

# Autopercepção da paralisia facial e condições sociodemográficas-clínicas de pacientes pós-AVC agudo: uma análise de associação

Self-perception of facial paralysis and sociodemographic-clinical conditions of post-acute stroke patients: association analysis

Autopercepción de pacientes agudos faciales y condiciones sociodemográficas-clínicas posteriores post-accidente cerebrovascular en la fase aguda un análisis de asociación de pacientes

Raquel Karoline Gonçalves Amaral\* 

Aline Mansueto Mourão\* 

Simone Rosa Barreto\* 

Tatiana Chaves Simões\*\* 

Laelia Cristina Caseiro Vicente\* 

## Resumo

**Introdução:** A Paralisia Facial é uma das sequelas mais comuns em pacientes pós- Acidente Vascular Cerebral, podendo ocasionar uma série de consequências negativas para autopercepção. **Objetivos:** Avaliar autopercepção dos pacientes quanto à paralisia facial pós-Acidente Vascular Cerebral na fase aguda e verificar se está relacionada às condições sociodemográficas e clínicas. **Método:** Trata-se de estudo descritivo observacional com 86 pacientes com paralisia facial pós-Acidente Vascular Cerebral.

\* Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

\*\* Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG, Brasil.

### Contribuição dos autores:

RKGA, SRB: planejamento da pesquisa, coleta de dados a campo, análises dos dados e redação do artigo.

AMM, TCS, LCCV: planejamento da pesquisa, análises dos dados e a redação do artigo.

**Endereço para correspondência:** Raquel Karoline Gonçalves Amaral - raquelkaroline21@gmail.com

**Recebido:** 21/07/2021

**Aprovado:** 19/04/2021

Os critérios de inclusão foram idade acima de 18 anos, escala de Glasgow maior que 13 e compreensão preservada. Dados sócio-demográficos e clínicos foram extraídos do prontuário. A mímica facial foi avaliada com protocolo House & Brackmann (1985) e a autopercepção quanto aos incômodos físicos e psicossociais pelo questionário de auto-avaliação da condição facial. Foram realizadas análises descritiva e de associação com significância estatística de 5%. **Resultados:** O grau de comprometimento da paralisia facial variou entre moderado a paralisia total. A maioria dos pacientes avaliou a face em repouso como boa, movimento da face como péssima e ruim, sendo os lábios com pior classificação. Os pacientes relataram muito prejuízo nas atividades sociais, muita insatisfação com a face e médio prejuízo da alimentação. A análise de associação revelou que a autopercepção da face em repouso está associada ao sexo e ao comprometimento neurológico. **Conclusão:** Os pacientes na fase aguda do Acidente Vascular Cerebral possuem autopercepção de que a paralisia facial impacta no movimento dos lábios e atividades psicossociais, sendo pior para as mulheres e naqueles com o nível de comprometimento neurológico moderado e grave.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Autoimagem; Paralisia facial; Expressão facial e Impacto Psicossocial.

### **Abstract**

**Introduction:** Facial palsy is one of the most common sequelae in post-stroke patients, bringing a series of negative consequences for self-perception. **Objective:** To evaluate patients' self-perception regarding facial palsy after acute stroke and verify if it is related to sociodemographic and clinical conditions. **Method:** This is a descriptive observational study with 86 patients with facial paralysis after acute stroke admitted to a public hospital. The inclusion criteria were age over 18 years, Glasgow scale above 13 and preserved understanding. Socio-demographic and clinical data were extracted from the medical records. Facial mimicry was assessed using the House & Brackmann protocol (1985) and self-perception of physical and psychosocial discomfort using the facial condition self-assessment questionnaire. Descriptive and association analyses were performed with statistical significance of 5%. **Results:** The degree of impairment of facial paralysis varied from moderate to total paralysis. Most patients rated the resting face as good, face movement as very bad and bad, with the lips being the worst rated. The patients reported a lot of damage in social activities, a lot of dissatisfaction with the face and medium impairment on eating. The association analysis revealed that self-perception of the face at rest is associated with sex and neurological impairment. **Conclusion:** Patients in the acute phase of stroke have a self-perception that facial paralysis impacts on lip movement and psychosocial activities, being worse for women and those with moderate and severe neurological impairment.

**Keywords:** Stroke; Self Concept; Facial Paralysis; Facial Expression and Psychosocial Impact .

### **Resumen**

**Introducción:** La parálisis facial es una de las secuelas más comunes en pacientes post-accidente cerebrovascular, que puede causar una serie de consecuencias negativas para la auto-percepción. **Objetivos:** Evaluar la auto-percepción de los pacientes con respecto a la parálisis facial después del accidente cerebrovascular en la fase aguda y verificar si está relacionada con condiciones sociodemográficas y clínicas. **Método:** Este es un estudio descriptivo observacional con 86 pacientes con parálisis facial después del accidente cerebrovascular. Los criterios de inclusión tenían una edad superior a los 18 años, glasgow escalaba más de 13 y se conservaba la comprensión. Los datos sociodemográficos y clínicos se extrajeron de los registros médicos. El mimetismo facial fue evaluado usando el protocolo house & brackmann (1985) y la auto-percepción de las molestias físicas y psicosociales explora la autoevaluación de la condición facial. Se realizaron análisis descriptivos y asociativos con una significación estadística del 5%. **Resultados:** El grado de afectación de la parálisis facial osciló entre la parálisis moderada y total. La mayoría de los pacientes calificaron la cara en reposo como buena, el movimiento facial como malo y malo, siendo los labios los peor valorados. Los pacientes reportaron mucho deterioro en las actividades sociales, mucha insatisfacción con el deterioro facial y medio de los alimentos. El análisis de la asociación

