



Faculdade de Pindamonhangaba



Fabiana de Oliveira Siqueira
Josiane Aparecida da Costa
Juliana dos Santos Florentino

**COMPREENSÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA
ESCALA FACIAL DE *SUNNYBROOK***

Pindamonhangaba – SP
2017



Faculdade de Pindamonhangaba



Fabiana de Oliveira Siqueira
Josiane Aparecida da Costa
Juliana dos Santos Florentino

**COMPREENSÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA
ESCALA FACIAL DE *SUNNYBROOK***

Monografia apresentada como parte em requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia, da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientador: Prof.^a Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso

Pindamonhangaba – SP
2017

Siqueira, Fabiana de Oliveira; Costa, Josiane Aparecida da; Florentino, Juliana dos Santos
Compreensão e Validação da Versão Portuguesa da Escala Facial de *Sunnybrook*. / Fabiana de Oliveira
Siqueira, Josiane Aparecida da Costa, Juliana dos Santos Florentino / Pindamonhangaba : FAPI –
Faculdade de Pindamonhangaba, 2017.

44 f. II.

Monografia (Graduação em Odontologia) FAPI-SP

Orientador: Prof. Dr. Juliana Madureira S L Alonso.

1 Paralisia facial. 2 Classificação. 3 Estudos de validação.

I Compreensão e Validação da Versão Portuguesa da Escala Facial de *Sunnybrook*. II Fabiana de Oliveira
Siqueira; Josiane Aparecida da Costa; Juliana dos Santos Florentino



Faculdade de Pindamonhangaba



Fabiana de Oliveira Siqueira
Josiane Aparecida da Costa
Juliana dos Santos Florentino

**COMPREENSÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA
ESCALA FACIAL DE *SUNNYBROOK***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Prof.^a Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso

Data: _____
Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba
Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba
Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba
Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter chegado até aqui com saúde, fé e perseverança.

Em especial ao meu amado esposo Edilson Luís pelo carinho, dedicação, paciência, incentivo e financiamento e que sempre acreditou em mim.

Ao meu querido filho Vitor Luís, por compreender minhas ausências.

A toda minha família pelo apoio, e há alguns amigos especiais que fizeram parte desses 4 anos, são eles: Ana Laura, Renata Rios, Edilene, Josiane, Juliana Florentino, Wesley, Juliana, Denise, Adila, Rafaela, Gabriela, Thaís e minha querida guerreira inesquecível Janaina que hoje se encontra acolhida nos braços do pai maior nosso Deus.

Agradeço meus pacientes pela confiança e carinho de sempre meu muito obrigado sem vocês com certeza não teria chegado até aqui.

A todos os professores e orientadores e que dedicaram seu tempo e sua sabedoria para minha formação acadêmica.

A toda equipe da clínica da Funvic e PSF Santa Cecília que me acolheram de braços abertos.

Dedico esse agradecimento de todo meu coração a vocês pessoas especiais que sempre farão parte da minha vida.

Fabiana de Oliveira Siqueira

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que me permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, me dando saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais Mário e Lúcia que sempre me apoiaram, me incentivando e ajudando de todas as maneiras possíveis para realização desse sonho.

As minhas irmãs Marluce, Aline e Gabrielli que de alguma maneira me ajudaram e me apoiaram.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro Marcelo Mota pelo carinho e compreensão, por todas as vezes que me apoiou.

A minha querida Orientadora Professora Juliana Madureira de Souza Lima Alonso, pela compreensão, pelas correções, pelas dicas e principalmente pelo carinho e amizade.

A minhas amigas Fabiana e Josiane por fazer parte desse projeto comigo.

Juliana dos Santos Florentino

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Jesus e o Espírito Santo que foram minha força em todos esses anos, sei que sem a ajuda e bênção eu jamais chegaria onde cheguei.

A minha família Rosana Costa, Luiz Gustavo Costa Silva e Luiz Carlos da Silva, sei que torcem por mim, e estão felizes o tanto quanto eu estou! E a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram pra que eu concluísse meu curso, Deus sabe quem são, o particular de cada um, sei que serão recompensados em medidas transbordantes!

Obrigada Senhor !

Josiane Aparecida da Costa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Anatomia funcional do nervo facial.....	13
Figura 2-	Anatomia do nervo facial.....	13
Figura 3-	Esquema das principais vias do nervo facial.....	14
Figura 4-	a) Pré-tratamento: Força muscular excessiva dos musculos levantadores e laterais da região perioral. b) Pós-tratamento: Equilíbrio dinâmico após aplicação da toxina botulínica durante o sorriso.....	19
Figura 5-	a) Paciente antes do tratamento apresentando desvio importante na hemiface direita hipercinética, com fechamento ocular, sulco nasogeniano profundo e distorção bucal. b) Após tratamento, obteve-se equilíbrio facial sem estigma da patologia.....	19
Figura 6-	a) Paciente em posição estática antes do tratamento; b) Após a quinta aplicação; c) Em posição dinâmica antes do tratamento; d) Após a quinta aplicação.....	20
Figura 7-	Desenho esquemático para pontuação da escala de Sunnybrook.....	29

RESUMO

A limitação das funções faciais pode representar um grande estigma para o indivíduo e incapacitá-lo severamente nas atividades diária, na vida familiar e social. Mensurar o impacto destas limitações físicas, psicológicas e sociais pode significar o sucesso ou fracasso do tratamento fisioterapêutico assim como em outras áreas que envolvam a terapias de cabeça e pescoço, como a Odontologia, Dermatologia e Neurologia. Este estudo teve como objetivo compreender desenvolver e validar uma versão do Sistema de Graduação Facial Sunnybrook para que este colabore com a terapia da paralisia facial e complementar a avaliação física do odontológico, permitindo ao profissional o acompanhamento do indivíduo e adequação do prontuário para fins legais. Considerando o artigo original “*Development of a sensitive clinical facial grading system*” foram realizadas traduções e reconciliação das traduções em uma única tradução portuguesa e posterior da tradução e revisão para o idioma de origem assim como o entendimento e aplicação da nova tradução, em 23 indivíduos portadores de paralisia facial que procuraram a Clínica de Fisioterapia da FAPI- FUNVIC. As anotações foram realizadas pelo pesquisador em ficha individual e sigilosa e a pontuação do sistema de graduação facial de *Sunnybrook* foi aplicada. Os dados foram avaliados pelo programa estatístico SPSS versão 14. A avaliação da consistência interna foi efetuada através do alfa de Cronbach, sendo o valor acima de 0,904 considerado um bom indicador. Concluiu-se que a versão traduzida do Sistema de Graduação Facial *Sunnybrook* é uma eficaz ferramenta de avaliação do paciente com paralisia facial podendo ser utilizado também por profissionais sem experiência.

Palavras chaves: paralisia facial; classificação, estudos de validação.

ABSTRACT

The limitation of facial functions can represent a major stigma for the individual and severely incapacitate him in activities of daily living, family life and social. Measuring the impact of these physical, psychological and social limitations can mean the success or failure of physiotherapeutic treatment as well as in other areas involving head and neck therapies such as Dentistry, Dermatology and Neurology. The purpose of this study was to develop and validate a version of the Sunnybrook Facial Grading System so that it collaborates with facial paralysis therapy and complements the physical evaluation of the dentist, allowing the professional to follow the individual and fit the medical record for legal purposes. Considering the original article "Development of a sensitive clinical facial grading system" translations and reconciliation of the translations were carried out in a single Portuguese and later translation of the translation and revision to the original language as well as the understanding and application of the new translation in 23 individuals patients with facial paralysis who sought the Physiotherapy Clinic of FAPI-FUNVIC. The notes were made by the researcher in an individual and confidential file and the score of the Sunnybrook facial grading system was applied. The data were evaluated by the statistical program SPSS version 14. The internal consistency evaluation was done through Cronbach's alpha, with a value above 0.904 considered a good indicator. It was concluded that the translated version of the Sunnybrook Facial Grading System is an effective evaluation tool for the patient with facial paralysis and can also be used by inexperienced professionals.

Key words: facial paralysis, classification, validation studies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Classificação e recuperação da lesão nervosa periférica.....	15
2.2 Principais causas da paralisia facial.....	17
2.3 Escalas utilizadas para avaliação da paralisia facial.....	17
2.4 Prognóstico e tratamento.....	19
2.5 Importância interdisciplinar no tratamento da paralisia facial.....	22
2.6 Atendimento odontológico do indivíduo com paralisia facial.....	22
2.7 Interação do Cirurgião-dentista com a equipe médica.....	24
2.8 A participação da Odontologia na harmonização orofacial.....	24
2.8.1 O USO DE TOXINA BOTULÍNICA NA ODONTOLOGIA.....	25
2.8.2 EFEITOS ADVERSOS DO USO DA TOXINA BOTULÍNICA.....	26
3 MATERIAL E MÉTODO.....	28
3.1 Tradução e validação da versão em Português da Escala Facial de Sunnybrook	28
3.1.1 TRADUÇÕES INDEPENDENTES E COMPILAÇÃO NOS IDIOMAS PORTUGUÊS E INGLÊS.....	28
3.1.2 ENTENDIMENTO COGNITIVO DA NOVA TRADUÇÃO.....	29
3.1.2.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	29
3.1.2.2 Riscos e Benefícios.....	29
3.2 Protocolo de avaliação.....	30
3.3 Análise dos Resultados.....	30
4 RESULTADOS.....	31
4.1 Traduções independentes e compilação nos idiomas Português e Inglês.....	31
4.2 Entendimento cognitivo da nova tradução.....	31
5 DISCUSSÃO.....	32
6 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS.....	

1 INTRODUÇÃO

A paralisia facial não somente implica negativamente no aspecto físico individual, mas também reflete nas relações sociais e o emocional do indivíduo. A limitação das funções faciais pode incapacitá-lo severamente nas atividades diárias quer sejam na vida familiar como também no profissional.

Em relação as paralisias faciais periféricas, podem surgir movimentos involuntários de grupos musculares inervados pelo nervo facial, quando o indivíduo contrai voluntariamente outro músculo subordinado à inervação deste mesmo nervo. O evento mais encontrado é o repuxamento da comissura labial para o lado afetado quando o indivíduo fecha o olho ipsilateral ou ambos. Classicamente, mas incorretamente, denominados de espasmos faciais¹, estes movimentos são formas de sincinesias (movimento involuntário que ocorre num grupo de músculos por ocasião de um movimento voluntário ou de um reflexo de outra parte do corpo) ou movimentos associados. Nestes casos, o paciente perde a capacidade de contrair isoladamente um único músculo facial, pois toda a musculatura da mímica tende a ser inervada em massa. Em outros pacientes com evolução desfavorável pode surgir a contratura dos músculos da mímica, que repuxam para o lado afetado os traços fisionômicos².

