

ABORDAGEM TERAPÊUTICA ATRAVÉS DO AUXÍLIO DO HIBERBOLÓIDE NA PARALISIA FACIAL CRÔNICA: ESTUDO DE CASO.

Thailine Nogueira Aguiar¹; Joelma Magalhães Costa².

RESUMO

A paralisia facial ocorre devido a compressão do nervo facial (VII par do nervo craniano), a sua principal função é a inervação da musculatura facial que permite os movimentos da face. De início sente-se uma rigidez e até mesmo formigamento no rosto. O tipo mais comum de paralisia é a de Bell (PB) ou idiopática que caracteriza-se pela interrupção, temporária ou não, dos movimentos da musculatura facial. Sua etiologia não está totalmente definida, é variável e inclui várias causas e hipóteses. **Objetivo:** Utilizar o Hiperbolóide (HB) como auxílio de tratamento em voluntária com paralisia facial crônica. **Metodologia:** O tratamento usado na paciente consistiu de 30 sessões de fisioterapia com duração de 60 minutos durante três vezes por semana a cada 15 dias sendo mensurada com paquímetro digital. Utilizou-se um protocolo a fim de preparar a paciente para o uso do hiperbolóide. **Resultados:** O presente estudo demonstra evolução no tratamento com a técnica do hiperbolóide na paralisia facial crônica após uma análise crítica, no qual foi possível elaborar uma tabela das dimensões mensuradas com o paquímetro digital, proporcionando a voluntária a melhora na capacidade funcional. **Conclusão:** A análise obtida dos resultados e o relato da voluntária apresentou evolução na simetria facial e no fortalecimento dos músculos da face melhorando a desarmonia muscular facial com a técnica do HB, porém é necessário novos estudos relacionados com a técnica do HB na paralisia facial crônica para a formulação de um protocolo e conduta nesta patologia.

Descritores: Paralisia periférica. Helicóide. Fisioterapia.

ABSTRACT

Facial paralysis happens due to compression of the facial nerve (cranial nerve VII pair), its main function is the innervation of the facial muscles that allow the movement of the face. At the beginning you feel inelasticity and even tingling in the face. The most common type is the Bell Palsy (PB) or idiopathic that is characterized by temporary or not temporary interruption of the movements of the facial muscles, its etiology is not fully defined, it is variable and includes various causes and hypotheses. **Objective:** Use the hyperboloid (HB) as an aid treatment voluntarily with chronic facial paralysis. **Methodology:** The treatment used in patients consisted of 30 physical therapy sessions lasting 60 minutes for three times a week every 15 days being measured with a digital caliper ruler. A protocol was used to prepare a patient for use of the hyperboloid. **Results:** The present study demonstrates evolution in treatment with the hyperboloid technique in chronic facial paralysis after a critical analysis, in which it was possible to draw up a table of the dimensions measured with a digital caliper, providing volunteers to improvement in functional capacity. **Conclusion:** The results of the analysis and the reporting of volunteers showed an increase in facial symmetry and strengthening of facial muscles to improve facial muscle disharmony with the HB technique, however it is necessary further studies related to the HB technique in chronic facial paralysis to formulate a protocol and conduct this pathology

Keywords: Peripheral Paralysis, Helicoide, Physiotherapy.

¹ Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Metropolitana de Manaus – FAMETRO

² Fisioterapeuta da Força Aérea Brasileira (FAB), Mestre em Ciências da Reabilitação

INTRODUÇÃO

A paralisia facial é uma das ocorrências mais graves quando se trata da perda dos movimentos faciais. Geralmente ela é unilateral, manifestando-se em apenas uma hemiface. Os músculos da face ficam comprometidos, apresentando a ausência de todos os movimentos voluntários, uma vez que a lesão ocorre em um nervo motor, o nervo facial. (GUABIROBA e ROGATTO, 2008).

Para Guabiroba e Rogatto (2008), a paralisia facial ocorre quando há compressão do nervo facial. Inicialmente ela pode ser acompanhada por uma sensação de rigidez e até mesmo formigamento no rosto. Porém, com exceção dos casos decorrentes do herpes-zoster, que geralmente vêm acompanhados de dor, a dor na paralisia facial quase não ocorre. Nessa circunstância, as expressões da face ficam muito alteradas, ocorrendo incapacidade do indivíduo enrugar a testa e o nariz. O olho não consegue fechar completamente, e o sorriso e a fala também ficam bastante comprometidos. Além disso, os sulcos da face ficam bem menos evidentes. Esses sinais são mais perceptíveis quando a pessoa esboça algum movimento da mímica facial. Caso a face esteja em repouso, as alterações podem não ser percebidas.

