

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**RECUPERAR A EXPRESSÃO FACIAL
APÓS PARÉSIA FACIAL CENTRAL**

**RECUPERAR LA EXPRESIÓN FACIAL
DESPUÉS DE LA PARESTESIA FACIAL CENTRAL**

**STRATEGIES FOR RECOVERING FACIAL EXPRESSION
AFTER CENTRAL FACIAL PARESIS**

Eduardo Pimenta - RN, Enfermeiro de Cuidados Gerais no serviço de Especialidades Médicas da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. Mestre em Enfermagem de Reabilitação pela Universidade de Évora

António Costa - RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Maria José Bule - RN, Ms Professora Adjunta na Universidade de Évora

Gorete Reis - RN, PhD, Professora Coordenadora na Universidade de Évora

RESUMO

Em Portugal verifica-se a diminuição da incidência de Acidente Vascular Cerebral. No entanto, as incapacidades e desvantagens daí resultantes continuam a ser as mais variadas e com grande impacto na vida das pessoas, entre as quais a Paresia Facial do Tipo Central.

Objetivos: Implementar e avaliar um plano de intervenção de reabilitação focalizado na parésia facial central.

Metodologia: Estudo de caso realizado no Estágio Final do mestrado em enfermagem. Integrou 3 pessoas com paresia facial central a quem foi aplicado um plano de reeducação da mímica facial. Foram utilizadas na avaliação do estado neurológico as Escalas: National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) e a de House Brackmann,

Resultados: O plano de reabilitação implementado mostrou, ganhos na expressão facial, verificados na mímica e na redução da perda de saliva.

Conclusões: O treino de mímica facial diminuiu a assimetria facial e teve influência na disfagia, disartria e na alteração da imagem corporal. Apesar do tempo de intervenção ser reduzido, bem como o número de participantes, o plano indicia ser essencial para a reeducação da mímica e que será tanto mais proveitoso quanto mais precoce for a sua instituição.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral, enfermagem de reabilitação; paresia facial central.

ABSTRACT

In Portugal there is a decrease in the incidence of stroke. However, the resulting disabilities and disadvantages continue to be the most varied and have a great impact on people's lives, including Central Facial Paresis.

Objectives: Applying and evaluate a Rehabilitation Nursing Plan focused in Central Facial Paresis.

Methodology: Case study carried out in the final stage of the master's degree in nursing. He was integrated with 3 people with central facial paresis who were submitted to a facial mime re-education plan. The National Scales of the National Stroke Scale (NIHSS) and the House Brackmann scales were used to assess the neurological status, particularly in facial paresis. Participants were aware and accepted to participate in the program.

Results: 3 participants were selected for integration into the Rehabilitation program, with 2 participants presenting relevant gains.

Conclusions: It is demonstrated that facial mime therapy decreases facial asymmetry and influence on dysphagia, dysarthria and change in self image.

Keywords: Stroke; rehabilitation nursing; facial paralysis.

RESUMEN

En Portugal se verifica disminución de la incidencia de accidente vascular cerebral. Sin embargo, las incapacidades y desventajas resultantes continúan a ser varias con gran impacto en la vida de las personas, entre ellas la Paresia Facial del tipo Central.

Objetivos: Aplicar un programa de Enfermería de Rehabilitación.

Metodología: después de seleccionados los participantes fue aplicado un programa de Reeduación de mímica facial y evaluado sus beneficios, utilizando metodología de Estudio de caso. Instrumentos de recolección de datos escala de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) y escala de HouseBrackmann.

Resultados: 3 participantes integran un programa de Rehabilitación, teniendo 2 participantes presentados beneficios relevantes.

Conclusiones: Se demuestra que el entrenamiento de la mímica facial disminuye la asimetría facial y tiene influencia en la disfagia, disartria y alteración de la imagen corporal.

Descriptorios: Accidente Vascular Cerebral; enfermería de rehabilitación; parésia facial central.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a patologia com maior taxa de mortalidade e incapacidade⁽¹⁾ e torna-se imperativa uma intervenção terapêutica eficaz por parte dos profissionais de saúde. Ao considerar-se o indivíduo como foco principal da reabilitação, as intervenções implementadas terão como objetivo principal a promoção da máxima qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência⁽²⁾.

O Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel fundamental, na medida em que apresenta competências para facilitar a mudança para uma nova realidade, dirige a sua intervenção para a maximização da independência de qualquer indivíduo na satisfação das suas atividades de vida diária (AVD) e necessidades básicas, através de um processo de readaptação aos défices vivenciados⁽³⁾.

