

**A.C.CAMARGO CANCER CENTER
FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE**

**AUTOPERCEPÇÃO DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL PÓS
PAROTIDECTOMIA POR TUMORES BENIGNOS E MALIGNOS**

DEISE BAIXO DUARTE FURTADO

Tese de Doutorado, apresentada à Fundação Antônio Prudente como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Prof. Dr.^a Maria Valéria Schmidt
Goffi Gomez

Co-Orientadora: Prof. Dr.^a Patricia Helena
Pecora Liberman

São Paulo

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Furtado, Deise Baixo Duarte .

**AUTOPERCEPÇÃO DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL
PÓS PAROTIDECTOMIA POR TUMORES BENIGNOS E MALIGNOS .
/ Deise Baixo Duarte Furtado. São Paulo, 2025.**

88f.

**Tese de Doutorado - Fundação Antônio Prudente. Curso de
Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.**

Orientador: Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez.

**1. Paralisia facial. , 2. Neoplasias de cabeça e pescoço. , 3.
Aspectos psicossociais.**

CDU 616

Elaboração eletrônica pela Biblioteca A.C.Camargo - Fundação Antônio Prudente.

Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

DEISE BAIXO DUARTE FURTADO

Título: Autopercepção de pacientes com paralisia facial pós parotidectomia por tumores benignos e malignos

Aprovado em: 18/11/2025.

Banca Examinadora

Orientadora: Dra Maria Valéria Goffi Gomez

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: Dr Antônio Cássio Assis Pelizzon

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: Dra Giédri Berretin-Félix

Instituição: Universidade de São Paulo

Membro da banca: Dra Lica Arakawa Sugueno

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Membro da banca: Dr Luiz Paulo Kowalski

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Dedico este trabalho aos meus alunos do curso de
Fonoaudiologia, estar com vocês me impulsiona a
aprender sempre mais.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dr.^a Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez, que com sua inteligência, competência, elegância e amorosidade me conduziu nesse processo. As experiências de compartilhar a elaboração de um capítulo de livro, a submissão de um artigo científico, a participação em eventos científicos e o desenvolvimento desta tese de doutorado são recordações que trarei para sempre comigo. A sua postura é admirável! Obrigada pelo incentivo constante e por me inspirar como docente e fonoaudióloga.

À instituição Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), a qual me formei como fonoaudióloga e atuo como docente desde 2001. Obrigada por disponibilizar esta parceria com a Fundação Antônio Prudente, instituição tão renomada e com tanto rigor científico.

Ao Departamento de Cabeça e Pescoço do AC Camargo Cancer Center, em especial ao Dr José Guilherme Vartanian e ao Dr Genival Barbosa de Carvalho, por disponibilizarem as listas de pacientes submetidos a parotidectomia, minha profunda gratidão pelo apoio ao desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus colegas de doutorado, em especial, à equipe do curso de Fonoaudiologia da UNIVALI que sempre me incentivou a continuar nesta caminhada.

À banca examinadora deste estudo, por todas as contribuições, sugestões e correções, essenciais para torná-lo possível.

Às minhas origens, meus amores, meus pais, Luiz Otávio e Selma, que sempre me incentivaram a estudar e não mediram esforços para minha formação acadêmica e pessoal.

Ao meu esposo Ademir, meu companheiro de todas as horas, meu porto seguro. É com teu apoio, teu incentivo e nosso amor que consigo chegar até aqui. O meu muito obrigada e o meu amor.

Aos meus filhos, Artur e Lara, por serem as minhas melhores obras e por me proporcionarem a maior e mais bela experiência da vida, ser mãe.

“The face speaks”.

Emmanuel Levinas

RESUMO

Furtado DBD **Autopercepção de pacientes com paralisia facial pós parotidectomia por tumores benignos e malignos** [Tese]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente, 2025.

INTRODUÇÃO: O câncer e a paralisia facial podem impactar o bem-estar dos que por eles são atingidos, embora com magnitudes diferentes. Apesar do investimento em novas técnicas para a sua cura e para o diagnóstico precoce, o câncer ainda desencadeia fortes emoções aos que o enfrentam, pela frequente associação com a morte iminente. A paralisia facial impacta na identidade do sujeito pelo estranhamento de sua própria face. Questiona-se se o diagnóstico do câncer pode impactar a autopercepção do paciente com PFP após o tratamento. **OBJETIVOS:** Identificar se a autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial por tumores benignos é similar à autopercepção facial de paralisia facial por tumores malignos; se a autopercepção facial está correlacionada à autoavaliação da satisfação com a face; se a autoavaliação da satisfação com a face está influenciada pelo grau da paralisia e/ou presença de sincinesias. **MÉTODO:** Estudo prospectivo de corte transversal aprovado pelo comitê de Ética da Instituição sob protocolo nº. 6.573.251. Foram convidados a participar pacientes que apresentavam paralisia facial por tumor/câncer de parótida tratados no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do AC Camargo Cancer Center entre 2014 e 2022. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os instrumentos desta pesquisa foram enviados por email e whats, em formato de formulário do Google – Google forms. Os pacientes responderam a autoavaliação elaborada pelas pesquisadoras e as versões brasileiras do Facial Disability Index, Facial Clinimetric Evaluation Scale e Synkinesis Assessment Questionnaire. Após responder os formulários pelo link online, o participante da pesquisa possuía a opção de participar da segunda etapa da pesquisa na qual seria agendada a vídeo-consulta via Google Meet para a avaliação clínica pelo Facial Grading System (FGS). A análise descritiva das variáveis, e apresentadas as distribuições de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e medidas de tendência central, como média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas. As variáveis de estudo foram comparadas entre os grupos de pacientes com PFP por tumores benignos (GTB) e por tumores malignos (GTM). Os dados foram analisados pela comparação de médias por testes paramétricos ou não-paramétricos segundo a distribuição dos dados, adotando-se 5% como nível de significância. **RESULTADOS:** Entre 119 pacientes identificados com paralisia/paresia facial no período estudado, trinta participantes aceitaram responder ao formulário online. Os pacientes com paralisias/paresias faciais foram avaliados após pelo menos 1 ano da cirurgia, sendo 19 pacientes tratados por tumores benignos (GTB) e 11 pacientes por tumores malignos (GTM), com mediana da idade de 45 anos para o GTB e 51 anos para o GTM. O tumor mais frequente entre os benignos foi o Adenoma Pleomórfico. A autopercepção facial foi semelhante entre os grupos, entretanto o julgamento da satisfação facial foi estatisticamente pior no grupo de tumores malignos. Não foi encontrada qualquer correlação entre a satisfação com a própria face e autopercepção facial no GTB, enquanto no GTM houve correlação positiva significativa entre a autoavaliação da satisfação facial com a função física no FDI. Somente 7 pacientes puderam ser avaliados clinicamente em vídeo, e nestes a frequência de ocorrência de sincinesia e o grau da paralisia foi maior no grupo de

tumores malignos. **CONCLUSÃO:** A autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial por tumores malignos é similar àquela dos pacientes tratados por tumores benignos; Não foi possível correlacionar a autopercepção com o grau da paralisia, porém esta foi relacionada à presença de sincinesias; A autoavaliação da satisfação com a própria face não mostrou correlação com autopercepção facial.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia facial. Neoplasias de cabeça e pescoço. Aspectos psicossociais.

ABSTRACT

Furtado DBD **Self-perception of patients with facial paralysis after parotidectomy due to benign or malignant tumors.** [Thesis]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente, 2025.

INTRODUCTION: Cancer and facial paralysis may impact the well-being of those affected, albeit to varying degrees. Despite investment in new techniques for its cure and early diagnosis, cancer still triggers strong emotions in those who face it, due to its frequent association with imminent death. Facial paralysis impacts the individual's identity due to the unfamiliarity with their own face. The question arises as to whether a cancer diagnosis can impact the self-perception of PFP patients after treatment.

OBJECTIVES: To identify whether the facial self-perception of individuals with facial paralysis caused by benign tumors is similar to those caused by malignant tumors, including the correlation of the degree of paralysis and the presence of synkinesis; self-rated satisfaction with their face; and whether this is influenced by the degree of paralysis and/or the presence of synkinesis. **METHODS:** Prospective cross-sectional study approved by the Institutional Ethics Committee under protocol no. 6,573,251.

Patients with facial paralysis due to parotid tumor/cancer treated at the Head and Neck Surgery Service of AC Camargo Cancer Center between 2014 and 2022 were invited to participate. The Informed Consent Form and the research instruments were sent by email or WhatsApp in Google Forms format. Patients completed a self-assessment prepared by the researchers and the Brazilian versions of the Facial Disability Index, Facial Clinimetric Evaluation Scale, and Synkinesis Assessment Questionnaire. After completing the forms via the online link, participants had the option to participate in a second stage of the research, in which a video consultation via Google Meet would be scheduled for clinical evaluation using the Facial Grading System (FGS). The descriptive analysis of the variables, and the absolute (n) and relative (%) frequency distributions are presented for the qualitative variables, and measures of central tendency, for the quantitative variables. The study variables were compared between the groups of patients with PFP due to malignant tumors (GMT) and benign tumors (GBT). Data was analyzed by comparing means using parametric or nonparametric tests according to the data distribution, adopting a 5% significance level. **RESULTS:** Among 119 postsurgical facial paralysis/paresis identified in the analyzed period, thirty participants agreed to complete the online form. Facial paralysis/paresis patients were assessed after at least 1 year post surgery. Nineteen patients were treated for benign tumors (BTG) and 11 for malignant tumors (MTG). The median age was 45 years for BTG and 51 years for MTG. The most common benign tumor was pleomorphic adenoma. Facial self-perception was similar between groups; however, self-rated facial satisfaction was significantly worse in the malignant tumor group. No correlation was found between facial satisfaction and facial self-perception in the BTG, while in the MTG, there was a significant positive correlation between self-rated facial satisfaction and physical function on the FDI. Only seven patients could be clinically

evaluated via video, and among these, the frequency of synkinesis and the degree of paralysis were worse in the malignant tumor group. **Conclusion:** The facial self-perception of individuals with facial paralysis due to malignant tumors is similar to that of patients treated for benign tumors; it was not possible to correlate self-perception with the degree of paralysis, but this was correlated to the presence of synkinesias; Self-rated satisfaction with their own face did not correlate with their facial self-perception.

KEYWORDS: Facial paralysis. Head and neck neoplasms. Psychosocial aspects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da seleção da amostra	32
Figura 2 - Fluxograma dos procedimentos.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição demográfica da amostra estudada (N=30)	39
Tabela 2	Resultados dos instrumentos de autopercepção e autoavaliação: FDI, FACE Scale e SAQ de acordo com a característica do tumor	41
Tabela 3	Realização de tratamento fonoaudiológico ou fisioterápico entre os grupos estudados segundo o acometimento dos ramos do nervo facial	42
Tabela 4	Correlação (Spearman) entre a autoavaliação da satisfação facial e os questionários FDI, Face Scale e SAQ nos grupos de participantes com paralisia facial por tumores benignos (GTB) e malignos (GTM)	43
Tabela 5	Resultados da avaliação clínica pelo FGS dos participantes que aceitaram participar da vídeo consulta (N = 7)	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Face Scale	Facial Clinimetric Evaluation Scale - Avaliação Facial Clinimétrica
FDI	Facial Disability Index - Índice de Disfunção Facial
GTB	Grupo de tumores benignos
GTM	Grupo de tumores malignos
PF	Paralisia Facial
PFP	Paralisia Facial Periférica
SAQ	Synkinesis Assessment Questionnaire - Questionário de Avaliação de Sincinesia
PROMs	Patient reported outcome measures

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 Nervo facial e paralisia facial em tumores da glândula parótida	20
3.2 Autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial	25
4 MÉTODO	30
4.1 Instrumentos utilizados.....	32
4.1 .1 Índice de Incapacidade Facial: Facial Disability Index – FDI	33
4.1 2 Instrumento Clínico de Avaliação Facial / Avaliação Facial Clinimétrica.....	34
4.13 Synkinesis Assesment Questionnaire	34
4.1.4 Avaliação clínica	35
4.2 Análise estatística	37
5 RESULTADOS.....	39
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	50
8 REFERÊNCIAS	51
ANEXO A – Parecer do CEP.....	56
ANEXO B – FDI – Índice de disfunção facial.....	67
ANEXO C – Face Scale – Instrumento Clínico de Avaliação Facial / Avaliação Facial Clinimétrica.....	69
ANEXO D – SAQ – Questionário de Avaliação de Sincinesia.....	71
ANEXO E – SFGS Brasil – Sistema de graduação facial	72
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	73
APÊNDICE B - E-mail enviado aos candidatos a participantes da pesquisa.....	75

APÊNDICE C – Avaliação clínica autorreferida.....	76
APÊNDICE D – Roteiro para vídeo consulta.....	77
APÊNDICE E – Artigo submetido a periódico A3.....	78

1 INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica (PFP) caracteriza-se por uma alteração na mímica facial, decorrente do comprometimento do nervo facial, 7º par craniano. Na PFP, quando o tronco principal do nervo for lesado, toda hemiface fica comprometida, com ausência ou restrição dos movimentos da expressão facial (Goffi-Gomez et al., 2000; Bernardes et al., 2004; Goffi-Gomez, 2018; Goffi-Gomez & Furtado, 2023).

A depender da localização da lesão, a PFP pode ser acompanhada de alterações nas secreções lacrimal e salivar, como em algumas etiologias outros pares cranianos podem envolver a sensibilidade facial e acuidade auditiva. Pode ser idiopática, traumática, infecciosa, herpética, tumoral ou decorrente de outras causas (Tessitore, 2015).

A PF pode ser concebida como um inconveniente estético associado a alterações funcionais, como fechamento ocular incompleto, alterações na fala e na mastigação. A diminuição dos movimentos e de expressão da hemiface, interferem na comunicação não verbal e impactam dificuldades na comunicação interpessoal (Diels, 2000). A perda da mobilidade facial pode ser devastadora para alguns pacientes, sendo que o acometimento psicológico varia e não está relacionado com o grau de paralisia (Freitas e Goffi-Gomez, 2008; Tessitore, 2012, 2015).

Responsável pelos movimentos dos músculos da expressão facial, o nervo facial é constituído de uma divisão motora (facial) e outra sensitiva (intermédio), que se fundem em um único tronco no meato acústico interno. No osso temporal, o nervo percorre o trajeto meatal, entra no canal facial, no segmento labiríntico, e passando pelo segmento timpânico e mastóideo, emerge para o trajeto superficial pelo forame estilomastóideo (Jacomio e Hojaij, 2018).

Em função desse longo e complexo trajeto, o nervo facial pode ser afetado por diversas neoplasias, tanto do próprio nervo como das estruturas vizinhas a ele (Brito Neto e Bittencourt, 2018).

A paralisia facial, tanto súbita quanto insidiosa, pode ser um dos primeiros sinais clínicos de doenças oncológicas, pode ocorrer durante a evolução do tumor e/ou como sequelas de tratamentos (Pinna et al., 2012; Lima et al., 2013; Vartanian et al., 2019).

Considerado um problema de saúde mundial, 20 milhões de novos casos de câncer foram registrados no mundo em 2022, e essas notificações devem aumentar 70% nas próximas duas décadas. Dados do Instituto Nacional de Câncer José Gomes da Silva indicam para o Brasil, no triênio 2023-2025, a manifestação de 704 mil novos casos de câncer, para cada ano (Santos et al., 2023).

O câncer de glândulas salivares, segundo o GLOBOCAN 2022 (Filho AM, 2025), possui a incidência mundial de 55083 novos casos e ocupa a 28ª posição. No Brasil, a incidência é de 1742 novos casos e está em 26ª posição. Estima-se a probabilidade de 2,4 casos a cada 100000 habitantes e a prevalência de 5221 casos em 5 anos.

Os tumores de glândulas salivares são mais frequentes nas glândulas parótidas, seguidos pelas glândulas submandibulares, glândulas salivares menores e sublinguais. Cerca de 60% dos tumores das glândulas parótidas são benignos, sendo os mais comuns o adenoma pleomórfico (ou tumor misto), seguido pelo tumor de Warthin. Apesar de ser um tumor benigno, o adenoma pleomórfico sempre deve ser tratado, pois apresenta risco de até 10% de transformação para a forma maligna. O tratamento dos tumores de parótida é cirúrgico, embora em alguns casos muito específicos possa ser necessária vigilância, principalmente por exames de ressonância magnética. A cirurgia deve realizar a ressecção completa do tumor e ser o mais conservadora possível em relação aos ramos do nervo facial, no entanto o paciente deve ser informado que o procedimento cirúrgico pode lesionar o nervo facial, de forma transitória ou permanente (Targino et al., 2023; Deffay e Page, 2024).

Tanto o câncer como a paralisia facial podem afetar significativamente o bem-estar dos que por eles são atingidos, embora com magnitudes diferentes. Apesar do investimento em novas técnicas para a sua cura e para o diagnóstico precoce, o câncer ainda desencadeia fortes emoções aos que o enfrentam, pois, a associação com a morte iminente ainda é concebida pelo paciente e seus familiares. A paralisia facial, por sua vez, causa impacto na identidade do sujeito pelo estranhamento de sua face.

Questiona-se então se haveria diferença entre a autopercepção de pacientes acometidos por paralisia facial associados ou não a etiologias oncológicas.

Alguns estudos compararam a morbidade percebida por pacientes com PF de etiologia maligna e não-maligna. Em pesquisa realizada com população alemã

(Guntinas-Lichius et al., 2007) e outra com israelenses (Nitzan et al., 2004) não foram encontradas diferenças significativas entre os escores de qualidade de vida (QV) em pacientes com doença benigna versus maligna.

O estudo de Volk et al. (2016) realizado com alemães elencou 120 pacientes com paralisia facial e confirmou que além dos distúrbios de movimento, tais sujeitos sofrem severamente de efeitos emocionais e comunicativos. Quando correlacionada com a qualidade de vida, indivíduos com doença primária maligna mostraram maior percepção geral de saúde e vitalidade do que aqueles com etiologia não neoplásica. Os autores atribuem este efeito com o fato com a cura do câncer.

Tavares-Brito et al. (2019) em investigação realizada com população americana, mostraram que os pacientes com doença maligna também tiveram índices de QV significativamente maiores quando comparados com os de etiologia não maligna. O menor impacto da disfunção do nervo facial visto neste grupo de pacientes poderia ser explicado pelo fato deles estarem lidando com uma condição que põe em risco suas vidas, fazendo com que as consequências funcionais da doença sejam vistas como secundárias. Os autores afirmam que essa hipótese é nova no cenário da PF e convida para maiores investigações.

Considerando a população brasileira, o estudo de Paulon (2019) caracterizou a paralisia facial em pacientes submetidos à parotidectomia de 58 pacientes adultos e constatou esta como uma complicação importante apresentando impacto na vida social e profissional dos pacientes.

Coça et al. (2019) abordaram crianças e adolescentes também brasileiros e o impacto de doenças benignas e malignas na QV, encontrando resultados semelhantes quando comparados os dois grupos. Constatou-se que a QV melhora ao longo do tempo e os tumores ósseos são os que mais a prejudicam.

Um recente consenso sobre reabilitação de pacientes com paralisia facial (Neville et al., 2023) enfatizou a importância da valorização da autopercepção do paciente como estratégia de avaliação para nortear as condutas de tratamento e quantificar a evolução terapêutica a partir da aplicação de PROMs (Patient reported outcome measures).

Considerando-se que as questões culturais nativas são cruciais para definir a autopercepção desses pacientes, levantamos o questionamento acerca do impacto

do diagnóstico de câncer na autopercepção facial de pacientes que sofreram paralisia facial durante ou após tratamento oncológico.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar se a autopercepção da paralisia facial pós parotidectomia de pacientes com tumores benignos é similar à autopercepção da paralisia facial por tumores malignos.