Além dos sinais clínicos clássicos, nos últimos anos alguns autores têm sugerido que é necessário um sistema internacionalmente aceito para definir a disfunção facial após lesão do nervo facial, seguir sua evolução, registrar a melhora da função, além de servir como padrão, facilitar o compartilhamento dos resultados com colegas e comparar resultados de intervenções.

O Sistema de Graduação Facial de Ross³, designado Sistema de Graduação Facial *Sunnybrook*, introduzido em 1992, tem demonstrado superioridade. Ele gera um resultado final que varia de 0-100, sendo os 100 pontos esperados como função facial completa e normal. Esta escala é composta por sub-escalas que avaliam: 1. simetria ao repouso (ideal = 0 até 20); simetria à movimentação ativa (20-100, sendo 100 o ideal); e sincinesia com escalas de 0 até 15 (do ideal 0 até 15 com sincinesia grave). As sub-escalas de simetria ao repouso e da sincinesia são somadas e o valor subtraído da sub-escala da movimentação ativa, o que gera a pontuação final. Valores menores correspondentes a maior incapacidade.

A partir destes dados, o presente trabalho estudou e pesquisou caminhos para a facilitação de diagnóstico através de um sistema de fácil execução, a fim de proporcionar resultados positivos no tratamento da paralisia facial, bem como a comunicação entre os profissionais envolvidos.

O objetivo deste estudo foi desenvolver e validar uma versão do Sistema de Graduação Facial *Sunnybrook* para que este colabore com a terapia da paralisia facial e complemente a avaliação física do paciente odontológico. Esta pesquisa teve como objetivo secundário, permitir ao profissional o acompanhamento do indivíduo com paralisia facial antes durante ou após o tratamento instituído e adequação do prontuário para fins legais e discussão da participação do cirurgião-dentista na harmonização orofacial de indivíduos com paralisia facial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O nervo facial tem função predominantemente motora; em seu trajeto, associam-se fibras sensoriais relacionadas a gustação e, fibras parassimpáticas pré-ganglionares, destinadas a inervação de glândulas salivares e lacrimais. É necessário diferenciar estas funções para avaliação do quadro clínico (cinesiológico funcional, diagnóstico topográfico), estabelecimento do prognóstico e definição do tratamento fisioterapêutico².

Considerando núcleo do nervo facial, há um grupo celular dorsal e vários grupos ventrais. O grupo dorsal se destina ao ramo superior (músculos frontal, orbicular do olho e elevador da sobrancelha) enquanto as células ventrais se encarregam da inervação do músculo estapédio, platisma e músculos orbicular dos lábios e bucinador². A porção intracraniana do nervo facial é composta de duas partes anatomicamente distintas: um grupo de fibras mais largas, que se referem ao nervo facial propriamente dito, a qual promove inervação motora dos músculos faciais; e um componente menor, chamado nervo intermédio, composto pelas fibras autonômicas e sensoriais.³

Os axônios motores atravessam estruturas da orelha interna e saem do osso temporal via forâmen estilomastóide. Em outra porção (porção vertical) do canal facial sai um fino ramo que inerva o músculo estapédio. Na saída do forame estilomastóide o nervo divide-se em três ramos: a) o nervo auricular posterior (inervação motora occipital e sensorial superior e posterior da orelha), b) inervação dos músculos digástrico e c) inervação do músculo estilomastóide.³

Além da motricidade voluntária dos músculos da face por meio de fibras motoras do nervo facial, um pequeno número de neurônios é responsável pela sensação geral da pele do meato acústico externo através do nervo auricular posterior. Fibras sensoriais transmitem sensação gustativa dos dois terços anteriores da língua e de algumas regiões da orofaringe. Este é um ponto de referência de importância clínica, já que alguns autores classificam a paralisia facial em infra-cordal e supra-cordal, conforme a lesão seja proximal ou distal a esta região e mais grave ou menos grave, respectivamente. Fibras periféricas do nervo intermédio iniciam a produção de saliva, lágrima e muco através dos nervos petroso superficial e profundo⁴

O componente autonômico parassimpático do nervo facial fornece inervação motora para as glândulas lacrimais, salivares e da mucosa nasal.³

As Figuras 1 e 2 esquematizam a anatomia funcional e trajeto do nervo facial.

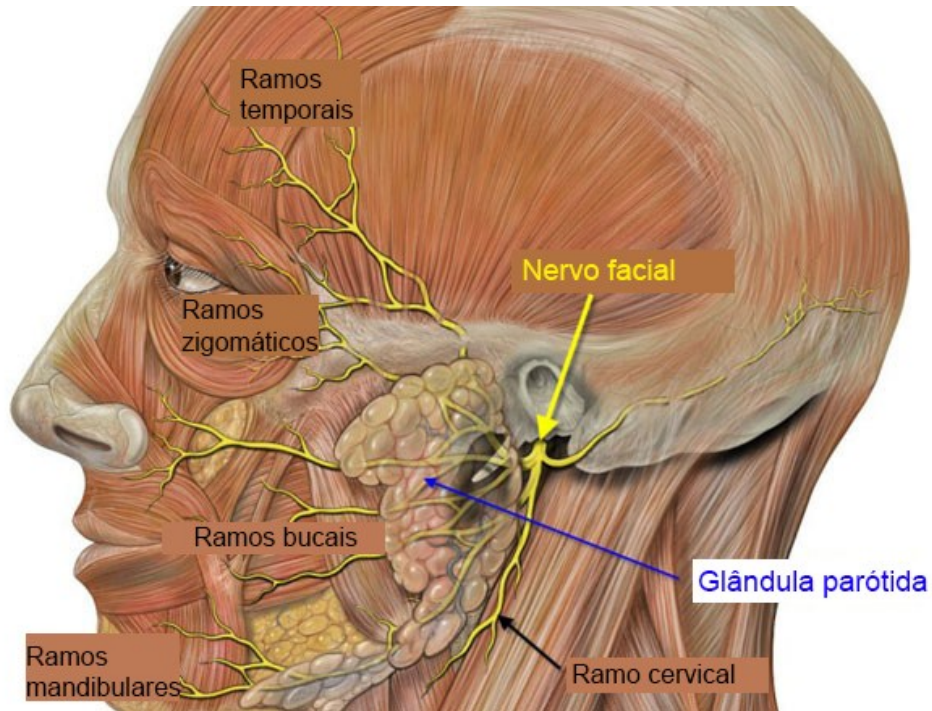


Figura 1 - Anatomia funcional do nervo facial.

Fonte: <https://portugues.medscape.com/features/slides/65000035#page=2>

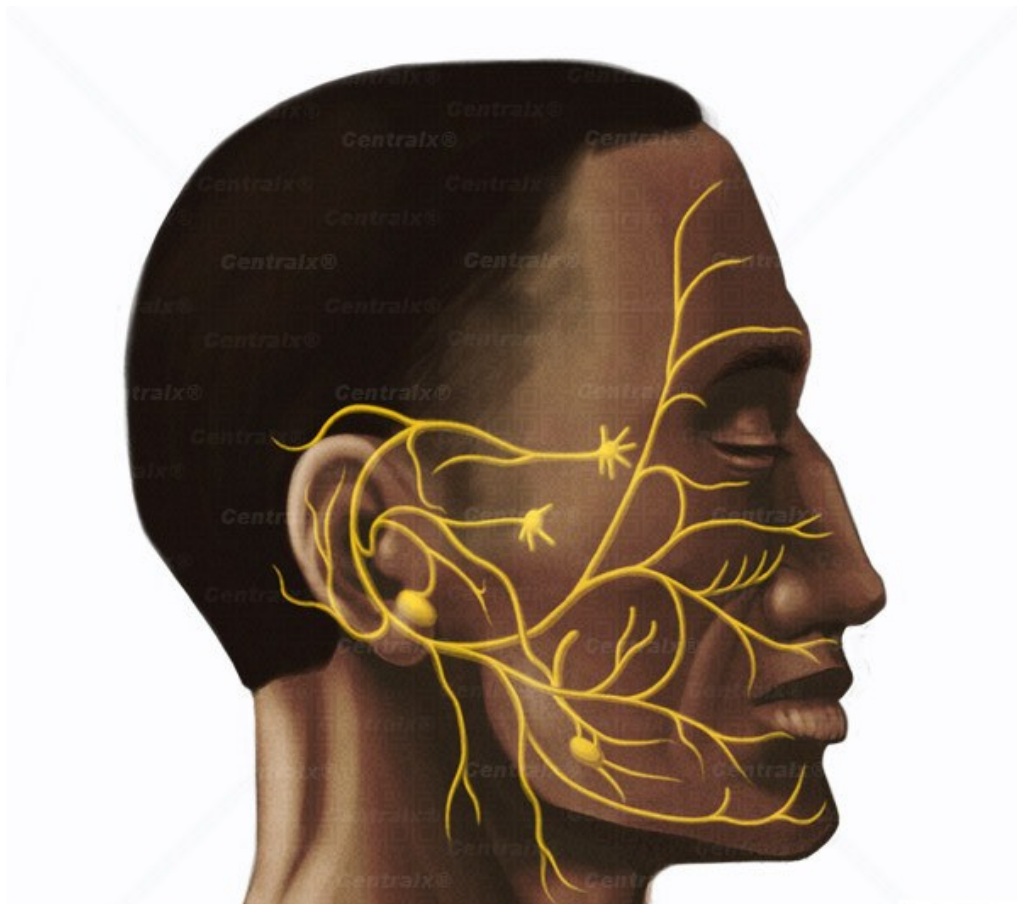


Figura 2 - Anatomia do nervo facial.