As consequências do AVC (dependência e incapacidade) concretizam-se na alteração do equilíbrio e na relação da pessoa com o meio envolvente o que poderá condicionar o seu “projeto de vida”⁽⁴⁾ uma vez que impossibilita o cumprimento de obrigações sociais, pessoais, profissionais e familiares. As AVD são parte integrante da pessoa, pois permitem a satisfação das suas necessidades humanas básicas e outras exigências diárias. Nestas áreas são observáveis imediatamente o maior impacto das limitações no doente com AVC⁽⁴⁾.

As alterações da mobilidade surgem como o fator de alerta para o início súbito de uma alteração, que é considerada uma emergência, como é o caso do AVC. Elas “estão relacionadas com as modificações da força e do tônus muscular, do mecanismo de controlo postural e sensibilidade”, sendo preditores de “perda de padrões de movimentos do hemitórax afetado, bem como de padrões inadequados do lado não afetado”⁽⁴⁾. A parésia facial central (PFC), é uma das consequências de alteração de mobilidade mais comuns após o AVC. É aquela que, muitas vezes, desperta a atenção dos que estão por perto, pela alteração da mímica facial. A relevância do movimento facial verifica-se na comunicação verbal e não-verbal, na alimentação e na proteção para os olhos⁽⁵⁾. Assim, se compreende que PFC apresenta um defeito funcional e estético que se manifesta pela assimetria facial e pela incapacidade muscular para a mímica na metade inferior do rosto, na perda de saliva pelo canto da boca, no sorriso assimétrico, a na articulação das palavras, por atonia dos lábios, língua e garganta⁽⁵⁾.

A expressão facial reflete o estado psicológico de cada indivíduo e, caso não o consiga mostrar, pode apresentar consequências, pois utentes com depressão apresentam maior dificuldade em se reabilitar, têm períodos de hospitalização mais longos, maior dificuldade em regressar ao domicílio e pior qualidade de vida⁽⁵⁾.

Exercícios de recuperação da parésia facial do tipo central

A reeducação neuromuscular é o primeiro tratamento a que as pessoas recorrem quando apresentam paralisia facial central. Este treino tem como objetivo promover a simetria facial e a sua expressão⁽⁶⁾ que por sua vez melhora a alimentação e a comunicação. Trata-se de um método convencional, que pode ser realizado em ambulatório e permite “recuperar o movimento facial simétrico e reduzir ou eliminar os problemas associados da fala e da deglutição”⁽⁶⁾.

No entanto, a reeducação dos músculos da face é longa e meticulosa e exige grande concentração por parte da pessoa, sendo que no treino é aconselhável a sua realização duas vezes por dia⁽⁴⁾.

Na hemiface afetada, devem ser colocados calores húmidos, antes de iniciar o treino, durante 10 minutos, caso se apresente na fase flácida e durante 15 minutos na fase de hipertonia⁽⁷⁾. Seguem-se os exercícios que devem ser realizados em frente ao espelho pois apresentam resultados mais eficazes do que se realizados sem a sua visualização^(7,8).

Manikandan revela no seu estudo, que os utentes foram instruídos para realizarem 5 a 10 repetições de exercícios faciais, três vezes ao dia para evitar a fadiga⁽⁶⁾. Reforçamos que no Treino da Mímica Facial, a pessoa deve executar o movimento solicitado enquanto observa o reflexo da hemiface afetada no espelho, sendo incutidas orientações sobre “variações de velocidade, força, número de repetições e intervalos de descanso. É aconselhado que, após os exercícios já se encontrarem sistematizados, deve ser alternado o uso do espelho^(4,6), quer isto dizer que umas vezes o usa e outras não.

A terapia de mímica facial tem os seus fundamentos no desenvolvimento de “uma conexão consciente, entre o uso de certos músculos e expressão emocional facial.”⁽⁶⁾. Os exercícios podem ser realizados tendo por base uma expressão facial que se imita ou usar certos músculos para realizar a expressão pretendida. Manikandan exemplifica que pode ser solicitado ao utente que levante a testa e apresente um ar de espanto, pode ainda ser solicitado que levante o lábio superior como ar de desgosto ou aperte os lábios como se estivesse com raiva⁽⁹⁾. Para além destes exercícios também pode sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e fazer depressão do lábio inferior⁽⁴⁾. Outro grupo foi instruído que a realização dos exercícios que deviam utilizar a musculatura afetada de forma a inibir a participação do lado não afetado⁽⁶⁾.

