

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: revisão de literatura

*Sthefany Assis Sousa Santana*¹
*Gabriela Lopes dos Santos*²

RESUMO: A Paralisia Facial Periférica (PFP) ou de Bell caracteriza-se por paralisia parcial ou total dos músculos da face que pode ocorrer devido à redução ou perda da condução nervosa ao longo do nervo facial. A PFP pode acarretar a perda de movimentos da hemiface acometida, prejudicando a oclusão dos olhos, sorriso, arqueamento das sobrancelhas, vedação labial, o que pode gerar importante impacto na expressão facial, fala e alimentação e, conseqüentemente na qualidade de vida desses pacientes. Assim, o objetivo foi verificar os efeitos da fisioterapia em pacientes com PFP. A busca da literatura foi realizada nas seguintes bases de dados de dados LiLACS, SciELO e PubMed. A busca foi restrita a artigos publicados em inglês, português e espanhol entre 2011 e 2021. Após a busca da literatura, seis artigos foram selecionados. De forma geral, as condutas envolveram terapia do espelho, exercícios convencionais com mímicas faciais, facilitação neuromuscular proprioceptiva, eletroacupuntura, diatermia por ondas curtas, laser e também programas de computador que auxiliam na recuperação. Os estudos demonstraram que a terapia convencional associada a outras estratégias de intervenção apresentou efeitos superiores ao uso da terapia convencional isolado. Conclui-se que a fisioterapia é importante na reabilitação de pacientes com PFP, melhorando completamente ou parcialmente os déficits dos pacientes. Contudo, mais estudos são necessários.

Palavras-chave: Especialidade de Fisioterapia; Modalidades de Fisioterapia; Paralisia Facial; Paralisia de Bell.

PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT OF FACIAL PARALYSIS IN THE ACUTE PHASE: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: *Peripheral Facial Palsy (PFP) or Bell's Palsy is characterized by partial or total paralysis of the muscles of the face that can occur due to the reduction or loss of nerve conduction along the facial nerve. PFP can lead to loss of movement in the affected hemiface, impairing eye occlusion, smile, eyebrow arching, lip seal, which can have a major impact on facial expression, speech, and nutrition and, consequently, on the quality of life of these patients. Thus, the objective was to verify the effects of physical therapy in patients with PFP. The literature search was performed in the following databases LiLACS, SciELO and PubMed. The search was restricted to articles published in English, Portuguese, and Spanish between 2011 and 2021. After a literature search, six articles were selected. In general, the conducts involved mirror therapy, conventional exercises with facial mimics, proprioceptive neuromuscular facilitation, electroacupuncture, short wave diathermy, laser and computer programs that aid in recovery. Studies have shown that conventional therapy combined with other intervention strategies had greater effects than the use of conventional therapy alone. It is concluded that physical therapy is important in the rehabilitation of patients with PFP, completely or partially improving the patients' deficits. However, more studies are needed.*

Keywords: *Physiotherapy Specialty. Physiotherapy Modalities. Facial paralysis. Bell's Palsy.*

¹ Graduada em fisioterapia pelo Centro Universitário Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Brasil

² Professora e orientadora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A Paralisia Facial Periférica (PFP) ou de Bell caracteriza-se por paralisia parcial ou total dos músculos da face que pode ocorrer devido à redução ou perda da condução nervosa ao longo do nervo facial (VII par de nervo craniano). A incidência da PFP é de 20 a 30 casos a cada 100 mil habitantes, sendo maior entre as mulheres (BATISTA, 2011). A PFP pode acarretar a perda de movimentos da hemiface acometida, prejudicando a oclusão dos olhos, sorriso, arqueamento das sobrancelhas, vedação labial, o que pode gerar importante impacto na expressão facial, fala e alimentação e, conseqüentemente na qualidade de vida desses pacientes (PAVESE *et al.*, 2020).

