

Aplicação da escala psicossocial de aparência facial na avaliação da paralisia facial periférica: estudo piloto

Application of the psychosocial scale of facial appearance in the evaluation of peripheral facial paralysis: a pilot study

Mabile Francine Ferreira Silva¹, Stela Verzinhasse Peres², Adriana Tessitore³, Jorge Rizzato Paschoal³, Maria Claudia Cunha⁴

RESUMO

Objetivo: Aplicar a Escala Psicossocial de Aparência Facial, para verificar aplicabilidade e reprodutibilidade, por meio de estudo piloto. **Métodos:** Casuística: seleção de oito sujeitos adultos com paralisia facial periférica, a partir de critérios estabelecidos. Procedimentos: 1. avaliação fonoaudiológica da função facial; 2. verificação da fidedignidade da Escala Psicossocial de Aparência Facial; 3. verificação da reprodutibilidade da escala; 4. aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Foi realizada análise descritiva dos dados e aplicado o teste t-Student pareado, entre os momentos 1 e 2, e o coeficiente de correlação intraclassa (r_{icc}). **Resultados:** A verificação da aplicabilidade aumentou a familiaridade com o processo de coleta de dados e auxiliou nas modificações dos procedimentos. O questionário mostrou-se fidedigno para todas as escalas analisadas: Aspectos Funcionais da Face, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Geral e Nota atribuída ao rosto. O coeficiente de correlação intraclassa (r_{icc}) demonstrou a reprodutibilidade do instrumento, tendo apresentado, neste caso, valores excelentes para todas os grupos temáticos analisados. **Conclusão:** Esta pesquisa ofereceu subsídios para o aprimoramento e elaboração final de instrumento que investiga os aspectos psicossociais associados à paralisia facial periférica.

Descritores: Paralisia facial; Avaliação; Impacto psicossocial; Questionários; Reprodutibilidade dos testes

ABSTRACT

Purpose: To apply the Psychosocial Scale of Facial Appearance in order to verify its applicability and reproducibility in a pilot study. **Methods:** Subjects: eight adult subjects with peripheral facial palsy were selected according to established criteria. Procedures: 1. speech-language assessment of the facial function; 2. verification of the reliability of the Psychosocial Scale of Facial Appearance; 3. verification of the scale's reproducibility; 4. application of the Hospital Anxiety and Depression Scale. A descriptive analysis of the data was performed, and the paired t-Student test (between times 1 and 2) and the intraclass correlation coefficient (r_{icc}) were applied. **Results:** Assessing the applicability increased the familiarity with the data collection process and contributed to modifications in the procedures. The questionnaire proved to be reliable for all the scales analyzed: Functional, Social, and Emotional Aspects of Face, General, and Note Assigned to the Face. The intraclass correlation coefficient (r_{icc}) demonstrated the reproducibility of the instrument by showing excellent values for all thematic groups analyzed. **Conclusion:** This study provided subsidies for the improvement and final elaboration of an instrument that aims to investigate the psychosocial aspects associated with peripheral facial palsy.

Keywords: Facial paralysis; Evaluation; Psychosocial impact; Questionnaires; Reproducibility of results

Trabalho realizado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Universidade CEUMA (Centro Universitário do Maranhão) – São Luís (MA), Brasil.

(2) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

(3) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

(4) Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – São Paulo (SP), Brasil.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: MFSS concepção do projeto do estudo, aquisição e interpretação dos dados, desenvolvimento do conteúdo intelectual; SVP análise estatística e interpretação dos dados, aprovação final da versão a ser apresentada para publicação; AT contribuições na coleta e interpretação de dados; JRP contribuições na coleta e interpretação de dados; MCC concepção do projeto do estudo, revisão crítica para conteúdo intelectual relevante e aprovação final da versão a ser apresentada para publicação.

Autor correspondente: Mabile Francine Ferreira Silva. E-mail: mabilef@hotmail.com

Recebido em: 18/9/2015; **Aceito em:** 14/12/2015

INTRODUÇÃO

Instrumentos para avaliação do impacto psicossocial associado aos casos de paralisia facial periférica (PFP) são escassos. Em uma revisão sistemática, foram levantadas 598 pesquisas, porém, apenas três apresentavam instrumentos de avaliação, a saber: *Facial Clinimetric Evaluation Scale* (FaCE), *Derriford Appearance Scale* (DAS) e *Facial Disability Index* (FDI). Os resultados demonstraram que, embora os instrumentos evidenciem o seu desenvolvimento e validação, nenhuma medida satisfaz todas as diretrizes para elaboração de instrumentos e sua validação. Além disso, limitam-se aos domínios de autopercepção da aparência facial e sintomas ou satisfação no processo de tratamento, o que restringe sua utilização⁽¹⁾.