Espera-se contribuir dos pontos de vista científico e clínico com a impressão autorreferida por pacientes com paralisia facial, a fim de contribuir com possíveis tomadas de decisão de equipes multiprofissionais de saúde no tratamento desta comorbidade, em especial as de etiologia oncológica.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar se a autopercepção da paralisia facial de indivíduos com paralisia facial pós parotidectomia por tumores benignos é similar à autopercepção facial de paralisia facial por tumores malignos.

2.2 Específicos

Identificar se a autopercepção facial está correlacionada à autoavaliação da satisfação com a face.

Identificar se a avaliação clínica autorreferida é concordante com o grau da paralisia e presença de sincinesias

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Nervo facial e paralisia facial em tumores da glândula parótida

Tiago et al. (2003) apontaram o adenoma pleomórfico como o tumor benigno mais comum entre as neoplasias da glândula parótida. Realizaram estudo clínico retrospectivo com 68 pacientes com este tumor, verificaram maior incidência no sexo feminino, maior frequência na quinta década de vida, apresentação clínica mais comum foi nódulo na região parotídea, sendo este sinal presente em 100% dos casos. A parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial foi a cirurgia mais realizada (91,2% dos casos). As complicações pós-operatórias mais frequentes foram paresia (14,7%) e paralisia (7,3%) do nervo facial, seguida da síndrome de Frey (4,4%).

Batra et al. (2010) com o objetivo descrever o ramo marginal mandibular do nervo facial dissecaram 50 hemifaces de cadáveres adultos embalsamados, independentemente de idade e sexo. Uma incisão submandibular foi realizada, estendendo-se pósterio inferiormente ao tragus até a sínfise mental, correndo abaixo e paralelamente à borda inferior da mandíbula. A artéria facial e a veia facial (anterior) foram identificadas próximo ao ângulo ântero-inferior do músculo masseter. O nervo foi então rastreado desde o vaso posteriormente até a borda ântero-inferior da glândula parótida e anteriormente até sua terminação próximo à linha média, onde se funde com as fibras dos músculos do lábio inferior. Entre os principais achados, constataram que o ramo marginal mandibular do nervo facial apresenta relação direta com a glândula parótida, emergindo de sua borda inferior em 88% dos casos. Essa proximidade anatômica faz com que a parotidectomia ou cirurgias na região apresentem risco elevado de lesão do ramo, resultando em paresia ou paralisia permanente do lábio inferior.

Segundo Paiva et al. (2010), o tratamento cirúrgico das neoplasias da glândula parótida depende do tipo histológico envolvido, principalmente quando se trata de lesão maligna. Todo procedimento cirúrgico envolvendo a parótida possui risco de lesão do nervo facial, sendo que a incidência relatada na literatura varia de 20 a 40%. Com o objetivo de verificar a incidência de paralisia facial após tratamento cirúrgico de neoplasia de parótida em um serviço de cirurgia de cabeça e pescoço na cidade

de Curitiba, Paraná-Brasil, foi realizado um levantamento dos pacientes com diagnóstico de neoplasia de parótida em um período de 10 anos. Foram analisados 235 prontuários de pacientes, sendo 182 pacientes com diagnóstico de neoplasia benigna e 53 pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna. A incidência de paralisia facial nos pacientes com neoplasia benigna foi de 10,98%. e com neoplasia maligna de 47,2%. Os autores encontraram correlação significativa da presença de paralisia facial com o tamanho do nódulo pré-operatório.

Chulam et al. (2013) estudaram os resultados de 108 parotidectomias realizadas em 100 pacientes com tumor de Warthin's com idade média de 58 anos (32 - 84). As complicações pós-operatórias ocorreram em 67 (62.3%) dos procedimentos, sendo a disfunção do nervo facial a mais frequente, apesar de usarem a parotidectomia superficial em 97% dos casos. O estudo encontrou disfunção facial em 47,2% dos casos, sendo o ramo marginal da mandíbula o mais afetado em 90% dos casos de disfunção do nervo, embora a paralisia completa (de todos os ramos) foi identificada somente em 1 paciente.

Em estudo retrospectivo com 154 pacientes sobre tumores de glândula parótida, Maahs et al. (2015) descreveram que a presença de nódulo único em região parotídea foi a principal manifestação de neoplasia da glândula parótida, o adenoma pleomórfico o tipo histológico de maior prevalência e a parotidectomia subtotal com preservação do nervo facial o tratamento mais indicado para estes pacientes. Quanto mais conservadora a técnica, menor a frequência de complicação de PF. Este estudo demonstrou a incidência de 15% de casos com paralisia facial pós-operatória e apenas 1,9% dos casos com apresentação de paralisia definitiva. Concluiu-se que casos de paralisia permanente são raros, e estão associados a quadros malignos graves com comprometimento prévio de estruturas adjacentes.

Em pesquisa realizada com 219 pacientes com o objetivo de determinar possíveis fatores preditivos relacionados à ocorrência de paralisia facial periférica (PFP) após parotidectomia superficial no tratamento cirúrgico de adenomas pleomórficos de glândula parótida Bittar et al. (2016) identificaram que tumores de 3,0 cm ou mais de comprimento e/ou 2,0 cm ou mais de profundidade apresentam risco significativamente maior de lesão do nervo facial. A cirurgia secundária para tumores recorrentes também apresenta maior risco de evoluir com paralisia facial após parotidectomia superficial.

Adenomas pleomórficos são lesões tipicamente benignas e capsuladas, mais comuns em mulheres. Podem eventualmente estar associados à malignidade em uma minoria de casos entre 3% e 12% dos casos, segundo Bonavolontà et al. (2019). Os autores avaliaram os desfechos clínicos em pacientes com tumores benignos da glândula parótida após dissecação extracapsular (DEC) ou parotidectomia superficial (PS) em estudo retrospectivo de 297 pacientes que tiveram tumores benignos da glândula parótida entre 2002 e 2016. Avaliaram a taxa de recorrência e as complicações com intervalo mediano de acompanhamento foi de 43 meses (25-168 meses). A lesão transitória do nervo facial, síndrome de Frey e paralisia facial foram significativamente mais comuns após PS do que após DEC (23,6% em comparação com 1,5%, 6,7% em comparação com 1% e 6,7% em comparação com 0%, respectivamente).

Paulon (2019) levantou dados dos prontuários de pacientes com diagnóstico recente de tumores de parótida, coletou longitudinalmente a presença de paralisia facial no pós-operatório imediato, 1 mês e 6 meses após a cirurgia entre janeiro de 2016 a dezembro de 2018. Aplicou uma escala subjetiva e o FDI na consulta do primeiro mês e aos 6 meses da cirurgia em 58 pacientes, com média de idade de 51,4 anos. Encontrou tumores malignos em 16 com esvaziamento cervical (27,6%) e 42 (72,4%) com tumores benignos. O tamanho do tumor, considerando a maior das medidas nas 3 dimensões (profundidade, comprimento e altura), foi de média de 2,5 cm e mediana de 2,4 cm. PF no P0 em algum ramo do nervo: 44 (75,9%) pacientes no pós operatório imediato, sendo 13 em tumores malignos (29,6%) e 31 em tumores benignos (70,5%). Destes, 37 apresentaram algum grau de paralisia facial após 1 mês, e 22 após 6 meses ainda apresentavam PFP com HB entre grau 2 e 3. O adenoma pleomórfico foi o tipo histológico de maior prevalência, entre os tumores benignos, e os carcinomas mucoepidermóide e mioepitelial, entre os malignos. A ocorrência de PFi não mostrou correlação significativa com possíveis fatores de risco, como tamanho e localização tumoral, sexo e idade do paciente. A monitorização intraoperatória do nervo facial não teve efeito no que tange minimizar riscos para presença da PF em parotidectomias. A parotidectomia total foi a cirurgia que mais se relacionou com a PF no pós-operatório imediato. Houve melhora do grau da paralisia facial ao longo dos 6 meses e não se pode descartar a possibilidade de recuperação total da mímica facial se os pacientes fossem seguidos num período maior. Segundo

a autora, os pacientes que apresentam paralisia facial possuem impacto na vida social e profissional e a melhora da paralisia facial teve correlação inversamente proporcional com os impactos social e profissional.

Stodulski et al. (2019) estudaram a qualidade de vida em 159 pacientes sobreviventes e tratados por carcinoma primário da glândula parótida entre 1992 a 2015. Aplicaram o questionário de qualidade de vida comparando as respostas dos pacientes de carcinoma com um grupo controle selecionado entre 288 pacientes tratados cirurgicamente durante os anos de 2011 a 2015 para adenoma de parótida. Comentam que para casos de tumores malignos da glândula parótida e de outras glândulas salivares maiores, o tratamento consiste em cirurgia isolada ou cirurgia acompanhada de radioterapia adjuvante (RT). A extensão da excisão cirúrgica depende do estágio do tumor e pode variar em relação à abordagem do nervo facial e das estruturas que circundam a glândula (pele, mandíbula) e linfonodos cervicais (dissecção cervical). A remoção da glândula parótida juntamente com o nervo facial (parotidectomia radical) é um procedimento altamente mutilante que leva a uma combinação devastadora, sendo que a radioterapia adjuvante, que aumenta significativamente o impacto negativo do tratamento cirúrgico. Para o grupo de pacientes com carcinoma de parótida, 45 questionários preenchidos foram devolvidos dos 80 questionários enviados (56%). No grupo controle (pacientes com adenoma de parótida), apenas 46 dos 200 questionários enviados foram respondidos (23%). O período de tempo desde o término do tratamento variou de 2 a 14 anos (mediana de 4 anos) para os pacientes com carcinoma, e de 1 a 3 anos (mediana de 2 anos) para os pacientes com adenoma. A idade média dos pacientes no grupo com carcinoma foi de 58,3 e no grupo com adenoma foi de 52,2 anos. Após a cirurgia reportaram 17 pacientes (37%) com paralisias faciais transitórias no grupo de adenomas, e 16 (35%) com paralisias transitórias no grupo de carcinomas, entretanto houve 14 (31%) dos pacientes com paralisias permanentes no grupo de carcinomas e nenhuma paralisia permanente nos pacientes tratados por adenomas.

A avaliação de sinais e sintomas de 1.165 pacientes com tumores de parótida foi realizada por Inaka et al. (2021). Os sinais e sintomas investigados foram dor/sensibilidade, aderência aos tecidos adjacentes e paralisia do nervo facial. Dentre os participantes estudados, 965 apresentavam tumores benignos e 200 tumores malignos. Destaca-se que a dor/sensibilidade e aderência aos tecidos adjacentes

foram significativamente mais comuns nos tumores malignos do que nos benignos, e a incidência desses sinais e sintomas aumentou conforme o grau de malignidade. A paralisia do nervo facial foi observada em 18,0% dos tumores malignos, enquanto não foi observada em tumores benignos antes do tratamento. Pacientes que apresentavam esses sinais e sintomas avaliados tiveram prognóstico significativamente pior.

Lee et al. (2023), com o objetivo de analisar as características clínicas de tumores benignos e malignos da glândula parótida, realizaram estudo com 992 pacientes submetidos cirurgia por tumores de parótida entre 2010 e 2020, sendo 81,9% benignos e 18,1% malignos. Dos tumores encontrados, o adenoma pleomórfico e o tumor de Warthin foram os mais frequentes, com característica benigna e o carcinoma mucoepidermoide e o carcinoma de células escamosas, com característica maligna. Pacientes com tumores malignos apresentavam a média de 60 anos de idade e os benignos, idade média de 54,3 anos. Quanto ao tratamento, dos 812 pacientes com tumores benignos da glândula parótida, 571 lesões foram removidas por parotidectomia superficial (70,3%), 223 por parotidectomia superficial parcial (27,5%) e 18 por parotidectomia total (2,2%). Nenhum dos pacientes foi submetido à parotidectomia radical. Dos 180 pacientes com tumores malignos da glândula parótida, 72 lesões foram removidas por parotidectomia total (40,0%), 66 por parotidectomia superficial (36,7%), 27 por parotidectomia superficial parcial (15,0%) e 15 por parotidectomia radical (8,3%). Radioterapia e quimioterapia foram incluídas em tumores malignos em estágios avançados. A paralisia facial pós-operatória ocorreu em 19,4% dos casos malignos (16 temporárias e 19 permanente) versus 5,4% dos benignos (39 temporárias e 5 permanentes).

Zocalli et al. (2023) em estudo retrospectivo sobre o manejo cirúrgico de pacientes com adenoma pleomórfico de glândula parótida, analisaram a escolha da abordagem cirúrgica (parotidectomia superficial — PS, parotidectomia total — PT, dissecação extracapsular — DEC) que variou de acordo com a localização e tamanho do adenoma, disponibilidade de recursos técnicos e experiência do cirurgião. Como principal sequela pós-cirúrgica apontaram paresia facial transitória em 37,6%. Destacam que o tratamento cirúrgico do adenoma pleomórfico deve ser indicado inclusive em casos assintomáticos, para prevenir o crescimento progressivo e reduzir o risco de transformação maligna.

Em estudo retrospectivo em 554 pacientes submetidos à cirurgia de parótida associada a tumores benignos, Committeri et al. (2023) analisaram as complicações pós cirúrgicas entre dissecação extracapsular (DEC) e parotidectomia superficial (PS). Entre as complicações encontradas, a disfunção pós-operatória do nervo facial envolvendo um ou mais ramos do nervo foi a alteração precoce mais frequente, sendo os pacientes submetidos à cirurgia PS mais suscetíveis. Em casos de ressecção completa das fibras nervosas associada à PF permanente, não houve diferença entre as técnicas cirúrgicas de DEC e PS.

3.2 Autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial

Nitzan et al. (2004) estudaram a qualidade de vida de 53 pacientes submetidos a parotidectomia, com e sem etiologia oncológica. Foram encontradas várias sequelas pós-operatórias, entre elas a paralisia facial. Em geral, a parotidectomia não foi relacionada à piora significativa da qualidade de vida. Esta pesquisa reconhece que as variações culturais e geográficas influenciam a percepção da qualidade de vida e sugere estudos com outras populações.

Guntinas-Lichius et al. (2007) analisaram a qualidade de vida após reparo cirúrgico do nervo facial de 49 pacientes, com e sem etiologia oncológica. E, embora a graduação da função facial após o reparo do nervo revelou resultados satisfatórios, os pacientes referiram diminuição na qualidade de vida.

Freitas e Goffi-Gomez (2008) correlacionaram a autoavaliação da condição facial do paciente, o grau de incômodo quanto às sequelas, e prejuízo em atitudes diárias com os dados encontrados na avaliação fonoaudiológica. Participaram da pesquisa 29 indivíduos com PFP que foram submetidos a avaliação fonoaudiológica da simetria e da movimentação da face, com presença de sincinesias e contraturas. Realizaram também entrevista para graduação da autopercepção facial do paciente em escala analógico visual, e sua interferência nas atividades sociais e profissionais. As autoras concluíram que a autopercepção da condição facial nem sempre é concordante entre o profissional e o paciente, sendo que essa concordância aumenta em pacientes com maior tempo de terapia. Por outro lado, o impacto da condição facial na vida do paciente parece não depender do grau das sequelas.

Dey et al. (2017) compararam a percepção de observadores leigos, especialistas na área de paralisia facial e autopercepção de pacientes com paralisia facial unilateral permanente. Em um estudo de coorte prospectivo realizado com 40 indivíduos adultos com paralisia facial unilateral permanente com graus IV a VI na escala House–Brackmann, 5 especialistas no tratamento de PF e 160 observadores leigos participaram da avaliação. A etiologia mais frequente da PF foi a ressecção do schwannoma vestibular, sendo que 12 pacientes tinham menos de 6 meses e 12 pacientes tinham mais de 24 meses de instalação da PF. Os pacientes avaliaram a gravidade da própria paralisia, a atratividade, e a qualidade de vida usando escalas de 0 a 100 com intervalos de 1. Observadores leigos e especialistas assistiram a vídeos faciais padronizados de cada paciente e utilizaram as mesmas métricas para avaliar os mesmos quesitos. O estudo constatou que observadores leigos e especialistas percebem pacientes com paralisia facial de maneira mais negativa do que os próprios pacientes se percebem. Os autores ressaltam a importância de avaliar desfechos a partir das três perspectivas para a definição de condutas de tratamento da PF.

Guyöri et al. (2018) realizaram estudo baseado em questionários sobre qualidade de vida e avaliação funcional de pacientes com PF. A pesquisa foi desenvolvida com a participação de 30 indivíduos adultos com PF comparando os resultados dos protocolos Sunnybrook FGS, Facial Clinimetric Evaluation Scale e Facial Disability Index, protocolos sobre a autopercepção dos pacientes sobre a PF e, o Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) instrumento utilizado para avaliação da qualidade de vida em populações diversas. Houve correlação entre a avaliação clínica e a autopercepção do paciente sobre a função física, mas não nos domínios sociais. Os autores recomendam a aplicação de instrumentos validados e consolidados, como a FaCE Scale e o Facial Disability Index, em complemento às classificações clínicas baseadas no observador e à análise do movimento facial, a fim de captar a perspectiva do paciente sobre a função e os comprometimentos faciais.

Pavese et al. (2020) estudaram cento e oitenta e seis pacientes ambulatoriais com paralisia facial periférica de diferentes etiologias, recente ou crônica, com mediana de tempo de instalação de 9,5 meses. A pontuação composta mediana do FGS foi de 42, enquanto as pontuações medianas da subescala de função física e da subescala de função social/bem-estar do FDI (Índice de Incapacidade Facial) foram

de 60 (IQR 45-75) e 64 (IQR 48-80), respectivamente. O estudo demonstrou que a gravidade da paralisia está relacionada às limitações de atividade, mas não ao sofrimento psicológico e às restrições sociais. A correlação entre a gravidade da paralisia e as limitações de atividade e restrições de participação foi significativamente influenciada pela etiologia da paralisia, com associação mais forte entre gravidade e função quando a etiologia era médica ou traumática. As limitações de atividade diminuíram significativamente com o tempo desde a instalação da paralisia. O sofrimento psicológico e as restrições sociais foram mais graves em mulheres e indivíduos com paralisia pós-traumática apresentam maior sofrimento psicológico e tendência ao isolamento social do que aqueles com paralisia pós-cirúrgica.

Lyford-Pike et al. (2021) discutiram a percepção de pacientes acerca da PF predizendo as implicações sociais e buscando estratégias para amenizar tais prejuízos. Considerando que a PF pode implicar em danos sociais e emocionais devido a assimetria em repouso e na mímica facial, observadores leigos costumam perceber tais indivíduos como menos atraentes, menos afetuosos e com menor qualidade de vida. Estas percepções associadas à baixa autoestima, maior tendência a ansiedade e depressão necessitam de manejo clínico para lidar com as questões emocionais e sociais. Os autores sugerem estratégias para evitar tais desconfortos, como condutas que promovam a reconstrução facial e amenizem a desfiguração da face, bem como a triagem precoce de problemas de saúde mental. Em conjunto, essas estratégias podem reduzir a morbidade psicossocial e melhorar o cuidado integral dessa população.

Bruins et al. (2021) com os objetivos de relacionar a avaliação clínica da função facial e a autopercepção da qualidade de vida de PFP de indivíduos adultos e comparar as associações entre função facial e os domínios físico e social da qualidade de vida, foram analisados 23 estudos (3.746 participantes). Os instrumentos de função facial incluíram House-Brackmann, Sunnybrook Facial Grading System e avaliação eletrônica de função facial graduada por clínicos. Os instrumentos de autopercepção foram o FDI e o Face Scale. As associações observadas foram, em geral, baixas a moderadas, sugerindo que apenas uma pequena parte da qualidade de vida é explicada pela função facial. As associações foram maiores entre a função facial e o componente físico do que com o componente social da qualidade de vida.