Fonte: <http://www.atlasdocorpohumano.com/p/imagem/nervo-facial>

As fibras restantes entrarão na glândula parótida e compõem outros seis ramos (temporal, infra-orbital, zigomático, bucal, mandibular e cervical). A Figura 3 mostra um esquema com as principais ramificações do nervo facial e suas funções.⁴

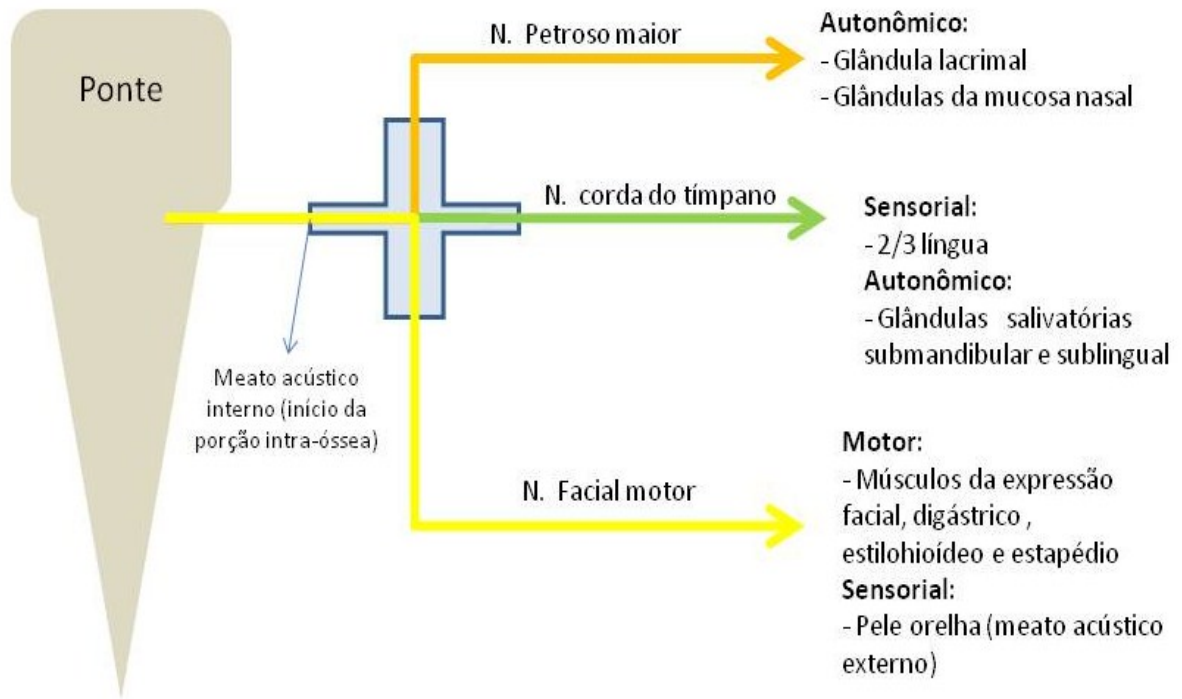


Figura 3 - Esquema das principais vias do nervo facial.
Fonte: Teixeira.⁵

2.1 Classificação e recuperação da lesão nervosa periférica

A presença de traumas como contusão, compressão, esmagamento, estiramento, avulsão e laceração podem gerar a interrupção de continuidade da estrutura do nervo, resultando na parada de transmissão dos impulsos nervosos e na desorganização de suas atividades funcionais.⁵

Algumas lesões na fibra nervosa levam à interrupção do fluxo pelo axônio e sequencial fagocitose dos resíduos de material degenerado pelas células de Schwann. Este processo é conhecido como degeneração Walleriana, trata-se de um processo rápido, variando de 36 a 48 horas após a lesão. Nas lesões incompletas pode durar mais de 14 dias.⁶

Os músculos sofrem alterações a partir da terceira semana e há atrofia da massa muscular nos primeiros meses após a paralisia.⁷ O axônio regenerado é de menor calibre,

amielinizado numa primeira fase que será gradativamente mielinizado, porém um erro de direção de crescimento do axônio pode levar a sincinesias⁵.

De acordo com sua extensão, as lesões nervosas podem ser classificadas em neuropraxia, axonotmese e neurotmeze (Classificação de Seddon⁸), ou ainda em cinco classes ou graus de acordo com Sunderland⁹.

Observe na Tabela 1 um paralelo entre as duas classificações, bem como o quadro clínico e prognóstico de recuperação de cada tipo de lesão¹⁰.

Tabela 1 - Paralelo entre classificações de lesões nervosas

Seddon	Sunderland	Lesão	Quadro clínico	Recuperação
Neuropraxia	Grau I	Disfunção com ausência de lesão	Bloqueio reversível da condução nervosa, geralmente decorrente de compressão focal leve ou moderada. Resulta em diminuição ou perda parcial de força. Não há lesão do nervo propriamente dito. Não há degeneração Walleriana.	Geralmente é espontânea e dá-se em aproximadamente três meses.
	Grau II	Axônio	Decorre de esmagamento fechado ou lesão por percussão. O axônio é lesado, porém o epineuro permanece intacto e a integridade da célula de Schwann é mantida, embora ocorra degeneração Walleriana distalmente à lesão. Ocorre perda variável de função sensitiva, motora e autonômica. Pode envolver tanto fibras mielínicas quanto amielínicas, pode ocorrer atrofia muscular e geralmente ocorre arreflexia.	A regeneração geralmente é efetiva, porém a recuperação é lenta (vários meses a mais de 1 ano) já que a regeneração axonal ocorre numa velocidade de 1 a 2 mm/dia, dependendo do nervo específico.
Axoniotmese	Grau III	Axônio + endoneuro (fibra)		
	Grau IV	Axônio + endoneuro + perineuro (fascículo)		
Neurotmeze	Grau V	Axônio + endoneuro + perineuro + epineuro (nervo)	Lesão de todo o nervo. Na maioria das vezes resultante de ferimentos perfurantes, projéteis de alta velocidade, ou tração do nervo com comprometimento do tecido conectivo do nervo e seção completa do tronco nervoso. Degeneração Walleriana distalmente à lesão.	Pode ocorrer regeneração, porém o brotamento ocorre aleatoriamente, resultando em perda funcional do membro lesado. A reparação é cirúrgica.

Fonte: Modificado de Schaitkin et al.¹¹

As lesões nervosas podem também ser classificadas em recentes (agudas) ou tardias (crônicas), de acordo com o tempo entre o trauma e o atendimento prestado. Até três semanas podem ser consideradas recentes e após este período tardias.^{5,10} Podem ainda ser classificadas como completa (total), se há incapacidade para contrair voluntariamente os músculos da face, há hiperacusia (condição caracterizada por uma maior sensibilidade a certas frequências e volumes de som; quando grave há dificuldade em tolerar sons cotidianos que podem parecer

desagradáveis ou mesmo serem experimentados pelo indivíduo de maneira dolorosa) ou perda de gustação, ou incompleta (parcial).^{11,12}

2.2 Principais causas da paralisia facial

Dos casos de paralisia facial, a metade a dois terços destes casos são de origem idiopática, podendo-se observar como as principais causas: neonatal, herpes zoster, trauma, diabetes mellitus, gravidez, polineurite, tumor de parótida, vascular (tronco cerebral), espasmo hemifacial, sarcoidose, esclerose múltipla, síndrome de melkersson-rosenthal, colagenose, coleosteoma da orelha média, criança com paralisia bilateral, câncer no seio com metástase, otite crônica, outras.^{11,13}

Peitersen¹³ ao acompanhar mais de 2.500 casos ao longo de 25 anos demonstrou que as idades de maior acometimento da paralisia facial é entre 15 e 45 anos. Segundo suas observações, ocorrem cerca de 25 a 32 casos por ano a cada 100 mil habitantes. Segundo ele, a paralisia facial pode ter cerca de 38 causas, sendo 66,19% de origem idiopática e a recorrência é de 6,8%.

Schaitkin et al.¹¹, por sua vez, listou 111 possíveis causas de paralisia facial revisados de 1900 a 1996, bem como a proporção de causas em 3.650 indivíduos tratados entre 1963 e 1996.

O conhecimento destas causas é importante no diagnóstico diferencial do fisioterapeuta, bem como para o adequado encaminhamento para outros profissionais, em caso de necessidade.

2.3 Escalas utilizadas para avaliação da paralisia facial

Uma variedade de escalas de classificação do nervo facial foi desenvolvida ao longo dos anos com os objetivos pretendidos de documentar objetivamente a função do nervo facial, rastrear a recuperação e facilitar a comunicação entre os profissionais envolvidos.

Com o intuito de criar um método confiável e válido de avaliação da função facial após o prejuízo do nervo facial, que seja fácil de administrar, fornecer uma quantidade quantitativa de pontuação para fins de relatório e seja suficientemente sensível para detectar mudanças clinicamente importantes ao longo do tempo ou com tratamento. Ross et al.³ desenvolveram o

sistema de classificação facial de *Sunnybrook*. Este sistema de classificação é baseado na avaliação da simetria em repouso, grau de excursão voluntária de músculos faciais e grau de sincronização associada ao movimento voluntário especificado. Diferentes regiões da face são examinadas separadamente com o uso de cinco expressões padrão. Todos os itens são avaliados em escalas de pontos, e uma pontuação composta cumulativa é tabulada.

Ahrens et al.¹⁴ em estudo prospectivo com dez indivíduos com diferentes graus de paralisia facial, desenvolveram um sistema de comparação rápida e simultânea, assistida por computador para nove escalas de classificação internacional para paralisia facial. A pontuação de *House-Brackmann*, a escala de *Sunnybrook* e os valores de escalas semelhantes foram feitos simultaneamente no sistema computacional e aplicados nestes pacientes. A confiabilidade foi avaliada estatisticamente. Para a escala *Casa-Brackmann*, o acordo foi moderado ($k = 0,554$); Para o *Sunnybrook*, o acordo foi excelente ($ICC = 0,976$). De acordo com os autores o sistema computacional desenvolvido teve a vantagem de permitir que um examinador veja em uma exibição rápida e simultânea, valores de escalas de classificação múltiplas em um toque de tecla de uma entrada de avaliação clínica, evitando o trabalho de repetição de medidas à mão.

De acordo com Neely et al.¹⁵ o sistema *Sunnybrook*, era confiável, mesmo para avaliadores inexperientes, com coeficiente de correlação intraclassa (ICC) de 0,890 entre avaliadores. Os autores sugeriram alguns critérios específicos adicionais a esta escala e com esta proposta o coeficiente de confiabilidade foi melhorado para 0,927. Neste estudo a maior variabilidade dos escores compostos observados durante a aplicação desta escala foi predominantemente durante o movimento voluntário da elevação da testa e do risticínio dos lábios.