Para assegurar a qualidade do instrumento é primordial o levantamento de literatura sobre o tema, para apropriação da base teórica, a elaboração de questões fiéis ao objetivo proposto, a avaliação do instrumento por especialistas selecionados e a revisão posterior^(2,3,4). Esses passos foram anteriormente executados para a elaboração do instrumento desta pesquisa, intitulado Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF)⁽⁵⁾. A investigação da aplicabilidade e reprodutibilidade são etapas a serem alcançadas neste estudo e a análise dos resultados obtidos faz-se necessária, à medida que pode aprimorar o instrumento para futuras adequações e aplicações.

Especificamente nos casos de PFP, são observados distúrbios na expressão e mímica facial, na fala, mastigação, deglutição e oclusão palpebral^(6,7), além de alterações na gustação, salivação, lacrimejamento, hiperacusia e hipoestesia no canal auditivo externo^(8,9).

O impacto psíquico e social da PFP pode englobar dificuldades na comunicação verbal e não verbal, nas relações sociais^(10,11), além de estresse emocional, ansiedade e depressão. O fato de o indivíduo ser ou sentir-se rejeitado por outros, pode levá-lo a evitar frequentar locais públicos^(12,13,14,15,16).

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

Para analisar as diferenças no estado psíquico de pessoas acometidas por PFP, foi realizado um estudo de caso controle, em comparação com indivíduos saudáveis. Para avaliar a função facial foi utilizada a Escala de House-Brackmann e, para a autopercepção dos sujeitos, o *Facial Disability Index*. Para o sofrimento psíquico foi utilizada a *Kessler Psychological Distress Scale* (K10) e, por fim, o *The Sixteen Personality Factor Questionnaire* (16PF) de perfis de personalidade. O estudo revelou que o estado psíquico dos pacientes com PFP é diferente das pessoas saudáveis, sendo que o sofrimento psíquico e fatores de personalidade estão intimamente associados à gravidade da PFP e a pacientes do gênero feminino⁽¹⁷⁾.

Feitas essas considerações, é possível destacar a importância da investigação, neste estudo, dos aspectos psíquicos e sociais no tratamento de sujeitos acometidos pela PFP, por profissionais da saúde em geral e pelo fonoaudiólogo, por meio da proposição de intervenções que integrem ambos os aspectos à reabilitação miofuncional e da comunicação (verbal e não verbal), decorrentes das alterações faciais^(10,11).

O objetivo desta pesquisa, portanto, foi aplicar a Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF), para verificar aplicabilidade e reprodutibilidade do instrumento, por meio de estudo piloto.

MÉTODOS

Considerações éticas

Este estudo atendeu aos critérios éticos da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), sob protocolo nº 196.977.

De acordo com os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para concordância dos sujeitos na participação do estudo, mediante assinatura. O documento continha: objetivo e procedimentos do estudo, garantia de sigilo da identidade dos participantes e o asseguramento da possibilidade de desistência, em qualquer momento da pesquisa.

O presente estudo surgiu a partir de pesquisa realizada anteriormente, na qual o questionário Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF) (Anexo 1) foi elaborado e passou por avaliação criteriosa de juízes com vasta experiência no atendimento de pacientes com PFP⁽⁵⁾. Além disso, as observações clínicas por parte da pesquisadora também foram levadas em consideração, para a identificação de fatores que pudessem contribuir no processo de validação do instrumento. Os procedimentos de validação têm como propósito verificar se a EPAF mostra-se capaz de medir o grau de representação do objeto que se dispôs a avaliar.

O estudo foi realizado em um ambulatório do Estado de São Paulo em que há recorrência de atendimentos de recuperação e reabilitação dos casos de PFP e a coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2013.

