

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

SARAH FERNANDA DANTAS DE MEDEIROS

**Correlação entre bem estar e comprometimento facial em pacientes
com Paralisia Facial Periférica**

**Santa Cruz
2016**

SARAH FERNANDA DANTAS DE MEDEIROS

**Correlação entre bem estar e comprometimento facial em pacientes com
Paralisia Facial Periférica**

Artigo científico apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dra. Roberta de Oliveira Cacho

Co-orientador: Prof. Dra. Núbia Maria Freire Vieira Lima

**Santa Cruz
2016**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA

Medeiros, Sarah Fernanda Dantas de.

Correlação entre bem estar e comprometimento facial em
pacientes com Paralisia Facial Periférica / Sarah Fernanda
Dantas de Medeiros. - Santa Cruz, 2016.

29f.: il.

Artigo Científico (Graduação em Fisioterapia) - Universidade
Federal do Rio Grande do Norte. Faculdade de Ciências da Saúde
do Trairi.

Orientadora: Roberta de Oliveira Cacho.

Coorientadora: Núbia Maria Freire Vieira Lima.

1. Paralisia Facial. 2. Qualidade de vida. 3. Eficiência. I.
Cacho, Roberta de Oliveira. II. Lima, Núbia Maria Freire Vieira.
III. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 616.833.17-009.11

SARAH FERNANDA DANTAS DE MEDEIROS

**Correlação entre bem estar e comprometimento facial em pacientes com
Paralisia Facial Periférica**

Artigo científico apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

_____. Nota: _____

Prof. Dra. Roberta de Oliveira Cacho - Orientador
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

_____. Nota: _____

Gabriele Natane de Medeiros Cirne – Membro da banca
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

_____. Nota: _____

Karime Andrade Mescouto – Membro da banca
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

DEDICATÓRIA

A minha mãe que esteve comigo todos os dias, desde o amanhecer ao anoitecer,
minha maior motivação. Essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

Deus pai, que guia os meus passos, auxilia nas minhas escolhas e me fortalece a cada obstáculo encontrado. Jesus Cristo, pelo seu amor incondicional de Pai, meu amigo e meu socorro em todas as horas. A Nossa Senhora, pela proteção incessante e o infinito amor de mãe.

A minha mãe Da Paz, por sempre me incentivar a estudar, acolhedora e amiga em todas as horas, é o meu maior exemplo de vida. Sempre ao sair de casa bem cedo, todos os dias, estava acordada para me ajudar em tudo que fosse preciso, e ao chegar em casa a noite me recebia sempre com um abraço e um beijo “Seja bem-vinda! Deu tudo certo hoje?! O ônibus passou na hora?!”. Ao meu pai Eymard, por sempre me orientar, me ensinando desde pequena os valores do estudo, e a sempre batalhar pelos objetivos. A minha irmã Dayanne, pela irmandade, companhia, orientação e apoio.

Ao meu namorado Ari Jr, uma pessoa que eu só tenho a agradecer a Deus por ter entrado e permanecido em minha vida, um companheiro para todas as horas, sempre disposto a me ajudar e enfrentar o possível e impossível comigo, meu braço direito em tudo, meu incentivador nas horas mais difíceis, compreensível e amável.

À Prof. Dra. Roberta de Oliveira Cacho, por ter me acolhido e me orientado, me dando oportunidade em crescer e seguir uma área que gosto tanto como a Neurologia. Sempre um exemplo de mãe, mulher e pessoa competente, ética e amiga. Uma pessoa que admirei desde o primeiro dia que fui sua aluna, por ser uma excelente profissional, e pela capacidade de passar o conhecimento.

À Prof. Dra. Núbia Maria Freire Vieira Lima, uma pessoa excepcional, sempre disposta a ajudar, me orientou e compartilhou seus conhecimentos. É um grande exemplo de mulher e profissional, uma pessoa muito amiga e compreensível com todos.

A todos os meus mestres e doutores, pela dedicação, atenção e paciência em “ensinar”.

As amigas Laize (zangado) Máyra (dos gatos), Risonety (RisoAmiga) e Vanessa (a mãe do Lucas Davi) pela nossa amizade desde o início do curso, sendo sempre pessoas leais, companheiras, amigas, divertidas e ao longo desses anos nossa amizade esteve sempre preservada.

Em especial à amiga Valéria (Ráleera) que sempre foi uma amiga para todas as horas, estive sempre ao meu lado nos momentos mais felizes e nos mais difíceis. Nossas histórias são parecidas, ao longo do curso viajamos todos os dias, dormimos no chão das salas de aula, almoçamos nas salas de aula, pegamos ônibus juntas, tomamos banho de chuva ao ir pegar o ônibus, dividimos refeições, “moramos nos corredores da FACISA” e etc. Ela e sua família me acolheram em sua casa quando mais precisei, seus pais foram anjos, me tratando sempre como uma filha e me oferecendo o de mais precioso, a amizade e o carinho. Meu muito obrigado!

À Rayssa (a chefe da formatura) pela amizade, carinho e calma nos momentos de aflição. Cássia (Cassildis, eustácio resmungão), pela sorte de estarmos sempre juntas nos projetos, sempre “meiga”, amiga e resenheira. À minha última sub-turma de estágio (Rayssa, Cássia, Ralyne, Naama, Neildja e Edeildo) pelos momentos de descontração e alegria vividos em meio às “tempestades”.

Aos meus queridos pacientes que foram exemplos de superação, sendo motivos de inspiração na profissão, e me deram carinho e gratidão ao final de cada atendimento.

A todos que torceram por mim, e que acreditam no meu potencial, muito obrigado!

