

POP

HC-UFTM/EBSERH

Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica

Versão: 5 | Ano 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Cristina Ruiz, Unidade Multiprofissional

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE INTERNA

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 14/11/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.015

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fisioterapia da Unidade Multiprofissional (UMULTI), atuante no Centro de Reabilitação “Dr. Fausto Cunha de Oliveira” do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) a assistência aos pacientes com paralisia facial periférica, a fim de buscar excelência na prestação dos serviços em saúde, com uniformidade de condutas e, assim, melhorar o atendimento e minimizar riscos e erros.

2. GLOSSÁRIO

DADT – Divisão de Apoio Diagnósticos e Terapêutico

Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FNP - Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva

HC-UFTM - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

OT - Órgão Tendinoso

POP – Procedimento Operacional Padrão

SNC - Sistema Nervoso Central

UMULTI - Unidade Multiprofissional

3. APLICAÇÃO

UMULTI do HC-UFTM - Serviço de Fisioterapia do Centro de Reabilitação.

4. INTRODUÇÃO

A paralisia de Bell é definida como uma neuropatia edematosa do nervo facial, decorrente de vasoespasmio arteriolar e subsequente isquemia do nervo, em que possam ser excluídas todas as outras possíveis causas de paralisia facial periférica, de natureza infecciosa, traumática ou blastomatosa, e em que também não se encontra doença do ouvido nem evidência histopatológica de processo inflamatório na bainha do nervo ou no próprio nervo (Hungria, 1995).

No exame clínico do nervo facial, deve-se explorar a função motora onde é facilmente notada uma assimetria da face com repuxamento dos traços fisionômicos para o lado sadio, com apagamento dos sulcos e rugas do lado doente. O piscamento não acompanha o da outra hemiface, o olho não se fecha tanto no lado paralisado; essa incapacidade de fechar os olhos é chamada de lagofalmo. Pacientes relatam sentir ardor no olho, tornando-se bastante incômodo, devido à ausência do movimento de piscar, assim como, a pele parece mais lisa. O supercílio mostra-se mais flácido, existe epífora, o sulco nasogeniano fica mais atenuado ou ausente, a asa do nariz aproxima-se do septo nasal estreitando a narina, que não se dilata durante a respiração, a comissura bucal desvia-se para baixo, tornando-se incapaz de assobiar e soprar, onde se observa vazamento de saliva. Quando a lesão ocorre no segmento mastoideo há o comprometimento da sensibilidade gustativa em dois terços anteriores da língua, alterações do equilíbrio, enjoos e tonteiras decorrentes da lesão da parte vestibular do VIII par e diminuição da audição por comprometimento da parte coclear deste nervo. É muito importante verificar a presença de anormalidades, que se tornam mais evidentes durante a execução de movimentos voluntários ou na vigência de emoções. No lado paralisado, ou parético, em casos de contratura facial, observa-se o repuxamento dos traços fisionômicos para o lado doente, onde se acentuam as rugas e os sulcos naturais da face (Hungria, 1995).

Em torno de 50% da população acometida por paralisia facial periférica a etiologia é desconhecida. A primeira de maior incidência é a paralisia idiopática, ou de Bell, e a segunda é a paralisia de causa traumática, entre outras como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, viroses,

gravidez e puerpério são apontadas como condições associadas (Brandenburg, 1993; Gomez, 1999; Valença,2001; Vasconcelos,2001).

O sinal clínico, decorrente da insuficiência funcional do orbicular das pálpebras, foi descrito por Charles Bell, e que leva o seu nome, é conhecido como sinal de Bell. É representado pelo desvio do globo ocular para cima e para fora, quando o paciente é orientado a fechar os olhos. Outro sinal é o de Negro, que consiste na maior elevação do olho do lado doente, em relação ao normal, quando o paciente olha para cima. Isto se deve a maior contração dos músculos reto-superior e levantador da pálpebra, em compensação à insuficiente força contrátil do músculo frontal (Hungria,1995).

Segundo Lopes Filho, 1994, uma vez que o nervo facial faz parte, como via eferente, de vários reflexos, pode-se observar o reflexo do orbicular das pálpebras que, ao estímulo doloroso da face ou do globo ocular, não se nota o fechamento do olho do lado paralisado.