De acordo com a literatura, existem algumas possíveis causas da PFP, tais como pressão alta, doenças vasculares, diabetes, gravidez, otite média aguda ou crônica, traumas, infecções (vírus da varicela zoster e o vírus do herpes humano do tipo 6) e tumores (KIM; LEE, 2020). A forma mais comum de PFP é a idiopática, também conhecida como Paralisia de Bell, que corresponde a cerca de 80% dos casos, sendo diagnosticada após a exclusão das demais causas. Nestes casos, a reativação do vírus do herpes simples do tipo 1 é considerada a infecção mais relevante (ZIMMERMANN *et al.*, 2019).

As manifestações clínicas surgem em curto período de tempo, cerca de 1 e 2 dias, e podem envolver paresia ou paralisia da hemiface homolateral ao nervo facial acometido, dor retroarticular que pode persistir por alguns dias, alteração do paladar dos 2/3 anteriores da língua, hiperacusia, diminuição na produção da lágrima e sinal de Bell (desvio do globo ocular para cima e para fora durante o fechamento do olho do lado afetado) (FALAVIGNA, 2008). Essa paresia ou paralisia pode ser observada através da diminuição ou ausência da mímica facial, dificuldades na fala ou alimentação. Além dessas alterações, a PFP pode resultar em comprometimentos psicológicos, sociais e estéticos, prejudicando a qualidade de vida dessa população (PAOLUCCI *et al.*, 2020).

De forma geral, 85% dos pacientes com PFP idiopática apresentam completa dentro de 1 ano (SULLIVAN *et al.*, 2007). Contudo, alguns pacientes podem evoluir para complicações em decorrência da fraqueza muscular crônica, tais como contratura muscular, espasmo hemifacial e sincinesia, sendo que esta ocorre devido ao direcionamento incorreto das fibras em regeneração. Existem dois tipos de sincinesias: (1) motora, caracterizada por movimento ipsilateral da boca ao piscar ou fechamento dos olhos ao sorrir; e (2) não motora, lacrimejamento ocular durante a salivação (lágrimas de crocodilo) e suor facial durante a salivação (síndrome de Frey) (REICH, 2017).

Diante do impacto físico, psicológico, social e funcional que a PFP pode causar nos pacientes, os efeitos de diversas estratégias de tratamento têm sido investigados, dentre elas as estratégias fisioterapêuticas, as quais envolvem a reeducação neuromuscular, o uso da eletrotermofototerapia, bandagem elástica funcional e recursos terapêuticos manuais, como a massagem (GARRO *et al.*, 2017). Desta forma, o objetivo dessa revisão foi verificar os efeitos da fisioterapia em pacientes com paralisia facial periférica.

2 METODOLOGIA

Foi realizado levantamento bibliográfico de artigos científicos nas seguintes bases de dados LiLACS (Literatura Latino-Americano em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed. Para a busca foram utilizados os seguintes descritores (DECs): "paralisia facial periférica" OR "paralisia facial" OR "paralisia de Bell" AND "modalidades de fisioterapia" e os seguintes termos MeSH: "peripheral facial palsy" OR "facial palsy" OR "bell palsy" AND "physical therapy modalities" OR "physical therapy specialty". Foram incluídos artigos publicados no período de 2012 a 2021 e nos idiomas inglês, espanhol e português.

Como critérios de seleção foram considerados os artigos que avaliavam os efeitos da fisioterapia em pacientes com paralisia facial periférica idiopática. Foram excluídos artigos que verificaram os efeitos de tratamento cirúrgico e/ ou medicamentoso nessa população ou estudos que avaliaram os efeitos da fisioterapia em pacientes com PFP idiopática menores de 18 anos de idade. Também foram excluídos tese, dissertação, pôster, relatos de caso e guidelines.