Uma revisão sistemática da literatura em língua inglesa foi conduzida por Fattah et al.¹⁶ para identificar os instrumentos de classificação do nervo facial. Cada sistema foi avaliado de acordo com os seguintes critérios: conveniência de uso clínico, pontuação regional, medidas estáticas e dinâmicas, características secundárias a paralisia facial (por exemplo, síncinesia), reprodutibilidade com baixa variabilidade interobservador e intraobservador e sensibilidade às mudanças ao longo do tempo e/ou seguindo as intervenções. Foram avaliados 666 estudos e deste identificadas 19 escalas de classificação do nervo facial. Segundo os autores, apenas a Escala de classificação facial *Sunnybrook* satisfazia todos os critérios. A Escala de classificação de nervo facial 2.0 (ou Escala *House-Brackmann* revisada) cumpriu todos os critérios, exceto a confiabilidade intraobservador, que não foi avaliada.

2.4 Prognóstico e tratamento

O prognóstico da paralisia facial varia conforme a etiologia do problema. Enquanto o prognóstico da paralisia iatrogênica causada por trauma cirúrgico, ou ainda traumática por ferimentos com neurotmeose (ruptura parcial ou completa dos axônios e da bainha, a recuperação quando possível, só depois de reparação cirúrgica) têm prognósticos limitados, a paralisia idiopática costuma ter bom prognóstico, mesmo sem tratamento¹⁴.

Garanhani et al.¹⁷ utilizaram a fisioterapia no tratamento da paralisia facial periférica, sendo os recursos terapêuticos mais utilizados: estimulação sensorial, exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptivos e orientações; massagem; alongamentos; (pompagem e eletroterápico). O recurso eletroterápico utilizado foi a estimulação nervosa elétrica transcutânea, com objetivo de analgesia. Dos 23 prontuários analisados inicialmente, apenas três pacientes receberam eletroterapia associada à cinesioterapia, para analgesia e não eletroestimulação neuromuscular. O programa de eletroestimulação neuromuscular pode reverter parcialmente os déficits motores e as seqüelas da paralisia facial periférica, se combinados com um programa de exercícios específicos. Os mesmos apresentaram melhora do quadro inicial após tratamento com recursos de cinesioterapia sugeridos pela prática clínica e literatura científica.

Viegas et al.¹⁸ utilizaram em paciente feminino com 29 anos de idade, fisioterapia da musculatura facial, três vezes por semana, uso de pomada oftálmica e terapia com corticosteróides. Em seguida fizeram aplicação de laser em quatro sessões, com intervalo de 48h. O controle clínico de quarenta dias do início da laserterapia mostra a paciente com os movimentos da musculatura da mímica facial normalizado. Concluíram que a laserterapia é uma alternativa de tratamento, sem contra-indicações, baseada em evidências científicas, que parece ser útil no tratamento dessa enfermidade, tendo em vista sua capacidade de aceleração da regeneração das estruturas nevosas.

Maio e Soares¹⁹ avaliaram a ação da toxina botulínica na redução da hipercinesia muscular da região perioral contralateral à paralisia facial. Dezoito pacientes, com idade média 40.3 anos, portadores de paralisia facial unilateral por mais de um ano de evolução, foram incluídos no estudo. Cada paciente foi submetido à aplicação de 0,9 ml da suspensão de toxina botulínica que foi distribuído uniformemente nos músculos peribucais. Os autores concluíram que os resultados obtidos com a utilização da toxina botulínica mostraram redução significativa da hipercinesia muscular contralateral à paralisia facial comprovada, havendo também melhora

do aspecto estético global verificado pelos pacientes. Os eventos adversos foram de intensidade leve e não duradouros, e o grau elevado de satisfação com o tratamento, foi relatado pela maioria dos pacientes. As figuras 4 e 5 demonstraram os resultados obtidos com o uso da toxina botânica. Fonte: Maio e Soares²¹



Figura 4 – a) Pré-tratamento: Força muscular excessiva dos músculos levantadores e laterais da região perioral. b) Pós-tratamento: Equilíbrio dinâmico após aplicação da toxina botulínica durante o sorriso. Fonte: Maio e Soares¹⁹

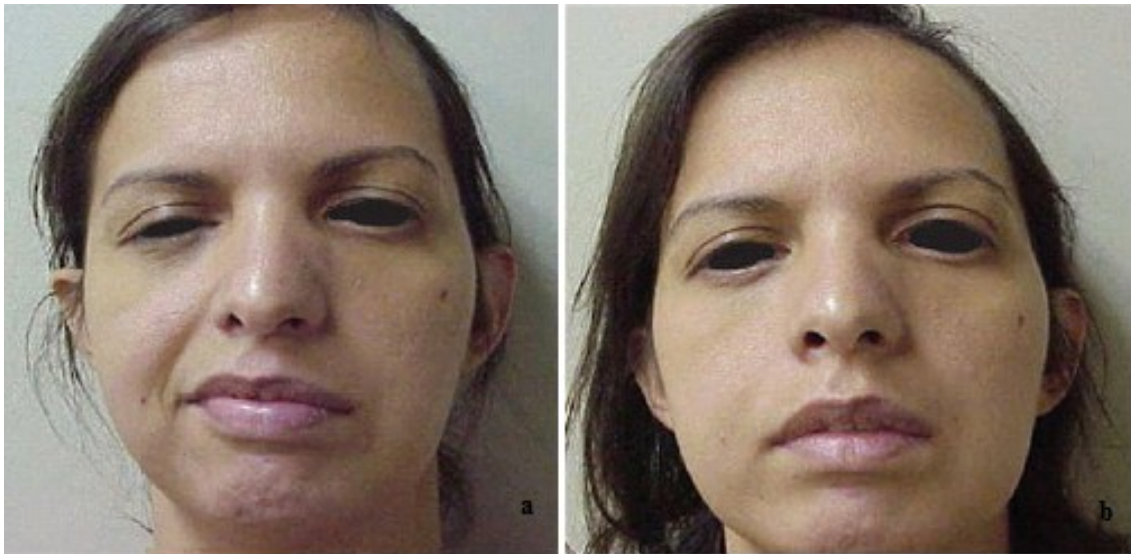


Figura 5 - a) Paciente antes do tratamento apresentando desvio importante na hemiface direita hiperkinética, com fechamento ocular, sulco nasogeniano profundo e distorção bucal. b) Após tratamento, obteve-se equilíbrio facial sem estigma da patologia. Fonte: Maio e Soares¹⁹

Toledo²⁰ verificaram o efeito da terapia miofuncional em indivíduos com paralisia facial de longa duração associada a aplicação de toxina botulínica no lado contralateral da face. Foram selecionados 25 pacientes com paralisia facial com mais de dois anos do início dos sintomas, que foram separados em dois grupos A e B. O grupo A foi composto de 12 pacientes avaliados que receberam inicialmente quatro sessões de terapia miofuncional por semana e em seguida foi aplicada toxina botulínica no lado não paralisado da face, e foram avaliados após trinta dias

da aplicação e após sessenta dias. O grupo B composto de 13 pacientes receberam a aplicação da toxina botulínica e em seguida quatro sessões de terapia miofuncional semanal, sendo avaliados em trinta dias e em sessenta dias. Os autores concluíram que a associação da terapia miofuncional com a aplicação de toxina botulínica foi benéfica a todos os pacientes de forma semelhante nos dois grupos, diminuindo a assimetria entre os lados da face. Quando avaliada a satisfação do paciente, maior grau foi conseguido quando a associação da terapia miofuncional antes da aplicação da toxina botulínica.

Mendonça et al.²¹ demonstraram a melhora clínica e o grau de satisfação de pacientes portadores de assimetrias e discinesias faciais causados pela paralisia facial, tratados com injeções de toxina botulínica tipo A. Foram selecionados 12 pacientes com assimetrias importantes ou discinesias faciais, sem tratamento prévio, com idade entre vinte e oitenta anos. A toxina foi aplicada, em doses individualizadas de acordo com a necessidade de cada paciente, com a finalidade de enfraquecer a musculatura facial da hemiface não afetada pela paralisia, e diretamente na musculatura responsável pela discinesia. Os autores concluíram que a toxina botulínica tipo A mostrou-se importante alternativa no tratamento das assimetrias faciais. Acarreta melhora da autoimagem e habilidade expressiva, gerando impacto social positivo e maior qualidade de vida para os pacientes submetidos ao tratamento. A figura 6 demonstra o benefício do tratamento.



Figura 6 - A Paciente em posição estática antes do tratamento; B Após a quinta aplicação; C Em posição dinâmica antes do tratamento; D Após a quinta aplicação.

Fonte: Mendonça et al.²¹

2.5 Importância interdisciplinar no tratamento da paralisia facial

Quando ocorre a interrupção do estímulo nervoso dessas regiões por trauma, Paralisia facial periférica idiopática, infecção viral ou qualquer outra causa, pode-se ter a paralisia facial, que em suas particularidades, exige envolvimento multi-profissional no estudo, planejamento e cautela no tratamento.^{22,23}

Santos et al.²⁴ concluíram que o trabalho interdisciplinar envolvendo diferentes áreas da saúde, contribui para uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo acometido pela paralisia facial, potencializando o processo de cuidados, na qual os profissionais trabalham juntos com o objetivo da assistência individual, gerando a possibilidade de um prognóstico positivo no histórico do paciente.

Mory et al.²⁵ ressaltaram a dificuldade da mastigação, deglutição e fonação nos casos de paralisia facial, comprometendo a função normal do sistema estomatognático, requerendo assim também a intervenção do profissional cirurgião-dentista, para a cooperação no tratamento dentário, que pode ser comprometido.

2.6 Atendimento odontológico do indivíduo com paralisia facial

Há muitos desafios do tratamento odontológico de pacientes com paralisia facial como, por exemplo, a compreensão do comportamento e diferentes necessidades. É importante conhecer a história médica para diminuir o risco de complicações no tratamento odontológico, diagnóstico correto e um plano de tratamento eficaz. A anamnese deve conter informações sobre a queixa principal, o histórico do trauma, as condições anterior e atual do estado de saúde, hospitalizações e cirurgias, alergias, experiências com soluções anestésicas, médicos envolvidos, medicamentos, estado da imunização, da história familiar, história social e completa história odontológica, também deve ser realizado um exame completo e detalhado da cabeça e do pescoço. Importante que se faça um tratamento preventivo e adequação bucal específica de acordo com quadro clínico do paciente, muitas vezes a recusa do tratamento odontológico pode resultar em dor, desconforto, necessidades e experiências desfavoráveis e redução na qualidade dos resultados na saúde bucal. Quando não for possível realizá-los no

consultório odontológico, o atendimento em ambiente hospitalar pode oferecer facilidade cirúrgica e segurança, sendo o local mais indicado para executar o tratamento²².

