

INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PRECOCE NUM PACIENTE COM PARALISIA FACIAL APÓS OTOMASTOIDITE

Early speech therapy intervention in a patient with facial paralysis after otomastoiditis

Adriana Maria Romão ⁽¹⁾, Celina Cabral ⁽¹⁾, Cristiana Magni⁽²⁾

RESUMO

De ocorrência frequente, a paralisia facial é uma patologia que acomete a face e a expressão facial. Dentre as etiologias possíveis será destacada uma de ocorrência pouco comum, a Otomastoidite. A intervenção fonoaudiológica iniciada precocemente colabora para o retorno da mobilidade e funções da musculatura reduzindo assim a atrofia muscular e surgimento de sincinesias e contraturas. O objetivo do estudo foi reabilitar um paciente acometido pela paralisia facial após otomastoidite com a intervenção fonoaudiológica precoce e descrever a aplicação de uma proposta de intervenção terapêutica diferenciada. Na metodologia optou-se por exercícios miofuncionais específicos, avaliação e acompanhamento audiológico. Nos resultados, após nove semanas de acompanhamento, observou-se melhora expressiva na simetria do sorriso, adequação das funções estomatognáticas e presença dos reflexos acústicos estapedianos.

DESCRITORES: Audiologia; Terapia Miofuncional; Paralisia Facial; Mastoidite

■ INTRODUÇÃO

A paralisia facial decorre de uma lesão no nervo facial (VII par craniano), responsável pela inervação de dezessete pares de músculos faciais ¹. Uma lesão pode desencadear vários graus de comprometimento do nervo, desde interrupção parcial das fibras que compõem o nervo à interrupção completa, gerando uma paresia ou paralisia uni ou bilateral dependendo do local da lesão. Quando uma afecção como a paralisia facial acomete a expressão facial, é afetada a capacidade de comunicação não verbal o que acomete diretamente o convívio social e a comunicação ².

Uma etiologia não muito comum é a otomastoidite, definida como inflamação dos processos pneumáticos do osso temporal, sendo essa uma complicação da otite média aguda. A paralisia facial acontece em alguns casos, por que o trajeto do nervo facial próximo ao ouvido médio e a mastóide

permite que inflamações destas estruturas cheguem ao nervo ocasionando complicações neurológicas, pois, as paredes do nervo são delgadas na região do ouvido médio, e isso permite que a inflamação continue. A otomastoidite é pouco frequente, sendo de 2-4 mastoidites a cada 100.000 casos de otite, sendo que a paralisia facial como consequência dela tem uma frequência de 0,02% ³.

As complicações podem acontecer em 35% dos casos sendo extra-cranianas, consistindo em: abscesso subperiosteal, abscesso de Bezold, paralisia facial, osteomielite, hipoacusia, labirintite e petrosite, e as intra-cranianas incluem a meningite, empiema epidural e subdural, abscesso temporal ou cerebeloso e trombose dos seios venosos ⁴.

Muitos são os agravos sofridos por um indivíduo acometido pela paralisia facial, eles podem ser temporários (fase flácida) ou definitivos (fase de sequelas). A paralisia facial limita a função motora normal, prejudica o indivíduo na realização de expressões faciais e atividades diárias como, comer, beber e falar. Além disso, pode causar comportamento defensivo de forma agressiva ou tímida e tendência ao aumento do isolamento social e perda da auto estima⁵.

⁽¹⁾ Universidade Estadual do Centro Oeste- Unicentro, Irati, PR, Brasil.

⁽²⁾ Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro Oeste- Unicentro, Irati, PR, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Diante do exposto acima, o presente artigo tem como objetivo reabilitar um paciente acometido pela paralisia facial após otomastoidite com a intervenção fonoaudiológica precoce e descrever a aplicação de uma proposta de intervenção terapêutica diferenciada.

■ APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente trabalho recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Centro Oeste - Unicentro, com o parecer de número 345.558.

Paciente com 11 anos de idade, sexo masculino, compareceu a Clínica Escola de Fonoaudiologia -CEFONO da Universidade Estadual do Centro Oeste, queixando-se de hipoacusia, ausência de movimentos faciais em hemiface direita, dificuldades em fechar completamente o olho direito, dificuldades mastigatórias e na ingestão de líquidos. O laudo da tomografia computadorizada constou: Sinais de otomastoidite à direita.

