

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA

Peripheral facial palsy: patient profile attended at a school clinic

RESUMO: Diversas afecções podem afetar o VII par de nervo craniano – nervo facial, causando paresia dos músculos da mímica facial. Na paralisia facial periférica (PFP) o paciente apresenta diferentes sinais clínicos de incapacidades, sendo possível identificar um padrão característico associado a paralisia. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo verificar o perfil dos pacientes com paralisia facial periférica atendidos em uma clínica escola em Anápolis-GO. Foi realizado um estudo observacional, transversal descritivo de dados colhidos dos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de PFP, atendidos numa clínica escola no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Foram analisados 37 prontuários, um excluído por falta de dados. Do total de pacientes 55,5% foram do sexo feminino, com média de idade de $36,7 \pm 16,6$ anos. A maioria dos pacientes moram na região norte de Anápolis. Em 2013 houve o maior número de novos casos em tratamento. Em 53% deles a etiologia para a ocorrência da PFP foi idiopática, com paralisia da hemiface esquerda, e destes 22% apresentavam hipertensão arterial sistêmica como patologia associada e 28% relataram história de PFP na família. Ocorreram em média $11,4 \pm 13,5$ sessões individuais de 50 minutos, uma vez por semana. E observou-se que quanto mais idade o paciente tem mais sessões necessita para recuperar-se ($p=0,019$). A busca pelo serviço de fisioterapia contribuiu positivamente para o reestabelecimento das funções do nervo facial destes pacientes.

Palavras-chave: Estudos epidemiológicos. Fisioterapia. Paralisia facial.

ABSTRACT: Several affections can affect the VII pair of cranial nerve - facial nerve, causing paresis of the facial mimetic muscles. In peripheral facial palsy (PFP), the patient presents different clinical signs of disability, and it is possible to identify a characteristic pattern associated with paralysis. Thus, the present study aimed to verify the profile of patients with peripheral facial palsy treated at a school clinic in Anápolis-GO. An observational, descriptive cross-sectional study of data collected from the medical records of patients with a clinical diagnosis of PFP attended at a school clinic from January 2013 to December 2017 was performed. 37 medical records were analyzed, one excluded due to lack of data. Of the total number of patients, 55.5% were female, with a mean age of 36.7 ± 16.6 years. Most patients live in the northern region of Anápolis. In 2013 there were the highest number of new cases being treated. In 53% of them, the etiology for PFP was idiopathic, with left hemiface paralysis, and 22% had systemic arterial hypertension as an associated pathology and 28% had a history of PFP in the family. An average of 11.4 ± 13.5 individual sessions of 50 minutes occurred once a week. It was observed that the more age and more sessions the patient needs to recover ($p=0.019$). The search for the physiotherapy service contributed positively to the reestablishment of facial nerve functions in these patients.

Keywords: Epidemiological studies. Facial paralysis. Physiotherapy.

Kelly Cristina Borges Tacon¹
Edmara Campos Rocha Pereira²
Paulo César Simião Rodrigues²
Nathália Cristina Ruiz Zimmer²
João Victor Dias da Silva²
Bianca Cândida da Silva Gôveia²
Samara Lamounier Parreira³
Jalsi Tacon Arruda⁴

1- Pós-doutoranda em Ciências da Saúde (UFG), Doutora e Mestra em Ciências da Saúde (UFG), Especialista em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória (UEG), Fisioterapeuta docente do curso de Odontologia e Fisioterapia, UniEvangélica.

2- Fisioterapeuta, UniEvangélica;

3- Doutora em Ciências (USP), Fisioterapeuta docente do curso de Fisioterapia da UniEvangélica;

4- Pós-doutorado em Ciências Biológicas (UFG), Doutora em Ciências da Saúde (UFG), Biomédica docente do curso de Ciências Biológicas, Faculdade Araguaia; Docente do curso de Medicina, UniEvangélica;

E-mail: kellytaconn@hotmail.com

Recebido em: 15/10/2018

Revisado em: 19/11/2018

Aceito em: 16/01/2019

INTRODUÇÃO

A paralisia facial (PF) decorre de uma interrupção do fluxo nervoso levado pelo nervo facial, seguido por uma perda temporária ou permanente da função sensitiva ou sensorial motora, sendo supridos pela capacidade funcional em controlar os movimentos da face^{1,2}. Além do comprometimento da função sensório-motora pode ocorrer desordens estéticas e funcionais dos músculos da mímica facial e mastigação, resultando em uma série de desequilíbrios emocionais, os quais afetam a expressão facial^{3,4}.