A teoria patogênica mais aceita sobre a paralisia de Bell é a de distúrbio vascular da artéria estilomastoidea, que se processaria segundo o seguinte mecanismo: o espasmo arteriolar levaria à isquemia do nervo com lesão dos capilares, aumentando a sua permeabilidade. Este aumento da permeabilidade capilar levaria à formação de edema, com compressão e estase linfática e venosa, resultando em maior anóxia, reiniciando o círculo vicioso da isquemia e lesão. A teoria vascular tem sido sustentada pelos achados intraoperatórios durante a descompressão cirúrgica, onde a bainha neural, quando incisada, provoca protusão do nervo edemaciado e descorado, pela falta de irrigação (Ogawa e Sando, 1982; Liston e Kleid, 1989; Balkany e col., 1991).

As lesões do nervo facial podem ter diversos graus de intensidade. Muitas são as tentativas de classificá-las, porém, a forma mais aceita atualmente é a proposta por Seddon em 1943, e ampliada posteriormente por Sunderland em 1982.

O grau de lesão mais leve é chamado de neuropraxia onde, por ação de um agente causador, existe uma interrupção localizada da condução nervosa, porém, com preservação da integridade estrutural. Embora completamente paralisado, o nervo responde a estímulos e conduz impulsos acima e abaixo da lesão. O fato mais importante é que não ocorre degeneração e, cessada a causa, a recuperação é total.

O segundo grau é a axonotmese. Neste nível já existe perda de continuidade do axônio, mas o tecido conectivo (endoneuro) permanece intacto. Ocorre degeneração Walleriana distalmente à zona lesada, com a regeneração se processando à velocidade aproximada de um milímetro por dia. Neste grau, o importante é que a preservação do endoneuro fornece verdadeiros túneis para o crescimento axonal, orientando espacialmente, desta forma, uma perfeita regeneração axonal.

O grau mais intenso de lesão é a neurotme, onde existe lesão do axônio, do endoneuro e da bainha de mielina. Com a perda dos tubos de orientação fornecidos pelo endoneuro, a recuperação não ocorre de forma perfeita, ocasionando sincinesias movimentos de massa.

Aproximadamente um terço dos pacientes evoluem com sequelas estéticas ou funcionais significantes tais como: disfunção oral, contraturas, obstrução nasal, disgeusia, disestesias, sincinesias e espasmos hemifacial. A completa recuperação da lesão é, frequentemente, impedida pela sincinesia (Valença,1999; Gomez, 1999; Ribeiro, 1999).

Quando ocorre lesão axonal, alguns fatos acontecem simultaneamente. A ponta lesada do axônio começa a sofrer um processo de afinamento e, por transporte neural, recebe uma grande quantidade de enzimas, sendo que, dentro de alguns dias, pode-se notar brotos de crescimento axonal. É importante ressaltar que diferentemente de outros músculos, a musculatura facial,

mesmo depois de muitos anos de denervação, continua apta a receber novas terminações nervosas e se reconstruir, mesmo que de forma anômala (Munhoz, 1992).

A seguir, as figuras 1 e 2 que apresentam, respectivamente, os músculos da face.

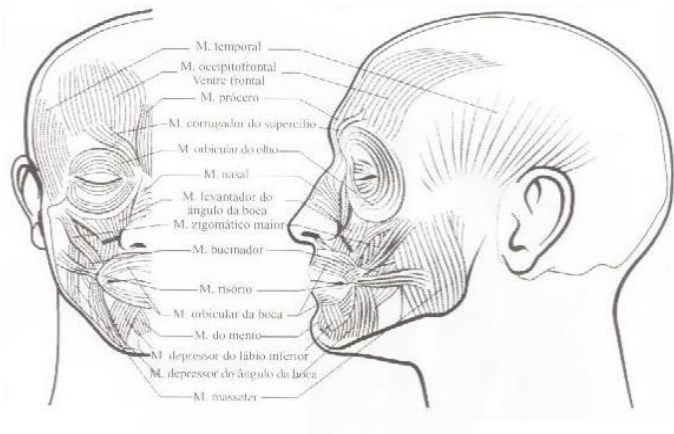


Figura 1 – Músculos da face.

Fonte: Reichel, 1998

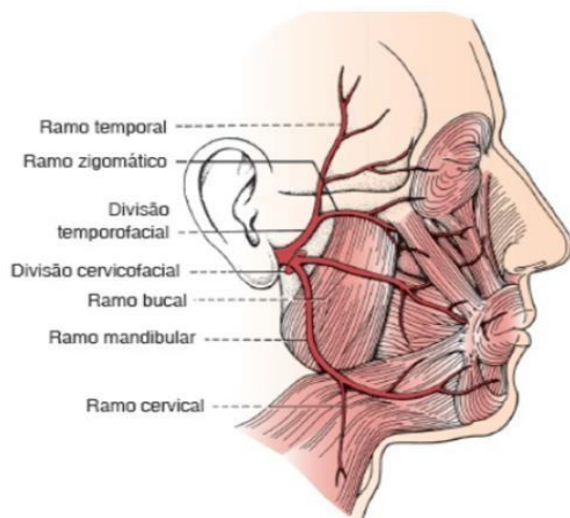


Figura 2 – Músculos da face.