Na anamnese o responsável referiu que o menor teve uma forte infecção de ouvido, e devido a isto ficou internado por sete dias para receber tratamento a base de antibióticos. A paralisia facial ocorreu antes mesmo do internamento, aconteceu de repente e quando percebeu parte de sua face estava sem movimentos. Na mesma semana que obteve alta hospitalar o paciente procurou atendimento fonoaudiológico por encaminhamento do médico otorrinolaringologista.

Em avaliação fonoaudiológica realizada, primeiramente foi feita uma sequência de fotos, utilizando-se uma câmera da marca SONY- Cyber-shot, 16.1 mega pixels e zoom 5.0. Adotou-se um padrão para as fotos: Paciente e terapeuta sentados frente a frente em cadeiras semelhantes a uma distancia de 1 metro, sendo solicitadas as seguintes expressões: Repouso, sorriso fraco, sorriso forte, olhos fechados, elevar a testa e bico (Figuras 1, 2 e 3).

Também foi solicitada a execução de alguns movimentos faciais tais como: Bico, sorriso fraco, sorriso forte, cara de bravo, enrugar a teste, inflar as bochechas, sugar as bochechas. Posteriormente foi aplicado o "Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial" adaptado com base em Marchesan⁶ e Bigenzahn⁷ utilizado na clínica escola em que o trabalho foi realizado, o qual permite uma observação mais detalhada dos órgãos fonoarticulatórios e funções do sistema estomatognático. Além disso, foram extraídas as medidas faciais com o auxílio de um Paquímetro digital⁸, as quais se encontram na Tabela 1.

Ao final da avaliação constatou-se: assimetria de sorriso, tanto estático como dinâmico, hipotonia



Figura 1 – Repouso

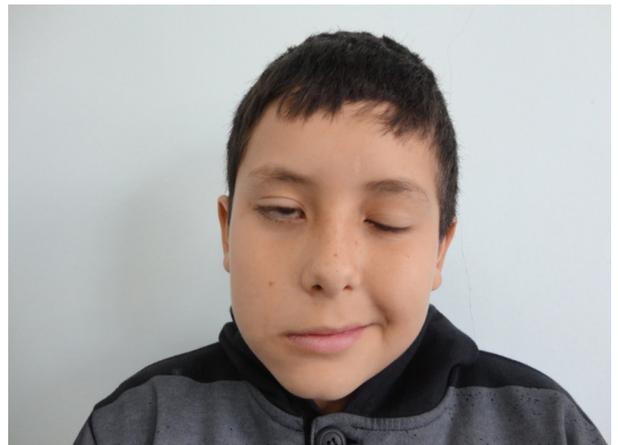


Figura 2 – Sorriso fraco/fechado



Figura 3 – Sorriso forte/aberto

dos órgãos fonoarticulatórios (bochechas, lábios, e língua) na hemiface direita e hipotonia do músculo frontal direito; Hipertonía da musculatura da bochecha, lábios e língua do lado contralateral (esquerdo); mastigação unilateral (esquerdo), fechamento incompleto do olho direito e escape de líquidos.

Tabela 1 – Medidas Faciais

Comissura labial –Tragus	Direito	Esquerdo
Repouso	105.31 mm	103.37mm
Sorriso fraco	105.12mm	96.40mm
Sorriso forte	110.05mm	84.99mm

Também foi realizada a avaliação audiológica na qual apresentou limiares auditivos dentro dos padrões da normalidade na orelha esquerda e rebaixamento auditivo nas frequências graves, com gap aéreo/ósseo em 500 Hz na orelha direita. Testes de percepção de fala preservados. Curvas timpanométricas tipo A bilateralmente e reflexos acústicos ausentes bilateralmente, exceto o ipsilateral da orelha esquerda.

Após duas semanas, a segunda avaliação audiológica mostrou a inexistência de gap aéreo/ósseo. As curvas timpanométricas continuavam normais com presença de alguns reflexos acústicos contralaterais bilateralmente, assim como ipsilaterais da orelha direita.

