocular.

Ainda, fazendo um paralelo entre o presente estudo com estudos realizados com pacientes edêntulos, Guiney et al. (2014) e Vieira et al. (2016) ressaltam que a necessidade estética influencia na busca pelo tratamento protético, uma vez que pacientes com perdas dentárias na região anterior são mais dispostos a buscar o

tratamento do que pacientes com perdas posteriores. Analisando o público alvo da pesquisa, a amputação ocular representa uma interferência estética importante devido à posição da perda, que pode ser facilmente visualizada e mais difícil de ser disfarçada. Portanto, a estética facial destes pacientes pode facilmente ser um fator influenciador na busca pelo tratamento.

7.2.2 Norma Subjetiva

Quanto à influência de propagandas e divulgação da possibilidade de reabilitação protética ocular (A2 e A7), a maioria dos entrevistados (84,61%) indicaram que a correta informação pode motivá-los a buscar pelo tratamento. Em muitas situações, as informações chegam aos interessados por meio de pessoas comuns, as quais, nem sempre, transmitem corretamente a importância e os benefícios da reabilitação. Além disso, experiências pessoais negativas de uma pessoa podem influenciar a tomada de decisão de outra. Em outra questão (A5), 76,92% relataram que procuraram pelo tratamento reabilitador por recomendação médica, indicando que o profissional pode influenciar a busca do tratamento pelo paciente. Assim, a divulgação correta sobre o tratamento por profissionais bem preparados em unidades básicas de saúde e hospitais, ou por meio de mídias de divulgação com fontes confiáveis parece ser essencial na motivação dos indivíduos para buscar pelo atendimento.

Quanto à opinião de terceiros na busca pelo tratamento (A18), 50% disseram que a decisão de tratar foi tomada com base em suas próprias necessidades; 50% dos participantes afirmaram ter buscado pelo tratamento devido à opinião de outras pessoas, e os relatos evidenciam que muitos se sentem incomodados pelo fato de serem observados em ambientes públicos pela sua condição, principalmente por crianças. Este fato demonstra que a reabilitação protética do globo ocular pode auxiliar no enfrentamento de situações sociais, disfarçando a condição de anoftalmia, evitando o constrangimento do indivíduo quando em público e, portanto, fornecer maior confiança para realizar suas atividades sociais. Isto pode ser observado pelos relatos dos pacientes após a reabilitação com a prótese ocular - "Depois que eu consegui este olhinho eu tenho me sentido uma mulher poderosa" e “Pra mim, minha vida mudou. Meu filho falou: Nossa mãe, a senhora está mais bonita! Agora ando na rua, vou em festa, estou gostando demais!". Por outro lado, a vontade própria em receber a prótese é importante para ajudar o indivíduo a superar

a fase de adaptação. Quando o indivíduo é indiferente ao tratamento, as dificuldades com a manutenção da prótese, secreção e possível desconforto inicial podem ser obstáculos ao uso da mesma.

7.2.3 Controle Comportamental Percebido

Quando questionados se o plano de saúde facilitaria a obtenção de uma prótese ocular, muitos discordaram (50%) e alguns demonstraram pouco conhecimento acerca da disponibilidade do tratamento por esta via. Este fato pode explicar o motivo pelo qual o sistema público de saúde é a primeira escolha para a busca pelo tratamento. Os participantes demonstraram uma maior afinidade pelo serviço público (A19; 96,15%), devido à dificuldade financeira, facilidade de acesso e forma como foram encaminhados.

Em relação ao fornecimento da reabilitação protética do globo ocular por planos privados de saúde, a própria legislação brasileira por meio da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no Artigo 10, inciso VII, isenta as operadoras da obrigatoriedade no fornecimento de próteses, órteses e acessórios não implantáveis, como é o caso da prótese ocular e de outras próteses buco-maxilo-faciais (Portal da Câmara dos Deputados). Portanto, o acesso à esta reabilitação fica restrito. Em uma breve pesquisa na base de dados do Google, foi encontrado até o momento, apenas um plano privado (Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário Federal de Alagoas) oferece a prótese ocular por ser conveniado com uma clínica terceirizada. Embora haja o serviço, o convênio não cobre totalmente os custos do tratamento (Sindjus, Alagoas).

As respostas obtidas pelo questionário semiestruturado apontam que a grande parte dos pacientes relatou apresentar dificuldades em obter o tratamento protético por falta de recursos financeiros (A6, 61,53%) ou oportunidades (A12, 65,38%) para arcar com o tratamento.

Em relação à proximidade do local de atendimento (A4), todos os pacientes concordaram que a proximidade ao local motivaria muito mais a realizar o tratamento. Os dados sociodemográficos apontaram que 73,07% dos pacientes eram procedentes de cidades da região de Ribeirão Preto, indicando ausência de recursos humanos, tanto no serviço público como privado, para realizar o tratamento reabilitador. Apesar deste resultado, o tratamento não foi abandonado ou interrompido e, portanto, havendo a oportunidade, os indivíduos buscaram soluções para superar as dificuldades relacionadas com a distância.

7.3 Qualidade de Vida

A prótese ocular demonstrou um impacto positivo no enfrentamento da dor física aos 03 meses, e no estado geral de saúde em todos os períodos avaliados. A categoria “Dor” avalia os aspectos físicos decorrentes da sensação dolorosa física que limita o paciente a realizar as atividades diárias ou o trabalho (Questões 7 e 8 do SF-36). Embora esta seja uma avaliação mais relacionada à condição física e que, portanto, a mesma esteja sujeita às condições de saúde do paciente, é difícil apontar, com certeza, que a prótese ocular realmente desempenhou efeito positivo sobre a “Dor”. Porém, levanta-se a hipótese de que a reabilitação protética ocular, com seus benefícios estético e funcional, bem como a organização de uma nova rotina de cuidados com o uso da prótese, pode ter contribuído para que os indivíduos se sentissem mais dispostos para enfrentar a “Dor”. O mesmo pode-se dizer para o Estado Geral de Saúde.

A autoestima apresenta várias definições, e a mesma pode ser influenciada por fatores estéticos, experiências pessoais, opinião de terceiros, presença de doenças, deficiências ou até mesmo pela prática de atividades físicas (Vasiliu, 2015). Pessoas com autoestima positiva podem se sentir mais confiantes e mais encorajadas a enfrentar dificuldades e alcançar seus objetivos. De acordo com Kermode e MacLean (2001) as pessoas com autoestima positiva apresentam melhor qualidade de vida e que pessoas com alguma deficiência, demonstram baixa autoestima com menor qualidade de vida associada. Portanto, a reabilitação protética do globo ocular pode ter apresentado um impacto positivo na autoestima com consequente melhora no enfrentamento da “Dor” e melhora na “Saúde geral”. Ainda, no estudo realizado por Vasiliu (2015) a prática de exercícios físicos gera impacto positivo na autoestima e na qualidade de vida. No presente estudo, a autoestima e os hábitos de cuidados físicos não foram avaliados, porém pelas questões do domínio “Dor” e no “Estado geral de saúde”, podemos inferir que a condição anoftálmica influenciou sobre a prática de exercícios físicos, uma vez que a mesma impossibilitou estes indivíduos de realizarem suas atividades diárias ou do trabalho (questões 7 e 8 do SF-36). Os relatos dos pacientes após a instalação das próteses podem ser utilizados para respaldar a hipótese de melhora na autoestima, uma vez que alguns demonstraram-se mais confiantes e satisfeitos com a atual estética.

Apesar de a instalação da prótese não ter influenciado significativamente nas outras categorias avaliadas pelo SF-36, a análise dos resultados indica melhora no retorno de 03 meses se comparado ao *Baseline* e estabilidade dos valores aos 06 meses para todas as outras categorias (Vitalidade, Aspectos Sociais, Limitação Emocional e Saúde Mental) (Apêndice F). Uma hipótese para estes resultados pode ser baseada no fato de que, embora o questionário utilizado avalie questões sociais e emocionais do entrevistado, o mesmo se limita a questões objetivas, e assim, a expressão dos valores que realmente importam para o indivíduo pode ter sido minimizada. Kondo et al. (2013) também não encontraram diferença significante quando avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde (SF-12) e a qualidade de vida relacionada à visão (NEI VFQ) de pacientes enucleados, eviscerados e exenterados quando comparadas com uma população saudável (controle). Por outro lado, Ahn et al. (2010) encontraram que a qualidade de vida (SF-36), depressão e ansiedade (HADS) de indivíduos anoftálmicos da Coreia foi menor do que a qualidade de vida de indivíduos saudáveis, além de apresentarem altos níveis de ansiedade e depressão. As diferenças entre os resultados podem ser justificadas pelas diferenças sociais e culturais dos países das populações estudadas (Kondo et al., 2013). Rasmussen et al. (2012) também avaliaram a qualidade de vida de pacientes submetidos à amputação do globo ocular. Segundo seus resultados, a população estudada apresentou baixa qualidade de vida em todas as oito categorias do questionário SF-36, comparado com o grupo controle. No entanto, a população estudada teve outras causas de indicação de amputação ocular como: olho cego doloroso, neoplasias, trauma e desfiguração ocular. Embora estas causas não tenham apresentado diferença significante entre si para a qualidade de vida, a análise demonstrou valores que apontavam um grande impacto negativo do olho cego doloroso na qualidade de vida destes pacientes. Portanto, além das questões culturais e sociais, outro fator que pode afetar a qualidade de vida é a causa da indicação cirúrgica.