reveló que la autopercepción de la cara en reposo se asocia con el sexo y el deterioro neurológico. **Conclusión:** Los pacientes en la fase aguda del accidente cerebrovascular tienen la autopercepción de que la parálisis facial afecta el movimiento de los labios y las actividades psicosociales, siendo peor para las mujeres y aquellos con el nivel de deterioro neurológico moderado y grave.

**Palabras clave:** Accidente Cerebrovascular; Autoimagen; Parálisis Facial; Expresión Facial y Impacto Psicosocial.

## Introdução

A Paralisia Facial (PF) é uma das sequelas mais comuns em pacientes pós-AVC, representando mais da metade dos indivíduos acometidos por esta doença<sup>1</sup>. Tal alteração ocorre devido à interrupção da informação motora em qualquer ponto do trajeto ou na via motora facial central do nervo facial (VII par craniano) para os músculos da face<sup>2</sup>.

A PF pode ocasionar dificuldades na alimentação, mastigação, deglutição, paladar, salivação, fala<sup>1</sup> e insatisfação com a estética facial<sup>3,2</sup> trazendo uma série de consequências negativas para auto-percepção, comunicação emocional e interação social<sup>4,5</sup>. O indivíduo, após sofrer um AVC, pode apresentar várias sequelas, de ordem física, comunicativa, funcional, sensitiva, cognitiva ou emocional que interferem na sua autopercepção<sup>6</sup>.

A complexidade do comprometimento neurológico e das particularidades individuais pode contribuir para que os pacientes com PF pós-AVC classifiquem a gravidade da paralisia facial diferentemente dos profissionais, devido ao incômodo biopsicossocial<sup>7</sup>. Alguns estudos com Paralisia Facial Periférica (PFP) discutem a visão do paciente e do profissional quanto ao grau de comprometimento da paralisia facial<sup>8</sup> como, por exemplo, as paralisias faciais classificadas como leves pelo fonoaudiólogo podem ser consideradas de grave impacto físico e emocional pelo paciente<sup>9,10</sup>.

Uma das formas apresentada pela literatura de avaliar autopercepção do paciente com PFP é por meio da aplicação de questionários e escalas<sup>9,3,11,12</sup>. Apesar da diversidade de instrumentos, incluindo o Questionário de Paralisia Facial (QFP)<sup>3</sup>, a Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF)<sup>11</sup>, a Facial Clinimetric Evaluation Escala (FaCE)<sup>12</sup> e o questionário de auto-avaliação da condição facial do paciente<sup>9</sup>, os resultados apresentados convergem para o impacto negativo gerado na expressão facial após a PFP, sob a perspectiva do paciente. Dentre os impactos psicossociais observados, os pacientes relataram como não efetivo para expressar

emoções, principalmente na expressão de sorriso e tristeza<sup>9</sup>, dificuldades em se relacionar com o companheiro (a) ou iniciar um relacionamento com alguém<sup>11</sup>, vontade de se isolar durante as relações pessoais<sup>9,11</sup> bem como dificuldades na alimentação e na comunicação<sup>9,11,12</sup>.

Portanto, é necessário considerar a opinião do paciente e criar estratégias de autopercepção da PF pós-AVC, visto que a negligência dessa análise pode impactar significativamente nos aspectos psicossociais, ocasionando desânimo de se expressar, tornando-o mais ansioso e depressivo<sup>5,8,10</sup>.

A avaliação da autopercepção do paciente quanto à sua condição facial é essencial para a recuperação da mímica facial, pois permite que os incômodos percebidos pelo paciente sejam prioritariamente tratados para que haja maior adesão, engajamento, motivação e atenção do indivíduo em prol da intervenção voltada ao modelo biopsicossocial, favorecendo um resultado terapêutico eficaz<sup>14,9</sup>.

Diante disso, torna imprescindível conhecer a autopercepção dos pacientes quanto à PF pós-AVC na fase aguda para o auxílio dos profissionais de saúde na reabilitação e na orientação aos pacientes sobre os possíveis prejuízos físicos e psicossociais<sup>9</sup>. O presente estudo visa avaliar a autopercepção dos pacientes quanto à PF pós-AVC na fase aguda e verificar se a autopercepção está relacionada às condições sócio-demográficas e clínicas.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo observacional realizado na unidade de AVC de um hospital público com pacientes internados no período de outubro de 2017 a agosto de 2019. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer 3.082.696 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, para recrutamento dos participantes, uma busca ativa no prontuário eletrônico com o código dos pacientes catalogados na Classi-

ficação Internacional de Doenças como CID 10–I64 (Acidente Vascular Cerebral não especificado como isquêmico ou hemorrágico) foi realizada para localizar todos os pacientes internados. Os dados sócio-demográficos e clínicos foram extraídos dos prontuários para análise dos critérios de inclusão, sendo eles, pacientes com diagnóstico de AVC e paralisia facial na fase aguda da doença (tempo de ictus de até sete dias), idade acima de 18 anos, nível de consciência adequado (escala de *Glasgow* com pontuação mínima de 13), compreensão preservada. Os critérios de exclusão foram indivíduos com outras deformidades craniofaciais, apraxia, afasia de compreensão, história prévia de PF, doenças degenerativas, ou que por algum motivo não completaram ou realizaram todos os procedimentos do estudo.