Diante destes dados iniciou-se a fonoterapia. Em todas as sessões foram fornecidas algumas orientações pertinentes ao paciente, as quais seguem abaixo:

- Sempre realizar os exercícios em frente ao espelho;

- Não pode sentir dor ou desconfortos;
- Todos os exercícios deveriam ser realizados de maneira simétrica e equilibrada, cada exercício realizado deveria ser rigorosamente controlado para que o movimento se tornasse simétrico e harmônico;
- Realizar os exercícios diariamente, em três períodos sendo manhã, tarde e noite;
- Fazer intervalos entre os períodos para descansar e não fadigar a musculatura;
- Cuidados com os olhos, usar óculos de sol, utilizar micropore a noite para ajudar a vedar completamente.

Ressalta-se que com a evolução do tratamento e retorno dos movimentos passaram a ser pertinentes orientações voltadas à simetria.

A fonoterapia foi conduzida utilizando-se exercícios miofuncionais os quais foram realizados no decorrer das sessões, sendo isotônicos e isométricos (Tabela 2).

Tabela 2 - Expressando os exercícios e tempo de realização correspondentes por sessão

SEMANA	EXERCÍCIOS	TEMPO
1 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sorrir e ajudar com os dedos massageando; 2. Fechar os olhos com apoio digital contrair e segurar fechado por cinco segundos; 3. Exercício de contra resistência com a espátula, empurrar a espátula com a bochecha até os dentes; 4. Vibrar os lábios; 5. Sugar um líquido espesso com canudo de diâmetro aumentado; 6. Massageador facial no sentido da fibra muscular (realizado somente na sessão); 7. Estalo de lábios com bico; 8. Estalo de lábios sem bico; 9. Exercício de mastigação com apoio da borracha (garrote). 	1 minuto e 30 segundos por exercício.
2 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exercício de contra resistência com a espátula, com a bochecha não deixar a espátula se mover. 2. Sorriso fraco, com apoio digital 3 vezes e 3 vezes sem apoio. 3. Exercício de contra resistência com a espátula, empurrar a espátula com a bochecha até os dentes; 4. Fechar os olhos com apoio digital contrair e segurar fechado por cinco segundos; 5. Vibrar os lábios; 6. Sugar um líquido espesso com canudo de diâmetro aumentado; 7. Massageador facial no sentido da fibra muscular (realizado somente na sessão); 8. Estalo de lábios com bico; 9. Estalo de lábios sem bico; 10. Exercício de mastigação com apoio da borracha (garrote). 	1 minuto e 30 segundos por exercício.
3 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Acrescentado mais um exercício a lista. <ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer bico e manter um canudo entre os lábios e o nariz. 	1 minuto e 30 segundos

SEMANA	EXERCÍCIOS	TEMPO
4 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exercício de contra resistência com a espátula, com a bochecha não deixar a espátula se mover. 2. Sorriso fraco, com apoio digital 3 vezes e 3 vezes sem apoio. 3. Exercício de contra resistência com a espátula, empurrar a espátula com a bochecha até os dentes; 4. Fechar os olhos com apoio digital contrair e segurar fechado por cinco segundos; 5. Vibrar os lábios; 6. Sugar um líquido espesso com canudo de diâmetro aumentado; 7. Massageador facial no sentido da fibra muscular (realizado somente na sessão); 8. Estalo de lábios com bico; 9. Estalo de lábios sem bico; 10. Soprar uma vela apagando 	1 minuto e 30 segundos por exercício.
5 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sorriso aberto simétrico sem apoio digital; 2. Sorriso aberto simétrico com apoio digital; 3. Massageador facial no sentido da fibra muscular (realizado somente na sessão por 5 minutos). 4. Vibrar os lábios; 5. Fechar os olhos com apoio digital contrair e segurar fechado por cinco segundos; 6. Sugar um líquido espesso com canudo de diâmetro aumentado; 	2 minutos e 30 segundos por exercício.
6 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sorriso sem graça sem apoio digital manter por 5 segundos. 2. Sorriso aberto sem apoio digital e manter por 3 segundos. 3. Bochecho com água. 4. Encher uma bexiga sem auxílio. 5. Sugar um líquido espesso com canudo de diâmetro aumentado; 6. Fechar os olhos com apoio digital contrair e segurar fechado por cinco segundos; 7. Massageador facial no sentido da fibra muscular (realizado somente na sessão por 5 minutos). 	2 minutos e 10 segundos por exercício.
7 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sorriso aberto sem apoio digital e sem deprimir os lábios, manter por 5 segundos. 2. Massageador facial no sentido da fibra muscular (realizado somente na sessão por 5 minutos). 3. Sugar um líquido espesso com canudo de diâmetro aumentado; 4. Fechar os olhos com apoio digital contrair e segurar fechado por cinco segundos; 5. Encher uma bexiga sem auxílio e segurar por 10 segundos. 6. Contrair as sobrancelhas e ajudar com os dedos no sentido do movimento. 7. Contrair as sobrancelhas sem ajuda. 	2 minutos e 10 segundos por exercício.
8 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fechar os olhos sem ajuda e manter por 5 segundos, sem contrair o canto da boca. 2. Bochecho com pouca água. 3. Encher uma bexiga sem auxílio. 4. Sugar um líquido espesso com canudo de diâmetro aumentado; 5. Contrair as sobrancelhas e ajudar com os dedos no sentido do movimento. 6. Contrair as sobrancelhas sem ajuda. 7. Fazer cara de bravo. 	2 minutos e 10 segundos por exercício.
9 ^a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nesta sessão devido aos excelentes resultados observados foi concedida alta ao paciente. 	***