Segundo Campos et al.²⁶ o sucesso do tratamento odontológico depende do conhecimento do paciente por parte do cirurgião-dentista, que é conseguido através de uma acurada anamnese. Saber conceituar o paciente com necessidade especial é essencial para adequar o seu tratamento de acordo com suas peculiaridades.

O profissional de saúde deve ser preparado durante a sua formação acadêmica para lidar com este tipo de situação e ter consciência da necessidade de avaliação do estado geral de saúde do paciente e a adoção de medidas preventivas que aumentem a segurança clínica no atendimento, principalmente daqueles que requerem cuidados especiais.⁷

No que diz respeito ao paciente com déficit neuro-motor, Tomita e Fagote²⁷ relataram que o índice de cárie e a quantidade de biofilme dental são maiores nos pacientes especiais que na média da população. A falta de vivência clínica dos cirurgiões-dentistas e de recursos odontológicos, mesmo nos centros hospitalares, para tratamento preventivo, cirúrgico-restaurador e reabilitador e a falta de recursos financeiros, contribuem para que sejam adotadas soluções extremas, como exodontias múltiplas.²⁷

Os antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos e lítio, medicações amplamente prescritas para tratamentos psiquiátricos, têm notáveis efeitos anticolinérgicos, resultando em hipossalivação crônica e maior risco para o desenvolvimento de cárie, gengivite, candidíase e lesões na mucosa bucal²⁸.

Contudo é o cirurgião-dentista, o responsável pela gestão das situações de urgências que possam surgir durante o tratamento dentário (tais como: a síncope/desmaio, observada por 40,9% dos entrevistados, 37,1% com ataques de hipoglicemia, reações alérgicas em 17,1%, ataques epilépticos em 7,6%, ataques asmáticos em 4,5% e angina 0,9%) e, por essa razão, como profissionais de saúde devem estar preparados para colaborar com equipes de emergência médica.²⁹

2.7 Interação do Cirurgião-dentista com a equipe médica

O Cirurgião dentista precisa planejar o tratamento odontológico e elaborar estratégias do tratamento após um contato com a equipe que acompanha o paciente, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais. O médico responsável deve ser consultado a respeito de

medicamentos, sedação, anestesia geral e as limitações ou os cuidados especiais que podem ser requeridas, para garantir a segurança do atendimento odontológico.³⁰

Campos et al.²⁶ realizaram um modelo de anamnese de saúde, o qual deve ser posteriormente assinado por um responsável, procurando conhecer a história do paciente. Fazer um planejamento de consultas rápidas para que não haja fadiga do músculo, tomar cuidado no posicionamento do paciente, utilizar abridores de boca para que não hajam movimentos involuntários. Registrar o nome dos medicamentos utilizados pelo paciente no seu prontuário odontológico, uma vez que estes indivíduos fazem uso rotineiro de anticonvulsivantes como: fenitoína (Epelin[®], Hidantal[®]) e fenobarbital (Gardenal[®]), geralmente associados à hiperplasia gengival; ácido valpróico (Depakene[®]) e carbamazepina (Tegretol[®]), que podem causar sangramento gengival; e clonazepam (Rivotril[®]). Em pacientes que fazem uso de anticonvulsivantes deve-se ter cautela ao prescrever benzodiazepínicos, os quais podem potencializar o efeito depressor do sistema nervoso central. Os autores também recomendaram que quando as formas não-farmacológicas de gerenciamento comportamental falharem, recomenda-se utilizar pré-medicação oral, isolada ou combinada, e, se for o caso, o paciente deve ser encaminhado para anestesia geral. Em caso de uso de sedação moderada, recomenda-se a presença do anestesista para melhor acompanhamento do paciente.

2.8 A participação da Odontologia na harmonização orofacial

Para Alves Rezende e Fajardo³¹ “um sorriso agradável sofre influência da qualidade dos elementos dentários e dos tecidos de suporte, das relações entre dentes, maxilares e lábios durante o ato de sorrir e de sua integração harmônica na composição facial”. Na Odontologia, a busca de procedimentos estéticos está fortemente atrelada ao desejo de melhorar a aparência e a autoestima, melhorando assim a qualidade de vida e o bem estar psicológico. Assim, procedimentos estéticos têm à finalidade de devolver forma e função às estruturas bucais, o objetivo de, na harmonização do sorriso, reforçar o conforto emocional do indivíduo.

Cavalcanti et al.³² ressaltaram “o olhar da profissão foi ampliado, se integrando com outras áreas da saúde e extendendo a ação da Odontologia, na busca por um sorriso em harmonia com uma face equilibrada, o que é definido como beleza e jovialidade”. Tratamentos modernos e cada vez mais promissores trazem possibilidades de atingir equilíbrio e simetria da face, amenizar o envelhecimento e oferecer qualidade de vida. Entre eles, pode-se reconhecer o uso

da toxina botulínica, dos preenchimentos e cirurgias para contornos faciais e da viscosuplementação da articulação temporomandibular (ATM). Desta forma, novos ângulos de observação estão disponíveis e são capazes de fornecer ainda mais ferramentas na valorização da estética facial.

2.8.1 O USO DE TOXINA BOTULÍNICA NA ODONTOLOGIA

Cavalcanti et al.³² afirmam que a toxina botulínica já era utilizada na Odontologia de forma segura e bem tolerada em dores musculares crônicas, associada ou como alternativa a outras terapêuticas com resultados limitados ou que apresentavam efeitos colaterais indesejados. Assim, os autores afirmaram que a eficácia do bloqueio nervoso sobre a harmonização facial é inegável e o conhecimento aprofundado que o cirurgião dentista tem a respeito da anatomia facial, e a perspectiva atual de opção por técnicas minimamente invasivas fazem com que os resultados sejam satisfatórios e eficazes.

A toxina botulínica apresenta um potencial de emprego na área de atuação do cirurgião-dentista, como em casos de bruxismo, hipertrofia do masseter, disfunções têmporo-mandibulares, sialorréia, assimetria de sorriso, exposição gengival acentuada e, mais recentemente tem sido descrita a utilização profilática para a redução da força muscular dos músculos masseter e temporal em alguns casos de implantodontia de carga imediata. Por possuir conhecimento sobre as estruturas de cabeça e pescoço cirurgião-dentista pode tratar certas afecções da face e da cavidade oral de forma conservadora e segura com a aplicação da toxina botulínica, desde que possua treinamento específico e conhecimento sobre sua utilização e não extrapole suas funções.³³

Alguns estudos citam o uso em várias implicações odontológicas. Manrique³⁴ demonstrou o efeito positivo da aplicação local da toxina botulínica nas glândulas parótidas e glândulas submandibulares salivares com o propósito reduzir a saliva em pacientes e melhorar a qualidade de vida de pacientes com esclerose lateral amiotófica (ELA). Segundo Pedron³⁵ na Odontologia, a toxina botulínica pode ser utilizada em correções de sorriso gengival ou assimetria do sorriso; hábitos como bruxismo (ranger os dentes) ou briquismo (apertamento dos dentes), ambos com prejuízos dentários, musculares e ósseos, hipertrofia do músculo masseter, causando assimetrias faciais; disfunções da articulação temporomandibular; redução de forças musculares após reabilitação com implantes dentários e sialorréia (salivação excessiva). Asutay

et al.³⁶ concluíram que a terapia com toxina botulínica parece promissora e benéfica no tratamento do bruxismo noturno, embora apresentem vários fatores limitantes, como o alto custo e a necessidade de injeções repetidas.

2.8.2 EFEITOS ADVERSOS DO USO DA TOXINA BOTULÍNICA

Lacordia et al.³⁷ relataram um caso raro de estrabismo após aplicação de toxina botulínica do tipo A para fins cosmético. Segundo os autores, existem complicações potenciais com todas as preparações de toxina botulínica e a maioria desses efeitos adversos é causada pela capacidade da droga em provocar a denervação dos músculos estriados.

Carvalho et al.³³ afirmaram que a aplicação da toxina botulínica apresenta-se como um procedimento seguro e eficaz podendo, entretanto, estar associada a possíveis complicações, incluindo reação alérgica, hipoestesia transitória, dor e edema no local da aplicação, eritema, entorpecimento temporário, náusea, dor de cabeça, extensão do local, levado a paralisia indesejada de músculos adjacentes, xerostomia e alteração de voz.

Zagui et al.³⁸ verificaram a ocorrência dos efeitos adversos relacionados ao uso da toxina botulínica na face, por meio de revisão de literatura. As reações adversas mais apontadas foram: ptose palpebral, olho seco, edema local, boca seca, cefaléia, paresia local, equimose local, eritema local, ptose de rima bucal, alteração facial, prurido local, náusea, perda visual. Cefaléia, ptose palpebral, reação local e infecção pós-tratamento. Os autores ainda ressaltaram que os efeitos adversos associados ao uso terapêutico da toxina botulínica são mais freqüentes e mais graves (como convulsão e morte) do que os associados ao uso cosmético e que podem estar relacionados às altas doses, à doença de base ou uso concomitante de outra medicação.

Raferty et al.³⁹ afirmam que encontraram osteopenia como efeito adverso em 9 coelhos que receberam uma única dose de toxina botulínica ou solução salina em um músculo masseter escolhido aleatoriamente e foram seguidos por 4 ou 12 semana. Os autores observaram que além de pequenas alterações no tamanho e no padrão de atividade do músculo pterigóideo mediano, há uma compensação mínima de outros músculos de mastigação. O tratamento com toxina botulínica nos masseters para mudar a forma facial é realizado em indivíduos jovens, geralmente adolescentes e geralmente femininos, e o tratamento pode ser repetido muitas vezes. A toxina também é usada em pacientes com distúrbios da ATM que já apresentam côndilos danificados. A longo prazo, esse uso pode comprometer as propriedades mecânicas da articulação temporomandibular.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tradução e validação da versão em Português da Escala Facial de Sunnybrook

Todos os procedimentos foram baseados no estudo de Wild et al.⁴⁰ descritos como princípios para a boa prática de tradução e adaptação cultural com resultados relatados em pacientes.

