Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

JOÃO ALVES CARDOSO JÚNIOR

**“ASPECTOS CLÍNICOS, DEMOGRÁFICOS E
NEUROCOMPORTAMENTAIS EM PACIENTES COM ESPASMO
HEMIFACIAL”**

Ribeirão Preto

2018

JOÃO ALVES CARDOSO JÚNIOR

**Aspectos clínicos, demográficos e neurocomportamentais em
pacientes com espasmo hemifacial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção de título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. Vitor Tumas

Ribeirão Preto
2018

(VERSO)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Cardoso Jr, João Alves

Aspectos clínicos, demográficos e neurocomportamentais em
pacientes com espasmo hemifacial. / João Alves Cardoso Jr. – Ribeirão
Preto, 2017.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Neurologia.

Orientado.: Vitor Tumas

©reprodução autorizada pelo autor

Nome.: Cardoso Jr, João Alves

Nome.: Cardoso Jr, João Alves

Título.: Aspectos clínicos, demográficos e neurocomportamentais em pacientes com espasmo hemifacial

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Aprovado em.:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição.: _____

Julgamento.: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição.: _____

Julgamento.: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição.: _____

Julgamento.: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao criador das sincronicidades que vivi e que me conduziram até aqui. A quem eu considero como o Grande Arquiteto Do Universo – a Consciência que rege tudo que existe. Aprendi muito, reconheço e honro este aprendizado. Agradeço àqueles que contribuíram de qualquer forma para esta realização.

Aos pacientes, razão pela qual busco continuamente o conhecimento e a sabedoria para aplicá-lo, agradeço por se dedicarem ao estudo e compreenderem, cada um de sua perspectiva, que contribuíam com um bem maior.

À equipe do Departamento de Distúrbios de Movimento do HC FMRP, vocês foram peças fundamentais. Cada sugestão, auxílio e torcida tiveram contribuição. Agradeço a tudo, e desejo que cada um receba em troca toda a gentileza que prestaram durante esse tempo.

Ao professor Vitor Tumas, a quem agradeço a recepção como pós-graduando e o incentivo para esta imersão no universo acadêmico. Um mestre que me conduziu até esta experiência desafiadora e, ao mesmo tempo, fascinante.

Aos colegas e amigos de jornada, Herculano e José Guilherme, pela dedicação mútua, responsabilidade e atitude companheira neste período de desafios e aprendizados. Valeu *brothers*.

À Roberta, agradeço pela presença, incentivo e compreensão.

À minha família, que está sempre presente e torcendo, e que a cada ano se torna mais difícil citar cada um, agradeço por simplesmente existirem. A cada conquista tento honrar o privilégio de fazer parte e de estar entre vocês.

A minha gratidão!

RESUMO

CARDOSO, J.A. **Aspectos clínicos, demográficos e neurocomportamentais em pacientes com espasmo hemifacial**. 2018. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

O espasmo hemifacial (EHF) é um distúrbio de movimento caracterizado por contrações tônicas ou clônicas involuntárias, unilaterais, intermitentes e irregulares dos músculos inervados pelo nervo facial ipsilateral. Apesar de considerado como um transtorno benigno, promove influência significativa na qualidade de vida dos portadores através do comprometimento funcional físico e emocional que promove, englobando, desde o prejuízo na leitura e outras funções visuais, até o constrangimento social e distúrbios psiquiátricos associados, como depressão e ansiedade. **Objetivo.:** Descrever as características clínicas e demográficas, assim como a frequência de sintomas psiquiátricos de ansiedade generalizada, social e depressão, e a relação destes sintomas com a qualidade de vida nesta amostra de pacientes. **Métodos.:** 111 pacientes portadores de EHF primário foram avaliados. Foi aplicado questionário geral para coleta de dados demográficos e clínicos associados a evolução e tratamento do distúrbio de movimento com toxina botulínica. Os sintomas psiquiátricos foram avaliados através de escalas validadas para a população brasileira. A avaliação de qualidade de vida foi através de escala específica validada para avaliação funcional nos portadores de EHF. **Resultados.:** A idade média de início foi de $49 \pm 13,1$ (intervalo: 12 -77) e tempo de evolução até o diagnóstico de $3 \pm 1,5$ anos, com predomínio no sexo feminino (2,08:1). O lado esquerdo foi afetado em 61 (54,9%) pacientes e o músculo orbicular dos olhos foi o primeiro acometido na maioria dos casos (85,5%). Grande parte (n=87) referiu início insidioso e evolução gradual. Nervosismo, estresse e ansiedade são importantes contribuintes de piora do espasmo, relatado por mais de 82% (n=92) dos portadores de EHF, e momentos de relaxamento, tranquilidade, descanso e atividades de lazer foram responsáveis por aliviar o espasmo em 57 entrevistados. Mais de 90% (n=96) perceberam melhora importante do espasmo após aplicação de TXB, e 24,5% (n=26) relataram algum efeito adverso em última aplicação, sendo assimetria labial e ressecamento ocular os mais frequentes. Sobre os sintomas psiquiátricos, 41,7% (n=45) apresentavam pontuações que sugerem algum grau de depressão, até 56,4% (n=57) ansiedade generalizada e 34,2% (n=38) ansiedade ou fobia social. A leitura como domínio funcional físico e a vergonha, a tristeza e a preocupação com reação de outras pessoas foram os maiores prejuízos funcionais descritos nesses pacientes. **Conclusão.:** As

características clínicas e demográficas nos pacientes com EHF se assemelham a outras evidências descritas na literatura, assim como uma maior frequência de sintomas de depressão, ansiedade generalizada e fobia social nesta população. Os sintomas psiquiátricos, mais do que a gravidade do espasmo, apresentaram uma maior correlação com a qualidade de vida nesta amostra de pacientes.

Palavras-chave.: Espasmo hemifacial (EHF), características clínicas, características demográficas, sintomas psiquiátricos.

ABSTRACT

CARDOSO, J.A. **Clinical, demographic and neurobehavioral aspects in patients with hemifacial spasm**. 2018. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Hemifacial spasm (HFS) is a movement disorder characterized by involuntary, unilateral, intermittent, tonic or clonic contractions of muscles innervated by the ipsilateral facial nerve. Although considered as a benign disorder, it promotes a significant influence on the quality of life of the patients through the physical and emotional impairment it promotes, ranging from impairment in reading and other visual functions to social embarrassment, and associated psychiatric disorders, such as depression and anxiety. **Objective.:** To describe the clinical and demographic characteristics, as well as the frequency of psychiatric symptoms of generalized anxiety, social anxiety and depression, and the relation of these symptoms with quality of life in this sample of patients. **Methods.:** 111 patients with primary HFS were evaluated. A general questionnaire was used to collect demographic and clinical data associated with the evolution and treatment of the movement disorder with botulinum toxin (BTX). The psychiatric symptoms were evaluated through scales validated for the Brazilian population. The quality of life assessment was based on a specific validated scale for functional evaluation in patients with HFS.

Results.: The mean age at onset was 49 ± 13.1 (range: 12-77) and time to diagnosis of 3 ± 1.5 years, with a predominance of females (2.08 :1). The left side was affected in 61 (54.9%) patients and the orbicularis oculi muscles were the first affected in the majority of cases (85.5%). A large part ($n = 87$) reported insidious onset and gradual evolution. Nervousness, stress, and anxiety are important contributors to worsening spasm, reported by more than 82% ($n = 92$) of HFS patients, and moments of relaxation, tranquility, rest, and leisure activities were responsible for relieving spasm in 57 interviewees. More than 90% ($n = 96$) reported significant improvement of spasm after BTX application, and 24.5% ($n = 26$) reported some adverse effects in the last application, with lip asymmetry and ocular dryness being the most frequent. On the psychiatric symptoms, 41,7% ($n = 45$) presented scores that suggest some degree of depression, up to 56.4% ($n = 57$) generalized anxiety and 34.2% ($n = 38$) anxiety or social phobia. Reading as a physical functional domain and shame, sadness and concern for other people's reactions were the major functional losses described in these patients.

Keywords.: Hemifacial spasm (HFS), clinical characteristics, demographic characteristics, psychiatric symptoms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra de pacientes com espasmo hemifacial (EHF).....	22
Tabela 2. Dados clínicos gerais de uma amostra de pacientes com EHF.....	23
Tabela3. Dados relacionados ao diagnóstico do EHF em uma amostra de pacientes.....	25
Tabela 4. Dados referentes aos resultados obtidos com o tratamento com a aplicação de toxina botulínica uma amostra de pacientes com EHF.....	26
Tabela 5. Aspectos neuropsiquiátricos dos pacientes brasileiros portadores de EHF.....	28
Tabela 6. Correlação de Pearson entre escalas de avaliação de sintomas psiquiátricos, qualidade de vida e gravidade do espasmo hemifacial.....	32

LISTA DE GRÁFICOS / FIGURA

Gráfico 1. Representação do tempo médio de duração do efeito satisfatório após aplicação de TXB.....	27
Gráfico 2. Frequência de sintomas de sintomas depressivos segundo avaliação do Inventário de Depressão de Beck (IDB).....	29
Gráfico 3. Frequência de sintomas de sintomas depressivos segundo avaliação do Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9)	29
Gráfico 4. Frequência de sintomas de sintomas de ansiedade social segundo avaliação do Inventário de Fobia Social (SPIN)	29
Gráfico 5. Frequência de sintomas de sintomas ansiosos segundo avaliação do Inventário de Ansiedade de Beck (IAB).....	30
Figura 1. Descrição da escala de qualidade de vida (HSF-7)	31

LISTA DE SIGLAS

EHF	Espasmo Hemifacial
HFS-7	Escala de Qualidade de vida no espasmo hemifacial
IAB (<i>BAI</i>)	Inventário de Ansiedade de Beck
IDB (<i>BDI</i>)	Inventário de Depressão de Beck
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i> (Questionário sobre a Saúde)
SMC	Escala de graduação do espasmo hemifacial
SPIN	Inventário de Fobia Social
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TXB (<i>BTX</i>)	Toxina botulínica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
Justificativa para este estudo.....	16
2. OBJETIVO GERAL.....	16
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	16
3.1. População.....	16
3.1.1. Critérios de inclusão.....	17
3.1.2. Critérios de exclusão.....	17
3.2. Avaliação clínica geral.....	17
3.3. Instrumentos de avaliação.....	18
3.3.1. Escalas de avaliação especializada.....	18
3.3.2. Escalas autopreenchidas pelo paciente.....	19
3.4. Descrição da ordem de administração dos instrumentos.....	20
3.5. Análise de dados.....	20
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	33
6. CONCLUSÕES.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS.....	46
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
Protocolo de avaliação clínica do Espasmo Hemifacial.....	48
Mini Exame do Estado Mental.....	52
Escala SMC de graduação do EHF.....	54
CIBIC – <i>Clinician Interview-based Impression Change</i>	55
Inventário de Ansiedade de Beck.....	56
Inventário de Depressão de Beck.....	57
Inventário de Fobia Social.....	59
Questionário de Qualidade de Vida – HSF-7.....	60
Questionário sobre a saúde do paciente – PHQ-9.....	61

1. INTRODUÇÃO

O espasmo hemifacial (EHF) é um distúrbio do movimento benígno com tendência a cronificação, caracterizado tipicamente por contrações involuntárias irregulares e sincrônicas, tônicas ou clônicas, que acometem unilateralmente os músculos inervados pelo VII nervo craniano – ou nervo facial ^{1,2}. O primeiro músculo acometido é o orbicular dos olhos na maioria dos casos, e pode a se espalhar para os músculos da hemiface ipsilateral como o zigomático, o orbicular da boca ou o platisma ². Casos raros de EHF bilateral já foram documentados e, nessa circunstância, os espasmos não manifestam de forma sincrônica ou simetricamente em ambos os lados ^{3,4,5}. Além dos sintomas motores clássicos, outros sintomas sensitivos como parestesias ou dor, e disautônômicos, como o lacrimejamento, são descritos. Menos comumente, manifestações de estalidos auditivos paroxísticos por acometimento do músculo estapédio, redução de acuidade auditiva uni ou bilateral e paralisia facial sutil. ⁶

O espasmo geralmente surge entre os 30 a 50 anos de idade, e é mais prevalente em mulheres e asiáticos ^{4,7,8}. A evolução natural mais comum se dá por um início insidioso, geralmente percebido pelos pacientes como incômodo no rosto, que se propaga para outros músculos da hemiface, com piora gradual dos sintomas². Apesar de raros, casos de remissão espontânea já foram documentados em até 10% de portadores de EHF.⁹ A causa mais comum, denominado EHF primário ou idiopático, se deve à compressão do VII nervo craniano em sua emergência na fossa posterior craniana por uma alça vascular envolvendo, na maioria dos casos, as artérias cerebelares inferiores anteriores e cerebelares inferiores posteriores e, em menor frequência, artéria basilar e cerebelar superior. ^{10,11}

A desmielinização focal segmentar do nervo facial causada pelo conflito neurovascular e a subsequente excitação ectópica com transmissão nervosa anormais ou “efáptica”, como exemplificado por alguns autores, ainda são justificados como principal mecanismo fisiopatológico do espasmo^{12–15} Um estudo recente demonstrou experimentalmente que a hiperexcitabilidade no núcleo motor por um mecanismo de retroalimentação (*feedback*) irritativa, secundária a compressão e atrito com o nervo facial, provoca a liberação de neurotransmissores da adventícia vascular da artéria envolvida no conflito, e isso representa um componente importante na gênese do espasmo, reforçando a hipótese da contribuição mista do sistema nervoso central e periférico nos espasmos hemifaciais primários.¹⁶ Causas secundárias são raras e podem ser decorrentes de lesões expansivas que comprimem o nervo facial ou por lesões centrais que acometem seu núcleo, no tronco encefálico.^{2,6}