Se as pessoas soubessem quão duro eu trabalhei para conseguir minha maestria,
ela definitivamente não pareceria tão maravilhosa assim

Michelangelo Buonarroti

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
MÉTODO.....	12
RESULTADOS.....	15
DISCUSSÃO.....	18
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

**Correlação entre bem estar e comprometimento facial em pacientes com Paralisia Facial
Periférica**
**Correlation between well being and facial impairment in patients with Peripheral Facial
Paralysis**

Sarah Fernanda Dantas de Medeiros¹

Rita de Cássia Souza da Silva²

Gabriele Natane de Medeiros Cirne³

Núbia Maria Freire Vieira Lima⁴

Enio Walker de Azevedo Cacho⁵

Roberta de Oliveira Cacho⁶

1- Discente de Fisioterapia, Santa Cruz-RN, Brasil. E-mail: sarahmedeirosfisio@gmail.com

2- Discente de Fisioterapia, Santa Cruz-RN, Brasil. E-mail: Cas2011sia@gmail.com

3- Fisioterapeuta, Mestranda em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz-RN, Brasil. E-mail: gabriele_cirne@hotmail.com

4- Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz-RN, Brasil. E-mail: nubiavl@yahoo.com.br

5- Fisioterapeuta, Doutor em Ciências Cirúrgicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz-RN, Brasil. E-mail: eniowalker@bol.com.br

6- Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz-RN, Brasil. E-mail: ro_fisio1@hotmail.com

Contato: Roberta de Oliveira Cacho. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Rua Vila Trairi, s/n, Santa Cruz-RN. CEP: 59200-000. E-mail: ro_fisio1@hotmail.com. Telefone: (84) 3291-2411.

Fonte de financiamento: Este trabalho não obteve financiamento.

Contribuição dos autores: Sarah Fernanda Dantas de Medeiros e Gabriele Natane de Medeiros Cirne, responsável pela coleta de dados, concepção do texto e organização das fontes. Núbia

Maria Freire Vieira Lima e Enio Walker de Azevedo Cacho, responsável pela análise estatística dos dados da amostra. Roberta de Oliveira Cacho, responsável pela redação e revisão do texto.¹

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre comprometimento motor facial e bem estar em pacientes com Paralisia Facial Periférica (PFP). **Método:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, observacional, do tipo transversal. A amostra foi constituída por 20 pessoas acometidas pela PFP. Os pacientes foram avaliados por uma ficha de avaliação sócio-demográfica e pelos instrumentos: Escala de House-Brackmann (HB) e o Índice de Incapacidade Facial (IIF). **Resultados:** Às características demográficas dos participantes foram 65% são do sexo feminino, a mediana da idade foi de 50,5 anos, o tempo de lesão relatado foi de 3 a 331 dias (mediana 17,5 dias), a etiologia predominante foi idiopática 65%, e a hemiface acometida 50% à direita. Quanto as características clínicas da PFP, o nível de comprometimento motor facial graduado pela escala de HB obteve mediana 4, o IIF-física obteve mediana 60, considerando que quanto maior a pontuação obtida, melhor será a funcionalidade. IIF-função social obteve mediana 38, considerando que quanto menor a pontuação, melhor o desempenho social. Nas correlações entre HB, tempo de lesão e IIF, foi observado que os valores obtidos indicaram que não houve correlações estatisticamente significantes. **Conclusão:** mesmo que o nível de comprometimento motor facial esteja acentuado, não necessariamente poderá afetar diretamente na qualidade de vida das pessoas, a depender da realidade social, busca por tratamentos ou pela satisfação pessoal de cada indivíduo.

Palavras-chave: paralisia facial; qualidade de vida; eficiência.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between facial motor impairment and well being in patients with Peripheral Facial Paralysis (PFP). **Method:** This is a descriptive, observational, cross-sectional study. The sample consisted of 20 people affected by PFP. The patients were evaluated by a socio-demographic data sheet and by the instruments: House-Brackmann Scale (HB) and Facial Impairment Index (IIF). **Results:** The demographic characteristics of the participants were 65% female, the median age was 50.5 years, the reported injury time was 3

¹ Essa contribuição é original e inédita, esse texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista

to 331 days (median 17.5 days), the predominant etiology was idiopathic 65%, and hemiface affected 50% on the right. Regarding the clinical characteristics of the PFP, the level of facial motor impairment graded by the HB scale obtained a median of 4, the physical IFF obtained a median of 60, considering that the higher the score obtained, the better the functionality. IFF-social function obtained median 38, considering that the lower the score, the better the social performance. In the correlations between HB, injury time and IFF, it was observed that the values obtained indicated that there were no statistically significant correlations. Conclusion: even if the level of facial motor impairment is accentuated, it may not necessarily directly affect people's quality of life, depending on the social reality, search for treatments or personal satisfaction of each individual.

Keywords: facial paralysis; quality of life; efficiency.

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica (PFP) é uma patologia com incidência de 15 a 40 casos a cada 100.000 pessoas por ano (PAVLOU; GKAMPETA; ARAMPATZI, 2011; VIDRO; TZAFETTA, 2014). As causas podem ser de origem idiopática, infecciosa, traumática, congênita, tumoral, vascular, metabólica, tóxica, iatrogênica, neonatal e por síndrome de Ramsey-Hunt (PARREIRAS et al., 2010), sendo a idiopática a mais comum e diagnosticada, conhecida como paralisia de Bell (GARANHANI et al., 2007).