Fonte: Campbell, 2014

CAMPBELL WW, DeJong, 2014.

5. OBJETIVOS GERAIS DA FISIOTERAPIA

- Acolher o paciente de forma humanizada;
- Avaliar o paciente de forma global através de: anamnese, observação, exame físico, testes especiais, reflexos e distribuição cutânea, palpação, exames de diagnóstico por imagem, entre outros;
- Qualificar e quantificar os déficits motores e/ou disfunções neuro-músculo-esqueléticas;
- Realizar o diagnóstico cinético-funcional;
- Estabelecer objetivos e metas do tratamento a curto, a médio e a longo prazo, revendo e reavaliando, conforme a progressão e evolução do quadro clínico do paciente;
- Traçar condutas de acordo com metas e objetivos estabelecidos;
- Reabilitar o paciente parcial ou totalmente, permitindo o reestabelecimento de suas funções e atividades de vida diária e profissionais e/ou diminuir sua dependência;
- Realizar orientações de adaptações de ambiente e de prevenção de acidentes;
- Evitar deformidades e contraturas;
- Melhorar e/ou manter a função motora;

- Prescrever a alta fisioterapêutica;
- Registrar em prontuário: consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ganhar força muscular;
- Ganhar amplitude de movimento;
- Restabelecer a simetria da face;
- Evitar as deformidades e contraturas (sincinesias);

7. FISIOTERAPIA MOTORA

- Método Kabat facial;
- Método Rood com escovação;
- Estimulação com corrente elétrica (farádica em ponto motor);
- Massagem de drenagem linfática;
- Exercícios de mímica facial em frente ao espelho;
- Analgesia e tratamento antiinflamatório com laser.

7.1 Método Kabat

O método Kabat foi desenvolvido por Knott e Vos, fisioterapeutas, juntamente com Herman Kabat, neurologista. Este método tornou-se conhecido como Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP) (Knott & Voss, 1968). A facilitação refere-se a uma capacidade aumentada em iniciar uma resposta motora através de um aumento da atividade neuronal e de um potencial sináptico alterado (O'Sullivan, 1993). Neuromuscular, relativo a nervos e músculos, e proprioceptivo, relativo a recepção de estímulos, que visa promover a reação do mecanismo neuromuscular através de estímulos em proprioceptores. São dois receptores sensoriais especiais que transmitem informações proprioceptivas de origem muscular. Esses receptores são fuso muscular e o aparelho tendinoso de Golgi (Guyton, 1988).

O fuso muscular consiste de aferentes, eferentes, tecido não contrátil e músculo estriado. Tem importante função na excitação que ocorre nos neurônios motores alfa que inervam o músculo extrafusar dentro do qual está alojado; facilita sinergistas polissinápticos ao mesmo tempo que inibe antagonistas e seus sinergistas. O sistema de fusos parece ter um papel importante como um mecanismo de *feedback* periférico funcionando para vários centros do Sistema Nervoso Central (SNC) (Umphred, 1994). Esses centros regulam a neuroexcitabilidade a nível da medula espinhal. A inervação gama regula o grau de alongamento no interno da porção não contrátil do fuso. O alongamento interno e externo da gravidade, do posicionamento e dos procedimentos terapêuticos regulam as respostas aferentes. Os aferentes ou receptores sensoriais são divididos em Ia tônicos e II que respondem a mudanças de comprimento que ocorrem na porção não contrátil do fuso. Se o fuso tiver sensibilidade interna suficiente, qualquer técnica terapêutica cria uma mudança de comprimento no fuso e tem o potencial de disparar os receptores tônicos Ia; se a intensidade for grande os receptores II irão disparar.