Frequentemente os portadores de EHF apresentam constrangimento, estresse emocional e medo de estigmatização social, além de muitos apresentarem desconforto ocular e visual em decorrência dos piscamentos unilaterais anormais. A frequência e a intensidade desses piscamentos podem levar ao prejuízo funcional da visão ao torná-la monocular de maneira intermitente. Muitos pacientes relatam que os espasmos se intensificam em situações de estresse e ansiedade - o que alguns até consideram ser a causa de seu problema, e outros fatores como conversar, ler, bocejar ou exposição a estímulos luminosos também podem agravar o espasmo.^{4,5,17,18} De forma contrária, há relatos que momentos de relaxamento e tranquilidade, exercício físico e truques sensitivos - como massagem facial ou deslizar o dedo pelo lado do rosto afetado - parecem atenuar a frequência e intensidade dos movimentos anormais.^{18,19}

Manifestações não-motoras psiquiátricas também são prevalentes. Os sintomas de ansiedade e depressão são mais frequentes nos pacientes portadores de EHF quando comparado a sujeitos normais.²⁰⁻²⁶ Além da ansiedade generalizada, outro transtorno frequente nesses pacientes é o de ansiedade social (ou fobia social)^{26,27}. Esta síndrome é caracterizada pelo medo ou evitação de situações que possam expor a pessoa a críticas ou julgamentos enquanto realizam tarefas específicas ou interagem socialmente. Este medo de humilhação ou constrangimento culmina em isolamento e disfunção social. Geralmente o Transtorno Ansiedade Social (TAS) é uma entidade clínica distinta, mas pode decorrer secundariamente a algumas doenças crônicas, como as distonias e outros movimentos involuntários como o espasmo hemifacial, devido a desfiguração que provocam.²⁷ Os transtornos psiquiátricos, especialmente a ansiedade e a depressão, são frequentemente subdiagnosticados ou subestimados nos portadores de EHF, e quando não identificados e tratados de forma adequada podem gerar um ciclo vicioso e com impacto negativo significativo na qualidade de vida dos pacientes.^{8,20,21,23}

O efeito na qualidade de vida provocada pelo EHF é evidente, principalmente quando o distúrbio não é diagnosticado de forma correta. Um estudo brasileiro apresentou que o erro no diagnóstico ou ausência de uma definição segura sobre a patologia são situações frequentes em unidades primárias de assistência à saúde, e esse atraso no diagnóstico implica em um início tardio da assistência terapêutica específica, associando-se a um prejuízo funcional físico e emocional prolongado que, somados aos transtornos mentais secundários, contribuem para uma pior morbidade.²⁸ Entre os principais fatores descritos como causadores desse impacto estão: a gravidade dos espasmos, a má resposta aos tratamentos utilizados e a presença de sintomas psiquiátricos.^{20,29-31} Alguns autores documentaram que os sintomas não-motores associados aos espasmos hemifaciais como

dor, parestesia facial, lacrimejamento, tinitus e mesmo os transtornos psiquiátricos de ansiedade e depressão melhoram com o tratamento e controle do distúrbio de movimento, com consequente melhora funcional e da qualidade de vida.^{21,32,33}

O tratamento do EHF primário com drogas orais sistêmicas é insatisfatório. O tratamento cirúrgico é realizado com uma abordagem na fossa posterior para resolução do conflito neurovascular através da separação mecânica das estruturas. Este procedimento é realizado apenas em casos especiais e, quando bem indicado e feito por mãos experientes, representa uma alternativa bem eficiente.^{4,11,34,35} O tratamento ainda recomendado para a maioria dos casos é a aplicação regular de toxina botulínica (TXB) na face a intervalos de 3 a 6 meses.^{2,36} Essa abordagem terapêutica tem evidências sólidas e consistentes de eficácia na literatura médica, pois promove a redução dos espasmos e melhora a qualidade de vida em 80% a 90% dos pacientes associado à melhora, inclusive, dos sintomas não-motores psiquiátricos.^{17,32,37,38} Entretanto, os efeitos da toxina são efêmeros e os espasmos reaparecem após algumas semanas e, além disso, é comum que os pacientes apresentem alguns eventos adversos transitórios decorrentes da aplicação, especialmente fraqueza de musculatura facial com assimetria (90%), equimoses locais (20%), diplopia (2,4 - 13%), etc.^{21,39,40} Por ser menos invasivo, por apresentar resposta satisfatória e, considerando os efeitos colaterais como sendo mínimos e temporários, a escolha terapêutica conservadora por aplicações regulares de TXB geralmente precede a alternativa cirúrgica.^{35,39} As evidências satisfatórias a longo prazo com tratamento cirúrgico tem sugerido, de acordo com Soriano e colaboradores (2015), uma indicação mais frequente desta estratégia terapêutica, principalmente em casos com pouca resposta à aplicação de toxina ou com comprometimento funcional importante¹¹ e, apesar desta descrição na literatura, o tratamento mais eficaz instituído na população brasileira com EHF ainda é a aplicação intermitente de TXB.⁴¹

Postula-se um mecanismo duplo de efeito da toxina botulínica terapêutica para a melhora dos sintomas psiquiátricos. Primeiramente, a inibição dos espasmos em si, que além de reduzir o constrangimento social promove ganho de funcionalidade do paciente. O outro mecanismo decorre da hipótese de retroalimentação (*feedback*) do nervo facial. De acordo com esta teoria, os músculos da face e as expressões faciais que cursam com franzimento da testa enviam um *feedback* negativo ao sistema nervoso central (amígdala), contribuindo com a depressão em alguns indivíduos. A denervação motora destes músculos com aplicação de TXB reduz a resposta sensitiva aferente do trato trigeminal ao tronco cerebral e amígdalas, reduzindo a hiperatividade nesta região – que é associada a manifestações de ansiedade e depressão.²

Enfim, apesar do EHF ser, em geral, considerado como um problema simples e benígno, ele pode acarretar inúmeros problemas funcionais e comportamentais que comprometem significativamente a qualidade de vida do paciente.

Justificativa para este estudo.:

Este estudo propõe realizar uma avaliação e descrever os aspectos clínicos e demográficos de uma população de pacientes brasileiros, adultos e portadores de EHF. Fato é que os portadores de EHF apresentam frequentemente transtornos de ansiedade, de depressão e, em muitos casos, de fobia social (ansiedade social), e descrever a prevalência destes sintomas psiquiátricos neste perfil de pacientes reforçaria a ideia da necessidade de uma abordagem terapêutica ampla e assistencial multidisciplinar para esta moléstia. E não há estudo brasileiro, até o momento, que descreve o mesmo perfil de pacientes contendo esta amostragem, bem como a frequência dos transtornos mentais.

2. OBJETIVO GERAL.:

Descrever as características demográficas e clínicas dos portadores com EHF e a intensidade dos sintomas de depressão, ansiedade e fobia social nesta amostra de pacientes, assim como a relação destes transtornos com a qualidade de vida.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.:

Estudo observacional transversal e descritivo, pelo período de setembro de 2016 a abril de 2017, em um único centro terciário de avaliação de pacientes com distúrbios de movimento na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo.

3.1 População

Foram recrutados para esse estudo todos os pacientes com diagnóstico de EHF primário atendidos no ambulatório de aplicação de toxina botulínica ou de distúrbios do movimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCRP), que preenchiam os critérios de inclusão e que faziam acompanhamento para seguimento clínico e/ou aplicações regulares da TXB. Os pacientes foram convidados a participar na ordem sequencial em que se apresentaram para as suas consultas de rotina no ambulatório. Ao todo foram abordados 118 pacientes, sendo que 7 destes foram excluídos por apresentarem baixos valores de desempenho cognitivo no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou por apresentarem dificuldades por outro motivo em concluir os questionários. Ao final foram incluídos um total de 111 pacientes. Aqueles que aceitaram

participar da pesquisa assinaram o Termo geral de Consentimento Livre e Esclarecido apropriado (Anexo), aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o número 2.0 na data de 20/09/16, sob parecer de registro número 1.744.891.

3.1.1 Critérios de inclusão

- Diagnóstico clínico de EHF típico realizado por neurologista especializado em distúrbios do movimento;
- Idade acima de 18 anos;
- Escolaridade igual ou superior a 3 anos.

3.1.2 Critérios de exclusão

- Pacientes que apresentaram baixa pontuação do Mini Exame do Estado Mental, considerando a escolaridade, ou que não responderam o questionário completamente;
- Recusa em participar do estudo.

Os pacientes que não haviam sido submetidos à primeira aplicação de TXB (n = 5) não foram excluídos do estudo, no entanto as perguntas que envolviam o tratamento com a toxina não foram aplicadas a esses voluntários.

3.2 Avaliação clínica geral

Todos os pacientes foram avaliados no mesmo dia em que realizaram seu atendimento habitual nos ambulatórios. Eles foram examinados por médicos neurologistas, psicólogos e por uma enfermeira especializada em movimentos anormais, que conferiram os critérios para inclusão e exclusão no estudo e realizaram avaliação cognitiva breve pela aplicação do MEEM. Foram coletados os dados clínicos e demográficos e, em sequência, realizados uma avaliação atual da intensidade e gravidade dos espasmos faciais por neurologistas especialistas em distúrbios do movimento. Seguiu-se com resposta dos pacientes aos questionários autoaplicáveis – também descritos abaixo. Todos os indivíduos foram avaliados na data do seu retorno para aplicação da toxina botulínica e, portanto, estavam a pelo menos 13 semanas da última dose do medicamento.

As avaliações realizadas foram:

1. Checagem dos critérios de inclusão e exclusão;
2. Assinatura do TCLE após informação completa sobre o estudo;
3. Obtenção de dados clínicos gerais e demográficos;

4. Administração das escalas autoaplicáveis.

3.3 Instrumentos de avaliação

3.3.1 Escalas de avaliação especializada

- Um questionário geral foi formulado para coletar características sociodemográficas e clínicas. Entre as questões que compunham o formulário estavam: os dados demográficos (idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil. etc) e as perguntas relacionadas aos aspectos clínicos do EHF. As perguntas clínicas envolvem os aspectos de início, evolução, forma de manifestação atual, fatores associados, diagnóstico e tratamento. Muitas das questões realizadas exigiam respostas objetivas com alternativas pré-definidas de forma categóricas (p.ex., “sim”, “não”, “não sei”), outras perguntas exigiam respostas descritivas, porém de caráter voluntário, ou seja, sem sugestionamentos do aplicador, por exemplo: “qual o truque utilizado para atenuar os espasmos?”, “que outros fatores melhoram ou pioram o espasmo”, “descreva a flutuação do espasmo”, etc. Outra forma de resposta exigida aos pacientes foi através de escala analógica visual graduado em percentual de 0% a 100% onde seria questionado ao paciente sobre sua percepção de piora dos espasmos com estresse ou percentagem de melhora após aplicação da toxina botulínica. (Anexo)

- Mini-exame do estado mental - Mini Mental State Examination (MMSE) - escala publicada em 1974 para avaliação do estado cognitivo global de todos os pacientes.⁴² Trata-se de um instrumento amplamente utilizado, constituído de 11 questões e pontuação máxima de 30. Sua interpretação é dependente da escolaridade. Foi validado para a população brasileira em 1994.⁴³

- Sistema de graduação SMC – Utilizada para avaliação da gravidade atual dos espasmos hemifaciais. A escala categoriza a gravidade do espasmo em quatro grupos (grau I - espasmos localizados em região periocular; grau II - espasmos se espalham por para outros locais da face ipsilateral acometendo outros músculos: orbicular da boca, zigomático, frontal e platisma; grau III - interferência na visão por espasmos tônicos frequentes; grau IV - desfiguração assimétrica).³¹

- (Clinician Interview-Based Impression of Change - CIBIC) - Entrevista baseada na avaliação clínica para registro da percepção subjetiva de cada paciente sobre o efeito do tratamento com toxina botulínica. O paciente graduava, em uma escala ordinal de 7 categorias, a alternativa que melhor correspondia a sua percepção individual do efeito

do tratamento. As alternativas compreendiam desde “piora significativa” a “excelente melhora” – após a aplicação de TXB.⁴⁴

3.3.2 Escalas autopreenchidas pelo paciente

- Escala de ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* – BAI) - Instrumento de 21 questões de múltipla escolha, graduadas de 0 a 3, com escore máximo de 63, validado para o português. Escores de 8 a 15 sugerem ansiedade leve, de 16 a 25 moderada e maior que 25 ansiedade grave.⁴⁵⁻⁴⁷

- Escala de depressão de Beck II (*Beck Depression Inventory* – BDI) - Instrumento de 21 questões de múltipla escolha, graduadas de 0 a 3, com escore máximo de 63, validada para o português. Escores de 14 a 19 sugerem depressão leve, de 20 a 28 moderado e maior que 28 depressão grave.^{46,48}

- Inventário de Fobia Social (*Social Phobia Inventory* - SPIN) - Questionário de 17 itens que identificam sintomas de medo, evitação e sintomas fisiológicos desconfortáveis associados. Cada um dos 17 itens é graduado em escala de 0 a 4, com o maior escore correspondendo ao maior sofrimento. O escore total varia de 0 a 68. Assumindo um valor de corte de 19, há uma sensibilidade de 72% e especificidade de 84% em classificar pacientes com ou sem ansiedade social, sendo um excelente método para quantificar os sintomas deste transtorno mental e para acompanhamento terapêutico.⁴⁹

- HFS-7 - Avaliação da qualidade de vida em pacientes com EHF, é um instrumento composto por sete itens relacionados aos domínios físicos (itens 1 a 3), principalmente associados a visão, como dirigir, ler e assistir televisão e domínios emocionais e psicossociais (itens 4 a 7) como bem-estar, sentimento de vergonha e de estigmatização. Cada questão é graduada de 0 (zero) ou “normal”, que quantifica melhor funcionalidade, a 4 (“gravemente incapacitado”) – com pior funcionalidade. Foi correlacionada com a escala de avaliação de qualidade de vida SF-36, sendo reconhecida como um breve instrumento de avaliação de qualidade de vida nos pacientes com EHF, indicando melhor qualidade de vida com escores baixos. Apesar de ainda não ser validada no Brasil, é uma escala sensível na detecção de alterações funcionais e é utilizada para acompanhamento e avaliação da resposta ao tratamento. Em geral, cada item é valorizado individualmente, sendo os valores absolutos de pouca utilidade para qualificação funcional.⁵⁰

- Questionário sobre a saúde do paciente (*Patient Health Questionnaire* - PHQ-9), instrumento traduzido e validado para o português ⁵¹ que consiste em nove itens baseados nos critérios diagnósticos de depressão maior proposto pelo Manual Diagnóstico

e Estatístico de Distúrbios Mentais, 4ª edição (DSM - IV). Desenvolvida para rastrear sinais e sintomas de depressão maior e graduar a sua intensidade, cada uma das questões requer que o paciente classifique a frequência dos sintomas depressivos que experimentaram nas últimas duas semanas antes da avaliação. Valores para cada item atingem de 0 ("Nunca") a 3 ("Quase todos os dias"). Valores entre 10 a 14 indicam sintomas depressivos moderados; escores entre 15 e 19 indicam depressão maior moderada e escores de 20 ou superiores indicam depressão maior grave.⁵²

Os pacientes que apresentaram sintomas evidentes de ansiedade ou depressão detectados pelas escalas foram encaminhados para avaliação em outra ocasião por um psiquiatra. Esse procedimento se deu, entre outros motivos, para confirmação do problema psiquiátrico e para devida assistência e tratamento adequados, porém estes diagnósticos não foram documentados no estudo.