Realizaram-se ao final do tratamento um total de nove sessões de fonoterapia na clínica CEFONO, contando com os exercícios diários, totalizou-se 63 dias de tratamento ininterruptos inclusive sábados, domingos e feriados.

■ RESULTADOS

Após a intervenção fonoaudiológica observou-se grande evolução no caso. Houve o retorno

dos movimentos da musculatura facial de modo simétrico, readequação do tônus e das funções que encontravam-se alteradas.

As medidas faciais também sofreram modificações após a terapia, segue na tabela 3 as medidas obtidas na primeira e última sessão.

A intervenção iniciada precocemente possibilitou a recuperação do paciente, representado nas imagens abaixo (Figuras 4, 5 e 6).

Tabela 3 – Medidas Faciais Obtidas na Primeira e Última Sessão

Comissura labial –Tragus	Direito		Esquerdo	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Repouso	105.31mm	105.12 mm	103.37mm	103.84mm
Sorriso fraco	105.12mm	99.06mm	96.40mm	95.47mm
Sorriso forte	110.05mm	98.02mm	84.99mm	95.04mm

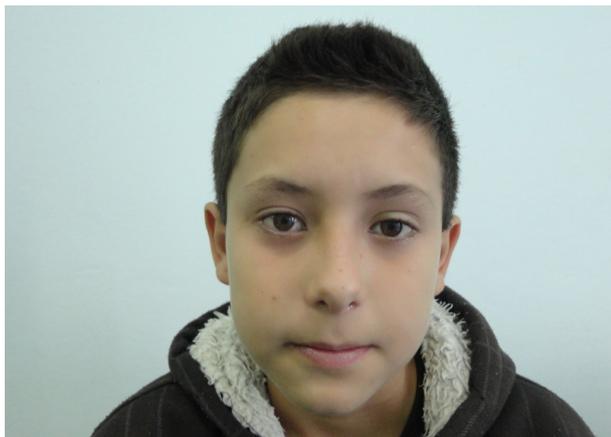


Figura 4 – Repouso



Figura 5 – Sorriso fraco/fechado



Figura 6 – Sorriso forte/aberto

■ DISCUSSÃO

A terapia fonoaudiológica na paralisia facial preconiza reabilitar as funções orais tais como a fala, a mastigação, deglutição, sucção e a expressividade facial. A intervenção deve ser iniciada precocemente, pois a recuperação das funções depende do tipo de comprometimento do nervo, grau e duração do tempo de reinervação, bem como as suas conexões motoras e sensoriais. Para isso, utiliza-se exercícios mioterápicos com o intuito de trabalhar a musculatura facial e exercícios convencionais⁹.

Os exercícios miofuncionais tem como objetivo acelerar o processo regenerativo do nervo e com isso também o retorno dos movimentos e função da musculatura da mímica facial e impedir que ocorra a atrofia da musculatura o que atrapalharia o processo de recuperação¹⁰.

