
Considerações teóricas acerca do impacto físico, psíquico e social na paralisia facial periférica

Theoretical considerations about the physical, psychological and social impact on peripheral facial paralysis

Consideraciones teóricas sobre el impacto físico, psicológico y social de la parálisis facial periférica

*Mabile Francine Ferreira Silva**

*Maria Claudia Cunha***

Resumo

Este estudo enfatiza a importância de se considerar no atendimento clínico, principalmente o fonoaudiológico, os aspectos físicos, psíquicos e sociais para recuperação e reabilitação dos casos de paralisia facial periférica. Para tanto, foram apresentadas fundamentações teóricas acerca da história do rosto, aspectos fisiopatológicos da paralisia facial periférica, a escuta terapêutica na psicanálise e a teoria do estigma. Pode-se evidenciar que alterações na simetria, tonicidade e expressão na face acarretam prejuízos psíquicos e sociais significativos. Por fim, considera-se que o rosto como representante primordial da comunicação verbal e não verbal tem papel fundamental durante as interações sociais e, por esta razão, limitações dos movimentos faciais podem comprometer consideravelmente o processo de comunicação e socialização, sendo este um importante objeto de trabalho da fonoaudiologia.

Palavras-chave: Paralisia Facial; Paralisia de Bell; Impacto Psicossocial; Fonoaudiologia.

* Universidade Ceuma (UC) - São Luis-MA - Brasil.

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) - São Paulo-SP, Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: MFFS Fundamentação teórica e administração do projeto. MCC Administração do projeto, análise e revisão do conteúdo.

Contato para correspondência: Mabile Francine Ferreira Silva.

E-mail: mabilef@hotmail.com

Recebido: 11/08/2015 **Aprovado:** 11/11/2015

Abstract

This study emphasizes the importance of considering in clinical care, especially speech, physical, psychological and social aspects of recovery and rehabilitation of cases of facial paralysis. Therefore, we presented theoretical predictions about the history of the face, pathophysiology of peripheral facial palsy, therapeutic listening in psychoanalysis and the theory of stigma. One can show that changes in symmetry, tone and expression on the face carry significant psychological and social impairments. Finally, it is considered that the face as the primary representative of the verbal and non-verbal functions has a key role during social interactions and, therefore, limitations of facial movements can greatly compromise the process of communication and socialization, which is an important object of speech therapy work.

Keywords: Facial Paralysis; Bell Palsy; Psychosocial Impact; Speech, Language and Hearing Sciences.

Resumen

Este estudio pone de relieve la importancia de considerar en la atención clínica, especialmente el habla, los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la recuperación y rehabilitación de los casos de parálisis facial. Por lo tanto, presentamos las predicciones teóricas sobre la historia de la cara, la fisiopatología de la parálisis facial periférica, la escucha terapéutica en el psicoanálisis y la teoría del estigma. Se puede demostrar que los cambios en la simetría, el tono y la expresión en la cara llevan alteraciones psicológicas y sociales. Por último, se considera que la cara como el principal representante de las funciones verbales y no verbales un papel clave durante las interacciones sociales y, por tanto, las limitaciones de los movimientos facial puede comprometer en gran medida el proceso de comunicación y socialización, que es un objeto importante de trabajo de terapia del habla.

Palabras clave: Parálisis Facial; Parálisis de Bell; Impacto Psicosocial; Fonoaudiología.

Introdução

O rosto é um dos aspectos de maior subjetividade humana. Um dos principais elementos de identidade é constituído a partir dele, e os traços que o caracterizam o distinguem de quaisquer outros indivíduos. Essa é a parte de maior evidência do corpo humano, sendo também a mais dinâmica e expressiva. A emoção conferida a ele é capaz de exibir uma série de expressões, por isso exerce um papel importante na mediação das relações sociais¹⁻³.

Por essa razão, é necessário investigar o impacto físico, psíquico e social que a limitação ou impossibilidade de expressar emoções faciais pode causar, como os retratados nos casos de paralisia facial periférica (PFP)⁴.

Na PFP são observados distúrbios na expressão e mímica facial, na fala, mastigação, deglutição e oclusão palpebral⁵⁻⁹, além de alterações na gustação, salivação, lacrimejamento, hiperacusia e hipoestesia no canal auditivo externo¹⁰.