A PFP é resultante da disfunção do nervo facial, VII par craniano, e é considerada a mais comum entre as patologias relacionadas aos pares de nervos cranianos (JUNIOR et al., 2009). Apesar da PFP apresentar um prognóstico benigno, com recuperação espontânea do nervo facial em até nove meses (BEURSKENS; HEYMANS, 2006) com recuperação de 70% dos pacientes que buscam tratamento, ainda há presença de sintomas residuais na população correspondente a 30% (BEURSKEN; HEYMANS, 2004), como espasmos musculares, contraturas e paresia na musculatura facial atingida (KWON et al., 2011).

A assimetria facial afeta principalmente as funções de comer, beber e falar (KOSINS et al., 2007; FINSTERER, 2008). Através das expressões faciais nós podemos estabelecer meios de comunicação entre as pessoas, e com a diminuição da expressão facial, há uma série de prejuízos de ordem emocional e social (BAUGH et al., 2013; ISHII, 2016). Isto pode repercutir de forma negativa, pois a sociedade considera a aparência estética fundamental para a vida das pessoas (VERONEZI, 2006; BARREIRA, 2010).

As escalas de classificação do nível de comprometimento motor facial avaliam apenas as manifestações físicas da PFP, porém o mesmo grau de paralisia pode ter repercussões diferentes na qualidade de vida de cada pessoa de acordo com as conseqüências adquiridas (LEE et al., 2007).

Devido à existência de poucos trabalhos que relacione à PFP com as repercussões na qualidade de vida, principalmente na área da Fisioterapia, o nosso objetivo principal é analisar a relação entre comprometimento motor facial e qualidade de vida em pacientes com paralisia facial periférica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. O período da coleta foi iniciado em Junho de 2014 e concluído em Julho de 2016. Os participantes foram selecionados por conveniência, sendo constituído por

peças acometidas por PFP, sendo habitantes do município de Santa Cruz/RN ou microrregiões vizinhas.

A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia, da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA) / da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Quando os pacientes não tinham disponibilidade de ir até a Clínica Escola de Fisioterapia, as avaliações eram realizadas através de visitas domiciliares.

A amostra do estudo foi constituída por 25 indivíduos, onde 5 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, como apresentado na figura 1. Sendo assim, a amostra final foi composta por 20 indivíduos.

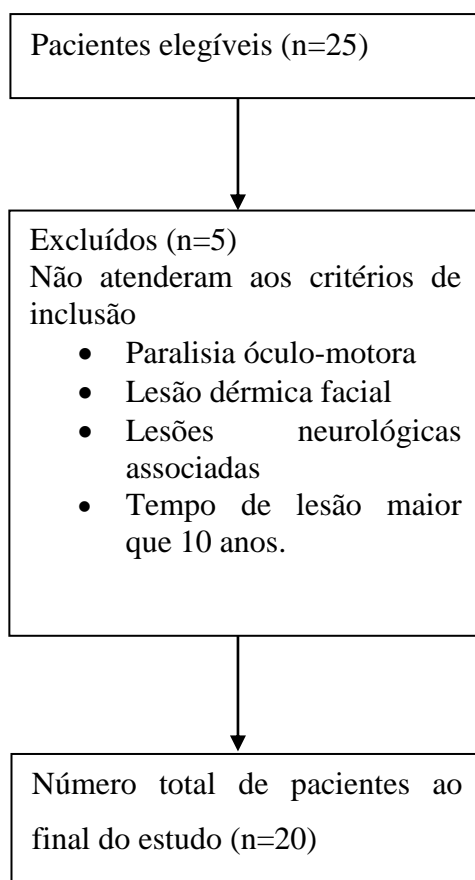


Figura 1: Fluxograma da amostra dos pacientes

Como critérios de inclusão, os indivíduos tiveram que apresentar diagnóstico clínico PFP, idade acima de 18 anos, e entender ordens simples. Os critérios de exclusão foram lesões crônicas, falta de diagnóstico de PFP, apresentar grandes lesões dérmicas faciais, outras lesões neurológicas associadas, e não concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres

Humanos (CEP-FACISA), com registro CAAE: 37351014.4.0000.5568, parecer 901.365/2014.

Os pacientes foram convidados a participar de uma única avaliação individual com duração de aproximadamente 30 minutos. As avaliações foram realizadas na clínica escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN, e/ou através de visitas domiciliares, quando os pacientes tinham impossibilidade de sair de seus domicílios.

Os indivíduos foram avaliados pela ficha de avaliação sócio-demográfica, pela Escala de House-Brackmann (HB), e pelo Índice de Incapacidade Facial (IIF) (VANSWEARINGEN; BRACH, 1998). A ficha de avaliação sócio-demográfica é composta pelos seguintes dados: nome, idade, sexo, raça, escolaridade, endereço, telefone, dados clínicos, histórico da doença atual, antecedentes patológicos, tempo de lesão, diagnóstico clínico e uso de medicamentos.

A escala de House-Brackmann avalia a simetria facial em repouso, grau de movimento dos músculos faciais e sincinesias provocadas por movimentos voluntários específicos (FINSTERER, 2008). É a escala mais utilizada clinicamente, sendo mensurada por uma escala ordinal de seis graduações. O grau um é relacionado a nenhum comprometimento facial, e o sexto grau é referente aos pacientes totalmente comprometidos (TOLEDO, 2007).

O Índice de Incapacidade Facial é um questionário de auto-avaliação que relaciona incapacidade física e fatores psicossociais para avaliação da experiência de vida diária dos pacientes com distúrbios dos nervos de motricidade facial. O questionário possui dois domínios, o primeiro avalia o Índice de Função Física (IFF), sendo composto por cinco questões que avaliam a mastigação, deglutição, fala, lacrimejamento e ressecamento do olho, com graus de dificuldade pontuados de zero a cinco, no qual zero corresponde ao grau máximo de dificuldade, e o grau cinco corresponde ao mínimo de dificuldade. O segundo domínio é o Índice de Função social (IFS), é composto por cinco questões que avaliam o isolamento social, atividade e participação, tranquilidade, irritação e interrupção do sono. Os graus de dificuldade variam de seis a um, com pontuação um para o máximo, e seis para o mínimo de bem estar (VANSWEARINGEN; BRACH, 1998).