Para descrever o perfil dos participantes selecionados também foram obtidos nos prontuários os dados clínicos sobre resultados da Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC), tipo de AVC, locais e extensão da lesão no encéfalo, gravidade do comprometimento neurológico pela *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS)<sup>13</sup> e do déficit funcional por meio da Medida de Independência Funcional (MIF)<sup>14</sup>. Todos os possíveis participantes foram submetidos a triagem para identificação das afasias<sup>15,16</sup> a fim de verificar quem realmente poderia compor a amostra.

Após a etapa de identificação e aceite dos pacientes em participar do estudo, a mímica facial dos indivíduos foi avaliada por uma fonoaudióloga com experiência na área de AVC. A simetria facial foi avaliada tanto em repouso como em movimento, comparando os dois lados da face. Para a investigação completa dos movimentos foram solicitados aos participantes que fizessem “cara de assustado”, “cara de bravo”, “cara de cheiro ruim”, “fechar os olhos suavemente”, “fechar os olhos com força”, “sorriso aberto”, “sorriso fechado”, “cara de triste”, “beijo” e “bico”<sup>17</sup>. Durante todo o procedimento os pacientes estavam sentados à beira do leito e a avaliação da simetria da face foi registrada por meio da câmara do celular Samsung Galaxi j7 de 13 MP, gravação de vídeo: 2160p e resolução: 720 x 1520 com a distância de aproximadamente 70 centímetros do participante e com iluminação natural do ambiente.

Em seguida, por meio de entrevista, foi aplicado o questionário de auto-avaliação da condição facial do paciente<sup>9</sup> para analisar sua autopercepção

quanto aos incômodos físicos e psicossociais com relação à face. Para tanto, o paciente entrevistado deveria classificar, por meio da escala *Likert*, qual a sua opinião sobre: 1) o impacto da paralisia facial em repouso; 2) movimentar a testa, os olhos e os lábios; nesses itens a escala variava entre 0 e 4 (péssima a ótima, respectivamente); 3) presença de prejuízo nas atividades sociais e grau do mesmo; 4) a insatisfação com sua face no dia da entrevista e 5) presença de prejuízo na alimentação; nesses itens a escala variava entre 0 e 3 (nenhum a muito, respectivamente)<sup>9</sup>.

Os pacientes foram entrevistados, por meio de leitura das perguntas de forma literal. Quando surgiam dúvidas, a pesquisadora responsável apresentava exemplos. Na pergunta de número três foi exemplificado ao paciente quais poderiam ser os prejuízos nas atividades sociais e profissionais, sendo eles: vergonha, inferioridade ou vontade de se isolar durante as suas relações pessoais.

Os procedimentos de avaliação fonoaudiológica da mímica facial e de auto-avaliação da condição facial do paciente foram realizados no mesmo dia.

Para classificar o grau de comprometimento da paralisia facial foi utilizada a escala proposta por House & Brackmann (1985)<sup>18</sup> Mesmo essa escala sendo idealizada para paralisia facial periférica, optou-se em usar neste estudo por não existir, até o momento, uma escala específica para Paralisia Facial Central. Ademais, um estudo verificou forte concordância intra e interavaliadores com essa escala<sup>19</sup>. Para a classificação do grau de comprometimento foi considerado principalmente o terço inferior da face, considerando que eram pacientes pós-AVC<sup>17</sup>.

Para análise dos dados, a variável resposta foi a autopercepção da paralisia facial em repouso, movimento, e das funções faciais, porém em virtude das três variáveis (testa, olhos e lábios) proposta no questionário de auto-avaliação da condição facial do paciente para PFP<sup>9</sup> foi considerada a pior classificação de movimento entre testa, olhos e lábios para análise estatística. As variáveis explicativas foram os dados sócio-demográficos (idade, sexo, escolaridade) e clínicos (NIHSS, MIF e grau da paralisia facial).

A análise descritiva foi realizada pela distribuição de frequência de todas as variáveis categóricas. Para a análise de associação entre as variáveis respostas com as explicativas foi utilizado o teste Exato de Fisher com estimativa de Monte Carlo.

O nível de significância utilizado foi de 5%. O programa utilizado para a realização das análises estatísticas foi o IBM SPSS *Statistics version 24*.