- 1 - Desenvolvimento de pelo menos duas traduções independentes
- 2 - Reconciliação das traduções em uma única tradução portuguesa
- 3 - Tradução posterior da tradução reconciliada para o idioma de origem
- 4 - Revisão das traduções posteriores contra o idioma de origem
- 5 - Entendimento cognitivo da nova tradução, geralmente com pacientes obtidos a partir da população-alvo.

3.1.1 Traduções independentes e compilação nos idiomas Português e Inglês

O artigo original “*Development of a sensitive clinical facial grading system*” dos autores Ross et al.³ foi traduzido por dois pesquisadores bilíngues da área da saúde para a versão portuguesa.

Para reconciliação das traduções em uma única tradução na versão portuguesa, um terceiro pesquisador, perito, por meio da técnica de Delphi analisou os pontos concordantes e divergentes e fará uma adequação de uma única versão em português.⁴¹

Posteriormente esta tradução foi repassada para o idioma de origem e confrontada com a versão original.

3.1.2 ENTENDIMENTO COGNITIVO DA NOVA TRADUÇÃO

Trata-se de um estudo metodológico de natureza quantitativa, aplicado em uma população alvo de 23 indivíduos que procurara atendimento Fisioterapêutico ou Odontológico no Centro Clínico da Faculdade de Pindamonhangaba (FAPI-FUNVIC) e que apresentaram quadro de paralisia facial, independente da etiologia, de ambos os sexos e sem restrição de idade. Todos os participantes foram voluntários mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a RESOLUÇÃO 466/2012 do CNS, CAAE 79960817.5.0000.8116, parecer 2403872.

3.1.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: indivíduos maiores de 18 anos, ausência de condições cardiovasculares, respiratórias e/ou ortopédicas que impedem a realização da avaliação e diagnóstico de paralisia facial.

Não participaram deste estudo indivíduos com déficit cognitivo que impedisse de seguir instruções básicas de movimentos faciais.

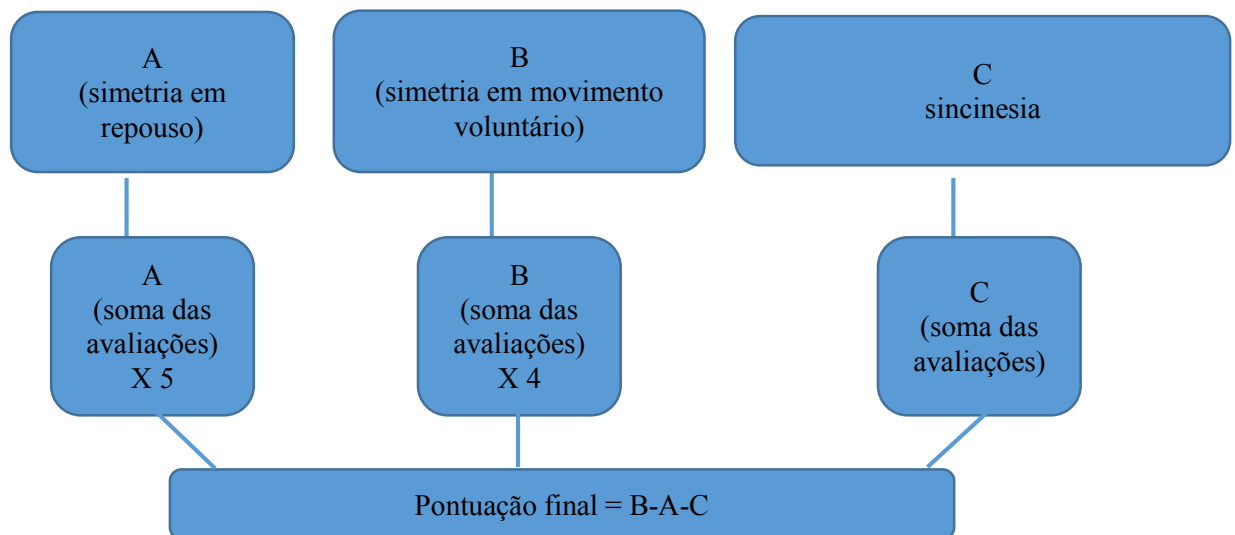
3.1.2.2 Riscos e Benefícios

Os riscos foram mínimos, podendo gerar constrangimentos e, neste caso, o participante esteve livre para recusar-se a participar, sem penalidade ou modificação da forma de atendimento pelo pesquisador. Como benefício pôde-se esclarecer todas as suas dúvidas quanto a paralisia facial e quando necessário pode ser encaminhado para a clínica de Fisioterapia da FAPI-FUNVIC para terapia da paralisia facial, sem vantagem financeira. Deu-se o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que foi necessário.

3.2 Protocolo de avaliação

O exame original *Sunnybrook Facial Grading System* (anexo 1) foi traduzido conforme apêndice C, e consta de três grandes grupos de avaliação A) simetria em repouso; B) simetria em movimento voluntário e C) sincinesia - grau de contração involuntário associado a cada expressão, sendo as avaliações graduadas numericamente. Os valores de cada análise foi somado por subgrupo e a fórmula aplicada conforme demonstrado na Figura 7.

Figura 7 - Desenho esquemático para pontuação da escala de Sunnybrook



3.3 Análise dos Resultados

Os dados foram avaliados pelo programa estatístico Minitab versão 30. A avaliação da consistência interna foi efetuada através do alfa de Cronbach, sendo o valor acima de 0,90 considerado um bom indicador.

4 RESULTADOS

4.1 Traduções independentes e compilação nos idiomas Português e Inglês

A versão portuguesa sugerida por este trabalho para validação da escala *Sunnybrook Facial Grading System*, após comparação entre traduções consta no apêndice 2.

A tradução repassada para o idioma de origem e confrontada com a versão original consta no apêndice 3.

4.2 Entendimento cognitivo da nova tradução

Foram avaliados um total de 23 indivíduos com paralisia facial pela Escala facial de *Sunnybrook*. Apenas um avaliador, estudante de Odontologia do 8º. Semestre FAPI/FUNVIC, previamente treinado realizou os exames. A avaliação da consistência interna por meio do teste estatístico do alfa de Cronbach resultou em valor e 0,9012, sendo este considerado de alta confiabilidade.

5 DISCUSSÃO

Para facilitar a análise da perda e da recuperação dos movimentos dos nervos faciais, foram encontradas na literatura escalas de classificação do nervo facial^{3,14,15,16}. Ross et al.³ desenvolveram o sistema de classificação facial de *Sunnybrook* para observar mudanças antes, durante e após o início do tratamento da paralisia facial, além de diminuir o número variado de escalas utilizadas com este mesmo fim. A pesquisa encontrou dentre as escalas mencionadas, *House-Brackmann*,¹⁴ Escala de classificação de nervo facial 2.0 (ou Escala *House-Brackmann* atualizada)¹⁶ e *Sunnybrook*.^{3,14,15,16} Segundo os autores, a escala de *Sunnybrook* satisfaz todos os critérios de análise quando comparados com outras escalas,¹⁶ inclusive quando utilizada por avaliadores inexperiente,¹⁵ isto produziu escores de análise mais confiáveis.^{15,16}

A utilização de escalas permite análises de interesse em medicamentos, comportamento, ansiedade, auto-percepção de agravos a saúde e, avaliações subjetivas, as quais podem ser impossíveis de medir explicitamente. Em vez disso, faz-se uma série de perguntas ou anotações e se combina as respostas, um valor numérico. Quando os itens são usados para formar uma escala, eles precisam têm consistência interna e devem estar correlacionados um com o outro. Sendo o alfa de Cronbach, um coeficiente útil para avaliar a consistência interna, para comparar grupos, os valores de 0,7 a 0,8 são considerado satisfatório, já para a aplicação clínica, são necessários valores muito mais elevados. O mínimo é 0,90.⁴²

O resultado encontrado neste estudo, cujo valor foi 0,9012, indica um alto grau de consistência e corrobora com a literatura revisada, permitindo confirmar a facilidade e praticidade da aplicação da escala de *Sunnybrook* na avaliação de pacientes diagnosticados com paralisia facial de variadas etiologias e em relação aos estudos da literatura.

Em relação a participação do cirurgião dentista neste contexto, o tratamento odontológico de pacientes com paralisia facial periférica deve ter um acurado planejamento e estar elaborado com estratégias de atendimento.³⁰ Estas consultas devem ser rápidas, procurando evitar a fadiga muscular,²⁶ não negligenciando a necessidade de consultar o médico que acompanha o tratamento do paciente, para saber a respeito dos fármacos a serem utilizados observando sempre as interações medicamentosas.³⁰ O cirurgião-dentista deve ficar atento ao posicionamento do paciente, não esquecendo o uso de abridores de boca que nestes casos podem evitar os movimento involuntários,²⁶ e que existe a possibilidade do uso de pré-medicação nos casos onde o gerenciamento comportamental venha fracassar.^{22,26} podendo o paciente ser levado a ambiente hospitalar e anestesia geral nos casos necessários

O cirurgião-dentista é o profissional habilmente capacitado para cuidar da cavidade bucal, bem como harmonizar a face promovendo um equilíbrio entre as estruturas intra e extraoral reforçando ou devolvendo o conforto emocional do indivíduo.^{31,32} Dentre as variadas habilidades do cirurgião-dentista, está a utilização de toxina botulínica que surgiu como mais uma ferramenta para valorizar os tratamentos que devolvam não apenas a estética, mas também a função orofacial.³² Contudo, o uso de toxina botulínica não deve ser efetuado deliberadamente pelo cirurgião-dentista, este deve receber um treinamento específico^{33,39} e conhecimento aprofundado sobre as vantagens e desvantagens sobre sua aplicação.³³ Isto porque, embora seja pouco relatado na literatura, sabe-se que reações adversas são possíveis^{33,37} e algumas complicações podem ocorrer, mesmo sua aplicação sendo considerada como um procedimento seguro e eficaz.³³ Mesmo que os riscos sejam baixos e os efeitos adversos sejam bem tolerados, as complicações do uso da toxina botulínica devem ser devidamente explicadas aos pacientes.³⁹ Sua ampla utilização na medicina requer conhecimento da farmacologia e de seus efeitos, assim como treinamento e habilidade para administração apropriada.³⁹

O prontuário odontológico deve ser acrescido de informações médicas dos pacientes com paralisia facial com a finalidade de diminuir possíveis complicações no tratamento odontológico,²² sendo essencial que as especificidades de cada paciente com necessidade de atendimento especializado seja atendida,²⁶ a fim de evitar soluções extremas como exodontias múltiplas devido inexperiência clínicas dos cirurgiões-dentista.²⁷ Assim, no que concerne ao atendimento odontológico de pacientes portadores de paralisia facial sugere-se que a escala de *Sunnybrook* seja anexada no protocolo odontológico uma vez que os cirurgiões-dentista são especializados em todas as competências de cabeça e pescoço compreendendo com excelência de nervos da face e musculatura, fazendo com que estes profissionais sejam capacitados para avaliação destes pacientes e também para complementar a equipe multidisciplinar.