No plano de reeducação dos músculos faciais poderão ser incluídas ainda técnicas de estimulação através de vibrações, vibrações curtas sobre os músculos afetados, com as polpas digitais e a aplicação de cubo de gelo com duração até 10 minutos⁽⁸⁾.

O plano deve também incluir técnicas de relaxamento muscular como: a Massagem endobucal que pode ser realizada pela pessoa, colocando a sua mão contralateral à hemiface afetada, em sentido contrário ao repuxamento muscular e colocando o dedo polegar na cavidade oral e os restantes dedos na hemiface^(7,8). O profissional também poderá realizar a massagem colocando “o segundo dedo no interior da cavidade oral e o polegar no exterior mantendo os músculos em posição de estiramento”. A massagem consiste em relaxar e mobilizar os dois lados da face⁽⁹⁾. Devem também efetuar-se exercícios de contração-relaxamento – contração mantida (3-5 segundos) e posteriormente relaxamento completo, bem como palmopercussões sobre a hemiface afetada⁽⁴⁾.

Além dos exercícios anteriormente explicitados, o plano de treino deverá conter técnicas de alongamento passivo que são utilizadas em músculos orais ou periorais, segurando o músculo a alongar⁽⁴⁾. Os exercícios de alongamento do lado afetado servem para aliviar os músculos envolvidos na sincronia da mímica facial porque essa mesma sincronia pode aumentar o tônus muscular⁽⁹⁾.

Uma vez que a realização do presente projeto decorre numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral onde se pretende que a pessoa estabilize a situação clínica e inicie o plano de treino da PFC, na fase flácida, recorreremos à técnica de estimulação e reeducação dos músculos da face com vista ao treino de mímica facial, com apoio da estimulação visual, com espelho e técnica de alongamento passivo. Para intensificar o plano foi distribuída uma brochura com os exercícios e as indicações necessárias para os realizar sem a presença do profissional.

METODOLOGIA

Foi aplicado o método do estudo de caso, de natureza descritiva. O projeto foi implementado entre 20 de setembro a 20 de novembro de 2017 numa unidade de Acidente Vascular Cerebral num hospital central. Os objetivos foram: Avaliar o grau de parésia facial, implementar e avaliar um plano de intervenção de reabilitação focalizado na parésia facial central, sendo aplicado pelos enfermeiros especialistas de reabilitação.

Os intervenientes foram selecionados de acordo com os critérios: ter como diagnóstico médico na admissão, AVC; ter como sequela parésia facial do tipo central; obter na avaliação neurológica global pontuação inferior a 17 pontos na escala de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo.

Os instrumentos utilizados nas avaliações inicial e final compreendiam as variáveis avaliação neurológica global (NIHSS) e o grau de parésia facial (Escala de House Brackman).

A escala de NIHSS permite realizar exame neurológico a pessoas com AVC agudo através da avaliação de 11 capacidades (“nível de consciência, desvio ocular, paresia facial, linguagem, fala, negligência/extinção, função motora e sensitiva dos membros e ataxia”). A sua pontuação varia entre 0 e 42 pontos em que 0 não apresenta défice neurológico e 42 a pessoa encontra-se em estado comatoso⁽¹⁰⁾. Uma vez que a escala se traduz numa pontuação e a gravidade não se encontra explanada foi necessário recorrer a outro autor para obter essa definição. No estudo desenvolvido por Briggs *et al.*⁽¹¹⁾ consideraram que: a pontuação na escala de NIHSS inferior a 8 é indicativa de um défice neurológico ligeiro;

a pontuação superior a 8 e inferior a 17 corresponde a um défice neurológico moderado e a pontuação superior ou igual a 17 corresponde a um défice neurológico grave.

Através de uma observação desarmada é possível perceber qual o tipo de parésia presente. No entanto, para uma avaliação mais objetiva recorreremos a escala de House Brackmann⁽⁵⁾, instrumento de medida amplamente aceite e adotado, inclusive pela Academia Americana de Otorrinolaringologia na avaliação da parésia facial. Permite a diferenciação da paralisia facial em seis graus em que Grau I é definido como normal, Grau II – disfunção leve, Grau III disfunção moderada, Grau IV – disfunção moderadamente severa, Grau V – disfunção severa e Grau VI – Paralisia Total. Cada grau deve respeitar os vários itens definidos na própria Escala⁽¹¹⁾.