A avaliação foi realizada por apenas um examinador, treinado para aplicação das escalas.

Para análise dos dados, foram inicialmente tabulados a pontuação dos instrumentos e as medidas utilizadas para cada paciente na plataforma Excel. Posteriormente, os dados quantitativos foram armazenados e analisados através do programa BioEstat 5.3. A

normalidade dos valores foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk ($p>0,05$), os quais foram caracterizados como não paramétricos ($p<0,05$). As variáveis numéricas foram expressas em medidas de tendência central e de dispersão e as categóricas, por sua vez, em frequência e porcentagem. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para analisar o grau de correlação entre a escala de House-Brackmann, o Índice de Incapacidade Facial e o tempo de lesão (em dias), adotando-se um nível de significância de $p<0,05$.

Nossos resultados serão justificados de acordo com Portney e Watkins (1993), que classifica os valores de correlação entre 0,00-0,25 indicando pouca ou nenhuma correlação, entre 0,25 e 0,50 indica um pequeno grau de correlação, entre 0,50 e 0,75 indica um grau de correlação moderado ou bom, e os valores acima de 0,75 são considerados como uma excelente correlação.

RESULTADOS

O período da coleta foi iniciado em Junho de 2014 e concluído em Julho de 2016. Inicialmente foi realizado o teste de Shapiro-Wilk ($p>0,05$) para verificar a normalidade da amostra, sendo caracterizada como não paramétrica, com o valor de $p<0,05$.

Em relação às características demográficas dos participantes, 65% são do sexo feminino, a mediana da idade foi de 50,5 anos. O tempo de lesão relatado obteve mediana de 17,5 dias, a etiologia predominante foi idiopática (65%), e a hemiface acometida foi 50% à direita (tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas dos pacientes incluídos (n=20)

Variáveis	n=20 (%)	Mediana (1°Q; 3°Q)
Gênero (F/M)	65% / 35%	
Idade (anos)		50,5 (31; 56,75)
Tempo de lesão (dias)		17,5 (10,75; 30)
Etiologia:		
Traumática	5%	
Infeciosa	25%	
Tumoral	5%	
Hemiface (D/E)	50% / 50%	

n: número; Q: quartil; F: feminino; M: masculino; D: direito; E: esquerdo;

Quanto as características clínicas da PFP, o nível de comprometimento motor facial graduado pela escala de House-Brackmann obteve mediana 4, classificando como uma disfunção moderada importante. O Índice de Incapacidade Facial na função física obteve mediana 60, considerando que o escore é de 0-100 pontos, e quanto maior a pontuação obtida, melhor será a funcionalidade, então obtivemos uma função física considerada como intermediária. Já a função social obteve mediana 38, o escore é de 0-100 pontos, considerando que quanto menor a pontuação melhor o desempenho social, obtivemos um bom resultado em relação ao bem estar social (tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas da amostra

Variáveis	Mediana	1°Q	3°Q
House-Brackmman	4	2	5
IFF	60	48,75	67,5
IFS	38	20	53

Q: quartil; IFF: Índice de Incapacidade Facial, função física; IFS: Índice de Incapacidade Facial, função social.

Em relação às correlações entre HB, tempo de lesão e IIF (tabela 3), foi observado que os valores obtidos indicaram que não houve correlações estatisticamente significantes.

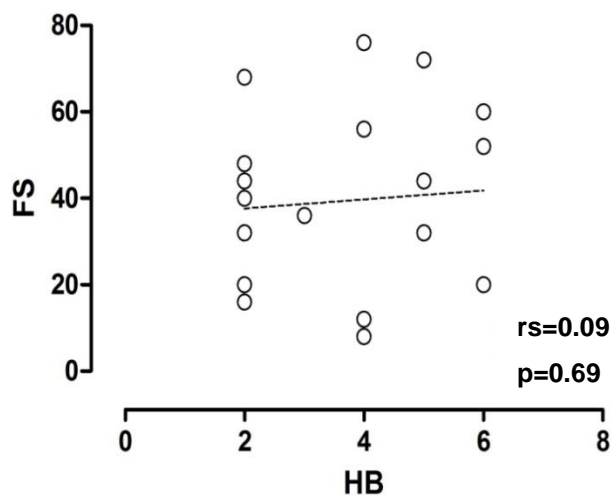
Tabela 3 – Correlações entre HB, tempo de lesão e IIF.