3.4. Descrição da ordem de administração dos instrumentos

Os pacientes foram avaliados no dia de sua consulta habitual no ambulatório para aplicação de toxina botulínica. Eram avaliados clinicamente quanto ao espasmo hemifacial e conduzidos para aplicação da medicação conforme a rotina do ambulatório. Após isso eram abordados quanto à escolaridade e interesse em participar do estudo. A partir daí era realizada aplicação do MEEM e questionados os dados demográficos e clínicos.

Se o paciente não apresentasse dificuldades com a leitura ou escrita, as escalas de sintomas psiquiátricos e qualidade de vida eram fornecidas para autoaplicação. Após essa etapa, um examinador avaliava se todas as perguntas haviam sido respondidas ou se havia alguma dúvida. Se o paciente possuísse baixa escolaridade ou dificuldade em responder o questionário, um examinador treinado aplicava ou auxiliava com a leitura das escalas psiquiátricas e de qualidade de vida aos pacientes. Se por alguma razão o paciente desistisse de preencher ou participar, a entrevista era encerrada. O tempo total de aplicação de todos os questionários variaram entre 60 a 90 minutos.

3.5. Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas pelo software SPSS 20. As variáveis numéricas foram caracterizadas em média e desvio-padrão (DP). A significância estatística entre as variáveis categóricas foi acessada através do teste chi-quadrado (χ^2). Foi utilizado da correlação (r) de Pearson para descrever associações recíprocas entre as variáveis categóricas. Valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo para as análises.

4. RESULTADOS

Ao todo foram convidados a participar 118 pacientes, sendo que 7 foram excluídos por apresentarem baixos valores de desempenho cognitivo no MEEM ou por apresentarem dificuldades de alguma forma em concluir os questionários. Ao final foram incluídos para análise dos dados o total de 111 pacientes. Os dados demográficos básicos desses pacientes estão descritos na **Tabela 1**.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de amostra de pacientes brasileiros com espasmo hemifacial (EHF)		
Número total de pacientes avaliados		111
Idade média (desvio-padrão)		61,6 (10,5)
Escolaridade média (desvio-padrão)		8,2 (4,17)
Sexo (F/M)		75/36 (2,08)
% Mulheres		67,6%
Escore no MEEM (média $\pm$ DP)		26,5 $\pm$ 2,3
Estado Civil		
	Casado	65 (58,5%)
	Solteiro	9 (8,1%)
	Viúvo	24 (21,6%)
	Divorciado	11 (9,9%)
	Amasiado	2 (1,8%)
Raça		
	Branco	74 (66,6%)
	Negro	10 (9%)
	Pardo	18 (16,2%)
	Oriental	9 (8,1%)
Atividade profissional		
	Autônomo	50 (45%)
	Ativos com carteira	29 (26,1%)
	Aposentados	31 (27,9%)
	Inativos	1 (0,9%)

Trata-se, portanto, de uma amostra de 111 pacientes constituída predominantemente pelo sexo feminino (67,6%) com relação de 2,08:1 (F/M), idade média de 61,6 anos (mínimo de 27 e máximo de 84 anos), escolaridade média de 8,2 anos (mínimo de 3 e máximo de 17 anos). A maioria se declarou como raça branca (66,6%), 9% (n=10) negra e 8,1% (n=9) oriental. Os dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) demonstraram que 45,22% dos brasileiros se declaram brancos, 45,06% como pardos, 8,86% como negros, 0,47% como orientais e 0,38% como indígenas. No estado de São Paulo, 51,4% se declaram brancos, 14,5% pardos, 8,9% negros e 1,9% orientais.⁵³

Os dados clínicos gerais são exemplificados na **Tabela 2**.

Tabela 2. Dados clínicos gerais de uma amostra de pacientes com EHF		
Número total de pacientes		111
Idade de início dos sintomas (média ± DP) (anos)		49 ± 13,1 (12 – 77)
	Antes de 20 anos	3 (2,7%)
	Entre 21 a 30 anos	7 (6,3%)
	Entre 31 a 40 anos	22 (19,8%)
	Entre 41 a 50 anos	27 (24,3%)
	Entre 51 e 60 anos	31 (27,9%)
	Acima de 60 anos	21 (18,9%)
Lado da face afetado pelo espasmo (D/E)		50/61 (0,8:1)
História familiar de EHF		9 (8,1%)
Localização inicial dos espasmos		
	Pálpebra	95 (85,5%)
	Boca	28 (25%)
	Fronte	4 (3,6%)
	Pescoço (platisma)	1 (0,9%)
Localização atual dos espasmos		
	Pálpebra	111 (100%)
	Boca	105 (94,5%)
	Fronte	33 (29,7%)
	Pescoço (plastisma)	58 (52,2%)
	Outro (orelha e nariz)	7 (6,3%)
Presença de um fator desencadeante		29 (26%)
Instalação do quadro		
	Início lento/gradual	87 (78,4%)
	Início agudo/subagudo	24 (21,6%)
Presença de história prévia de paralisia facial		5 (4,5%)

Tabela 2 (cont.). Dados clínicos gerais de uma amostra de pacientes com EHF

Presença de história prévia de paralisia facial		5 (4,5%)
Presença de fatores que pioram o espasmo		
	Nervosismo	46 (41,4%)
	Estresse	29 (26,1%)
	Ansiedade	17 (15,3%)
	Leitura	10 (9%)
Presença de fatores que melhoram o espasmo		
	Relaxar, acalmar, tranquilizar, descansar	48 (43,2%)
	Outros (ouvir música, lazer, fazer artesanato)	9 (8,1%)
	Nada ("não sabe", "não percebe")	25 (22,5%)
Percepção positiva de flutuação dos espasmos ao longo do dia		55 (49,5%)
Percepção de que pode controlar os espasmos		50 (45%)
	A qualquer momento	19 (17,1%)
	Apenas sob efeito da TXB	22 (19,8%)
	Quando efeito da TXB acaba	9 (8,1%)
Presença de truques para aliviar os espasmos		66 (59,4%)
	Massagear ou colocar a mão no rosto (n)	31
	Fechar olhos / apertar a boca / forçar musculatura da face	8
	Mascar chiclete / olhar no espelho / concentrar-se	5
	Não soube descrever	22
Gravidade atual dos espasmos (escala SMC)		
	Grau I	5 (4,5%)
	Grau II	77 (69,3%)
	Grau III	25 (22,5%)
	Grau IV	4 (3,6%)

Nessa população, os sintomas se iniciaram em média aos 49 anos, com mínimo de 12 anos, sendo 3 registros com idade de início antes dos 20 anos, e máximo de 77 anos. Maioria dos pacientes (72%) iniciaram os espasmos entre os 30 e 60 anos. Na maior parte dos casos o lado esquerdo do rosto foi o mais afetado (55%) e a pálpebra foi a localização inicial mais comum. Interessante que cerca de um quarto dos pacientes referiram a presença de um fator desencadeante para os espasmos, muitos descritos como traumas emocionais (morte familiar, afastamentos ou outras preocupações familiares) ou físicos como choque térmico (exposição ao calor e depois ao frio). Em 4,5% (n = 5) dos casos houve relato de episódio de paralisia facial periférica antecedendo o quadro clínico, sendo 4 descritos ipsilaterais e 1 contralateral aos espasmos. Nenhum referiu início do espasmo

em vigência da paralisia facial e também não apresentou, no momento da avaliação, evidência de paralisia facial sequelar. Destes pacientes, apenas 1 apresentava sincinesias, e ipsilaterais ao EHF.

A maioria dos pacientes descreveu início lento e gradual dos espasmos (78,4%), enquanto os demais disseram que o início foi agudo. Nestes casos, 29 (26%) referiram um evento precursor estressante ou gerador de grande ansiedade como brigas ou morte familiar, acidentes domésticos, etc.

A grande parte dos pacientes (82,8%) relatou espontaneamente que situações de nervosismo, estresse ou ansiedade pioravam os espasmos. Quando questionados, em sequência, se o estresse era um fator de piora, 91,9% (n=102) concordaram. Outros fatores relatados de piora foram a leitura (9%) e, em menor frequência, conversar, falar e assistir televisão. 43% (n = 48) referiram que “relaxar”, “acalmar”, “tranquilizar” e “descansar” são estratégias que melhoram os sintomas. 16,2% (n = 18) manifestaram que a aplicação de toxina como único fator de melhora e 22,5% (n = 25) não percebeu ou não sabia identificar algum fator.

Quase metade dos pacientes (49,5%) relatou que os espasmos flutuam significativamente ao longo do dia e 27% (n = 30), que os sintomas são mais frequentes e incomodativos a noite, perto da hora de dormir e ao se deitar na cama.

De maneira inesperada, 52 pacientes (46,8%) disseram conseguir controlar os seus espasmos, sendo que 19 deles referiram inibir os espasmos a qualquer momento e 22 disseram que só conseguem fazer isso quando estão sob efeito da toxina botulínica. Sessenta e seis pacientes (59,4%) disseram utilizar de manobras ou truques para atenuar ou aliviar os espasmos, mas apenas 44 deles souberam especificar que estratégia utilizam. 31 pacientes (27,9%) relataram que “fazer massagem no local” ou “colocar a mão no rosto” aliviava parcialmente os espasmos, enquanto que 8 referiram que “fechar os olhos”, “apertar a boca” e “forçar a musculatura da face” também amenizava. Outros pacientes (n = 5) relataram também que “mascar chiclete”, “se olhar no espelho”, “mexer na cabeça” ou “concentrar-se” eram estratégias que reduziam os sintomas.

Na nossa amostra, a maioria dos pacientes (n = 77) apresentava espasmos classificados como grau II na escala de gravidade SMC.

Os aspectos relacionados ao diagnóstico do EHF estão descritos da **Tabela 3**.

Tabela 3. Dados relacionados ao diagnóstico do EHF em uma amostra de pacientes com EHF		
Número total de pacientes		111
Intervalo de tempo de início até o diagnóstico (média $\pm$ DP)		3 $\pm$ 4,5 anos
Número de médicos consultados até o diagnóstico final.:		
	1	29 (26,1%)
	2	40 (36,1%)
	3	12 (10,8%)
	Mais de 4	15 (13,5%)
	Não sabiam	15 (13,5%)
Especialidade do médico que fez o diagnóstico.:		
	Neurologia / Neurocirurgia	88 (79%)
	Oftalmologia	5 (4,5%)
	Clínica Geral / Geriatria	6 (5,4%)
	Outra	2 (1,9%)

O tempo decorrido até o diagnóstico definitivo do EHF foi muito variável, com um tempo mínimo de menos de 1 mês a 20 anos desde o início dos sintomas. Os pacientes levaram em média 3 anos com os sintomas e a maioria (n= 82) precisou consultar mais de um profissional até que o diagnóstico fosse confirmado. A maioria dos casos (n=88) foram diagnosticados por um neurologista ou neurocirurgião.

Os dados referentes ao tratamento e resultados obtidos com a aplicação de toxina botulínica estão descritos na **Tabela 4**.