Foram solicitados pareceres à Comissão de Ética em Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora e à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do Algarve. As respostas foram positivas bem como a autorização para implementar o plano. Ao participante foi pedido o Consentimento informado que incluiu autorização para realizar registo fotográfico da expressão facial, mantendo o anonimato.

Os recursos necessários para o presente projeto foram os cuidados de enfermagem de reabilitação, com a duração média estimada de dez minutos por cada momento de intervenção a cada indivíduo, que se multiplica por 3 ou 4 dias perfazendo entre 9 a 12 intervenções; o espelho, balões, cubo de gelo, câmara fotográfica, brochura com os exercícios faciais e consumíveis para o registo de dados. A criação do plano de intervenção teve a seguinte orientação:

- i) Avaliação inicial segundo os critérios estabelecido;
- ii) Realização de um plano de reeducação dos músculos faciais com base no grau de severidade, sendo que este plano foi inicialmente executado em conjunto com a pessoa. Posteriormente pretende-se que a pessoa o execute com auxílio de um espelho, no sentido de a autonomizar na execução dos exercícios;
- iii) Adequação do plano de acordo com as necessidades da pessoa;
- iv) Implementação, após aceitação da pessoa para participar, realização de registo fotográfico no momento inicial e final do programa de reeducação dos músculos da face ou até ser transferida para outro serviço (após 3 a 4 dias).

Os procedimentos adotados foram os seguintes:

- Confrontar a pessoa com a sua imagem facial, com auxílio de espelho, e explicar as alterações visíveis e as possíveis consequências;
- Aplicar durante 10 minutos uma toalha humedecida em água quente;
- Instruir e treinar, em conjunto com a pessoa, a realização de massagem endobucal, dos músculos faciais, nos diferentes sentidos a ritmo lento;
- Fornecer brochura e explicar os exercícios faciais (aproximar os lábios e comprimir, sorrir a mostrar os dentes, sorrir sem mostrar os dentes, encher as bochechas de ar e realizar protusão do lábio inferior), pretendendo-se a estimulação dos diferentes músculos faciais do andar inferior;
- Instruir e treinar os exercícios apresentados na brochura, com o utente de forma a compreender os diferentes, movimentos faciais, em séries de 5 repetições por exercício;
- Repetir os exercícios, ajudando o utente, com inclusão de espelho e incentivando-o a observar a realização dos exercícios;
- Após compreensão dos exercícios, solicitar ao utente que realize os exercícios 3 a 4 vezes por dia e que aumente as repetições de exercícios gradualmente, no dia seguinte (dia 2) 10 repetições por exercício e no terceiro dia (dia 3) 15 repetições;
- No final de cada período de treino é realizada nova massagem endobucal;
- São incentivadas as pausas quando se verificava que o utente apresentava algum cansaço. No decurso delas é instruída a respiração abdomino-diafragmática com dissociação dos tempos respiratórios.

RESULTADOS

Os utentes que foram questionados para integrar o grupo de participantes tinham as seguintes características: a média de idade foi 68 anos variando entre os 59 e os 78 anos. A etiologia mais prevalente do AVC foi a Isquémica e o antecedente patológico presente em todos foi a Hipertensão Arterial. Observou-se a relação entre a PFC e a hemiparésia ou monoparésia em 67% dos utentes. Relacionando PFC e disartria, todos os indivíduos experienciaram esta sintomatologia, PFC e disfagia 67% e PFC, disartria e disfagia 67%.

Aplicados os critérios de seleção verificou-se que apenas 3 utentes reuniram as condições de participação. Assim, passamos a referir os resultados por participante.

Participante 1

A primeira pessoa é um indivíduo de 66 anos, admitido por AVC Isquémico, com múltiplos antecedentes cardíacos e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) de etiologia tabágica. Como consequência do AVC é de referir que apresentava disfagia ligeira para líquidos, compensada com a adição de espessante de consistência tipo néctar e melhorada com flexão do pescoço. Tinha disartria moderada e perda de saliva pela comisura labial direita. Verificava-se que os músculos do quadrante facial inferior direito se encontram deprimidos comparativamente aos contra laterais. Apresentava défice neurológico ligeiro (NIHSS com 6 pontos e parésia evidente, mas não desfigurante, estando a boca com desvio evidente, com possibilidade de surgirem espasmos, contraturas e sincinésias (escala de House-Brackmann com 3 pontos) como se verifica na figura n.º 1.