É a causa mais comum entre as patologias que envolvem os nervos cranianos. A incidência varia de 20 a 30 casos a cada 100.000 pessoas⁴. No entanto, a incidência é maior em mulheres grávidas (45 casos a cada 100.000). Pode ocorrer em todas as idades, sendo mais comum na terceira e quinta década de vida, afetando igualmente a hemiface direita e a esquerda. A etiologia pode envolver desde infecções virais, trauma, afecções inflamatórias da orelha média, a doenças metabólicas, tóxicas, congênitas e tumores. Contudo, em 60% a 75% dos casos não há uma causa definida, caracterizada apenas como paralisia facial idiopática, aparecendo em 53,7% dos casos registrados⁵⁻⁷. Classifica-se a paralisia facial em dois subtipos: paralisia facial central (PFC) e/ou paralisia facial periférica (PFP). A paralisia facial periférica é o tipo recorrente de paralisia facial, na qual ocorre paralisia aguda parcial ou total da hemiface, associada ou não a dor retroauricular, parestesia e disacusia^{2,3,5}. Há assimetria facial tanto em repouso como ao movimento.

Verifica-se também outros sinais como: impossibilidade de fechar o olho, alargamento da fenda palpebral, levantamento do globo ocular na tentativa de fechar a pálpebra (sinal de Bell), apagamento do sulco nasogeniano, queda da comissura labial, boca e língua desviadas para o lado não acometido, dificuldades em falar, assoviar e inflar as bochechas^{3,2}.

O atendimento dos pacientes com PF deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar. O tratamento pode ser feito por medicamentos, terapia de reabilitação ou procedimento cirúrgico⁸⁻¹⁰. A fisioterapia intervém no reestabelecimento da função social e física, no trofismo muscular seja em quais fases se encontram, espástica ou flácida, visando a recuperação parcial ou das sequelas utilizando recursos para a reeducação da mímica facial com objetivo de resgatar a função muscular^{1,6}. O retorno da atividade normal dos músculos da mímica facial depende de uma série de fatores que vão desde o início do tratamento até as atividades terapêuticas aplicadas^{7,8}. A recuperação da lesão no nervo facial pode ocorrer em algumas semanas ou em até quatro anos⁹⁻¹².

A paralisia facial periférica é uma patologia com caráter insidioso, de etiologia desconhecida. Em geral, não apresenta um padrão em relação a sexo e idade entre as pessoas acometidas. Não se pode prever o início do quadro por não haver um sinal precursor, com exceção da dor que, em muitos indivíduos, antecede por vários dias com déficit motor¹²⁻²². Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo verificar o perfil dos

pacientes diagnosticados com paralisia facial periférica, atendidos em uma clínica escola em Anápolis-GO.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional, transversal descritivo. Foram incluídos na pesquisa os dados disponíveis nos prontuários dos pacientes com diagnóstico clínico de Paralisia Facial Periférica (PFP), atendidos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 na Clínica Escola da UniEvangélica, em Anápolis-GO. Foram incluídos os pacientes com PFP tanto axonal quanto desmielinizante e com tratamento encerrado até dezembro de 2017. Foram excluídos os prontuários dos pacientes com diagnóstico de Paralisia Facial Central, ou com informações incompletas, ou de pacientes que ainda estavam em tratamento na clínica escola. Um roteiro semiestruturado elaborado pelos pesquisadores foi utilizado para a coleta de dados, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, ocupação, região da cidade, ano de início do atendimento; avaliação da PF quanto a etiologia, patologias associadas, história de PFP na família; avaliação da sensibilidade e dor da PFP pela escala *House Brackmann*, evolução e tratamento fisioterapêutico utilizado. Os pacientes analisados foram distribuídos de acordo com o número de sessões necessárias para o reestabelecimento das funções na PFP, em duas categorias: ≤ 7 sessões e ≥ 7 sessões.

