



Atendimento multiprofissional da paralisia facial periférica: estudo de caso clínico

Multidisciplinary care of peripheral facial palsy: clinical case study

Atención multidisciplinaria de parálisis facial periférico: estudio de caso clínico

Mabile Francine F. Silva*

Aline Ferreira de Brito**

Mariana Fernandes Campos**

Maria Claudia Cunha****

Resumo

Tema: Relato dos efeitos de uma intervenção multiprofissional na recuperação funcional de paciente com paralisia facial periférica. **Procedimentos:** Estudo do caso clínico de sujeito do sexo masculino, 45 anos, acometido por paralisia facial periférica na hemiface esquerda, grau IV na escala de House-Brackman, caracterizada por paralisia moderada. Foi realizado tratamento com fisioterapeuta, fonoaudióloga, e médico acupunturista, que visou recuperação dos aspectos funcionais da musculatura facial, além do acolhimento das demandas psicossociais. **Resultados:** Após 05 semanas, uma reavaliação foi realizada e evidenciou melhora da simetria facial, tanto no repouso quanto em movimentos mímicos e expressivos. O grau IV inicial, após o tratamento passou para o grau II da escala House-Brackmann, que corresponde a paresia leve da face. **Conclusão:** Os resultados do estudo evidenciaram que o plano clínico multiprofissional envolvendo, fisioterapeuta, fonoaudióloga e médico acupunturista demonstrou-se efetivo, a medida que englobou as demandas trazidas pelo paciente, tanto no aspecto funcional quanto psicossocial.

Palavras-chave: Paralisia Facial; Paralisia de Bell; Equipe de Assistência ao Paciente; Impacto Psicossocial; Estudos de Casos.

*Doutora em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). **Mestranda em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). ***Professora Titular do Departamento de Clínica Fonoaudiológica da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: MFFS - administração do projeto, coleta de dados, metodologia. AFB - metodologia, revisão do projeto, levantamento teórico. MFC - metodologia, revisão do projeto, levantamento teórico. MCC - administração do projeto, análise e revisão do conteúdo.

Endereço para correspondência: Mabile Francine F. Silva. Rua Japurá, 1047. Praça 14 de janeiro, Manaus. 69020-180E-mail: mabilef@hotmail.com

Recebido: 06/11/2014; **Aprovado:** 01/05/2015



Abstract

Background: *To report the effects of a multidisciplinary intervention on functional recovery of patient with peripheral facial paralysis. **Procedures:** Clinical case study, male subject, 45, suffered by peripheral facial paralysis on the left hemiface, grade IV in House Brackmann scale, characterized by moderate paralysis. The patient was treated with physical therapist, speech therapist, and acupuncturist, which sought recovery of function of the facial muscles, in addition the reception of psychosocial demands. **Results:** After 05 weeks, a reassessment was performed and showed improvement in facial symmetry, both at rest and in mimes and expressive movements. Initially had grade IV and after treatment went to grade II of the House-Brackmann scale, which corresponds to mild paresis of the face. **Conclusion:** The study results showed that the plan involving multidisciplinary clinical, physical therapist, speech therapist and acupuncturist demonstrated to be effective, as they encompassed the suffering brought by the patient, both in the functional and the psychosocial aspects.*

Keywords: *Facial Paralysis; Bell Palsy; Patient Care Team; Psychosocial Impact; Case Studies.*

Resumen

Tema: *Relato de los efectos de una intervención multidisciplinaria en la recuperación funcional de pacientes con parálisis facial periférica. **Procedimientos:** Estudio de un caso clínico de un sujeto de sexo masculino, de 45 años, acometido por una parálisis facial periférica en la hemiface izquierda, grado IV en la escala House Brackmann, que se caracteriza por parálisis moderada. Fue realizado tratamiento con fisioterapeuta, fonoaudióloga y médico acupunturista que busco la recuperación funcional de los músculos faciales, además de la recepción de demandas psicosociales. **Resultados:** Después de 05 semanas, una nueva evaluación fue realizada y mostro una mejor simetría facial, tanto en reposo como en movimientos mímicos y expresivos. El grado IV inicial después del tratamiento paso a grado II de la escala de House Brackmann, que corresponde a paresia leve del rostro. **Conclusión:** Los resultados del estudio mostraron que el plan clínico multidisciplinario que involucró, fisioterapeuta, fonoaudióloga y médico acupunturista mostró ser efectivo, ya que englobo las demandas interpuestas por el pacientes tanto en el aspecto funcional cuanto psicosocial.*