Critérios de seleção da amostra

- Sujeitos adultos, de ambos os gêneros, com idade a partir dos 18 anos;
- Sujeitos com PFP unilateral de etiologias diversas, nas fases aguda e sequelar e com definição da gravidade de acordo com a Escala de House-Brackmann;
- Sem outras alterações faciais que não fossem decorrentes da PFP.

Convite para participação dos sujeitos e coleta de dados

Antes da aplicação da EPAF, a pesquisadora fez uma exposição oral simplificada sobre o assunto aos sujeitos convidados a participar. Informou-os, também, sobre a relevância da pesquisa e os benefícios que os resultados poderiam oferecer, tanto para as pessoas acometidas por PFP, como para reflexão dos profissionais quanto ao manejo clínico fonoaudiológico.

Como os pacientes do ambulatório não haviam tido contato anterior com a pesquisadora e o procedimento apresentava-se como novidade dentro da rotina hospitalar, a pesquisadora iniciou com uma sensibilização, antes da aplicação do questionário, em que perguntas, como por exemplo: “está tudo bem?”, “chegou a que horas no ambulatório?”, “em que região você mora?”, “veio com acompanhante para o ambulatório?”, eram usadas como estratégia para que os sujeitos ficassem mais confortáveis com a nova situação. Esta parte do procedimento durou em torno de 15 minutos.

O convite para participação do estudo teve o intuito de aproximar os sujeitos selecionados pela pesquisadora. A sensibilização serviu como estratégia eficaz para a adesão. Ao longo do processo da aplicação do estudo piloto, os sujeitos mostraram-se solícitos, sendo que dos 22 convidados, 20 aceitaram participar da pesquisa.

A identificação pessoal e as informações relativas à PFP foram coletados em prontuário e, quando estas não estavam presentes, as perguntas eram feitas diretamente aos sujeitos. Os dados foram coletados e armazenados em banco de dados, para posterior análise e comparação com os elementos obtidos na EPAF.

Os seguintes procedimentos foram realizados:

1. Avaliação fonoaudiológica da função facial

A pesquisadora explicitou aos sujeitos o momento de avaliação da função facial e quais seriam os procedimentos adotados, assim como pediu permissão e cooperação para a realização dos movimentos faciais, quando necessário.

Foi aplicada a escala de Escala de House-Brackmann (1985) para avaliar a severidade da PFP, a partir dos seguintes parâmetros: simetria facial em repouso, grau de movimento dos músculos faciais e sincinesias provocadas por movimentos voluntários específicos.

Foi realizada a avaliação fonoaudiológica da condição funcional da face para classificação da fase da PFP, a partir do Sistema de Graduação Facial⁽¹⁸⁾.

Nas fases aguda e sequelar, a face foi avaliada em repouso, observando sinais que indicassem a PFP, comparada ao lado normal. Foram analisados: olhos, bochechas e boca, classificando-os como alteração parcial ou total⁽¹⁸⁾.

Na avaliação do movimento voluntário facial, foi solicitado aos sujeitos que cada movimento fosse executado três vezes, para precisão da cotação em um dos cinco graus da escala (A

– Incapaz de Iniciar o Movimento a E – Movimento Completo), na elevação de testa franzida, fechamento dos olhos, sorriso, elevação de nariz e beijo⁽¹⁸⁾.

Na fase sequelar, foram caracterizadas presença de contrações e/ou sincinesias, visando cotação em escala (F – Nenhum: sem sincinesia ou movimento de massa a I – Severo: sincinesia desfigurante/movimento bruto de massa de vários músculos), dos mesmos movimentos mencionados acima⁽¹⁸⁾.

Foi quantificado o grau de PFP em repouso (0-20), movimentação (20-100) e das sincinesias (0-15). Foi atribuída, também, uma nota de avaliação total, correspondente à nota de movimento com subtração da nota de repouso e de sincinesia⁽¹⁸⁾.

2. Aplicação da fidedignidade da EPAF: fase piloto

Na primeira fase do estudo piloto, a EPAF foi apresentada e aplicada de forma que os próprios sujeitos respondessem às questões e selecionassem a resposta que melhor se adequava a sua opinião. A pesquisadora só interveio em casos de dúvidas, ou quando o sujeito entregava o questionário sem o preenchimento de alguma questão. Ao todo, cinco sujeitos participaram dessa fase.