Com base neste apontamento, com o objetivo de verificar quais fatores sociais e clínicos poderiam estar relacionados com a qualidade de vida, o presente estudo realizou a correlação entre eles. Embora os resultados não tenham identificado fortes correlações entre as variáveis estudadas, alguns achados merecem ser destacados. Quando da correlação da Limitação Física com a

condição socioeconômica [ρ=0,423 (fraca correlação); p=0,031], foi verificado que, no *Baseline,* quanto melhor a condição socioeconômica, menor a limitação física, mas ao longo do tempo, após a instalação das próteses, esta característica passou a ser menos relevante. Com relação ao Estado Geral e a condição socioeconômica, os resultados indicaram uma fraca correlação entre estes dois fatores no retorno de 3 meses (ρ=0,429; p=0,010), demonstrando que quanto melhor a condição socioeconômica melhor o estado geral. Vagetti et al. (2013) avaliaram a percepção de idosas residentes de bairros de baixa renda quanto os domínios da qualidade de vida. A maioria apresentou percepção negativa da saúde sendo que os domínios físico, psicológico e meio ambiente foram os que apresentaram maior magnitude. Portanto, o fator socioeconômico pode influenciar na percepção do indivíduo em relação à sua saúde, e no presente estudo, para os participantes de baixa renda, esta percepção se manteve negativa ao longo dos 06 meses. Além disso, a correlação do estado geral com a condição socioeconômica indicou que para aqueles indivíduos de condições mais favoráveis, observou-se melhora no estado geral somente no acompanhamento de 03 meses. Pode-se inferir que estes pacientes podem ter sentido a diferença que a prótese ocular causou logo após sua instalação, deixando de ser tão significativa após um período maior (6 meses), quando a adaptação ao dispositivo protético já se apresentava melhor.

Também houve fraca correlação entre Limitação Física, após 6 meses, e a causa da anoftalmia (ρ=-0,471; p=0,031); os participantes que sofreram trauma apresentaram menor limitação física se comparado aos que perderam o olho por patologia. Resultados semelhantes foram encontrados por Rasmussen et al. (2012), que verificaram que indivíduos com mais de 45 anos de idade apresentaram maior impacto na categoria de limitação física; em relação à indicação cirúrgica, pacientes que tiveram a indicação da amputação ocular pela Síndrome do Olho Fantasma apresentaram um impacto negativo significante na categoria de dor física. Já Goiato et al. (2013) verificaram que pacientes que sofreram mutilação ocular em decorrência de patologia demonstraram maior enfrentamento psicossocial quando comparados com pacientes mutilados por trauma. Os resultados de correlação do presente estudo e os estudos citados demonstram a influência da indicação cirúrgica, bem como da faixa etária sobre os aspectos físicos destes pacientes,

influenciando na forma como eles lidam com suas atividades diárias (Questão 4 – Limitação Física; Questões 7 e 8 – Dor do SF-36).

Houve fraca correlação entre Estado geral no *Baseline* e o tipo de cirurgia (ρ=-0,432; p=0,027) onde observou-se melhor estado geral para os participantes que fizeram enucleação. Resultado semelhante foi encontrado por Rasmussen et al. (2012), uma vez que os pacientes eviscerados, em decorrência da síndrome do olho fantasma, apresentaram menor Saúde Mental quando comparados com pacientes enucleados, indicando que a intervenção cirúrgica pode afetar a qualidade de vida destes indivíduos. Como a correlação se apresentou apenas no *Baseline*, pode-se sugerir que a adaptação do paciente eviscerado ao uso da prótese ofereceu maior tranquilidade em relação à sua condição. Lucci et al. (2004) realizaram um estudo em pacientes com *Phthisis bulbi* unilateral, e foi observado uma diminuição na sensibilidade tátil da córnea após a colocação e uso da lente escleral cosmética. Neste caso, o paciente não realizou intervenção cirúrgica pois o globo ocular encontra-se atrofiado, mas já sem função visual. O mesmo pode ser considerado para a evisceração, pois embora seja realizada a intervenção para remoção do humor aquoso, o globo ocular ainda está presente, e pode apresentar ou parecer ter maior sensibilidade (Dortzbach; John; Woog, 1985; Bilyk, 2000; Gupta; Padmanabhan, 2012). Portanto, o uso da prótese ocular também pode ter promovido uma maior sensação de conforto ao longo do tempo.

7.4 Estresse Percebido

Inicialmente, com a melhora da autoestima, esperava-se que com a instalação da prótese os participantes apresentariam alterações nos índices de estresse, visto que a literatura apresenta vários estudos com pacientes anoftálmicos com índices de estresse e sentimentos negativos elevados (Clark et al., 2003; Ahn et al., 2010; Rasmussen, 2010; Rasmussen et al., 2012; Goiato et al., 2013; Ayanniyi, 2014; Ye et al., 2015). Entretanto, a análise do estresse percebido entre os participantes não indicou diferença significante entre os três momentos de avaliação, embora pode-se notar leve melhora nos escores do estresse da presente amostra durante os acompanhamentos de três e seis meses quando comparados ao *Baseline*. Esta diferença entre os resultados pode ser devido às amostras comparadas nos diferentes estudos, as quais incluem comparações entre indivíduos

anoftálmicos com indivíduos com olhos saudáveis, indivíduos com perda ocular por diferentes etiologias e por serem estudos retrospectivos. Segundo Kondo et al. (2013) e Hope-Stone et al. (2016) a etiologia da anoftalmia pode interferir na aceitação e enfrentamento dos problemas.

Por outro lado, os resultados encontrados no presente estudo podem ser explicados pelas conclusões de Amaro et al. (2010) e Pine et al. (2017). Segundo Amaro et al., o pior momento para o paciente é o período de 3 meses após a cirurgia, quando parecem estar mais frágeis e com dificuldades de adaptação, ansiedade e depressão. Um ano após a cirurgia, os indivíduos parecem estar mais estruturados e com uma qualidade de vida mais equilibrada. Segundo Pine et al. (2017), com o passar do tempo após a anoftalmia, os sentimentos negativos diminuem e os sentimentos positivos aumentam indicando a ocorrência de adaptação ao longo do tempo. Apesar disso, os autores recomendam o acompanhamento psicológico para o suporte aos pacientes nos estágios iniciais seguidos da perda dos olhos. A maioria dos participantes do presente estudo apresentavam-se anoftálmicos a mais de 5 anos, sem nunca terem utilizado uma prótese ocular. Assim, pode-se inferir que eles já estivessem, realmente adaptados a condição.

Cabe salientar que, a Escala de Estresse Percebido (PSS-10) também utilizada por Rasmussen (2010), Rasmussen et al. (2012) e Ye et al. (2015) foi selecionada por ser de fácil aplicação e possível de ser utilizada por qualquer profissional da saúde. Porém, o questionário é um instrumento com perguntas padronizadas e suas respostas podem não condizer com sentimentos realmente importantes para o indivíduo, não refletindo a percepção dos benefícios da reabilitação protética para o auxílio no enfrentamento do estresse e de outras dificuldades psicossociais vivenciadas. Assim, estudos qualitativos longitudinais com longos períodos de acampamento, com a expressão espontânea dos participantes sobre seus sentimentos e percepção dos benefícios da reabilitação protética sobre o enfrentamento das condições sociais, emocionais e hábitos, podem ser realizados para uma melhor exploração do estresse.

7.5 Avaliação das dificuldades encontradas e das características clínicas dos tecidos

A reabilitação protética do globo ocular requer um período de adaptação dos tecidos da cavidade ao dispositivo. Além disso, o alcance estético pode encontrar-se limitado às condições anatômicas e de perdas estruturais. Dentro das preocupações mais frequentes dos indivíduos reabilitados com prótese ocular, estão a aparência e semelhança da prótese com o olho remanescente, a perda e deformação da face e a secreção (Pine et al., 2011; Pine et al., 2017).