Implementado o plano de exercícios de recuperação da parésia facial do tipo central definido previamente, o primeiro dia foi de avaliação, instrução e treino acompanhado em todas as sessões.

No segundo dia, foi introduzido um balão, como forma de incrementar resistência e executar trabalho mais específico dos músculos Bucinador e Orbicular do lábio. Sugerimos ao participante para, no final dos exercícios, encher o balão com ar, em igual número repetições.

O tempo de instrução da pessoa teve a duração de 10 minutos. Após esse tempo começou a realizar o treino de forma autónoma e num número superior de vezes superior ao solicitado.

Foi feita a avaliação ao terceiro dia, tendo-se constado um défice neurológico ligeiro, (NIHSS 3 pontos) e parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações (escala de House-Brackmann 2 pontos), como ilustra a figura n.º 1.



Figura 1 – Participante 1, comparação entre a primeira e segunda avaliação.

Legenda:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 - Levantador comum do lábio Superior da Asa do Nariz; | 7 - Risorius de Santorini; |
| 2 - Levantador do lábio superior; | 8 - Triangular dos lábios; |
| 3 - Pequeno Zigomático; | 9 - Quadrado do mento do pescoço; |
| 4 - Grande Zigomático; | 10 - Músculo da borla do mento; |
| 5 - Canino; | 11 - Orbicular dos lábios; |
| 6 - Bucinador; | 12 - Subcutâneo. |

Participante 2

O segundo interveniente é um indivíduo de 59 anos, admitido por AVC Isquémico. Apresenta como sequelas imediatas hemianopsia esquerda, hemiparésia esquerda com alteração da motricidade fina, dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar joelho mais exacerbada no hemicorpo afetado, alteração do equilíbrio estático na posição de pé, não conseguindo manter equilíbrio autonomamente. Tem desvio da comissura labial esquerda, ligeiro apagamento do sulco nasolabial, perda de saliva pela comissura labial esquerda, em pequena quantidade, e disartria ligeira. Verifica-se que os músculos do quadrante facial inferior esquerdo se encontram deprimidos comparativamente com o lado oposto. Realizada a avaliação constatámos haver défice neurológico moderado (NIHSS 11 pontos) e parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada, assimetria só no sorriso forçado, sem complicações (escala de House Brackmann, 2 pontos) como se verifica na figura n.º 2.

Foi apresentado e implementado o plano de exercícios de recuperação da parésia facial do tipo central. No primeiro dia incluiu a avaliação, instrução e treino acompanhado em todas as sessões.

RECUPERAR A EXPRESSÃO FACIAL...

Desde logo se percebeu que o utente apresentava algumas dificuldades em cumprir as orientações que se manifestava na incorreta realização dos exercícios. No sentido de ultrapassar a dificuldade foi feita estimulação sensorial com a colocação de um cubo de gelo no interior da cavidade oral, sobretudo na hemiface esquerda, depois de ser realizada massagem endobucal no final dos exercícios.

Ao final do terceiro dia as palavras eram mais perceptíveis e já não perdia saliva pela comissura labial esquerda. Foi realizada nova avaliação que revelou défice neurológico ligeiro (NIHSS 8 pontos) e parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações (escala de House Brackmann, 2 pontos).

Este utente, após ter sido instruído durante 25 minutos, deveria ser capaz de realizar o treino de forma autónoma, mas apenas o realizou quando incentivado e com auxílio do EEER.