Com o objetivo de avaliar a autopercepção de pacientes com paralisia facial pós Acidente Vascular Cerebral e relacionar com dados sociodemográficos e clínicos, Amaral et al. (2022) investigaram informações de prontuários, graduação clínica da mímica facial e questionário de autoavaliação (repouso, movimentos de testa/olhos/lábios e impactos psicossociais). Participaram desta pesquisa 86 indivíduos hospitalizados após AVC, predominantemente isquêmico. O grau de comprometimento da paralisia facial variou entre moderado à paralisia total. A maioria dos pacientes avaliou a face em repouso como boa, movimento da face como péssimo e ruim, sendo os lábios com pior classificação. Relataram prejuízo nas atividades sociais e na alimentação, e insatisfação com a face. A autopercepção facial em repouso foi associada ao sexo e ao comprometimento neurológico, sendo pior para as mulheres e naqueles com o nível de comprometimento neurológico moderado e grave.

Vargo et al. (2023) apontaram a falta de conhecimento sobre os efeitos psicológicos e sociais decorrentes da PF e alertam sobre o maior risco de ansiedade e depressão, bem como autopercepções e percepções sociais negativas. O estudo considera, a partir de revisão da literatura sobre efeitos psicológicos e psicossociais adversos da PF, que aceitar a própria identidade como pessoa com PF pode ser desafiador, e lidar com o estigma social pode ser um fardo significativo e causar desvantagens sociais.

Targino et al. (2023) realizaram estudo prospectivo longitudinal avaliando 101 pacientes com neoplasias primárias ou metastáticas de parótida submetidos à parotidectomia com preservação do nervo facial entre 2016 e 2020. Indivíduos com histórico de parotidectomia prévia e aqueles submetidos ao esvaziamento cervical apresentaram comprometimento mais grave do nervo facial. O ramo marginal mandibular foi o mais frequentemente lesado, afetando 68,3% dos pacientes no primeiro dia pós-operatório e 52,5% na primeira avaliação ambulatorial. Vinte pacientes (19,8%) apresentaram lesão exclusiva do ramo marginal mandibular.

Lannadère et al. (2023) investigaram a correlação entre a avaliação clínica e a autopercepção de pacientes com PFP sobre a sincinesia. Para tanto, realizaram estudo retrospectivo com 40 pacientes os quais responderam ao Synkinesis Assessment Questionnaire (SAQ), foram avaliados pelo Sunnybrook Facial Grading System (SFGS) e tiveram fotografias analisadas por meio de um software (MEEI-

Facegram). A autopercepção de sincinesia (SAQ) correspondeu com a avaliação clínica (SFGS) para o sorriso e a protrusão labial. Maior tempo de instalação PFP e pior grau de PFP aumentaram a autopercepção de sincinesia. Os autores sugerem a inclusão de instrumentos de autopercepção (patient reported outcome measures - PROMs), como o SAQ, na rotina clínica do tratamento da PFP.

Neville et al. (2023) reuniu experts no tratamento não cirúrgico de paralisia facial em suas diferentes fases (flácida, parésica e sincinésica) para a elaboração de consenso sobre reabilitação de pacientes com paralisia facial. Foram definidas as práticas que devem ser adotadas e as que devem ser excluídas na reabilitação de adultos com PF. Os resultados afirmam que a equipe de saúde deve ser capaz de fornecer cuidados psicossociais básicos e para tanto indicam a utilização de PROMs como: SFGS, FDI, Face Scale e SAQ para avaliação/triagem e aconselhamento/encaminhamento de pacientes com PF.

4 MÉTODO

Estudo clínico prospectivo de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) do AC Camargo Cancer Center, em 22 de novembro de 2021, com parecer número 6.573.251 (Anexo A).

Para atender ao objetivo de investigar se a autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial pós parotidectomia por tumores benignos é similar à autopercepção facial de paralisia facial por tumores malignos foi iniciada a seleção da amostra.

O primeiro passo foi o contato com o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do AC Camargo Cancer Center, para solicitar relação de pacientes tratados por tumores de parótida neste serviço. Foi recebida a planilha constando a relação de pacientes no período de 2014 a 2021, constando 539 pacientes.

A partir do recebimento desta relação, em julho de 2022, foi realizada a identificação dos registros dos pacientes que constavam as seguintes informações como complicações locais: “paralisia facial”; “paresia do nervo facial”, “paralisia do ramo marginal”, “paresia do ramo marginal”, “paresia marginal”, “paralisia do ramo bucal”, “paralisia do nervo marginal”, “paresia do ramo marginal da mandíbula e do bucal”, “paresia do marginal da mandíbula” e “déficit parcial de ramo frontal do nervo facial”. Após esta análise, foram identificados 108 pacientes.

A partir da localização do RGH foram identificados os endereços eletrônicos de contato e deu-se início ao envio de e-mails para o convite à pesquisa e envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndices A e B), previamente ao acesso aos formulários.

Foram enviados e-mails para 108 pacientes. Destes, 8 e-mails retornaram e 13 responderam ao e-mail enviado sendo: 7 afirmaram que não possuíam paralisia facial e 6 responderam o formulário enviado e aceitaram participar da avaliação em vídeo.

Em abril de 2023, diante do número insuficiente de adesões de participantes da pesquisa, na apresentação do 1º relatório, a banca sugeriu e aprovou a possibilidade de envio do formulário via whatsapp. Sugeriu também a inclusão do convite a pacientes tratados em 2022.

Na planilha de pacientes tratados por tumores de parótida em 2022 continham informações de 31 pacientes, sendo 11 com referência a complicações locais que remetiam à paralisia facial.

Totalizando 570 pacientes tratados e 119 com informações de “paralisia/paresia facial”. Foram então enviados convites por mensagem aos pacientes selecionados e que não haviam se pronunciado via e-mail. Destes 106 pacientes, 24 responderam aos formulários.

Os 30 participantes deste estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) previamente ao acesso aos formulários, com aceite para a chamada de vídeo em 22 participantes. Entretanto, quando realizado contato para agendar a avaliação em vídeo, somente 7 responderam e se disponibilizaram a participar.

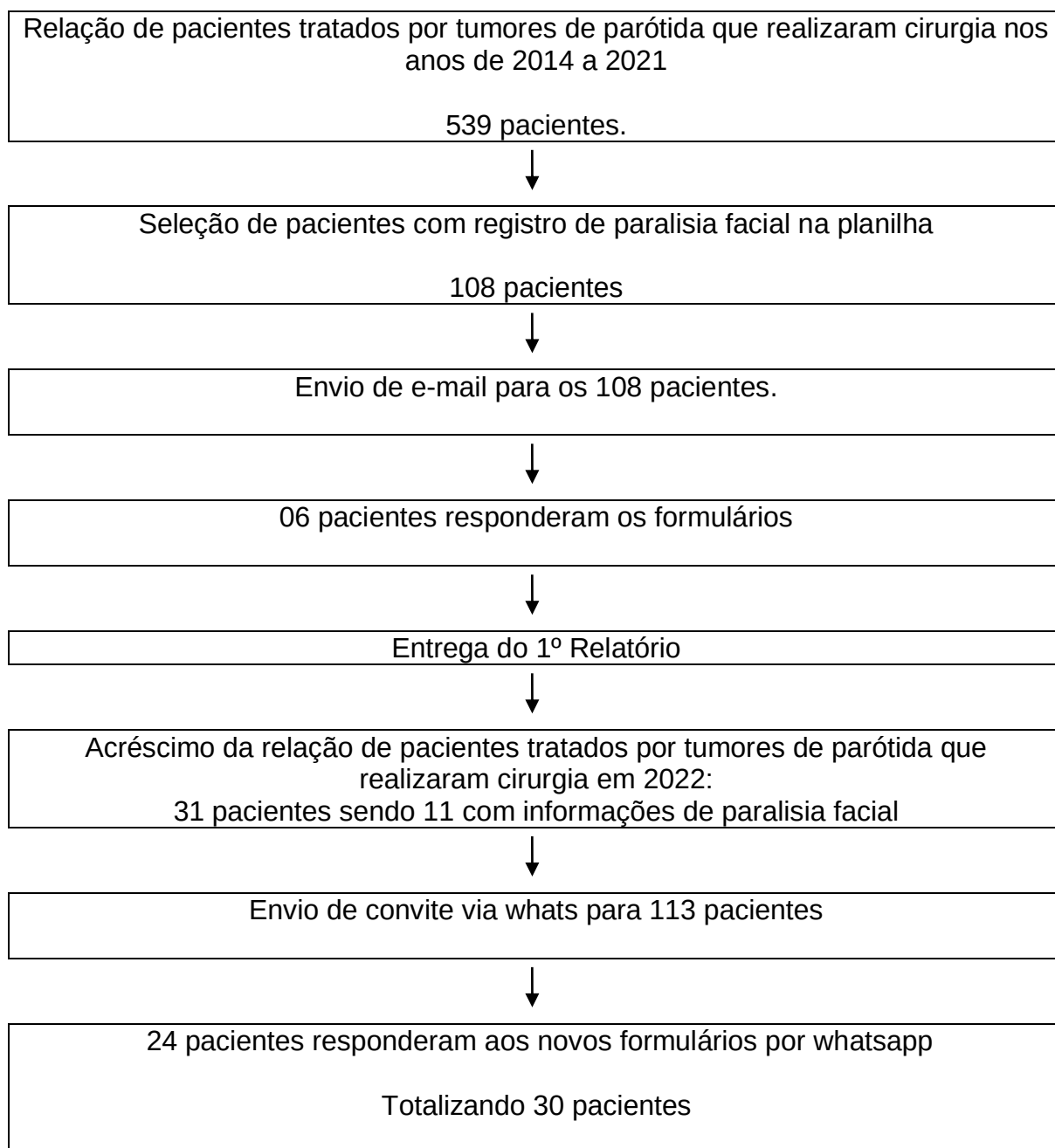
A investigação foi realizada com indivíduos com paralisia facial, em fase flácida ou fase de sequelas, de ambos os sexos, maiores de dezoito anos, com nacionalidade brasileira e residentes a maior parte da sua vida no Brasil (figura 1).

Foram considerados critérios de exclusão da amostra: pacientes com paralisia facial bilateral, que tivessem realizado cirurgias reparadoras, em uso de toxina botulínica ou aqueles que não conseguiriam expressar sua percepção sobre a paralisia facial. Entretanto, nenhuma destas situações foi encontrada na amostra selecionada.

As pesquisadoras consideraram a vulnerabilidade da exposição da identidade dos participantes da pesquisa, no entanto compreendem que o estudo da paralisia facial requer a avaliação da face e outras estratégias não substituiriam este tipo de abordagem, essencial para a condução de pesquisas na área.

Aos participantes da pesquisa que desejaram e/ou apresentaram demanda para tratamento foram encaminhados para serviços de reabilitação fonoaudiológica.

A coleta de dados foi iniciada em agosto de 2022 e concluída em julho de 2025.

Figura 1 - Fluxograma da seleção da amostra

Fonte: Autoria própria

4.1 Instrumentos utilizados

Para compreender a autopercepção facial em pacientes que sofrem ou sofreram paralisia facial, foram eleitos instrumentos já utilizados em estudos em outros países, e que recentemente foram adaptados para a população brasileira (Graciano et al., 2019; Tavares-Brito et al., 2020) (figura 2).

No presente estudo, foram utilizadas as versões brasileiras do Facial Disability Index – FDI (Anexo B), Facial Clinimetric Evaluation Scale (Anexo C) e Synkinesis Assesment Questionnaire (Anexo D).

4.1.1 Índice de Incapacidade Facial: Facial Disability Index – FDI

Consiste em questionário de autoavaliação da inabilidade física e dos fatores psicossociais relacionados à função neuromuscular da face (Van Swearingen, Brach, 1996) em versão brasileira (Graciano et al., 2020). Tem por objetivo fornecer informações sobre a vivência do pacientes com a alteração do nervo facial. Esse questionário apresenta duas categorias: Função Física (FF), que contém itens relacionados aos aspectos funcionais da musculatura, e a Função Social/Bem-Estar (FBE), com itens que avaliam as dificuldades psicológicas e sociais em atividades de vida diária (por exemplo, escovar os dentes, comer ou beber). Apresenta também o escore total considerando as duas categorias. Neste estudo, optou-se por analisar as categorias separadamente.

A **categoria Função Física (FF)** aborda cinco questões que abrangem as funções de mastigação, da deglutição e fala, além do lacrimejamento e ressecamento do olho, graduando as dificuldades de zero a cinco. Zero corresponde a grau máximo de dificuldade e cinco grau mínimo.

Para a determinação do escore da função física IFF utiliza-se a equação a seguir:

$$\frac{\text{Pontuação (questões 1-5)}}{N} - N \times 25 = \underline{\hspace{2cm}}$$

N= número de questões respondidas (de 1 a 5)

A **categoria Função Social/Bem-Estar Social (FBES)** compreende cinco questões respondidas pelo paciente, com pontuação um para o mínimo e seis para o máximo de bem-estar social em cada resposta.

O FBES é calculado pela equação:

$$\frac{\text{Pontuação (questões 6-10)}}{N} \times 100$$

N= número de questões respondidas (de 6 a 10)

4.1.2. Instrumento Clínico de Avaliação Facial / Avaliação Facial Clinimétrica

- Facial Clinimetric Evaluation Scale - FaCE Scale

Trata-se de um questionário validado para avaliar o comprometimento facial e a incapacidade após a paralisia facial desenvolvido por Kahn et al. (2001) e traduzido e validado para o português por Tavares-Brito et al. (2020), capaz de medir com precisão e confiabilidade esses aspectos da paralisia facial e demonstra excelente consistência interna, bem como confiabilidade de teste e reteste (Ng & Ngo, 2013).

Abrange 15 afirmações, cada uma usando uma escala com cinco itens, em que 1 corresponde à função mais baixa e 5 corresponde à função mais alta.

As afirmações são agrupadas em seis domínios: função social, movimento facial, conforto facial, função oral, conforto ocular e controle lacrimal. Estabelece também um escore que incorpora todos esses domínios.

Os domínios são calculados conforme as equações a seguir, sendo a pontuação varia de 0 (pior) a 100 (melhor).

Score de Movimento Facial = $\{[(\text{Itens } 1 + 2 + 3) - \# \text{ válidos}] / 4 \times (\# \text{ válidos})\} \times 100$

Score de Conforto Facial = $\{[(\text{Itens } 4 + 6 + 13) - \# \text{ válidos}] / 4 \times (\# \text{ válidos})\} \times 100$

Score de Função Oral = $\{[(\text{Itens } 11 + 12) - \# \text{ válidos}] / 4 \times (\# \text{ válidos})\} \times 100$

Score de Conforto Ocular = $\{[(\text{Itens } 5 + 7) - \# \text{ válidos}] / 4 \times (\# \text{ válidos})\} \times 100$

Score de Controle Lacrimal = $\{[(\text{Item } 8) - \# \text{ válidos}] / 4 \times (\# \text{ válidos})\} \times 100$

Score de Função Social = $\{[(\text{Itens } 9 + 10 + 14 + 15 - \# \text{ válidos}) / 4 \times (\# \text{ válidos})\} \times 100$

Score Total = $\{[(\text{Soma dos 15 itens}) - \# \text{ válidos}] / 4 \times (\# \text{ válidos})\} \times 100$

válidos = número de itens no domínio para os quais uma resposta adequada foi dada

4.1.3. Synkinesis Assessment Questionnaire – SAQ (Mehta et al., 2007; Tavares-Brito et al., 2020)

A sincinesia facial está entre os efeitos mais desconfortáveis e emocionalmente impactantes da paralisia facial. Este questionário abrange nove afirmações, cada uma usando uma escala com cinco itens, em que 1 corresponde à poucos ou nenhum sintoma e 5 corresponde a sintomas frequentes

O SAQ é um instrumento simples, confiável e válido para avaliar a percepção do paciente em relação a sua sincinesia facial do ponto de vista.

O escore total de sincinesia é calculado a partir da soma dos pontos das questões de 1 a 9 / 45 X 100.

4.1.4. Avaliação clínica

Após responder os formulários pelo link online, os participantes da pesquisa foram convidados a realizar uma vídeo-consulta, via Google Meet, para gravação da sua face em repouso e movimentos da mímica facial para posterior avaliação clínica de dois juízes **fonoaudiólogos** com experiência comprovada no tratamento de pacientes com paralisia facial. O roteiro para esta gravação está descrito no apêndice D.

Para o registro desta avaliação foi utilizada a versão brasileira traduzida, adaptada e validada do instrumento Sunnybrook Facial Grading System (SFGS) (Ross et al., 1996). O SFGS-Brasil (Melo et al., 2022) é uma escala usada para avaliar a função facial, subdividida em três domínios (Anexo E):

1. Simetria em repouso dos olhos, da bochecha (sulco nasolabial) e do canto da boca (comissura labial);
2. Simetria dos movimentos voluntários (movimentos/expressões faciais como levantar a sobrancelha, fechar os olhos sem apertar, sorrir mostrando os dentes, elevar o lábio superior e assobiar); e
3. Sincinesias associadas aos movimentos voluntários testados.

Cada um dos dois componentes recebeu uma pontuação, sendo que os domínios referentes à simetria em repouso e à simetria dos movimentos voluntários possuem um peso maior na pontuação final, tendo sua pontuação bruta multiplicada por 5 e 4, respectivamente. A pontuação final foi encontrada por meio de um cálculo simples (SFGS total = simetria dos movimentos voluntários - simetria em repouso – sincinesias), cujos valores variam entre 0 e 100, sendo que quanto maior a pontuação, menor o comprometimento.

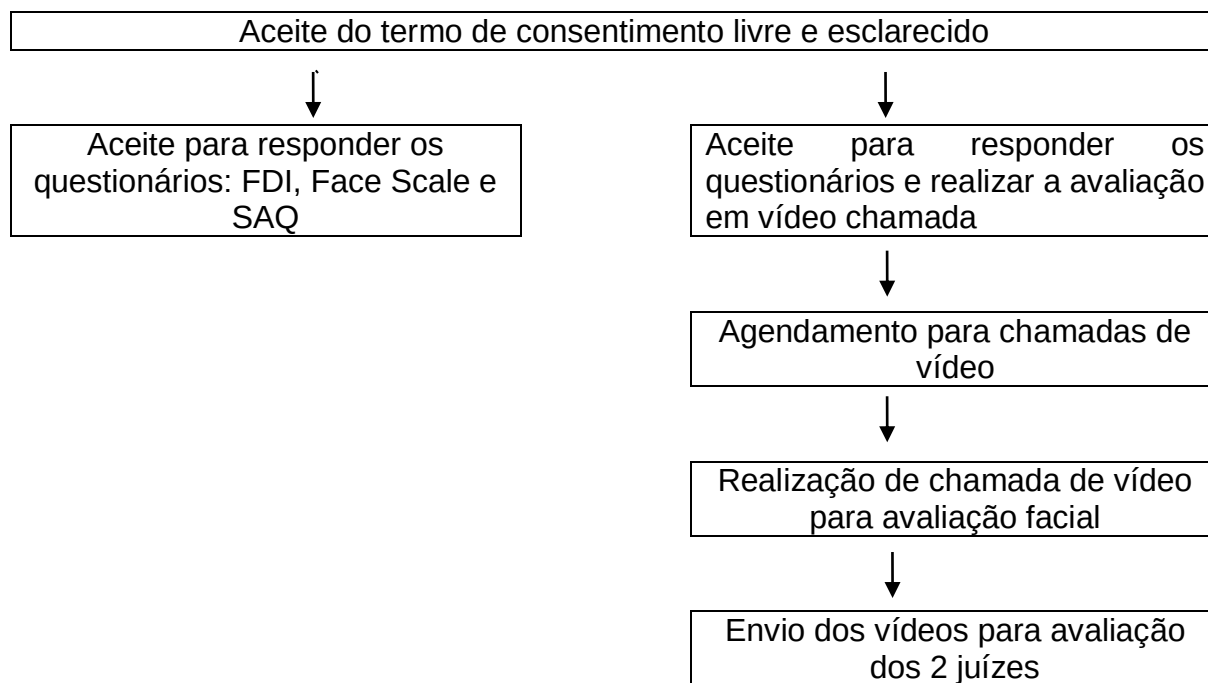
Para gravação dos vídeos, optou-se pela plataforma Google Meet por respeitar a Resolução nº 427 de 01 de março de 2013, que "Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia"; - Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), alterada pela Lei no. 13.853, de 8 de julho de 2019., sendo o Google meet institucional uma Plataforma segura entre as plataformas em conformidade com a HIPAA.