## Resultados

Dos 86 pacientes incluídos no estudo, a maioria era do sexo masculino (58,1%), com menos de 65 anos (62,8%) e cursava o ensino fundamental

incompleto (38,4%). Houve maior ocorrência do Acidente Vascular Cerebral isquêmico (83,7%), comprometimento neurológico moderado na escala NIHSS (55,8%) e dependência modificada com assistência em até 50% na tarefa na escala MIF (61,6%). O lado esquerdo foi o mais acometido pela paralisia facial (66,9%) e o grau de comprometimento da PF pós-AVC variou entre moderado a paralisia total em 89,5% dos casos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

		n	%
Sexo	Masculino	50	58,1
	Feminino	36	41,9
Faixa etária (anos)	Menos de 44	5	5,8
	44 a 55	19	22,1
	56 a 65	30	34,9
	66 a 75	20	23,3
	76 a 85	10	11,6
	Mais de 85	2	2,3
Escolaridade	Analfabeto	9	10,5
	Ensino fundamental incompleto	33	38,4
	Ensino fundamental completo	13	15,1
	Ensino médio incompleto	12	13,9
	Ensino médio completo	18	20,9
HD	Superior incompleto	1	1,2
	AVCi	72	83,7
	AVCh	11	12,8
NIHSS	AVCi com transformação hemorrágica	3	3,5
	Leve	21	24,4
	Moderado	48	55,8
MIF	Grave	17	19,8
	Assistência total	1	1,2
	Dependência modificada com assistência em até 50% na tarefa	53	61,6
	Dependência modificada com assistência em até 25% na tarefa	16	18,6
Lado acometido pela paralisia facial	Independência completa/ modificada	16	18,6
	Direito	29	33,7
Grau da paralisia facial	Esquerdo	57	66,9
	Disfunção leve	9	10,5
	Disfunção moderada	21	24,4
	Disfunção moderadamente grave	19	22,1
	Disfunção grave	24	27,9
	Paralisia total	13	15,1

Legenda: n=sujeitos; HD=Hipótese Diagnóstica; AVCi=Acidente Vascular Cerebral isquêmico; AVCh=Acidente Vascular Cerebral hemorrágico; NIHSS=National Institutes of Health Stroke Scale; MIF=Medida de Independência Funcional.

Quanto às respostas do questionário de auto-avaliação da condição facial, a maioria dos participantes avaliou a face em repouso como boa (40,7%), o movimento da testa e dos olhos como ótima (45,3% e 44,2%, respectivamente) e dos lábios como razoável (32,6%). Observa-se que a pior classificação de movimento entre testa, olhos e lábios foi o movimento de lábios. Nenhum paciente apresentou queixas de sincinesias e contraturas (Tabela 2).

Quanto aos prejuízos psicossociais, como vergonha, inferioridade ou vontade de se isolar durante as suas relações pessoais, os participantes relataram muito prejuízo social (34,9%), muita insatisfação com a sua face (36,0%) e possuírem médio prejuízo a alimentação (38,8) devido à paralisia facial (Tabela 2).

**Tabela 2.** Autopercepção dos pacientes quanto aos incômodos físicos e psicossociais ocasionados pela paralisia facial pós-AVC

		<b>N</b>	<b>%</b>
Avaliação da face em repouso	Péssima	17	19,8
	Ruim	8	9,3
	Razoável	20	23,3
	Boa	35	40,7
	Ótima	6	7,0
Movimento da testa	Péssima	9	10,5
	Ruim	1	1,2
	Razoável	9	10,5
	Boa	28	32,6
	Ótima	39	45,3
Movimento dos olhos	Péssima	11	12,8
	Ruim	1	1,7
	Razoável	10	11,6
	Boa	26	30,2
	Ótima	38	44,2
Movimento dos lábios	Péssima	26	30,2
	Ruim	22	25,6
	Razoável	28	32,6
	Boa	8	9,3
	Ótima	2	2,3
Síntese do movimento	Péssima	27	31,4
	Ruim	22	25,6
	Razoável	27	31,4
	Boa	8	9,3
	Ótima	2	2,3
Presença de prejuízo nas atividades sociais ?	Nenhum	7	8,1
	Muito pouco	9	10,5
	Pouco	15	17,4
	Razoavelmente	25	29,1
	Muito	30	34,9
Insatisfação com a face hoje?	Nada	9	10,5
	Pouco	17	19,8
	Médio	29	33,7
	Muito	31	36,0
Quanto a sua alimentação foi prejudicada pela paralisia facial?	Nada	21	24,4
	Pouco	9	10,5
	Médio	33	38,8
	Muito	23	26,7

Legenda: n=sujeitos; AVC=Acidente Vascular Cerebral.

A análise de associação revelou que a autopercepção da face em repouso está associada apenas com o sexo e o NIHSS. Sendo que os pacientes que obtiveram o NIHSS de grau moderado e grave avaliaram a face mais negativamente do que os de grau leve. Para o sexo feminino, a autopercepção foi pior

quando comparada ao sexo masculino (Tabela 3). Já para o movimento dos lábios, o sexo também apresentou associação significativa, sendo que as mulheres o classificaram pior do que os homens (Tabela 4). As demais variáveis não apresentaram associação com o movimento dos lábios.