Para seleção dos artigos, inicialmente os títulos e resumos foram lidos para identificar artigos relacionados ao tema. Posteriormente, esses artigos pré-selecionados foram lidos integralmente para verificar se atendiam aos critérios de elegibilidade. Além disso, foi realizada uma busca na lista de referências dos artigos selecionados com o intuito de identificar artigos adicionais. A coleta de dados envolveu a extração padronizada dos artigos selecionados, os quais foram apresentados em forma de tabela utilizando o Microsoft Office Word 2007.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Paralisia facial periférica

A Paralisia Facial Periférica (PFP) ou Paralisia de Bell acomete o nervo facial, podendo

ocasionar dor aguda na porção mastoide, gerando paralisia parcial ou completa dos movimentos dos músculos da face. Além da hipersensibilidade auditiva e da hipoestesia, a PFP também pode estar relacionada a distúrbios do paladar, salivação e lacrimejamento. A taxa de predomínio é pouco maior entre a população feminina. Sua incidência é de 20 a 30 casos de pessoas com PFP a cada 100 mil habitantes (VALENÇA; VALENÇA; LIMA, 2001).

Pode ocorrer a melhora espontânea na maioria dos casos, podendo demorar semanas, meses a anos. A recuperação pode depender de vários fatores, como o tipo de lesão, a idade do paciente, o grau de nutrição do nervo, etiologia da paralisia, grau de comprometimento muscular e do tratamento estabelecido. Isso vai indicar o prognóstico da reabilitação da paralisia facial periférica (SOUZA *et al.*, 2016).

Os músculos da mímica facial, o pavilhão auditivo, entre outros, são inervados pela raiz motora do nervo facial. Os prolongamentos das células do gânglio geniculado formam a raiz sensitiva, e de lá partem os ramos responsáveis pela gustação dos dois terços anteriores da língua, sensibilidade do palato mole, concha do pavilhão auditivo e também as fibras parassimpáticas destinadas a secreção das glândulas submandibulares, lacrimais, sublinguais, palatinas, parótidas e nasais (DIB, 2009).

Ainda não há uma causa definida, mas existem alguns fatores de riscos que podem estar associados, tais como, infecção viral pelo vírus do herpes (Herpes simples ou Varicella Zoster), quedas de imunidade, sendo mais frequente na gravidez e no puerpério e devido também a episódios de isquemia vascular, comum em hipertensivos (hipertensão arterial) e diabéticos (diabetes mellitus) (MATOS, 2011).

As manifestações clínicas podem ser de início rápido ou lento, podendo variar entre fraqueza ou paralisia dos músculos da face, que pode acometer uma hemiface ou todo o rosto, pode haver desaparecimento das marcas de expressão facial, desvio dos lábios para a região contralateral do lado acometido, diminuição da produção de saliva e lágrimas, perda de paladar em alguns pontos da língua, dificuldade de fechar o olho do lado afetado, hipersensibilidade a sons e o fenômeno de Bell (CUNHA, 2018).

Além disso, o paciente com paralisia facial periférica não é capaz de encher de ar as bochechas, manter ar e líquido dentro da boca, pois vaza para o lado afetado. Em algumas pessoas há dor na face, parestesia no lado da face afetada e pescoço, aumento ou diminuição no lacrimejamento,

pode haver vertigem ou zumbido, há também modificações da salivação, degustação e audição (DIB; KOSUGI; ANTUNES, 2009b).

Perder a expressão facial de uma hemiface, não conseguir utilizar a mímica facial e modificar o modo de falar é uma alteração muito marcante. O nosso rosto é uma ferramenta fundamental para a comunicação humana. A expressão facial é um meio de comunicação não verbal, sendo a forma como identificamos as emoções pessoais, apresentadas ao meio externo (BERNARDES; GOMEZ; BENTO, 2010).