No presente estudo, a maioria dos participantes (92,3%) demonstraram satisfação com a prótese ocular; dois pacientes (7,7%) apresentaram queixa relacionada à estética quando comparada ao olho remanescente. Esta é uma das queixas comumente relatadas na literatura (Pine et al., 2011; Pine et al., 2017). Porém, a avaliação técnica indica que as limitações estéticas destas próteses estavam relacionadas às alterações estruturais da cavidade como hipotonicidade de pálpebra e qualidade e disposição do bulbo ocular. Apesar da manutenção do bulbo ocular representar uma vantagem para a reabilitação protética, uma vez que permite maior mobilidade da prótese, suporte das pálpebras (Bilyk, 2000; Gupta; Padmanabhan, 2012) e, consequentemente mais naturalidade para a reabilitação, em um dos casos deste estudo, ele se apresentou como uma característica desvantajosa para o aspecto estético. Mesmo com a presença de espaço para a inserção da prótese, a reabilitação ficou com excesso de volume quando comparada com o olho remanescente. Uma vez que a técnica utilizada na confecção da prótese emprega a calota acrílica para reposição da íris e a caracterização indireta, o que requer um espaço mínimo, a diminuição do volume foi limitada (Rezende, 1997; Chalian, 1972). Para o outro caso, a insatisfação foi relacionada ao preenchimento da cavidade e sustentação das pálpebras. Este paciente, especificamente, foi submetido à enucleação em decorrência de um tumor coróide, com consequente perda estrutural que dificultou a acomodação da prótese na cavidade e o restabelecimento estético adequado, demonstrando que a etiologia e tipo de procedimento cirúrgico podem estar atreladas ao prognóstico da reabilitação. Portanto, a reabilitação protética pode, por vezes, exigir um complemento como a intervenção cirúrgica e/ou o preenchimento com biomateriais (Rasmussen 2010;

Rasmussen et al., 2012; Baino et al., 2014; Rokohl et al., 2018) além de sessões de fisioterapia para o fortalecimento da musculatura.

Um outro desconforto relatado por alguns participantes do presente estudo foi a coceira e a presença de secreção. A secreção é uma queixa frequente de pacientes usuários de prótese ocular, e costuma permanecer por longos períodos (Song et al., 2006; Pine et al., 2011; Pine et al., 2012). De acordo com Pine, Sloan e Jacobs (2013)a, a adaptação da cavidade às novas próteses ocorre em três fases: período inicial de adaptação à prótese nova (ou prótese recém-polida) quando a homeostase está sendo estabelecida (ou restabelecida) dentro da cavidade; segundo período (fase de equilíbrio), onde a prótese está em equilíbrio com a cavidade, livre de perturbações; terceiro período (fase de degradação) em que há uma probabilidade crescente de danos por uso contínuo da prótese; estas fases podem estar associadas à produção de secreção mucóide em função do tempo de uso e isto pode ser uma condição que afeta a qualidade de vida das pessoas que perderam o olho. Com base na literatura, o autor relata que as causas específicas da secreção mucóide, como infecções e alérgenos ambientais, são bem compreendidas, mas as causas não específicas são desconhecidas.

Ainda, alguns estudos indicam que a secreção ser ocasionada por pequenas fraturas ou espículas na superfície externa da prótese, bem como pela liberação de monômero residual (Dogan et al., 1995; Koutis; Freeman, 2001; Lygre, 2002; Oliveira et al., 2014; Da Silva et al., 2016; Litwin et al., 2018). Embora todas as próteses tenham sido processadas segundo um protocolo específico, para os casos que relataram coceira e excesso de secreção foram feitos novos polimentos e o armazenamento da prótese na água em estufa com temperatura controlada para eliminação do monômero. Estes procedimentos resultaram em melhora dos sintomas após a reinstalação da prótese, indicando que alguns indivíduos podem apresentar mais sensibilidade ao monômero residual, necessitando assim, de cuidados adicionais pré e pós-instalação.

Clinicamente foi verificado um aumento significante da secreção entre *Baseline/*7 dias e *Baseline/*03 meses, e uma queda do valor aos 06 meses. O empastamento dos cílios apresentou aumento significante entre *Baseline* e 07 dias, e permaneceu constante ao longo dos 06 meses. Estas duas características clínicas estão inter-relacionadas, pois o empastamento ocorre devido à presença de

secreção. Os resultados do presente estudo corroboram com a literatura (Song et al., 2006; Pine et al., 2011; Pine et al., 2012) e, em função da secreção, os pacientes apresentaram dificuldades em seguir as orientações prescritas após a instalação das próteses. As orientações fornecidas aos participantes era para que eles retirassem a prótese para limpeza com água corrente e sabão neutro uma vez ao dia e que dormissem sem a prótese (Evelin, 2019), visando com isso, diminuir a secreção e permitir a vascularização da cavidade. Porém, ao contrário do que era esperado, 53% dos participantes descumpriram a recomendação de dormir sem a prótese, justificando que, sem a prótese, havia maior acúmulo de secreção na cavidade prejudicando a abertura das pálpebras ao amanhecer. Com o uso noturno da prótese, estes pacientes demonstraram se sentir menos desconfortáveis com o empastamento matinal. Estes relatos demonstram a dificuldade em estabelecer um protocolo que atenda as mais diversas respostas fisiológicas e a literatura é escassa e contraditória em relação às orientações aos pacientes (Parr; Goldman; Rahn, 1983; Song et al., 2006; Raizad; Rani, 2007; Pine et al., 2011; Pine et al., 2012; Pine et al., 2013a; Cafiero-Chin et al. 2015; Mourits et al., 2017; Rokonl et al., 2018).

Após a instalação da prótese esperava-se um aumento na hiperemia dos tecidos e presença de dor, com melhora destes sinais ao longo do tempo, visto que há necessidade de acomodação dos tecidos no período inicial (Pine et al., 2013a). Os resultados estatísticos demonstraram que não houve diferença significante para a cor da mucosa, embora tenha sido encontrada maior frequência de indivíduos com hiperemia leve dos tecidos nos acompanhamentos de 07 dias e 06 meses quando comparados ao *Baseline*. Por se tratar de um sinal clínico, ao qual foi atribuído escore, a diferença pode não ter sido detectada pela análise estatística, mas clinicamente, foram adotados procedimentos como forma de atenuar este aspecto clínico. Assim, o polimento da prótese foi realizado para eliminar resíduos e ranhuras da superfície da prótese, colaborando com a adaptação dos tecidos à prótese e reduzindo a hiperemia (Litwin et al., 2018).

Para a dor, o resultado corroborou com a literatura (Pine et al., 2013a), visto que só apresentou diferença significante no retorno de 07 dias, período muito próximo à instalação das próteses. A queixa de dor pode estar relacionada à sensibilidade dos tecidos pelo contato com a prótese ou por causas específicas como bordas sobrextendidas ou irregularidades de superfície. No presente estudo,

procurou-se diagnosticar a causa da dor e realizar as intervenções necessárias como polimento, quando não havia causa específica ou quando havia rugosidades superficiais, e ajustes de bordas em casos de sobrextensão. Com estas medidas, o sintoma de dor cessou ao longo do tempo.

Uma outra queixa relatada por alguns dos participantes no retorno de 3 meses foi relacionada com o movimento rotacional da prótese na cavidade. Clinicamente, observou-se necessidade de aumentar a extensão das bordas, adaptando-as ao fundo do fórnice. Esta necessidade foi um achado interessante, visto que no dia da instalação as mesmas encontravam-se perfeitamente adaptadas, indicando que a cavidade sofre alterações quando a função das pálpebras e da musculatura é estimulada pelas próteses. Este resultado vai ao encontro da teoria de Pine et al. (2013a) citada acima.

Uma limitação do estudo se relacionada à comparação dos resultados com a literatura, visto que este é o único estudo longitudinal com pacientes anoftálmicos antes e após a instalação da prótese. Pelo nosso conhecimento, os estudos encontrados na literatura são retrospectivos e, portanto, seus resultados são difíceis de serem comparados com os do presente estudo. Estudos futuros visando analisar a qualidade de vida e estresse de usuários de próteses oculares devem ser realizados com um maior número de participantes e por tempos mais prolongados, utilizando de avaliações qualitativas baseadas nos relatos dos pacientes. O uso de instrumentos de análises de qualidade de vida e estresse pode não refletir as percepções dos pacientes em relação à sua condição pré e pós utilização das próteses. Além disso, a análise de subgrupos em função da etiologia e do tempo de perda do globo ocular poderia indicar resultados específicos para cada condição.

8. Conclusões

8 Conclusões

Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que:

- A motivação dos pacientes quanto à busca pelo tratamento protético pode ser influenciada pela facilidade de acesso e disponibilidade do serviço público, qualidade no atendimento e vínculo do profissional e da equipe; pelas informações e recomendações profissionais; opinião de terceiros sobre a condição ocular pode ou não ser um fator influenciador para a busca do tratamento, uma vez que a mesma demonstrou depender da reação do indivíduo às sugestões ou provocações de outras pessoas. As experiências pregressas parece não influenciar na motivação.
- A reabilitação protética do globo ocular demonstrou ser significantemente positiva para os domínios de dor e estado geral de saúde na qualidade de vida.
- A reabilitação protética do globo ocular não apresentou impacto significativo no estresse, embora os valores da escala tenham apresentado uma redução ao longo do estudo, demonstrando uma melhora no quadro de estresse.
- Para as características clínicas, o uso da prótese causou a formação de secreção e empastamento dos cílios ao longo do estudo. A cor da mucosa, dor e edema foram características clínicas que deixaram de existir após 07 dias de uso das próteses.
- A secreção e a coceira demonstraram ser fatores dificultosos para a adaptação à prótese, bem como a suspensão do uso noturno. Grande parte dos participantes demonstraram predileção pelo uso durante a noite. Além disso, a necessidade de ajuste ocorreu ao longo dos 06 meses, demonstrando a importância do acompanhamento periódico dos pacientes.
- Houve apenas fraca correlação entre limitação física e estado geral de saúde com algumas das variáveis clínicas, onde pessoas com melhores condições socioeconômicas parecem apresentar melhores pontuações nos domínios de limitação física e estado geral de saúde; indivíduos acometidos por trauma apresentaram melhores pontuações para

limitação física do que aqueles acometidos por patologia; indivíduos enucleados apresentaram valores melhores para o domínio estado geral de saúde do que os eviscerados.