Os dados foram tabulados em planilhas Excel, analisados por estatística descritiva expressos em média, desvio padrão e porcentagem. Para análise das relações entre as variáveis foi utilizado o programa *Statistical Package Social Science* (SPSS, versão 21.0), e foi

realizado o teste qui-quadrado considerando $p < 0,05$. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UniEvangélica (nº 80476617.8.0000.5076), e autorizado pela coordenação da clínica escola e serviço de fisioterapia.

RESULTADOS

Foram analisados 37 prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de PFP atendidos entre 2013 a 2017. Um prontuário foi excluído por falta de dados. Do total de pacientes observados, 55,5% foram do sexo feminino (20/36) e 44,5% do sexo masculino (16/36). A média de idade para o grupo analisado foi de $36,7 \pm 16,6$ anos e houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,002$). Sobre a ocupação dos pacientes observou-se que 61% deles eram trabalhadores, 31% estudantes, e 8% aposentados. Todos os pacientes atendidos residiam em Anápolis-GO, sendo 34% na região norte, 22% sul, 22% no centro, 11% oeste, 11% leste (tabela 1). Entre os períodos analisados, de acordo com o ano de início do tratamento verificou-se uma distribuição na qual 29% casos foram iniciados em 2013; 23% em 2016; 21% foram em 2014, 18% em 2015, e 9% em 2017.

Durante a avaliação da paralisia facial e a etiologia para a ocorrência da PFP, observou-se 53% dos casos como causa idiopática, 36% infecciosa, 8% traumática, e 3% metabólica/vascular. Observou-se que 22% dos pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 8% diabetes mellitus tipo II, 3% hipercolesterolemia e 67% não apresentam patologias associadas a PFP. Sobre o histórico familiar para PFP 28% pacientes relataram

história de PFP na família, 72% não souberam dizer. Somente em 2016 ocorreu a avaliação da movimentação facial pela escala de *House Brackmann* para graduar o nível de lesão do nervo, em 8% dos pacientes no início e fim do tratamento.

Do total de pacientes avaliados na clínica escola pelo serviço de fisioterapia 97% evoluíram para alta. Ocorreram em média 11,4 \pm 13,5 sessões individuais de 50 minutos, uma vez por semana. Observou-se uma correlação significativa entre o número de sessões em relação a idade do paciente ($p=0,019$)

indicando que quanto mais idade o paciente possui, mais sessões são necessárias para sua recuperação.

Entre os recursos fisioterapêuticos os mais utilizados foram: estimulação sensorial, exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptivos e de mímica facial na frente do espelho (*feedback*) massagem, alongamentos, eletroterapia. A Estimulação Elétrica Funcional (FES – *Functional Electrical Stimulation*) foi utilizada para fortalecer a musculatura, além de *criotaping* e orientações ao paciente.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes avaliados de acordo o número de sessões de fisioterapia.

| Variáveis | ≤ 7 sessões | ≥ 7 sessões | P |
|--------------------------------------|-------------|-------------|--------|
| | n | n | |
| Sexo | | | |
| Feminino | 10 | 10 | 0,709 |
| Masculino | 9 | 7 | |
| Idade | | | |
| ≤ 20 anos | 2 | 4 | 0,002* |
| 21 a 40 anos | 8 | 7 | |
| 41 a 60 anos | 9 | 1 | |
| ≥ 60 anos | 0 | 5 | |
| Região de Moradia em Anápolis | | | |
| Sul | 5 | 3 | 0,138 |
| Norte | 4 | 8 | |
| Central | 4 | 4 | |
| Leste | 3 | 1 | |
| Oeste | 3 | 1 | |
| Etiologia | | | |
| Idiopática | 6 | 13 | 0,080 |
| Infecciosa | 10 | 3 | |
| Traumática | 2 | 1 | |
| Metabólica/vascular | 1 | 0 | |
| Patologias Associadas | | | |
| Hipertensão Arterial Sistêmica | 4 | 4 | 0,145 |
| Diabetes Mellitus tipo II | 3 | 0 | |
| Hipercolesterolemia | 0 | 1 | |
| Não possuem | 12 | 12 | |
| História de PFP na família | | | |
| Sim | 5 | 5 | 0,771 |
| Não | 12 | 14 | |