Os arquivos com as referidas gravações foram armazenados em drive seguro, para compartilhamento exclusivo com dois juízes cegos que realizaram a avaliação dos comprometimentos faciais. Os juízes avaliaram separadamente cada vídeo, e chegaram em conjunto ao consenso entre os julgamentos, havendo concordância entre os examinadores.

Para a autoavaliação da satisfação com a própria face, mensurada por uma escala analógico visual (Apêndice C), foi formulada a seguinte questão: "Que nota você dá para a sua satisfação com o seu rosto?" que foi respondida com a atribuição de nota de zero a dez.

Os instrumentos desta pesquisa foram enviados por email, em formato de formulário do Google – Google forms. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) antecede os questionários, e, em caso de aceite na participação do estudo, o participante da pesquisa declara que foi devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação, clicando na opção "Aceito participar voluntariamente da pesquisa".

A partir deste aceite, o participante teve acesso aos instrumentos FDI, Face Scale e SAQ.

Figura 2 - Fluxograma dos procedimentos

Fonte: Autoria própria

4.2 Análise Estatística

Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis, e apresentadas as distribuições de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e as principais medidas resumo, como a média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas.

Os dados foram analisados pela comparação pelo teste de Mann Whitney para amostras independentes, e pela Correlação de Spearman, adotando-se 5% como nível de significância.

As variáveis que foram comparadas entre os grupos de pacientes com PFP por tumores malignos (GTM) e por tumores benignos (GTB) foram:

- FDI
 - Função facial
 - Função física e bem-estar
- FACE Scale

- Movimento facial
 - Conforto facial
 - Função oral
 - Conforto ocular
 - Controle lacrimal
 - Função social
 - Valor total
- FGS
 - Repouso
 - Função
 - Sincinesia
 - FGS total
- SAQ
- Autoavaliação da satisfação com a própria face

5 RESULTADOS

Foram coletados dados com 30 participantes que realizaram parotidectomia associada a prejuízo da função facial. Todos responderam aos formulários e destes, sete participaram da avaliação clínica por vídeo.

Os participantes foram distribuídos em dois grupos: com etiologia oncológica (GTM), sendo os que apresentaram tumores malignos e sem etiologia oncológica (GTB), aqueles com histórico de tumores benignos.

Na tabela 1 estão apresentados os dados demográficos dos grupos com e sem etiologia oncológica.

Tabela 1. Distribuição demográfica da amostra estudada (N=30)

	GTB N (19)	GTM N (11)	P
Sexo n (%)			
Feminino	15 (79)	6 (55)	
Masculino	4 (21)	5 (45)	
Idade (anos)			
Mediana	45	51	0,6514
Mínimo	23	19	
Máximo	64	66	
Tempo de instalação da PFP desde a cirurgia (em anos)			
Mediana	4,5	5	0,8383
Mínimo	1	1	
Máximo	9	9	
Cirurgia			
Parotidectomia Superficial	18	6	
Parotidectomia total	1	5	
Tumor			
Adenocarcinoma de baixo grau	0	1	

Adenoma pleomórfico	12	
Carcinoma mucoepidermóide	0	1
Carcinoma de adenoide cístico	0	1
Carcinoma de célula de Merkel	0	2
Carcinoma de células acinares	0	1
Carcinoma epidermóide	0	1
Cisto linfoepitelial	1	0
Lipoma	1	0
Lipossarcoma pleomórfico de alto grau de malignidade	0	1
Metaplasia oncocítica	1	0
Oncocitoma	1	0
Tumor de Warthin	2	0
Sem doença residual/ Sem particularidades histológicas	1	3
Prejuízo facial pós cirúrgico *		
Múltiplos ramos	02	0
Paralisia facial	3	4
Paresia facial	2	2
Ramo marginal	12	5

Legenda: N = número de pacientes; min – mínimo; max = máximo.

* Informado pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço em planilha de relação de pacientes que realizaram parotidectomia nos anos de 2014 a 2022.

Fonte: Autoria própria

A amostra apresenta maior participação de mulheres (N=21) do que homens (N=9). Na tabela 01, houve diferença da distribuição de sexo entre os grupos, com maior expressão feminina no GTB e com característica homogênea no GTM. Em relação a idade e o tempo de instalação da PFP os grupos apresentaram resultados semelhantes. Em relação aos tipos de tumores, o adenoma pleomórfico foi o mais presente da amostra geral, correspondendo a 40% dos dois grupos e representando 63% do GTB. Os demais tumores não apresentaram ocorrência expressiva em nenhum dos grupos. No GTM, os tumores variaram. Destaca-se a presença de

tumores raros como o oncocitoma e o carcinoma das células de Merkel. No que se refere ao tipo de parotidectomia, somente um indivíduo do GTB (4,7%) removeu toda a glândula parótida, enquanto 5 indivíduos do GTM (45%) foram submetidos a esta intervenção. O prejuízo facial pós cirúrgico registrado pelo Serviço de Cabeça e Pescoço indicou maior comprometimento do ramo mandibular do nervo facial.

Tabela 2. Comparação dos resultados dos instrumentos de autopercepção e autoavaliação: FDI, FACE Scale e SAQ de acordo com a característica do tumor

	GTB N (19)	GTM N (11)	p
FDI (med - min/max)			
FF	95 (45/100)	85 (55/100)	0,4514
FSBE	24 (16/76)	24 (16/48)	0,9657
FACE scale (med - min/max)			
Movimento facial	75 (17/100)	83 (8/100)	0,9143
Conforto facial	83 (17/100)	67 (17/100)	0,4259
Função oral	100 (50/100)	100 (25/100)	1
Conforto Ocular	100 (0/100)	100 (28/100)	0,8129
Controle Lacrimal	100 (25/100)	100 (0/100)	0,8803
Função Social	100 (25/100)	100 (42/100)	0,7145
Escore Total	87 (25/98)	83 (38/100)	0,7962
Synkinesis questionnaire	22 (20/40)	33 (20/62)	0,0555
Autoavaliação facial	9 (6/10)	7 (1-10)	0,0087*

Legenda. * significância estatística. GTB. Grupo sem etiologia oncológica; GTM. Grupo com etiologia oncológica; FF. Função facial; FSBE: função social e bem-estar;

Fonte: Autoria própria

A autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial por tumores benignos (GTB) foi similar à autopercepção facial de paralisia facial por tumores malignos (GTM), tanto nas respostas referentes ao instrumento FDI quanto no Face Scale. Na autoavaliação sobre a satisfação com a própria face, os grupos apresentaram diferenças significantes, sendo pior julgadas as faces de pacientes tratados por

tumores malignos.

Tabela 3. Realização de tratamento fonoaudiológico ou fisioterápico entre os grupos estudados segundo o acometimento dos ramos do nervo facial

	GTB	GTM
Paralisia/paresia do ramo mandibular (marginal da mandíbula)	12	5
Paralisia facial (completa ou de mais de 2 ramos)	3	6
Total	15	11

Legenda: GTB. Grupo de tumores benignos; GTM. Grupo de tumores malignos.

Fonte: Autoria própria

Dos 30 participantes, 26 (87%) receberam tratamento fonoaudiológico ou fisioterápico. Destaca-se que todos que foram acometidos por tumores malignos buscaram algum desses tratamentos independente da localização da lesão do nervo facial.

Tabela 4. Correlação (Spearman) entre a autoavaliação da satisfação facial e os questionários FDI, Face Scale e SAQ nos grupos de participantes com paralisia facial por tumores benignos (GTB) e malignos (GTM).

	GTB		GTM	
	rs	p	rs	P
FDI				
FF	0,4129	0,0788	0,7552	0,0072*
FSBE	-0,1376	0,5743	-0,5647	0,0702
FACE Scale				
Mov facial	0,3068	0,2013	0,2052	0,545
Conf facial	0,3675	0,1215	0,3615	0,2746
Função oral	0,2402	0,3219	0,0029	0,9932
Conforto ocular	-0,046	0,8516	0,1835	0,5891
Cont lacr	0,1606	0,5113	0,2348	0,4871
Função social	0,1408	0,5653	-0,1705	0,6162
Valor total	0,4703	0,0421*	0,4539	0,1607
SAQ	-0,1449	0,5538	-0,4676	0,1469

Legenda: GTB. Grupo de tumores benignos; GTM. Grupo de tumores malignos; rs. Coeficiente de Spearman; FDI. Facial Disability Index; FF. Função facial; FSBE. Função social e bem-estar; Mov facial. movimento facial, Conf facial. conforto facial, Funç oral. função oral, Conf ocular. conforto ocular, Cont lacr. controle lacrimal, Funç social. função social, valor total; SAQ. Synkinesis Assessment Questionnaire.

Fonte: Autoria própria

A tabela 4 mostra as correlações entre a autoavaliação da satisfação facial do paciente com os instrumentos aplicados. No grupo de tumores benignos houve correlação positiva moderada (0,47) significativa ($p = 0,0421$) com o valor total do FACE scale, enquanto que nos tumores malignos houve correlação positiva forte (0,75) significativa ($p = 0,0072$) com a função física do FDI. Não houve correlação entre a autoavaliação da satisfação facial com a autopercepção de sincinesias pelo SAQ em nenhum dos grupos.

Tabela 5. Resultados da avaliação clínica pelo FGS dos participantes que aceitaram participar da vídeo consulta (N = 7)

	GTB N = 5	GTM N = 2
FGS		
Repouso (mediana)	5	12,5
Min/max	0/10	10/15
Função (mediana)	92	74
Min/max	88/100	68/80
Sincinesia (mediana)	0	3,5
Min/max	0/0	2/5
Total (mediana)	87	58
Min/max	82/95	53/63

Legenda: GTB. Grupo de tumores benignos; GTM. Grupo de tumores malignos

Fonte: Autoria própria

A avaliação clínica foi baseada no protocolo FGS abordando a simetria facial no repouso, nos movimentos voluntários (função) e a sincinesia. Devido a distribuição amostral não foi possível realizar a análise estatística, entretanto observou-se diferença clinicamente significativa entre os grupos.

Na avaliação do repouso, valores mais baixos indicam simetria, nos movimentos voluntários, valores mais altos indicam movimentos mais simétricos e a sincinesia é pontuada com escores maiores conforme sua observação e atinge valor máximo quando observados movimentos grosseiros e desfigurantes. Considerando esta análise, o GTM mostrou pior desempenho nos 3 quesitos: repouso, função e presença de sincinesias. Não foram identificadas sincinesias no GTB.

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa explorou as diferenças e semelhanças da autopercepção facial entre indivíduos com paralisia facial periférica (PFP) associadas a cirurgias na glândula parótida para remoção de tumores benignos e malignos, buscando correlacionar a autopercepção da paralisia à presença de sincinesia e a autoavaliação da satisfação com sua face, independentemente dos tratamentos adjuvantes inerentes à especificidade dos tumores.

Para esta análise, foram recrutados pacientes submetidos a parotidectomia com presença de PF identificada pelo Serviço de Cabeça e Pescoço. Com a lista enviada pelo Serviço, encontramos 570 pacientes que haviam realizado parotidectomia, sendo 119 com PF. Destes, 30 responderam questionários enviados online, por email ou whatsapp e embora, 22 tenham referido aceitar o convite para a participação da avaliação por vídeo, quando efetivado o contato, somente 7 se disponibilizaram a agendar a vídeo chamada.

A dificuldade de acesso à amostra foi uma das limitações da pesquisa. O excesso de variadas propagandas e informações enviadas online poderia gerar receio e diminuir a adesão a essa metodologia? Embora a tecnologia seja uma tendência nos serviços de saúde, este recurso não assegura o recrutamento de participantes.

Entre os 30 participantes, foram identificados os malignos (N=11) e benignos (N=19), para análise diferenciada entre os dois grupos. Houve maior participação de mulheres no total (N=21), com distribuição etária e do tempo de instalação da PF semelhantes entre os grupos.

A maior participação de mulheres se deve pela maior incidência feminina de tumores na glândula parótida, bem como no maior interesse no processo de cuidado e melhor adesão a pesquisas (Bonavolontà et al., 2019; Stodulski et al., 2019).

Nesta pesquisa, a média de idade de 45 e 51 anos para os grupos GTB e GTM, respectivamente, foi inferior à literatura (Chulam et al., 2013; Lee et al., 2023), sugerindo que o método utilizado de responder formulários online tenha influenciado a participação de indivíduos um pouco mais jovens.

Vale destacar que todos os pacientes tiveram a PF pós cirúrgica e o tempo mínimo de instalação foi de 1 ano, o que caracteriza uma paralisia de longa duração,

mostrando lesão grave e definitiva, seja em fase flácida ou de sequelas. Na fase de sequelas, a regeneração pode trazer a presença de contraturas, assimetrias e sincinesias na face, características que podem interferir na mímica facial, nas funções de mastigação, fala e implicar em prejuízos emocionais (Diels, 2000; Goffi-Gomez et al., 2000), ou ainda, paralisias por exérese do nervo facial com apresentação em fase flácida permanente (Stodulski et al., 2019).

Considerando as técnicas cirúrgicas, a parotidectomia superficial foi a mais realizada no GTB (95%) e a parotidectomia total foi empregada aproximadamente da metade do GTM (45%). É fato a preocupação do cirurgião por preservar o nervo facial e preferir por cirurgias conservadoras. Esta condição é possível dependendo do local, em especial tumores situados no lobo superficial da glândula parótida, com menor volume e característica benigna (Tiago et al., 2003; Maahs et al., 2015). As parotidectomias totais tendem a ser indicadas em tumores malignos, situados em lobo profundo e em casos de recidiva. Por se tratar de uma cirurgia mais extensa, podem trazer mais agravos ao nervo facial (Bonavolontà et al., 2019; Stodulski et al., 2019).

Em nossa amostra houve predomínio do tumor adenoma pleomórfico, com característica benigna e comumente encontrado na glândula parótida. Os tumores malignos foram variados. Com maior número amostral poderia-se encontrar maior frequência de determinado tumor maligno, tal como o carcinoma mucoepidermóide presente em outros estudos (Vartanian et al., 2019).

O acometimento do ramo mandibular foi o mais encontrado entre os participantes. Este ramo é responsável pela inervação dos músculos depressor do lábio inferior, depressor do ângulo da boca, mental e orbicular da boca e, quando lesado, pode desencadear assimetria do sorriso, incapacidade de deprimir o lábio inferior e dificuldade tanto no vedamento labial como na produção de fonemas com envolvimento dos lábios e de pressão intraoral. Todos representam aspectos desafiadores que podem inibir a espontaneidade dos movimentos da mímica e das funções orais e justificar o desconforto em situações sociais.

O ramo mandibular ou ramo marginal mandibular do nervo facial, está situado em região superficial à artéria facial e à veia facial, fato que levanta a hipótese de que a lesão pode estar relacionada não somente a agressão direta ao nervo, mas pela falha de irrigação sanguínea no período de recuperação (Batra et al., 2010).

Nesta pesquisa, a autopercepção facial sobre a função física e a função de bem-estar do FDI foram similares, bem como em todos os domínios do Face Scale e as sincinesias (SAQ) em ambos os grupos, ou seja, independem da etiologia tumoral.

O instrumento FDI apresenta questões mais amplas relacionadas às funções afetadas e o Face Scale inclui perguntas relativas à simetria facial e sincinesia, as quais podem captar demandas mais específicas. O SAQ abrange questões com foco nas sincinesias. Dentre as todas as questões levantadas, nenhuma delas apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de tumores benignos ou malignos.

A autoavaliação da satisfação com a própria face, para a qual fora atribuída uma nota de zero a dez a face, mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos com melhores avaliações do GTB. Destaca-se que no GTM, a variação das notas foi de um a dez, considerando o menor valor como significativa insatisfação com a própria face. De fato, Paulon (2019) identificou que 50% dos pacientes que apresentaram paralisias imediatas após parotidectomias permaneceram com paralisias de graus 2 e 3 após 6 meses da cirurgia, com impacto na vida social e profissional.

Observou-se ainda ocorrência de sincinesias percebidas como maiores no GTM (SAQ = 33) do que no GTB (SAQ = 22), com significância marginal ($p = 0,0555$). Esse fato pode ter contribuído para a pior autoavaliação da satisfação com a própria face referida pelo GTM.

A busca por reabilitação da face é uma necessidade do indivíduo com PF, embora em nosso estudo nem todos os participantes citaram terem se submetido a sessões terapêuticas de fonoaudiologia e/ou fisioterapia, todos os que apresentaram tumores malignos buscaram algum destes profissionais (Diels, 2000; Goffi-Gomez e Furtado, 2023).

Tumores malignos, em geral, exigem tratamento mais agressivo e consequentemente podem levar a lesões mais graves e maior demanda ao paciente. Além da cirurgia, alguns quadros clínicos requerem tratamentos adjuvantes como radioterapia e quimioterapia que podem debilitar a saúde e potencializar a urgência em apoio profissional especializado (Stodulski et al., 2019; Goffi-Gomez e Furtado, 2023).

Tanto fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou fonoaudiólogos são profissionais capacitados na reabilitação da mímica facial. Destaca-se que a fonoaudiologia além de lidar com a motricidade orofacial, atua também na reabilitação das funções de sucção, mastigação e fala, queixas comuns nestes pacientes (Diels, 2000; Neville et al, 2023; Goffi-Gomez e Furtado, 2023).

A formação de profissionais que atuam na reabilitação da PF, sejam fisioterapeutas ou fonoaudiólogos, deve ser criteriosa e considerar as estratégias terapêuticas a serem diferenciadas a depender da fase na qual a PF se encontra. O primeiro passo deve ser identificar o quadro clínico como fase flácida ou fase de sequelas, pois este parecer delineará o planejamento terapêutico adequado. As estratégias para cada fase são divergentes e a aplicação incorreta pode levar ao agravamento das contraturas e sincinesias. O emprego de eletroterapia e/ou exercícios com grande amplitude ou com contrarresistência são considerados inadequados independente da fase da PF (Neville et al., 2023; Goffi-Gomez e Furtado, 2023).

Esta reflexão é importante pois a nossa amostra apresenta sincinesias e prejuízo social. Seriam estes relacionados somente a técnica cirúrgica? Ou poderiam estar associados a técnicas de reabilitação não adequadas? O esforço de socializar conhecimentos e formar profissionais capacitados é um compromisso da ciência e uma das contribuições desta tese.

Quando correlacionada a autoavaliação da satisfação facial aos instrumentos FDI, Face Scale e SAQ (tabela 4), no GTB somente o escore total do Face Scale apresentou correlação positiva e no GTM somente a função física do FDI.

Em se tratando de tumores benignos, a correlação entre autoavaliação facial e o escore total do Face Scale alerta a satisfação pela percepção global ao invés de um domínio isolado. Propostas que reúnam aspectos de reabilitação funcional, estética e social são propícias a esta população.