Devido às condições restritas da prática de leitura, muitos indivíduos apresentaram dificuldades em responder às questões sozinhos. Frequentemente, alguma questão ficava em branco e o sujeito a preenchia após o alerta da pesquisadora. O tempo gasto para o preenchimento foi de 10 a 15 minutos e a impressão foi de que os sujeitos queriam realizá-las o mais rápido possível, sendo que, em algumas vezes, isso foi expresso verbalmente para a pesquisadora, o que, possivelmente, poderia comprometer a interpretação de alguma pergunta e a fidedignidade do instrumento.

Por esse motivo, foram cogitadas duas possibilidades: 1) entregar o questionário para que o respondente preenchesse e devolvesse na semana seguinte; 2) aplicar o questionário em formato de entrevista fechada. Optou-se pela segunda possibilidade, considerando-se o risco dos respondentes esquecerem ou não comparecerem na semana seguinte para atendimento ambulatorial.

O formato de entrevista fechada foi testado e determinado como procedimento a ser empregado neste estudo e, por esta razão, o estudo piloto foi reiniciado com novos participantes, sendo 15 os sujeitos que fizeram parte da fase de aplicação da fidedignidade.

Para tanto, as perguntas foram realizadas de forma neutra. Caso os sujeitos demonstrassem dúvidas, a pesquisadora explicava de maneira simplificada, ou com a apresentação de exemplos.

As respostas esperadas também foram lidas pela pesquisadora, de forma neutra e sempre com uma frase introdutória: “Você acha que isso ocorre sempre, as vezes, raramente ou nunca?”, ou “Para esta questão você concorda totalmente, concorda em partes, não lembra ou discorda totalmente?”.

3. Aplicação da reprodutibilidade da EPAF: estudo piloto

Após 15 dias, a EPAF foi aplicada aos mesmos respondentes para a verificação da reprodutibilidade do instrumento, com o intuito de averiguar a consistência das respostas. Porém, apenas oito participantes completaram esta etapa. O número menor nesta fase foi devido a faltas na data do atendimento (duas), atendimentos em outros setores (dois), além do fonoaudiológico (um), que comprometiam o tempo para que participassem da pesquisa, ou, ainda, a consulta do sujeito atendia a intervalo não correspondente aos 15 dias para reprodutibilidade da EPAF (dois).

Os dados obtidos nos processos de aplicabilidade e reprodutibilidade do instrumento foram analisados e considerados para a continuação do estudo, no sentido de compreender as dúvidas dos respondentes e determinar alguma incongruência na EPAF.

4. Aplicação da escala hospitalar de ansiedade e depressão

Com intuito de obter dados comparativos relativos aos aspectos psíquicos, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi aplicada ao término da etapa de entrevista fechada, da mesma maneira que a EPAF, ou seja, em formato de entrevista fechada⁽¹⁹⁾.

A HADS possui 14 itens, dos quais 7 são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e 7 para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens podem ser pontuados de 0 a 3, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos. Para a avaliação da frequência de ansiedade e de depressão foram obtidas as respostas aos itens da HADS. Os pontos de cortes são indicados abaixo e recomendados para ambas as subescalas⁽¹⁹⁾:

- HADS-A: sem ansiedade de 0 a 8; com ansiedade ≥ 9 .
- HADS-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

Análise estatística

Após a coleta de dados, foi realizada a análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

As variáveis quantitativas foram submetidas à verificação da normalidade pelo teste de Komolgorov-Smirnov e, quando estas não apresentavam distribuição normal, foram aplicados testes não paramétricos. Para a análise de reprodutibilidade, foram aplicados o teste paramétrico t-Student pareado, entre os momentos 1 e 2 de aplicação do questionário, e o coeficiente de correlação intraclasse (r_{icc}).

Para significância estatística, assumiu-se nível descritivo de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram digitados em Excel, analisados pelos programas SPSS versão 17.0 para Windows e AMOS, versão 22.0 para Windows.