O órgão tendinoso (OT) é um receptor localizado nas inserções músculo-tendíneas tanto proximal quanto distais. Junto com o fuso muscular o OT tem um papel na medição da propriocepção consciente (Umphred, 1994). Ele monitora a tensão muscular exercida durante a contração muscular. Este mecanismo tem a função de proteção para evitar a lesão quando o

músculo se coloca em tensão extrema. Quando a tensão detectada pelo receptor fica intensa, os centros neuronais de medula espinhal, de forma automática, iniciam um reflexo para inibir os neurônios anteriores que inervam o músculo (Guyton, 1988). O OT é inervado por fibras nervosas aferentes Ib, e é altamente sensível à tensão das fibras musculares extrafusais. O OT regula a tonicidade da conformação dos músculos: inibe o agonista e pode excitar o antagonista, e informa o SNC sobre a velocidade, comprimento e contração de um músculo. O método de FNP tem como meio restaurar a função da estrutura neuromuscular, fundamentando-se no desenvolvimento motor, no sistema de ação e reflexos habituais, nos proprioceptores e no controle cortical do movimento; verificar a eficácia da resistência máxima e estiramento em facilitar a resposta de um músculo distal fraco pela irradiação de um músculo proximal mais forte; e identificar padrões de movimento em massa de característica espiral e diagonal. O método tem influenciado fisioterapeutas na prática em todo o mundo e foi primariamente desenvolvido para o uso em pacientes que sofriam de disfunções neuromusculares.

O método baseia-se no postulado de que a mobilidade normal dos indivíduos segue uma sequência evolutiva de movimento e que, após uma lesão, é necessário retrainar aquela sequência de movimentos, antes que a recuperação anormal se estabeleça. Também admite que o estímulo periférico máximo é requerido para recrutar respostas motoras. Acredita-se que a utilização de padrões totais de movimentos possa encorajar e reforçar o movimento. Este princípio baseia-se na hipótese de que o córtex cerebral controla o movimento em padrões e não em ações musculares isoladas e também de que o recrutamento muscular é mais eficaz a partir de músculos fortes. São utilizados padrões diagonais e espirais de movimentos passivos e ativos, visto que a maior parte dos músculos age numa direção espiral. Os reflexos de estiramento são superpostos sobre estes padrões para aumentar a atividade muscular (Knott & Voss, 1968). Estes padrões de características espiral e diagonal da facilitação proporcionam relações biomecânicas e fisiológicas para uma contração muscular mais eficiente. A força de contração de um músculo depende do número de unidades motoras recrutadas, portanto, o recrutamento de unidades motoras depende do grau de excitação medular e cerebral.

O método utiliza-se de mecanismos neurofisiológicos para aumentar o grau de excitação central sobre os motoneurônios com o objetivo de favorecer a atividade voluntária dos músculos fracos ou paréticos. Sendo assim estes padrões de movimento partindo de uma posição inicial que vai desde o máximo de estiramento até a posição final onde atinge o máximo de encurtamento podem normalmente atingir efeitos do estiramento como a obtenção de flexibilidade e aumento da amplitude de movimento por meio de técnicas específicas que compõem o método (Gonçalves, 2000).

Através do uso de técnicas de manuseio e de padrões de movimento é necessário um planejamento das atividades que é seguido com estímulos que podem ter origem com o contato e pressão manual, alongamentos e reflexos de estiramento musculares, tração e aproximação articular, resistência muscular máxima aplicada em direção contrária ao movimento solicitado, contrações musculares repetidas e comandos verbais. O contato manual e a entonação de voz do terapeuta são usados para modular o esforço do paciente. O alongamento facilita a contração muscular e atua nas terminações primárias do fuso muscular Ia. Estas terminações são sensíveis às alterações de duração e velocidade no músculo e produzem facilitação reflexa do músculo sob alongamento e seus sinergistas, enquanto propiciam inibição aos antagonistas. Os receptores articulares respondem tanto pelas forças de aproximação quanto de tração. A aproximação ou compressão das superfícies articulares ativa os receptores articulares tônicos e facilita as respostas de manutenção dos músculos posturais. Força de tração promove a separação entre as superfícies

articulares, ativam os receptores articulares mais fásicos. Tanto a tração quanto a aproximação melhoram a percepção articular e assim podem constituir-se em estímulos efetivos para a promoção do controle motor (O’Sullivan, 1993).