Palabras clave: *Parálisis Facial; Parálisis de Bell; Grupo de Atención al Paciente; Impacto Psicosocial; Estudios de Casos.*

Introdução

A face é um dos elementos mais importantes de autoconceito e de expressão das emoções. Os músculos desta região se caracterizam por manter conexões diretas com a pele. Suas fibras são planas, finas e mal delimitadas. Essas características anatômicas particulares determinam as peculiaridades funcionais e a maleabilidade das expressões faciais¹⁻³.

Quando a inervação de um músculo dessa região é comprometida, as fibras musculares degeneram-se e o músculo atrofia, fazendo com que haja redução de seu volume normal e uma substituição, considerável, por tecido fibroso, em longo prazo⁴.

Os déficits nesta região podem trazer significativas alterações funcionais, além de consequências psíquicas e sociais, como diminuição da

autoestima, ansiedade, depressão e isolamento social^{1,5,6}.

Um desses possíveis déficits é a paralisia facial periférica (PFP), e decorre da redução ou interrupção do transporte axonal ao sétimo nervo craniano que resulta em paralisia parcial ou completa da mímica facial. Isso ocorre com frequência, pelo fato do sétimo nervo craniano ser o mais afetado do corpo humano, pois percorre um longo trajeto com ângulos e um estreito canal ósseo, conhecido como canal de Falópio^{7,8}.

As dificuldades comumente encontradas são: diminuição da tonicidade muscular evidenciada, principalmente, na mímica facial e expressão de emoções; dificuldades nas funções mastigatórias e fase oral da deglutição devido a diminuição de tonicidade no músculo orbicular dos lábios e bucinador, o que limita a pressão intra-oral e favorece o escape

de alimentos; e alterações na fala, especificamente na produção dos fonemas bilabiais e labiodentais. Outras características clínicas, como hiperacusia, incapacidade de fechar os olhos (lagofalmo), redução do reflexo de piscar e do paladar, distúrbios da salivação e do lacrimejamento e dormência ao redor da orelha, também são frequentes^{9,10}.

A PFP esta associada a diversos fatores, entre eles estão: congênitos, traumáticos, neurológicos, infecciosos, metabólicos, neoplásicos, tóxicos, iatrogênicos e idiopáticos¹¹. Salienta-se que a PFP idiopática é recorrente, porém na ultima década a hipótese etiológica virótica, associada à manifestação da herpes simples, tem se destacado na literatura^{12,13}.

O local da lesão do nervo facial, o grau da PFP e os diversos fatores etiológicos envolvidos, fazem com que o plano terapêutico e as opções de tratamento sejam diversos. Este contexto traz à tona o debate sobre a pertinência de diferentes profissionais no tratamento da PFP, os quais podem atuar na sua especialidade ou como membros de equipes multiprofissionais^{14,15}.

A intervenção multiprofissional permite a soma de informações de diferentes especificidades para a obtenção do cuidado integral do paciente. Esta atuação exige que os especialistas compartilhem seus conhecimentos para construção de um plano terapêutico efetivo, além de levar em consideração as demandas e necessidades apresentadas pelo paciente, o que se diferencia de um atendimento fragmentado em especialidades¹⁵. Sendo assim, sugere-se que o trabalho em equipe multiprofissional potencialize o tratamento favorecendo a evolução dos casos¹⁶.

A partir dessas considerações, o objetivo desse estudo foi relatar um caso de PFP em que a recuperação funcional evidenciou os efeitos positivos da abordagem multiprofissional.

Descrição do caso

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética sob o número: 07527312.8.0000.5482.

Paciente do sexo masculino, 45 anos. Foi acometido por PFP na hemiface esquerda e logo atendido por neurologista que classificou a paralisia como grau IV.