RESULTADOS

O estudo final foi composto por 8 sujeitos, sendo 5 mulheres e 3 homens. A média de idade foi de 35,9 anos (DP=11,3), mediana de 34,7 anos, variando entre 18,3 e 49,9 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequências e porcentagens das características de idade, gênero, etiologia, fase e escala HBS da PFP

Variável	Categoria	n	%
Idade	18 – 30	3	37,5
	31 – 45	3	37,5
	46 – 50	2	25
Gênero	Masculino	3	37,5
	Feminino	5	62,5
Etiologia	Idiopática	4	50
	Herpes simples tipo I	2	25
	Tumor de parótida	1	12,5
	Pós-trauma	1	12,5
Fase PFP	Aguda	3	37,5
	Recuperação	3	37,5
	Sequela	2	25
Escala HBS	III	4	50
	IV	2	25
	V	2	25
Total		8	100

Legenda: PFP = paralisia facial periférica; HBS = Escala House-Brackmann

Dentre os participantes, 3 estavam desempregados (37,5%) e os demais atuavam em serviços de nível médio.

Com relação aos antecedentes familiares de PFP, somente 1 (12,5%) apresentou este histórico.

Verificou-se que a dor retroauricular foi referida por 62,5% dos sujeitos da pesquisa como um dos sinais anteriores à PFP. Quanto ao início da PFP, 100% tiveram de maneira súbita.

Dos sujeitos pesquisados, 62,5% tiveram a hemiface direita afetada. Quanto à etiologia, 50% dos sujeitos tiveram a etiologia idiopática, 25%, herpes simples tipo I e 12,5%, tumor de parótida e pós-trauma.

Quanto aos exames e tratamentos, destaca-se que 100% realizaram audiometria e o tratamento medicamentoso adotado, em todos os casos (100%), foi com anti-inflamatório.

Nesta amostra, todos os sujeitos estavam em acompanhamento com o otorrinolaringologista e realizavam reabilitação miofuncional com fonoaudiólogo. Apenas 1 havia feito acupuntura e era o sujeito com maior tempo de acometimento da PFP (23 meses).

A média de tempo de PFP foi de 7,1 meses (DP=7,7), mediana de 4,9, variando entre menor de 1 mês a 23 meses. Em relação à pontuação composta da avaliação da função facial, a média de pontos foi de 39,4 (DP=22,3), mediana 43,5 pontos, valor mínimo de 5 e máximo de 63 pontos (Tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas descritivas para o tempo de paralisia facial periférica e Avaliação da Função Facial

Variável	n	\bar{x}	DP	Mediana	Mínimo - máximo
Tempo meses de PFP	8	7,1	7,7	4,9	0,3 – 23
Pontuação simétrica em repouso	8	11,3	4,4	12,5	5 – 15
Pontuação simétrica em movimento voluntário	8	51,5	19,4	56	20 – 68
Pontuação sincinesia	8	0,9	1,8	0,0	0 – 5
Pontuação composta	8	39,4	22,3	43,5	5 – 63

Legenda: PFP = paralisia facial periférica; DP = desvio padrão

Tabela 3. Dados comparativos entre os momentos 1 e 2 da aplicação da Escala Psicossocial de Aparência Facial

Variável	Reprodutibilidade								Valor de p
	Momento 1				Momento 2				
	n	\bar{x} (DP)	Mediana	Min – max	n	\bar{x} (DP)	Mediana	Min – max	
Aspectos funcionais face	8	11,6 (7,5)	15,5	0 – 20	8	11,3 (7,7)	13,5	0 – 21	0,528
Aspectos sociais – desempenho de tarefas**	8	5,9 (3,7)	6	1 – 10	8	5,9 (3,7)	6	1 – 10	--
Aspectos sociais – interações sociais	8	6,4 (4,0)	8	1 – 11	8	6,4 (4,3)	8,5	0 – 11	1,000
Aspectos sociais – geral	8	12,3 (7,1)	14	1 – 20	8	12,3 (7,3)	14,5	1 – 20	1,000
Aspectos emocionais	8	13,5 (6,5)	15	4 – 20	8	13,4 (6,5)	15	4 – 20	0,351
Escala geral	8	37,4 (20,7)	45	6 – 57	8	36,9 (20,7)	44,5	5 – 56	0,487
Nota atribuída ao rosto	8	6,3 (2,7)	5,5	3 – 10	8	6,6 (2,5)	6	3 – 10	0,285

Teste t-student pareado ($p > 0,05$)

**Valores idênticos

Legenda: DP = desvio padrão

Avaliação da reprodutibilidade do questionário

A reprodutibilidade do questionário foi avaliada com 15 dias de intervalo da data da primeira aplicação.