Aos tumores malignos, a correlação entre a autoavaliação facial e a função física do FDI no GTM se deve aos tratamentos mais agressivos (parotidectomias totais) e a presença de sincinesia (SAQ). Propostas direcionadas à reabilitação da função física melhoram a satisfação com a face e podem incluir a abordagem desta demanda.

A avaliação clínica confirma o maior comprometimento do GTM, fato que reforça a correlação entre a função física do FDI e autoavaliação facial.

A necessidade de aplicação de protocolos de autopercepção sensíveis às comorbidades físicas e emocionais relacionadas a PF deve ser rotina na equipe de saúde que atua nesta área. Compreender as principais demandas do paciente é fundamental para nortear as condutas de reabilitação e encaminhamentos (Pavese et al., 2020; Neville et al., 2023).

Como limitação do nosso estudo, considera-se o número amostral e o método para recrutamento dos participantes. Replicar esta pesquisa, de forma presencial, em um centro de referência de Cabeça e Pescoço ou o desenvolvimento de um estudo multicêntrico com a participação de várias instituições, seriam alternativa para aumentar a casuística e possibilitar maiores evidências.

O tempo de instalação da PF também pode ter sido uma viés a ser considerado, pois indivíduos com 1 a 9 anos de convívio com a PF podem apresentar diferentes abordagens e sua trajetória como tratamentos adjuvantes como quimioterapia e radioterapia, acompanhamento com equipe multiprofissional, inclusive para aceitação da própria aparência e função faciais. Grupos homogêneos poderiam ser melhor comparados.

Os sintomas de longa permanência demandam do paciente resiliência para encontrar adaptações, e suas repercussões são individuais a depender de como cada um lida com seu enfrentamento.

Não foi possível correlacionar a autopercepção com o grau da paralisia facial devido a pouca adesão a avaliação clínica e pelo registro do grau da paralisia não estar completo na planilha disponibilizada pelo Serviço de Cabeça e Pescoço.

Os resultados deste estudo foram interpretados independente dos tratamentos adjuvantes e do tipo de reabilitação, o enfoque se deu na comparação entre pacientes com paralisia facial pós parotidectomia acometidos por tumores malignos e benignos.

7 CONCLUSÃO

A autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial pós parotidectomia por tumores malignos é similar àquela dos pacientes tratados por tumores benignos;

Não foi possível correlacionar a autopercepção com o grau da paralisia, porém esta foi relacionada à presença de sincinesias;

A autoavaliação da satisfação com a própria face não mostrou correlação com autopercepção facial.

8 REFERÊNCIAS

Amaral RKG, Mourão AM, Barreto SR, Simões TC, Vicente LCC. Self-perception of facial paralysis and sociodemographic-clinical conditions of post-acute stroke patients: association analysis. *Distúrb Comun, São Paulo*, 2022;34(2): e54511

Batra APS, Mahajan A, Gupta K. Marginal mandibular branch of the facial nerve: An anatomical study. *Indian J Plast Surg*. 2010;43(1):60-64. doi:10.4103/0970-0358.63968

Bernardes, D. F. F.; Gomez, M. V. G., Pirana, S.; Bento, R. F. Functional profile in patients with facial paralysis treated in a myofunctional approach. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2004; 16(2): 151-158.

Bittar RF, Ferraro HP, Ribas MH, Lehn CN. Facial paralysis after superficial parotidectomy: analysis of possible predictors of this complication. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016 Jul-Aug;82(4):447-51. doi: 10.1016/j.bjorl.2015.08.024.

Bonavolontà P, Dell'Aversana Orabona G, Maglitto F, Abbate V, Committeri U, Salzano G, Improta G, Iaconetta G, Califano L. Postoperative complications after removal of pleomorphic adenoma from the parotid gland: A long-term follow up of 297 patients from 2002 to 2016 and a review of publications. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2019 Dec;57(10):998-1002. doi: 10.1016/j.bjoms.2019.08.008.

Bruins TE, van Veen MM, Werker PMN, Dijkstra PU, Broekstra DC. Associations Between Clinician-Graded Facial Function and Patient-Reported Quality of Life in Adults With Peripheral Facial Palsy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Aug 1;147(8):717-728. doi: 10.1001/jamaoto.2021.1290. PMID: 34196663; PMCID: PMC8251657.

Chulam TC, Noronha Francisco AL, Goncalves Filho J, Pinto Alves CA, Kowalski LP. Warthin's tumour of the parotid gland: our experience. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2013 Dec;33(6):393-7.

Coça KL, Bergmann A, Carrara de Angelis E, Ferman S, Ribeiro MG. Health-related quality of life of Brazilian children and adolescents with benign and malignant solid tumours: A prospective cohort study during the first year after hospital admission. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Sep;28(5):e13102. doi: 10.1111/ecc.13102.

Deffay M, Page C. Tumores de la glándula parótida. *EMC - Otorrinolaringología*, 2024, 53 (2):1-18. doi:10.1016/S1632-3475(24)49028-0.

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 Dec 1;19(6):476-483. doi: 10.1001/jamafacial.2016.1630.

Diels HJ. Facial paralysis: is there a role for a therapist? *Facial Plast Surg*. 2000;16(4):361-4. doi: 10.1055/s-2000-15546.

Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Colombet M, Piñeros M, Znaor A, Parkin DM, Soerjomataram I, Bray F. The GLOBOCAN 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. *Int J Cancer*. 2025 Apr 1;156(7):1336-1346. doi: 10.1002/ijc.35278.

Freitas KCS, Goffi-Gomez, MVS. Grau de percepção e incômodo quanto à condição facial em indivíduos com paralisia facial periférica na fase de sequelas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 2008; 13(2): 113-118. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000200004>

Goffi-Gomez MVS, Liberman PHP, Martins NMS, Barros APB. Reabilitação miofuncional na Paralisia Facial. IN: Carrara-De Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. *A atuação da Fonoaudiologia no Câncer de Cabeça e Pescoço*. Ed. Lovise. São Paulo. 2000. Cap. 30

Goffi-Gomez MVS. Bases da Reabilitação não cirúrgica. IN: Bento, RF (ed) *Tratado de Paralisia Facial*. Thieme Revinter. São Paulo. 2018. Cap. 33

Goffi-Gomez, MVS & Furtado DBD. Reabilitação da Paralisia Facial no Paciente Oncológico. In: Feitosa, ALF; Depolli, GT; Silva, HJ. *Mapas Conceituais em Fonoaudiologia: Fononcologia*. 1. ed. Ribeirão Preto: Booktoy, 2023. cap. 17.

Graciano AJ, Bonin MM, Mory MR, Tessitore A, Paschoal JR, Chone CT. Translation, cultural adaptation and validation of the facial disability index into Brazilian Portuguese. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020 Sep-Oct;86(5):602-608. doi: 10.1016/j.bjorl.2019.04.003.

Guntinas-Lichius O, Straesser A, Streppel M. Quality of life after facial nerve repair. *Laryngoscope*. 2007 Mar;117(3):421-6. doi: 10.1097/MLG.0b013e31802d83df.

Inaka Y, Kawata R, Haginomori SI, Terada T, Higashino M, Omura S, Kikuoka Y. Symptoms and signs of parotid tumors and their value for diagnosis and prognosis: a 20-year review at a single institution. *Int J Clin Oncol*. 2021 Jul;26(7):1170-1178. doi: 10.1007/s10147-021-01901-3.

Jacomo AL; Hojaij FC. Anatomia do Nervo Facial. IN: Bento, RF (ed) Tratado de Paralisia Facial. Thieme Revinter. São Paulo. 2018. Cap. 3

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 Mar;111(3):387-98. doi: 10.1097/00005537-200103000-00005.

Lannadère E, Picard D, Hervochon R, Tankéré F, Lamas G, Gatignol P. Contribution of the Synkinesis Assessment Questionnaire and the Sunnybrook Facial Grading System to the evaluation of synkinesis after peripheral facial palsy: A STROBE observational study. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2023 Jan;140(1):8-12. doi: 10.1016/j.anorl.2022.05.002.

Lee DH, Jung EK, Lee JK, Lim SC. Comparative analysis of benign and malignant parotid gland tumors: A retrospective study of 992 patients. *Am J Otolaryngol*. 2023 Mar-Apr;44(2):103690. doi: 10.1016/j.amjoto.2022.103690.

Lima T de O, Araújo TF, Soares LC, Testa JR. The impact of endoscopy on the treatment of cholesteatomas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79(4):505-511. doi:10.5935/1808-8694.20130090

Lyford-Pike S, Nellis JC. Perceptions of Patients with Facial Paralysis: Predicting Social Implications and Setting Goals. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2021 Aug;29(3):369-374. doi: 10.1016/j.fsc.2021.03.008.

Maahs GS, Oppermann Pde O, Maahs LG, Machado Filho G, Ronchi AD. Parotid gland tumors: a retrospective study of 154 patients. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015 May-Jun;81(3):301-6. doi: 10.1016/j.bjorl.2015.03.007. Epub 2015 Mar 30.

Melo TKM de, Andrade PF, Mateus SRM, Santos-Couto-Paz CC dos. Psychometric properties of the Brazilian version of the Sunnybrook Facial Grading System. *Fisioter mov* [Internet]. 2022;35:e35123. doi.org/10.1590/fm.2022.35123

Mehta RP, WernickRobinson M, Hadlock TA. Validation of the Synkinesis Assessment Questionnaire. *Laryngoscope*. 2007 May;117(5):923-6. doi: 10.1097/MLG.0b013e3180412460. PMID: 17473697.

Neville C, Beurskens C, Diels J, MacDowell S, Rankin S. Consensus Among International Facial Therapy Experts for the Management of Adults with Unilateral Facial Palsy: A Two-Stage Nominal Group and Delphi Study. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. 2024 Jul-Aug;26(4):405-417. doi: 10.1089/fpsam.2023.0101.

Ng JH, Ngo RY. The use of the facial clinimetric evaluation scale as a patient-based grading system in Bell's palsy. *Laryngoscope*. 2013 May;123(5):1256-60. doi: 10.1002/lary.23790.

Nitzan D, Kronenberg J, Horowitz Z, Wolf M, Bedrin L, Chaushu G, Talmi YP. Quality of life following parotidectomy for malignant and benign disease. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Oct;114(5):1060-7. doi: 10.1097/01.prs.0000135326.50939.c1.

Paiva TM, Wosiacki Filho W, Schleder JC, Costa C, Oliveira BV. Incidência de paralisia facial após tratamento cirúrgico de neoplasia de parótida - um estudo restrospectivo. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2010; 39 (4): 242-247.

Pavese C, Cecini M, Caspani P, Monteleone S, Klersy C, Dalla Toffola E. Activity limitations and participation restrictions in patients with peripheral facial palsy: a cross-sectional study over a six-year period. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020 Dec;56(6):725-732. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06326-1.

Paulon RMC. Caracterização da paralisia facial pós parotidectomia [Tese Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Pinna MH, Bento RF, Neto RV. Vestibular schwannoma: 825 cases from a 25-year experience. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2012;16(4):466-475. doi:10.7162/S1809-97772012000400007

Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996 Mar;114(3):380-6. doi: 10.1016/S0194-59989670206-1.

Santos M de O, Lima FC da S de, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM de, Cancela M de C. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev. Bras. Cancerol*. [Internet]. 6º de fevereiro de 2023 [citado 13º de setembro de 2025];69(1):e-213700. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>

Stodulski D, Świątkowska-Stodulska R, Mikaszewski B, Kuczkowski J. Health-related quality of life of parotid carcinoma patients-a comparative study with parotid adenoma patients and assessment of the influence of demographic, treatment, and pathological factors. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2019 Feb;48(2):163-172. doi: 10.1016/j.ijom.2018.07.017.

Targino da Costa MGES, Maranhão-Filho PA, Santos IC, González CRA, Almeida CHS, Luiz RR. Post-parotidectomy facial nerve function: comparison between

original and modified Sunnybrook Facial Grading Systems. *Arq Neuropsiquiatr.* 2023 Nov;81(11):970-979. doi: 10.1055/s-0043-1777003.

Tavares-Brito J, van Veen MM, Dusseldorp JR, Bahmad F Jr, Hadlock TA. Facial Palsy-Specific Quality of Life in 920 Patients: Correlation With Clinician-Graded Severity and Predicting Factors. *Laryngoscope.* 2019 Jan;129(1):100-104. doi: 10.1002/lary.27481.

Tavares-Brito J, Fonseca ACO, Torres RP, van Veen MM, Greene J, Salomone R, Bahmad F Jr, Hadlock T, Bento RF. Facial Clinimetric Evaluation Scale and Synkinesis Assessment Questionnaire Translation into Brazilian Portuguese: A Validation Study. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2020 Jan;24(1):e24-e30. doi: 10.1055/s-0039-1697992.

Tessitore, A. Paralisia Facial: Como conduzir e tratar. In: Pernambuco LA, Justino da Silva H, Rocha de Souza LB, Magalhães Jr. HB, Cavalcanti RVS. *Atualidades em Motricidade Orofacial.* Revinter, Rio de Janeiro. 2015.

Tiago RSL, Castro GA, Ricardo LA da C, Bühler RB, Fava AS. Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Rev Bras Otorrinolaringol [Internet].* 2003Jul;69(4):485–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992003000400008>

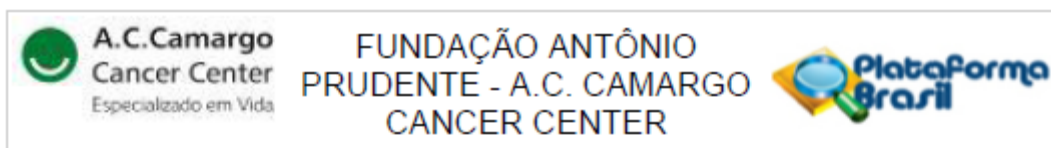
Van Swearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. *Phys Ther.* 1996 Dec;76(12):1288-98; discussion 1298-300. doi: 10.1093/ptj/76.12.1288.

Vargo M, Ding P, Sacco M, Duggal R, Genther DJ, Ciolek PJ, Byrne PJ. The psychological and psychosocial effects of facial paralysis: A review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2023 Aug;83:423-430. doi: 10.1016/j.bjps.2023.05.027.

Vartanian JG, Gonçalves Filho J, Kowalski LP, Shah JP, Suárez C, Rinaldo A, De Bree R, Rodrigo JP, Hamoir M, Takes RP, Mäkitie AA, Zbären P, Andreasen S, Poorten VV, Sanabria A, Hellquist H, Robbins KT, Bödeker CC, Silver C, Ferlito A. An evidence-based analysis of the management of N0 neck in patients with cancer of the parotid gland. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2019 Oct;19(10):899-908. doi: 10.1080/14737140.2019.1674143.

Volk GF, Granitzka T, Kreysa H, Klingner CM, Guntinas-Lichius O. Nonmotor disabilities in patients with facial palsy measured by patient-reported outcome measures. *Laryngoscope.* 2016 Jul;126(7):1516-23. doi: 10.1002/lary.25695.

ANEXO A – Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Autopercepção facial de pacientes com paralisia facial de etiologia oncológica

Pesquisador: Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48559421.2.0000.5432

Instituição Proponente: FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.573.251

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2253313_E1.pdf", datado em 24/11/2023.

INTRODUÇÃO

A paralisia facial (PF) caracteriza-se por uma alteração na mímica facial, decorrente do comprometimento do nervo facial, 7º par craniano. Na paralisia facial periférica (PFP), toda hemiface fica comprometida, com ausência ou restrição dos movimentos da expressão facial (TESSITORE, 2012, BERNARDES et al, 2004). A PFP pode ser acompanhada de alterações nas secreções salivar e lacrimal, como também nas sensibilidades facial e auditiva. Pode ser idiopática, traumática, infecciosa, herpética, tumoral ou decorrente de outras causas (TESSITORE, 2015). A PF pode ser concebida como um inconveniente estético associado a alterações funcionais, como desconforto para fechamento ocular, alterações na fala e na mastigação. A diminuição dos movimentos e de expressão da hemiface, interferem na comunicação não verbal e impactam dificuldades na comunicação interpessoal. A perda da mobilidade facial pode ser devastadora para alguns pacientes, sendo que o acometimento psicológico varia e não está relacionado com ao grau de paralisia (Freitas e Goffi-Gomez, 2008; Tessitore, 2012, 2015). Responsável pelos movimentos

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



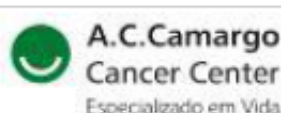
FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 6.573.251

dos músculos da expressão facial, o nervo facial é constituído de uma divisão motora (facial) e outra sensitiva (intermédio), que se fundem em um único tronco no meato acústico interno. No osso temporal, o nervo percorre o trajeto meatal, entra no canal facial, no segmento labiríntico, e passando pelo segmento timpânico e mastoide, emerge para o trajeto superficial pelo forame estilomastóideo (Bento et al., 2018). O segundo componente eferente consiste em fibras parassimpáticas com origem no núcleo salivar superior responsável pelo lacrimejamento e salivação. Essas fibras constituem o nervo petroso superficial maior e a corda do tímpano, respectivamente. A sensação do paladar dos dois terços anteriores da língua é transmitida por fibras aferentes para o trato do núcleo solitário. Um segundo conjunto de fibras aferentes conduz a sensibilidade de áreas específicas da face, como a concha, o lóbulo da orelha, o conduto auditivo externo e a membrana timpânica (Lee, 2009; Caria, 2014). O percurso do nervo facial é dividido em seis segmentos: intracraniano (23 a 24 mm de comprimento desde o tronco cerebral até o fundo do canal auditivo interno); meatal (8 a 10 mm desde o fundo do canal auditivo interno até o forame meatal, percorrendo um trajeto adiante e acima do nervo vestibular e acima do nervo coclear); labiríntico (com 3 a 5 mm de comprimento desde o forame meatal até o gânglio geniculado); timpânico (com 8 a 11mm.; mastoide – vertical (com 10 a 14 mm de comprimento desde o processo piramidal/segundo joelho até o forame estilomastóideo). E o segmento extratemporal (do forame estilomastóideo aos músculos faciais) (LEE, 2009). Ao sair da borda anterior da parótida, podem ser identificados cinco ramos do nervo facial que irão fornecer a inervação motora aos músculos da mímica facial: os ramos temporal (orbicular do olho, occipitofrontal, auriculares anterior e superior), zigomático (orbicular do olho e músculos zigomáticos), bucal (bucinator e ao redor do nariz e da boca), mandibular marginal (depressor do ângulo da boca, depressor do lábio inferior e orbicular da boca) e cervical (platisma) (LEE, 2009). Em função desse longo e complexo trajeto, o nervo facial pode ser afetado por diversas neoplasias, tanto do próprio nervo como das estruturas vizinhas a ele. A paralisia facial, tanto súbita quanto insidiosa, pode ser um dos primeiros sinais clínicos de doenças oncológicas, ocorrer durante a evolução do câncer e/ou como sequelas de tratamentos. Considerado um problema de saúde mundial, a Organização das Nações Unidas aponta que aproximadamente 14 milhões de novos casos de câncer são registrados por ano globalmente, e a Organização Mundial de Saúde informa que essas notificações devam aumentar 70% nas próximas duas décadas (ONU, 2018). De acordo com Instituto Nacional de Câncer José Gomes da Silva (INCA, 2020) calcula-se para o Brasil, no triênio 2020 -2022, a manifestação de 625 mil novos casos de câncer, para cada ano. Tanto o câncer como a paralisia facial afetam significativamente o bem estar dos que por eles são