Correlação	rs	p-valor
HB x Tempo de lesão (dias)	-0,18	0,44
HB x IFF	-0,36	0,12
HB x IFS	0,09	0,69

HB: Escala de House-Brackmann; IFF: Índice de Incapacidade Facial, função física; IFS: Índice de Incapacidade Facial, função social; rs: coeficiente de correlação; $p^* < 0,05$

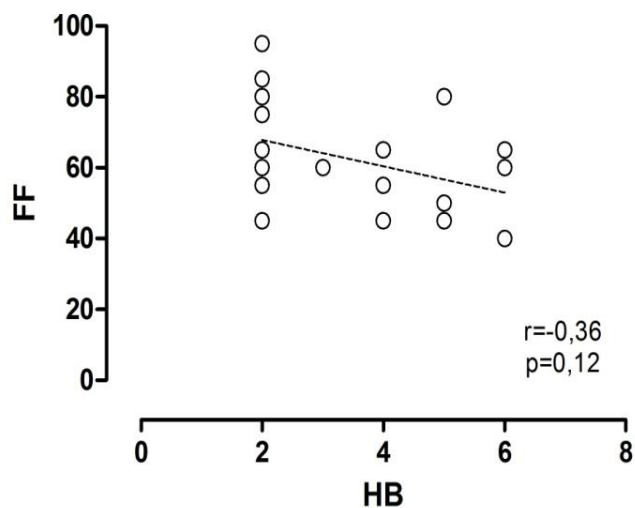
Na correlação entre HB e o IFS houve correlação positiva ($rs=0,09$, $p= 0,69$), porém classificada como pouca ou nenhuma correlação. Não houve correlações entre HB e o IFF ($rs= -0,36$, $p= 0,12$), e HB e o tempo de lesão ($rs= -0,18$, $p=0,44$) (gráfico 1).

Gráfico 1 – Correlações entre HB e FS



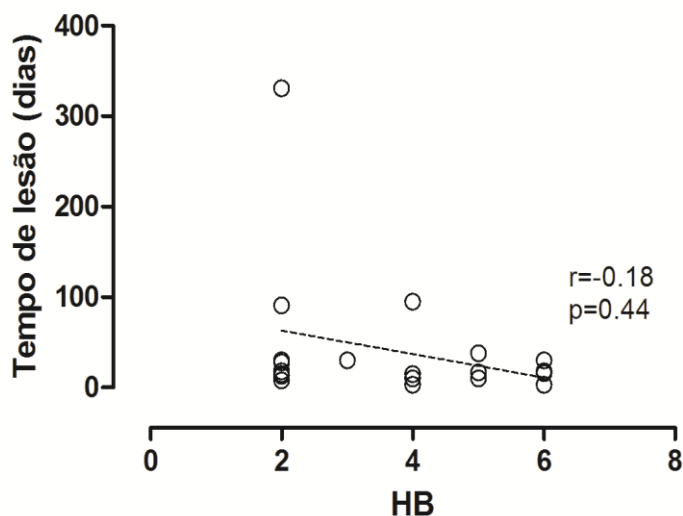
FS: Índice de Incapacidade Facial, função social; HB: escala de House-Brackmann; rs: coeficiente de correlação; $p^* < 0,05$

Gráfico 2 – Correlações entre HB e FF



FF: Índice de Incapacidade Facial, função física; HB: escala de House-Brackmann; rs: coeficiente de correlação; $p^* < 0,05$

Gráfico 3 – Correlações entre HB e o tempo de lesão



HB: escala de House-Brackmann; Tempo de lesão (em dias); rs: coeficiente de correlação; $p^* < 0,05$.

DISCUSSÃO

O principal objetivo do estudo foi verificar a relação entre comprometimento motor facial e qualidade de vida em pacientes com paralisia facial periférica. Embora nossos resultados não terem demonstrado correlações estatisticamente significativas, podemos identificar pontos importantes, tais como, o número de participantes da amostra, que pode ser considerado como importante devido à incidência da patologia. Ressaltando que muitas vezes, os pacientes foram excluídos da amostra por ser uma paralisia central, decorrente de Acidente Vascular Encefálico (AVE), ou da falta de diagnóstico médico.

Em relação ao tempo de lesão, a amostra foi completa por lesões no período de 3 a 331 dias, considerando que muitas vezes os pacientes melhoram espontaneamente e não procuram os profissionais da saúde, pois a patologia apresenta um bom prognóstico e o grau de comprometimento motor pode variar em dias, dependendo da etiologia da PFP (BEURSKENS; HEYMANS, 2004; BEURSKENS; HEYMANS, 2006). Assim, embora o grau de comprometimento motor facial não se correlacione com o tempo de lesão, no qual pode-se muitas vezes observar que em casos crônicos o grau de comprometimento pode ser maior do que em casos agudos, o fator dependente pode ser relacionado à etiologia, e a busca por tratamento medicamentoso, ou Fisioterapia (MCCAUL et al., 2014; VIDRO; TZAFETTA, 2014; BAUGH et al., 2013).

O grau de comprometimento motor pela escala de HB obtém escores coerentes com o IFS, pois quanto menor a pontuação obtida função social, maior a qualidade de vida, e quanto menor a pontuação HB, menor o comprometimento motor. Entre a HB e o IFF, ocorre o contrário, pois quanto menor a pontuação obtida na função física, significando maior dificuldade em relação às funções de comer, beber, falar, ressecamento/lacrimajamento ocular e limpeza bucal, e quanto menor a pontuação HB, menor o nível de comprometimento motor. Assim justifica-se os resultados obtidos entre as correlações supra-citadas, e não podemos afirmar que essas correlações serão vividas pelos pacientes, visto que o IIF é um questionário de auto-relato de cada paciente, e que a realidade enfrentada difere de acordo com o quadro social e a assistência terapêutica disponível em meio ao ambiente que o paciente está inserido.

O estudo de Martin et al. (2001), utilizou o questionário de qualidade de vida SF-36, o questionário de Wiegand e Fickel e a escala de HB, para avaliação da qualidade de vida 12 meses após a cirurgia de neuroma acústico unilateral e não houve correlação entre a função facial percebida e suas auto-medidas. Justificado pela falta de uma relação clara entre o tratamento, função e medidas de qualidade de vida.

Kelleher et al. (2002), avaliou o questionário SF-36 para qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia de schwannoma vestibular, porém não encontrou correlação entre a disfunção do nervo facial e medidas de qualidade de vida. Ambos os estudos diferem do nosso, pois não relacionamos a qualidade de vida a nenhum tratamento, e utilizamos o IIF e a HB, os quais são questionários específicos a PFP.