PFP – Paralisia Facial Periférica

DISCUSSÃO

O nervo facial (VII par de nervo craniano) possui fibras motoras e sensitivas. Inerva todos os músculos da mímica facial, exceto aqueles inerentes à mastigação que são inervados pelo nervo trigêmeo (V par craniano). Possui aproximadamente 7000 fibras, sendo 58% motoras, 24% são pré-ganglionares para lacrimagem e salivação e as outras 18% são da gustação e sensoriais²³⁻²⁴. O nervo facial emerge do sulco bulbo-pontino com fibras motora e sensitiva separadas, paralelo ao nervo vestibulo-coclear (VIII). Tanto o nervo facial como o intermediário cruzam a fossa posterior craniana no sentido anterolateral, penetram no meato acústico interno, passam pelo canal escavado na parte petrosa do osso temporal. Devido a este longo trajeto intracanal o nervo facial é o mais comumente atingido por patologias²³⁻²⁵.

A raiz motora corresponde ao nervo facial propriamente dito, responsável pela inervação dos músculos da mímica facial e do músculo tensor do tímpano, pertinente a audição. Já a raiz sensitiva está relacionada com o nervo intermediário, de *Wrisberg* (aférences sensitiva e parassimpática), que possui fibras sensitivas especiais controlando a sensação gustatória nos 2/3 anteriores da língua, fibras sensitivas somáticas relacionadas a sensibilidade de parte do pavilhão auricular, e fibras do sistema nervoso autônomo que atuam nas glândulas lacrimais e salivares^{1,23-25}.

A PFP decorre de uma lesão neuronal periférica no trajeto do nervo facial, podendo ocorrer em qualquer nível desse percurso⁶. A maioria dos pacientes atendidos na clínica

escola foi do sexo feminino, corroborando com outros estudos¹¹⁻¹⁴. Porém, outros estudos não demonstram haver diferença significativa em relação ao sexo mais prevalente entre os atendimentos¹⁵⁻¹⁷. A paralisia facial pode afetar indivíduos de qualquer idade. Estudos indicam maior prevalência na faixa etária entre 30 a 60 anos¹⁸⁻²¹, o que corrobora com os dados encontrados no presente estudo. Em relação a hemiface mais acometida o lado esquerdo foi o mais afetado entre os pacientes avaliados. Contudo, outros estudos indicam maior acometimento da hemiface direita¹⁶⁻¹⁸.

Vários são os fatores que podem estar associados a ocorrência da paralisia facial. Pode-se destacar: fatores congênitos, traumáticos, neurológicos, infecciosos, metabólicos, neoplásicos, iatrogênicos e idiopáticos. Entre estes a forma idiopática ainda é a mais frequente¹²⁻¹⁵, assim como o observado nesse estudo. Outros estudos observaram que a maioria dos casos de PFP foram de origem vascular, principalmente por acidente vascular encefálico isquêmico e apenas 12% foram de etiologia desconhecida⁹. E como etiologia principal a forma idiopática em 42,8% dos casos, seguida por paralisia congênita em 16,8% e traumatismo em 6% dos pacientes observados em um hospital de reabilitação em Brasília^{18,19}.

Dentre as patologias associadas aos casos de paralisia facial a hipertensão arterial sistêmica é comumente detectada²⁵⁻²⁷. A maior incidência de PFP transcorre de uma causa considera a primeira em número de casos, a idiopática ou de Bell, e a segunda é causa traumática. A hipertensão arterial, diabetes mellitus, viroses, gravidez e puerpério são

apontadas como patologias associadas à paralisia facial ^{6, 26-32}.