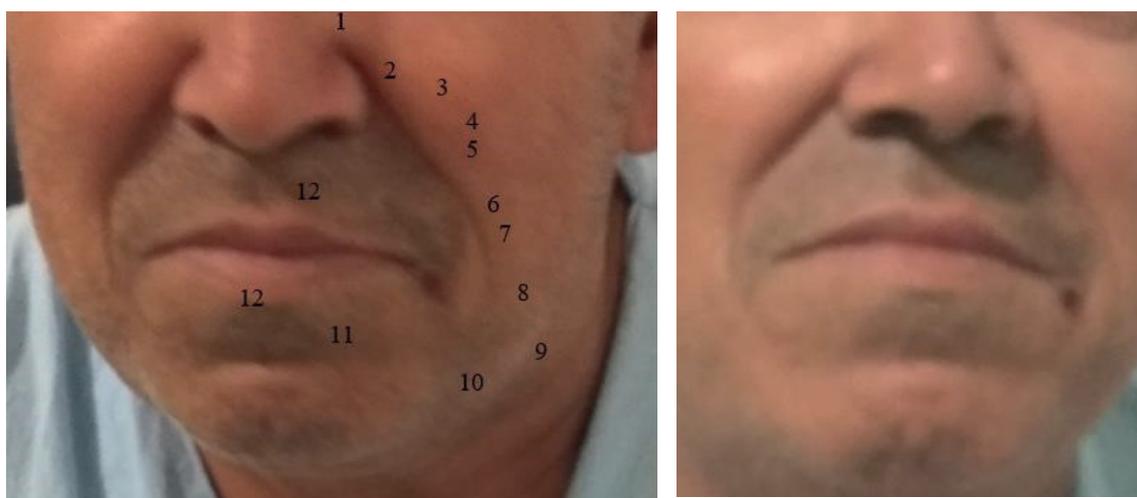


Figura 2 - Participante 2, comparação entre a primeira e segunda avaliação.

Legenda:

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 - Levantador comum do lábio Superior da Asa do Nariz; | 7 - Risorius de Santorini; |
| 2 - Levantador do lábio superior; | 8 - Triangular dos lábios; |
| 3 - Pequeno Zigomático; | 9 - Subcutâneo do pescoço; |
| 4 - Grande Zigomático; | 10 - Quadrado do mento; |
| 5 - Canino; | 11 - Músculo da borla do mento; |
| 6 - Bucinador; | 12 - Orbicular dos lábios. |

Não se observa diferença significativa na expressão facial (exceto nos músculos quadrado do mento e borla do mento), contudo verificou-se melhoria na dicção e ausência de queda de saliva pela comissura labial.

Participante 3

A terceira pessoa é um indivíduo de 78 anos, admitido por AVC Isquémico. Apresenta como sequelas imediatas hemiparésia esquerda com força de grau 3/5 segundo escala de Lower, disartria impercetível e desvio da comissura labial para o lado esquerdo com apagamento do sulco nasolabial. Perde saliva pela comissura labial em moderada quantidade, apresenta também disfagia para líquidos, compensada com espessante com consistência de pudim.

Da avaliação resultou um déficit neurológico ligeiro (NIHSS 8 pontos) e parésia evidente e desfigurante (escala de House Brackmann, 4 pontos), como se verifica na figura nº3.

O tempo de instrução foi de 9 minutos e o participante passou a passar a realizar o treino de forma autónoma e num número superior de vezes ao solicitado.

Ao quarto dia foi avaliada a situação solicitando-se ao utente que enchesse um balão com ar para observar encerramento labial tendo-o feito adequadamente. A avaliação final mostrou déficit neurológico ligeiro (NIHSS pontuação 4) e parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações (escala de House Brackmann, 2 pontos).

A figura nº 3 ilustra a diminuição das alterações físicas como a simetria facial e do apagamento do sulco nasolabial melhorado.



Figura 3 - Participante 3, comparação entre a primeira e segunda avaliação.

Legenda:

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1 - Levantador do lábio superior; | 4 - Canino; | 7 - Triangular dos lábios; | 10 - Músculo da borla do mento; |
| 2 - Pequeno Zigomático; | 5 - Bucinador; | 8 - Subcutâneo do pescoço; | 11 - Orbicular dos lábios. |
| 3 - Grande Zigomático; | 6 - Risorius de Santorini; | 9 - Quadrado do mento; | |

DISCUSSÃO

Verifica-se nestes participantes que a presença da PFC sempre se acompanhou de outras condicionantes como a disfagia, disartria e a queda da saliva pela comissura labial, facto que amplia as dificuldades na expressão facial e no exercício da cidadania.

A análise dos casos, nos momentos antes e pós aplicação de um plano de reeducação, foi baseada na avaliação neurológica global, na avaliação da parésia facial e na observação direta das situações no que concerne à presença de disartria, queda de saliva pelo canto da boca e pela disfagia, bem como nas manifestações dos interessados.

Verificámos que os participantes 1 e 3 apresentaram ganhos que consideramos evidentes através de observação e embora o segundo interveniente, não os tenha apresentado em igual magnitude, apresentou melhoria na disartria e na retenção da saliva.

A implementação do plano de intervenção profissional, sobretudo do treino de mímica facial, representa a adequação da intervenção e ganhos evidentes em consonância com os de outros autores^(4,5,9,12,13). Os resultados obtidos vão na mesma linha dos autores referidos, sendo estes unânimes na importância e relevância dos resultados. Mesmo nas situações em que a expressão facial não demonstra modificação pode haver melhoria na expressão verbal e na queda de saliva, facto ilustrado neste projeto. Podemos considerar que foram minimizadas as complicações imediatas com reflexo a longo prazo, que têm implicações na mímica facial, na autoimagem e quiçá na qualidade de vida.