O impacto psíquico e social da PFP pode englobar dificuldades na comunicação verbal e não verbal, nas relações sociais^{4,11}, estresse emocional, ansiedade e depressão¹². Além de o sujeito ser ou sentir-se rejeitado por outros, ele pode evitar frequentar locais públicos¹³.

Nesse sentido, todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento do sujeito com PFP precisam ser investigados, como os sentimentos frente aos sintomas e os modos próprios de lidar com a situação.

Desta forma, o objetivo do estudo foi realizar uma explicitação dos fundamentos teóricos a

respeito da importância do rosto, aspectos fisiopatológicos da PFP e aspectos relativos ao estudo do corpo sintomático na psicanálise e na teoria do estigma.

O rosto como objeto de estudo

A expressão é um elemento essencial para o desenvolvimento humano, e para tal se destaca a importância do rosto. Ao mesmo tempo em que os traços e expressões faciais estão envolvidos no processo comunicativo e de socialização, também são primordiais na individualização, revelando a interioridade e os sentimentos do sujeito¹.

O rosto pode ser compreendido como espaço de percepção de si em relação aos outros, em que se anuncia a certeza de que o “rosto fala”, ou seja, o sujeito exprime-se pelas expressões faciais³. Assim, o rosto é um importante componente de autoconceito, constituindo uma marca de subjetividade que tem papel fundamental no processo de comunicação humana^{3,14}.

Ao qualificar que a comunicação é também compreendida pelas expressões faciais, o rosto desempenha papel fundamental na interpretação do pensamento humano, pois a maleabilidade e sutileza dos movimentos mímicos fazem com que se infiram quais os possíveis sentimentos transmitidos em uma interação¹. Complementando, a expressão facial é primordial na comunicação emocional, conexão e nas relações sociais¹⁵.

As técnicas de decifração da aparência humana defendiam que o rosto podia revelar as intenções do sujeito, incluindo os seus defeitos e qualidades, servindo assim o rosto como um mapa da subjetividade¹. A partir desse pressuposto, a constituição de uma aparência “normal” da face tem sido moldada pela sociedade, e quaisquer desvios dessa norma podem levar à estigmatização^{15,16}.

Desse modo, salienta-se o caráter devastador que uma ineficácia funcional na face pode causar. Assim, uma reflexão do modo como é visto e como se sente o sujeito acometido pela PFP é importante, à medida que o cenário contemporâneo enaltece a aparência física e admite que as linhas do rosto são tomadas como signos que constituem uma escrita da personalidade humana.

Aspectos fisiopatológicos da paralisia facial periférica

A Os músculos da face caracterizam-se 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 faciais¹⁷.

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 prazo¹⁷.

A PFP é um exemplo disso 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 de o 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 Falópio¹⁸.

Essa é uma afecção que representa a manifestação de muitas enfermidades, com diversas causas conhecidas¹⁸. Dentre estas, a associada ao vírus herpes simples tem sido mencionada com recorrência na última década, no entanto, o predomínio do diagnóstico por paralisia idiopática, também referida como Paralisia de Bell, ainda corresponde a 60% e 75% dos casos¹⁹.

A incidência de PFP foi estimada em 11,5 a 40,2 casos a cada 100.000 pessoas por ano²⁰. Outros dados indicaram uma variação de 13 a 34 casos a cada 100.000 pessoas, anualmente¹⁹. Os picos etários estão nas faixas de 30 a 50 anos e dos 60 a 70 anos²¹.

As dificuldades comumente encontradas são:

- 1) diminuição da tonicidade muscular, evidenciada, principalmente, na mímica facial e expressão de emoções⁷;
- 2) dificuldades nas funções mastigatórias e fase oral da deglutição devido à diminuição de tonicidade do músculo orbicular dos lábios e bucinador e restrição da pressão intraoral. Engasgos também podem ocorrer, devido à diminuição salivar e paralisia dos músculos estilo-hióideo e ventre posterior do digástrico^{5,6,8,9};
- 3) alterações na fala, especificamente na produção dos fonemas bilabiais e labiodentais, causada

pelo comprometimento do músculo bucinador e dificultada pelo desvio naso-labial⁸;

4) hiperacusia e dormência ao redor da orelha^{7,10};

5) incapacidade de fechar os olhos (lagof-talmo), redução do reflexo de piscar e do lacrimajamento, que podem gerar úlceras de córnea, desconfortos e dor decorrentes de uma exposição prolongada⁸.