**Tabela 3.** Associação entre a autopercepção da face em repouso e as variáveis sociodemográficas e clínicas

		Péssima		Ruim		Razoável		Boa		Ótima		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária	Adulto	7	41,2	4	50,0	10	50,0	16	45,7	1	16,7	0,7
	Idoso	10	58,8	4	50,0	10	50,0	19	54,3	5	83,3	
Escolaridade	Analfabeto	3	17,6	1	12,5	1	5,0	3	8,6	1	16,7	0,9
	Ensino fundamental incompleto	7	41,2	5	62,5	8	40,0	11	31,4	2	33,3	
	Ensino fundamental completo	2	11,7	0	0,0	4	20,0	5	14,3	2	33,3	
	Ensino médio incompleto	2	11,7	1	12,5	3	15,0	6	17,2	0	0,0	
	Ensino médio completo	3	17,6	1	12,5	4	20,0	9	25,7	1	16,7	
	Superior incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	
Sexo	Masculino	5	29,4	3	37,5	13	65,0	25	71,4	4	66,7	0,03
	Feminino	12	70,6	5	62,5	7	35,0	10	28,6	2	33,3	
NIHSS	Leve	0	0,0	3	37,5	8	40,0	9	25,7	1	16,6	0,002
	Moderado	11	64,7	1	12,5	11	55,0	22	62,8	3	50,0	
	Grave	6	35,3	4	50,0	1	5,0	4	11,4	2	33,3	
MIF	Assistência total	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,1
	Dependência modificada com assistência em até 50% na tarefa	15	88,2	5	62,5	10	50,0	18	51,4	5	83,3	
	Dependência modificada com assistência em até 25% na tarefa	2	11,7	1	12,5	5	25,0	8	22,8	0	0,0	
	Independência completa / modificada	0	0,0	1	12,5	5	25,0	9	25,7	1	16,7	
Grau da PF	Disfunção leve	1	5,9	0	0,0	1	5,0	6	17,1	1	16,7	0,2
	Disfunção moderada	1	5,9	3	37,5	6	30,0	11	31,4	0	0,0	
	Disfunção moderadamente grave	4	23,5	0	0,0	4	20,0	9	25,7	2	33,3	
	Disfunção grave	7	41,2	4	50,0	6	30,0	6	17,1	1	16,7	
	Paralisia total	4	23,5	1	12,5	3	15,0	3	8,6	2	33,3	

Legenda: n=sujeitos; NIHSS=National Institutes of Health Stroke Scale; MIF= Medida de Independência Funcional.

(\*) Teste Exato de Fisher; Estatisticamente significativo se  $p < 0,05$

Em relação aos dados sobre a autopercepção dos pacientes quanto aos incômodos psicossociais (prejuízo nas atividades sociais e profissionais, alimentação e insatisfação com sua face) não foi observada associação com os dados sócio-demográficos e clínicos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Associação entre a autopercepção de movimento dos lábios e as variáveis sociodemográficas e clínicas

		Péssima		Ruim		Razoável		Boa		Ótima		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária	Adulto	10	38,5	14	63,6	10	35,7	3	37,5	1	50,0	0,3
	Idoso	16	61,5	8	36,4	18	64,3	5	62,5	1	50,0	
Escolaridade	Analfabeto	3	11,5	2	9,1	4	14,3	0	0,0	0	0,0	0,4
	Ensino fundamental incompleto	11	42,3	6	27,3	13	46,4	2	25,0	1	50,0	
	Ensino fundamental completo	2	7,7	4	18,2	5	17,8	1	12,5	1	50,0	
	Ensino médio incompleto	6	23,1	4	18,2	1	3,6	1	12,5	0	0,0	
	Ensino médio completo	3	11,5	6	27,7	5	17,8	4	50,0	0	0,0	
	Superior incompleto	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Sexo	Masculino	9	34,6	13	59,1	20	71,4	6	75,0	2	
Feminino	17	65,4	9	40,9	8	28,6	2	25,0	0	0,0		
NIHSS	Leve	3	11,5	4	18,2	11	39,3	1	12,5	2	100,0	0,08
	Moderado	16	61,5	15	68,2	13	46,4	4	50,0	0	0,0	
MIF	Grave	7	26,9	3	13,6	4	14,3	3	37,5	0	0,0	0,4
	Assistência total	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Dependência modificada com assistência em até 50% na tarefa	19	73,1	14	63,6	16	57,1	4	50,0	0	0,0	
	Dependência modificada com assistência em até 25% na tarefa	4	15,2	4	18,2	5	17,9	2	25,0	1	50,0	
Grau da paralisia facial	Independência completa / modificada	2	7,7	4	18,2	7	25,0	2	25,0	1	50,0	0,3
	Disfunção leve	1	3,8	6	27,8	1	3,6	1	12,5	0	0,0	
	Disfunção moderada	5	19,2	6	27,3	8	28,6	1	12,5	1	50,0	
	Disfunção moderadamente grave	5	19,2	3	13,6	7	25,0	3	37,5	1	50,0	
	Disfunção grave	8	30,8	5	22,7	8	28,6	3	37,5	0	0,0	
	Paralisia total	7	26,9	2	9,1	4	14,3	0	0,0	0	0,0	

Legenda: n=sujeitos; NIHSS=National Institutes of Health Stroke Scale; MIF= Medida de Independência Funcional. (\*) Teste Exato de Fisher; Estatisticamente significativo se  $p < 0,050$ .