A utilização de balões foi uma mais-valia, por transmitirem informação visual e sensível aos participantes. É uma estratégia objetiva, pois o utente ao conseguir encher o balão consegue encerrar devidamente os lábios. Não podemos deixar de referir que o uso do cubo de gelo foi benéfico sobretudo para estimular o encerramento dos lábios e assim diminuir a perda de líquidos pela comissura.

Verificámos também que o facto de as pessoas realizarem os exercícios em número superior ao solicitado, pode ter potenciado os seus ganhos na recuperação da expressão facial. Este aspeto parece ser dinamizador dos ganhos evidenciados e dessa forma, uma mais-valia.

É evidente que os resultados nos levam a admitir que a instrução e os exercícios de mímica facial à pessoa com PFC, é parte de um plano que deve ser implementado por especialistas em enfermagem de reabilitação. Somos de opinião que a evolução positiva contribui para quebrar o isolamento social, apesar de não dispormos de dados neste estudo que a justifiquem.

Se perspetivarmos o impacto financeiro que este tipo de programa pode apresentar, verificaremos a economia de tempo e os ganhos na efetividade do tratamento. Cada utente necessita em média apenas de 34 minutos para a instrução e treino inicial e por isso considera-se um custo justo, uma vez que o tempo despendido no treino e na sua instrução, é relevante para os utentes o continuarem de forma autónoma ou sob supervisão na instituição hospitalar e no domicílio⁽⁹⁾. Eis porque tempo despendido no treino não se revela uma limitação, já que os participantes, percebendo os objetivos e os exercícios, renabilizam os ganhos, autonomamente, em capacitação.

A implementação do projeto permitiu verificar que o tempo de instrução é variável, devendo ser personalizado já que depende da capacidade cognitiva e ânimo da pessoa.

Outras variáveis a considerar são a motivação, a capacidade funcional ou o interesse do participante. Tal está indiciado no caso em que a pessoa que apresenta o menor grau de PFC, se revela menos envolvida e com sucesso menos evidente.

Deve ainda ser mencionado que tendo por base outros autores^(5,12) esta intervenção, de forma direta ou indireta, tem reflexos na redução do tempo de internamento ou na re-admissão hospitalar e naturalmente na redução de custos institucionais.

A realização do projeto formativo onde se inclui este plano/programa - Recuperar a expressão facial após parésia facial central - Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação, indicia que a sua aplicação a outros utentes será igualmente positiva.

Enfrentámos algumas limitações nomeadamente a referente à bibliografia específica disponível por estar direcionada para a paralisia facial periférica ou para a qualidade de vida após parésia facial. Esta foi uma das razões porque optámos por construir um plano com os procedimentos, exercícios e elementos mais indicados para Reabilitar a pessoa com PFC. Na bateria de exercícios selecionados a partir da pesquisa bibliográfica constatámos não existir consenso quanto ao número de repetições diárias ou quanto à intensidade do exercício. Tal facto levou-nos a propor uma determinada sequência que pode ter contribuído para o bom resultado.

No entanto, cada utente poderia, autonomamente, repetir ao longo do dia os exercícios com frequência e cadência com a qual se sentia confortável, sem influência do EEER. Por isso não é possível indicar o número máximo de repetições por exercício que cada um executou. Contudo, verificaram-se benéficos na reeducação.

O envolvimento, o sentir-se útil e ocupado pode ter contribuído para a adesão.

Podemos agora considerar que a aplicação do treino de mímica facial, que apesar de ser um método simples, em conjugação com outros meios tecnológicos, nomeadamente a electroestimulação, poderá potenciar ganhos mais relevantes, no mesmo período temporal.

O pequeno número de casos e o curto tempo adstrito a esta experiência clínica, também se apresenta como limitação, razão para estarem confinadas as variáveis no programa. Mesmo assim verificou-se que os resultados indiciam que o programa permite capacitar pessoas.