Coulson et al. (2004), avaliaram 24 pacientes com mais de 1 ano de PFP, utilizando o Sunnybrook Facial Grading System, Sydney Facial Grading System, House-Brackmann e a escala Likert sobre as dificuldades de percepção da expressão facial da emoção, SF-36, Glasgow Benefit Inventory e o Índice de Incapacidade Facial. Foram identificados aspectos da expressão emocional pelos pacientes afetados pela PFP, com uma redução significativa na relação social, obtendo resultados significativos. Porém, o tempo de lesão foi crônico, o que difere do nosso estudo que está incluso tanto a PFP aguda como crônica.

Barreira (2010), em sua dissertação de mestrado, utilizou o questionário FaCE correlacionando ao sexo, idade (maior e menor do que 65 anos), e tempo de recuperação (menor e maior que 24 meses). Perante os seus resultados, a correlação entre a idade, tempo de recuperação e sexo não tem influência sobre a função social do FaCE. Porém o autor não citou o grau de comprometimento facial, utilizado neste estudo pela HB.

Santos e Guedes (2012), avaliaram 12 indivíduos com tempo de lesão superior a três meses, através da escala de HB e o questionário de avaliação da face. Nesse estudo, foi perguntado aos entrevistados se houve prejuízo nas atividades sociais e profissionais, sendo encontrado na PFP de Bell 55,6% dos indivíduos não relataram prejuízo para o grupo de graus I-II da HB, e 44,4% com relato de muito prejuízo. Na PFP por Schwannoma 66,7% dos indivíduos relataram nenhum prejuízo também para o grupo de graus I-II, e 33,3% muito prejuízo. A paralisia facial periférica crônica adquirida interferiu na qualidade de vida dos indivíduos com graus considerados mais graves. Esse estudo difere no nosso quanto ao período que foi feita avaliação, pois num período mais agudo poderia haver mudança nos resultados, de acordo com o questionário da avaliação da face.

A classificação do grau de comprometimento motor facial na PFP também foi ressaltada em outras pesquisas (VERONEZI, 2006; SILVA; TESTA; FUKUDA, 2003; KANZAKI et al., 2004). Tornando-se importante a inclusão da percepção do paciente perante o nível de comprometimento físico e social, como também na abordagem do tratamento, para melhor adequar os resultados e não subestimar o impacto de seqüelas na paralisia do nervo facial (SMITH; MOUNTAIN; MURRAY, 1994).

CONCLUSÃO

Podemos afirmar que mesmo que o nível de comprometimento motor facial esteja acentuado, não necessariamente poderá afetar a qualidade de vida das pessoas, a depender da realidade social, busca por tratamentos ou pela satisfação pessoal de cada indivíduo. Dessa forma, devemos considerar o relato do paciente e como a patologia está repercutindo na sua vida.

Apesar da escassez de estudos que correlacionem à qualidade de vida na PFP, pois na literatura há mais estudos relacionados a avaliações no período pós-cirúrgicos, cada vez mais torna-se necessário outras pesquisas, uma vez que não foram encontrados estudos suficientes que envolvessem as escalas e correlações pesquisadas, principalmente no Brasil.

A limitação do estudo foi relacionada aos diferentes períodos de patologia (agudo e crônico) e não ter utilizado o questionário mais específico de qualidade de vida, como o SF-36.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARREIRA, J. A. C. S. *Paralisia Facial Periférica: Impacto na Qualidade de vida*. 2010. 66f. Tese (Mestrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010.

BAUGH, R. F.; et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Journal of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, v.149, n. 3, p. 1-27, 2013. DOI: 10.1177 / 0194599813505967.

BEURSKEN, C. H.; HEYMANS, P. G. Physiotherapy in patients with facial nerve paresis: Description of outcomes. *American Journal of Otolaryngology*, v. 25, n. 6, p. 394-400, 2004. DOI: 10.1016/j.amjoto.2004.04.010.

BEURSKEN, C. H. G.; HEYMANS, P. G. Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: A randomised controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy*, v. 52, 2006. DOI: 10.1016 / S0004-9514 (06) 70026-5.

COULSON, S. E.; et al. Expression of emotion and quality of life after facial nerve paralysis. *Otology & Neurotology*, v. 6, n. 25, p. 1014-9, 2004.

FINSTERER, J. Management of peripheral facial nerve palsy. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 265, n. 7, p. 743-52, 2008. DOI: 10.1007/s00405-008-0646-4.

GARANHANI, M. R.; et al. Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 73, n. 1, p. 112-5, 2007. DOI: 10.1590/S0034-72992007000100018.

ISHII, L.; et al. The social distraction of facial paralysis: objective measurement of social attention using eye-tracking. *Laryngoscope*, v. 126, n. 2, p. 334–9, 2016. DOI: 10.1002 / lary.25324.

JUNIOR, N.; et al. Facial Nerve Palsy: Incidence of Different Etiologies in a Tertiary Ambulatory. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 13, n. 2, p. 167-71, 2009.

KANZAKI, J.; et al. New and modified reporting systems from the consensus meeting on systems for reporting results in vestibular schwannoma. *Otology & Neurotology*, v. 24, p. 642-48, 2003.

KELLEHER, M. O.; et al. Health-related quality of life in patients with skull base tumours. *British Journal of Neurosurgery*, v. 16, p. 16-20, 2002.

KOSINS, A. M.; et al. Facial paralysis for the plastic surgeon. *Can J Plast Surg*, v. 15, n. 2, p. 77-82, 2007.