A resistência serve para recrutar tanto motoneurônios alfa quanto gama, favorecendo a contração muscular extrafusil e intrafusil. Muitos estudiosos relatam sobre a importância da posição inicial do membro para a execução dos movimentos utilizados pela técnica de FNP. O aspecto chave do método é a localização correta das mãos do terapeuta em relação ao paciente, a fim de direcionar e fornecer o estímulo correto (Knott & Voss, 1968). A facilitação da musculatura da face segue princípios gerais para a sua execução, tais como, a execução do movimento deve ser realizada em toda a sua extensão, os movimentos são bilaterais devido a simetria da face, utiliza facilitação por meio do reflexo de estiramento, no início do movimento o paciente deve se sentar à frente de um espelho para melhor controle viso-motor, a tarefa da musculatura facial ocorre contra resistência, emprega-se resistência na musculatura facial do lado sadio e o lado paralisado é mantido ou facilitado para executar o movimento desejado, o terapeuta utiliza de comando verbal para reforçar o aprendizado e estimular a execução correta do exercício solicitado.

A Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP) foi a intervenção que obteve melhor resultado se comparado as demais condutas, tendo 100% de eficácia na maioria dos casos quando associada a outras técnicas segundo Garanhani, et al 2007).

7.2 Método Rood

Frequentemente conhecido como método cutâneo, utiliza, para facilitar atividades musculares, movimentos contra resistência, associados a técnicas como por exemplo, a crioterapia (terapia que utiliza o gelo sobre a pele, a fim de estimular termorreceptores), o tapping (estímulos táteis vigorosos e rápidos na musculatura alvo), o placing (manutenção passiva de um segmento corpóreo no espaço, solicitando ao paciente sua sustentação ativa) e a escovação (movimentos suaves e rápidos na epiderme com auxílio de uma escova, objetivando estimular exteroceptores) (GOFF, 1969). A velocidade e a quantidade de estímulos empregados variam de acordo com objetivo do estímulo (CONNOLLY& MONTGOMERY, 1991).

7.3 Estimulação elétrica com a corrente farádica

É realizada no ponto motor da hemiface afetada por 10 a 15 segundos (FLORES,1998).

7.4 Massagem de drenagem linfática

São vários os tipos de massagem possíveis de serem aplicadas na face do paciente. A Drenagem Linfática, por exemplo, é realizada de forma lenta e superficial, com o objetivo de diminuir o edema e eliminar as toxinas presentes no interstício. As massagens mais profundas, circulares, servem para aumentar a vascularização do tecido e promover um estímulo tátil na hemiface parética.

A massagem aplicada com a poupa dos dedos em pontos dolorosos ativa-os e provoca o relaxamento. Quando realizada de forma mais lenta, promove um relaxamento da hemiface íntegra, já que esta, muitas vezes, está sendo mais recrutada/tracionada durante a mímica.

7.5 Exercícios de mímica facial

- Consistem nas seguintes manobras:
- ✓ Franzir a testa, que se manifesta com o aparecimento de rugas no sentido horizontal;
- ✓ Aproximar um supercílio do outro, surgindo rugas verticais logo acima da base do nariz;

- ✓ Fechar e abrir os olhos; recomenda-se que a oclusão do orbicular dos olhos se faça de maneira suave;
- ✓ Franzir o nariz, com expressão de mau cheiro;
- ✓ Aproximar e comprimir os lábios;
- ✓ Abrir a boca;
- ✓ Sorrir mostrando os dentes;
- ✓ Sorrir com os lábios juntos;
- ✓ Soprar com as bochechas cheias de ar;
- ✓ Protuir o lábio inferior;
- ✓ Elevar o lábio superior.

Os músculos da face, apresentados em quadro 1, são inervados pelo nervo facial e exercem papéis importantes na fala, na mastigação, na função protetora para os olhos e na expressão da face, os quais serão trabalhados com o emprego do tratamento fisioterapêutico.

Quadro 1 - Músculos da Face/Função

Músculo frontal	Elevação das sobrancelhas
Músculo corrugador do supercílio	Unir as sobrancelhas
Músculo depressor do supercílio	Fazer rugas horizontais sobre o nariz
Músculo orbicular do olho	Fechar os olhos
Músculo nasal-parte transversa	Enrugar o nariz
Músculo nasal-parte alar	Dilatar as narinas
Músculo depressor do septo	Curvar o nariz para baixo
Músculo levantador do lábio superior	Mostrar dentes superiores
Músculo depressor do lábio inferior	Mostrar dentes inferiores
Funcionamento conjunto de ambos	Mostrar dentes superiores e inferiores
Músculo levantador do ângulo da boca	Puxar o canto da boca para cima
Músculo depressor do ângulo da boca	Puxar o canto da boca para baixo
Músculo do mento	Sobrepôr o lábio inferior ao superior

Fonte: Reichel, 1998.