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 6.573.251

atingidos, embora com magnitudes diferentes. Apesar do investimento a novas técnicas para a sua cura e para o diagnóstico precoce, o câncer ainda desencadeia fortes emoções aos que o enfrentam, pois, a associação com a morte iminente ainda é concebida pelo paciente e seus familiares. A paralisia facial, por sua vez, causa impacto a identidade do sujeito pelo estranhamento de sua face. Questiona-se então se haveria diferença entre a autopercepção de pacientes acometidos por paralisia facial associados ou não a etiologias oncológicas. Alguns estudos prévios compararam a morbidade percebida por pacientes com PF de etiologia maligna e não-maligna. Em pesquisa realizada com população alemã (Guntinas-Lichius et al, 2007) e outra com israelenses (Nitzan et al, 2004) não foram encontradas diferenças significativas entre os escores de qualidade de vida (QV) em pacientes com doença benigna versus maligna. Guntinas-Lichius et al (2007) analisaram a qualidade de vida após reparo cirúrgico do nervo facial de 49 pacientes, com e sem etiologia oncológica. E, embora a graduação da função facial após o reparo do nervo revelou resultados satisfatórios, os pacientes referiram diminuição na qualidade de vida. Nitzan et al (2004) estudaram a qualidade de vida de 53 pacientes submetidos a parotidectomia, com e sem etiologia oncológica. Foram encontradas várias sequelas pós operatórias, entre elas a paralisia facial. Em geral, a parotidectomia não foi relacionada a piora significativa da qualidade de vida. Esta pesquisa reconhece que as variações culturais e geográficas influenciam muito a percepção da qualidade de vida e sugere estudos com outras populações. Outro estudo realizado com alemães (Volk et al, 2016), elencou 120 pacientes com paralisia facial e confirmou que além dos distúrbios de movimento, tais sujeitos sofrem severamente de efeitos emocionais e comunicativos. Quando correlacionada com a qualidade de vida, indivíduos com doença primária maligna mostraram maior percepção geral de saúde e vitalidade do que aqueles com etiologia não neoplásica. Os autores atribuem este efeito com o fato com a cura do câncer. Em investigação realizada com população americana, os pacientes com doença maligna também tiveram índices de QV significativamente maiores quando comparados com os de etiologia não maligna. O menor impacto da disfunção do nervo facial visto neste grupo de pacientes poderia ser explicado pelo fato deles estarem lidando com uma condição que põe em risco suas vidas, fazendo com que as consequências funcionais da doença sejam vistas como secundárias. A autora afirma que essa hipótese é nova no cenário da PF e convida para maiores investigações (Tavares Brito et al, 2019). Não foram encontrados estudos com foco na população brasileira e considera-se que as questões culturais nativas sejam cruciais para definir a autopercepção desses pacientes. Esta pesquisa tem por objetivo investigar se a autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial de etiologia oncológica é similar à autopercepção facial de paralisia facial de etiologia não oncológica. Espera-

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

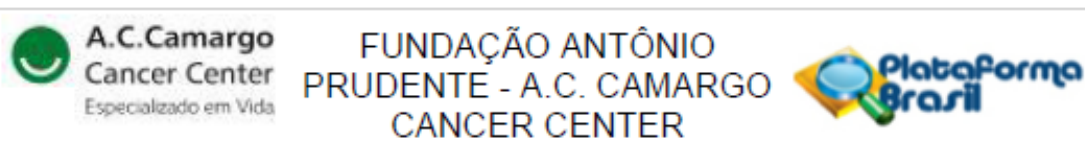
UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 6.573.251

se contribuir dos pontos de vista científico e clínico com a impressão autorreferida por pacientes com paralisia facial, a fim de contribuir com possíveis tomadas de decisões de equipes multiprofissionais de saúde no tratamento desta comorbidade, em especial as de etiologia oncológica.

HIPÓTESE

A autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial de etiologia oncológica é similar à autopercepção facial de paralisia facial de etiologia não oncológica.

METODOLOGIA

O presente estudo seguirá as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos. O projeto será submetido ao Comitê de Ética (CEP) do AC Camargo Cancer Center. Esta pesquisa terá como propósito investigar se a autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial de etiologia oncológica é similar à autopercepção facial de paralisia facial de etiologia não oncológica. Para compreender esta questão, há necessidade de instrumentos capazes de mensurar esta autopercepção. Recentemente, em 2020, foram publicadas as adaptações culturais e validações para a população brasileira de instrumentos desenvolvidos para aplicação em pacientes com paralisia facial e já utilizados em estudos em outros países. No presente estudo, serão utilizadas as versões brasileiras do Facial Disability Index (Anexo 01), Facial Clinimetric Evaluation Scale (Anexo 02) e Synkinesis Assesment Questionnaire (Anexo 03). Para a avaliação clínica autorreferida (Apêndice 02) foram formuladas questões sobre os movimentos faciais e a opinião do indivíduo sobre cada uma delas, representada por uma nota de zero a dez à qual será preenchida pelo paciente em forma de formulário enviado por email. Além de responder as questões, os participantes da pesquisa serão convidados a realizar uma vídeo-consulta, via Google Meet, para gravação da sua face em repouso e movimentos da mímica facial para posterior avaliação clínica de três juízes, com base no Sistema de graduação facial (Anexo 03). Os três juízes serão profissionais com experiência comprovada no tratamento de pacientes com paralisia facial. O roteiro para esta gravação está descrito no apêndice 03. A investigação será realizada com indivíduos com paralisia facial, em fase flácida ou fase de sequelas, de ambos os sexos, maiores de dezoito anos, com nacionalidade brasileira e residentes a maior parte da sua vida no Brasil. Os sujeitos serão divididos em dois

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 6.573.251

grupos: com e sem etiologia oncológica, com pareamento por fase e tempo de evolução da paralisia, idade e sexo. Para seleção de pacientes com paralisia facial de origem oncológica, será contatado o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do AC Camargo Cancer Center, para solicitar relação de pacientes que apresentaram paralisia facial por câncer de parótida tratados, neste serviço, no período de 2015 a 2021. Com a relação dos nomes e endereços eletrônicos, os pacientes serão contatados via e-mail para convite a participação da pesquisa. Após o aceite dos pacientes com etiologia oncológica, serão pareados pacientes convidados da clínica privada que apresentem paralisia facial periférica de origem não oncológica/tumoral, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa e procedimentos envolvidos. Serão considerados como critérios de exclusão da amostra: pacientes com paralisia facial bilateral, que tenham realizado cirurgias reparadoras e aqueles não consigam expressar sua percepção sobre a paralisia facial. Os instrumentos desta pesquisa serão enviados por email, em formato de formulário do Google – Google forms. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 01) antecederá os questionários, e, em caso de aceite na participação do estudo, o paciente declarará que foi devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação, clicando na opção "Aceito participar voluntariamente da pesquisa". A partir deste aceite, terá acesso aos dois questionários de autopercepção facial e ao questionário sobre sua condição clínica. Após responder os formulários pelo link online, o indivíduo terá a opção de participar da segunda etapa da pesquisa na qual será agendada uma vídeo-consulta via Google Meet para a avaliação clínica. (maiores detalhes da metodologia proposta no projeto detalhado em anexo nesta plataforma) O presente estudo seguirá as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos. O projeto será submetido ao Comitê de Ética (CEP) do AC Camargo Cancer Center. Esta pesquisa terá como propósito investigar se a autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial de etiologia oncológica é similar à autopercepção facial de paralisia facial de etiologia não oncológica. Para compreender esta questão, há necessidade de instrumentos capazes de mensurar esta autopercepção. Recentemente, em 2020, foram publicadas as adaptações culturais e validações para a população brasileira de instrumentos desenvolvidos para aplicação em pacientes com paralisia facial e já utilizados em estudos em outros países. No presente estudo, serão utilizadas as versões brasileiras do Facial Disability Index (Anexo 01), Facial Clinimetric Evaluation Scale (Anexo 02) e Synkinesis Assesment Questionnaire (Anexo 03). Para a avaliação clínica autorreferida (Apêndice 02) foram formuladas questões sobre os movimentos faciais e a opinião do indivíduo sobre cada uma delas, representada por uma nota de zero a dez à qual será

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



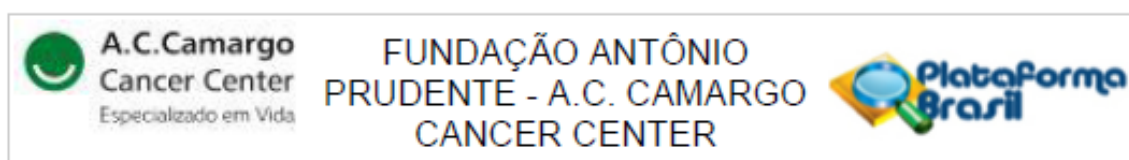
Continuação do Parecer: 6.573.251

preenchida pelo paciente em forma de formulário enviado por email. Além de responder as questões, os participantes da pesquisa serão convidados a realizar uma vídeo-consulta, via Google Meet, para gravação da sua face em repouso e movimentos da mímica facial para posterior avaliação clínica de três juizes, com base no Sistema de graduação facial (Anexo 03). Os três juizes serão profissionais com experiência comprovada no tratamento de pacientes com paralisia facial. O roteiro para esta gravação está descrito no apêndice 03. A investigação será realizada com indivíduos com paralisia facial, em fase flácida ou fase de sequelas, de ambos os sexos, maiores de dezoito anos, com nacionalidade brasileira e residentes a maior parte da sua vida no Brasil. Os sujeitos serão divididos em dois grupos: com e sem etiologia oncológica, com pareamento por fase e tempo de evolução da paralisia, idade e sexo. Para seleção de pacientes com paralisia facial de origem oncológica, será contatado o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do AC Camargo Cancer Center, para solicitar relação de pacientes que apresentaram paralisia facial por câncer de parótida tratados, neste serviço, no período de 2015 a 2021. Com a relação dos nomes e endereços eletrônicos, os pacientes serão contatados via e-mail para convite a participação da pesquisa. Após o aceite dos pacientes com etiologia oncológica, serão pareados pacientes convidados da clínica privada que apresentarem paralisia facial periférica de origem não oncológica/tumoral, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa e procedimentos envolvidos. Serão considerados como critérios de exclusão da amostra: pacientes com paralisia facial bilateral, que tenham realizado cirurgias reparadoras e aqueles não consigam expressar sua percepção sobre a paralisia facial. Os instrumentos desta pesquisa serão enviados por email, em formato de formulário do Google – Google forms. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 01) antecederá os questionários, e, em caso de aceite na participação do estudo, o paciente declarará que foi devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação, clicando na opção "Aceito participar voluntariamente da pesquisa". A partir deste aceite, terá acesso aos dois questionários de autopercepção facial e ao questionário sobre sua condição clínica. Após responder os formulários pelo link online, o indivíduo terá a opção de participar da segunda etapa da pesquisa na qual será agendada uma vídeo-consulta via Google Meet para a avaliação clínica. (maiores detalhes da metodologia proposta no projeto detalhado em anexo nesta plataforma)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A investigação será realizada com indivíduos com paralisia facial por câncer de parótida, em fase

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 6.573.251

flácida ou fase de sequelas, de ambos os sexos, maiores de dezoito anos, com nacionalidade brasileira e residentes a maior parte da sua vida no Brasil. Os sujeitos serão divididos em dois grupos: com e sem etiologia oncológica, com pareamento por fase e tempo de evolução da paralisia, idade e sexo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão considerados como critérios de exclusão da amostra: pacientes com paralisia facial bilateral, que tenham realizado cirurgias reparadoras e aqueles não consigam expressar sua percepção sobre a paralisia facial.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

A autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial de etiologia oncológica é similar à autopercepção facial de paralisia facial de etiologia não oncológica.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Identificar se autopercepção está correlacionada ao grau da paralisia e à presença de sincinesias. Identificar se a autopercepção está correlacionada à avaliação clínica autorreferida. Identificar se a avaliação clínica autorreferida é concordante com o grau da paralisia e presença de sincinesias.

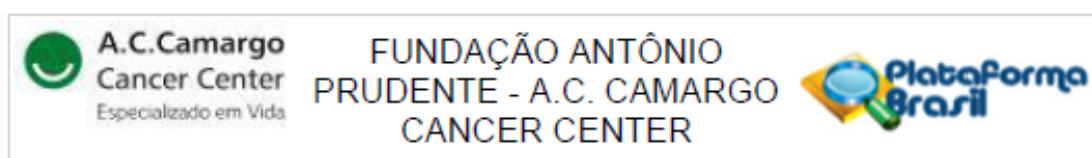
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

RISCOS

As pesquisadoras consideram a vulnerabilidade da exposição da identidade dos sujeitos, no entanto compreendem que o estudo da paralisia facial requer a avaliação da face e outras estratégias não substituem este tipo de abordagem, essencial para a condução de pesquisas na área.

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 6.573.251

BENEFÍCIOS

Espera-se contribuir dos pontos de vista científico e clínico com a impressão autorreferida por pacientes com paralisia facial, a fim de contribuir com possíveis tomadas de decisões de equipes multiprofissionais de saúde no tratamento desta comorbidade, em especial as de etiologia oncológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
SUBMISSÃO DE EMENDA CENTRO COORDENADOR

EMENDA 1

Os documentos alterados na presente emenda foram:

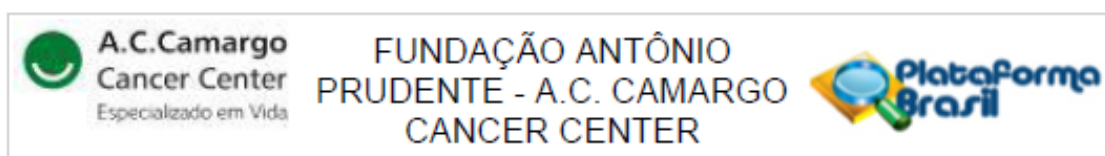
1. **CRONOGRAMA** – datado de 24/11/2023, referente ao arquivo "Cronograma_solicitacao_extensao_prazo_Nov_2023.pdf" postado na Plataforma Brasil em 24/11/2023.

Razão principal para alteração: O pesquisador solicita através do documento "Carta_Emenda_Extensao_prazo_CEP_Plataforma_Brasil.pdf", a extensão do prazo por mais 24 meses, considerando a que a coleta da amostra encontra-se mais lenta do que o previsto. Além disso, será necessária a análise estatística e os dados ainda estão sendo coletados. Posteriormente será preparado o manuscrito e revisado, traduzido e submetido para publicação antes da defesa em 2025.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
 Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:
 Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 6.573.251

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos da emenda.

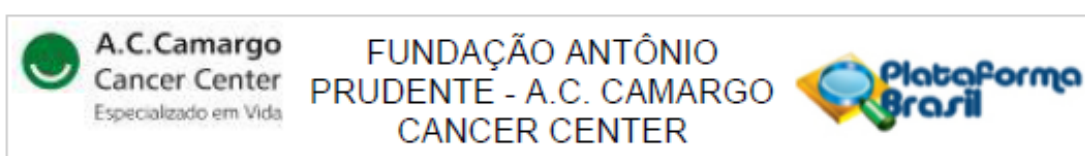
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta para o projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2253313_É1.pdf	24/11/2023 12:05:04		Aceito
Cronograma	Cronograma_solicitacao_extensao_prazo_Nov_2023.pdf	24/11/2023 12:02:00	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_Emenda_Extensao_prazo_CEP_Plataforma_Brasil.pdf	24/11/2023 12:01:46	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Deise_Furtado_Carta_CEP_Agosto_2021.pdf	24/09/2021 10:07:37	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Deise_Furtado_Carta_CEP_Agosto_2021.docx	24/09/2021 10:07:19	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Deise_Duarte_Furtado_Autopercepcao_da_PFP_v2.pdf	24/09/2021 09:59:22	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Deise_Duarte_Furtado_Autopercepcao_da_PFP_v2.docx	24/09/2021 09:59:11	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_Dra_Bete_Carrara_PFP.pdf	16/09/2021 12:38:53	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Brochura Pesquisa	PFP_Deise_Furtado_Projeto_versao_corrigida.pdf	14/09/2021 12:13:10	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Brochura Pesquisa	PFP_Deise_Furtado_Projeto_versao_corrigida.docx	14/09/2021 12:08:57	Maria Valéria Schmidt Goffi	Aceito

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 6.573.251

Brochura Pesquisa	PFP_Deise_Furtado_Projeto_versao_corrigida.docx	14/09/2021 12:08:57	Gomez	Aceito
Outros	Formulario_Submissao_Projeto_Autopercepcao_facial_sem_assinatura.docx	25/06/2021 09:41:25	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Formulario_Submissao_Projeto_Autopercepcao_facial.pdf	25/06/2021 09:40:26	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Autopercepcao_facialassinada.pdf	25/06/2021 09:32:50	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Deise_Duarte_Furtado_PFP_JUNHO_2021.pdf	18/06/2021 11:15:28	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Identificacao_Curriculos_Plataforma_Lattes.pdf	18/06/2021 11:10:05	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	18/06/2021 11:08:57	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Declaracao_dados_coletados.pdf	18/06/2021 11:03:33	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Declaracao_plano_recrutamento_participantes.pdf	18/06/2021 11:01:13	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Outros	Termo_compromisso_pesquisador.pdf	18/06/2021 10:58:29	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Declaração de concordância	Carta_Anuencia_CP_Autopercepcao_PFP_JGVartanian.pdf	18/06/2021 10:56:38	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Ciencia_Comprometimento.pdf	18/06/2021 10:54:41	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_infraestrutura_instalacoes.pdf	18/06/2021 10:53:00	Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez	Aceito

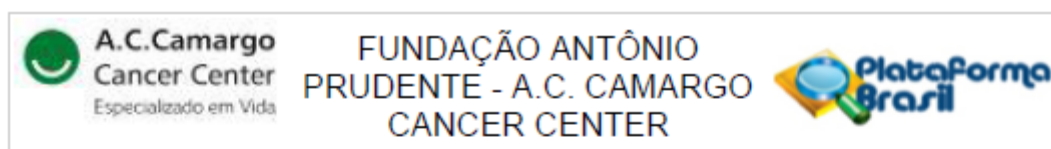
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 6.573.251

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2023

Assinado por:
LUCIANA DE MOURA LEITE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade CEP: 01.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br

ANEXO B - FDI – Índice de Disfunção Facial (Graciano et al., 2020)

Por favor, escolha a resposta mais apropriada para as seguintes questões relacionadas a problemas associados com a função de seus músculos faciais.

Para cada pergunta, considere sua função facial durante o último mês:

Função Física

1. Quanta dificuldade você teve para manter a comida na boca, mover a comida dentro da boca ou por ficar com a comida parada na bochecha enquanto comia?