A análise de reprodutibilidade entre o primeiro e segundo momento do estudo piloto mostrou que o questionário foi fidedigno para todas as escalas analisadas: Aspectos Funcionais da Face ($p=0,528$), Aspectos Sociais ($p=1,000$), Aspectos Emocionais ($p=0,351$), Geral ($p=0,487$) e Nota atribuída ao rosto ($p=0,285$) (Tabela 3).

O coeficiente de correlação intraclasse (r_{icc}) demonstrou a reprodutibilidade do instrumento, sendo que, neste caso, apresentou valores excelentes ($r_{icc} \geq 0,75$) para todos os grupos temáticos analisados, variando de $r_{icc}=0,94$ a $r_{icc}=0,99$ ⁽²⁰⁾ (Tabela 4).

DISCUSSÃO

As pesquisas que se propõem a investigar os aspectos de autopercepção, psicossociais ou de qualidade de vida na PFP, como objetivo geral ou como parte de um processo da pesquisa, evidenciaram dados pouco comparativos com o grau de severidade da função facial, ou com tempo de acometimento da PFP⁽¹⁾.

São escassos os instrumentos utilizados para avaliar os efeitos das intervenções e dos conteúdos subjetivos aos quadros de PFP⁽¹⁾, sendo que estes apresentam limitações para a

Tabela 4. Coeficiente de correlação intraclasse (r_{icc}), segundo os grupos temáticos da Escala Psicossocial de Aparência Facial

Score	r_{icc}	Valor de p
Aspectos funcionais face	0,98	<0,001*
Aspectos sociais – desempenho de tarefas**	1,000	–
Aspectos sociais – interações sociais	0,98	<0,001*
Aspectos sociais – geral	0,99	<0,001*
Aspectos emocionais	0,99	<0,001*
Escala geral	0,99	<0,001*
Nota atribuída ao rosto	0,94	<0,001*

*Valores significativos ($p < 0,05$) – Teste de correlação intraclasse

**Valores idênticos

finalidade desta pesquisa. Por esta razão, foi desenvolvido um instrumento que medisse as implicações psicossociais envolvidas nos quadros de PFP, instrumento este que alcançou o rigor científico necessário para a constituição da Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF)⁽⁵⁾.

A primeira fase do estudo piloto aumentou a familiaridade com o processo de coleta de dados e auxiliou nas modificações dos procedimentos. A mudança na aplicação do instrumento, de questionário a ser respondido pelos próprios sujeitos para entrevista fechada, mostrou-se necessária, à medida que fez com que os respondentes tivessem melhor compreensão das perguntas e refletissem a respeito da temática levantada.

A mudança de técnica justificou-se, também, a partir dos pressupostos de letramento funcional em saúde, em que foram constatados baixos níveis de capacidade para obter, processar e entender informações básicas no âmbito da saúde, por parte dos sujeitos, e que maneiras de facilitar a mediação de instruções, ou, neste caso, a aplicação de questionários, precisam ser facilitadas por profissionais da saúde^(21,22).

Ficou evidenciado, também, que um tempo prévio maior para apresentação do trabalho aos sujeitos da pesquisa fez com que a aceitação e a participação aumentassem e propiciassem a posterior discussão de conteúdos, muitas vezes não explorados pelos pacientes, sendo estes dos grupos temáticos relativos aos aspectos sociais e emocionais.

É importante ressaltar que clínicos não precisam ter experiência para desempenhar um papel importante na detecção e avaliação de sintomas que alterem o funcionamento psíquico e/ou social. Assim, ignorar esses sintomas ou não escutá-los, pode ter repercussões importantes na vida de um sujeito^(5,10,11).

Os resultados deste estudo mostraram-se fidedignos e coerentes em todas as escalas avaliadas, o que demonstra que o processo de desenvolvimento foi eficaz. A importância dos processos de validação de um instrumento como da EPAF mostrou-se relevante, pois são escassos os instrumentos para esta finalidade. O processo de elaboração e avaliação dos juízes reafirmou o rigor do instrumento e os dados estatísticos apresentados neste estudo piloto, especificamente a correlação intraclassa (r_{icc}), com valores excelentes ($r_{icc} \geq 0,75$) para todos os grupos temáticos analisados. Estes dados asseguram a realização de futuros estudos com um número maior de sujeitos^(5,10,11,17,20).