A motivação dos indivíduos para buscarem pelo tratamento, bem como o conhecimento dos aspectos positivos da prótese na qualidade de vida e o conhecimento das principais dificuldades encontradas pelo paciente no transcorrer do tratamento são fatores fundamentais na tomada de decisão e condução do tratamento e para ajudar os profissionais na orientação dos indivíduos anoftálmicos.

Referências

Referências[1]

Artopoulou I-I, Montgomery PC, Wesley PJ, Lemon JC. Digital imaging in the fabrication of ocular prostheses. J Prosthet Dent . 2006;95(4):327–30.

Modugno A, Mantelli F, Sposato S, Moretti C, Lambiase A, Bonini S. Ocular prostheses in the last century: a retrospective analysis of 8018 patients. Eye (Lond). 2013;27(7):865–70.

Zhang Y, Zhang M-N, Wang X, Chen X-F. Removal of the eye in a tertiary care center of China: a retrospective study on 573 cases in 20 years. Int J Ophthalmol. 2015;8(5):1024–30.

Pine K, Sloan B, Stewart J, Jacobs RJ. Concerns of anophthalmic patients wearing artificial eyes. Clin Experiment Ophthalmol. 2010;39(1):no-no.

Raizada K, Rani D. Ocular prosthesis [Internet]. Vol. 30, Contact Lens and Anterior Eye. 2007. p. 152–62.

Ye J, Lou L, Jin K, Xu Y, Ye X, Moss T, et al. Vision-Related Quality of Life and Appearance Concerns Are Associated with Anxiety and Depression after Eye Enucleation: A Cross-Sectional Study. Huang J, editor. PLoS One. 2015;10(8):e0136460.

Rasmussen MLR. The Eye Amputated - Consequences of Eye Amputation with Emphasis on Clinical Aspects, Phantom Eye Syndrome and Quality of Life. Acta Ophthalmol. 2010;88(thesis2):1–26.

Ahn JM, Lee SY, Yoon JS. Health-Related Quality of Life and Emotional Status of Anophthalmic Patients in Korea. Am J Ophthalmol. 2010;149(6):1005-1011.

Rasmussen MLR, Ekholm O, Prause JU, Toft PB. Quality of life of eye amputated patients. Acta Ophthalmol. 2012;90(5):435–40

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial Sobre A Deficiência. 2011. 334 p.

[1] De acordo com Estilo Vancouver

Taleb, Alexandre; Faria, Marco Antônio Rey de; Ávila M. Condições de Saúde Ocular no Brasil. In: Condições de Saúde Ocular no Brasil. 1a. 2012. p. p.38-73.

Dino D. Cartilha Do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência. 2012. Disponível em: www.pessoacomdeficiencia.gov.br

Chalian V. Maxillofacial prosthetics: Multidisciplinary practice. Vol. 2, Waverly Press, Inc. Baltimore; 1972. 455p p.

Hope-Stone L, Brown SL, Heimann H, Damato B, Salmon P. Two-year patient-reported outcomes following treatment of uveal melanoma. Eye. 201630(12):1598–605.

Clarke A, Rumsey N, Collin JRO, Wyn-Williams M. Psychosocial distress associated with disfiguring eye conditions. Eye. 2003;17(1):35–40.

Kondo T, Tillman WT, Schwartz TL, Linberg J V, Odom JV. Health-related quality of life after surgical removal of an eye. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2013;29(1):51–6.

Chin K, Margolin CB, Finger PT. Early ocular prosthesis insertion improves quality of life after enucleation. Optom - J Am Optom Assoc [Internet]. 2006 Feb 1;77(2):71–5.

Goiato MC, dos Santos DM, Bannwart LC, Moreno A, Pesqueira AA, Haddad MF, et al. Psychosocial impact on anophthalmic patients wearing ocular prosthesis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2013 Jan;42(1):113–9.

Chinnery H, Thompson SBN, Noroozi S, Dyer B, Noroozi, Siamak, et al. Scoping review of the development of artificial eyes throughout the years. Edorium J Disabil Rehabil. 2017;3:1.

Hatamleh MM, Alnazzawi AA, Abbariki M, Alqudah N, Cook AE. Survey of Ocular Prosthetics Rehabilitation in the United Kingdom, Part 2. J Craniofac Surg. 2017;28(5):1297–301.

Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991 Dec;50(2):179–211.

Vieira AH, E Silva DC, Nogueira TE, Leles CR. Exploring motivations to seek and undergo prosthodontic care: a cross-sectional study in a Brazilian adult sample. Patient Prefer Adherence. 2015;9:803–9.

Vieira AH, Castro e Silva D, Nogueira TE, Leles CR. Predictors of Prosthodontic Treatment-Related Behavior Using the Theory of Planned Behavior Framework. Int J Prosthodont. 2018;29(2):139–41.

Amaro TAC, Yazigi L, Erwenne C. Depression and quality of life during treatment of ocular bulb removal in individuals with uveal melanoma. Eur J Cancer Care (Engl). 2009;19(4):476–81.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36). São Paulo, 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1997.

Siqueira Reis R, Ferreira Hino AA, Romélio Rodriguez Añez C. Perceived Stress Scale. J Health Psychol. 2010;15(1):107–14.

Graciano MIG, Lehfeld NA de S. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. Serviço Soc e Saúde. 2016;9(1):157.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983 Dec;24(4):385–96.

Song J-S, Oh J, Baek SH. A survey of satisfaction in anophthalmic patients wearing ocular prosthesis. Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol [Internet]. 2006;244(3):330–5.

Pine NS, de Terte I, Pine KR. An investigation into discharge, visual perception, and appearance concerns of prosthetic eye wearers. Orbit . 2017;36(6):401–6.

McBain HB, Ezra DG, Rose GE, Newman SP, Appearance Research Collaboration (ARC). The Psychosocial Impact of Living with an Ocular Prosthesis. Orbit. 2014;33(1):39–44.

Fernandes AÚR, Goiato MC, Batista MAJ, Santos DM dos. Color alteration of the paint used for iris painting in ocular prostheses. Braz Oral Res. 2010;23(4):386–92.

Erogul O. Evaluation of quality of life of the anophthalmic patients. Eurasian J Med Investig. 2017;1(2):22–8.

Pine K, Sloan B, Stewart J, Jacobs RJ. Concerns of anophthalmic patients wearing artificial eyes. Clin Experiment Ophthalmol [Internet]. 2010;39(1):no-no.

Pine KR, Sloan BH, Jacobs RJ. Clinical Ocular Prosthetics. 1st Ed.Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 313

Vicente M, Sobrinho DA, Carla A, Aguiar B De. Epidemiological profile of eye diseases in an emergency center complex in Campinas , Brazil. Vis Pan-American Pan-American J Ophtalmol. 2016;15(1):10–1.

Khetan V, Krishnakumar S, Sengupta S, Biswas J, Gopal L. Fifteen-year trends in indications for enucleation from a tertiary care center in South India. Indian J Ophthalmol. 2012;60(3):179.

Eagle RC. The pathology of ocular cancer. Eye. 2013;27(2):128–36.

Ibanga A, Asana U, Nkanga D, Duke R, Etim B, Oworu O. Indications for eye removal in southern Nigeria. Int Ophthalmol. 2013 Aug 29;33(4):355–60.

Saeed MU, Chang BYP, Khandwala M, Shivane AG, Chakrabarty A. Twenty year review of histopathological findings in enucleated/eviscerated eyes. J Clin Pathol. 2006;59(2):153–5.

Cabral LGM, Martelli Júnior H, Leite DM, Sabatini Júnior D, Freitas ABDA de, Miranda RT, et al. Perfil biopsicossocial de portadores de anoftalmia no sul de Minas Gerais - Brasil TT - Biopsychosocial profile of patients with anophthalmia in the south of Minas Gerais - Brazil. Arq Bras Oftalmol. 2008;71(6):855–9.

Wang W, Zhou Y, Zeng J, Shi M, Chen B. Epidemiology and clinical characteristics of patients hospitalized for ocular trauma in South-Central China. Acta Ophthalmol. 2017;95(6):e503–10.

Saw S-M, Husain R, Gazzard GM, Koh D, Widjaja D, Tan DTH. Causes of low vision and blindness in rural Indonesia. Br J Ophthalmol. 2003 Sep;87(9):1075–8.

Narby B, Kronström M, Söderfeldt B, Palmqvist S. Prosthodontics and the patient. Part 2: Need becoming demand, demand becoming utilization. Int J Prosthodont. 2007;20(2):183–9.

Guiney H, Woods N, Whelton H, Morgan K. Predictors of utilisation of dental care services in a nationally representative sample of adults. Community Dent Health. 2011];28(4):269–73.