6 CONCLUSÃO

Pôde-se concluir que a avaliação da versão traduzida da Escala de Graduação Facial *Sunnybrook* foi uma eficaz ferramenta para avaliação do paciente com paralisia facial, podendo ser utilizada como um meio complementar no exame físico destes pacientes, adequando assim o prontuário odontológico e, habilitando os cirurgiões-dentistas ao acompanhamento de pacientes que estejam em tratamento fisioterapêutico, assim como, em procedimentos de harmonização orofacial.

REFERÊNCIAS

1. Copeland BJ, Pillsbury HC. Paralisia de Bell. In: Runge MS, Greganti MA. Medicina interna de Netter. São Paulo: Artmed; 2005.
2. Magalhães Filho R. Nervo facial. In: Tolosa APM, Canelas HM. Propedêutica neurológica: temas essenciais. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1975. p. 153-62.
3. Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996 Mar;114(3):380-6.
4. Gilden DH. Bell's palsy. *The New England J of Med.* 2004;351(13):1323-31.
5. Teixeira LJ, Gasperin SI. Apostila da disciplina de Clínica Neurológica. In press 2005
6. Guimarães Filho R, Neves A, Marzochi L, Moraes M, Silva P. Importância da anamnese para o manejo das possibilidades emergenciais em Odontologia: uso da avaliação ASA. *Rev. Biociên,* 2005; 12(3-4):170-3.
7. Queiroga T, Gomes R, Novaes M, Marques J, Santos K, Gempel R. Situações de emergências médicas em consultório odontológico. Avaliação das tomadas de decisões. *Rev. Cirurg e Traumat Buco-Maxilo-Facial,* 2012;12(1):115-22.
8. Antunes ML. Paralisia facial periférica. In: Fukuda Y. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri: Manole; 2003.
9. Seddon H. Three types of nerve injuries. *Brain.* 1943;66:237-88.
10. Sunderland S. Nerve and nerve injuries. London: Churchill Livingstone; 1978.
11. Schaitkin BM, May M, Klein SR. Topognostic, otovestibular, and electrical testing: diagnosis and prognosis. In: May M, editor. Facial nerve. 2 ed. New York: Thieme; 2000. p. 213-29.
12. Machado ABM. Neuroanatomia funcional. São Paulo: Atheneu; 2002.
13. Peitersen E. Bell's Palsy: the spontaneous course of 2500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Oto-Laryngologica.* 2002;Suppl 549:4-30.
14. Ahrens A, Skarada D, Wallace M, Cheung JY, Neely JG. Rapid simultaneous comparison system for subjective grading scales grading scales for facial paralysis. *Am J Otol.* 1999; 20:667-71
15. Neely JG, Cherian NG, Dickerson CB, Nedzelski JM. Sunnybrook facial grading system: reliability and criteria for grading. *Laryngoscope.* 2010;120(5):1038-45.
16. Fattah AY, Gurusinge AD, Gavilan J, Hadlock TA, Marcus JR, Marres H et al. Sir Charles Bell Society. Facial nerve grading instruments: systematic review of the literature and suggestion for uniformity. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Feb;135(2):569-79.
17. Garanhani MR, Rosa Cardoso J, Guides Capelli AM, Ribeiro MC. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 2007, 73(1): 112-15.
18. Veigas VN, Kreisner PE, Mariani C, Pagnoncelli RM. Laserterapia Associada ao Tratamento da Paralisia Facial de Bell. *Rev. Port. de Estomatol. Medic. Dent. e Cirur. Maxilofacial* 2006, 47(1): 43-8.

19. Maio M, Soares MFD. Toxina Botulínica em Paralisia Facial: um Tratamento Miminamente Invasivo para Redução da Hipercinesia Muscular da Região Perioral Contralateral. *Rev. Intern Otorrin.* 2007; 7(1).
20. Toledo PN. Efeito da terapia miofuncional em pacientes com paralisia facial de longa duração associada à aplicação de toxina botulínica [thesis]. São Paulo: , Faculdade de Medicina; 2007 [cited 2017-11-11].
21. Mendonça MCC, Lopes MGA, Siqueira RR, Oliveira FQ, Pascoal G, Gamonal ACC. Correção de assimetrias e discinesias faciais com toxina botulínica tipo A Surgical & Cosmetic Dermatology, vol. 6, núm. 3, 2014, pp. 221-4.
22. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2008;265(7):743-52.
23. Lucena ACT. Fisioterapia na paralisia facial periférica. São Paulo: Lovise; 1993.
24. Santos RMM, Chiari BM, Guedes ZCF. Paralisia facial e qualidade de vida: revisão crítica de literatura no âmbito do trabalho interprofissional. *Rev. CEFAC,* 2016;18(5):1230-7.
25. 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.
26. Campos DC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO et al. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2ª ed. Goiás: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Odontologia; 2009.
27. Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. *Odontologia e Sociedade,* 1999;1(1-2):45-50.
28. Nasiloski KS, Silveira ER, César Neto JB, Schardosim LR. Avaliação das condições periodontais e de higiene bucal em escolares com transtornos neuropsicomotores. *Rev Odontol UNESP.* 2015; Mar.-Apr.; 44(2):103-7.
29. Jodall P, Ankola A. Evaluation of knowledge, experience and perceptions about medical emergencies amongst dental graduates (Interns) of Belgaum City, India. *J Clin. Exp. Dent.* 2012;4(1):14-8.
30. Pereira LM, Mardero E, Ferreira SH, Kramer PF, Cogo RB. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. *Stomatos,* 2010;16(31):92-9.
31. Alves Rezende MCR, Fajardo RS. Abordagem estética na Odontologia. *Arch Health Invest* (2016) 5(1): 50-55
32. Cavalcanti NA, Azevedo JF, Mathias P. Harmonização orofacial: a odontologia além do sorriso. *Rev. Bahiana Odonto.*v8i2.1454.
33. Carvalho RCR, Shimaoka AM, Andrade AP. O Uso da Toxina Botulínica na Odontologia. 2011. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/05/toxina-botulinica.pdf>. Acessado em: 07/09/2017.
34. Manrique D. Aplicação de toxina botulínica tipo A para reduzir a saliva em pacientes com esclerose lateral amiotrófica. *Rev Bras Otorrinolaringol.* V.71, n.5, 566-69, set./out. 2005.
35. Pedron IG. A utilização da toxina botulínica em Odontologia. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2014;68(3):244

36. Asutay F, Atalay Y, Asutay H, Acar AH. The Evaluation of the Clinical Effects of Botulinum Toxin on Nocturnal Bruxism. *Pain Res Manag*. 2017; 6264146. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516743/> Acessado em: 09/09/2017.
37. Lacordia MHFA, Januário FSM, Pereira JCC. Estrabismo após toxina botulínica para fins estéticos. *Rev Bras Oftalmol*. 2011; 70 (3): 179-81.
38. Zagui RMB, Matayoshi S, Moura FC. Efeitos adversos associados à aplicação de toxina botulínica na face: revisão sistemática com meta-análise. *Arq Bras Oftalmol*. 2008;71(6):894-901
39. Rafferty KL, Liu ZJ, Wenmin Y, Navarrete AL, Nguyen TT, Salamati A, Herring SW. Botulinum toxin in masticatory muscles: Short- and long-term effects on muscle, bone, and craniofacial function in adult rabbits. *Bone*. 2012 March; 50(3): 651–62.
40. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P; ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation *Value Health*. 2005 Mar-Apr;8(2):94-104.
41. Edwards LH. Research priorities In school nursing: a Delphi process. *J Sch Health*. 2002 May; 72(5):173-7
42. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997; 314(7080):572.

APÊNDICE A - TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Nós, Fabiana de Oliveira Siqueira CPF 293681638-63, Josiane Aparecida da Costa, RG 42777582-6, CPF 32375012801 e Juliana dos Santos Florentino, RG 48.954.781-3, CPF: 430620468-56; alunas da Fundação Universitária Cristã, - FUNVIC, curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba-FAPI, estabelecida a Rodovia Presidente Dutra - Km 99 – Bairro Pinhão do Una – Pindamonhangaba – SP; telefone (12) 3648-8323, orientadas pela Profa. Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso, RG 50150700-0, CPF 58320172187 e pelo Prof. Dr. Felipe Fernandes Lemos CPF 040.245.896-60, pretendemos desenvolver uma pesquisa cujo título público é “Compreensão e validação da versão portuguesa da Escala Facial de Sunnybrook”.

DESCRIÇÃO: Este estudo tem como objetivo desenvolver e validar uma versão do Sistema de Graduação Facial Sunnybrook para que esta possa colaborar com a terapia da paralisia facial e complementar a avaliação física do paciente odontológico. Propõem-se traduções e reconciliação das traduções em uma única tradução portuguesa e posterior da tradução e revisão para o idioma de origem assim como o entendimento e aplicação da nova tradução, com pacientes portadores de paralisia facial que procurem a Clínica de Fisioterapia da FAPI-FUNVIC. Para tanto serão avaliados indivíduos portadores de paralisia facial e observados quantos aos itens da escala proposta (simetria em repouso; simetria em movimento voluntário e sincinesia - grau de contração involuntário associado a cada expressão). As anotações serão realizadas pelo pesquisador em ficha individual e sigilosa.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Os riscos são mínimos, podendo gerar constrangimentos e, neste caso, o participante estará livre para recusar-se a participar, sem penalidade ou modificação da forma de atendimento pelo pesquisador. Como benefício poderá esclarecer todas as suas dúvidas quanto a paralisia facial e será encaminhado para a clínica de Fisioterapia da FAPI-FUNVIC para terapia da mesma, sem vantagem financeira.