No entanto, conforme exposto nos resultados, a casuística do estudo piloto foi pequena (oito sujeitos), fazendo-se necessário um estudo mais consistente para a avaliação da sensibilidade da EPAF. Apesar disso, preliminarmente, o questionário conseguiu alcançar os aspectos psicossociais da população estudada e despertou conteúdos ainda pouco explorados por esses sujeitos.

O questionário foi pertinente e relevante ao responder ao questionamento da pesquisa para a qual foi elaborado. Assim, a partir dos dados obtidos no estudo piloto, os procedimentos de estudos futuros podem ser delimitados.

CONCLUSÃO

A aplicação do estudo piloto da EPAF evidenciou utilidade ao identificar e associar os aspectos funcionais com os psicossociais da PFP, a partir do ponto de vista dos sujeitos. Sua aplicação se mostrou fácil e de baixo custo, sendo ideal para o uso em estudos epidemiológicos.

Portanto, sugere-se que o estudo com a EPAF prossiga, para que o seu processo de validação seja realizado e o instrumento seja efetivamente utilizado para a investigação dos aspectos psicossociais na PFP.

REFERÊNCIAS

1. Ho AL, Scott AM, Klassen AF, Cano SJ, Pusic AL, Van Laeken N. Measuring quality of life and patient satisfaction in facial paralysis patients: a systematic review of patient-reported outcome measures. *Plast Reconstr Surg*. 2012;130(1):91-9. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318254b08d>
2. Appolinário F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning; 2006.
3. Martins GA, Teófilo CR. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. São Paulo: Atlas; 2007.
4. Fenker EA, Diehl CA, Alves TW. Desenvolvimento e avaliação de instrumento de pesquisa sobre risco e custo ambiental. *Rev Contab Mestr Ciênc Contáb*. 2011;16(2):30-49.
5. Silva MFF. Investigação do impacto psicossocial da paralisia facial periférica na avaliação fonoaudiológica: proposição de uma escala [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015.
6. Tessitore A, Pfeilsticker LN, Paschoal JR. Aspectos neurofisiológicos da musculatura facial visando a reabilitação na paralisia facial. *Rev CEFAC*. 2008;10(1):68-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000100010>
7. Mory MR, Tessitore A, Pfeilsticker LN, Couto Junior EB, Paschoal JR. Mastigação, deglutição e suas adaptações na paralisia facial periférica. *Rev CEFAC*. 2013;15(2):402-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000076>
8. Valença MM, Valença LPAA. Nervo facial: aspectos anatômicos e semiológicos. *Neurobiol*. 1999;62(1):77-84.
9. Vasconcelos BEC, Silva EDO, Dantas WRM, Barros ES, Monteiro GQM. Paralisia facial periférica traumática. *Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial*. 2001;1(2):13-20.
10. Silva MFF, Cunha MC, Lazarini PR, Fouquet ML. Conteúdos psíquicos e efeitos sociais associados à paralisia facial periférica: abordagem fonoaudiológica. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2011;15(4):450-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000400008>
11. Silva MFF, Guedes ZCF, Cunha MC. Aspectos psicossociais associados à paralisia facial periférica na fase sequelar: estudo de caso clínico. *Rev CEFAC*. 2013;15(4):1025-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000400033>
12. Weir AM, Pentland B, Crosswaite MJ, Mountain R. Bell's palsy: the effect on self-image, mood state and social activity. *Clinic Rehab*. 1995;9(2):121-5. <http://dx.doi.org/10.1177/026921559500900206>
13. Swart BJM, Verheij JCGE, Beurskens CHG. Problems with eating and drinking in patients with unilateral peripheral facial paralysis. *Dysphagia*. 2003;18(4):267-73. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-003-0011-0>
14. Chu EA, Farrag TY, Ishii LE, Byrne PJ. Threshold of visual perception of facial asymmetry in a facial paralysis model. *Arch Facial Plast Surg*. 2011;13(1):14-9. <http://dx.doi.org/10.1001/archfacial.2010.101>
15. Fu L, Bundy C, Sadiq SA. Psychological distress in people with disfigurement from facial palsy. *Eye (Lond)*. 2011;25(10):1322-6. <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2011.158>