## Discussão

As alterações dos movimentos faciais causada pela PF resultaram em desfiguração do rosto em repouso, em movimento ou nas expressões espontâneas. Porém, fatores particulares (pessoais e sociais) envolvem a forma com que o paciente com PF percebe e lida com essa alteração<sup>9</sup>.

Neste estudo, a avaliação fonoaudiológica da mímica facial identificou o grau de comprometimento da paralisia facial como predominantemente grave, sendo o terço inferior predominantemente acometido. Todavia, a maioria dos pacientes considerou a sua face em repouso como boa e apenas a autopercepção no movimento facial (testa, olhos e lábios) foi compatível com a classificação do grau realizado pela fonoaudióloga, sendo o movimento dos lábios o pior classificado.

Segundo a literatura, há certa concordância entre a visão do paciente e do profissional quanto ao grau de comprometimento da paralisia facial<sup>8-9</sup>. A autopercepção do impacto da PF no movimento facial é compatível à avaliação clínica do grau da PF proposta por House & Brackmann (1985)<sup>8</sup> que nesse estudo foi utilizada de forma adaptada, para a classificação do grau de comprometimento, considerando principalmente o terço inferior da face, visto que eram pacientes pós-AVC<sup>17</sup>.

A falta de um sistema de classificação universalmente aceito para PFC é um problema reconhecido pelas autoras do presente estudo, que reforçam a necessidade da adaptação. Apesar de a literatura apresentar opções de classificação para a PFP, incluindo a avaliação de *Lacôte, Chevalier* et al. (1987)<sup>20</sup> e a Escala de Graduação Facial de Ross et al. (1996)<sup>21</sup>, a maioria dos artigos publicados utilizam a escala proposta por House & Brackmann (1985)<sup>18</sup>, inclusive pós-AVC<sup>1,17,22</sup>.

Ao observar a alteração na expressão facial, o paciente percebe o impacto em sua identidade, na comunicação e na integração social, levando-o a tomar consciência da gravidade do comprometimento causado pela PF<sup>9</sup>. Já ao observar somente a sua face em repouso, o paciente pode considerá-la como boa por ainda não ter identificado as alterações que a assimetria pode causar.

É esperado que o movimento dos lábios seja o pior classificado, devido a PF pós-AVC acometer principalmente o terço inferior da face<sup>23</sup>. A mobilidade dos lábios recebe maior atenção, pois, muitas vezes revela a presença da PF durante desempenho

de tarefas<sup>24,25</sup>, influenciando diretamente na alimentação, na comunicação, incluindo a articulação das palavras, bem como o prejuízo nas expressões do sorriso e de tristeza<sup>1,4-8,9</sup>.

O sorriso é a expressão facial considerada como mais importante, pois, reflete positivamente tanto na pessoa sorrindo quanto no observador<sup>26</sup>. A alteração do grupo muscular envolvido nessa expressão, principalmente do zigomático maior e menor, levantador do lábio superior e levantador do ângulo da boca e do risório, pode fazer com que o paciente que esteja tentando expressar uma emoção positiva seja percebido negativamente na sociedade pelo observador<sup>26</sup>. A paralisia desse grupo muscular interfere gravemente na demonstração do estado psicológico do paciente, comprometendo suas relações sociais<sup>1,4-8,9</sup>.

As mulheres do presente estudo classificaram a face em repouso e o movimento dos lábios de forma pior que os homens; isso pode ser devido a elas atribuírem maior importância para a estética, autocuidado e aparência. As mulheres se preocupam mais com a identidade visual, pois culturalmente esse padrão é o estabelecido<sup>3</sup> e apresentam maior dificuldade de aceitar a mudança facial<sup>22</sup>.

Esses resultados também foram observados em um estudo<sup>2</sup> que utilizou a escala FaCE<sup>12</sup>. No estudo, as mulheres apresentaram menor qualidade de vida e maiores níveis de depressão<sup>2</sup>. Outros estudos reforçam que elas apresentam maior sofrimento e angústia, com piora importante do convívio em sociedade quando comparadas ao sexo masculino<sup>2,3,27</sup>.

Além da influência do sexo feminino, foi observado que a classificação da face em repouso variou de acordo com o NIHSS. O NIHSS permite avaliar o comprometimento neurológico nas pessoas com AVC através da avaliação de 11 capacidades, sendo uma delas a paresia facial<sup>7</sup>. O grau de comprometimento da PF não é necessariamente proporcional ao grau identificado pelo NIHSS<sup>22</sup>, porém, no presente estudo, houve associação significativa entre as variáveis; isso pode ter ocorrido devido ao paciente com grave comprometimento neurológico visualizar a sua face de forma pior, ou pelo fato de realmente estar mais comprometido. Para melhor embasamento dessa hipótese serão necessários outros estudos que associem o grau de comprometimento da paralisia facial com o NIHSS em score global e estratificado nas 11 capacidades comprometidas, além da autopercepção do paciente.