Tabela 4. Dados referentes aos resultados obtidos com o tratamento com a aplicação de toxina botulínica uma amostra de pacientes com EHF

Número total de pacientes	111
Nº total de pacientes que já fizeram tratamento com aplicações de TXB	106
Porcentagem de melhora segundo a escala visual analógica	
Melhora > 80%	86 (81%)
Sem melhora	0 %
Resultado segundo a CIBIC	
Sem melhora	0 %
Pequena melhora	10 (9,4%)
Muita melhora	39 (36,8%)
Excelente melhora	57 (53,8%)
Porcentagem de pacientes com eventos adversos na última aplicação	26 (24,5%)
Efeitos adversos relatados (considerado mais de um)	
Ptose	6 (5,6%)
Assimetria labial	9 (8,4%)
Ressecamento do olho	6 (5,6%)
Dor	4 (3,7%)
Diplopia	1 (0,9%)
Outros (prurido, edema, hematoma)	4 (3,7%)
Relata que após a aplicação de TXB o rosto “fica torto”	35 (31,5%)
Tempo para se verificar a melhora com a aplicação	
1 a 5 dias	63 (59,4%)
6 a 10 dias	9 (8,5%)
11 a 19 dias	23 (21,7%)
20 a 28 dias	10 (9,4%)
Não soube definir	1 (0,9%)
Duração do efeito referido “bom” da aplicação	
4 dias a 1sem 6 dias	48 (45,3%)
2 a 4 semanas	37 (34,9%)
8 a 12 semanas	10 (9,4%)
14 a 20 semanas	8 (7,5%)
Não soube definir	3 (2,8%)

De todos os pacientes considerados no estudo, 106 já faziam aplicação regular de TXB e 5 pacientes eram avaliados para primeira aplicação. Os dados descritos sobre os efeitos do tratamento se referem àqueles que aplicaram TXB pelo menos 1 vez. 81% (n = 86) dos indivíduos referiram uma melhora do EHF superior a 80% com o tratamento. Sobre a percepção subjetiva de melhora, graduada pela escala CIBIC, mais de 90% (n=96) referiram muita ou excelente melhora. 24,5% (n = 26) afirmaram apresentar algum efeito adverso após a última aplicação. Os mais comuns foram ptose e assimetria labial, correspondendo a quase 15% do efeito adverso por assimetria facial secundária a aplicação de TXB. Outros efeitos adversos queixados foram ressecamento ocular (5,6%), dor (3,7%) e, menos comumente, diplopia, prurido, edema e hematoma local. Quando questionados sobre a percepção do “rosto torto” como efeito do tratamento, obtivemos resposta positiva de 35 pacientes (31,5%).

Maioria dos pacientes (n = 63) percebiam melhora do espasmo já nos primeiros 5 dias após aplicação de TXB. 21,7% (n = 23) descreveram melhora entre a segunda e terceira semana após. No que se refere ao tempo de duração do efeito da TXB, grande parte (n = 85) dos pacientes relataram que um “bom” efeito dura em média de 1 a 4 semanas, sendo que apenas 18 (16,9%) alegaram que o efeito satisfatório perdura por mais de 2 meses. Não foram coletadas informações seguras sobre o número de aplicações e tempo de faziam tratamento, por isso não foram descritas. O **gráfico 1** representa o esquematicamente o tempo de duração médio de um bom efeito da aplicação de TXB.

Gráfico 1. Representação do tempo médio de duração do efeito satisfatório após aplicação de TXB.

Os valores dos escores psiquiátricos estão descritos na **Tabela 5**.

Tabela 5. Aspectos neuropsiquiátricos dos pacientes brasileiros portadores de EHF				
	Pacientes (n)	Escore médio (desvio-padrão)	Escore mínimo - máximo	Número de pacientes com escores indicando alteração*
BDI	108	13,56 (11,15)	0 - 48	45 (41,7%)
BAI	108	10,84 (10,5)	0 - 45	57 (52,8%)
SPIN	111	16,7 (14,2)	0 - 59	38 (34,2%)
PHQ-9	101	6.9 (6,26)	0 - 27	57 (56,4%)

*Escore que indicam alteração em cada escala.: BDI: se pontuação ≥ 14 (depressão leve); BAI: se pontuação ≥ 8 (ansiedade leve); SPIN: se pontuação ≥ 19 (presença de ansiedade social); PHA-9: se pontuação ≥ 10 (sintomas depressivos leves)

A análise descritiva mostra que 108 participantes responderam completamente o questionário de ansiedade (BAI), com pontuação média 10,84 (DP = 10,5), mínima de zero e máxima de 48. Mais de 50% (n = 57) apresentaram pontuações sugerindo algum grau de ansiedade (sintomas leves a graves). O mesmo número de pacientes (n = 108) completou o inventário de depressão (BDI), pontuando o mínimo de zero, máximo de 48 e média 13,5 (DP = 11,15). Todos responderam o Inventário de Fobia Social (SPIN) e a pontuação mínima foi de zero e a máxima de 59, com média de 16,7 (DP = 14,2). 101 pacientes responderam o questionário sobre a saúde (PHQ-9), evidenciando uma pontuação mínima de zero e máxima de 27, média 7,01 (DP = 14,17).

As frequências da intensidade dos sintomas psiquiátricos, categorizadas em gravidade e representadas pelos **Gráficos 2 a 5**, demonstram que, na avaliação pela IDB (Gráfico 2), 41,7% (n = 45) apresentaram, pela pontuação, sintomas depressivos com algum impacto. Destes pacientes, 16,7% (n=18) apresentam sintomas leves, 13% (n=14) sintomas moderados e 12% (n=13) sintomas graves. Quanto aos escores do PHQ-9 (Gráfico 3), sintomas leves a graves de depressão foram identificados em mais da metade dos pacientes (n = 57), sendo que 29,7% (n=30) estavam entre as categorias de sintomas moderados a graves.

Sintomas de fobia social (Gráfico 4) estavam presentes em 34,2% (n=38) dos pacientes. E quando considerado a avaliação de ansiedade pelo IAB (Gráfico 5), 52,8% (n=57) apresentaram algum grau de ansiedade e, destes, 30 (27,6%) estão como moderados a graves.

Frequência dos sintomas de depressivos pelo IDB

Gráfico 2. Frequência de sintomas depressivos segundo avaliação do Inventário de Depressão de Beck (IDB).⁴⁷ *Categorias.: Sem sintomas (ausentes: <14), Sintomas leves (14-19), sintomas moderados (20-28), sintomas graves (>28).*

Frequência de depressão pelo PHQ-9

Gráfico 3. Frequência de sintomas de sintomas depressivos segundo avaliação Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9).⁵¹ *Categorias.: Depressão leve (5 - 9), depressão moderada (10 - 14), depressão moderada-grave (15 - 20) e depressão grave (acima de 20).*

Frequência de fobia social (SPIN)

Gráfico 4. Frequência de sintomas de ansiedade social segundo avaliação do Inventário de Fobia Social (SPIN).⁴⁹ *Categorias.: Sem ansiedade social (0-18 pontos); com ansiedade social (acima de 19 pontos).*

Gráfico 5. Frequência de sintomas ansiosos segundo avaliação do Inventário de Ansiedade de Beck (IAB).⁴⁷ *Categorias.: Sem sintomas, Sintomas leves (8 – 15 pontos), sintomas moderados (16 – 25 pontos), sintomas graves (> 25 pontos).*

A qualidade de vida avaliada pela HFS-7 demonstrou pontuação mínima de zero e máxima de 23, média 8,3 (DP = 6,25). 83 (74,7%) pacientes relataram algum grau de prejuízo para leitura (graduados em leve, moderado sem perda funcional, moderado com perda funcional e gravemente incapacitado - quanto ao domínio questionado) e destes, 63 (56,7%) descreveram prejuízo moderado (com ou sem prejuízo funcional) e grave. Pode-se observar que as questões que envolvem o domínio emocional como sentir-se triste, com vergonha, evitação de contato visual e preocupação com opinião dos outros demonstraram, juntas, uma frequência maior de disfunção (73 [65,7%], 70 [63%], 67 [60,3%] e 64 [57,6%] pacientes, respectivamente) em relação aos domínios físicos como dirigir, ler e ver TV (29 [26,1%], 83 [74,7%] e 47 [32,3%], respetivamente).

A gravidade do prejuízo funcional de cada domínio avaliado pelo questionário HFS-7 está representada **Figura 1**.

Figura 1. Descrição de escala de qualidade de vida (HFS-7)⁵⁰. Representação individual do prejuízo funcional das questões 1 a 7.

Questão 1.: Prejuízo para dirigir

Questão 5.: Evitação de contato visual

Questão 2.: Prejuízo para ler

Questão 6.: Sentimento de vergonha

Questão 3.: Prejuízo para assistir TV/cinema

Questão 7.: Preocupação com reação de outras pessoas

Questão 4.: Causa de entristecimento

Prejuízo funcional pelo EHF (%)	Grau
	Normal = 0
	Prejuízo leve = I
	Prejuízo moderado sem perda funcional = II
	Prejuízo moderado com perda funcional = III
	Prejuízo grave = IV

Em análise de correlação (Pearson) entre as variáveis categóricas com sintomas psiquiátricos de depressão (IDB e PHQ-9), ansiedade generalizada (IAB) e social (SPIN), qualidade de vida (HFS-7) e gravidade do espasmo (SMC) foi demonstrada associação positiva significativa entre depressão e ansiedade social ($r = 0,637$ e $p < 0,001$) e ansiedade generalizada ($r = 0,730$ e $p < 0,001$). Houve correlação positiva entre os sintomas psiquiátricos e qualidade de vida ($r = 0,509$ e $p < 0,001$ para IDB; $r = 0,454$ e $p < 0,001$ para IAB; $r = 0,559$ e $p < 0,001$ para SPIN; $r = 0,493$ e $p < 0,001$ para PHQ-9). Não houve correlação estatística significativa entre a gravidade dos espasmos e a prevalência de transtornos psiquiátricos de depressão e ansiedade ($r = 0,100$ para IDB com $p = 0,300$; $r = 0,013$ com $p = 0,898$ para PHQ-9; $r = 0,009$ com $p = 0,926$ para IAB; $r = 0,068$ com $p = 0,478$ para SPIN). Não houve correlação significativa estatisticamente entre gravidade do espasmo e qualidade de vida ($r = 0,169$ e $p = 0,076$). A avaliação de correlação parcial demonstrou que a qualidade de vida tem maior associação com as comorbidades psiquiátricas do que a gravidade dos espasmos. Os valores das análises de correlação estão apresentados na **Tabela 6**.

Tabela 6. Correlação de Pearson entre escalas de avaliação de sintomas psiquiátricos, qualidade de vida e gravidade do espasmo hemifacial.

		SPIN	SMC	PHQ	HFS-7	IAB	IDB
SPIN	Pearson Correlation (r)	1	0,068	0,630	0,560	0,640	0,670
	p		0,478	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
SMC	Pearson Correlation (r)	0,068	1	0,013	0,169	0,009	0,100
	p	0,478		0,898	0,076	0,926	0,30
PHQ	Pearson Correlation (r)	0,630	0,013	1	0,490	0,780	0,740
	p	<0,001	0,898		<0,001*	<0,001*	<0,001*
HFS-7	Pearson Correlation (r)	0,559	0,169	0,493	1	0,450	0,510
	p	<0,001	0,076	<0,001		<0,001*	<0,001*
IAB	Pearson Correlation (r)	0,639	0,009	0,781	0,454	1	0,730
	p	0,000	0,926	<0,001	<0,001		<0,001*
IDB	Pearson Correlation (r)	0,637	0,100	0,737	0,509	0,730	1
	p	<0,001	0,300	<0,001	<0,001	<0,001	

IAB = Inventário de ansiedade de Beck; IDB = Inventário de Depressão de Beck; HFS-7 = Qualidade de vida no espasmo hemifacial; PHQ-9 = Questionário de avaliação de saúde do paciente (*Patient Health Questionnaire*); SMC = Gravidade do espasmo hemifacial; SPIN = Inventário de Fobia Social.

* Correlação é significativa para $p < 0,05$

5. DISCUSSÃO.:

O trabalho descreve uma amostra de 111 pacientes portadores de espasmo hemifacial e que fazem acompanhamento regular em centro especializado.

Assim como demonstrado em muitos estudos, há uma maior prevalência no sexo feminino.^{2,4,18,26,41,54} Outros estudos sugerem uma maior frequência de espasmos hemifaciais nos orientais, assim com em mulheres, porém o motivo dessa ocorrência ainda não é bem esclarecido, mas mantém-se a teoria de que possíveis variações anatômicas associados ao sexo e à raça, como o menor diâmetro da fossa posterior craniana, diante de variações estruturais vasculares locais associadas, levaria ao conflito neurovascular - principal mecanismo etiológico do EHF idiopático ou primário.⁵⁵⁻⁵⁸

A idade de início dos sintomas ($49 \pm 13,1$ anos) foi semelhante a alguns registros, que variaram a idade média de início em 42,6 a 48,3 anos^{5,17,18,41}, porém diverge de outros estudos, que demonstram uma idade média mais alta (50,9 – 59,9 anos).^{4,21,54,58} No nosso estudo, houveram 10 pacientes (9%) que referiram um início do EHF antes dos 30 anos, sendo 3 deles antes dos 20 anos. De todos que iniciaram precocemente, 7 (70%) eram do sexo feminino, 70% referiram início nos olhos e, curiosamente, todos tinham espasmo em hemiface esquerda. Nenhum destes referiu história familiar. A baixa frequência de início precoce do espasmo, semelhante às publicações de Zhang (2014) e Tan (2006) e colaboradores, nas quais descreveram uma prevalência de 1,3% (n=16) e 6,5% (n=15) de EHF iniciado na adolescência (menor que 18 anos) – e idade mínima de início aos 11 anos, e antes dos 30 anos – com documentação de idade mínima de início aos 6 anos, respectivamente, também sugere a raridade da manifestação em jovens, principalmente antes dos 18 anos. A ausência de outros estudos brasileiros que documentem um início precoce do espasmo, reitera que esta ocorrência é um fenômeno raro.^{59,60} Na população descrita daqueles estudos, as características clínicas de quem desenvolveu precocemente o espasmo se assemelham àqueles que iniciaram tardiamente, com predomínio em mulheres, com lateralidade do espasmo variável, músculo orbicular dos olhos sendo primeiro acometido, boa resposta com aplicação de TXB e etc. Apenas uma sintomatologia mais amena foi a diferença relatada no EHF de início precoce.