A avaliação clínica do neurologista constatou: grau IV na escala de *House Brackmann*¹⁷, caracterizada por paralisia moderada, com fraqueza

de musculatura, flacidez evidente, incapacidade mímica para elevação de músculo frontal, encerramento palpebral incompleto e boca assimétrica com esforço máximo.

A suspeita de PFP causada por *herpes simplex* 1 (HSV-1) veio a partir do relato de episódios anteriores e exame clínico. Assim, o tratamento medicamentoso foi iniciado: aciclovir/400mg por 5 dias, 400mg e Prednisona/20mg por 7 dias.

Após uma semana, iniciou atendimento fisioterápico e fonoaudiológico. Ao considerar este fato, pensa-se na possibilidade de uma fisiopatologia neuropráxica, caracterizada por perda de continuidade de transmissão do impulso nervoso, geralmente associado à desmielinização segmentar. A recuperação completa nestes casos é satisfatória¹⁸.

As principais queixas estavam relacionadas a dificuldades para expressar suas emoções e ao falar para um grupo de pessoas, principalmente em reuniões de trabalho. Inicialmente, a aparente assimetria facial e as distorções fonêmicas faziam com que ele limitasse seus movimentos mímicos e de articulação da fala, para que as distorções na face não se evidenciassem. Temia que se fizesse muitos movimentos faciais poderia agravar a assimetria facial.

Foi realizada a avaliação da função facial, sendo observado (no repouso) que a hemiface esquerda apresentava discreto rebaixamento de sobrancelha, olho mais aberto, pálpebra inferior caída, diminuição parcial do sulco nasolabial, bochecha flácida, desvio e depressão da comissura labial. Nos movimentos mímicos, foram observadas limitações da mobilidade e das expressões faciais¹⁹.

Com relação à fala, o sujeito muitas vezes escondia a boca com a mão enquanto falava para ocultar a assimetria facial, o que dificultava a compreensão. As distorções fonêmicas evidentes ocorriam nas consoantes bilabiais (/p/ /b/ e /m/), com desvio significativo para o lado contralateral (direito) e nas labiodentais, com fraqueza na produção do sons fricativos /f/ e /v/.

Quanto à alimentação, passou a comer de maneira mais fragmentada e lenta, mas se esforçava para usar o lado esquerdo, mesmo com o escape dos alimentos pela comissura labial. No momento da deglutição foi observado esforço na execução, com discreto movimento de elevação de cabeça como compensador da alteração de tonicidade do

músculo orbicular da boca e bucinador, além de restos de alimento que ficavam no vestíbulo da boca.

Procedimentos

O tratamento foi realizado durante 05 semanas.

Os fisioterápicos ocorreram 03 vezes por semana e consistiram de manobras de deslizamento no sentido da fibra muscular em toda a hemiface paralisada, associado à cinesioterapia (exercícios com objetivo de favorecer o retorno da função musculoesquelética²⁰) e exercícios de mímica facial.

Os fonoaudiológicos ocorreram 01 vez por semana e abordaram a reabilitação miofuncional, com manipulações manuais da musculatura da face no sentido de inserção das fibras musculares, associados aos exercícios miofuncionais para indução do movimento e melhora da tonicidade muscular^{18,21,22}. As distorções fonêmicas foram tratadas utilizando-se o recurso de leve apoio com o dedo indicador na região próxima a comissura labial esquerda, simultaneamente à emissão de sílabas e palavras. Além disso, foi estimulado a realizar, mesmo com dificuldades, os movimentos mímicos/expressivos da face e de articulação da fala.

No decorrer das sessões fonoaudiológicas, o paciente, expressou conteúdos psíquicos e sociais associados a sua condição clínica. A escuta terapêutica desse material fez parte do processo.

Após 02 semanas de atendimento fisioterápico e fonoaudiológico, iniciou a acupuntura, uma vez por semana, com aplicação de agulhas em acupontos que transmitem estímulos através da pele, gerando acesso direto ao sistema nervoso central. Os pontos de acupuntura foram selecionados de acordo com semiologia da língua, a pulsologia, os sintomas e o aspecto clínico do paciente^{23,24}.

Resultados

O tratamento multiprofissional visou ao aumento da excitabilidade do nervo, à promoção da regeneração das fibras nervosas, à melhora da contração muscular, da circulação sanguínea e da nutrição tecidual.