KWON, H. J.; et al. Acupuncture for sequelae of Bell's palsy: a randomized controlled trial protocol. *Trials journal*, v. 12, n. 71, 2011. DOI: 10,1186 / 1745-6215-12-71. DOI: 10,1186 / 1745-6215-12-71.

LEE, J.; et al. Assessing impairment and disability of facial paralysis in patients with vestibular schwannoma. *Archives Otolaryngology Head Neck Surgery*, v. 133, n. 1, p. 56-60, 2007. DOI: 10,1001 / archotol.133.1.56.

MARTIN, H. C.; et al. Patient-assessed outcomes after excision of acoustic neuroma: postoperative symptoms and quality of life. *Journal of Neurosurgery*, v. 94, p. 211-6, 2001. DOI: 10,3171 / jns.2001.94.2.0211.

MCCAUL, J. A.; et al. Gestão baseada em evidências da paralisia de Bell. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 52, n. 5, p. 387-91, 2014. DOI: 10.1016 / j.bjoms.2014.03.001.

PARREIRAS, M.; et al. Anatomia do nervo facial e etiologia da paralisia facial periférica. *Revista Digital*, Buenos Aires, v. 15, n. 146, 2010.

PAVLOU, E.; GKAMPETA, A.; ARAMPATZI, M. Facial nerve palsy in childhood. *Brain & Developmental*, v. 33, p. 644-50, 2011. DOI: 10.1016/j.braindev.2010.11.001.

PORTNEY, L.; WATKINS, M. *Foundation of clinical reseach: application to pratice*. Upper Saddle River: Appleton and Lange, 1993.

SANTOS, R. M. M.; GUEDES, Z. C. F. Estudo da qualidade de vida em indivíduos com paralisia facial periférica crônica adquirida. *Revista CEFAC*, v. 14, n. 4, p. 626-34, 2012.

SILVA, E. C. C. F.; TESTA, J. R. G.; FUKUDA, Y. Achados fonoaudiológicos em pacientes submetidos a anastomose hipoglosso facial. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 69, n. 3, p. 377-84, 2003. DOI: 10.1590/S0034-72992003000300013.

SMITH, I. M.; MOUNTAIN, R.E.; MURRAY, J. A. M. An outpatient review of facial palsy in the community. *Clinical Otolaryngology*, v. 19, p. 198–200, 1994. DOI: 10.1111 / j.1365-2273.1994.tb01214.x.

TOLEDO, P. N. *Efeito da terapia miofuncional em pacientes com paralisia facial de longa duração associada à aplicação de toxina botulínica*. 2007. 82 f. Tese (Doutorado em Cirurgia Plástica) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2007. DOI: 10.11606/T.5.2007.tde-19042007-090802.

VANSWEARINGEN, J. M.; BRACH, J. S. The facial disability index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. *American Physical Therapy Association*, v. 76, n. 12, p. 1288-98, 1998.

VERONEZI, R. J. B. *Análise tardia do grau de paralisia facial em pacientes operados de schwannoma vestibular*. 2006. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2008000200010>.

VIDRO, G. E.; TZAFETTA, K. Bell's palsy: a summary of current evidence and referral algorithm. *Family Practice: Oxford Journals*, v. 31, n. 6, p. 631-42, 2014. DOI: 10.1093 / fampra / cmu058.

NORMAS DA REVISTA

Os originais devem ser encaminhados aos *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* por meio eletrônico no site: www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br

FORMATO

Textos em português, inglês ou espanhol, digitados em arquivo do programa Microsoft Word 2007 ou posterior, papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação.

Os artigos submetidos deverão atender aos critérios de estruturação para a sua apresentação e de acordo com as diretrizes apontadas a seguir. É sugerido aos autores que façam um *checklist* quanto à estrutura do artigo antes de submetê-lo ao periódico. Os artigos que não atenderem aos itens mencionados serão devolvidos aos autores para adequação anteriormente à avaliação pelos Revisores *ad hoc*. Seguem abaixo as diretrizes para elaboração da: 1) Folha de Rosto e 2) Estrutura do Texto.

1. Folha de rosto

Abrange as seguintes informações: título, autores, contato do autor responsável (endereço institucional) e fonte de financiamento.

Título: Conciso e informativo. Em português e inglês. Quando o texto for apresentado em espanhol, o título deve ser apresentado nos três idiomas (espanhol, português e inglês). Informar, em nota de rodapé, se o material é parte de pesquisa e/ou intervenção. No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos éticos vigentes foram cumpridos. No caso de análise de intervenções, indicar se todos os procedimentos éticos necessários foram realizados. Informar, ainda, se o texto já foi apresentado em congressos, seminários, simpósios ou similares.

Autores: Nome completo e endereço eletrônico do(s) autor(es). Informar maior grau acadêmico, cargo e afiliação institucional de cada autor (instituição, cidade, unidade da federação, país).

Contato: Indicar autor responsável pela comunicação com a revista. Nome completo, endereço institucional (instituição, rua, CEP, cidade, unidade da federação, país), endereço eletrônico e telefone para contato.

Fonte de Financiamento: O(s) autor(es) deverá(ão) informar se o trabalho recebeu ou não financiamento.

Agradecimentos: Se houver, devem vir ao final das referências.

Contribuição dos autores: O(s) autor(es) deve(m) definir a contribuição efetiva de cada um no trabalho. Indicar qual a colaboração de cada autor com relação ao material enviado (i.e.: concepção do texto, organização de fontes e/ou análises, redação do texto, revisão etc.). O(s) autor(es) deverá(ão) dispor em nota de rodapé a afirmação de que a contribuição é original e inédita e que o texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista.