LIBERDADE DE PARTICIPAÇÃO: É garantida a liberdade de participação e retirada do consentimento a qualquer momento, deixando assim de participar desse estudo, sem qualquer prejuízo para pessoa ou Entidade. Sendo as fichas individuais, o paciente poderá sentir-se a vontade para deixar participar caso não se sentir a vontade. As avaliações serão conduzidas evitando citação do nome de qualquer profissional que tenha atendido o paciente. Após avaliação, o envelope deverá ser selado com cola. O nome e autorização do paciente estarão em folha a parte. As avaliações desta pesquisa serão agrupadas com outras autorizações, não

correspondendo ao envelope entregue. Os dados serão utilizados para pesquisa acadêmica e visam contribuir para o aprendizado de nossos alunos.

ESTABELECIAMENTO DE VÍNCULO: Ao participar desta pesquisa o paciente não estará assumindo nenhum compromisso com a Faculdade de Pindamonhangaba ou outra instituição. Em momento algum desta pesquisa os dados com nome endereço serão divulgados, ficando sobre responsabilidade do pesquisador todas as fichas coletadas.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES: Não existirão despesas ou compensações financeiras para o participante em qualquer fase do estudo. Caso exista alguma despesa adicional, esta será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

ACESSO AOS PESQUISADORES: Em qualquer momento o (a) Sr.(a) terá acesso aos pesquisadores acima identificados para esclarecimento de qualquer dúvida. O (a) Sr.(a) também terá acesso aos dados parciais desta pesquisa.

UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES: Os dados serão utilizados para pesquisa acadêmica e visam contribuir para o aprendizado de nossos alunos. A participação dos pacientes é muito importante para esta pesquisa, e poderá ser vinculada através de artigos científicos em revistas especializadas, em encontros científicos, sendo garantido o anonimato para os entrevistados.

Termo de autorização Institucional

Eu,, fui esclarecido sobre a finalidade da pesquisa, quanto aos procedimentos a serem realizados, através de uma descrição acessível a minha compreensão. Estou ciente de que será mantido sigilo sobre os dados individuais coletados na pesquisa, aceito em nome da Fundação Universitária Cristã, participar da pesquisa intitulada: “Compreensão e validação da versão portuguesa da Escala Facial de Sunnybrook”.

RG:.....

CPF:.....

Data:../...../.....

Ass:.....

Segue o Termo de autorização institucional (Anexo 1).

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Compreensão e validação da versão portuguesa da Escala Facial de Sunnybrook”. Nesta pesquisa pretendemos desenvolver e verificar se é possível aplicar, de maneira rápida e simples, uma avaliação para o indivíduo com paralisia facial. O motivo que nos leva a estudar esta proposta de avaliação é colaborar com a terapia da paralisia facial executada na Fisioterapia e complementar a avaliação do paciente odontológico. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: indivíduos portadores de paralisia facial serão observados, apenas visualmente, quantos aos itens da escala proposta simetria, ou seja, harmonia e posição do rosto em repouso; simetria em movimento voluntário (aquele que o(a) Sr(a) quer fazer) e nos movimentos involuntários (aquele que não quer fazer, mas faz assim mesmo). As anotações serão realizadas pelo pesquisador em ficha individual e sigilosa. Os riscos são mínimos, podendo gerar constrangimentos e, neste caso, o senhor estará livre para participar ou recusar-se a participar. Como benefício o senhor poderá esclarecer todas as suas dúvidas quanto a paralisia facial e poderá ser encaminhado para a clínica de Fisioterapia da FAPI-FUNVIC para terapia da paralisia facial. Para participar deste estudo o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer momento da pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar e terá sua identidade mantida em sigilo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no(a) “Centro Clínica da FAPI-FUNVIC” e a outra lhe será fornecida. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Compreensão e validação da versão portuguesa da Escala Facial de Sunnybrook” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar, sem que haja nenhum prejuízo a minha pessoa. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de

consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Pindamonhangaba, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: Pesquisadores responsáveis Juliana Madureira de Souza Lima Alonso e Felipe Fernandes Lemos da Faculdade de Pindamonhangaba, Fundação Universitária Cristã,: Telefone: (12) 38488323 ou 36453111 (INCLUSIVE LIGAÇÕES A COBRAR) e-mail: julianamadureira@hotmail.com

ANEXO I – Facial Grading System

Sunnybrook Facial Grading System						
Resting Symmetry	Symmetry of Voluntary Movement					Synkinesis
Compared to normal side	Degree of muscle EXCURSION compared to normal side					Rate the degree of INVOLUNTARY MUSCLE CONTRACTION associated with each expression
Eye (choose one only) normal 0 narrow 1 wide 1 eyelid surgery 1 Cheek (naso-labial fold) normal 0 absent 2 less pronounced 1 more pronounced 1 Mouth normal 0 corner dropped 1 corner pulled up/out 1 Total <input type="checkbox"/>	Standard Expressions Forehead Wrinkle (FRO) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Gentle eye closure (OCS) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Open mouth smile (ZYG/RIS) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Snarl (LLA/LLS) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Lip Pucker (OOS/OOI) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Cross Asymmetry Severe Asymmetry Moderate Asymmetry Mild Asymmetry Normal Symmetry Total <input type="checkbox"/>					NONE: No synkinesis or mass movement MILD: Slight synkinesis MODERATE: Obvious but not disfiguring synkinesis SEVERE: Disfiguring synkinesis/ Gross, mass movement of several muscles 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
Resting symmetry score Total × 5 <input type="checkbox"/>	Voluntary movement score: Total × 4 <input type="checkbox"/>				Synkinesis score: Total <input type="checkbox"/>	
Patient's name _____ Dx _____ Date _____	Vol mov't score <input type="checkbox"/> - Resting symmetry score <input type="checkbox"/> - Synk score <input type="checkbox"/> = Composite score <input type="checkbox"/>					


APENDICE C – Tradução final da escala após compilação das versões em português: Sistema de Gradação Facial Sunnybrook

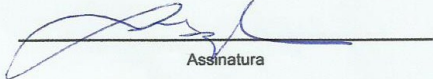
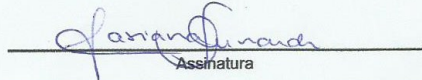
Simetria ao repouso		Simetria dos movimentos voluntários						Sincinesia			
Comparada contralateralmente		Gradação da excursão do músculo comparado com o lado normal						Gradação da contração involuntária associada a cada expressão facial			
Escolher uma opção			Incapaz de	Inicia	Inicia o	Movto	Mvto	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave
Olho											
normal	0	Expressão facial	Iniciar movto	levemente o movto	movto com pouca ADM	quase completo					
estreito	1										
alargado	1										
cirurgia	1										
Fenda nasolabial		Levantar as sobrancelhas	1	2	3	4	5	0	1	2	3
normal	0	Fechar os olhos	1	2	3	4	5	0	1	2	3
ausente	2										
menos pronunciada	1										
mais pronunciada	1	Sorrir com a boca aberta	1	2	3	4	5	0	1	2	3
		Cara de bravo	1	2	3	4	5	0	1	2	3
Boca		Contrair os lábios	1	2	3	4	5	0	1	2	3
normal	0	Assimetria grosseira	Assimetria grave	Assimetria moderada	Assimetria leve	Simetria normal					
canto caído	1										
repuxado	1										
Total	_____	Total _____									
Pontuação da simetria ao repouso		Pontuação do movimento voluntário						Pontuação total da sincinesia: _____			
Total x 5		Total x 4									
Pontuação do mvto voluntário _____ - (menos)		Pontuação de repouso _____ - (menos)		Pontuação da sincinesia _____ =		Pontuação Total _____					

APENDICE C – Tradução final da escala após compilação das versões em inglês: Sistema de Gradação Facial *Sunnybrook*

Symmetry to rest Compared contralaterally . Choose an option		Symmetry of voluntary movements Muscle excursion graduation compared to the normal side						Synkinesia Degree of involuntary contraction associated with each facial expression			
Eye normal 0 narrow 1 wide 1 surgery 1		Facial expression	Unable to initiale movement	Star slightly movement	Star movement with little ADM	Almost complete movement	Complete movement	No facial expression	Slight	Moderate	Severe
Nasolabial cleft normal 0 absent 2 Less pronounced 1 More pronounced 1		Raise eyebrows	1	2	3	4	5	0	1	2	3
Mouth normal 0 Fallen corner 1 crooked 1		Close the eyes gently	1	2	3	4	5	0	1	2	3
		Smile with mouth open	1	2	3	4	5	0	1	2	3
		Angry face	1	2	3	4	5	0	1	2	3
		Contract the lips	1 Gross asymmetry	2 Severe asymmetry	3 Moderate asymmetry	4 Slight asymmetry	5 Normal simmetry	0	1	2	3
Total Symmetry score at rest Total x 5		Total Voluntary movement score Total x4						Total score the synkinesia:			
Voluntary movement score _____ - (less)		Score at rest _____ - (less)		Score the synkinesia _____ = Total Score _____							

ANEXO 2 - Termo de Autorização Institucional


 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Compreensão e Validação da versão portuguesa da Escala Facial de Sunnybrook			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Juliana Madureira de Souza Lima Alonso			
6. CPF: 583.201.721-87		7. Endereço (Rua, n.º): PERDIZ 62 NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO Colonial Village PINDAMONHANGABA SAO PAULO 12424785	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (12) 3642-2217	10. Outro Telefone:	11. Email: jumadureira@uol.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 13 / 11 / 2017		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA VIDA CRISTA		13. CNPJ: 07.761.666/0001-01	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (12) 3648-8323	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Faxiana T. Lunardi Palhau</u>		CPF: <u>291.288.298-24</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora Centro Clínico</u>			
Data: 13 / 11 / 2017		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Autorizo a Faculdade de Pindamonhangaba Funvic a copiar total ou parcial para fins de estudo e pesquisas, e também a publicação de arquivos em PDF no Banco de Monografias da Biblioteca da Instituição.

Fabiana de Oliveira Siqueira

Josiane Aparecida da Costa

Juliana dos Santos Florentino

Pindamonhangaba, 21 de dezembro de 2017.