A paralisia de Bell (PB) ou idiopática é a mais comum das paralisias faciais e pode ser conceituada como uma paralisia do tipo neurônio motor inferior, portanto, periférica com quadro agudo de paralisia dos músculos responsáveis pela mímica facial (FURTADO e FORMIGA, 2009).

Falavigna et al., (2008), citaram que a paralisia facial periférica foi descrita por Sir Charles Bell em 1821. Inicialmente, todos os quadros de paralisia do nervo facial passaram a ser chamados de Paralisia de Bell. Entretanto, com a descoberta de causas da doença, apenas os quadros idiopáticos mantiveram esta denominação. A Paralisia de Bell corresponde de 60% a 75% de todas as causas de paralisia facial. Sua incidência foi estimada em 13 a 34 casos em cada 100.000 pessoas. Embora seja o tipo mais frequente de paralisia facial periférica, a causa da Paralisia de Bell ainda é objeto de inúmeras pesquisas, teorias e questionamentos. Afeta ambos os sexos. As hemifaces são acometidas com a mesma frequência e a incidência é maior em pessoas com mais de 70 anos (53 por 100.000) e menor em indivíduos com menos de 10 anos (4 por 100.000).

Segundo Rosa et al., (2010), a etiologia da paralisia facial periférica é variável e inclui causas neoplásicas e metabólicas, afecções inflamatórias da orelha média, herpes zoster, mas as mais comuns são de origem idiopática ou de Bell, seguida de traumática (fragmentos de arma de fogo, traumatismos cranianos, ferimentos cortantes da face e lesões iatrogênicas). Desde que se descreveu pela primeira vez em 1830, tem-se falado em diversas teorias para explicar a etiopatogenia da paralisia facial periférica de Bell; as mais recentes incluem a hipótese da isquemia vascular, imunológica e de compressão, e nos últimos anos tem surgido a hipótese virótica (por Herpes Simplex), com diversas investigações que apoiam.

A paralisia facial periférica caracteriza-se pela interrupção, temporária ou não, dos movimentos da musculatura facial. Pode acompanhar-se de alterações na secreção salivar e na secreção lacrimal, assim como nas sensibilidades facial e auditiva. Dentre as causas encontra-se a idiopática ou de Bell, traumática, tumoral, infecciosa ou decorrente de outras causas. A paralisia Facial periférica gera prejuízo nas funções orais da fala, mastigação, sucção, deglutição e preensão labial, além de comprometimentos de ordem estética com repercussão emocional significativa (TESSITORE, PASCHOAL, E PFEILSTICKER, 2009).

Definir o diagnóstico etiológico é de fundamental importância, tanto para o tratamento como para o prognóstico da doença, de tal modo a evitar possíveis sequelas motoras faciais. Para isso, deve ser realizada avaliação clínica criteriosa acompanhada de exames complementares, quando necessário (LAZARINI, 2006).

O Hiperbolóide é uma borracha de silicone com forma hiperbólica, daí a sua fundamentação científica. Ele é atóxico, insípido e inodoro. Na Fisioterapia ele trata doenças: Craniossacral, Pilates, Rolfing, RPG, Dores e DTM, paralisia facial, problemas de coluna (cervicais notadamente). Por isso e outras razões que serão discutidas a seguir, que se propõe o uso do HB (Hiperbolóide) como exercício de mastigação, de conquistas lentas, mas progressivas (CHEIDA, 2005).

O objetivo desse estudo é utilizar estratégias para o melhor tratamento da paralisia facial crônica de forma dinâmica e eficaz, desta forma disponibiliza informações sobre a doença e a técnica aplicada com o hiperbolóide, para acadêmicos e profissionais da área.

METODOLOGIA

O presente estudo é de caráter experimental quali-quantitativo, com uma voluntária do sexo feminino de 28 anos, com diagnóstico de paralisia facial de Bell, não tabagista e não etilista que procurou atendimento fisioterapêutico.