Mesmo em ambiente hospitalar, os pacientes classificaram as atividades sociais como muito prejudicadas e relataram estar muito insatisfeitos com a sua face. Esse dado mostra que o comprometimento estético, funcional e a incapacidade de utilizar a musculatura facial para expressar emoções foram percebidos por eles, influenciando a relação social<sup>5</sup>.

Durante a internação, os pacientes do presente estudo relataram sentimentos de vergonha, inferioridade e isolamento no momento da visita de familiares, amigos e profissionais à beira do leito. Tal dado corrobora com a literatura, reforçando que esses sentimentos relatados pelo paciente com PF pode provocar comportamentos negativos, e um ciclo vicioso pode começar levando a aumento do isolamento social e perda da autoestima<sup>3, 9, 11, 22</sup>. Os paciente com PF observam-se, muitas vezes, como objetos de atenção indesejadas por outras pessoas<sup>3, 21</sup>. A face com PF é significativamente menos atraente do que a face normal, e pode transmitir a expressão de angústia, desconfiança e menor intelecto às pessoas que a observam<sup>27</sup>.

Devido a isso, é importante orientar o paciente quanto às percepções dessas dificuldades desde o início da paralisia facial, pois podem levá-los a fadiga e ao desânimo de se expressar, ocasionando ansiedade e depressão<sup>6, 8, 9</sup>. Estudo já aponta associação entre aumento da depressão e menor qualidade de vida em pacientes com PF, independentemente da causa da paralisia<sup>28</sup>. Ademais, vale destacar que a literatura mostra que a depressão pós-AVC atinge cerca de 40% dos pacientes com ou sem PF<sup>6, 21</sup>. Isto porque pacientes pós-AVC apresentam grandes desafios na reabilitação motora e emocional<sup>6</sup>. Um estudo prospectivo randomizado<sup>21</sup> investigou os sintomas depressivos de acordo com o Inventário de Depressão de Beck<sup>29</sup> de pacientes com PF pós-AVC, pré e pós-terapia miofuncional orofacial. Os pacientes submetidos à terapia apresentaram melhora significativa nos sintomas depressivos e na qualidade de vida, bem como na mímica facial classificada por House & Brackmann (1985)<sup>8</sup> e nas funções orais, incluindo alimentação, após 4 semanas de intervenção<sup>22</sup>.

Os prejuízos na alimentação também foram percebidos no presente estudo, reforçando o impacto do comprometimento no movimento dos lábios. Todavia, esse resultado precisa ser analisado com cautela porque pode ter sofrido influência também da presença de transtornos de deglutição que fre-

quentemente ocorrem após acidente vascular cerebral, além da paralisia facial. Segundo a literatura, os sujeitos com PF evitam participar de refeições em conjunto com outras pessoas devido ao escape extraoral do alimento, ausência de percepção do alimento nos lábios, dificuldade de mastigação e perda da vontade de se alimentar<sup>3, 9, 11, 12</sup>. Como esse estudo foi realizado em ambiente hospitalar, impossibilitou avaliar qual a influência da autopercepção nos aspectos biopsicossociais no contexto social. No entanto, aponta a importância de inserir uma avaliação da autopercepção do paciente também na prática fonoaudiológica, a fim de levar o paciente à reflexão dos aspectos a serem trabalhados em terapia e alinhar a opinião do terapeuta com a do paciente. Esse instrumento pode ser utilizado como balizador da evolução terapêutica, possibilitando a observação da melhora da PF de forma prática, objetiva e de baixo custo.

Trata-se de um estudo original com temática pouco estudada. Não foram encontrados na literatura estudos que avaliam a autopercepção do paciente com PF pós-AVC, além do número de publicações reduzido para avaliação, tratamento e autopercepção desse tipo de PF. A paralisia facial é frequente após o AVC, assim estudos são necessários para analisar a autopercepção do paciente e a avaliação do profissional, a fim de observar a influência do estado psicológico desses pacientes na autopercepção e na adesão ao tratamento da PF pós-AVC.

## Conclusão

A partir dos resultados obtidos neste estudo concluiu-se que os pacientes com PF pós-AVC na fase aguda possuem autopercepção de que a paralisia facial impacta no movimento dos lábios, na satisfação com a face, atividades sociais e na alimentação. A autopercepção da mímica facial foi pior para as mulheres e naqueles com o nível de comprometimento neurológico moderado e grave.

## Referências

1. Pimenta E, Costa A, Bule JM, Reis G. Recuperar a expressão facial após parésia facial central. Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento. 2019; 5(1): 1691-706.