3.2 Fisioterapia na paralisia facial periférica

Um total de 20 artigos foram identificados por meio de busca eletrônica (SciELO = 1, LiLACS = 2, PubMed = 17). Após a leitura dos títulos e resumos, 4 artigos foram excluídos por não preencherem todos os critérios de inclusão e 16 artigos foram lidos na íntegra. Destes, apenas seis artigos foram incluídos. A tabela 1 apresenta dados dos artigos incluídos (autor, ano de publicação, características da amostra, protocolo de intervenção e resultados).

Ding et al (2020) avaliaram a viabilidade e os efeitos de um sistema espelho facial (FMS) e compararam à terapia convencional de caixa de espelho (MB). Para isso, 36 pacientes com idade média de 49 anos, 12 do sexo feminino, 22 com acometimento do lado esquerdo e duração de 30,5 dias (mediana). O FMS usa tecnologias de visão de computador para criar uma ilusão de rosto normal, espelhando o lado não afetado para o lado afetado. O MB foi colocado verticalmente em uma mesa e aberto com um ângulo de aproximadamente 90 graus. Os pacientes foram sentados em frente ao espelho com a linha média do rosto encostada na borda frontal da parte sagital. O espelho coronal fica do lado não acometido. Durante os exercícios faciais, os participantes foram solicitados a olhar para a imagem refletida duas vezes no espelho sagital e persuadir a imaginar que era o rosto paralisado e se movia simultaneamente.

Cada paciente realizou três tarefas faciais (descanso, expressão facial, enunciação) em duas condições aleatórias (FMS e MB) com intervalo de 30 minutos. As três tarefas foram realizadas de forma aleatória com 15 minutos de intervalo entre elas. No repouso, os pacientes deveriam olhar para o espelho/tela; a expressão facial continha cinco movimentos (enrugar do nariz, fazer um bico, apertar as bochechas, franzir a testa e sorrir com boca aberta) repetidos 10 vezes; e enunciação que incluía dizer “/ A: /”, “/ u: /” e “/ z /” por 3 a 5 s, que era repetido 10 vezes. Após a intervenção, a FMS

apresentou pontuações mais altas para as subescalas de utilidade, usabilidade, estética visual, emoções positivas, intenção de uso e avaliação geral, em comparação com MB.

Kasahara et al (2017) aleatorizaram 12 pacientes com PFP que apresentavam sincinesia em dois grupos: grupo experimental (GE, n=6, idade média de 47 anos, 3 do sexo feminino) e grupo controle (GC, n=6, idade média de 55 anos, 4 do sexo feminino). No GE, uma fita adesiva foi colocada ao redor da boca do paciente e este foi orientado a fechar os olhos para que nenhum movimento da boca fosse percebido. No GC, os pacientes foram solicitados a colocar os dedos nas bochechas com um leve toque para perceber quaisquer contrações indesejadas no nível nasolabial durante o fechamento dos olhos. Foram realizadas 20 oclusões oculares lentas por sessão, cumprindo-se três sessões por dia no decorrer de quatro semanas. O GE obteve um reconhecimento mais sensível do movimento do canto da boca, menor ativação do orbicular da boca e prega nasolabial mais rasa comparado ao GC.

Kütük et al (2012) verificaram os efeitos do uso da eletroacupuntura associada à terapia convencional que envolvia administração de aciclovir, prednisona, vitamina B e fisioterapia. A fisioterapia envolvia massagem terapêutica, exercícios de respiração e relaxamento, exercícios para abrir e fechar os olhos e lábios, exercícios de expressão facial (mímica) e pronúncia de letras e palavras. Além disso, os pacientes usaram lubrificantes oculares durante o dia e pomada oftálmica lubrificante. Os pacientes do GE também foram submetidos ao mesmo tratamento convencional do GC e a sessões de eletroacupuntura (duas por semana no primeiro mês e uma sessão por mês nos dois últimos meses). Para eletroacupuntura foi utilizado corrente pulsada de 2 Hz nos pontos GB14, TE23, SI18 e LI20 com duração total de aplicação de 20 minutos. Os autores observaram maior função nervosa normal, número de pacientes com grau de House- Brackmann ≤ 2 e com recuperação funcional ≥ 8 no GE comparado ao GC. Nenhum paciente do GE desenvolveu sincinesia e espasmo facial.