Presidência da República, Casa Civil S para AJ. Lei no9.656, de 3 de Junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário de Alagoas. Sindjus-AL firma convênio com clínica especializada em Implantodontia, Prótese Ocular/ Buco maxilofacial e Acupuntura - Sindjus Alagoas. Disponível em: https://www.sindjus-al.org.br/2019/04/sindjus-al-firma-convenio-com-clinica-especializada-em-implantodontia-protese-ocular-buco-maxilofacial-e-acupuntura/

Vasiliu, AM. Self-Esteem As an Indicator of Quality of Life. Ovidius Univ Ann Ser Phys Educ Sport Mov Heal. 2015;15(2):570–4.

Kermode S, MacLean D. A study of the relationship between quality of life, health and self-esteem. Aust J Adv Nurs. 2001;19(2):33–40.

Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, Oliveira V de, Cancian CF, Mazzardo O, et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. Cien Saude Colet. 2013;18(12):3483–93.

Lucci LMD, Itami CN, Alves RF, Montesano FT, Osaki MH, Sant'Anna AEBPP. Efeito do uso de lente escleral cosmética na sensibilidade tátil corneal em phthisis bulbi. Arq Bras Oftalmol. 2004;67(5):733–6.

Dortzbach RK, Woog JJ. Choice of procedure. Enucleation, evisceration, or prosthetic fitting over globes. Ophthalmology.1985;92(9):1249–55.

Bilyk JR. Enucleation, evisceration, and sympathetic ophthalmia. Curr Opin Ophthalmol [Internet]. 2000;11(5):372–86.

Gupta RK, Padmanabhan T V. Prosthetic rehabilitation of a post evisceration patient with custom made ocular prosthesis: a case report. J Indian Prosthodont Soc [Internet]. 2012;12(2):108–12.

Ayanniyi AA. Emotional, Psychosocial And Economic Aspects Of Anophthalmos And Artificial Eye Use. Internet J Ophthalmol Vis Sci. 2012;7(1).

Baino F, Perero S, Ferraris S, Miola M, Balagna C, Verné E, et al. Biomaterials for orbital implants and ocular prostheses: Overview and future prospects. Acta Biomater. 2014;10(3):1064–87.

Rokohl AC, Koch KR, Adler W, Trester M, Trester W, Pine NS, et al. Concerns of anophthalmic patients—a comparison between cryolite glass and polymethyl methacrylate prosthetic eye wearers. Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol. 2018;256(6):1203–8.

Doğan A, Bek B, Çevik NN, Usanmaz A. The effect of preparation conditions of acrylic denture base materials on the level of residual monomer, mechanical properties and water absorption. J Dent. 1995;23(5):313–8.

Koutis D, Freeman S. Allergic contact stomatitis caused by acrylic monomer in a denture. Australas J Dermatol. 2001;42(3):203–6.

Lygre H. Prosthodontic biomaterials and adverse reactions: a critical review of the clinical and research literature. Acta Odontol Scand. 2002;60(1):1–9.

Oliveira RE de, Nogueira FN, Mattos BSC. Porosity, residual monomer and water sorption of conventional heat-cured, microwave-cured and cross-linked acrylic resins. Clin Lab Res Dent . 2014 ;20(3):137.

da Silva EVF, Goiato MC, dos Santos DM, Bonatto L da R, Brito VGB, de Oliveira SHP. Effect of different methods of polymerizing ocular prosthesis acrylic resin on a human conjunctival cell line. J Prosthet Dent. 2016;116(5):818–23.

Litwin AS, Worrell E, Roos JCP, Edwards B, Malhotra R. Can We Improve the Tolerance of an Ocular Prosthesis by Enhancing Its Surface Finish? Ophthal Plast Reconstr Surg. 2017

Evelin, LS. Influência de dois protocolos de higiene para usuários de prótese ocular na condição de saúde dos tecidos, microbiota da cavidade anoftálmica e nível de satisfação dos pacientes. Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo.; 2019. p. 81.

Parr GR, Goldman BM, Rahn AO. Postinsertion care of the ocular prosthesis. J Prosthet Dent. 1983;49(2):220–4.

Pine KR, Sloan B, Jacobs RJ. Biosocial profile of New Zealand prosthetic eye wearers. N Z Med J. 2012;125(1363):29–38.

Pine KR, Sloan BH, Jacobs RJ. A proposed model of the response of the anophthalmic socket to prosthetic eye wear and its application to the management of mucoid discharge. Med Hypotheses. 2013 Aug 1;81(2):300–5.

Cafiero-Chin M, Marques C, Danz HJ. Ocular Prosthesis: Indications to Management. Can J Optom. 2015;77(2):24.

Mourits DL, Hartong DT, Lissenberg-Witte BI, Bosscha MI, Tan HS, Moll AC. Cosmetic results of enucleation and/or external beam radiation therapy in 195 retinoblastoma survivors. Acta Ophthalmol. 2018 Sep 1;96(6):631–40.

Anexos

Anexos

ANEXO A **-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Nós, Profa. Dra. Profa. Cláudia Helena Lovato da Silva (Professor responsável), Laís Raniari Makrakis, Leticia de Sá Evelin, Carla Maria de Almeida Prado Magdalena (pesquisadores colaboradores), convidamos você, _____, a participar da pesquisa **"Estudo longitudinal qualitativo e quantitativo de fatores que influenciam a reabilitação protética de indivíduos anoftálmicos"**.

A prótese ocular tem por objetivo recuperar a estética facial e melhorar a qualidade de vida do usuário. Este estudo avaliará, por meio de estudo clínico, a qualidade de vida e o estresse das pessoas que recebem a prótese ocular e também dois protocolos de uso e limpeza para a prótese.

Você está sendo convidado, dentre os pacientes que já estão em tratamento na clínica de Prótese Ocular da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP (FORP) e que se enquadram no objetivo deste estudo, a participar da pesquisa. Independentemente de aceitar participar ou não, você continuará o tratamento que lhe foi proposto na clínica da FORP sem nenhuma alteração ou prejuízo no seu planejamento e execução.

Para participar desta pesquisa, você precisará responder perguntas que serão feitas por um dos pesquisadores e terá que seguir as orientações que serão dadas a você para uso e limpeza das próteses. Aqui na clínica, será coletado material ao redor da prótese ocular e da cavidade onde a prótese é posicionada para avaliar a presença ou não de bactérias após o uso dos protocolos. A coleta será realizada com pequenas escovas esterilizadas. Estas análises não lhe trarão complicações nem prejuízos, uma vez que não são invasivas e serão realizadas nos mesmos dias das consultas programadas para o seu tratamento.

Este estudo não tem nenhuma relação com o seu tratamento na FORP. Você participante que aceitar participar deste projeto de pesquisa não terá nenhum custo adicional. Todos os gastos relacionados à realização deste estudo (materiais para coleta da placa bacteriana, análise clínica e análises microbiológicas) serão custeados por nós pesquisadores.

Não há previsão de desconfortos ou riscos em participar deste estudo. Pelo contrário, o comportamento clínico das próteses será monitorado durante todo o período do estudo/tratamento. O maior benefício deste estudo será a resposta obtida com a colocação das próteses e a identificação do melhor método de higienização/ descontaminação das próteses, reduzindo desta forma o risco de desenvolvimento de reações inflamatórias e impossibilidade de uso da prótese.

Todos os procedimentos serão realizados nas consultas rotineiras de atendimento evitando assim qualquer custo desnecessário, além do programado. Se houver necessidade e somente se você estiver de acordo, agendamentos fora do horário normal de atendimento para a confecção da prótese serão realizados.

Você terá acompanhamento e assistência dos pesquisadores durante toda a realização do estudo, inclusive no caso de necessidade de interrupção da pesquisa, e também garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Todos os dados relacionados com você serão confidenciais e sua identidade será mantida em sigilo. A divulgação dos resultados será realizada, preservando a sua identidade, pois não serão publicados nomes e/ou documentos dos participantes em reuniões científicas ou artigos a serem publicados. As fotografias necessárias serão apenas da região onde a prótese é posicionada, garantindo a preservação da sua identidade.

A sua participação não é obrigatória, e você poderá desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento. A não participação neste projeto de pesquisa não trará prejuízo algum em sua relação com os pesquisadores ou com a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP.

AVENIDA DO CAFÉ S/Nº
14040-904 – RIBEIRÃO PRETO – S.P. – BRASIL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Você pode entrar em contato com a Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP (Designado pelo CONEP para acompanhamento ético desta pesquisa), caso necessite de algum esclarecimento. Telefone: (16) 3315-0493, e-mail: cep@forp.usp.br e horário de atendimento: das 8h às 12h, de segunda a sexta-feira (exceto feriados e pontos facultativos).

Este termo será confeccionado em duas vias de igual teor, será assinado na última página e rubricado nas demais pelos pesquisadores e pelo participante da pesquisa, ficando uma via com os pesquisadores e a outra com o participante da pesquisa.