Na anamnese paciente relatou que aos 10 anos de idade sentiu a boca adormecida no lado esquerdo, sua mãe procurou atendimento médico imediatamente, porém não houve naquele momento diagnóstico ou exames específicos. Em 2009 com 22 anos no momento que realizava sua refeição sentiu repetidamente o lado esquerdo da face adormecer, novamente procurou atendimento médico, sendo diagnosticada com Paralisia Facial de Bell e sendo encaminhada para tratamento fisioterapêutico que realizou por alguns meses, sentindo melhora parou o tratamento e retornou em abril de 2015, relatando incômodos na face, não conseguindo piscar, língua pesada logo pela manhã com o alimento escorregando pelo lado paralisado, parestesia em hemiface esquerda, fraqueza no sorriso, tremor no canto esquerdo da boca.

As condutas realizadas antes do tratamento com a técnica do Hiperbolóide eram somente a mímica facial, crioestimulação e recursos terapêuticos manuais.

Após a voluntária aceitar participar do estudo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ela foi submetida a uma avaliação inicial sem o tratamento da técnica do hiperbolóide. O estudo inicial, fez-se através da avaliação de um paquímetro digital da marca Starret 6/190mm, determinamos as dimensões faciais para a observação futura da média e o desvio padrão de normalidade entre as hemifaces da voluntária.

O tratamento consistiu na preparação da articulação para o tratamento da técnica do hiperbolóide na voluntária, no qual foi elaborado um protocolo de tratamento da Paralisia Facial conforme tabela 1. No total realizou-se 30 sessões de fisioterapia, após a avaliação inicial foi iniciado o tratamento com o hiperbolóide em 15 sessões e logo após foi feita a primeira avaliação, dando continuidade com 15 sessões finalizando com a segunda avaliação.

O atendimento pela fisioterapia aconteceu 3 vezes por semana com duração de 50 minutos, nas segundas, quartas e sextas-feiras no ambulatório de fisioterapia do Abrigo Moacyr Alves, localizado na cidade de Manaus, Amazonas.

Tabela 1 – Procedimentos usados para tratamento da paralisia facial crônica.

CONDUTA	OBJETIVO	REPETIÇÕES
1. Alongamentos	mm. trapézio superior, mm. ECOM, mm. Escaleno.	3x com duração: 30 seg.
2. Tração cervical	Alongamento	3x com duração: 30 seg.
3. Relaxamento da ATM	Relaxamento inicial dos mm. da face.	6x6
4. Liberação facial	Liberação e relaxamento do mm. do Masseter.	3x com duração: 30 seg.
5. Terapia Manual	Manipulação inespecífica da ATM. Liberação muscular do Masseter	3x6
6. Hiperbolóide	Trabalhar o fortalecimento, coordenação, propriocepção mandibular e assimetria facial.	15 min.
7. Relaxamento Muscular	Relaxamento final dos mm. Da face.	3x com duração: 30 seg.

RESULTADOS

Os resultados referentes aos valores das dimensões são mencionadas na tabela 2, realizada a partir dos pontos através do paquímetro no pré e pós tratamento conforme figura 1.

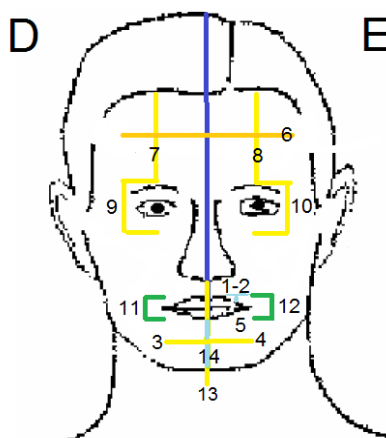


Figura 1. Dimensões faciais mensurados com paquímetro digital.

A figura 1 representa os pontos que foram avaliados na mensuração para a obtenção dos resultados quanto a evolução da técnica aplicada com o hiperbolóide.

A voluntária apresentou resultados significativos em relação a paralisia facial crônica no lado da hemiface esquerda com a aplicação do auxílio da técnica do hiperbolóide, onde a mesma apresentava Grau III evoluindo do para grau II de acordo com a escala de House – Brackmann tanto nas disfunções articulares como musculares devido a série de exercícios realizados com a técnica do hiperboloide, com melhora nos desvios de lateralidade, diminuição de deflexão para lado esquerdo na abertura da boca, diminuição do desvio para o lado esquerdo no fechamento bucal, aumento da flexibilidade na musculatura facial, melhora na amplitude de movimento da articulação temporomandibular, independência funcional com aumento da força e coordenação, melhor capacidade funcional melhorando portanto a qualidade e auto estima de vida da voluntária que relatou melhor aspecto em sua vida social através do sorriso.