Marotta et al (2020) tiveram como objetivo avaliar a efetividade da estimulação elétrica neuromuscular (NMES) e terapia de diatermia por ondas curtas (SWD) em PFP. Para isso, 10 participantes foram submetidos a NMES nos músculos zigomático, frontal e orbicular (pulso de 80 Hz e duração de pulso de 700 μ s, intensidade corresponde a contração muscular visível) e a SWD (potência de 8–12 W; frequência de 2,2 MHz). Os indivíduos receberam o tratamento de 30 minutos por sessão, cinco sessões por semana durante quatro semanas. O GE também realizou exercícios, tais como: massagem terapêutica, exercícios de respiração e relaxamento, exercícios para abrir e fechar os olhos e lábios, exercícios de expressão facial (mímica) e pronúncia de letras e palavras.

Ao final do tratamento, os autores constataram melhora na simetria dos movimentos voluntários pela subescala de Sunnybrook para o GE comparado ao GC. Por outro lado, não foi observada melhora significativa nas subescala de Sunnybrook para simetria de repouso para o GE comparado ao GC. Além disso, nenhum grupo melhorou a sincinesia. Contudo, o estudo demonstrou melhora na razão de simetria do movimento voluntário do músculo zigomático comparado ao GC.

Ordaham e Karahan (2020) submeteu 23 pacientes com PFP a exercícios resistidos assistidos e ativos na frente de um espelho associado a facilitação neuromuscular proprioceptiva (cinco vezes por semana durante seis semanas), exercícios de expressão facial e orientações para encher balões e mascar chicletes; e 23 pacientes com PFP a tratamento com laser, o qual foi administrado durante dois minutos em oito pontos e diretamente nas raízes superficiais no nervo facial do lado comprometido (3 sessões por semana durante 6 semanas). Os parâmetros do laser de diodo de gálio foram: comprimento de onda de 830 nm, potência de 100 Mw e frequência de 1 KHz e 10 J/cm². O grupo submetido ao laser melhorou a pontuação do Índice de Incapacidade Facial (FDI) na semana 3 e 6, enquanto o grupo exercícios melhorou somente na semana 6.

Paolucci et al (2020) distribuíram aleatoriamente 22 pacientes em dois grupos: grupo experimental (GE, n=11) que realizou terapia de espelho e grupo controle (GC, n=11) submetido a reabilitação convencional (mímica e abordagem miofascial). Todos os pacientes realizaram reabilitação convencional durante 3 meses. No primeiro mês, as sessões foram realizadas três vezes por semana por duas semanas seguido de duas sessões por semana com duração de 30 a 45 minutos. Após um mês, as sessões foram realizadas duas vezes por semana com duração de 45 a 60 minutos. No final do terceiro mês de tratamento, os pacientes foram orientados a continuarem em casa os exercícios duas vezes por semana por mais quatro semanas.

Além disso, após o primeiro mês de reabilitação, os pacientes receberam um folheto ilustrativo com exercícios para serem realizados duas vezes por semana. O folheto ilustrativo envolvia exercícios de mímicas faciais que poderiam ser feitos em casa durante o tratamento (com e sem espelho). Os exercícios da cartilha envolviam sorrir, dar um beijo facilitado e manobras de reforço, soprar em um canudo, inflar as bochechas, enrugar o nariz, fechar suavemente os olhos com os dedos e levantar as sobrancelhas. Os pacientes em ambos os grupos participam de quatro a seis sessões de aconselhamento psicológico durante a intervenção de reabilitação para ajudar em seus aspectos emocionais e comunicativos.