Cláudia Helena Lovato da Silva
PROFA. DRA. CLÁUDIA HELENA LOVATO DA SILVA
Telefones para contato: **(16) 3315-4006** E-mail: **chl@forp.usp.br**

Laís Ranieri Makrakis
Laís Ranieri Makrakis
Telefones para contato: **(16) 3315-4800** E-mail: **lais.makrakis@.usp.br**

Leticia de Sá Evelin
Leticia de Sá Evelin
Telefones para contato: **(16) 3315-4800** E-mail: **leticievelin@hotmail.com**

Carla Maria de Almeida Prado Magdalena
Telefones para contato: **(16) 3315-4800** E-mail: **carlamagdalena@hotmail.com**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

_____
Participante da pesquisa

RG:_____
Telefone:( )_____
Endereço:_____

ANEXO B - Instrumental de Avaliação Socioeconômica (Graciano et al.2010)

INSTRUMENTAL DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – 2010

QUADRO 1 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA

RENDA BRUTA	**PONTOS**
+ DE 100 SM	21
+ DE 60 A 100 SM	18
+ DE 30 A 60 SM	14
+ DE 15 A 30 SM	12
+ DE 9 A 15 SM	09
+ DE 4 A 9 SM	05
+ DE 2 A 4 SM	03
+ DE ½ A 2 SM	02
ATÉ ½ SM	01

TIPO DE RENDIMENTO:

( ) salário ( ) retirada pró-labore ( ) rendimento financeiro ( ) aluguéis
( ) benefícios do governo ( ) honorários ( ) aposentadoria ( ) pensionista
( ) seguro desemprego ( ) outros Especificar: _____

Quadro 2 – Número de membros residentes da família	**Pontos**
1 a 2	06
3 a 4	04
5 a 6	03
7 a 8	02
Acima de 8	01

Quadro 3 – Escolaridade dos membros da família	Pontos
Superior	07
Superior incompleto ou Médio completo	05
Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano)	04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8ºano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano)	03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)	02
Alfabetizado	01
Analfabeto	00

Obs.: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).

Quadro 4 – Habitação

Condição / situação	**Pontos**			
	Insatisfatória	**Regular**	**Boa**	**Ótima**
Própria	7	8	9	10
Financiada	6	7	8	9
Alugada	5	6	7	8
Cedida	3	4	5	6
Outras	0	0	1	2

Obs: Para pontuar condição / situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infra-estrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia).

ANEXO C **-** *Short Form Health Survey* 36 (SF-36) (validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al., 1999.)

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Nome:_____**Data:**__/__/__

1 - No geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 – Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde no geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 – Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou a outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)	1	2

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho e outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 – Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8 – Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 – O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente	A maioria	Não	A maioria	Definitivamente

	verdadeiro	das vezes verdadeiro	sei	das vezes falsos	falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D **-** Escala de Estresse Percebido (PSS-10) (Cohen et al.1983), validada por Reis et al. (2010)

***Perceived Stress Scale – 10 Items* (PSS-10)**

Nome:_____**Data:**__/__/__

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	**Quase nunca**	**Algumas vezes**	**Frequentemente**	**Muito frequente**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	**1**	**2**	**3**	**4**

Apêndices

Apêndices

APÊNDICE A - Formulário 1: Ficha de Anamnese (Dados sociodemográficos, socioeconômicos, saúde geral, causa e tempo de perda da visão).

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ficha de Anamnese - Prótese Ocular

Identificação do paciente	
Nome:	
Data de Nascimento:	**Gênero:** ( ) M ( ) F
Endereço:	
Cidade:	**CEP:**

Informações Sociodemográficas e Situação Econômica da Família

Estado Civil	( ) Solteiro (a)	( ) Amasiado (a)	( ) Casado (a)	( ) Separado (a)	( ) Divorcia-do (a)	( ) Viúvo(a)	( ) Outro

1. Qual a renda bruta da família em salários mínimos?

2. Qual a fonte de renda? (Salário, aposentadoria, etc.)

3. Quantas pessoas moram com você?

4. Grau de escolaridade de cada um	Nº de pessoas	5. Situação da Habitação	
Superior Completo (Faculdade)		Própria	( ) _____
Sup. incompleto/E.Médio Completo		Financiada	( ) _____
Méd. incompleto/Fund. completo		Alugada	( ) _____
Fundamental ciclo II incompleto		Cedida	( ) _____
Fundamental ciclo I completo		Outras	( ) _____
Fundamental ciclo I incompleto		**I (insatisfatória), R (regular), B (Boa) e O (ótima.)**	
Alfabetizado(a)			
Analfabeto(a)			

A avaliação da habitação deverá considerar o tipo de moradia, as acomodações, área de localização e infra-estrutura (água, luz, esgoto, coleta de lixo, telefonia, etc).

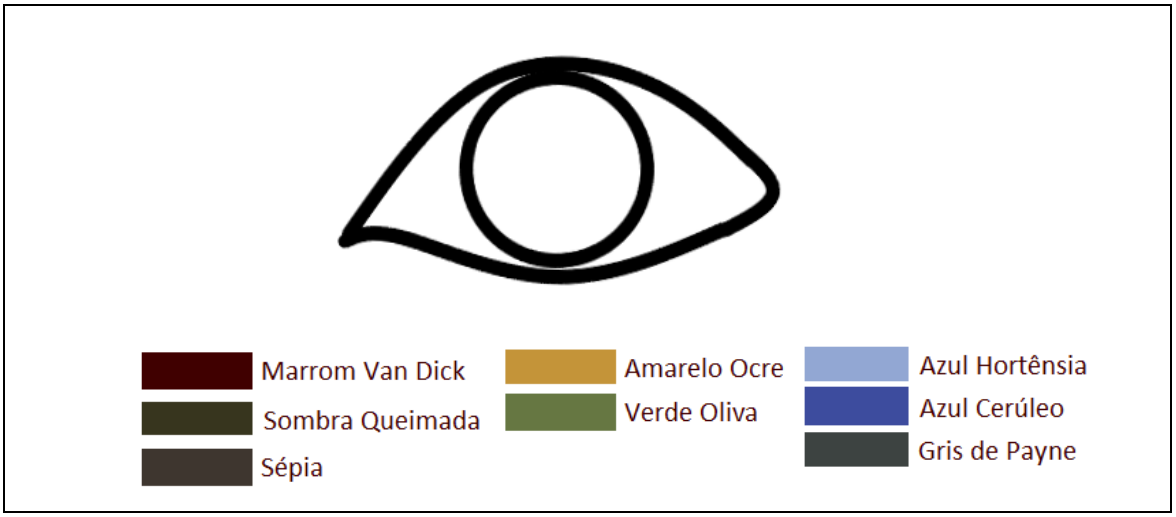
6. Ocupação dos membros da família: _____ _____ _____ _____

Estado Geral de Saúde			
7. Possui alguma destas doenças?	**Sim**	**Não**	**Des-de**
Câncer (Tipo: _____)			
Anemia			
Problemas sanguíneos			
Oligoptialismo (redução na produção de saliva)			
Olho seco			
Diabetes			
Problemas na tireóide			
Neutropenia			
Hipoparatireoidismo			
Doença de Addison (Danos no córtex adreanal – deficiência na produção de hormônios: cortisol, aldosterone, sexuais)			
Depressão			
Doenças hepáticas (Hepatite A, B ou C, cirrose...)			
Infecção por HIV			
AIDS			
Outros:			
8. Usa alguma medicação? (Sistêmica e/ou tópica - geral e cavidade ocular) _____ _____			

Informações da condição ocular e do olho remanescente			
9. História do olho (relato do paciente): _____ _____ _____			
10. Informações da perda ocular			
Data da perda:	__/__/__	( ) não realizou	
Lado afetado:	( ) Direito	( ) Esquerdo	( ) Bilateral

Motivo da perda:			
Tipo de cirurgia realizada:	( ) Evisceração	( ) Enucleação	( ) Não fez
Data da primeira cirurgia:	__/__/__	( ) não realizou	
Data da última cirurgia	__/__/__	( ) não realizou	
Exame Clínico da Cavidade Ocular/Bulbo Ocular			
Presença de bulbo ocular?	( ) presente	( ) ausente	
Cor da mucosa palpebral superior e inferior	( ) normal	( ) hiperêmica	
Presença de úlcera	( ) presente	( ) ausente	
Presença de secreção	( ) normal	( ) ausente	( ) excessiva
Pálpebra superior	( ) normal	( ) edemaciada	
Pálpebra inferior	( ) normal	( ) edemaciada	
Cílios	( ) normais	( ) empastados	
Fechamento das pálpebras	( ) completo	( ) incompleto	
Contorno externo com olho fechado	( ) normal	( ) excessivo	( ) deficiente
Volume com olho aberto	( ) normal	( ) excessivo	( ) deficiente
Sulco palpebral superior	( ) presente	( ) ausente	
Presença de implante orbitário	( ) presente	( ) ausente	
Dor	( ) sim	( ) não	
Se tiver dor, especificar:			
Exame Clínico do Olho Remanescente			
Análise Anatômica			
Pálpebras	( ) normal	( ) entrópica	( ) ectrópica
Cor da Esclera	( ) N1	( ) N1+15%	( ) N1+25%	( ) N1+50%
Carúncula	( ) rosa claro	( ) rosa médio	( ) rosa escuro
Vasos	( ) avermelhados	( ) arroxeados	
Dimensões da Rima	SI_____	MD_____	
Sulco superior	( ) presente	( ) ausente	
Íris			
Pupila	( ) centralizada	( ) descentralizada	