O tempo de recuperação da PFP é determinado pelo grau da lesão do nervo facial, de suas diversas etiologias, da idade do paciente e de como o caso é conduzido pelos profissionais da saúde envolvidos. A regeneração dos movimentos faciais pode ser total ou parcial²².

O início repentino da afecção, muitas vezes acompanhado de uma causa desconhecida, intensifica o sofrimento psíquico e interfere nas relações sociais, provocando consequências que vão além das funcionais^{4,10,11}. O decréscimo da autoestima, ansiedade, depressão e isolamento são efeitos conhecidos e serão explanados nos próximos subitens.

O corpo, seus sintomas e a escuta na psicanálise: contribuições para a fonoaudiologia

Para que este trabalho faça sentido aos fonoaudiólogos, o estudo da psicanálise faz-se necessário. Cunha²³ delimitou que a consistência teórica da psicanálise contribui para a profundidade da prática fonoaudiológica, sem perder a especificidade do campo de atuação. Ou seja, adotar uma concepção psicanalítica não exclui a especificidade fonoaudiológica, mas é importante compreender que a “unidade corpo/mente” é indissolúvel.

A partir da associação de corpo sintomático com o conceito teórico psicanalítico, é possível uma especificidade tanto da escuta quanto das interpretações fonoaudiológicas, porém, em um enquadre distinto do analítico²³. Para continuar essa discussão, vale elencar conceitos aqui pertinentes da psicanálise.

A clínica psicanalítica extrai a sua eficácia da escuta de uma fala que substitui os sintomas (sinais) por representações (símbolos), possibilitando que a compreensão dos sintomas vá além da dimensão corporal²⁴.

Nas perturbações psicossomáticas, a saúde desregada faz com que o corpo sofra com a doença,

mas a origem de sua disfunção fisiológica é uma desordem inconscientemente psíquica²⁵. As perturbações residem em uma falta de representação devido a um trauma carregado de afeto que, por esse motivo, fica excluído de conexões associativas com o restante do ser²⁶.

Os quadros de depressão e ansiedade, por exemplo, estão frequentemente associados à somatização, e seus sintomas manifestos como queixas, muitas vezes vagas, podem aparecer como “metáforas corporais”, sendo essa uma maneira de comunicar um sofrimento^{27,28}.

Uma afecção pode também ser entendida como uma expressão do paciente em lidar com a realidade, por essa razão o processo de adoecimento precisa ser compreendido como um desencontro de tendências dentro de si. Ao adotar os órgãos de linguagem e intencionalidade, o sujeito adoecido evidencia o seu subjetivismo²⁸.

Ao se voltar para a escuta, o profissional encontra uma forma de acesso do sujeito a algo ainda desconhecido dentro de si mesmo. Nesse caso, as palavras revelam um conteúdo latente que, inicialmente, produzem descargas e depois associações com o que está se retratando. Esse conteúdo latente demanda um desejo de ser compreendido em sua dor, e o terapeuta usa a escuta como via de acesso ao desconhecido que habita o sujeito. As demandas que circulam, na maior parte das vezes, não são lógicas e de fácil deciframento, mas em sua essência comunicam o desejo e a necessidade de serem escutadas²⁹.

Este trabalho sugere que a escuta seja empregada na clínica fonoaudiológica para que o profissional seja capaz de acolher o sofrimento de um sujeito, especialmente aqui, nos casos de PFP. Freud, no início de sua experiência clínica, mesmo antes de fundar a psicanálise, propunha que se escutasse o paciente²⁹.

Isto é reiterado com Winnicott³⁰, ao explicitar que a escuta pode ser adotada por outros profissionais. Exemplificando: diante de uma plateia de padres anglicanos, ele é questionado sobre o momento em que é necessário que o psicanalista atue em um caso, quando o próprio meio em que o sujeito vive, por exemplo, na própria igreja com o padre, pode suprir essas necessidades. Winnicott responde que se aquilo que é dito mantém o interesse de quem exerce a escuta, independente da gravidade do seu conflito ou sofrimento, o próprio padre pode ajudar, porém, quando aquela fala causa

estranheza, então ela precisa de direcionamento e tratamento com outro profissional.

É importante lembrar que é por meio da escuta e pela mediação da transferência que o imaginário e a realidade são trazidos, e isso se dá pelo estabelecimento das relações entre as experiências, revivências do passado ou novas situações para o sujeito, colocando-se a possibilidade de representar a mediação da mente na produção do sintoma^{25,26}.