A atuação fonoaudiológica em indivíduos com paralisia facial proporciona ao indivíduo a capacidade de diferenciar os movimentos faciais enquanto ocorre a regeneração nervosa. Para isso, é necessário o acompanhamento detalhado dos movimentos a fim de reequilibrar os movimentos faciais proporcionando ao indivíduo simetria e harmonia facial.

Deste modo, a reabilitação do paciente foi iniciada a partir de exercícios isotônicos pretendendo adequar primeiramente a simetria facial, sempre de maneira controlada e simétrica, ou seja, por menor que fosse o movimento realizado do lado paralisado, o lado contralateral deveria movimentar-se de maneira muito similar, ou seja, minimamente também, o que proporcionava um movimento simétrico. O auto controle é muito importante neste processo e o espelho desempenha um papel fundamental visto que associado ao trabalho neuromuscular facilita o feedback visual de controle do movimento durante a realização dos exercícios¹¹ e o desencadeamento da plasticidade cerebral o ou seja, o sistema nervoso central é “plástico” essa característica permanece ao longo da vida das pessoas, o córtex motor pode reorganizar-se em resposta ao treinamento de tarefas. O controle voluntário dos movimentos permite, portanto a reprogramação neural¹². Proporcionando assim

movimentos harmônicos e simétricos. Devido a isso em todas as sessões utilizava-se um espelho e o paciente era orientado a realizar o mesmo procedimento em casa.

Os exercícios isométricos também foram realizados, mas em um segundo momento quando já era possível observar certa simetria facial. Pois o tônus muscular também precisa ser trabalhado, somente acredita-se que ele não deve ser a prioridade e sim o estabelecimento da mobilidade e simetria facial.

Sabe-se que realizar os exercícios somente uma vez na semana durante a sessão não surte o efeito esperado, devido a isto eles devem ser feitos em casa também, só assim é possível reativar a musculatura paralisada. Porém, o tempo de realização dos exercícios é algo que não há um consenso na literatura, sendo que cada terapeuta orienta segundo o caso e a sua experiência profissional. Neste caso, o tempo de aproximadamente 15 minutos por período foi suficiente para a recuperação.

A antropometria realizada no pré e pós fonoterapia contribuiu para comprovar por um viés objetivo a efetividade do tratamento, pois observou-se grande diferença entre as primeiras medidas e aquelas realizadas na última sessão. A medida que melhor expressa a assimetria facial é a do sorriso aberto, a qual consta que no lado paralisado (direito) durante a realização do sorriso aberto a medida era de 110.05 milímetros ao passo em que do lado sadio (esquerdo) era de 84.99 milímetros. Isto se deve ao fato de que a boca se desviava para o lado sadio por conta da paralisia, aumentando a medida do lado comprometido. E a medida do mesmo ponto, porém após o tratamento fornece dados importantes, pois dá indícios de que houve adequação na simetria de sorriso, sendo que no lado direito é de 98.02 milímetros e lado esquerdo 95.04 milímetros indicando equilíbrio em ambos os lados.

Outros artigos na literatura também indicam resultados positivos ao final da fonoterapia, como o trabalho de Salvador et al. 2013, no qual foi descrito o trabalho de reabilitação com um grupo de indivíduos com paralisia facial utilizando-se do paquímetro para mensurar as medidas que apontaram ao final do estudo melhora nos movimentos¹³.

Tessitore et al. (2009)¹⁴ descrevem em seu trabalho a aplicação de um protocolo de reabilitação orofacial em um grupo de pessoas e concluem que a aplicação do protocolo na reabilitação fonoaudiológica foi eficaz para aquela amostra.

Outro aspecto importante da antropometria é a sua contribuição durante o processo de reabilitação no sentido de motivar o paciente, pois a cada vez que as medidas são extraídas e comparadas é

possível perceber pequenas diferenças se comparadas as medidas anteriores. Comprovando que o retorno da simetria está ocorrendo gradualmente, mesmo que visualmente a melhora ainda seja pequena. Portanto é uma excelente ferramenta que serve como um meio de comparação para incentivar o sujeito, também como parâmetro para o terapeuta sobre a efetividade dos exercícios.