No grupo experimental, os pacientes realizaram uma sessão adicional de terapia de espelho desde o início da reabilitação usando um programa específico que cria imagens faciais em tempo real. O paciente foi orientado a realizar expressões faciais para comunicação não verbal: felicidade, tristeza, interesse, nojo, medo, raiva e surpresa. Durante as sessões foi dados comandos de cunho emocional para maior envolvimento do paciente. Cada sessão durou de 45 minutos a 60 minutos, dependendo da capacidade do paciente em manter a atenção e fadiga cognitiva, respeitando os intervalos de descanso

O programa cria uma duplicata do rosto não comprometido para o paciente ter uma representação de seu rosto. A partir disso, o terapeuta orienta o paciente a se imaginar fazendo mímicas faciais, sem realizar nenhum movimento e depois com os olhos fechados. Em seguida, o paciente é orientado a observar o toque do terapeuta em certos pontos-chaves na área dos olhos para facilitar a percepção do movimento que será realizado e ter uma memória da informação recebida. Nesse momento, o paciente pode realizar o movimento, recebendo a imagem da duplicação digital da face não acometida como feedback visual.

A reabilitação convencional inclui mímica facial, automassagem de rosto e pescoço; exercícios respiratórios e relaxantes; exercícios de coordenação dos dois lados; exercícios para diminuir a sincinesia no fechamento dos olhos e lábios pela abordagem miofascial para reabilitação; reprodução de letras e palavras; expressões faciais; liberação miofascial; indução miofascial específico para as áreas oculares. Após analisar as avaliações funcionais, verificou-se que os dois grupos tiveram melhora progressiva de T0 a T3 (3 meses). O GE mostrou melhores resultados em relação à depressão emocional e a qualidade de vida.

Tabela 1 – Dados coletados dos artigos selecionados com a busca da literatura.

Autor	Ano	Características da amostra	Intervenção	Principais resultados
DING et al	2020	36 pacientes com idade média de 49 anos, 12 do sexo feminino, 22 com acometimento do lado esquerdo e tempo de lesão de 30,5 dias (mediana).	FMS: programa de computador reconstrói o rosto do paciente de forma simétrica considerando o lado não acometido. Realização de três tarefas (descanso, expressão facial, enunciação). MB: caixa de espelho para refletir o lado não acometido e criar a ilusão de que o lado acometido está executando os movimentos. Realização de três tarefas (descanso, expressão facial, enunciação).	A FMS apresentou pontuações mais altas para as subescalas de utilidade, usabilidade, estética visual, emoções positivas, intenção de uso e avaliação geral, em comparação com MB.
KASAHARA et al	2017	GE: n=6, idade média de 47 anos, 4 do sexo feminino, 3 com diagnóstico de Paralisia de Bell e tempo de lesão de 274 dias de lesão GC: n=6, idade média de 55 anos, 2 do sexo feminino, 4 com diagnóstico de Paralisia de Bell e tempo de lesão de 405 dias de lesão	do Fita adesiva foi colocada ao redor da boca e o paciente foi instruído a fechar os olhos para que nenhum movimento da boca fosse percebido pelas sensações da pele colada. Os pacientes são solicitados a colocar os dedos nas bochechas com um leve toque para perceber quaisquer contrações desejadas no nível nasolabial durante o fechamento dos olhos. 20 fechamentos lentos dos olhos por sessão, 3 sessões por dia durante 4 semanas.	20 GE atingiu um reconhecimento mais sensível do movimento do canto da boca comparado ao GC. O GE apresentou contração do canto da boca durante o fechamento mais fraco e a prega nasolabial mais rasa comparado ao controle. Os graus de fissura palpebral e a posição do canto da boca não diferiram.
KÜTÜK et al	2020	GE: n=48, idade média de 39 anos, 60% do sexo feminino GC: n=40, idade média de 39 anos, 58,3% do sexo feminino	Tratamento convencional (igual GC) + eletroacupuntura (2 vezes por semana no 1 mês e 1º vez por semana nos 2 últimos meses – aplicação no lado afetado por 20 minutos nos pontos GB14, TE23, SI18 e LI20) Tratamento convencional por 3 meses (aciclovir, prednisona, vitamina B e fisioterapia – automassagem, exercícios de relaxamento, inibição de sincinesia, exercícios de coordenação e exercícios de expressão facial emocional – e lubrificação ocular)	Maior função nervosa normal, maior número de pacientes com grau de House-Brackmann ≤ 2 e com função recuperação funcional ≥ 8 no GE comparado ao GC. Nenhum paciente do GE desenvolveu sincinesia e espasmo facial.