Porém, se o profissional da saúde vai de encontro com a visão subjetiva do paciente, a relação costuma ser conflitiva, principalmente se há uma intenção do profissional da saúde em diminuir, ignorar ou descartar a importância desses sintomas. A tendência é que essa relação fique abalada e que até o processo previsto de melhora se retarde²⁸.

Nos casos de PFP, o processo de adoecimento marca uma ruptura no planejamento e rotina, fazendo com que o sujeito não encontre um sentido e viva de maneira restrita. As transformações drásticas e abruptas na PFP geram forte impacto.

Sintetizando, se o fonoaudiólogo fica alheio a esses sinais, em muitos casos a evolução do caso clínico não acontece, pois não só a técnica de recuperação e reabilitação da PFP mostra-se suficiente, mesmo que seja corretamente empregada, sendo indispensável que a função psíquica dos sintomas se revele.

A Teoria do Estigma

Para apresentação deste subitem o referencial teórico adotado foi a Teoria do Estigma de Goffman¹⁶, estudo importante para a compreensão das consequências nas interações sociais que as alterações na face podem causar.

O estigma é uma referência depreciativa a uma identidade deteriorada pela ação social, que afeta indivíduos com deformações físicas, psíquicas, de caráter ou qualquer outra característica que os torne, perante os outros, diferentes. Assim afetados, esses sujeitos lutam, diária e constantemente, para construir/fortalecer sua identidade social.

O fato de não se atender aos padrões de normalidade estética favorece a rejeição social. E, nessas circunstâncias, o indivíduo sofre duplamente: por não ter uma expressão apreciada pelo seu meio social, mas, sobretudo, por atribuir um caráter extremamente doloroso às suas limitações, o que fragiliza sua identidade.

Essa situação desconfortável pode se intensificar quando estranhos se sentem livres para entabular conversas nas quais expressam o que consideram uma curiosidade sobre a sua condição, ou quando oferecem uma ajuda que não é necessária ou não é desejada. As interações podem ser angustiantes, tanto para o sujeito estigmatizado quanto para o “normal”. As pessoas podem tirar conclusões errôneas, supondo que o sujeito estigmatizado ou é muito agressivo ou é muito tímido. Ainda, as pessoas “normais” sentem que, se não mostrarem sensibilidade e interesse direto pela situação do outro, estão cometendo uma falha ao não serem solidárias ao sujeito estigmatizado.

Diante disso, o sujeito estigmatizado pode se defender antecipadamente, por exemplo, ao não se expor diante dos outros ou evitar certos locais e contatos sociais. Na falta de interações sociais saudáveis, a pessoa, possivelmente, torna-se desconfiada, deprimida, ansiosa e confusa.

Ainda, o indivíduo estigmatizado pode utilizar sua identidade para “ganhos secundários”, como, por exemplo, ao se tornar uma desculpa para fracassos ao qual chegou por outras razões ou analisando como uma lição de vida.

Considerações Finais

A investigação dos conteúdos subjetivos está consideravelmente envolvida nos casos de PFP. Dessa maneira, o referencial teórico relacionado à história do rosto na sociedade, à psicanálise e à teoria do estigma contribuiu para o desenvolvimento do estudo. A mudança na simetria, tonicidade e expressão da face pode acarretar prejuízos psíquicos e sociais significativos que ficam mais intensos conforme as sequelas e prolongamento da PFP.

A relevância deste estudo para fonoaudiólogos que atuam em casos de PFP se justifica por dois fatores. Primeiro, pelo fato de o rosto apresentar uma função primordial na comunicação verbal e não verbal durante as interações sociais, sendo que quaisquer limitações ou prejuízos dos movimentos faciais podem comprometer drasticamente o processo de comunicação e socialização, sendo este um importante objeto de trabalho da fonoaudiologia.

Segundo, porque frequentemente esses conteúdos subjetivos são levados à clínica fonoaudiológica, devido à própria condição de estabelecimento de condutas, contato constante com o profissional durante o processo de recuperação e reabilitação

e vínculo constituído com o paciente. Porém, muitas vezes, o fonoaudiólogo acredita não ser de sua competência escutar esses conteúdos, de maneira a não se atentar para o fato de que uma condição de fragilidade pode estagnar o processo terapêutico, e, por consequência, o fonoaudiólogo transfere a responsabilidade do insucesso clínico somente ao sujeito.