Casos de paralisia de Bell de origem genética têm sido descritos. Um estudo descreveu 6 casos de com padrão hereditário dominante ³³. Os dados observados no presente estudo indicam que a história familiar é um fator importante nesta patologia, que também implica no processo de diagnóstico e tratamento na recuperação rápida do nervo facial. Uma anamnese não detalhada ou mal interpretada, pode implicar em um prognóstico ruim.

Para minimizar as sequelas é importante conhecer a etiologia e os fatores que influenciam a evolução dessa doença. É possível acompanhar os graus de sequela da PFP através da utilização da escala de *House Brackmann*, que varia de I a V. O grau I indica função normal da face; II - desfiguração ligeira com pequena deformidade; III - disfunção moderada com paralisia evidente, porém não desfigurante; IV - disfunção moderada a grave com paralisia bem evidente, com assimetria desfigurante; e o grau V apresenta disfunção grave, não há quase algum movimento perceptível do lado afetado ⁶.

O local, grau de paralisia e os fatores etiológicos determinam a escolha do plano terapêutico. O tratamento farmacológico associado a técnicas de fonoaudiologia e a fisioterapia mostram respostas positivas ¹⁹⁻²⁴. Nos casos em que a causa é idiopática a escolha inicial é por corticoides orais. E quadros infecciosos como otite média, faz-se uso de antibioticoterapia ²⁰⁻²².

Tratamentos cirúrgicos e medicamentosos melhoram o déficit físico, mas

o reestabelecimento dos movimentos da mímica facial e a simetria da expressão tem significativa melhora com as técnicas de fisioterapia. O tratamento realizado pela fisioterapia deve ser iniciado de 10 a 12 dias após a ocorrência da PFP, não sendo realizada na fase aguda da doença, pois o nervo facial encontra-se ainda em isquemia e edemaciado. Acredita-se que uma sobrecarga de estímulos nessa fase pode provocar mais alterações na camada de mielina, consequentemente espasmos e sincinesias ³³.

O objetivo global da fisioterapia é reestabelecer a função, nesse caso dos músculos envolvidos com a mímica facial e também a analgesia de dores sentidas pelo paciente. O tratamento fisioterapêutico dispõe de diferentes recursos para intervir no restabelecimento da função, trofismo nas diversas fases de evolução da PFP, senso elas: flácida, de recuperação parcial ou de sequelas (hipertônias ou sincinesias) ⁶.

O treinamento miofascial para a hemiface afetada favorece a excitação nervosa (*overflow*), crioestimulação, eletroestimulação, (Método *Rood*) para aumentar o tônus da hemiface afetada, Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (Método *Kabat*) e o FES também utilizado no presente estudo ²¹⁻²³. A facilitação neuromuscular proprioceptiva utiliza princípios do reflexo, estiramento e resistência para promoção da atividade muscular e força dos músculos da face. Facilitação significa aceleração, visa a melhoria do movimento e diminuir a resistência ao impulso nervoso nas sinapses. Neuromuscular utiliza a unidade motora. Proprioceptiva estimula os receptores

proprioceptivos ⁶. O FES produz uma contração muscular com objetivo funcional de restabelecer a função neuromuscular por meio de impulsos elétricos ²³⁻³³. A eletroestimulação favorece o fortalecimento muscular através da estimulação dos ramos intramusculares dos motoneurônios ⁶. E o treino da mímica facial desenvolve o controle de um músculo ou determinado grupo muscular. É realizada uma instrução ao indivíduo para executar o movimento enquanto olha para o espelho, treinando o movimento desejado bilateralmente, observando a hemiface não afetada ⁶.

A participação de uma equipe multidisciplinar é fundamental para melhorar a qualidade de vida do paciente ^{23, 27-35}. A atuação em conjunto de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e médicos, contribui positivamente para melhoras na fala, mastigação e deglutição do paciente ocorrendo significativa melhora em 5 semanas ^{16, 29-31}. Um estudo observou 2.570 casos de PFP, dos quais em 85% dos pacientes a função retornou em 3 semanas, e em 15% após 3 meses a 5 meses de tratamento ³⁰. Os resultados observados no presente estudo indicaram que os pacientes reestabeleceram a função dos músculos da mímica facial em 3 meses de sessões, em média.