Geralmente comi com

5 = Nenhuma dificuldade

4 = Um pouco de dificuldade

3 = Alguma dificuldade

2 = Muita dificuldade

1 = Geralmente não comi por motivo de saúde

0 = Geralmente não comi por outras razões

2. Quanta dificuldade você teve para beber com copo?

Geralmente bebi com

5 = Nenhuma dificuldade

4 = Um pouco de dificuldade

3 = Alguma dificuldade

2 = Muita dificuldade

1 = Geralmente não bebi por motivo de saúde

0 = Geralmente não bebi por outras razões

3. Quanta dificuldade você teve para falar?

Geralmente falei com

5 = Nenhuma dificuldade

4 = Um pouco de dificuldade

3 = Alguma dificuldade

2 = Muita dificuldade

1 = Geralmente não falei por motivo de doença

0 = Geralmente não falei por outras razões

4. Quanta dificuldade você teve por ficar com seu olho lacrimejando excessivamente ou por ficar com o olho ressecado?

Geralmente tive

5 = Nenhuma dificuldade

4 = Um pouco de dificuldade

3 = Alguma dificuldade

2 = Muita dificuldade

1 = Geralmente não observei por motivo de saúde

0 = Geralmente não observei por outros motivos

5. Quanta dificuldade você teve para escovar os dentes ou enxaguar a boca?

Geralmente tive

5 = Nenhuma dificuldade

- 4 = Um pouco de dificuldade
- 3 = Alguma dificuldade
- 2 = Muita dificuldade
- 1 = Geralmente não escovei os dentes ou enxaguei a boca motivo de saúde
- 0 = Geralmente não escovei os dentes ou enxaguei a boca por outras razões

Função Bem-estar Social

6. Com que frequência você se sentiu calmo e tranquilo?

- 1 = O tempo todo
- 2 = A maior parte do tempo
- 3 = Uma boa parte do tempo
- 4 = Algumas vezes
- 5 = Poucas vezes
- 6 = Nenhuma vez

7. Com que frequência você se isolou das pessoas ao seu redor?

- 6 = O tempo todo
- 5 = A maior parte do tempo
- 4 = Uma boa parte do tempo
- 3 = Algumas vezes
- 2 = Poucas vezes
- 1 = Nenhuma vez

8. Com que frequência você ficou irritado com as pessoas ao seu redor?

- 6 = O tempo todo
- 5 = A maior parte do tempo
- 4 = Uma boa parte do tempo
- 3 = Algumas vezes
- 2 = Poucas vezes
- 1 = Nenhuma vez

9. Com que frequência você perdeu o sono ou acordou várias vezes durante a noite?

- 6 = Todas as noites
- 5 = A maioria das noites
- 4 = Várias noites
- 3 = Algumas noites
- 2 = Poucas noites
- 1 = Nenhuma noite

10. Com que frequência sua função facial lhe impediu de sair para comer, fazer compras ou participar de atividades familiares ou sociais?

- 1 = O tempo todo
- 2 = A maior parte do tempo
- 3 = Uma boa parte do tempo
- 4 = Algumas vezes
- 5 = Poucas vezes
- 6 = Nenhuma vez

ANEXO C – Face Scale – Instrumento Clínico de Avaliação Facial / Avaliação Facial Clinimétrica (Tavares-Brito et al., 2020)

As afirmações abaixo são sobre o que você pensa sobre os movimentos de sua face.

Você pode ter respondido a estas ou a perguntas similares anteriormente.

Por favor, responda a TODAS AS PERGUNTAS da melhor maneira possível.

(CIRCULE apenas UM número)

	Apenas um dos lados	Ambos os lados	Eu não tenho dificuldade
Quando eu tento mover minha face, eu noto que tenho dificuldade em	1	2	0

(OBSERVE: Se você tem problema em AMBOS os lados, responda às perguntas seguintes da avaliação se referindo ao lado MAIS afetado. Ou se refira a ambos os lados se eles forem igualmente afetados)

DURANTE A SEMANA PASSADA: (CIRCULE apenas UM número em cada linha)

No lado afetado:	Nunca	Apenas se eu me concentrar	Um pouco	Quase normalmente	Normalmente
1. Quando eu sorrio, o canto da minha boca se move para cima	1	2	3	4	5
2. Eu consigo elevar minha sobrancelha no lado afetado	1	2	3	4	5
3. Quando mando beijo, o lado afetado da minha boca se move	1	2	3	4	5

	O tempo todo	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
4. Sinto que partes da minha face estão tensas, cansadas ou desconfortáveis	1	2	3	4	5
5. Sinto meu olho afetado seco, irritado ou arranhado	1	2	3	4	5
6. Quando tento movimentar minha face, sinto dor, tensão ou espasmo	1	2	3	4	5
7. Eu uso colírio ou pomada em meu olho afetado	1	2	3	4	5
8. Meu olho afetado é muito úmido ou lacrimeja	1	2	3	4	5
9. Eu ajo de forma diferente ao redor das pessoas por causa do meu problema na face	1	2	3	4	5

10. As pessoas me tratam de forma diferente por causa do meu problema na face	1	2	3	4	5
11. Eu tenho dificuldade para mover a comida dentro da minha boca	1	2	3	4	5
12. Eu tenho dificuldade para manter saliva, comida ou bebida dentro da minha boca ou para evitar que caiam no queixo ou na roupa	1	2	3	4	5

As afirmações seguintes são sobre como você se sentiu ou pode estar se sentindo durante a última semana por causa da sua face ou do seu problema facial. Por favor assinale quanto você concorda com cada afirmação:

(CIRCULE apenas UM número em cada linha)	Concordo fortemente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo fortemente
13. Sinto minha face cansada ou quando eu tento mover minha face, sinto tensão, dor ou espasmo	1	2	3	4	5
14. Minha aparência tem afetado minha vontade de participar de atividades sociais ou de ver meus amigos e familiares	1	2	3	4	5
15. Por causa da dificuldade que eu sinto para comer, eu tenho evitado comer em restaurantes ou na casa de outras pessoas	1	2	3	4	5

Comentários adicionais: _____

Muito obrigada!

Tavares-Brito J, Carolina De Oliveira Fonseca A, Torres RP, Van Veen MM, Greene J, Salomone R, et al. Facial Clinimetric Evaluation Scale and Synkinesis Assessment Questionnaire Translation into Brazilian Portuguese: A Validation Study. Int Arch Otorhinolaryngol. 2020.

ANEXO D – SAQ – Questionário de Avaliação de Sincinesia (Tavares-Briot et al., 2020)

Por favor, responda questões a seguir relativas à função da sua face, graduando de 1 a 5 conforme a seguinte escala:

- 1 = raramente ou nunca
- 2 = ocasionalmente ou muito suavemente
- 3 = às vezes ou levemente
- 4 = a maior parte do tempo ou moderadamente
- 5 = o tempo todo ou intensamente

Pergunta	1	2	3	4	5
1. Quando eu sorrio, meu olho fecha	1	2	3	4	5
2. Quando eu falo, meu olho fecha	1	2	3	4	5
3. Quando eu assovio ou mando beijo, meu olho fecha	1	2	3	4	5
4. Quando eu sorrio, meu pescoço enrijece	1	2	3	4	5
5. Quando eu fecho meus olhos, minha face contrai	1	2	3	4	5
6. Quando eu fecho meus olhos, o canto da minha boca se move	1	2	3	4	5
7. Quando eu fecho meus olhos, meu pescoço enrijece	1	2	3	4	5
8. Quando eu como, meu olho lacrimeja	1	2	3	4	5
9. Quando eu movimento minha face, aparecem covinhas no meu queixo	1	2	3	4	5

Tavares-Brito J, Carolina De Oliveira Fonseca A, Torres RP, Van Veen MM, Greene J, Salomone R, et al. Facial Clinimetric Evaluation Scale and Synkinesis Assessment Questionnaire Translation into Brazilian Portuguese: A Validation Study. Int Arch Otorhinolaryngol. 2020

ANEXO E – SFGS Brasil – Sistema de graduação facial (Ross, Fradet, Nedzelski, 1996; Melo et al., 2022)

Simetria em repouso Comparado ao lado normal	Simetria de movimento voluntário Grau de extensão muscular comparado ao lado normal							Sincinesia Grau de contração muscular involuntária associada a cada expressão				
Olho (selecione apenas 1) Normal 0 Estreito 1 Largo 1 Cirurgia de pálpebra 1	Expressão Padrão	A	B	C	D	E		F	G	H	I	
Bochecha (rima naso-labial) Normal 0 Ausente 2 Menos pronunciada 1 Mais pronunciada 1	Testa Franzida	1	2	3	4	5		0	1	2	3	
Boca Normal 0 Canto caído 1 Canto repuxado para cima ou para fora 1	Fechamento dos olhos	1	2	3	4	5		0	1	2	3	
	Sorriso de boca aberta	1	2	3	4	5		0	1	2	3	
	Nariz Franzido	1	2	3	4	5		0	1	2	3	
	Beijo	1	2	3	4	5		0	1	2	3	
TOTAL	TOTAL							TOTAL				
Pontuação de Simetria em Descanso TOTAL X 5	Pontuação de movimento voluntário TOTAL X 4							Pontuação de Sincinesia TOTAL				
Nome do paciente	Pontuação De mov. Voluntário	Pontuação de simetria em descanso		Pontuação de Sincinesia		=Pontuação composta						
Data												

A - Incapaz de iniciar movimento

B – Inicia pequeno movimento

C – Inicia movimento com meia extensão

D – Movimento quase completo

E – Movimento completo

F – Nenhum: sem sincinesia ou movimento de massa

G – Ameno: pequena sincinesia

H – Moderado: sincinesia óbvia mas não desfigurante

I – Severo: sincinesia desfigurante / movimento bruto de massa de vários músculos

Melo TKM de, Andrade PF, Mateus SRM, Santos-Couto-Paz CC dos. Psychometric properties of the Brazilian version of the Sunnybrook Facial Grading System. Fisioter mov [Internet]. 2022;35:e35123. doi.org/10.1590/fm.2022.35123

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar de forma voluntária, na pesquisa intitulada **“AUTOPERCEPÇÃO FACIAL DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL DE ETIOLOGIA ONCOLÓGICA”**.

Após ler as informações a seguir e, caso aceite fazer parte do estudo, clique na opção correspondente, pois isso significará que você concordou em participar e entendeu os objetivos e os procedimentos aqui apresentados.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar se a autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial de etiologia oncológica é similar à autopercepção facial de paralisia facial de etiologia não oncológica.

Aceitando participar da pesquisa, você responderá três questionários sobre a sua opinião sobre os movimentos da sua face e a sua percepção sobre eles, e nos autorizará a utilizar as suas respostas para reunir dados.

As pesquisadoras comprometem-se a assegurar sigilo total e absoluto sobre a sua identidade, substituindo o seu nome por um código de identificação. Os dados coletados serão guardados em arquivos físico e digital, por um período de cinco anos a contar do término da pesquisa.

Para responder aos questionários serão necessários cerca de dez a quinze minutos do seu dia. Uma cópia de todas as suas respostas será enviada ao seu email e recomendamos que guarde em seus arquivos como cópia do documento eletrônico.

Após esta etapa da pesquisa, você estará também convidado a realizar uma vídeo-chamada para avaliação da função dos movimentos faciais na qual serão solicitados alguns movimentos faciais que serão gravados e posteriormente avaliados por especialistas para compor dados para esta pesquisa. Esta vídeo-chamada terá a previsão de cinco a oito minutos de duração.

Quanto aos riscos potenciais da pesquisa, existe a chance de você sentir-se incomodado com as perguntas do questionário apesar de terem sido elaboradas de forma a evitar que isso ocorra. Existe a possibilidade de você vir a revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados antes. Para minimizar tais riscos, os pesquisadores se preocuparam em questionar apenas as informações estritamente necessárias para responder os objetivos da pesquisa.

Caso sinta-se desconfortável, você terá plena liberdade de não continuar a pesquisa, ou de não responder qualquer questão que sinta ser inadequada. Sua desistência como participante da pesquisa, não interferirá no seu acompanhamento ou qualquer tratamento em andamento na Instituição

E, caso sinta-se com necessidade de outros atendimentos, por danos decorrentes da participação desta pesquisa, você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, inclusive se houver interrupção deste estudo.

Os riscos da sua participação na vídeo-chamada para avaliação envolvem a exposição da sua identidade. As pesquisadoras comprometem-se a compartilhar este vídeo somente com as fonoaudiólogas avaliadoras por meios eletrônicos seguros e sigilosos.

Após realizadas as avaliações e concluída a coleta de dados, para minimizar estes riscos, as pesquisadoras comprometem-se a fazer downloads dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Utilizaremos programas recomendados para pesquisas, no entanto consideramos as limitações das tecnologias e acreditamos serem estes riscos para assegurar a total confidencialidade dos dados e o potencial risco de sua violação.

Por se tratar de participação voluntária, não haverá nenhum tipo de compensação financeira ou remuneração aos participantes, contudo, é garantido o direito à solicitação de indenização, nos termos da lei, e ao ressarcimento de despesas advindas de sua participação neste estudo, conforme o caso.

São benefícios deste estudo, a contribuição com a ciência para o embasamento de profissionais que atuam no diagnóstico e no tratamento de pacientes com paralisia facial. Os

resultados desta pesquisa, ajudarão as equipes de saúde a tomarem decisões no tratamento da paralisia facial.

A devolutiva dos resultados desta pesquisa será dada formalmente aos participantes desta pesquisa através do e-mail que você disponibilizar ao responder ao questionário, se você consentir.

Se houver qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimentos adicionais, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Dra. Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez (maria.gomez@accamargo.org.br); Dra. Patrícia Helena Pecora Liberman (phpliberman@gmail.com); e, Deise Baixo Duarte Furtado [(47) 98429-1860 ou deiseduartefurtado@univali.br].

Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos deste projeto poderá ainda ser respondida pelos pesquisadores ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O principal papel do CEP é analisar as pesquisas que envolvem seres humanos de forma a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos participantes destas pesquisas.

Você pode acessá-lo pessoalmente no seguinte endereço: rua Professor Antônio Prudente, número 211, bairro Liberdade, na cidade de São Paulo, sendo o código de endereço postal 01509-900.

E para contato telefônico: (011) 2189-5000. O horário de atendimento ao público é de segunda a quinta-feira, das 8h às 18h e sexta-feira, das 8h às 17h.

Caso aceite participar desta pesquisa, enviaremos os questionários ao seu email/mensagem e será considerada anuência quando responder ao questionário/formulário da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa on-line, caso aceite participar você deverá guardar uma via deste termo.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Participante: *

Telefone para contato: _____

*Tendo em vista que se trata de uma pesquisa online, você não precisará assinar tal documento, mas seu consentimento mas precisaremos de sua resposta a uma das opções abaixo.

() NÃO ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA

() ACEITO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DA PESQUISA RESPONDENDO AOS QUESTIONÁRIOS ONLINE

() ACEITO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DA PESQUISA RESPONDENDO AOS QUESTIONÁRIOS ONLINE E DA VÍDEO CHAMADA QUE DEVERÁ SER AGENDADA PELO MEU CONTATO DE EMAIL.

Pesquisador Responsável: Dra. Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez

E-mail: maria.gomez@accamargo.org.br

Demais pesquisadores:

Dra. Patrícia Helena Pecora Liberman (phpliberman@gmail.com);

Deise Baixo Duarte Furtado [(47) 98429-1860 ou deiseduartefurtado@univali.br]

APÊNDICE B - E-mail enviado aos candidatos a participantes da pesquisa

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com as pessoas que foram submetidos a cirurgia para remoção de carcinomas e possuem paralisia facial. Nossa pesquisa tem como título: “AUTOPERCEPÇÃO FACIAL DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL DE ETIOLOGIA ONCOLÓGICA” pois pretendemos compreender como os pacientes que tiveram câncer percebem as suas dificuldades relacionadas à paralisia facial, e se esta percepção é diferente dos pacientes que também possuem paralisia facial, mas que não tiveram câncer.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa de doutorado, que está sendo desenvolvida no AC Camargo Cancer Center.

Caso aceite participar, você deve clicar no link abaixo e responder algumas questões que devem tomar 5 a 7 minutos do seu tempo,

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf2-sAIM-NO2U2XFiSg6J2z3ze83T0KFla35kyH4rRHhia90w/viewform?usp=sf_link

“AUTOPERCEPÇÃO FACIAL DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL DE ETIOLOGIA ONCOLÓGICA”.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Você está sendo convidado (a) para participar de forma voluntária, na pesquisa intitulada “AUTOPERCEPÇÃO FACIAL DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL DE ETIOLOGIA ONCOLÓGICA”. Após ler as informações a seguir e, caso aceite fazer parte do estudo, clique na opção correspondente, pois isso significará que você concordou em participar e entendeu os objetivos e os procedimentos aqui apresentados. Esta pesquisa tem por objetivo investigar se a autopercepção facial de indivíduos com paralisia facial de etiologia oncológica é similar à autopercepção facial de paralisia facial de etiologia não oncológica. Aceitando participar da pesquisa, você responderá três questionários sobre a sua opinião sobre os movimentos da sua face e a sua percepção sobre eles, e nos autorizará a utilizar as suas respostas para reunir dados. As pesquisadoras comprometem-se a assegurar sigilo total e absoluto sobre a sua identidade, substituindo o seu nome por um código

docs.google.com

Desde já agradecemos sua atenção,

Fonoaudióloga Deise Baixo Duarte Furtado (aluna do doutorado)

Fonoaudióloga Dra Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez (orientadora)

APÊNDICE C – Autoavaliação da função facial mensurada por escala analógico visual

Há quanto tempo você convive com a paralisia facial? _____.

Qual lado do seu rosto foi afetado?

() Direito () Esquerdo

Em repouso, você percebe diferença entre os dois lados do seu rosto?

() Não () Sim

1. Que nota você dá para a sua satisfação com o seu rosto?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

APÊNDICE D – Roteiro para vídeo consulta

1 – Criar uma sala no Google Meet e compartilhar via email com o participante que tiver aceito o TCLE

2 – Cumprimentar o participante da pesquisa.

3 – Avisar que conforme já explicitado no termo de consentimento, a reunião será gravada para que possamos avaliar a sua face e terá duração de cerca de 3 minutos.

“Eu vou solicitar que o senhor(a) faça alguns movimentos e vou contar até 5 segundos. Enquanto eu estiver contando, o senhor(a) deve se permanecer na mesma posição.

O(a) senhor(a) tem alguma dúvida, antes de começarmos?”

4 – Passar as orientações específicas:

“Vamos começar na posição de repouso. O(a) senhor(a) deve ficar parado enquanto eu conto até 5.

Muito bem! Obrigada!

Agora iniciaremos os movimentos. Favor franzir, elevando a testa e permanecer assim por 5 segundos. Ok.

Em seguida, por favor, feche os seus olhos sem força e permaneça com os dois olhos fechados por 5 segundos.

Agora o(a) senhor(a) deve sorrir, mostrando os dentes. Novamente, permanecer na posição por 5 segundos.

Mais um movimento: franzir o nariz e permanecer na posição por 5 segundos.

Por último, fazer um bico com os lábios, em posição de beijo e permanecer na posição por 5 segundos.”

5 – Agradecer a participação e passar a palavra ao participante da pesquisa para dúvidas que possam surgir.

APÊNDICE E – Artigo submetido para periódico A3



**AUTOPERCEPÇÃO DA DISFUNÇÃO FACIAL NA PARALISIA
FACIAL IDIOPÁTICA E NA PARALISIA FACIAL ASSOCIADA
AO SCHWANNOMA VESTIBULAR**

Journal:	CoDAS
Manuscript ID:	CODAS-2025-0064
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Paralisia facial, Schwannoma vestibular, Avaliação clínica facial, Paralisia facial idiopática, Bem-estar psicológico

SCHOLARONE™
Manuscripts

Preview (CODAS-2025-0064)

From: codas@editoracubo.com.br

To: deiseduartefturdo@univali.br

CC: deiseduartefturdo@univali.br, goffigomez@uol.com.br

Subject: CoDAS | Submitted manuscript | CODAS-2025-0064

Body: 10-Mar-2025

Dear Prof. BAIXO DUARTE FURTADO:

Your manuscript entitled "AUTOPERCEPÇÃO DA DISFUNÇÃO FACIAL NA PARALISIA FACIAL IDIOPÁTICA E NA PARALISIA FACIAL ASSOCIADA AO SCHWANNOMA VESTIBULAR" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the CoDAS.

Your manuscript ID is CODAS-2025-0064.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the CoDAS.