Não foram documentados neste estudo espasmo hemifacial bilateral até por ser, como foi dito, um evento raro. Em um estudo brasileiro onde foram resgatados histórico de 382 pacientes com EHF, apenas 2,6% (n=10) que portavam espasmos bilaterais foram documentados.⁶¹ Em um estudo chinês multicêntrico com 1003 pacientes portadores de EHF, apenas 10 (1%) foram descritos como portadores de espasmo bilateral¹⁸ e em outros estudos a prevalência esteve entre 0,6% a 5% de todos os casos.^{3,62} O início foi insidioso

na maioria e, assim como muitas publicações, a frequência dos espasmos foi maior do lado esquerdo (1:0,8).^{17,18,54,58,63} Apesar de um estudo em 321 pacientes indianos demonstrar uma frequência maior do espasmo à direita (1,2: 1), ainda sustenta-se a teoria de que a malformação congênita sistema vascular vertebrobasilar seja mais frequente à esquerda, o que aumentaria a frequência de conflito neurovascular deste lado.⁶⁴

Também assemelhando a diversas publicações, a hemiface superior foi a principal afetada pelo espasmo no início do quadro e 100% dos pacientes descreveram ter o acometimento dos músculos associados ao piscamento. Em algumas destas publicações, o início do espasmo no músculo orbicular dos olhos (associado ou não ao início no músculo orbicular da boca) esteve presente em mais de 90 % dos pacientes.^{4,5,17,18,21,58,63}

História familiar foi afirmada por um total de 9 (8,1%) pessoas, sendo que 3 delas eram de descendência oriental. O EHF familiar é descrito na literatura, porém é raro, sendo a manifestação esporádica a mais usual.^{15,65}

Evidência comum é que o estresse, a ansiedade e o nervosismo são fatores importantes que interferem na frequência e intensidade do espasmo, sendo relatados por 82,4% dos pacientes e, de forma contrária, momentos de relaxamento e tranquilidade são descritos como fatores notáveis de alívio. Neste estudo, outro fator importante relativo à piora foi a leitura, identificado em até 31% (n = 318) dos portadores de EHF em outros estudos.^{4,18} De forma interessante, quase metade dos pacientes referiram - apesar de ser um movimento involuntário - conseguir controlar o espasmo, intencionalmente, em algum momento (com ou sem efeito da toxina), e quase um quinto disse conseguir inibir a qualquer momento. Não foi identificado na literatura evidências seguras que justificassem essa ocorrência – além da utilização de truques sensitivos.^{2,19}

Maioria relatou algum truque para atenuar os espasmos, e massagear e colocar a mão no rosto foram as principais estratégias, reiterando o que Loyola e colaboradores (2013) demonstraram em um estudo brasileiro, que mais de um terço dos portadores dos EHF avaliados apresentavam algum truque sensitivo, e massagear a hemiface ou deslizar os dedos no lado afetado foram os meios mais utilizados e eficazes.¹⁹ De uma forma contraditória, fechar os olhos, apertar a boca e forçar a musculatura da face também foram outros truques ditos eficazes por alguns pacientes. Mas Loyola também questionou se talvez não fosse um simples alívio do espasmo durante a compressão local da musculatura facial. Foi interessante observar que quando interrogados sobre os fatores associado à piora do espasmo, “ansiedade”, “estresse” e “nervosismo” foram as principais expressões espontâneas, porém quando questionados objetivamente se o estresse piorava os

espasmos, o número de respostas positivas chegou a mais de 90%. 82 pacientes definiram uma piora causada pelo estresse, na escala analógica de percentual, superior a 50%.

Flutuações diárias dos espasmos foram referidas por quase metade dos pacientes. A maior queixa foi no fim da tarde ou período noturno, principalmente ao deitar. Apesar de não ter sido objetivo uma avaliação qualitativa do sono nesses pacientes, já foi definido por outros autores que o fato do espasmo, em alguns casos, piorar a noite, e em outros, até persistir durante o sono, pode gerar insônia e piorar a morbidade da doença.^{2,8,66} E de forma contrária, Batla (2012) e colaboradores descreveram que dormir foi o principal fator de alívio em grande parte dos portadores de EHF (44,2%).⁵

Apenas 5 (4,5%) pacientes possuíam história prévia de paralisia facial periférica e apenas um deles relatou movimentos anormais sugestivos de sincinesias antes do início de tratamento com toxina botulínica. Quanto às comorbidades conhecidas, 80,1% (n=89) apresentavam doenças crônicas das quais faziam acompanhamento regular ou não. Hipertensão arterial crônica foi a mais prevalente, semelhante aos dados encontrados por Oliveira (1999), Defázio (2000) e colaboradores.^{64,67} Estes autores referiram uma possível associação entre esta comorbidade e o EHF, por acreditar-se que níveis pressóricos elevados contribuiriam com a aterosclerose e com as deformações vasculares (ectasias), ou mesmo que compressões vasculares do tronco cerebral - a nível do centro vasomotor - poderiam culminar com hipertensão arterial secundária. Um estudo que demonstra a melhora dos níveis pressóricos após descompressão cirúrgica do conflito neurovascular sustenta a teoria de hipertensão arterial (neurogênica) associada à compressão do tronco cerebral por vasos anormais.⁶⁸ De outro lado, Tan (2003), Nakamura (2007), Rudzinska (2016) e colaboradores não encontraram essa associação significativa direta entre a elevação de níveis pressóricos arteriais e a compressão vascular na emergência do VII nervo craniano ocasionando o EHF, e descreveram que fatores genéticos ou associados a raça (p.ex., asiáticos) tem uma maior relação como fator de risco do que a própria hipertensão arterial. No entanto, consideraram significativa a relação entre uma maior frequência de hipertensão arterial em portadores de EHF que possuíam uma compressão mais importante do tronco cerebral pelo conflito vascular, que foi graduado em estudo de imagem por ressonância magnética.⁶⁹⁻⁷¹

Diabetes mellitus ou pré-diabetes seguiram como outras moléstias associadas mais prevalentes, sendo que um terço se dizia portador destas condições. Outras doenças menos frequentes relatadas foram hipotireoidismo, depressão, ansiedade e doença coronariana/ arritmia. Importante observar a frequência relativamente baixa de “depressão” e “ansiedade” como comorbidades associadas relatadas. Pode-se inferir, diante dos

achados do estudo quanto à intensidade dos sintomas, que os transtornos psiquiátricos nesta população estão subdiagnosticados e isso reflete um prejuízo na qualidade de vida quando não são abordados e tratados adequadamente.^{8,20,21,23,30}

Antes do diagnóstico, maioria dos pacientes consultou com 2 ou mais médicos, e 15 pacientes consultaram 10 médicos ou mais. As especialidades preponderantes que realizaram o diagnóstico foram neurologia ou neurocirurgia. Um estudo brasileiro demonstrou que, de uma população de 66 portadores de espasmo, 29 (43,9%) não receberam nenhum tipo de diagnóstico diferencial em primeira avaliação e, daqueles que receberam, 37,8% foram diagnóstico de transtorno psicogênico, 29% definidos como tic e 9% como paralisia facial.²⁸ Assemelhando-se à publicação de Martinez (2014) e colaboradores, a frequência aumentada de números de médicos consultados até o diagnóstico nesta pesquisa sugere uma dificuldade em se reconhecer e diagnosticar a doença. Isso se justificaria também pela pouca familiaridade de algumas especialidades médicas com o transtorno ou mesmo pelo desconhecimento do EHF e sua de apresentação clínica.

A baixa prevalência de pessoas que fizeram uso ou ainda usam medicações orais para controle dos espasmos confirmam que existe alguma eficácia, porém limitada, do uso destas drogas para controle do EHF, principalmente as anticonvulsivantes como carbamazepina, clonazepam e gabapentina.^{6,12,72,73} Os fatores que geralmente limitam o uso de terapia oral sistêmica são a eficácia inconsistente e os efeitos colaterais que se sobrepõem, como fadiga, exaustão e sedação.⁷⁴ Daniele e colaboradores (2001) demonstraram um efeito clínico significativo do uso da gabapentina em um grupo de portadores de EHF não elegíveis para tratamento com TXB ou descompressão cirúrgica. Foi observado uma melhora dos espasmos em 16 (69,6%) pacientes em uso deste medicamento.⁷⁵

A aplicação de toxina botulínica já é um tratamento bem instituído e com a consciência científica da eficácia.^{2,4,8,17,33,40,76} Todos os pacientes que já faziam aplicações referiam alguma melhora com o tratamento e maioria descreveu uma melhora superior a 80% em escala analógica visual de percentual, confirmado pela graduação subjetiva para escala CIBIC, onde maioria referiu muita ou excelente melhora com o tratamento.

Grande parte de quem recebeu o tratamento referiu melhora nos primeiros dias, assemelhando-se a outras publicações, que descrevem percepção de melhora até o 6º dia após aplicação de toxina.^{2,18} Neste estudo pudemos observar que maioria referiu que, ao fim do primeiro mês, já sentiam os efeitos benéficos da toxina passarem e reinício dos espasmos e, em mais de 90%, o EHF já havia retornado de forma importante ao final do

terceiro mês. Apenas 1 (0,9%) paciente apresentou remissão espontânea do espasmo e já não fazia aplicação há mais de 12 meses - e o mesmo havia recebido 2 aplicações de TXB anteriores. Os efeitos adversos da última aplicação estiveram presentes em um quarto dos pacientes e os relacionados a paresia facial (ptose, assimetria labial e facial) corresponderam a dois terços da frequência. Yu (1992), Yaltho (2011), Wang (2014) e colaboradores, assim como Barbosa (2010), que avalia o tratamento com TXB nos últimos anos, descreveram uma prevalência semelhante de eventos adversos, predominando ptose, diplopia e paresia facial leve. Outras complicações foram relacionadas ao trauma (hematoma, edema, dor). Prurido e ressecamento dos olhos também foram efeitos adversos descritos. A utilização de doses baixas iniciais de toxina com titulações progressivas baseando-se na resposta clínica são estratégias recomendadas para redução dos efeitos adversos.^{6,18,39-41}

Os sintomas psiquiátricos foram prevalentes nessa população. A avaliação pelo IAB descreveu uma frequência de algum grau de ansiedade em mais da metade dos pacientes e quase um terço (n=30) apresentavam sintomas moderados a grave. Outros estudos também descreveram uma maior prevalência de transtornos ansiosos em portadores de espasmo facial, atingindo entre 19,5% a 34,6% dos pacientes.^{23,24,26} Essa frequência elevada de ansiedade no EHF se equivale a outras doenças neurológicas como epilepsia, esclerose múltipla, doença de Parkinson e outros distúrbios de movimento - como o blefaroespasmo e algumas distonias focais.^{22,24-26,38,77-80} Outros estudos nacionais populacionais conduzidos por Machado (2016), Fernandes (2008), Munaretti (2007), Baptista (2006) e colaboradores, que descreveram frequência de transtornos ansiosos em idosos (60 – 79 anos), adolescentes, pacientes de ambulatório do centro psiquiátrico e estudantes universitários, respectivamente, demonstraram prevalência de ansiedade generalizada de 11,6% a 26,2% nestas populações, sendo a maior no centro psiquiátrico. Fobia social (TAS) teve uma prevalência entre 14,8% a 23,1% entre os estudos, e a maior frequência foi entre os adolescentes.⁸¹⁻⁸⁴ Considerando a estimativa de ansiedade na população brasileira, divulgada em uma publicação recente da Organização Mundial de Saúde - OMS, 9,3% da população apresenta ansiedade, ocupando o primeiro lugar na pesquisa entre todos os países.⁸⁵

Uma publicação brasileira baseada na Pesquisa Nacional de Saúde (2017), na qual 49.025 pessoas adultas foram avaliadas, descreveu a frequência de 9,7% de depressão e 3,9% de depressão maior.⁸⁶ De acordo com a OMS, a frequência estimada de depressão na população brasileira foi de 5,8%, inferior aos valores do nosso estudo, no qual os escores de depressão sugerem um quadro de depressivo importante em um quarto a um terço dos

pacientes (pelo IDB e PHQ-9, respectivamente). Outras publicações internacionais apresentaram uma prevalência inferior do transtorno de humor em portadores de EHF com variação entre 16,7% a 20%. Porém é válido reiterar que, nestes trabalhos, foram realizados diagnósticos objetivos.^{20,30}

Por conhecer-se os efeitos benéficos da terapia com TXB nos sintomas não motores, tanto psiquiátricos quanto disautonômicos e sensitivos, é importante lembrar que a avaliação dos transtornos mentais foi realizada imediatamente antes da aplicação da toxina, quando os pacientes estão sob efeito mínimo da medicação. Consideramos isso por pensar que haveria variação nos escores, tanto psiquiátricos quanto de qualidade de vida, se os pacientes estivessem sob efeito satisfatório do tratamento.^{32,33}

Houve correlação significativa entre a intensidade dos sintomas psiquiátricos e a qualidade de vida, mas não houve relação entre a gravidade do espasmo com aquelas variáveis. Foi descrito na literatura que a idade jovem de início de movimentos anormais hipercinéticos e sintomas depressivos associados eram correlacionados com a gravidade da ansiedade social secundária pois, os pacientes com depressão, diante da estigmatização, constrangimento social e baixa autoestima, experimentariam sintomas mais graves de fobia social, ou até mesmo, que a ansiedade social poderia ser um fator de risco para a piora dos sintomas depressivos. Diante disto, enfatiza a importância de assistência psiquiátrica aos pacientes jovens e portadores de depressão que tem um distúrbio de movimento.^{20,27} Talvez parte disto justifique a correlação estatisticamente significativa entre as escalas psiquiátricas avaliadas no nosso estudo. E o fato de os pacientes estarem em acompanhamento e tratamentos regulares com TXB, sem um acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico, poderia sugerir porque as doenças mentais avaliadas têm uma maior correlação com a qualidade de vida do que com a gravidade dos espasmos – já que os espasmos são tratados e o quadro emocional, geralmente, não é.