Cor básica	( ) castanho	( ) preto	( ) azul	( ) verde
Cores				
Zona peripupilar				
Zona média				
Halo Externo				
Diâmetro				
Elementos morfológicos	( ) grânulos de melanina	( ) vasos	( ) outros:	



APÊNDICE B – Formulário 2: Questionário semiestruturado para entrevista.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Ficha de Avaliação da Motivação pela Busca do Tratamento

1. Ter plano de saúde aumenta minhas chances de conseguir uma prótese ocular.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
2. Ter boas referências sobre a qualidade do tratamento de um profissional ou serviço me motiva a buscar tratamento.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
3. Tenho receio de que os meus problemas se agravem no futuro se eu não colocar uma prótese ocular.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
4. Quanto maior a facilidade de chegar ao local do tratamento, mais me sinto motivado a colocar uma prótese ocular.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
5. Quando um dentista ou médico me diz que preciso colocar uma prótese ocular eu procuro resolver este problema o mais rápido possível.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
6. Gostaria de receber o tratamento com prótese ocular mas não tenho dinheiro para arcar com os custos.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
7. Propagandas sobre as próteses oculares e os locais de atendimento me motivam a procurar o tratamento.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
8. O medo do tratamento para confecção da prótese ocular faz com que eu adie a ida ao serviço.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
9. O medo da dor ou de que algo possa dar errado faz com que eu adie o tratamento para receber a prótese ocular.				
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não Concordo nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

1	2	3	4	5
10. Não busco tratamento por causa da falta de bons profissionais e serviços no mercado.				
Discordo Totalmente 1	**Discordo Parcialmente 2**	**Não Concordo nem Discordo 3**	**Concordo Parcialmente 4**	**Concordo Totalmente 5**
11. Já ter recebido anteriormente um tratamento de qualidade do profissional me incentiva a retornar para tratamento.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
12. Gostaria de receber tratamento para colocar uma prótese ocular mas não tenho oportunidade.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
13. Quando sinto que preciso de tratamento procuro o profissional ou o serviço o mais rápido possível.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
14. Sinto que preciso de tratamento mas fico adiando por que não tenho tempo disponível.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
15. Evito buscar tratamento para colocar uma prótese ocular por causa de minhas experiências anteriores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
16. É essencial ser bem acolhido pela equipe de atendentes e auxiliares para iniciar um tratamento.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
17. É essencial que eu tenha um bom relacionamento com o profissional para iniciar um tratamento.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
18. A opinião de outras pessoas sobre os meus problemas oculares influencia na minha intenção de tratar.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
19. A oferta e disponibilidade de tratamento no serviço público de saúde me motivam a buscar tratamento para confecção da prótese ocular.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5

20. A expectativa dos benefícios do tratamento com prótese ocular me motiva a procurar pelo profissional ou serviço.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não Concordo nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5

APÊNDICE C – Confecção da Prótese Ocular

1. Moldagem da Cavidade Anoftálmica

O paciente foi colocado na cadeira odontológica, confortavelmente, com o encosto ajustado em ângulo de 90º em relação ao assento e a cadeira a uma altura em que o profissional se mantenha de pé, favorecendo a visão frontal do paciente.

Após orientação do paciente sobre os procedimentos a serem realizados, foi realizada a limpeza da cavidade com gaze e soro fisiológico, aplicado uma gota de anestésico tópico (Allergan - Cloridrato de Tetracaína, 10mg; Cloridrato de Fenilefrina, 1mg) no interior da cavidade com o objetivo de diminuir a sensibilidade e manter o relaxamento muscular pelo paciente. Após 5 minutos, o procedimento de moldagem foi realizado.

Para moldagem, foi utilizado silicone de condensação fluído (Vigodent S/A Ind. E Com., Bonsucesso, RJ, Brasil) seguindo as orientações do fabricante. O material foi corretamente dosado sobre uma placa de vidro, manipulado e colocado em uma seringa descartável de 20mL. Cuidadosamente, foi feito o afastamento da comissura palpebral superior para seu preenchimento, seguida da comissura palpebral inferior e fundo da cavidade. O material foi injetado até a obtenção de convexidade da pálpebra superior semelhante ao do olho contralateral (Fig.4). Após a polimerização do silicone, o molde foi removido e examinado. O molde só foi considerado adequado quando apresentasse cópia fiel do fórnice superior e inferior e do fundo da cavidade, com ausência de bolhas e irregularidades.

2. Inclusão do molde em gesso

Imediatamente após a obtenção do molde em silicone, o mesmo foi incluído em mufla redonda para prótese ocular (MAC DENTAL, São Paulo, SP, Brasil) e gesso pedra tipo III (Gesso-RIO, Rio Claro, SP, Brasil). A base da mufla recebeu uma camada de vaselina sólida (Cinord Sudeste Química LTDA, Serrana, SP, Brasil), o gesso foi manipulado, respeitando a proporção água /pó indicada pelo fabricante e colocado no interior da mufla. O molde em silicone foi delicadamente adaptado sobre o gesso de forma que a face interna (que encontrou em contato com o fundo da cavidade anoftálmica) ficasse em contato com o gesso. Após a presa, o gesso foi vaselinado, a contra-mufla adaptada e parafusada na mufla e o conjunto

preenchido com o gesso pedra. Após 40 minutos, a mufla foi aberta e o molde de silicone removido do seu interior.

3. Obtenção da esclera de prova

Muitos profissionais obtêm a esclera em cera nesta fase. Entretanto, para facilitar o procedimento de prova da esclera no paciente, esta fora confeccionada em resina acrílica autopolimerizável, uma vez que é possível a obtenção de uma peça lisa e polida e, portanto, mais confortável para o paciente.

A mufla e a contra-mufla foram isoladas com isolante para resina acrílica (Cel-Lac, SSWhite Artigos Dentários, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). A resina acrílica autopolimerizável na cor 62 (Dencôr - Clássico, Artigos Odontológicos, São Paulo, SP, Brasil) foi dosada na quantidade necessária para cada caso, respeitando a proporção monômero/polímero, indicada pelo fabricante. Após a manipulação, a resina foi acondicionada na mufla, a contra-mufla adaptada e parafusada à mufla, o conjunto prensado em prensa de bancada com 1.250Kgf e mantido na prensa por 30 minutos. Em seguida, abriu-se a mufla para remover a esclera em resina para acabamento com fresa multilaminada (Minicut; Malleifer AS, Ballaiguer, Suíça) adaptada à uma peça de mão reta (Dabi Atlanti, Ribeirão Preto, SP, Brasil), tira de lixa nº150 (Norton Indústria Brasileira, São Paulo, SP, Brasil), e polimento em politriz de bancada (Nevoni - NSR Ind. Com. E Rep. LTDA, Barueri, SP, Brasil) com roda de pano e pedra pomes (ASFER, Ind. Químmica Ltda., São Caetano do Sul, SP, Brasil).

Após a obtenção da esclera a mesma foi desinfetada com clorexina a 0,12% por 10 minutos, lavada e levada na cavidade anoftálmica para prova e ajustes necessários. Neste momento avaliou-se:

1. Conforto do paciente
2. Adaptação das bordas nos fórnices palpebrais superior e inferior
3. Adaptação no fundo da cavidade por relato do paciente
4. Contorno vestibular e suporte palpebral
5. Grau de fechamento das pálpebras.
6. Movimentação da esclera, de acordo com a movimentação do olho remanescente.

7. Retenção

Uma vez sendo detectada a necessidade de ajustes, estes foram realizados por meio de desgaste com fresa e borrachas ou por acréscimo em cera, até que as condições ideais fossem obtidas.

4. Confecção e localização da posição da íris e seleção da cor da esclera

As írises foram pintadas com tinta acrílica (Tinta acrílica Gato Preto, Sorocaba, SP, Brasil) em calotas de resina acrílica incolor (Clássico Artigos Odontológicos, Campo Limpo Paulista, SP, Brasil). Para localização da íris na esclera protética, o paciente foi posicionado na cadeira com o encosto formando um ângulo de 90º com o assento. Uma combinação de métodos para a localização foi utilizada. Primeiro, com a esclera em posição, o paciente foi orientado a olhar fixamente na linha do horizonte e a luz do projetor foi direcionada à esclera, tomando-se o cuidado para não atingir o lado sadio. Se a convexidade da porção vestibular estivesse adequada, teríamos a formação do ponto de luz na região correspondente à localização da pupila e automaticamente, da íris. Este ponto foi demarcado com caneta de retroprojetor, resistente à água. Caso não fosse obtida a posição adequada, o contorno vestibular deveria ser corrigido de forma que fosse obtido o ponto de luz na posição adequada. Toda análise foi realizada com base no olho contralateral. Se o paciente necessitasse de prótese binocular, a localização

5. Posicionamento da íris e Obtenção da esclera final

Após a prova e adequação da esclera em resina e obtenção da íris, bem como sua localização na esclera, abriu-se uma pequena caixa circular com o diâmetro da íris a partir do ponto central demarcado. A profundidade foi dada pela espessura da base da íris (pintada na calota de resina). Esta foi fixada com resina acrílica na caixa circular e após a polimerização da resina de fixação, a esclera teve sua superfície desgastada em aproximadamente 3mm para caracterização com fios de rayon e resinas coloridas. Feito isto, a esclera foi reposicionada na base da mufla para prensagem de uma camada de acrílico incolor termopolimerizável (Clássico, Artigos Odontológicos) e selamento do conjunto íris/caracterização. A polimerização seguiu as instruções do fabricante.