Houve mudança significativa conforme relato da voluntária e as maiores diferenças encontradas nas dimensões avaliadas foram da abertura limite bucal sem dor com 42,56 mm, abertura limite bucal com dor: 52,50 mm, lateralidade mandibular para D:12,64, lateralidade mandibular para E: 12,11 mm, dimensão da linha média do lábio a sua extremidade final D – Sorrir:44,25mm, e dimensão da linha média do lábio a sua extremidade final E – Sorrir com 41,32mm.

Tabela 2. Resultados das dimensões Mensurados com Paquímetro Digital.

Análise com Paquímetro Digital (Milímetros - mm)	Avaliação Inicial Sem Tratamento	1ª Avaliação Tratamento com Hiperbolóide	2ª Avaliação Tratamento com Hiperbolóide	Avaliações 1 e 2	
				Média	Desvio padrão
1. Abertura limite bucal sem dor	40,15	41,33	43,78	42,56	1,23
2. Abertura limite bucal com dor	50,20	52,00	53,00	52,50	0,50
3. Lateralidade mandibular para D	8,37	12,03	13,24	12,64	0,61
4. Lateralidade mandibular para E	6,59	12,03	12,18	12,11	0,08
5. Protrusão mandibular	3,88	5,19	5,86	5,53	0,34
6. Dimensão sobrelance a sobrelance	116,41	114,00	115,10	114,55	0,55
7. Dimensão superior do supercílio ao início do couro cabeludo – Hemiface D					
a) Ao sorrir	46,51	43,06	43,50	43,28	0,22
b) Repouso	48,53	46,39	47,20	46,80	0,41
c) Franzeir a testa	51,66	49,55	49,49	49,52	0,03
8. Dimensão superior do supercílio ao início do couro cabeludo – Hemiface E					
a) Ao sorrir	46,81 49,78	47,28 47,13	45,00 47,50	46,14 47,32	1,14 0,18

Abordagem Terapêutica Através do Auxílio do Hiperbolóide na Paralisia Facial Crônica: Estudo de Caso.

b) Repouso	50,29	49,36	47,40	48,38	0,98
c) Franzir a testa					
9. Dimensão inferior do orbicular do olho a região superior do supercílio – Hemiface D					
a) Olho Aberto Forçado	52,51	52,95	55,70	54,33	1,38
b) Olho em repouso	42,72	41,80	44,44	43,12	1,32
10. Dimensão inferior do orbicular do olho a região superior do supercílio – Hemiface E					
a) Olho Aberto Forçado	47,83	47,38	47,18	47,28	0,10
b) Olho em repouso	40,59	40,07	41,47	40,77	0,70
11. Dimensão da linha média do lábio a sua extremidade final – Hemiface D					
a) Ao Sorrir	42,99	43,50	45,00	44,25	0,75
b) Em repouso	30,36	32,30	33,30	32,80	0,50
12. Dimensão da linha média do lábio a sua extremidade final – Hemiface E					
a) Ao Sorrir	38,91	40,00	42,63	41,32	1,32
b) Em repouso	32,14	35,00	34,25	34,63	0,38
13. Dimensão da região inferior do nariz a base do mento – Dimensão vertical oclusal	68,10	70,38	69,80	70,09	0,29
14. Dimensão da região mentoniana	41,47	40,17	39,80	39,99	0,19

DISCUSSÃO

Para Batista (2011), ainda hoje as alterações apresentadas na paralisia facial são de difícil tratamento e podem ocasionar alterações na mímica e na expressão facial, com graves prejuízos emocionais. Portanto, para minimizar as sequelas é importante conhecer a etiologia e os fatores que poderiam influenciar a evolução da doença, quanto ao sexo, idade, tempo de evolução, seguimento, recidivas, sequelas e intervenções.