16. Ishii LE, Godoy A, Encarnacion CO, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii M. Not just another face in the crowd: society's perceptions of facial paralysis. *Laryngoscope*. 2012;122(3):533-8. <http://dx.doi.org/10.1002/lary.22481>
17. Huang B, Xu S, Xiong J, Huang G, Zhang M, Wang W. Psychological factors are closely associated with the Bell's palsy: a case-control study. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*. 2012;32(2):272-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s11596-012-0048-0>
18. Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive grading system clinical facial. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;114(3):380-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998\(96\)70206-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998(96)70206-1)
19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
20. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
21. Martins-Reis VO, Santos JN. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(1):113-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000100021>
22. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(41):301-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027>

Anexo 1. Escala Psicossocial de Aparência Facial

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este questionário ajudará a compreender o impacto da mudança física facial em sua vida emocional e social.

Por favor, responda todas as questões correspondentes e, em caso de dúvida, pergunte. Se quiser acrescentar informações complementares, utilize o espaço final para observações.

	Circule APENAS UM NÚMERO pensando na ÚLTIMA SEMANA e no seu ROSTO	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
AFF	1) Sinto dificuldades em movimentar meu rosto.	3	2	1	0
AFF	2) Tenho dificuldades para piscar ou fechar os olhos.	3	2	1	0
AFF	3) Sinto dificuldades para manter líquidos ou alimentos na boca.	3	2	1	0
AFF	4) Tenho dificuldade para falar algumas palavras com sons do 'p', 'b', 'm', 'f', 'v', 'ch' e 'g'.	3	2	1	0
AFF	5) Quando falo, sorrio, mastigo e/ou fecho os olhos, acontecem movimentos no meu rosto que não consigo controlar.	3	2	1	0
AFF	6) Sinto dores no meu rosto.	3	2	1	0
AFF	7) Não consigo expressar minhas emoções pelo rosto.	3	2	1	0
AFF	8) Tenho dificuldades para beijar.	3	2	1	0
AS – DT	9) Tenho dificuldades de sair de casa, visitar familiares e/ou amigos.	3	2	1	0
AS – DT	10) Fico incomodado(a) em sair em fotografias.	3	2	1	0
AS – DT	11) Fico incomodado(a) em me alimentar na frente das pessoas.	3	2	1	0
AS – DT	12) Fico incomodado(a) de ir ao trabalho e/ou frequentar aulas/cursos.	3	2	1	0
AS – IS	13) Fico incomodado(a) em conversar frente a frente com as pessoas.	3	2	1	0
AS – IS	14) Fico mais a vontade somente com as pessoas próximas do meu convívio social.	3	2	1	0
AE	15) A dificuldade para sorrir me incomoda.	3	2	1	0
AE	16) Perdi a vontade de me alimentar.	3	2	1	0
AS – IS	17) Tenho dificuldades em me relacionar com meu(minha) companheiro(a) ou, se não tenho companheiro, iniciar um relacionamento com alguém.	3	2	1	0
AS – IS	18) Percebo que meus familiares ou amigos me tratam agora de forma diferente.	3	2	1	0
AE	19) Desconfio que meu rosto não irá melhorar.	3	2	1	0
AE	20) Me incomoda perceber que as pessoas que não me conhecem me olham de uma forma diferente.	3	2	1	0
AE	21) Sinto tristeza ou angústia quando não consigo mostrar minhas emoções pelas expressões faciais.	3	2	1	0
AE	22) Não sinto vontade de cuidar de minha aparência.	3	2	1	0

	Circule APENAS UM NÚMERO	Concordo	Concordo em partes	Não lembro	Discordo
AE	23) Desconfio que a mudança de meu rosto está relacionada com um evento anterior de tristeza, angústia, estresse e/ou ansiedade.	3	2	1	0
AE	24) Lembro-me que quando vi a mudança do meu rosto me senti assustado, desesperado e/ou angustiado.	3	2	1	0

* De 0 a 10, qual nota você daria hoje para o seu rosto? (0 muito ruim e 10 muito bom)

* Além destas questões, você gostaria de acrescentar mais alguma informação?

Legenda: AFF = Aspectos funcionais da face; AS – DT = Aspectos Sociais – Desempenho de Tarefas; AS – IS = Aspectos Sociais – Interações Sociais; AE = Aspectos Emocionais