Terminada a polimerização da resina acrílica incolor e após o seu resfriamento em bancada, a prótese foi demuflada para receber o acabamento e polimento adequado (descrito acima). Em seguida, a prótese ocular foi mantida em água a 50º C por 48 horas para liberação do monômero residual.

6. Instalação das Próteses na cavidade anoftálmica dos pacientes.

Previamente à instalação das próteses, as mesmas foram inspecionadas visualmente e pelo tato em busca de rebarbas ou nódulos que pudessem incomodar ao paciente. Detectada a condição adequada, as próteses foram inseridas na cavidade anoftálmica e avaliadas quanto aos critérios descritos no item 3 (acima), acrescentando-se agora, a avaliação da estética: localização, cor e diâmetro adequados da íris e caracterização da esclera.

7. Orientações

Os pacientes foram orientados quanto à higienização, limpeza da cavidade anoftálmica ou do bulbo ocular, e uso. Foi recomendado a higienização das mãos e do rosto com sabonete líquido antes da manipulação dos tecidos e da prótese. Para a cavidade anoftálmica, os pacientes poderiam optar pelo enxágue em água corrente ou uso de soro fisiológico. Para a limpeza da prótese, foi orientado o uso de sabonete líquido neutro, espalhando por toda a superfície externa e interna, uma vez ao dia, seguido de enxágue abundante em água. Quanto à recomendação de uso, os participantes foram orientados a utilizar o dispositivo ao longo do dia, suspendendo no período noturno ao dormir e armazenando a prótese em um recipiente com água recobrindo toda a superfície da mesma.

APÊNDICE D – Formulário 3: Dificuldades e intercorrências após a instalação das próteses

Formulário de Acompanhamento

( ) 7 dias ( ) 3 meses ( ) 6 meses

Nome:_____ Data: __/__/__

1. Você está sentido dor?	**( ) Sim**	**( ) Não**
2. Você está usando a prótese o dia todo? **Se não, porque?** _____ **Quantas horas por dia você consegue ficar com ela?** _____	( ) Sim	( ) Não
3. A sua prótese caiu durante este período de uso?	( ) Sim	( ) Não
4. Você notou se o lacrimejamento durante este período de uso está:	( ) Normal	( ) Excessivo
5. Você notou se a produção de secreção durante este período de uso está:	( ) Normal	( ) Excessiva
6. O uso da prótese o impede de realizar alguma atividade? **Se sim, qual?** _____ **Porque?**	( ) Sim	( ) Não

Exame Clínico da Cavidade/Bulbo Ocular			
Cor da Mucosa	Normal ( )		Avermelhada ( )
Edema nas Pálpebras	Ausente ( )		Presente ( )
Secreção	Ausente ( )	Presente ( )	Excessiva ( )
Empastamento dos Cílios	Ausente ( )	Presente ( )	Excessivo ( )

Anotações:

_____

_____

_____

APÊNDICE E – Resultados obtidos pela escala de Likert da entrevista semiestruturada baseada na Teoria do Comportamento Planejado.

n	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1	5	1	5	1	1	5	5	5	5	5
2	2	5	5	5	5	3	5	1	1	1	5	1	5	1	1	5	5	1	5	5
3	5	5	1	5	3	1	5	1	1	1	5	1	1	1	1	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	1	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	0	5	5
5	1	5	3	5	5	5	0	1	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5
6	1	5	5	5	5	2	5	2	2	5	5	5	5	1	1	5	5	1	5	5
7	1	5	1	5	5	1	5	1	1	1	5	5	1	5	1	5	5	1	5	5
8	1	5	1	5	1	5	5	1	1	1	5	1	1	5	1	5	5	1	5	5
9	1	5	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5
10	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	1	1	5	5	1	5	5
11	1	5	5	5	5	5	5	4	1	5	0	5	5	4	5	1	5	5	5	5
12	2	5	1	5	1	1	5	1	1	1	5	5	5	1	1	5	5	1	5	5
13	1	5	2	5	5	1	5	1	1	1	5	1	5	1	1	5	5	1	1	1
14	5	5	1	5	5	5	5	4	1	1	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5
15	1	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	1	1	1	1	5	5	1	5	5
16	1	5	1	5	5	5	5	1	1	1	5	1	5	1	1	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5	1	5	1	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	1	5	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	1	5	5
19	1	5	1	5	5	5	4	1	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5
20	3	4	2	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5
21	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5
22	1	5	1	5	5	2	5	1	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5
23	3	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	3	5	1	1	4	5	5	5	5
24	3	1	1	5	2	5	4	1	1	1	5	1	2	1	1	5	5	2	5	5
25	1	5	4	5	1	5	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	1	5	5
26	1	5	5	5	5	5	3	1	1	1	5	5	2	4	1	5	5	1	5	5

APÊNDICE F **–** Resultados obtidos para qualidade de vida (Questionário SF-36).

	SF-36																							
	CF			LF			D			EG			V			AS			LE			SM		
n	B	3	6	B	3	6	B	3	6	B	3	6	B	3	6	B	3	6	B	3	6	B	3	6
1	100	100	100	100	100	100	61	100	100	37	52	52	45	70	70	100	100	100	100	100	100	76	88	88
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	72	72	80	80	95	80	100	100	100	100	100	100	88	96	100
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	90	77	55	70	70	100	100	100	100	100	100	84	26	42
4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	37	52	47	85	95	100	100	100	100	100	100	100	100	96	92
5	50	15	0	25	25	100	20	100	100	67	60	92	50	50	70	100	100	100	100	33,3	33,3	60	72	92
6	100	100	100	100	100	100	100	100	100	67	67	67	75	75	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	20	100	100	100	100	85	67	67	70	65	70	100	100	100	100	100	100	88	80	68
8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	67	72	77	100	100	85	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	45	45	95	100	100	100	62	100	100	52	87	77	50	85	60	75	100	100	100	100	100	32	80	80
10	100	100	100	100	100	100	41	100	100	27	65	77	85	85	15	100	100	37,5	66,7	100	0	100	72	40
11	15	25	25	25	25	0	61	100	41	32	45	35	40	85	80	100	100	100	100	33,3	100	20	60	80
12	95	100	100	50	75	100	100	100	100	52	52	52	55	90	95	100	100	100	100	100	100	92	100	84
13	55	60	90	100	100	100	100	100	100	45	77	67	60	70	60	100	100	100	100	100	100	92	96	76

14	100	100	100	25	0	0	62	100	100	67	72	80	50	100	100	100	100	100	100	100	100	60	92	84
15	50	50	50	0	100	100	100	100	100	72	85	95	50	65	75	25	100	100	100	100	100	68	92	100
16	90	100	100	100	100	100	100	100	100	75	32	62	90	100	80	100	100	100	100	100	100	92	92	44
17	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92	47	62	60	60	55	100	75	37,5	100	66,7	0	48	56	28
18	5	10	50	0	0	100	0	0	51	57	32	72	50	50	20	62,5	62,5	100	0	100	100	88	36	44
19	95	40	40	0	0	0	5	42	42	67	67	67	55	45	45	50	0	87,5	0	0	0	40	56	56
20	95	95	95	100	100	100	100	100	100	82	87	72	60	95	100	100	100	100	0	100	100	48	64	56
21	100	100	100	100	100	100	100	100	100	72	82	82	100	95	65	100	100	100	100	100	100	80	100	92
22	95	95	95	100	100	100	51	100	100	42	42	52	80	80	75	100	100	100	100	100	100	80	80	100
23	100	100	100	100	100	100	10	100	100	52	62	67	90	65	65	100	100	100	33,3	100	100	92	84	92
24	90	90	90	0	0	0	100	100	100	82	82	92	50	50	60	100	100	100	33,3	0	100	44	76	72
25	100	100	100	100	100	100	100	100	100	72	77	82	80	100	100	100	100	100	100	100	100	64	88	92
26	100	100	100	100	100	100	100	100	100	65	65	80	80	80	85	100	100	100	100	100	100	84	84	96

CF: Capacidade Funcional; LF: Limitação Física; D: dor; EG: Estado Geral; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; LE: Limitação Emocional; SM: Saúde Mental

APÊNDICE G – Resultados obtidos com a Escala de Estresse Percebido (PSS-10).

PSS-10			
n	**B**	**3**	**6**
1	14	12	12
2	7	12	6
3	6	12	7
4	2	1	0
5	14	15	2
6	0	0	0
7	2	10	26
8	4	0	0
9	15	11	21
10	16	17	25
11	19	12	9
12	14	6	7
13	4	6	14
14	15	0	2
15	19	14	11
16	8	7	8
17	15	24	22
18	12	24	24
19	15	12	12
20	28	26	20
21	4	6	8
22	2	2	0
23	22	18	47
24	14	10	2
25	8	2	2
26	18	18	8