Batista, (2007) e Furtado e Formiga, (2009) concordam que A fisioterapia, em vários estudos, tem demonstrado efeito benéfico no acolhimento, para evitar deformidades e manter a flexibilidade e a elasticidade muscular durante o período de paralisia, principalmente nos casos de paralisia de Bell. Os exercícios específicos podem ser indicados quando se observa esboço de movimento da musculatura envolvida e no acompanhamento pós-operatório de transferências de nervo ou muscular, com auxílio de aparelhos de biofeedback. O tratamento fisioterapêutico é peça chave para a recuperação dos pacientes com paralisia facial, uma vez que a maioria dos estudos apresenta resultados positivos com melhora da simetria facial.

Campos & Brito (2007) relataram que os recursos e técnicas mais destacados com eficiência no tratamento à literatura consultada são a termoterapia (calor e crioterapia), massoterapia e a cinesioterapia. Ambos os autores relatam que a abordagem eletroterapêutica é prejudicial levando a um quadro de alteração neuromuscular e complicações na fase aguda, e que a partir de dois meses a eletroterapia é importante para a manutenção do trofismo muscular e realizando a propriocepção ausente.

Os efeitos locais da aplicação da crioterapia incluem vasoconstrição com redução do fluxo sanguíneo e diminuição da taxa metabólica, redução de resíduos celulares, redução da inflamação, redução da dor, redução do espasmo muscular. Observa-se também que os efeitos são diminuição de edema e metabolismo, hiperemia no local da aplicação, diminuição do processo inflamatório e regeneração tecidual (STARKEY, 2001; FREITAS; LUZARDO, 2013).

Garanhani et al., (2007) constataram que seu estudo retrospectivo referente ao período de 1999 a 2003, ao comparar a etiologia com a recuperação motora (n=12), concluiu-se que houve recuperação total nos casos de etiologia idiopática (60%) e traumática (40%). Assim pode-se dizer que a fisioterapia contribuiu para a melhora da paralisia facial. Os principais recursos de fisioterapia aplicados nos casos deste estudo foram: cinesioterapia, massoterapia, crioterapia e eletroterapia.

Em nosso estudo, demonstrou-se quantitativamente as diferenças antes do tratamento sem o uso do HB e após o tratamento com o uso HB, observando melhora significativa entre as medidas de lateralidade, abertura de boca, e na mudança quanto às percepções da voluntária que relatava sensibilidade, paresia, não piscava o olho na hemiface esquerda, sensação de língua pesada, mordida na mucosa jugal, estética com repercussão emocional.

São poucos os estudos que comprovam o tratamento da paralisia facial com o auxílio do hiperbolóide. Mas por se tratar de um instrumento de mastigação, pode ser usado na terapêutica das disfunções da ATM (BIAZOTO-GONZALEZ, 2005).

O hiperbolóide é um instrumento ativo de deformação elástica dos ossos (topologia), produzindo o acionamento seletivo dos genes, obtendo respostas de crescimento ósseo vertical (CHEIDA, 2005). Alongamentos também são realizados com hiperbolóides (BIAZOTO-GONZALEZ, 2005).

Os exercícios com o hiperbolóide trazem um aumento no fluxo salivar e consequentemente no ato deglutitivo, e dessa forma, auxiliando no combate a halitose e litíase salivar. Os exercícios devem ser feitos pelo processo de “conquistas progressivas”, tanto para trismos quanto para recaptura e remodelagem do disco: iniciando com o HB fino (20 dias), passando ao médio (20 dias), depois ao grande que pode ser mantido por toda a terapêutica (6 a 12 meses) ou aplicado por mais 20 dias para se chegar finalmente ao GG, quando a intenção for aumentar, progressivamente, a amplitude articular (não indicada na hiperlassidão ligamentar) (CHEIDA, 2005).

Diante disto, mais uma vez, o HB se impõe como alternativa mais adequada à orientação mastigatória, onde o paciente não deve executar movimentos com a consciência, apenas deve cumprir o disponível aos demais animais, desprovidos desta.

Assim, fica demonstrado que nem sempre o lado do desvio da linha mediana dentária inferior determina, com precisão, a musculatura prevalente no movimento. Se no lugar de orientação mastigatória usarmos o HB aumentaremos nossa possibilidade de controle, atenuando, até suprimindo riscos.

Se orientarmos o paciente para executar o movimento contrário durante a mastigação corremos os riscos discutidos antes, por impormos mastigação em uma condição biomecânica desfavorável. Mais uma vez o HB se impõe como alternativa de menor risco: por decorrer (seu uso) de motricidade voluntária, teremos mais controle sobre eventuais nocividades.