Após 05 semanas, uma reavaliação foi realizada e evidenciou melhora da simetria facial tanto no repouso quanto em movimentos mímicos e expressivos. Passou do grau IV (moderado) para o II (leve) da escala *House-Brackmann*¹⁷.

Também pôde-se constatar melhora na produção da fala (ausência de distorções fonêmicas) e na apreensão, mastigação e deglutição de alimentos.

A escuta terapêutica realizada pela fonoaudióloga também foi fundamental para uma recuperação simultânea dos aspectos psicossociais implicados, pois estimulou o paciente a lidar com esses conflitos e buscar alternativas para superá-los.

A acupuntura também exerceu importante função no tratamento, na medida em que acelerou a recuperação dos movimentos faciais, agindo diretamente nos pontos de tensão muscular, fazendo com que o paciente relatasse sensação de relaxamento e maior tranquilidade.

Discussão

A atuação integrada, ao contrário da supervalorização das especialidades técnicas, dos profissionais da área da saúde potencializa o processo de cuidado; gerando deslocamentos em todos os envolvidos no tratamento (profissionais de saúde, familiares e o próprio paciente) em direção à qualidade de vida do paciente^{15,16,25}.

No caso relatado, houve a participação de três profissionais (fisioterapeuta, fonoaudiólogo e médico acupunturista) de maneira simultânea e complementar, sem que houvesse hierarquização dos procedimentos clínicos.

Conforme explicitado anteriormente, a lesão neuropráxica pode ser um fator que favoreceu a recuperação do caso, porém a reabilitação realizada por profissionais da saúde não pode ser deixada de lado e mostra-se mais efetiva na recuperação dos casos de PFP¹⁸.

A literatura e os discursos dos profissionais demonstram uma tendência à escolha de apenas uma das abordagens de reabilitação, e são comumente citados os trabalhos exercidos pelo fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Rotineiramente, justificam que as práticas simultâneas podem prejudicar a recuperação do paciente¹³.

Porém, no caso estudado, esta questão foi superada pela integração permanente dos profissionais envolvidos¹⁵. Demonstra a mesma direção um estudo que evidenciou a efetividade do atendimento fonoaudiológico associado à técnica da acupuntura²⁴.

Como mencionado anteriormente, além das demandas funcionais, as emocionais e sociais também foram trazidas pelo paciente nas sessões fonoaudiológicas, e foram consideradas no processo de recuperação. Assim, entendeu-se que o paciente elegeu um profissional para exercer a função de

terapeuta (dentre os clínicos que atuaram no caso) para revelar angústias e limitações associadas ao sentimento de fragilidade diante da PFP²⁵.

Considerações Finais

Neste caso, a atuação conjunta de uma equipe multiprofissional contribuiu para o processo de tratamento da PFP, a saber: recuperação dos movimentos mímicos e expressivos, melhora na articulação da fala, na mastigação e na deglutição. O plano clínico adotado pela equipe mostrou resultados favorecedores ao caso, à medida que englobou as demandas trazidas pelo paciente, tanto no aspecto funcional quanto psicossocial.

O relato de caso em questão permite responder ao objetivo de evidenciar os efeitos positivos da abordagem multiprofissional, no entanto faz-se necessário considerar a realização de futuras pesquisas com casuística considerável, para que seja possível demonstrar a efetividade do tratamento realizado com equipe multiprofissional.