CONCLUSÃO

O rosto é o cartão visita onde se expõe a individualidade de cada ser. A face revela a expressão pessoal e é parte essencial da comunicação humana. Além disso, a importância cada vez maior não só da saúde com da estética está diretamente relacionada

a aparência facial. Os pacientes com paralisia facial periférica atendidos na clínica escola em Anápolis-GO têm o predomínio do sexo feminino, com 36 anos em média. São trabalhadores, residentes na região norte da cidade. Apresentam paralisia da hemiface esquerda, de origem idiopática associada a casos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes. A busca pelo serviço de fisioterapia contribuiu positivamente para o reestabelecimento das funções do nervo facial. Obteve êxito para alta na maioria dos casos, com melhora da simetria facial, da mobilidade, força, estética e diminuição ou prevenção do surgimento de sincinesias nestes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Aminoff MJ, Simon RP, Greenberg DA. Neurologia Clínica - 8ª Ed. Artmed. 2014.
2. Jesus LB, Bernardes DFF. Caracterização funcional da mímica facial na paralisia facial em trauma de face: relato de caso clínico. Revista CEFAC, 2012, 14(5): 971-976.
3. Atolini Junior N, Jorge Junior JJ, Gignon VF, Kitice AT, Prado LSA, Santos VGW. Paralisia facial periférica: incidência das várias etiologias num ambulatório de atendimento terciário. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, 2009, 13(2): 167-171.
4. Adel B, Kawthar S, Amine D, Souha BY, Abdellatif B. Idiopathic facial paralysis (Bell's Palsy). International Journal of Dental Science and Research, 2014, 2(5a): 1-4.
5. Maranhão-Filho P, Maranhão ET, Aguiar T, Nogueira R. Paralisia facial: quantos tipos clínicos você conhece? Parte I. Revista Brasileira de Neurologia, 2013, 49(3): 85-92.
6. Menezes EAF, Mejia DPM. Benefícios dos exercícios cinesioterapêuticos na paralisia facial periférica, 2012. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/30/27__Beneficios_dos_exercYcios_cinesioterapeuticos_na_paralísia_facial_periferica.pdf>. Acesso 07 de julho de 2018.
7. Scully C, Langdon J, Evans J. Marathon of eponyms: 2 Bell palsy (idiopathic facial palsy). Oral Diseases, 2009, 15: 307-308.