O Hiperbolóide se presta, neste estreito sentido, melhor que a orientação mastigatória. Como a mastigação é uma motricidade reflexa o condicionamento pode impedir que se cumpra a orientação, mastigar pode se tornar uma tortura se tivermos que ficar atento por todo o tempo a um ato que deve acontecer sem precisarmos pensar em seu planejamento quando o executamos, ficando a cargo de núcleos motores subcorticais, disponíveis a animais desprovidos de nossos córtices, mais recentes na evolução.

Se utilizarmos o HB como exercícios evitaremos os reflexos condicionados, a possibilidade do “Humano saber o lado que mastiga”, permitindo que o faça

livremente enquanto o exercitar recondiciona os reflexos e possibilita a lenta remodelagem que nos interessa (ALVES, 2011).

CONCLUSÃO

A análise obtida com os resultados da pesquisa realizada com a técnica do hiperbolóide, teve evolução quanto a coleta de resultados e quanto ao relato da paciente o que antes a mesma não relatava melhora em seu quadro clínico e após o tratamento com o Hiperbolóide houve melhora significativa no tratamento devido a série de exercícios proposta pela técnica HB, tanto na simetria facial e no fortalecimento dos músculos da face, melhorando a desarmonia articular e fibrilação muscular, estimulação da língua, tonificação do bucinador, amplitude articular, estabilidade lateral, coordenação orbicular dos olhos. Apesar disto, vemos que é preciso mais estudos relacionados com a técnica do hiperbolóide na paralisia facial crônica, para melhor adequarmos protocolos de tratamento com tal técnica mencionada neste estudo e a comprovação de sua eficácia.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. F.; TENÓRIO, F. R. S.; NEPOMUCENO, R. B.; PEDROSA, A. S.; FILHO, E. M. **Intervenção Fisioterapêutica em Indivíduos que Apresentam Sequelas de Câncer na Cavidade Oral Associado a Dinsfunção Temporomandibular.** *Revista Semente* 6.6 (2013). Disponível em: <<http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/semente/article/view/154/112>>. Acesso em: 26/09/2015.

BATISTA, K. T. **Paralisia facial: análise epidemiológica em hospital de reabilitação.** Brasília: SGP, 2011. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(4): 591-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v26n4/a09.pdf>> Acesso: 26/06/15.

BATISTA, Kátia Torres. *Paralisia facial: análise epidemiológica em hospital de reabilitação.* Brasília: SGP, 2011.

BIASOTTO-GONZALEZ, DANIELA APARECIDA. *Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares.* Editora Manole Ltda, 2005.

CAMARGO, CARLA REGINA MOREIRA. **Abordagem fisioterapêutica na paralisia facial periférica – Estudo de Caso.** Paraná: Uniamértica, 2009.

CAMPOS, M. A.; BRITO, Marcos Antônio Pereira. *A Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica.* 2007. 69f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade Adamantinenses Integradas (FAI). Disponível em: <<http://www.fai.com.br/fisio/resumos1/01.doc>> Acesso em: 20/08/15.

CHEIDA, A. P. **Hiperbolóide**. Ícone, SP, 2005.

CORREIA, T.; SAMPAIO, M. J.; ALMEIDA, R.; GARRIDO, C. **Paralisia facial periférica diagnóstico, tratamento e orientação**. Nascer e Crescer, Resista do hospital de crianças Maria Pia, ano 2010, vol. XIX, n.3. Disponível em: <<http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1059/1/v19n3a05.pdf>>. Acesso em: 20/08/15.

FALAVIGNA, A.; TELES, A. R.; GIUSTINA, A. D.; KLEBER, F. D. **Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento**. Scientia Medica, 18(4), 177-183. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 177-183, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Alisson_Teles/publication/277065084_Bells_palsy_physiopathology_and_treatment_Abstract_in_English/links/5562378408ae8c0cab3333c1.pdf>. Acesso em: 20/08/15.

FRANCA, H. S.; VOLPATO, C. P.; FERNANDES, S. W.; CARVALHO, N. A. A.; FREITAS, D. G. **Abordagem fisioterapêutica em paralisia facial após carcinoma adenoide cístico: relato de caso**. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd 10.5 (2012). Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3145.pdf>>. Acesso em: 26/09/15.