Por esse motivo esses aspectos foram discutidos ao longo do trabalho com o intuito de fundamentar os conteúdos subjetivos e fazer com que esta proposta seja uma extensão da prática clínica fonoaudiológica.

Referências Bibliográficas

1. Courtine JC, Haroche C. História do rosto: exprimir e calar as suas emoções (do século XVI ao início do século XIX). Lisboa: Editora Teorema; 1988.
2. Ekman P. Facial expressions of emotion: new findings, new questions. *Psychol. Sci.* 1992; 3(1): 34-8.
3. Maluf-Souza O. Fealdade e Anatomia: Sentidos instalados a partir de uma história do rosto. In: III ENALIHC – Encontro Nacional Linguagem, História e Cultura e CEPEL – Centro de Estudo e Pesquisa em Linguagem. UNEMAT; 3ª edição do evento Campus Universitário de Pontes e Lacerda-MT, 2009.
4. Silva MFF, Cunha MC, Lazarini PR, Fouquet ML. Conteúdos psíquicos e efeitos sociais associados à paralisia facial periférica: abordagem fonoaudiológica. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2011; 15(4): 450-60.
5. Seçil Y, Aydogdu I, Ertekin C. Peripheral facial palsy and disfunction of the oropharynx. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002; 72(3): 391-3.
6. Swart BJ, Verheij JC, Beurkens CH. Problems with eating and drinking in patients with unilateral peripheral facial paralysis. *Dysphagia.* 2003; 18(4): 267-73.
7. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. *EurArchOtorhinolaryngol.* 2008; 265(7): 743-52.
8. Tessitore A, Pfeilsticker LN, Paschoal JR. Aspectos neurofisiológicos da musculatura facial visando a reabilitação na paralisia facial. *Rev CEFAC.* 2008; 10(1): 68-75.
9. 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.
10. Twerski AJ, Twerski B. The emotional impact of facial paralysis. In: May M. (ed.). *The facial nerve.* New York: Thieme; 1986: 788-94.
11. 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): 1025-13.
12. Weir AM, Pentland B, Crosswaite MJ, Mountain R. Bell's palsy: the effect on self-image, mood state and social activity. *ClinicRehab.* 1995; 9(2): 121-5.
13. Beurskens CHG, Swart BJM, Verheij JCGE. Problems with eating and drinking in patients with unilateral peripheral facial paralysis. *Dysphagia.* 2003; 18(4): 267-73.
14. Bradbury ET, Simon W, Sanders R. Psychological and social factors in reconstructive surgery for hemi-facial palsy. *J PlastReconstrAesthetSurg.* 2006; 59(3): 272-8.
15. Ekman P. Psychosocial aspects of facial paralysis. In: May M. (ed.) *The facial nerve.* New York: Thieme; 1986: 781-7.
16. Goffman E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1988.
17. Diels HJ, Combs D. Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngol Clin North Am.* 1997; 30(5): 727-43.
18. May M. Microanatomy and pathophysiology of the facial nerve. In: May M. ed. *The facial nerve.* New York: Thieme Inc; 1986: 63-73.
19. Falavigna A, Teles AR, Giustina AD, Kleber FD. Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento. *Scientia Medica.* 2008; 18(4): 177-83.
20. Aboytes-Meléndez CA, Torres-Venezuela A. Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango, México. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2006; 69(2): 70-7.
21. Teixeira LJ, Soares BGDO, Vieira VP, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Data base Syst Rev.* 2011 Dec7; 12: CD006283.
22. Irintchev A, Wernig A. Denervation and reinnervation of muscle: physiological effects. *European archives of otorhinolaryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology – Head and Neck Surgery.* 1994: S28-30.
23. Cunha MC. Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território. 2ª ed. São Paulo: Plexus; 2001.
24. Freud S. (1916-1917) Conferências introdutórias à psicanálise. Vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
25. Dolto F. A imagem inconsciente do corpo. São Paulo: Perspectiva; 2002.
26. Freud S. (1894) As neuropsiconeuroses de defesa. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. vol. III. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
27. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiat.* 1988; 145(11): 1358-68.
28. Ávila LA. O eu e o corpo. São Paulo: Escuta; 2004.
29. Macedo MMK, Falcão CNB. A escuta na psicanálise e a psicanálise na escuta. *Psychê.* 2005;9(5):65-76.
30. Winnicott DW. Holding e Interpretação. São Paulo: Martins Fontes; 1991.