A qualidade de vida se correlacionou positivamente com a gravidade dos sintomas psiquiátricos, semelhante ao apresentado por Rudzinska et al. (2012), que também consideraram presença de depressão como fator independente de piora da qualidade de vida, além da gravidade do espasmo – que também provoca um prejuízo funcional físico, relacionado principalmente à visão.³⁰ Foi observado, nas questões individuais sobre a funcionalidade diante do EHF, que a leitura foi o domínio físico mais prejudicado, porém outras perdas funcionais importantes se relacionaram aos domínios emocionais e de estigmatização como entristecimento, vergonha, evitação de contato visual e preocupação com a reação de outras pessoas.

Concordamos que os sintomas depressivos (e também ansiosos) tem uma maior associação com a qualidade de vida, porém discordamos daquele estudo no que se refere a um vínculo entre os possíveis transtornos psiquiátricos e a gravidade do espasmo, ou que esta interfira diretamente na qualidade de vida. As aplicações regulares de TXB, com controle satisfatório do espasmo, de outros sintomas não-motores associados e a subsequente melhora funcional intermitente talvez tenham contribuído para uma percepção subjetiva melhor ou otimista, de cada indivíduo, sobre a gravidade do espasmo e sobre o prejuízo que o mesmo provoca. Isso reflete a necessidade de uma abordagem psicológica, psiquiátrica e comportamental como fatores que aliviarão a morbidade e melhorarão a qualidade de vida destes pacientes.

Limitações do estudo.:

- Alguns dados clínicos não foram documentados por estarem incompletos ou duvidosos (tempo de aplicação de toxina, tempo de exposição à doença e número de aplicações);
- Tempo de aplicação longo dos questionários poderiam contribuir pelo pouco empenho dos pacientes em responder adequadamente;

6. CONCLUSÕES.:

Os dados clínicos e demográficos corroboram basicamente o que já foi estudado e publicado, porém este é o estudo transversal brasileiro, realizado em um centro de assistência terciária, com a maior amostra de pacientes portadores de EHF descritos clinicamente, enquanto identifica e reitera as outras evidências quanto à associação de transtornos psiquiátricos e a qualidade de vida nesta população.

Transtornos de ansiedade e depressão são subdiagnosticados (ou mesmo negligenciados) e prevalentes nestes pacientes, e escalas de avaliação de rastreio e graduação destes sintomas poderiam ser úteis na identificação diagnóstica e para instituição adequada de assistência e tratamento.

Além do tratamento preconizado com toxina botulínica e cirúrgica – que ambos já se reconhecem boa eficácia, terapias comportamentais psicológicas ou psiquiátricas adjuvantes podem contribuir com uma redução de morbidade nos pacientes com EHF portadores de ansiedade generalizada e social e de depressão. A relação dos sintomas psiquiátricos com qualidade de vida reitera a importância de uma abordagem direcionada a este foco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.:

1. Wang a, Jankovic J. Hemifacial spasm: clinical findings and treatment. *Muscle Nerve*. 1998;21(12):1740-1747. doi:10.1002/(SICI)1097-4598(199812)21:12<1740::AID-MUS17>3.0.CO;2-V.
2. Chaudhry N, Srivastava A, Joshi L. Hemifacial spasm: The past, present and future. *J Neurol Sci*. 2015;356(1-2). doi:10.1016/j.jns.2015.06.032.
3. Rosso A.L.Z., Mattos J.P., L.M. Fogel SAPN. Bilateral hemifacial spasm. *Mov Disord*. 1994;9:236. doi:10.1016/j.parkreldis.2007.06.001.
4. Wang AC, Jankovic J. Hemifacial spasm: Clinical findings and treatment. *Muscle Nerve*. 1998;21(12):1740-1747. doi:10.1002/(SICI)1097-4598(199812)21:12<1740::AID-MUS17>3.0.CO;2-V.
5. Batla A, Goyal C, Shukla G, Goyal V, Srivastava A, Behari M. Hemifacial spasm: Clinical characteristics of 321 Indian patients. *J Neurol*. 2012;259(8):1561-1565. doi:10.1007/s00415-011-6376-3.
6. Yalitho TC, Jankovic J. The many faces of hemifacial spasm: Differential diagnosis of unilateral facial spasms. *Mov Disord*. 2011;26(9):1582-1592. doi:10.1002/mds.23692.
7. Auger RG, Whisnant JP. Hemifacial Spasm in Rochester and Olmsted County, Minnesota, 1960 to 1984. *Arch Neurol*. 1990;47(11):1233-1234. doi:10.1001/archneur.1990.00530110095023.
8. Tan N-C, Chan L-L, Tan E-K. Hemifacial spasm and involuntary facial movements. *QJM*. 2002;95(8):493-500. doi:10.1093/qjmed/95.8.493.
9. Ehni GH. Hemifacial spasm: review of 106 cases. *Arch Neurol Psychiatry*. 1945;(53):205-2011.
10. Rosenstengel C, Matthes M, Baldauf J, Fleck S, Schroeder H. Hemifacial spasm: conservative and surgical treatment options. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(41):667-673. doi:10.3238/arztebl.2012.0667.
11. Soriano-Baron H, Vales-Hidalgo O, Arvizu-Saldana E, Moreno-Jimenez S, Revuelta-Gutierrez R. Hemifacial spasm: 20-year surgical experience, lesson learned. *Surg Neurol Int*. 2015;6(1):83. doi:10.4103/2152-7806.157443.
12. Martínez F, Wajskopf S. Facial hemispasm | Espasmo hemifacial. *Arch Neurociencias*. 2006;11(4):288-301.
13. Nielsen VK. Electrophysiology of the facial nerve in hemifacial spasm: Ectopic/ephaptic excitation. *Muscle Nerve*. 1985;8(7):545-555. doi:10.1002/mus.880080702.
14. Dou N-N, Zhong J, Zhou Q-M, et al. The mechanism of hemifacial spasm: a new understanding of the offending artery. *Neurol Res*. 2015;37(2):184-188. doi:10.1179/1743132814Y.0000000424.
15. Micheli F, Scorticati M, Gatto E, Cersosimo G, Adi J. Familial hemifacial spasm. *Mov Disord*. 1994;9:330-332. doi:10.1002/mds.870090310.
16. Wilkinson MF, Chowdhury T, Mutch WAC, Kaufmann AM. Is hemifacial spasm a phenomenon of the central nervous system? - The role of desflurane on the lateral spread response. *Clin Neurophysiol*. 2015;126(7):1354-1359.

doi:10.1016/j.clinph.2014.09.030.

17. Au WL, Tan LCS, Tan AKY. Hemifacial spasm in Singapore: clinical characteristics and patients' perceptions. *Ann Acad Med Singapore*. 2004;33(3):324-328.
18. Wang L, Hu X, Dong H, et al. Clinical features and treatment status of hemifacial spasm in China. *Chin Med J (Engl)*. 2014;127(5):845-849. doi:10.3760/cma.j.issn.0366-6999.20132912.
19. Loyola DP, Camargos S, Maia D, Cardoso F. Sensory tricks in focal dystonia and hemifacial spasm. 2013:704-707. doi:10.1111/ene.12054.
20. Tan EK, Lum SY, Fook-Chong S, Chan LL, Gabriel C, Lim L. Behind the facial twitch: Depressive symptoms in hemifacial spasm. *Park Relat Disord*. 2005;11(4):241-245. doi:10.1016/j.parkreldis.2004.12.003.
21. Rudzińska M, Wójcik M, Szczudlik A. Hemifacial spasm non-motor and motor-related symptoms and their response to botulinum toxin therapy. *J Neural Transm*. 2010;117(6):765-772. doi:10.1007/s00702-010-0416-5.
22. Novaretti N. Avaliação da prevalência de sintomas não motores em pacientes com distonias focais e segmentares idiopáticas. 2017.
23. Tan E-K, Fook-Chong S, Lum S-Y. Case-control study of anxiety symptoms in hemifacial spasm. *Mov Disord*. 2006;21(12):2145-2149. doi:10.1002/mds.21150.
24. Fabbrini G, Berardelli I, Moretti G, et al. Psychiatric disorders in adult-onset focal dystonia: A case-control study. *Mov Disord*. 2010;25(4):459-465. doi:10.1002/mds.22983.
25. Lehn A, Mellick G, Boyle R. Psychiatric disorders in idiopathic-isolated focal dystonia. *J Neurol*. 2014;261(4):668-674. doi:10.1007/s00415-014-7244-8.
26. Dias FMH, Doyle F, Kummer A, Cardoso F, Fontenelle LF, Teixeira AL. Frequency of psychiatric disorders in blepharospasm does not differ from hemifacial spasm. *Acta Neuropsychiatr*. 2010;22(5):223-227. doi:10.1111/j.1601-5215.2009.00436.x.
27. Ozel-Kizil ET, Akbostanci MC, Ozguven HD, Atbasoglu EC. Secondary social anxiety in hyperkinesias. *Mov Disord*. 2008;23(5):641-645. doi:10.1002/mds.21764.
28. Martinez ARM, Nunes MB, Immich ND, et al. Misdiagnosis of hemifacial spasm is a frequent event in the primary care setting. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014;72(2):119-122. doi:10.1590/0004-282X20130227.
29. Serrano-Dueñas M. Hemifacial spasm, quality of life and depression. *Rev Neurol*. 1999;12:1108-1111.
30. Rudzinska M, Wojcik M, Malec M, et al. Factors affecting the quality of life in hemifacial spasm patients. *Neurol Neurochir Pol*. 2012;46(2):121-129. doi:10.5114/ninp.2012.28254.
31. Lee JA, Jo KW, Kong DS, Park K. Using the new clinical grading scale for quantification of the severity of hemifacial spasm: Correlations with a quality of life scale. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2012;90(1):16-19. doi:10.1159/000330396.
32. Gürsoy AE, Ugurad I, Babacan-Yildiz G, Kolukisa M, Çelebi A. Effects of botulinum toxin type a on quality of life assessed with the WHOQOL-BREF in hemifacial spasm and blepharospasm. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 2013;19(1):12-18. doi:10.1016/j.npbr.2012.08.001.

33. Weiss D, Sturm J, Hieber L, et al. Health-related quality of life outcomes from botulinum toxin treatment in hemifacial spasm. *Ther Adv Neurol Disord*. 2017;10(4):211-216. doi:10.1177/1756285616682676.
34. Miller LE, Miller VM. Safety and effectiveness of microvascular decompression for treatment of hemifacial spasm: a systematic review. *Br J Neurosurg*. 2012;26(4):438-444. doi:10.3109/02688697.2011.641613.
35. Wang X, Thirumala PD, Shah A, et al. Effect of previous botulinum neurotoxin treatment on microvascular decompression for hemifacial spasm. *Neurosurg Focus*. 2013;34(3):E3. doi:10.3171/2012.11.FOCUS12373.
36. Chundury R V, D'Angelo AS, Couch SM, Holds JB. Subjective and Objective Measures in the Treatment of Hemifacial Spasm With OnabotulinumtoxinA. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2016;32(2):133-137. doi:10.1097/IOP.0000000000000443.
37. Frei K, Truong DD, Dressler D. Botulinum toxin therapy of hemifacial spasm: comparing different therapeutic preparations. *Eur J Neurol*. 2006;13:30-35. doi:10.1111/j.1468-1331.2006.01442.x.
38. Setthawatcharawanich S, Sathirapanya P, Limapichat K, Phabphal K. Factors associated with quality of life in hemifacial spasm and blepharospasm during long-term treatment with botulinum toxin. *Qual Life Res*. 2011;20(9):1519-1523. doi:10.1007/s11136-011-9890-y.
39. Yu YL, Fong KY, Chang CM. Treatment of idiopathic hemifacial spasm with botulinum toxin. *Acta Neurol Scand*. 1992;85(0001-6314 (Print)):55-57.
40. Sorgun MH, Yilmaz R, Akin YA, Mercan FN, Akbostanci MC. Botulinum toxin injections for the treatment of hemifacial spasm over 16 years. *J Clin Neurosci*. 2015;22(8). doi:10.1016/j.jocn.2015.02.032.
41. Barbosa ER, Takada LT, Gonçalves LR, Costa RMP do N, Silveira-Moriyama L, Chien HF. Botulinum toxin type A in the treatment of hemifacial spasm: an 11-year experience. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68(4):502-505. doi:10.1590/S0004-282X2010000400006.
42. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
43. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. doi:10.1590/S0004-282X1994000100001.
44. Schneider LS, Olin JT. Clinical Global Impressions in Alzheimer ' s Clinical Trials. *Int Psychogeriatrics*. 1996;8(2):277-290.
45. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893.
46. Cunha J. *Manual Da Versão Em Português Das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
47. Quintão S, Delgado A, Prieto G. Validity Study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2013;26(2):305-310. doi:10.1590/S0102-79722013000200010.

48. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):389-394. doi:10.1016/j.rbp.2012.03.005.
49. Osório FDL, Crippa JAS, Loureiro SR. Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(1):25-29. doi:10.1590/S1516-44462008005000018.
50. Tan EK, Fook-Chong S, Lum SY, Thumboo J. Validation of a short disease specific quality of life scale for hemifacial spasm: correlation with SF-36. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76(table 1):1707-1710. doi:10.1136/jnnp.2005.065656.
51. De Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care.* 2009;45(3):216-227. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.
52. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
53. Petruccelli JL, Saboia AL. *Características Étnico-Raciais Da População. Classificação E Identidades;* 2013. <http://servicodados.ibge.gov.br/Download/Download.ashx?http=1&u=biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49891.pdf>.
54. Colosimo C, Bologna M, Lamberti S, et al. A comparative study of primary and secondary hemifacial spasm. *Arch Neurol.* 2006;63(3):441-444. doi:10.1001/archneur.63.3.441.
55. Wu Y, Davidson AL, Pan T, Jankovic J. Asian over-representation among patients with hemifacial spasm compared to patients with cranial-cervical dystonia. *J Neurol Sci.* 2010;298(1-2):61-63. doi:10.1016/j.jns.2010.08.017.
56. Pongvarin N, Devahastin V, Viriyavejakul A. Treatment of various movement disorders with botulinum A toxin injection: An experience of 900 patients. *J Med Assoc Thai.* 1995;78(6):281-288.
57. Kamiguchi H, Ohira T, Ochiai M, Kawase T. Computed tomographic analysis of hemifacial spasm: Narrowing of the posterior fossa as a possible facilitating factor for neurovascular compression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997;62(5):532-534. doi:10.1136/jnnp.62.5.532.
58. Felício AC, Godeiro-Junior CDO, Borges V, Silva SMDA, Ferraz HB. Clinical assessment of patients with primary and postparalytic hemifacial spasm: a retrospective study. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65(3B):783-786.
59. Zhang L, Guo Z, Liang J, Yu Y. Adolescent-onset idiopathic hemifacial spasm. *Neurol India.* 2014;62(2):175. doi:10.4103/0028-3886.132367.
60. Tan EK, Chan LL. Young onset hemifacial spasm. *Acta Neurol Scand.* 2006;114(1):59-62. doi:10.1111/j.1600-0404.2006.00650.x.
61. Felício AC, Godeiro-Junior C de O, Borges V, Silva SM de A, Ferraz HB. Bilateral hemifacial spasm: A series of 10 patients with literature review. *Park Relat Disord.* 2008;14(2):154-156. doi:10.1016/j.parkreldis.2007.06.001.

62. Tan EK, Jankovic J. Bilateral hemifacial spasm: a report of five cases and a literature review. *Mov Disord*. 1999;14(0885-3185 (Print)):345-349.
63. Ghosh DR. A comparative study of primary and secondary stereotypies. *Mov Disord*. 2011;Conference:May.
64. Defazio G, Berardelli A, Abbruzzese G, Coviello V DS, R, Federico F et al. Primary hemifacial spasm and arterial hypertension: a multicenter case-control study. *Neurology*. 2000;54:1198-1200.
65. Carter JB, Patrinely JR, Jankovic J, McCrary JA, Boniuk M. Familial Hemifacial Spasm. *Arch Ophthalmol*. 1990;108(2):330-332. doi:10.1001/archophth.1990.01070040101040.
66. Montagna P, Imbriaco A, Zucconi M, Liguori R, Cirignotta F, Lugaresi E. Hemifacial spasm in sleep. *Neurology*. 1986;36(2):270-273.
67. Oliveira LD, Cardoso F, Vargas a P. Hemifacial spasm and arterial hypertension. *Mov Disord*. 1999;14(5):832-835. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10495046>.
68. Jannetta PJ, Segal R, Wolfson SK, Dujovny M, Semba A, Cook EE. Neurogenic hypertension: Etiology and surgical treatment. II. Observations in an experimental nonhuman primate model. *Ann Surg*. 1985;202(2):253-261. doi:10.1097/00000658-198508000-00018.
69. Tan EK, Chan LL, Lum SY, et al. Is hypertension associated with hemifacial spasm? *Neurology*. 2003;60(2):343-344. doi:10.1212/01.WNL.0000042786.28267.B2.
70. Nakamura T, Osawa M, Uchiyama S, Iwata M. Arterial hypertension in patients with left primary hemifacial spasm is associated with neurovascular compression of the left rostral ventrolateral medulla. *Eur Neurol*. 2007;57(3):150-155. doi:10.1159/000098466.
71. Rudzińska M, Wójcik-Pędziwiatr M, Malec-Litwinowicz M, et al. Is hypertension a risk factor of hemifacial spasm? *Neurol Neurochir Pol*. 2016;50(2):69-74. doi:10.1016/j.pjnns.2015.11.002.
72. Alexander G, Moses H. Carbamazepine for hemifacial spasm. *Neurology*. 1982;3(32):286-287.
73. Herzberg L. Management of hemifacial spasm with clonazepam. *Neurology*. 1985;35:1676-1677.
74. Bandini F, Mazzella L. Gabapentin as treatment for hemifacial spasm. *Eur Neurol*. 1999;42(1):49-51. doi:10.1159/000008068.
75. Daniele O, Caravaglios G, Marchini C, Mucchiut L, Capus P, Natalè E. Gabapentin in the treatment of hemifacial spasm. *Acta Neurol Scand*. 2001;104(2):110-112. doi:10.1034/j.1600-0404.2001.104002110.x.
76. Xu YP, Shen J, Zhu QB, Gu J, Lin SZ, Fan JP. Efficacy of botulinum toxin A for treatment of unilateral spasms of the eyelid and its prognosis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17(21):2974-2979.
77. Gandy M, Sharpe L, Perry KN. Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy: A systematic review. *J Affect Disord*. 2012;140(3):222-232. doi:10.1016/j.jad.2011.11.039.
78. Bao F, Wang Y, Liu J, et al. Structural changes in the CNS of patients with hemifacial

spasm. *Neuroscience*. 2015;289:56-62. doi:10.1016/j.neuroscience.2014.12.070.

79. Giordano A, Granella F, Lugaesi A, et al. Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *J Neurol Sci*. 2011;307(1-2):86-91. doi:10.1016/j.jns.2011.05.008.
80. Kapfhammer HP. Depressive und Angststörungen bei Patienten mit Epilepsie und Multipler Sklerose – eine Herausforderung für die nervenärztliche Praxis. *Neuropsychiatrie*. 2014;28(3):142-150. doi:10.1007/s40211-014-0105-y.
81. Machado MB, Ignácio ZM, Jornada LK, et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: Um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(1):28-35. doi:10.1590/0047-2085000000100.
82. Fernandes GC, Terra MB. Fobia social - Estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(2):122-126. doi:10.1590/S0047-20852008000200007.
83. Munaretti CL, Terra MB. Transtornos de ansiedade: Um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(2):108-115. doi:10.1590/S0047-20852007000200006.
84. Baptista CA. Estudo de prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários. 2006.
85. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. *Geneva World Heal Organ*. 2017:1-24. doi:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
86. Barros M, Lima M, Azevedo R, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:Supl 1-8s. doi:10.1590/S1518-8787.2017051000084.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMRP - USP
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Setor de Distúrbios do Movimento e Neurologia Comportamental

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste termo, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa abaixo:

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **“ASPECTOS NEUROCOMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO ESPASMO HEMIFACIAL”**

2. PESQUISADORES: **Dr. Herculano Roberto Ricordi Barbosa, Dr. João Alves Cardoso Júnior, Dr. José Guilherme Schwam Júnior e Prof. Dr. Vitor Tumas**

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: **2 anos**

I. Justificativa e objetivos da pesquisa.: O Espasmo Hemifacial é um distúrbio do movimento relativamente comum caracterizado por contrações ou repuxos involuntários que afetam os músculos de um ou de ambos os lados da face. Essa patologia é geralmente de origem benigna, mas pode causar grande sofrimento aos pacientes devido ao constrangimento em público e à dor secundária aos espasmos. As complicações mais comuns que os pacientes podem desenvolver são sintomas de ansiedade e de fobia social. O objetivo do estudo é avaliar a correlação entre o Espasmo Hemifacial e transtornos psiquiátricos para melhor compreensão da fisiopatologia da doença e para melhor abordagem terapêutica, visto que atualmente o foco do tratamento é somente motor, com aplicações de toxina botulínica.

II. Procedimentos que serão realizados e propósitos.: Os pacientes que concordarem em participar do estudo serão submetidos a uma avaliação médica inicial em que serão questionados dados clínicos, demográficos e epidemiológicos, serão aplicados questionários e testes referentes a diferentes sintomas neurológicos e psiquiátricos e o paciente será examinado clinicamente em relação à gravidade do Espasmo Hemifacial.

III. Desconfortos e riscos esperados do procedimento.: A avaliação e a aplicação das escalas despendarão um maior tempo do que uma consulta habitual.

IV. Benefícios que poderão ser obtidos.: Essa pesquisa pode contribuir para a melhor compreensão dos impactos dessa doença na vida dos pacientes. Se eventualmente durante a avaliação for diagnosticado algum transtorno psiquiátrico ou neurológico o paciente será conduzido e acompanhado pela equipe.

V. Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa para eventuais dúvidas.: Os pacientes, sempre que quiserem, poderão conversar com os profissionais envolvidos no estudo. O pesquisador responsável pelo estudo é o Prof. Dr. Vitor Tumas, Professor de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, CRM-SP: 53674. Qualquer dúvida ou problema entrar em contato através do telefone: (16) 3602-2946 ou pelo e-mail: tumasv@fmrp.usp.br.

VI. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.: A participação no estudo é livre e você poderá sair da

pesquisa a qualquer momento, sem que isso interfira em sua assistência médica de rotina no hospital. É dada a liberdade de recusa de realizar qualquer procedimento sem prejuízo no seu tratamento.

Rubrica do participante.: _____

VII. Direito de confidencialidade, sigilo e privacidade.: A sua identidade não será divulgada. Os resultados desta pesquisa serão divulgados no meio científico (revistas, livros e congressos médicos). O seu nome permanecerá em absoluto sigilo e não será divulgado em nenhum desses meios.

VIII. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.: Caso seja do seu interesse, você será informado dos resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores em fase parcial e final do estudo.

IX. Despesas e compensações.: Não haverá despesa para o estudo, pois as avaliações serão realizadas no dia de consulta habitual no ambulatório de seguimento do paciente. Eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa, como despesas com transporte e alimentação não serão ressarcidas pelos pesquisadores.

X. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (16) 3602-2228 das 8:00 às 17:00.

Solicitamos sua assinatura, tendo recebido as informações acima, para confirmação de aceitação de participação. Também afirmamos que uma via deste documento, devidamente assinada, será entregue ao senhor(a).

Nome do participante.: _____

Assinatura.: _____ DATA.: ____/____/____

Nome do pesquisador.: _____

Assinatura.: _____ DATA.: ____/____/____

Protocolo de Avaliação Clínica do Espasmo Hemifacial

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMRP - USP

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Setor de Distúrbios do Movimento e Neurologia Comportamental

Protocolo de avaliação Clínica do ESPASMO HEMIFACIAL

Nome.: _____

Registro (HC).: _____

Escolaridade.: _____ Trabalho.: _____ Procedência.: _____

Data da aplicação.: ____/____/____ Data do retorno.: ____/____/____

Idade.: _____ Estado civil.: ☐ Casados(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Amasiado
☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

Sexo.: ☐ Masculino ☐ Feminino

Cor.: ☐ Branco ☐ Amarelo ☐ Negro ☐ Pardo ☐ Índio

1. Localização inicial: ☐ Boca ☐ Fronte ☐ Olhos ☐ Pescoço
☐ Outro:

2. Distribuição atual: ☐ Boca ☐ Fronte ☐ Olhos ☐ Pescoço
☐ Outro:

3. Instalação dos sintomas
iniciais: ☐ Lento/gradual ☐ Agudo/subagudo (dias)

4. Algum trauma, cirurgia, sintoma ou problema antecedeu o aparecimento do EHF?
☐ Sim* ☐ Não ☐ Não sabe * Descreva.:

	Idade	Mês/ano
5. Idade de início do EHF	_____ anos	
6. Primeiro diagnóstico de EHF por um médico	_____ anos	

7. Outros diagnósticos feitos antes para o problema:.....
.....

8. Quantos médicos foram consultados até o diagnóstico?

9. Qual médico (especialidade) diagnosticou?	
10. Tem história prévia de paralisia facial? ☐ Sim ☐ Não	
11. Quais fatores pioram o espasmo?	
12. Quais fatores melhoram o espasmo?	
13. Os espasmos da face flutuam ao longo do dia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe Se sim, descreva:	
14. Você consegue controlar (ou inibir) seus espasmos? ☐ Sim* ☐ Não	
*14.1. Quando você consegue controlar (ou inibir) seus espasmos? ☐ A qualquer momento ☐ Apenas sob efeito da toxina ☐ Quando o efeito da toxina acaba	
15. Você tem algum truque que atenua os espasmos? ☐ Sim* ☐ Não *Descreva.:	
16. Situações de estresse pioram o EHF? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe Se sim, especifique:	
17. Se sim, qual o percentual (%) de piora com o estresse: 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100%	
18. Após aplicação de toxina botulínica você percebe que o seu rosto fica torto? ☐ Sim* ☐ Não ☐ Não sei *Descreva.:.....	