1. Estrutura do Texto

Resumo e Abstract: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Preferencialmente, adotar explicitação da estrutura do trabalho, com colocação de subtítulos (Introdução, Objetivos, Método, Resultados e Conclusão). Devem preceder o texto e estar em português e inglês.

Palavras-chave: De três a seis, em língua portuguesa e inglesa, apresentadas após o resumo e após o abstract, respectivamente. As palavras-chave deverão vir separadas por vírgulas. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – <http://decs.bvs.br>) e/ou o Sociological Abstracts.

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato .doc). Tabelas devem estar também devidamente identificadas e em escala de cinza. As tabelas devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo quadro deve ser nomeado como tabela.

Figuras: As figuras (diagramas, gráficos, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas e em preto e branco, e devem estar

perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem ser encaminhadas em arquivos separados com a respectiva legenda. Todo diagrama, gráfico, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura.

Citações e Referências

Citações no texto: Quando o nome do autor estiver incluído na sentença, deve estar grafado com as iniciais maiúsculas e com a indicação da data. Ex: Segundo Silva (2009). Se o nome do autor vir entre parênteses, esse deve estar grafado em letras maiúsculas. Quando houver mais de um autor, os nomes devem estar separados por ponto e vírgula. Ex: (SILVA; SANTOS, 2010). Se os autores estiverem incluídos no corpo do texto/sentença, os nomes deverão vir separados pela letra “e”. Ex: Segundo Amarantes e Gomes (2003); Lima, Andrade e Costa (1999). Quando existirem mais de três autores em citações dentro ou fora dos parênteses, deve-se apresentar o primeiro autor seguido da expressão “et al.”. Toda a bibliografia utilizada e citada no texto deverá, obrigatoriamente, estar na lista de referências, assim como toda a lista de referências deverá estar citada no texto.

As citações diretas (transcrição textual de parte da obra do autor consultado) com menos de três linhas devem ser inseridas no corpo do texto entre aspas duplas; as citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas do texto com recuo de 4 cm da margem esquerda, com o tamanho da fonte um ponto menor que o da fonte utilizada no texto e sem aspas (nesses casos é necessário especificar na citação a(s) página(s) da fonte consultada).

Referências: Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023/2002. Ao final do trabalho, as referências devem ser apresentadas e ordenadas alfabeticamente, conforme os exemplos:

Livro:

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Capítulo de livro:

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

Artigo de periódico:

LOPES, R. E. Terapia ocupacional em São Paulo: um percurso singular e geral. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 75-88, 2004.

Tese:

MEDEIROS, M. H. R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional*. 2004. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

Documentos eletrônicos:

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Cidades@*: São Carlos. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2008.

Registro de ensaios clínicos

O periódico *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS e do *International Committee of Medical Journal Editors* – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, quando se tratar de pesquisa clínica, somente serão aceitos para publicação os artigos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (http://www.icmje.org/faq_clinical.html). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Revisão ortográfica

Após a fase de apreciação, os textos aprovados serão submetidos à revisão de língua portuguesa (todo o texto) e inglesa (versão do título, das palavras-chave e do resumo), sendo que o(s) autor(es) do artigo deverá(ão) arcar com o custo desse trabalho. Justifica-se a

elaboração de revisão ortográfica para a garantia da habilidade de comunicação escrita dos textos a serem publicados e a sua leitura pelo público nacional e internacional.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;
2. O arquivo da submissão está formatado, apenas, pelo programa Microsoft Word 2007 ou posterior e os trabalhos enviados à revista em formato .doc editável;
3. URLs para as referências foram informadas quando possível;
4. O texto está em espaço 1,5; usa fonte Times New Roman tamanho 12; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos;
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em **Diretrizes para Autores**, na página Sobre a Revista;
6. Todas as referências seguem as instruções e modelos apresentados;
7. Não há identificação no corpo do texto que comprometa a Avaliação Cega por Pares.

Declaração e Transferência de Direitos Autorais

No momento da submissão do artigo, os autores devem encaminhar a Declaração de Responsabilidade, Conflito de Interesse e Concordância com termos de Licença de Publicação, segundo modelos abaixo, assinada por todos os autores.

Declaração de Responsabilidade e Concordância com Licença de Publicação

Título do trabalho:

Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, bem como que apresentei as informações pertinentes sobre as fontes de recursos recebidos para o desenvolvimento da pesquisa. Afirmo não haver quaisquer ligações ou acordos entre os autores e fontes de financiamento que caracterizem conflito de interesse real, potencial ou aparente que possa ter afetado os resultados desse trabalho.

Certifico que quando a pesquisa envolveu experimentos com seres humanos houve apreciação e aprovação de Comitê de Ética de instituição pertinente e que a divulgação de imagens foi autorizada, assumindo inteira responsabilidade pela mesma.

Certifico que o texto é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro material de minha autoria com conteúdo substancialmente similar não foi enviado a outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o texto está baseado, para exame dos editores.

Nome completo do(s) autor(es) e assinatura:

Termo de Concordância com Licença de Acesso Aberto

O(s) Autor(es) deverá(ão) enviar o Termo de Concordância com Licença de Acesso Aberto assinado (por todos), conforme o modelo abaixo:

O periódico *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* é publicado conforme o modelo de Acesso Aberto e optante dos termos da licença Creative Commons BY-NC (“atribuição - uso não-comercial”, disponível no site <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>).

Nós, Autores do artigo “TÍTULO” abaixo assinados, declaramos que lemos e concordamos com os termos da licença acima.

Nome completo do(s) autor(es) e assinatura:

Nome completo

Data

Assinatura