Sincerely,
CoDAS Editorial Office

Date Sent: 10-Mar-2025

AUTOPERCEPÇÃO DA DISFUNÇÃO FACIAL NA PARALISIA FACIAL IDIOPÁTICA E NA PARALISIA FACIAL ASSOCIADA AO SCHWANNOMA VESTIBULAR

SELF-PERCEPTION OF FACIAL DYSFUNCTION: IDIOPATHIC FACIAL PALSY VERSUS FACIAL PARALYSIS ASSOCIATED WITH VESTIBULAR SCHWANNOMA

RESUMO

OBJETIVO: Identificar se a autopercepção da disfunção facial de indivíduos com paralisia facial idiopática difere de indivíduos acometidos por paralisia facial associadas ao tratamento do neurinoma do acústico (NA) e, se a avaliação clínica é compatível com a autopercepção referida por estes pacientes. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de corte transversal, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa, sob o parecer nº 5.117.793. Todos os indivíduos que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram selecionados, adultos com paralisia facial idiopática e com paralisia associada ao NA do consultório particular de uma das autoras. Para a avaliação da autopercepção do impacto da disfunção facial, utilizou-se o “Facial Disability Index” (FDI) e para avaliação da função facial o Sunnybrook Facial Grading System (SFGS). **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 16 pacientes, sendo 08 com paralisia idiopática (28 e 74 anos de idade) com tempo desde a instalação da paralisia entre 9 e 1800 dias, e 08 com paralisia facial associada ao NA (28 e 64 anos) com tempo de paralisia entre 15 e 450 dias. O score do FDI para função facial foi de 72,5% e 65% e para a função social e bem-estar foi de 68% e 70%, sendo que avaliação clínica mostrou valores totais de SFGS de 48 e 18, para as idiopáticas e NA respectivamente. **CONCLUSÃO:** Os resultados indicaram que autopercepção dos pacientes com PFP foi independente da gravidade identificada na avaliação clínica ou da etiologia, embora o tamanho da amostra possa ter interferência neste achado.

DESCRIPTORIOS: Paralisia facial. Schwannoma vestibular. Avaliação clínica facial. Paralisia facial idiopática. Bem-estar psicológico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify whether the self-perception of facial dysfunction in individuals with idiopathic facial paralysis differs from that of individuals affected by facial paralysis associated with the treatment of acoustic neuroma (AN) and whether the clinical assessment is compatible with the self-perception reported by these patients. **METHOD:** Retrospective cross-sectional study, approved by the ethics and research committee, under opinion no. 5,117,793. All individuals who participated in this study signed the Free and Informed Consent Form. Adults with idiopathic facial paralysis and paralysis associated with AN were selected from the private practice of one of the authors. To assess self-perception of the impact of facial dysfunction, the "Facial Disability Index" (FDI) was used, and the Sunnybrook Facial Grading System (SFGS) was used to assess facial function. **RESULTS:** The sample consisted of 16 patients, 08 with idiopathic paralysis (28 and 74 years old) with paralysis onset time between 9 and 1800 days, and 08 with facial paralysis associated with NA (28 and 64 years old) with onset time between 15 and 450 days. The FDI score for facial function was 72.5% and 65% and for social function and well-being it was 68% and 70%, with clinical evaluation showing total SFGS values of 48 and 18, for idiopathic cases. and NA respectively. **CONCLUSION:** The results indicated that self-perception of patients with PFP was independent of the severity of the clinical assessment or the etiology, although the sample size may have impacted this finding.

KEY WORDS: Facial paralysis. Vestibular schwannoma. Facial clinical assessment. Idiopathic facial paralysis. Psychological well-being.

INTRODUÇÃO

A paralisia facial (PF) caracteriza-se por uma alteração na mímica facial, decorrente do comprometimento do nervo facial, 7º par craniano. Na paralisia facial periférica (PFP), toda hemiface fica comprometida, com ausência ou restrição dos movimentos da expressão facial.^{1,2}

Responsável pelos movimentos dos músculos da expressão facial, o nervo facial é constituído de uma divisão motora (facial) e outra sensitiva (intermédio), que se fundem em um único tronco no meato acústico interno. No osso temporal, o nervo percorre o trajeto meatal, entra no canal facial, no segmento labiríntico, e passando pelo segmento timpânico e mastoide, emerge para o trajeto superficial pelo forame estilomastóideo.³

O segundo componente eferente consiste em fibras parassimpáticas com origem no núcleo salivar superior responsável pelo lacrimejamento e salivação. Essas

fibras constituem o nervo petroso superficial maior e o nervo corda do tímpano, respectivamente. A sensação do paladar dos dois terços anteriores da língua é transmitida por fibras aferentes para o núcleo do trato solitário. Um segundo conjunto de fibras aferentes conduz a sensibilidade de áreas específicas da face, como a concha, o lóbulo da orelha, o conduto auditivo externo e a membrana timpânica.⁴

Em função desse longo e complexo trajeto, o nervo facial pode ser afetado por diversas causas, neoplásicas ou não, tanto do próprio nervo como das estruturas vizinhas a ele.

O schwannoma vestibular, ou neurinoma do acústico, é um tumor benigno que em geral acomete o nervo vestibulococlear, sede de 60-80% dos tumores no ângulo pontocerebelar. Apresenta crescimento lento, entre 0,25 a 0,4 mm/ano, variando de acordo com a localização, sendo que os tumores intracanaliculares apresentam crescimento mais lento que os extracanaliculares. Quando microscópicos, apresentam-se assintomáticos até a idade adulta. Entretanto, tumores não tratados podem levar à compressão do tronco cerebral, aumento da pressão intracraniana e até o óbito.⁵

A ressecção cirúrgica completa deste tumor é indicada em casos de compressão sobre o tronco cerebral. Dependendo da abordagem cirúrgica e do tamanho do tumor, há risco de lesão do nervo facial pela proximidade dos nervos no meato acústico interno.⁶

A PF abrange alterações funcionais como desconforto para fechamento ocular, alterações na fala, assim como na comunicação não verbal e no processo alimentar, somadas ao inconveniente estético. O conjunto de manifestações impacta na comunicação interpessoal, atividade social e profissional. A perda da mobilidade facial pode ser devastadora para alguns pacientes, sendo que o acometimento psicológico varia e não parece estar relacionado com ao grau de paralisia.^{1,7,8}

Pavese et al. (2020) estudaram cento e oitenta e seis pacientes ambulatoriais com paralisia facial periférica recente ou crônica, e afirmaram que o sofrimento psicológico e as restrições de vida social são mais graves nas mulheres. Consideraram que a gravidade da paralisia está correlacionada às limitações funcionais e estas diminuem à medida que o tempo de instalação aumenta. E, que a

etiologia da paralisia está relacionada à gravidade da paralisia, às limitações funcionais e às restrições sociais.⁵

Para aconselhar e planejar uma reabilitação sob medida para pacientes afetados por paralisia facial periférica, devem ser consideradas as limitações físicas e sociais. Além disso, o conhecimento dos fatores associados à paralisia facial é determinante para a identificação precoce e atendimento adequado de pacientes com maior risco de desenvolver sofrimento psíquico e isolamento social.⁵

A percepção da condição facial nem sempre é concordante entre o profissional e o paciente, sendo que esta concordância aumenta em pacientes com maior tempo de terapia. Considera-se importante incluir no processo terapêutico estratégias de autopercepção sobre a nova condição facial. É relevante considerar a opinião do paciente e usar estratégias de autoavaliação para que as expectativas do mesmo e da equipe de saúde se aproximem, a fim de que sejam traçadas condutas terapêuticas mais efetivas.⁷

Espera-se com este estudo, contribuir para os aspectos científico e clínico sobre a impressão autorreferida por pacientes com paralisia facial de diferentes etiologias, a fim de contribuir com possíveis tomadas de decisões de equipes multiprofissionais de saúde no tratamento desta comorbidade.

OBJETIVO

Identificar se a autopercepção do impacto da disfunção facial de indivíduos com paralisia facial idiopática difere de indivíduos acometidos por paralisia facial associadas ao tratamento do neurinoma do acústico e, se a avaliação clínica é compatível com a autopercepção referida por estes pacientes.

MÉTODO

Estudo retrospectivo de corte transversal, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa, sob o parecer nº 5.117.793. Todos os indivíduos e responsáveis que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A seleção dos participantes foi realizada em consultório particular de uma das autoras, por meio do levantamento de dados e convite para participação da pesquisa.

Foram selecionados, para o estudo, adultos acometidos por paralisia facial idiopática e por paralisia associada ao schwannoma vestibular.

Em consonância com o consenso internacional sobre as melhores práticas para o tratamento de pacientes adultos com PFP de etiologias diversas foram incluídas as aplicações das ferramentas SFGS e FDI.⁹

Para a avaliação da autopercepção do impacto da disfunção facial, utilizou-se o instrumento “Facial Disability Index” (FDI), questionário autoaplicado desenvolvido especialmente para avaliar o impacto da disfunção facial sobre aspectos físicos e psicossociais dos pacientes. Trata-se de um instrumento válido e confiável para avaliação de pacientes com paralisia facial, e submetido à adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa.¹⁰

O FDI é constituído por 10 itens, separados entre as subescalas física e de bem-estar social, cada uma com 5 itens quantificados em uma escala de 6 pontos e transformados em um escore de até 100 pontos que indicaria função física e de bem-estar social inalteradas. A subescala física investiga problemas ao comer, beber, falar, higiene oral e sintomas oculares, como lacrimejamento ou ressecamento ocular. A subescala de bem-estar social investiga aspectos relacionados à ansiedade, irritabilidade e convívio social.¹⁰

Após as respostas dos pacientes, foram realizados os cálculos para as pontuações de cada subescala. Para função física = $\{(\text{Escore total das questões 1 a 5}) - N\} / N \times 100\} / 4$, sendo a pontuação máxima = $25 - 5/5 \times 100/4 = 20/5 \times 100/4 = 100$. Para função social/bem-estar = $\{(\text{Escore total das questões 6 a 10}) - N\} / N \times 100\} / 5$, sendo a pontuação máxima = $30 - 5/5 \times 100/5 = 25/5 \times 100/5 = 100$. Sendo N correspondente ao número de questões respondidas.

Além da aplicação do FDI foi realizada a avaliação da função facial por fonoaudiólogo com experiência em atendimento a pacientes com paralisia facial. Para o registro desta avaliação foi utilizada a versão brasileira traduzida, adaptada e validade do instrumento Sunnybrook Facial Grading System (SFGS). O SFGS-Brasil é uma escala usada para avaliar a função facial, subdividida em três domínios:

(1) simetria em repouso dos olhos, da bochecha (sulco naso-labial) e do canto da boca (comissura labial);

(2) simetria dos movimentos voluntários (movimentos/expressões faciais como levantar a sobrancelha, fechar os olhos sem apertar, sorrir mostrando os dentes, elevar o lábio superior e assobiar); e

(3) sincinesias associadas aos movimentos voluntários testados.

Cada um dos três componentes recebe uma pontuação, sendo que os domínios referentes à simetria em repouso e à simetria dos movimentos voluntários possuem um peso maior na pontuação final, tendo sua pontuação bruta multiplicada por 5 e 4, respectivamente. A pontuação final é encontrada por meio de um cálculo simples ($SFGS_{total} = \text{simetria dos movimentos voluntários} - \text{simetria em repouso} - \text{sincinesias}$), cujos valores variam entre 0 e 100, sendo que quanto maior a pontuação, menor o comprometimento.¹¹

Para análise estatística dos dados, o escore (valor) da autopercepção facial (FDI) de participantes com paralisia facial idiopática e foi comparado ao daqueles com PFP associada ao tratamento do neurinoma do acústico por meio do teste não paramétrico de Mann Whitney para amostras independentes.

A análise foi complementada com o teste não paramétrico de correlação de Spearman entre o escore (valor) da avaliação clínica obtida pela aplicação do SFGS-Brasil e o escore do FDI.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 16 pacientes, sendo 08 com diagnóstico de paralisia idiopática com idade variando entre 28 e 74 anos (média = 52 anos e 3 meses) e tempo de acometimento da paralisia variando entre 9 a 1800 dias (média = 346 dias) e 08 com paralisia facial associada ao schwannoma vestibular (neurinoma do acústico) com idade variando entre 28 e 64 anos (média = 45 anos e 9 meses) e tempo de acometimento da paralisia variando entre 15 a 450 dias (média = 93 dias). Ambos os grupos eram compostos por 4 mulheres e 4 homens (tabela 1). A análise mostrou que apesar de valores extremos diferentes, não houve diferença na idade ou tempo de instalação entre os grupos estudados.

Tabela 1. Dados demográficos da amostra estudada e análise pelo teste de Mann Whitney (mediana, min-max).

	Idiopática	Neurinoma	p
Idade (em anos)	54	45,5	
Mínimo	28	28	0,4309
Máximo	74	64	
Tempo desde instalação (em dias)	60	23,5	
Mínimo	9	10	0,2936
Máximo	1800	450	

A tabela 2 apresenta as respostas ao questionário de autopercepção da incapacidade facial e evidencia que não houve diferença significativa entre os grupos estudados. A análise mostrou que a autopercepção da função facial não foi diferente segundo a etiologia da PFP.

Tabela 2. Resultados do questionário de autopercepção da incapacidade facial e da avaliação clínica pelo sistema de graduação facial de Sunnybrook - Brasil (SGFSB) nos grupos estudados com PFP de etiologia idiopática e com PFP por exérese de neurinoma do acústico.

	Idiopática	Neurinoma	P
FF	72,5	65	
Mínimo	35	45	0,7929
Máximo	90	85	
FSBE	68,5	70	
Mínimo	44	44	0,8748
Máximo	88	95	
FDI Total	132	125	
Mínimo	95	104	1,00
Máximo	178	180	
SGFSB	48	16	
Mínimo	5	5	0,0491

Máximo	72	46
---------------	----	----

Legenda: FF. Função facial; FSBE. Função social e bem-estar; FDI. Facial Disability Index.

A tabela apresenta o escore da avaliação clínica pelo FGS, mostrando diferença significativa entre os grupos, apesar de que não houve diferença na autopercepção referida no FDI.

Não houve correlação entre o escore da avaliação clínica e da autopercepção facial nos grupos estudados (tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre o escore da avaliação clínica e da autopercepção facial nos grupos estudados com PFP de etiologia idiopática e com PFP por exérese de neurinoma do acústico.

FGS x FDI	Coefficiente de correlação (Rs)	p
Neurinoma		
FF	0,6789	0,0934
FSBE	0,3637	0,4225
total	0,5274	0,2238
Idiopáticas		
FF	0,4419	0,2729
FSBE	-0,012	0,9775
total	0,3095	0,4556
Todos		
FF	0,3638	0,1825
FSBE	0,1000	0,7229
Total	0,2296	0,4104

Houve coeficiente de correlação (rs) positivo, porém sem significância estatística entre os aspectos clínicos e a autopercepção da paralisia em pacientes com PFP idiopática, assim como no grupo de PFP por exérese de neurinoma do acústico, ou independente da etiologia.

DISCUSSÃO

Considerando que o último consenso internacional sobre a conduta da paralisia facial unilateral em adultos (Neville et al, 2023)¹² reforça a importância dos instrumentos de avaliação clínica, como o Sunnybrook Facial Grading System associados à autopercepção da condição facial norteando as orientações e aconselhamento dos pacientes com paralisia facial periférica, este trabalho dedicou-se a identificar se a autopercepção do paciente seria diferente em etiologias tumorais ou idiopáticas.

Nossa amostra foi composta de pacientes de diferentes idades e tempos desde a instalação da paralisia, em ambos os grupos, porém não houve diferença significativa entre as idades do grupo de pacientes com paralisia facial de origem idiopática e por schwannoma vestibular (neurinoma do acústico). No que se refere a comparação do tempo de instalação da paralisia facial entre estes dois grupos de pacientes, embora perceba-se diferenças entre os valores mínimo e máximo, também não foi encontrada diferença significativa, sugerindo que os grupos eram homogêneos nesses quesitos.

Na análise das respostas do questionário de autopercepção facial (FDI), quando comparados os resultados dos grupos de pacientes com paralisia facial de etiologia idiopática e aqueles associados ao neurinoma não foram encontradas diferenças significantes nas questões relacionadas a função física (FF), nem na função de bem-estar social (FSBE), ou no escore total.

A contrário de Pavese et al. (2020)⁵ que encontraram que além da gravidade, a etiologia, o tempo de início e o gênero influenciam a autopercepção de incapacidade após a paralisia facial, nossos resultados não mostraram relação com a etiologia.

Tavares-Brito et al. (2019)⁸ em uma investigação realizada com 920 pacientes com paralisia facial incluindo etiologias oncológica e não oncológica, constataram que os pacientes com doença maligna apresentaram índices de qualidade de vida significativamente maiores quando comparados com os de etiologia não maligna. O menor impacto da disfunção do nervo facial visto neste grupo de pacientes poderia ser explicado pelo fato deles estarem lidando com uma condição que põe em risco suas vidas, fazendo com que as consequências funcionais da doença sejam vistas

como secundárias. Os autores afirmam que essa hipótese é nova no cenário da PF e convida para maiores investigações.

Dey et al. (2017) em estudo sobre as diferenças na percepção da paralisia facial entre pacientes, observadores casuais, e especialistas, constataram que observadores casuais e especialistas geralmente percebem os pacientes com paralisia facial de forma mais negativa do que os próprios pacientes.¹⁰

Na amostra estudada, acreditamos que a ausência de diferenças significantes entre as respostas do questionário de incapacidade facial, quando comparados os grupos de pacientes com paralisia facial de origem idiopática e de schwannoma, possa estar relacionada ao fato dos pacientes deste estudo serem oriundos de consultório fonoaudiológico e estarem em tratamento.

Estas respostas podem estar em consonância pela condição de que pacientes que estão em acompanhamento fonoaudiológico buscam melhora das condições decorrentes da paralisia facial e portanto, apresentam queixas relacionadas a comorbidade, independentemente de sua etiologia.

Quando analisados os registros da avaliação clínica pelo FGS observa-se diferença significativa entre os grupos, apesar de não serem encontradas diferenças na autopercepção referida no FDI.

Os resultados indicaram que a autopercepção dos pacientes com PFP idiopática foi independente da gravidade dos comprometimentos físicos encontrados na avaliação clínica ou da etiologia, embora o tamanho da amostra possa ter interferência neste cenário.

Considera-se que os indivíduos que buscam atendimento fonoaudiológico (particular) apresentam queixas na autopercepção facial independente de sua etiologia. Sugere-se pesquisa semelhante com abordagem de pacientes com o mesmo perfil que não estejam em tratamento fonoaudiológico, para comparação dos estudos.

CONCLUSÃO

Em nossa amostra, a autopercepção da função facial não dependeu da etiologia, ou seja, indivíduos com paralisia facial idiopática quando comparados com

indivíduos acometidos por paralisia facial associadas ao tratamento do neurinoma do acústico apresentaram resultados semelhantes.

REFERÊNCIAS

- Graciano AJ, Bonin MM, Mory MR, Tessitore A, Paschoal JR, Chone CT. Translation, cultural adaptation and validation of the facial disability index into Brazilian Portuguese. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020 Sep-Oct;86(5):602-608. doi: 10.1016/j.bjorl.2019.04.003.
- House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985 Apr;93(2):146-7. doi: 10.1177/019459988509300202.
- 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 Mar;111(3):387-98. doi: 10.1097/00005537-200103000-00005.
- Mehta RP, WernickRobinson M, Hadlock TA. Validation of the Synkinesis Assessment Questionnaire. *Laryngoscope*. 2007 May;117(5):923-6. doi: 10.1097/MLG.0b013e3180412460.
- Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996 Mar;114(3):380-6. doi: 10.1016/S0194-59989670206-1.
- Tavares-Brito J, van Veen MM, Dusseldorp JR, Bahmad F Jr, Hadlock TA. Facial Palsy-Specific Quality of Life in 920 Patients: Correlation With Clinician-Graded Severity and Predicting Factors. *Laryngoscope*. 2019 Jan;129(1):100-104. doi: 10.1002/lary.27481.
- VanSwearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. *Phys Ther*. 1996 Dec;76(12):1288-98; discussion 1298-300. doi: 10.1093/ptj/76.12.1288.