Referências Bibliográficas

1. Ekman P. Psychosocial aspects of facial paralysis. In: May M, (ed.). *The facial nerve*. New York: Thieme Medical; 1986:781-7.
2. Happa W, Liu J, Burggasser G, Flowers A, Gruber H, Freilinger G. Human facial muscles: dimensions, motor endplate distribution, and presence of muscle fibers with multiple endplates. *Anat Rec*. 1997;249(2):276-84.
3. Martinez-Penay y Valenzuela I, Hume RI, Krejai E, Akaaboune M. In vivo regulation of acetylcholinesterase insertion at the neuromuscular junction. *J Biol Chem*. 2005;280(36):31801-8.
4. Diels HJ, Combs D. Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngol Clin North Am*. 1997;30(5):727-43.
5. Silva MFF, Cunha MC, Lazarini PR, Fouquet ML. Conteúdos psíquicos e efeitos sociais associados à paralisia facial periférica: abordagem fonoaudiológica. *Int Arq Otorrinolaringol*. 2011;15(4):450-60.
6. Silva MFF, Guedes ZCF, Cunha MC. Aspectos psicossociais associados à paralisia facial periférica na fase sequelar: estudo de caso clínico. *Rev. CEFAC*. 2013;15(4):1025-31
7. May M. Microanatomy and pathophysiology of the facial nerve. In: May M. ed. *The facial nerve*. New York: Thieme Inc; 1986: 63-73.
8. Fernandes AMF, Lazarini PR. Anatomia do Nervo Facial. In: Lazarini PR, Fouquet ML. *Paralisia Facial: Avaliação, Tratamento e Reabilitação*. São Paulo: Lovise; 2006: 1-10.
9. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2008;265:743-52.
10. Mory MR, Tessitore A, Pfeilsticker LN, Couto Junior EB, Paschoal JR. Mastigação, deglutição e suas adaptações na paralisia facial periférica. *Rev. CEFAC*. 2013;15(2):402-10
11. Atolini Junior N, Jorge Junior JJ, Gignon VF, Kitice AT, Prado LSA, Santos VGW. Paralisia facial periférica: incidência das várias etiologias num ambulatório de atendimento terciário. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2009;13(2):167-71.
12. Lazarini PR, Vianna MF, Alcantara MPA, Scalia RA, Caiáffa Filho HH. Pesquisa do vírus herpes simples na saliva de pacientes com paralisia facial periférica de Bell. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006;72(1):7-11.
13. Tiemstra JD, Khatkhate N. Bell's palsy: diagnosis and management. *American Family Physician*. 2007;76(7):997-1002.
14. Silva IHB, Lopes TS, Motta ENM, Deveras JLA, Côrtes PC, Marques CCS, Rosa CRS, Silva VF, Pereira ABCNG. Paralisia facial periférica de Bell: Atualização do Tratamento. *Revista de Saúde Vassouras*. 2012;3(2):40-8.
15. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Cien Saúde Colet*. 2010;15(supl. 1):1685-98.
16. Mancopes R, Gonçalves BFT, Costa CC, Flores TG, Santos LD, Drozd Drc. Relato de Caso: a importância da atuação multiprofissional na laringectomia supracricóide. *Rev. CEFAC*. 2013;15(5):1379-86.
17. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985;93(2):146-7.
18. Bernardes DFF, Goffi-Gomez MVS, Pirana S, Bento RF. Functional profile in patients with facial paralysis treated in a myofunctional approach. *Pro Fono*. 2004;16(2):151-8.
19. Ross BG, Fradet G, Nedzelski J. M. Development of a sensitive grading system clinical facial. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;114(3):380-6.
20. Matos C. Paralisia facial periférica: o papel da medicina física e de reabilitação. *Acta Med Port*. 2011;24(supl. 4):907-14.
21. Gatignol P, Lannadere E, Lamas G. Le toucher dans La rééducation des paralysies faciales périphériques. *Rééducation Orthophonique*. 2008;236:99-114.
22. Magalhães Jr HV. Fonoterapia na paralisia facial periférica: uma abordagem miofuncional orofacial. *Rev bras promoz saúde*. 2009;22(4):259-63.
23. Shuhuai H, Honglin, Rong L. Review on acupuncture treatment of peripheral facial paralysis during the past decade. *J Tradit Chin Med*. 2006;15(1):63-7.
24. Rosa MCP, Moreira AFM, Araújo LB, Moreira Júnior LC, Motta AR. Comparação dos resultados da fonoterapia e fonoterapia associada à acupuntura na paralisia facial periférica. *Rev. CEFAC*. 2010;12(4): 579-88.
25. Cunha MC. Linguagem e Psiquismo: considerações fonoaudiológicas estritas. In: Fernandes FDM, BCA Mendes, Navas ALP. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2ª edição. São Paulo: Roca; 2009. Capítulo 43. p. 414-8.