7.6 Laser

Os lasers não cirúrgicos ou de baixa intensidade possuem uma série de efeitos biológicos quando interagem com os tecidos. Para o tratamento da paralisia facial de Bell pode-se destacar o aumento da amplitude dos potenciais de ação (função nervosa estimulada) e a capacidade de aceleração de regeneração de estruturas nervosas.

MILORO et al. destacam a efetividade do emprego do laser não cirúrgico (Arseneto de Gálio e Alumínio ou GaAlAs 830nm) na regeneração neural do nervo alveolar inferior em ratos. Da mesma forma, SNYDER et al., através de estudos de biologia molecular, sustentam que a laserterapia (633nm) aumenta os índices de regeneração nervosa, reinervação e sobrevivência neuronal após rompimento dos axônios.

Castillo et al. 2012 evidenciam que o laser tem demonstrado grande sucesso terapêutico, por seu efeito anti-inflamatório, vascular e regenerativo, tanto dos tecidos musculares quanto dos nervosos.

O estudo de Montero et al. 2015, não relata em sua pesquisa dados referente há efeitos colaterais da aplicação do laser em seus pacientes.

No atendimento é empregada o Laserpulse He Ne cor Infravermelho (invisível) com comprimento de onda de 904nm da marca Ibramed. Com dosimetria de 2 a 3 J/cm², no regime de

emissão pulsado, em forma de aplicação pontual e seguindo o trajeto do nervo facial. Essa conduta é baseada nos parâmetros seguidos por Vianas, 2006.

8. FLUXOGRAMA

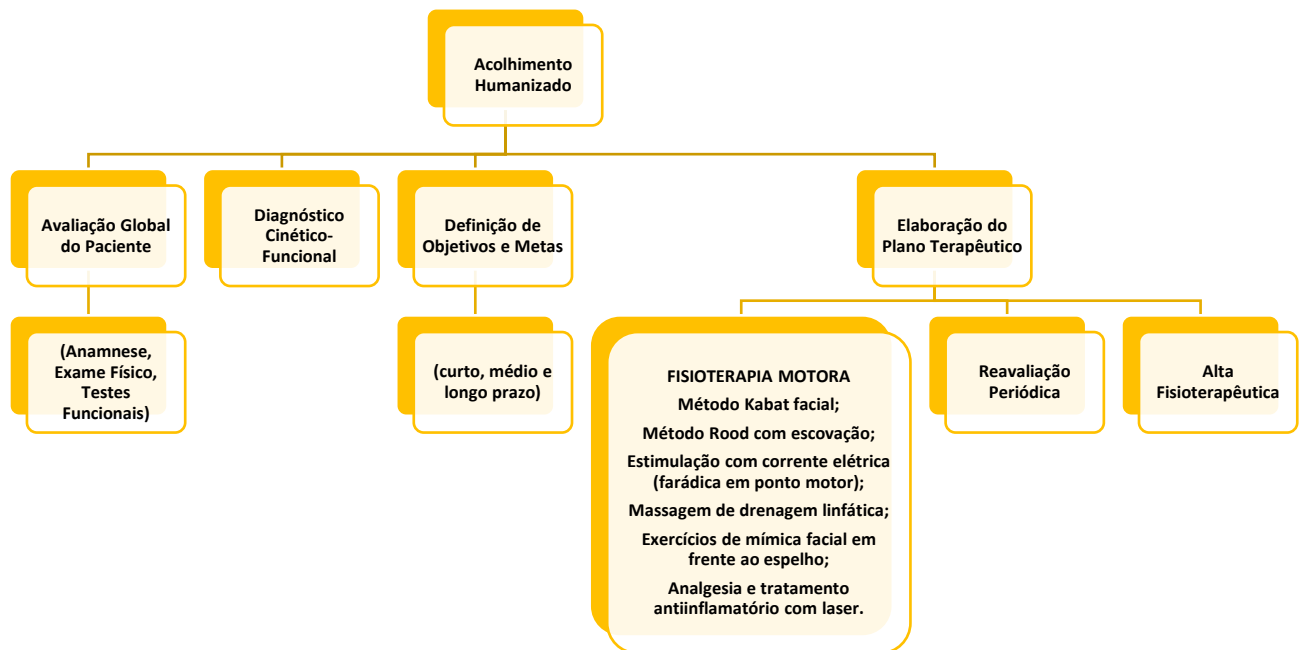


Figura 3 – Fluxograma do atendimento. Fonte: dos autores

9. REFERÊNCIAS

Balkany T, Fradis M Jafek B W, Rucker N C. Intrinsic vasculature of the labyrinthine segment of the facial nerve: implications for sites of lesion in Bell’s Palsy. *Otolaryngol. Head Neck Surg*, 1991;104: 20-3.