MAROTTA	GE: n=10	NMES (orbicular do olho, zigomático e frontal), diatermia por ondas curtas (potência de 8-13 W; exercícios de reeducação.	Aumento da simetria dos movimentos voluntários pela subescala de Sunnybrook e simetria do movimento voluntário do músculo zigomático.
	2020		
	GC: n=10	NMES e SWD placebo e exercícios de reeducação	Nenhuma melhora na simetria em repouso e sincinesia.
ORDAHAM; KARAHAN	Exercício: n=23, idade média de 45 anos, 10 sexo feminino	Exercícios resistidos assistidos e ativos na frente de um espelho associado ao PNF (5 vezes por semana durante 6 semanas) e exercícios de expressão facial (sopro de balão e mascar chiclete)	Ambos os grupos melhoraram a pontuação na ePFDI e SFDI na semana 3 e 6, exceto o grupo exercícios que melhorou somente na semana 6. Esses ganhos foram maiores no GE comparado ao GC.
	2020		
	Laser: n=23, idade média 45 anos, 14 do sexo feminino	Comprimento de onda = 830 nm, poder de 100 Mw, Frequência = 1 KHz, Gálio, densidade 10 J/cm ² (oito pontos no lado afetado – 2 min cada): 3 sessões por semana durante 6 semanas	
PAOLUCCI et al	GE: n=11, idade mediana de 48 anos, 50% do sexo feminino	Exercícios domiciliares, terapia de espelho e imagem motora com uso de software para criar imagens faciais simétricas em tempo real e registrar dados para monitorar seu tratamento de reabilitação e exercícios de imagens motoras	Ambos os grupos apresentaram melhora progressiva em todos os aspectos avaliados de T0 e T3 (3 meses) com estabilização dos resultados no seguimento. O GE obteve melhores resultados em relação à qualidade de vida e depressão.
	2020	Exercícios domiciliares e reabilitação tradicional: automassagem de rosto e pescoço; respiração e relaxamento; exercícios para coordenar ambos os lados e reduzir sincinesia e para fechamento ocular e labial por miofascial abordagem à reabilitação; exercícios de letras e palavras; e exercícios de expressão facial	
	GC: n=11, idade mediana de 49 anos, 40% do sexo feminino		

GE: Grupo Experimental. GC: Grupo Controle. EENM: SWD: diatermia por ondas curtas. NMES: Estimulação elétrica neuromuscular. PNF: Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva. PFDI: Facial disability index physical; SFDI: Facial disability index social. HBS: House-Brackmann Scale. SFGS: Sunnybrook Facial Grading System. FaCE: Facial Clinimetric Evaluation Scale. BDI: Beck Depression Inventory.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Paralisia Facial Periférica (PFP) é a paralisção parcial ou total do músculo da face, decorrente de diversos fatores. Essa doença necessita de um tratamento específico, o qual tem como objetivo restabelecer os movimentos da face. Os artigos encontrados apresentaram uma variedade de possibilidades terapêuticas, como massagem, terapia de espelho, facilitação neuromuscular proprioceptiva e laser, os quais apresentaram efeitos positivos, podendo reverter o quadro, na maioria das vezes, com êxito. Porém, mais estudos são necessários para verificar o efeito da fisioterapia na PFP.

REFERÊNCIAS

BATISTA, K. T. Paralisia facial: análise epidemiológica em hospital de reabilitação. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, p. 591-595, 2011.