FREITAS, C.; LUZARDO, R. Crioterapia: efeitos sobre as lesões musculares. Rev Epist Transversalis, v. 4, n. 1, p. 1-7, 2013.

FURTADO, R. M.; FORMIGA, C. K. M. R. **Prognóstico e tratamento fisioterapêutico da criança com paralisia facial periférica idiopática: relato de caso**. Revista Movimenta, vol. 2, n.4, 2009. Disponível em: <<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/view/259/257>>. Acesso em: 20/08/15.

GUABIROBA, J. S.; ROGATTO, G. P. **Influencia de um programa de exercícios faciais sobre a paralisia facial periférica: estudo de caso**. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo, v.2, n.9, p. 362-367. Maio/Junho. 2008. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4923597.pdf>>. Acesso em: 20/08/15.

GUARABANI, M. R.; CARDOSO, J. R.; CAPELLI, A. M. G.; RIBEIRO, M. C. **Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo**. Rev. Bras. De Otorrinolaringol.; 2007;73(2): 112-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v73n1/a18v73n1.pdf>>. Acesso em: 20/08/15.

LEAL, R. B.; RODRIGUES, M. J. Reabilitação bucal em paciente portador de paralisia facial periférica. Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê 8.41 (2010). Disponível em: <http://www.dtscience.com/index.php/Pediatric_Dentistry_jbp/article/view/532>. Acesso em: 26/09/15.

LEITÃO, A.E.R.; LEITÃO, A.V.A. **Medicina de reabilitação - manual prático**. Rio de Janeiro: Revinter, Cap. 5., p.111-114, 2006.

MARINHO-JUNIOR, C.; RAVAGNANI L. V.; MOURA G. M. **Atuação Da Fisioterapia Com Eletroestimulação Na Paralisia Facial Periférica**. 2007. p. 222-230. Disponível em: <[http://www.unisale.com.br/noticias/592/FISIO/TCC 2007.pdf](http://www.unisale.com.br/noticias/592/FISIO/TCC%2007.pdf)> Acesso em: 20/08/15. MATOS, C. Paralisia Facial Periférica. **O Papel da Medicina Física e de Reabilitação**. (2011). Disponível em: <<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/920/1/AMP%202011%20907.pdf>>. Acesso em: 26/09/2015.

RAHAI, A.; GOFFI-GOMEZ, M. V. S. **Avaliação eletromiográfica do músculo masseter em pessoas com paralisia facial periférica de longa duração**. Rev. CEFAC 9.2 (2007): 207-12. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n2/a09v9n2>>. Acesso em: 26/09/15.

ROSA MCP, MOREIRA AFM, ARAÚJO LB, MOREIRA JLC, MOTTA AR. **Comparação dos resultados da fonoterapia e fonoterapia associada à acupuntura na paralisia facial**

periférica. Rev. CEFAC. 2010 Jul-Ago; 12(4):579-588. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n4/189-09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n4/189-09.pdf)>. Acesso em: 24/09/2015.

SANTOS, R. M. M.; GUEDES, Z. C. F. **Estudo da qualidade de vida em indivíduos com paralisia facial periférica crônica adquirida.** Rev. CEFAC 14.4 (2012): 626-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n4/88-11.pdf>>. Acesso em: 26/09/2015.

SILVA, M. F. F.; GUEDES, Z. C. F.; CUNHA, M. C. C. **Aspectos psicossociais associados à paralisia facial periférica na fase sequelar: estudo de caso clínico.** Revista CEFAC 15.4 (2013): 1025-1031. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n4/32.pdf>>. Acesso em: 26/09/2015

TEIXEIRA, L. J.; SOARES, B. G.; VIEIRA, V. P.; PRADO, G. F. **A fisioterapia para a paralisia de Bell (paralisia facial idiopática).** Cochane Data base Syst Revista, Camboriu, Santa Catarina. v. 16 (3). ISSN: 18520590. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1461858.CD006283.pub3/pdf/abstract>> Acesso em: 20/08/15.

TESSITONE, A.; PASCHOAL, J. R.; PFEILSTICKER, L. N. **Avaliação de um protocolo da reabilitação orofacial na paralisia facial periférica.** Rev. CEFAC, v. 1, supl. 3, 432-440, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s3/a19v11s3.pdf>. Acesso em: 24/09/2015.