8. Wenceslau LG, Sassi FC, Magnani DM, Andrade CR. Peripheral facial palsy: muscle activity in different onset times. *Codas*. 2016, 28(1):3-9.
9. Konno KM, Zonta MB, Teive HAG, Correa CL. Perfil funcional da paralisia facial em um hospital. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 2014, 4: 144-51.
10. Leonetti JP, Marzo SJ, Anderson DA, Sappington JM. Neoplastic causes of nonacute facial paralysis: A review of 221 cases. *Ear, Nose & Throat Journal*, 2016, 95(9): 390-404.
11. Valença MM, Andrade-Valença LP, Azevedo L, Silva Júnior ML, Martins HA, Silva AA, Silva LC, Oliveira DA, Gouveia MC, Caldas Neto S. Cefaleia Antecedendo Paralisia De Bell: Podemos Prevenir A Paralisia Diagnosticando E Tratando Precocemente? *Headache Medicine*, 2013, 4(4): 105-111.
12. Monsanto RC, Bittencourt AG, Bobato Neto NJ, Beilke SCA, Lorenzetti FTM, Salomone R. Tratamento e Prognóstico da Paralisia Facial na Síndrome de Ramsay Hunt: Resultados Baseados em uma Revisão da Literatura. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 2016, 20(4): 394-400.
13. Barbara M, Antonini G, Vestri A, Volpini L, Monini S. Role of Kabat physical rehabilitation in Bell's palsy: A randomized trial. *Acta Oto-Laryngologica*, 2010, 130:167-172.
14. Sassi FC, Mangilli LD, Poluca MC, Bento RF, Andrade CRF. Mandibular range of motion in patients with idiopathic perypheral facial palsy. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2011, 77(2): 237-244.
15. Silva MFF, Cunha MC, Lazarini PR, Fouquet ML. Conteúdos psíquicos e feitos sociais associados à paralisia facial periférica: abordagem fonoaudiológica. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 2011, 15(4): 450-460.
16. Garanhan MR, Cardoso JR, Capelli MG, Ribeiro MC. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 2007, 73(1): 112-115.
17. Mory MR, Tessitore A, Pfeilsticker LN, Couto Junior EB, Paschoal JR. Mastigação, deglutição e suas adaptações na paralisia facial periférica. *Revista CEFAC*, 2013, 15(2): 402-410.
18. Hamada S, Fujiwara K, Hatakeyama H, Homma A. Oncocytoma of the Parotid Gland with Facial Nerve Paralysis. *Case Reports in Otolaryngology*, 2018, 21:7687951.
19. Batista Kátia Torres. Paralisia facial: análise epidemiológica em hospital de reabilitação. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 2011, 26: 591-95.
20. Yonamine FN, Tuma J, Silva RFN, Soares MCM, Testa JRG. Paralisia facial associado à otite média aguda. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 2009, 75: 228-30.
20. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010, 15(1): 1685-98.
22. Matos C. Paralisia facial periférica. O papel da medicina física e da reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, 2011 24: 907-914.
23. Souza IF, Dias ANM, Fontes FP, Melo LP. Métodos fisioterapêuticos utilizados no tratamento da Paralisia Facial Periférica: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2015, 19: 315-320.
24. Machado A, Haertel LM. Neuroanatomia funcional. Ed, Atheneu. 2013.
25. Kopczynski MC, Waksman RD, Farah OGD. Fisioterapia em Neurologia - Manuais de Especialização - Albert Einstein. 1ª edição. Ed. Manole, 2012.
26. Santos RMM, Guedes ZCF. Estudo da qualidade de vida em indivíduos com paralisia facial periférica crônica adquirida. *Revista CEFAC*, 2012, 14(4): 626-634.
27. Becker AH. Fisioterapia em Neurologia. Editora Santos, São Paulo-SP, 2008.
28. Salles AG, Toledo PN, Ferreira MC. Botulinium Toxin injection in long-standing facial paralysis patients: improvement of facial symmetry observed up to 6 months. *Aesthetic Plastic Surgery*, 2009, 33: 582-90.
29. Ferreira MAA, Lavori M, Carvalho GM, Guimaraes AC, Silva VG, Paschoall JR. Paralisia facial periférica e gestação: abordagem e tratamento. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2013, 35: 368-72.
30. Fonseca Filho GG, Medeiros Cirne GN, Cacho RO, Souza JC, Nagem D, Cacho EW, Moran CA, Abreu B, Pereira SA. Neonatal peripheral facial paralysis' evaluation with photogrammetry: A case report. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2015, 79(12): 2473-2475.
31. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2008, 265:743-52.
32. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta oto-laryngologica. Supplementum NLM*, 2002, 549:4-30.
33. Santos RMM, Chiari BM, Guedes, ZCF. paralisia facial e qualidade de vida: revisão crítica de literatura no âmbito do trabalho interprofissional. *Revista CEFAC*, 2016, 18(5):1230-1237.
34. Gatto LAM, Saurin F, Koppe GL, Demartini Junior Z. Facial palsy after embolization of dural arteriovenous fistula: A case report and literature review. *Surgical Neurology International*, 2017, 7(8):270.
35. Franca Pereira MA, Bittencourt AG, Andrade EM, Bento RF, Brito R. Decompression of the tympanic and labyrinthine segments of the facial nerve by middle

Tacon KCB, Pereira ECR, Rodrigues PCS, Zimmer NCR, Silva JVD, Góveia BCS, Parriera SL, Arruda JT

cranial fossa approach: an anatomic study. *Acta Neurochirurgica*, 2016, 158(6): 1205-11.