BERNARDES, D. F. F.; GOMEZ, M. V. S. G.; BENTO, R. F. Eletromiografia De Superfície Em Pacientes Portadores De Paralisia Facial Periférica. **CEFAC**, v. 12, n. 1, p. 91-96, 2010.

CUNHA, S. C. N. **Paralisia Facial Periférica Diagnóstico e Tratamento**. 2018. 49 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2018.

DIB, G. C.; KOSUGI, E. M.; ANTUNES, M. L. Paralisia Facial Periférica. **revista brasileira de medicina**, n. March 2004, p. 10, 2009a.

DING, L. et al. Computer vision technology-based face mirroring system providing mirror therapy for Bell's palsy patients. **Disability and rehabilitation**, v. 42, n. 6, p. 833-840, 2020.

FALAVIGNA, A. et al. Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento. **Scientia Medica**, v. 18, n. 4, p. 177-183, 2008.

GARRO, A.; NIGROVIC, L. E. Managing peripheral facial palsy. **Annals of emergency medicine**, v. 71, n. 5, p. 618-624, 2018.

KASAHARA, T. et al. Efficacy of Tape Feedback Therapy on Synkinesis Following Severe Peripheral Facial Nerve Palsy. **Tokai J Exp Clin Med**, v. 42, n. 3, p. 139-142, 2017.

KIM, S. J.; LEE, H. Y. Acute peripheral facial palsy: recent guidelines and a systematic review of the literature. **Journal of Korean medical science**, v. 35, n. 30, 2020.

KÜTÜK, S. G. et al. The Efficacy of Electro-Acupuncture Added to Standard Therapy in the Management of Bell Palsy. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 31, n. 7, p. 1967-1970, 2020.

MAROTTA, N. et al. Neuromuscular electrical stimulation and shortwave diathermy in unrecovered Bell palsy. A randomized controlled study. **Medicine**, v. 99, n. 8, 2020.

MATOS, C. Paralisia Facial Periférica o Papel da Medicina Física e de Reabilitação. **Acta Med Port**, v. 24, n. S4, p. 907–914, 2011.

ORDAHAN B.; KARAHAN A. Y. Role of low-level laser therapy added to facial expression exercises in patients with idiopathic facial (Bell's) palsy. **Lasers in medical science**, v. 32, n. 4, p. 931, 2017.

PAOLUCCI, T. et al. Give me a kiss! An integrative rehabilitative training program with motor imagery and mirror therapy for recovery of facial palsy. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, 2019.

PAVESE, C. et al. Activity limitations and participation restrictions in patients with peripheral facial palsy: a cross-sectional study over a six-year period. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 56, n. 6, p. 725-732, 2020.

REICH, S. G. Bell's palsy. **CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology**, v. 23, n. 2, p. 447-466, 2017.

SOUZA, C. D. F. DE et al. Intervenção Fisioterapêutica Associada a Acupuntura Na Paralisia Facial Periférica: Um Relato de Caso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 14, n. 2, p. 1175–1183, 2016.

SULLIVAN, F. M. et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. **The New England Journal of Medicine**, v. 57, n. 16, p. 598-607, 2007.

VALENÇA, M. M.; VALENÇA, L. P. A. DE A.; LIMA, M. C. M. Paralisia Facial Periférica Idiopática de Bell: A Propósito de 180 Pacientes. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 59, n. 3B, p. 733–739, 2001.

ZAKI, M. A. et al. Prognosis of Bell palsy: a clinical, neurophysiological, and ultrasound study. **Journal of Clinical Neurophysiology**, v. 35, n. 6, p. 468-473, 2018.

ZIMMERMANN, J. et al. Differential diagnosis of peripheral facial nerve palsy: a retrospective clinical, MRI and CSF-based study. **Journal of neurology**, v. 266, n. 10, p. 2488-2494, 2019.