Brandenburg NA, Annegers JF. Incidence and risk factors for Bell’s palsy in Laredo, Texas: 1974-1982. *Neuroepidemiology* 1993; 12:313-25

CAMPBELL WW, DeJong. **O Exame Neurológico**. 7ª. Edição, Editora Guanabara Koogan, 2014.

Castillo MD, Riob MS, Garcíab AJD, Wintera GP, Aguileraa G. Tratamiento combinado de campo magnético, láser, masaje y ejercicio en la parálisis facial periférica idiopática. *Fisioterapia*. 2012;34(3):99-104. doi: 10.1016/j.ft.2011.11.002

Connolly,B.; Montgomery, P. Framework for assessment and treatment. In: Mongomery, P. & Connoly,

B. Motor control and physical therapy: theoretical framework and practical applications. Tennessee, Chattanooga, 1991.

Flores PF, Medina RZ, Haro LG. Idiopathic peripheral facial paralysis treatment physiotherapy versus prednisone. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1998; 36(3): 217-21.

Goff, B. Appropriate afferent stimulation. Physiotherapy, 55, p. 9-17, 1969.

Garanhani MR, Cardoso JR, Capelli AMG, Ribeiro MC. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. 2007; [acesso em 10 mar 2023]. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rboto/a/pxh4xfc3DWrMFf6xTMMM7hR/abstract/?lang=pt>

Gomez MVSG, Vasconcelos LGE, Moraes MFBB. Trabalho miofuncional na paralisia facial. Arq Fund Otorrinolaringol 1999; 3:1-5.

Gonçalves M & Bérzin F. Estudo Eletromiográfico comparativo de movimentos de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva com os realizados nos planos sagitais. Rer. Brás. Fisiot., São Paulo, 2000; 4 (2): 55-64.

Guyton A C. Fisiologia Humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988 p. 564.

Gutknecht N, Eduardo CP. Laser de Baixa Intensidade. In: Gutknecht N, Eduardo CP. A Odontologia e o Laser: Atuação na Especialidade Odontológica. São Paulo: Quintessence, 2003: 217-237.

Hungria H. Hungria Otorrinolaringologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, p. 351-371. Knott M, Voss D. Proprioceptive neuromuscular facilitation. 2nd. ed. London, Harper & Row, 1968.

Liston S L, Kleid M S. Histopathology of Bell's Palsy. Laryngoscope, 1989; 99: 23-6.

Lopes Filho O. Paralisia Facial Periférica. Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Ed. Roca, 1994 p. 888-912.

Miloro M, Halkias LE, Mallery S, Travers S, Rashid RG. Low-level laser effect on neural regeneration in Gore-Tex tubes. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93:27-34.

Montero TF, Zayas MSH, Andino LRC, Correoso VC. Evaluación clínica y funcional de pacientes con parálisis de Bell tratados con laser. MEDISAN. 2015;19(12):1459. url: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001200004

Munhoz M S L. Paralisia Facial. ACTA WHO, 1992, 11(2): 57-67.

Ogawa A, Sando I. Spatial occupancy of vessels and facial nerve in the facial canal. Ann Otol. Rhinol. Laryngol., 1982; 91: 14-9.

O'Sullivan S B & Schmitz T J. Fisioterapia: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 1993.

Ribeiro EC, Cassol M. Enfoque fisioterápico e fonoaudiólogo na paralisia facial periférica. Arq Fund Otorrinolaringol 1999; 3:46-52.

Reichel H S. Método Kabat. Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva. São Paulo: Premier, 1998 p. 182. Seddon H J. Three types of nerve surgery. Brains, 1943, 66: 237-288.

Snyder SK, Byrnes KR, Borke RC, Sanchez A, Anders JJ. Quantitation of calcitonin gene-related peptide mRNA and neuronal cell death in facial motor nuclei following axotomy and 633 nm low power laser treatment. *Lasers Surg Med* 2002; 31:216-222.

Sunderland S. Basic anatomical and pathophysiological changes in facial nerve paralysis. In: Graham, M D & House W F. *Disorders of the facial nerve*. New York, Raven Press, 1982, p. 67-74.

Testa J R G. Paralisia facial periférica idiopática: da incidência e dos fatores prognósticos. Tese mestrado

- Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1992.