2. Vilela M, Trawitzki LVV. Desempenho da mímica facial e qualidade de vida na fase aguda da paralisia facial periférica. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2019.
3. Cross T, Sheard CE, Garrud P, Nickolopoulos TP, O'Donoghue GM. Impact of facial paralysis on patients with acoustic neuroma. *Laryngoscope*. 2000; 110(9): 1539-42.
4. Pavese C, Cecini M, Camerino N, De Silvestri A, Tinelli C, Bejor M, et al. Functional and Social Limitations After Facial Palsy: Expanded and Independent Validation of the Italian Version of the Facial Disability Index. *Physical Therapy*. 2014; 94(9): 1327-36.
5. Silva MFF, Cunha MC, Lazarini PR, Fouquet ML. Psychological contents and social effects associated to peripheral facial paralysis: a speech-language approach. *Arq. Int Otorrinolaringol*. 2011; 15(4): 450.
6. Martins SG, Silva KMR, Santos, RCC. Relação entre sintomas depressivos com a função motora e cognitiva em pacientes pós-AVC. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2021; 18(50):123-34.
7. Dey JK, Ishii LE, Nellis JC, Boahene KDO, Byrne PJ, Ishii M. Comparing Patient, Casual Observer, and Expert Perception of Permanent Unilateral Facial Paralysis. *JAMA Facial Plast Surg*. 2017; 19(6): 476-83.
8. Coulson SE, O'Dwyer NJ, Adams RD, Croxson GR. Expression of emotion and quality of life after facial nerve paralysis. *Otol Neurotol*. 2004; 25(6): 1014-9.
9. Freitas KCS, Gómez MVG. Degree of perception and discomfort regarding facial condition in subjects with peripheral facial paralysis in sequelae stage. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008; 13(2): 113-8
10. Santos RMM, Guedes ZCF. Study on quality of life in subjects with acquired chronic peripheral facial palsy. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(4): 626-34.
11. Silva, MFF, Peres SV, Lazarini RP, Cunha MC. Avaliação da sensibilidade da Escala Psicossocial de Aparência Facial na paralisia facial periférica. *CoDAS [online]*. 2018; 30(6): 1-8.
12. Kahn JB, Gliklich RE, Boyev KP, Stewart MG, Metson RB, McKenna MJ. Validation of a patient-graded instrument for facial nerve paralysis: the FaCE scale. *Laryngoscope*. 2001; 111(03): 387-98
13. Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, Mendes HF, Menezes DF, Mariano DC, et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke scale modified Rankin Scale and Barthel index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. *Cerebrovasc Dis*. 2009; 27(2): 119-22.
14. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H; Novazzi PP, Battistella LR. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. *Acta Fisiatr*. 2004; 11(2): 72-6.
15. Flamand-Roze C, Falissard B, Roze E, Maintigneux L, Beziz J, Chacon A, et al. Validation of a New Language Screening Tool for Patients With Acute Stroke. *The Language Screening Test (LAST)*. *Stroke*. 2011; 42: 1224-9.
16. Ramos RDL. Adaptação cultural e validação do "The Language Screening Test- LAST" versões a e b para o português do Brasil [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2013.
17. Barreto SR, Mourão AM, Chaves TC, Vicente LCC. O uso da kinesio taping no tratamento da paralisia facial pós-acidente vascular cerebral fase aguda. *Audiology - Communication Research [online]*. 2021; 26:1-8.
18. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985; 93: 146-7.
19. Fonseca KMO, Mourão AM, Motta AR, Vicente LCC. Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015; 81(3): 288-93
20. Lacôte M, Chevalier AM, Miranda A, Bleton J, Stevenin P. Avaliação da função motora da face nas lesões periféricas e centrais. Em: Lacôte M, Chevalier AM, Miranda A, Bleton JP, Stevenin P, editores. *Avaliação clínica da função muscular*. São Paulo: Manole; 1987. p. 13-35.
21. Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996; 114(3): 380-6.
22. Konecny P, Elfmark M, Horak S, Pastucha D, Krobot A, Urbanek K, Kanovsky P. Paresia facial central e seu impacto na mímica, psique e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular cerebral. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2014; 158(1): 133-7.
23. Calais L, Gomez MVSG, Bento RF, Comerlatti LR. Míme functional evaluation in facial paralysis following a stroke. *Pró-Fono R. Atual. Cient. [online]*. 2005; 17(2): 213-22
24. Ishii L, Dey J, Boahene KD, Byrne PJ, Ishii M. The social distraction of facial paralysis: objective measurement of social attention using eye-tracking. *Laryngoscope*. 2016; 126(2): 334-9.
25. Su P, Ishii LE, Nellis J, Dey J, Bater KL, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii M. Societal identification of facial paralysis and paralysis location. *JAMA Facial Plast Surg* 2018; 20(4): 272-6.
26. Ishii LE, Nellis JC, Boahene KD, Byrne P, Ishii M. The importance and psychology of facial expression. *Otolaryngol. Clin. North Amer*. 2018; 51(6): 1011-7.
27. Nellis JC, Ishii M, Byrne PJ, Boahene KDO, Dey JK, Ishii LE. Association among facial paralysis, depression, and quality of life in facial plastic surgery patients. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016; 19(3): 190-6.
28. Li MK, Niles N, Gore S, Ebrahimi A, McGuinness J, Clark JR. Social perception of morbidity in facial nerve paralysis. *Head Neck*. 2016; 38(8): 1158-63.
29. Nellis JC, Ishii M, Byrne PJ, Boahene KDO, Dey JK, Ishii LE. Association among facial paralysis, depression, and quality of life in facial plastic surgery patients. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016; 19(3): 190-6.
30. Beck AT, Steer AR, Bown GK. *O Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição*. Manual. San Antonio 1996, TX: The Psychological Corporation.