Prevemos no futuro implementar ou adaptar o presente plano, a uma população mais numerosa e num período de tempo mais alargado, para que os resultados sejam consolidados e possamos estabilizar um plano específico de intervenção de reabilitação e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de específicos e assim criar evidência. Adicionar o estudo das variáveis de desempenho nas atividades de vida diárias e instrumentais e qualidade de vida permitirá ter uma abordagem mais compreensiva da situação vivida pela pessoa e abrirá horizontes para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Estudos consultados e a experiência ora vivida leva-nos a propor direccionar a investigação sobre a PFC, tal como acontece com a parésia facial periférica, nomeadamente no aperfeiçoamento da duração e frequência das intervenções de reabilitação. Torna-se ainda necessário uma abordagem transdisciplinar que concilie as diferentes intervenções, com vista à capacitação da pessoa.

CONCLUSÃO

O plano de reeducação facial permitiu a recuperação da expressão facial de 3 utentes, que também abrangeu a deglutição e a articulação da palavra. O envolvimento do utente e a adesão ao plano de reeducação é fundamental para que tenham um papel ativo. A parceria de cuidados estabelecida entre o EER e o utente é basilar para o sucesso.

O produto final (resultados) revela que a vontade dos utentes, após serem detentores de conhecimento, e o treino lhes permitem alterar o ciclo natural da evolução da parésia, demonstrando-se eficaz, após o período crítico. Profissionalmente, consideramos que o tempo de instrução dedicado a cada utente não se apresenta, no nosso ponto de vista, prejudicial em termos de organização de trabalho, nem um gasto acrescido.

Acreditamos que tem impacto imediato e a longo prazo já que reduz consequências nefastas previsíveis se a situação for deixada à livre evolução.

A intervenção na área da reabilitação permitiu extrair os benefícios para as pessoas que cuidamos, bem como para as boas práticas e disciplina de Enfermagem nomeadamente na Reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. DGS. Unidades de AVC [Internet]. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2011 [acedida em 2019 fev]. 28 p. Disponível em: <http://docplayer.com.br/8765946-Unidades-deavc-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
2. Cardoso R, Eusebio A. Actividades da Vida Diária - Abordagens e práxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. Cidade Solidária: revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. 2011;XIV(25):30-5.
3. OE. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 125/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011. p. 8658-9. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoA G20Nov2010.pdf
4. Menoita E, Sousa L, Alvo I, Veira C. Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociencia; 2014. 242 p.
5. Konecny P, Elfmark M, Horak S, Pastucha D, Krobot A, Urbanek K, *et al*. Central facial paresis and its impact on mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub [Internet]. 2014 [acedida em 2019 fev];158(1):133-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23558454> doi: 10.5507/bp.2013.014. Epub 2013 Mar 21
6. Manikandan N. Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell's palsy: a randomized controlled trial. Clin Rehabil [Internet]. 2007 [acedida em 2019 jan];21(4):338-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17613574> doi:10.1177/0269215507070790
7. Silva M, Silva M, Santos J. Paralisia Facial e a Reabilitação. Revista Nativa [Internet]. 2013 [acedida em 2018 dez];1(2). Disponível em: <https://docplayer.com.br/30661302-Paral WoSa-facial-e-a-reabilitacao.html>

8. Matos C. Paralisia Facial Periférica: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. Acta Médica Portuguesa [Internet]. 2011 [acedida em 2018 dez];25:907-14. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1578> doi: 10400.17/920
9. Beurskens CH, Heymans PG. Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial. Aust J Physiother [Internet]. 2006 [acedida em 2018 nov];52(3):177-83. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0004951406700265> doi: [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(06\)70026-5](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(06)70026-5)
10. Moro CH, Neto OM. Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral . Modulo III. Escalas de avaliação [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Coenças Cerebrovasculares; 2009 [acedida em 2018 outz].6p. Disponível em: <http://acaoavc.org.br/admin/wp-content/uploads/2018/01/13.-Apostila-Practo-AVC-M%C3%B3dulo-03.pdf>
11. Briggs DE, Felberg RA, Malkoff MD, Bratina P, Grotta JC. Should mild or moderate stroke patients be admitted to an intensive care unit? Stroke. [Internet] 2001 [acedida em 2018 fev];32(4):871-6 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11283385>
12. Konecny P, Elfmark M, Urbanek K. Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. J Rehabil Med. [internet] 2011 [acedida em 2018 fev];43(1):73-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21174055> doi: 10.2340/16501977-0645
13. Pereira LM, Obara K, Dias JM, Menacho MO, Lavado EL, Cardoso JR. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil [Internet]. 2011 [acedida em 2018 jan];25(7):649-58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21382865> doi: 10.1177/0269215510395634. Epub 2011 Mar 7

Correspondência: eduardocortesao@hotmail.com