Umphred D A. *Fisioterapia neurológica*. São Paulo: Manole, 1994.

Vasconcelos BEC, Dias E, Dantas WRM, Barros ES, Monteiro GQM. Paralisia facial periférica traumática. *Rev Cir Traumat Buco-Maxilo- Facial* 2001; 1:13-20.

Valença MM, Valença LPAA, Lima MCM. Paralisia facial periférica idiopática de Bell: a propósito de 180 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 59:234-42.

Valença MM, Valença LPAA. Nervo facial: aspectos anatômicos e semiológicos. *Neurobiol* 1999; 62:77- 84.

Vienas VN, Kreisner PE, Mariani C, Pagnoncelli RM. Laserterapia Associada ao Tratamento da Paralisia Facial de Bell. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2006; 47:43-48.

10. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	3/2/2016	Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão (POP)
2	20/12/2019	Revisão e atualização
3	13/12/2021	Revisão e inserção em novo modelo Ebserh
4	21/11/2023	Revisão e atualização
5	14/11/2025	Alterações no texto, atualizações das referências e inserção no novo modelo Ebserh

11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual (versão 5) – data: 21/8/2025 Cristina Ruiz e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI)</p> <p>Análise interna – data: 21/8/2025 Renata de Melo Batista, fisioterapeuta da UMULTI</p> <p>Análise – data: 10/10/2025 Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI</p> <p>Validação técnica – data: 3/11/2025 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)</p> <p>Aprovação – data: 10/10/2025 Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 14/11/2025 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p>Elaboração da versão 4 – data: 21/11/2023 Cristina Ruiz e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas da UMULTI</p> <p>Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Ivonete Helena Rocha, chefe da DGC</p>
<p>Elaboração da versão 3 – data: 13/12/2021 Cristina Ruiz e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas</p> <p>Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da Unidade de Reabilitação</p> <p>Registro, análise e revisão Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Marina Casteli Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT)</p>
<p>Elaboração da versão 2 – data: 30/12/2019 Cristina Ruiz, fisioterapeuta</p> <p>Validação Priscila Salge Mauad Rodrigues, chefe da Unidade de Reabilitação substituta</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Marina Casteli Monteiro, chefe da DADT</p>
<p>Elaboração da versão 1 – data: 3/2/2016 Cristina Ruiz, fisioterapeuta</p> <p>Validação Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação Juverson Alves Terra Junior, chefe do Setor de Apoio Terapêutico</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Colegiado Executivo</p>

12. ANEXO

1 - Formulário de Avaliação para Paralisia Facial

Nome: _____ RG/HC: _____
Idade: Sexo M() F () Avaliação: _____/____/____ Fone: _____
Diagnóstico: _____
Medicamentos: _____
HMA: _____

TESTES ESPECÍFICOS:

Sinal de Bell - () Presente () Ausente

Sinal Negro - () Presente () Ausente

MOTROCIDADE VOLUNTÁRIA

() Sim () Não– Elevação das sobrancelha (frontal) “Surpresa”

() Sim () Não– Adução das sobrancelhas (corrugar supercílios) “Desaprovação”

() Sim () Não– Depressão ângulo medial sobrancelha (prócer) “Comeu e não gostou”

() Sim () Não– Fechamento das pálpebras (orbicular dos olhos) “Fechar firmemente”

() Sim () Não– Abertura Nasal “Cheirinho”

() Sim () Não– Fechamento dos lábios (orbicular da boca) “Assobio”

() Sim () Não– Compressão das bochechas (bucinador) “Soprar”

() Sim () Não– Elevação do ângulo da boca (Zigomático Maior) “Sorriso”

() Sim () Não– Retração do ângulo da boca (Risório) “Carranca”

() Sim () Não– Depressor do lábio inferior (Plástima, depressor do ângulo da boca)

() Sim () Não– Elevação do lábio superior – Mostrar as gengivas e dentes

() Sim () Não– Elevação e protusão do lábio inferior

ATIVIDADE FUNCIONAL

() Sim () Não – Assobiar

() Sim () Não – Soprar

() Sim () Não – Bochechar

() Sim () Não – Fechar os olhos - Lagofalmo () Sim () Não – Mastigação

() Sim () Não – Pronunciar consoantes labiais e dentolabiais (B, P, M e V)

() Sim () Não – Há presença de Epífora

() Sim () Não – E Vazamento de saliva pelo ângulo inferior da boca

() Sim () Não – Há sintomas de perda de equilíbrio, enjoo e tontura

() Sim () Não – Fez tarsorrafia