19. Atualmente em uso de alguma medicação ORAL para o EHF?

☐ NÃO*

☐ SIM**, desde o ano () tipo: dose:

***19.1. Se NÃO, JÁ FEZ USO de alguma medicação?**

☐ NÃO

☐ SIM

****19.2. Se SIM, houve alguma melhora com a medicação?**

☐ NÃO

☐ SIM

20. Atualmente em tratamento com toxina botulínica?

☐ NÃO

☐ SIM, desde o ano (). Última aplicação há _____ semanas

21. Se não está atualmente em tratamento com toxina botulínica, usou antes?

☐ Não

☐ Sim, desde o ano () até o ano ()

22. O EHF melhora com a aplicação da toxina? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

23. % de melhora com a droga: (Circule)

0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100%

24. Quanto tempo demora para a toxina fazer bom efeito? semanas

25. Quanto tempo dura o efeito da aplicação? semanas

26. A última aplicação da toxina botulínica causou algum efeito adverso?

☐ Sim* ☐ Não

☐ Ptose ☐ Diplopia ☐ Ressecamento do olho ☐ Dor ☐ Hematoma

☐ Outro.: _____

27. Qual tipo e dose média de toxina utilizada na última aplicação? ☐ Dysport

Dose.: _____

28. Está atualmente em uso de alguma medicação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Se sim, enumere todas:

29. Tem alguma outra doença? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Se sim, enumere todas:

30. Fuma? ☐ Sim ☐ Não

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇA E ESPASMO HEMIFACIAL (EHF)

31. Mais alguém na família tem EHF?

☐ Sim ☐ Não ☐ Possivelmente ☐ Não sabe

32. Número total de parentes acometidos pelo EHF.:

33. História de.:

- ☐ Parto prematuro ☐ Sofrimento fetal ☐ anóxia perinatal ☐ icterícia neonatal
☐ Problemas estacionais

34. Mãe usou tabaco durante a gestação? ☐ Sim ☐ Não

35. História de doença ou cirurgia oftalmológica? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, descrever.:

36. História de outras doenças familiares?

- ☐ Demência ☐ Tremor essencial ☐ HAS ☐ AVC ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ Epilepsia
☐ Outra(s).:_____

37. Fez algum exame de neuroimagem? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, descrever.:

Mini Exame do Estado Mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL						escore
Nome/Registro.:		Idade.:		Escolaridade.:		/30
				Grau.:		
O R I E N T A Ç Ã O						
Perguntar: Qual é	o dia da semana	o dia do mês	o mês	o ano	a hora aproximada	___/ 5
Perguntar: Qual é	esse lugar? (consultório)	Onde fica? (Hospital)	Qual bairro?	Qual cidade?	Qual estado?	___/ 5
R E G I S T R O						
Diga: “Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: PENTE, VASO, LARANJA (Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora você possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas. Registre o número de tentativas: _____						___/ 3
A T E N Ç Ã O & C O N C E N T R A Ç Ã O						
Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7): 93, 86, 79, 72, 65 Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações						___/ 5
M E M Ó R I A - Recordação						
Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada correta: _____, _____, _____						___/ 3
L I N G U A G E M - Nomeação						
Mostre, e peça ao indivíduo para nomear: 1. relógio 2. caneta						___/ 2
L I N G U A G E M - Repetição						
Peça ao indivíduo que repita: “ Nem aqui, nem ali, nem lá ”						___/ 1
L I N G U A G E M - Compreensão						
Comando : “ pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão ” Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.						___/ 3
FECHE OS OLHOS						___/ 1
L I N G U A G E M - Escrita						
Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.						___/ 1
H A B I L I D A D E S V I S U A I S - E S P A C I A I S						
Pentágonos sobrepostos: Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.						___/ 1

Escore total.:

___/ 30

Escala SMC de graduação do Espasmo Hemifacial

ESCALA SMC DE GRADUAÇÃO DE ESPASMO HEMIFACIAL	
Nome/Registro (HC).: _____ Data.: ____/____/____	
GRAU	DESCRIÇÃO
I	Espasmo localizado em região periocular
II	Movimentos involuntários espalham para outros locais da face ipsilateral acometendo outros músculos.: orbicular da boca, zigomático, frontal e plastisma
III	Interfere na visão devido a espasmos tônicos freqüentes
IV	Desfiguração assimétrica.: a contração contínua do músculo orbicular do olho impede a abertura do olho

CIBIC – Clinician Interview-based Impression of Change

ENTREVISTA CLÍNICA BASEADA NA PERCEPÇÃO DE MUDANÇA (CLINICIAN INTERVIEW BASED IMPRESSION OF CHANGE - CIBIC)

ENTREVISTA AO PACIENTE (Clinical impression of change)

- ☐ **Excelente melhora**
- ☐ **Muita melhora**
- ☐ **Melhora discreta**
- ☐ **Sem alterações**
- ☐ **Piora discreta**
- ☐ **Muita piora**
- ☐ **Piora significativa**

ENTREVISTA AO INFORMANTE

- ☐ **Excelente melhora**
- ☐ **Muita melhora**
- ☐ **Melhora discreta**
- ☐ **Sem alterações**
- ☐ **Piora discreta**
- ☐ **Muita piora**
- ☐ **Piora significativa**

Inventário de Ansiedade de Beck

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK				
<p>Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.</p>				
	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento	☐	☐	☐	☐
2. Sensação de calor	☐	☐	☐	☐
3. Tremores nas pernas	☐	☐	☐	☐
4. Incapaz de relaxar	☐	☐	☐	☐
5. Medo que aconteça o pior	☐	☐	☐	☐
6. Atordoado ou tonto	☐	☐	☐	☐
7. Palpitação ou aceleração do coração	☐	☐	☐	☐
8. Sem equilíbrio	☐	☐	☐	☐
9. Aterrorizado	☐	☐	☐	☐
10. Nervoso	☐	☐	☐	☐
11. Sensação de sufocação	☐	☐	☐	☐
12. Tremores nas mãos	☐	☐	☐	☐
13. Trêmulo	☐	☐	☐	☐
14. Medo de perder o controle	☐	☐	☐	☐
15. Dificuldade de respirar	☐	☐	☐	☐
16. Medo de morrer	☐	☐	☐	☐
17. Assustado	☐	☐	☐	☐
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	☐	☐	☐	☐
19. Sensação de desmaio	☐	☐	☐	☐
20. Rosto afogueado	☐	☐	☐	☐
21. Suor (não devido ao calor)	☐	☐	☐	☐

Inventário de Depressão de Beck

BDI-II Inventário de Depressão de Beck	Nome: _____
	REGISTRO.: _____ Data: ____/____/____ Sexo: ____

*Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido **na última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações em um mesmo grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.***

1. Tristeza 0. Não me sinto triste. 1. Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2. Estou triste o tempo todo. 3. Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.	7. Autoestima 0. Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a). 1. Perdi a confiança em mim mesmo(a). 2. Estou desapontado(a) comigo mesmo(a). 3. Não gosto de mim.
2. Pessimismo 0. Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1. Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2. Não espero que as coisas deem certo para mim. 3. Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.	8. Autocrítica 0. Não me critico nem me culpo mais do que o habitual. 1. Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser. 2. Eu me critico por todos os meus erros. 3. Eu me culpo por tudo de ruim que acontece
3. Fracasso Passado 0. Não me sinto um(a) fracassado(a). 1. Tenho fracassado mais do que deveria. 2. Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3. Sinto que como pessoa sou um fracasso total.	9. Pensamentos ou desejos suicidas 0. Não tenho nenhum desejo de me matar. 1. Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante. 2. Gostaria de me matar. 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.
4. Perda de Prazer 0. Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto. 1. Não sinto tanto prazer com as coisas como eu costumava sentir. 2. Tenho muito pouco prazer pelas coisas que eu costumava gostar. 3. Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar	10. Choro 0. Não choro mais do que chorava antes. 1. Choro mais agora do que costumava chorar. 2. Choro por qualquer coisinha. 3. Sinto vontade de chorar, mas não consigo.
5. Sentimentos de culpa 0. Não me sinto particularmente culpado(a). 1. Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito. 2. Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo. 3. Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.	11. Agitação 0. Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 1. Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 2. Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado. 3. Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.
6. Sentimentos de punição 0. Não sinto que estou sendo punido(a). 1. Sinto que posso estar sendo punido(a). 2. Eu acho que estou sendo punido(a). 3. Sinto que estou sendo punido(a).	12. Perda de Interesse 0. Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades. 1. Estou menos interessado pelas outras atividades ou coisas do que costumava estar. 2. Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas. 3. É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão	18. Alterações no apetite
<ul style="list-style-type: none"> 0. Tomo minhas decisões tão bem quanto antes. 1. Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes. 2. Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes. 3. Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não percebi nenhuma mudança no meu apetite. 1a. Meu apetite está um pouco menor do que o habitual. 1b. Meu apetite está um pouco maior do que o habitual. 2a. Meu apetite está muito menor do que antes. 2b. Meu apetite está muito maior do que antes. 3a. Não tenho nenhum apetite. 3b. Quero comer o tempo todo.
14. Desvalorização	19. Dificuldade de concentração
<ul style="list-style-type: none"> 0. Não me sinto sem valor. 1. Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes. 2. Eu me sinto como menos valor quando me comparo com outras pessoas. 3. Eu me sinto completamente sem valor. 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Posso me concentrar tão bem quanto antes. 1. Não posso me concentrar tão bem como habitualmente. 2. É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo. 3. Eu acho que não consigo me concentrar em nada.
15. Falta de Energia	20. Cansaço ou Fadiga
<ul style="list-style-type: none"> 0. Tenho tanta energia hoje como sempre tive. 1. Tenho menos energia do que costumava ter. 2. Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa. 3. Não tenho energia suficiente para nada. 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual. 1. Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual. 2. Eu me sinto cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas coisas do que costumava fazer. 3. Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.
16. Alterações no padrão de sono	21. Perda de interesse por sexo
<ul style="list-style-type: none"> 0. Não percebi nenhuma mudança no meu sono. 1a. Durmo um pouco mais do que o habitual. 1b. Durmo um pouco menos do que o habitual. 2a. Durmo muito mais do que o habitual. 2b. Durmo muito menos do que o habitual. 3a. Durmo a maior parte do dia. 3b. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse no sexo. 1. Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar. 2. Estou muito menos interessado(a) em sexo do que costumava estar. 3. Perdi completamente o interesse por sexo.
17. Irritabilidade	
<ul style="list-style-type: none"> 0. Não estou mais irritado(a) do que o habitual. 1. Estou mais irritado(a) do que o habitual. 2. Estou muito mais irritado(a) do que o habitual. 3. Fico irritado(a) o tempo todo. 	

(Para uso dos pesquisadores: TOTAL: _____)

Inventário de Fobia Social (SPIN)

INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)					
<i>Tradução e adaptação para o português: Crippa JAS, Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003)</i>					
INSTRUÇÕES.: Por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodaram você durante a <u>última semana</u> . Marque somente um item para cada problema, e verifique se respondeu a todos os itens.					
	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Tenho medo das autoridades	0	1	2	3	4
2. Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas	0	1	2	3	4
3. Festas e eventos sociais me assustam	0	1	2	3	4
4. Evito falar com pessoas que não conheço	0	1	2	3	4
5. Fico muito assustado ao ser criticado	0	1	2	3	4
6. Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas com medo de ficar envergonhado	0	1	2	3	4
7. Transpirar na frente das pessoas me incomoda	0	1	2	3	4
8. Evito ir a festas	0	1	2	3	4
9. Evito atividades nas quais sou o centro das atenções	0	1	2	3	4
10. Conversar com estranhos me assusta	0	1	2	3	4
11. Evito falar para uma plateia ou dar discursos (ex.: apresentações em sala de aula)	0	1	2	3	4
12. Faço qualquer coisa para não ser criticado	0	1	2	3	4
13. Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas	0	1	2	3	4
14. Tenho receio de fazer as coisas quando posso estar sendo observado	0	1	2	3	4
15. Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores	0	1	2	3	4
16. Evito falar com qualquer autoridade	0	1	2	3	4
17. Tremar ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia	0	1	2	3	4

Questionário de Qualidade de Vida HSF-7

Questionário de Qualidade de Vida – HSF-7

Como o espasmo facial interfere em sua vida, considerando as seguintes afirmações (observar a correspondência dos números com a gravidade).:

EHF - 7 itens	0	1	2	3	4
1. Tem dificuldade para dirigir ☐ Não dirijo	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tem dificuldade para ler ☐ Não leio	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tem dificuldade em assistir televisão ou cinema	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sente-se entristecido	☐	☐	☐	☐	☐
5. Evita o contato visual	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sente-se envergonhado por possuir esta condição (espasmo)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Se preocupa com a reação de outras pessoas em relação a você	☐	☐	☐	☐	☐

Graduação da gravidade.:

0 = normal

1 = prejuízo leve

2 = prejuízo moderado, sem comprometimento funcional

3 = prejuízo moderado, com comprometimento funcional

4 = gravemente incapacitado

Questionário sobre a Saúde do Paciente – PHQ-9

Questionário sobre a saúde do paciente (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE __PHQ-9)				
Ao longo das <u>últimas 2 (duas)</u> semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por algum dos seguintes problemas.:				
Nome.: Registro.:	Nunca (0)	Alguns dias (1)	Mais do que metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	☐	☐	☐	☐
2. Sentir-se triste, deprimido ou sem esperança	☐	☐	☐	☐
3. Problemas para dormir, manter o sono ou dormir demasiadamente	☐	☐	☐	☐
4. Sentir-se cansado ou com pouca energia	☐	☐	☐	☐
5. Pouco apetite ou comendo demasiadamente	☐	☐	☐	☐
6. Sentir-se mal a respeito de si mesmo - ou que você falhou ou deixou você e sua família de modo ruim	☐	☐	☐	☐
7. Problema de se concentrar nas coisas, como ler jornal ou assistir televisão	☐	☐	☐	☐
8. Mover-se ou falar tão lentamente a ponto das outras pessoas notarem. Ou ao contrário - estar tão nervoso ou irrequieto que você ficava se movendo mais do que o normal	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos de que seria melhor estar morto ou se machucar de alguma forma	☐	☐	☐	☐
(Some as colunas)		+ +		
Total				