Salienta-se ainda que este caso tinha um bom prognóstico. Não pelo fato de ser uma criança de onze anos, pois o fator idade não prediz o prognóstico. Os aspectos que realmente apontam se ele será bom ou ruim é o grau e tempo da lesão além do tempo de reinervação¹⁵. Este conjunto de fatores não pode ser desconsiderado no momento de analisar o prognóstico. E neste caso, o paciente procurou atendimento precocemente, o que contribuiu imensuravelmente para sua boa recuperação.

■ CONCLUSÃO

Obteve-se com o tratamento proposto um resultado satisfatório, sendo que houveram adequações na musculatura orofacial e retorno da simetria facial em 9 sessões de tratamento fonoaudiológico, o que infere que para este caso a metodologia adotada e aqui descrita foi adequada.

A intervenção realizada precocemente, já na fase flácida foi muito importante para a recuperação do paciente. Além disso, o tempo sugerido para realização dos exercícios foi eficaz e adequado neste caso.

A opção pelos exercícios isotônicos realizados na fase flácida da paralisia facial foi eficiente e adequada.

O trabalho interdisciplinar, tanto otorrinolaringológico como fonoaudiológico concomitantes foi de suma importância, mas vale ressaltar que a colaboração do paciente teve um papel fundamental para o sucesso de tratamento.

Sugere-se a realização de futuras pesquisas nesta área com amostras significantes e idades variadas, visando comprovar os achados obtidos neste e em outros trabalhos semelhantes já realizados (1,3,5,7-9). Com certeza ainda existem muitos aspectos dentro da atuação fonoaudiológica em paralisia facial que precisam ser estudados e comprovados, só assim será possível enriquecer o acervo brasileiro neste assunto. É a partir da realização de pesquisas e produção de conhecimentos científicos que esta área irá ganhar o seu devido reconhecimento, possibilitando assim um maior conhecimento da atuação fonoaudiológica em paralisia facial, que em muitos lugares ainda é um tanto obscura.

ABSTRACT

Facial palsy is a condition of frequent occurrence that affects the face and the facial expression. Amongst the possible etiologies it will be highlighted one uncommon occurrence, Otomastoiditis. Speech therapy starting early collaborates for the return of mobility and function of the muscles thus preventing muscle atrophy and minimizing synkinesis and contracture. The study objective was to rehabilitate a patient affected by facial paralysis after otomastoiditis with early intervention and describe the implementation and effectiveness of a proposal for differentiated and unusual therapeutic intervention. In the methodology we chose specific miofunctional exercises, audiological assessment and monitoring. The results, after nine weeks of follow-up, showed a significant improvement in the symmetry of the smile, adequacy of stomatognathic functions and presence of acoustic stapedial reflexes.

KEYWORDS: Audiology; Miofunctional Therapy; Facial Paralysis; Mastoiditis

■ REFERÊNCIAS

1. Toledo PN. Efeito da terapia miofuncional em pacientes com paralisia facial de longa duração associada a aplicação de toxina botulínica [dissertação na internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007 Jul [acesso em 10 de setembro de 2013]; Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5158/.../Paulanunestoledo.pdf>
2. Calais LL, Gomez MVSG, Bento RF, Comarlatti LR. Avaliação funcional da mimica na paralisia facial central por acidente cerebrovascular. *Pró-Fono R Atual Cient.* [periódico na internet]. 2005 Mai-ago [acesso em 20 de setembro de 2013]; 34 (2): (10 p.). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v17n2/v17n2a09.pdf>
3. Lin J, Peruchi MM, Pacheco VF, Knihns V, Leal RDG, Silva RJM et al. Paralisia de nervos cranianos secundária a otomastoidite: relato de caso. *ACM. arq. catarin. med.* [periódico na internet]. 2005 Jun [acesso em 24 de setembro de 2013]; 34(2):(2 p.). Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/341.pdf>
4. Salgueiro AB, Brito MJ, Luís C, Machado MC. Mastoidites na Idade Pediátrica. *Rev. port. pediatr.* [periódico na internet]. 2007 Jan [acesso em 24 de setembro de 2013]; 38(6):(5 p.). Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/73/1/Salgueiro.pdf>
5. Januário PO. Estudo Clínico randomizado no tratamento da paralisia facial periférica [dissertação na internet]. São José do Rio Preto (SP): Universidade do Vale do Paraíba; 2011 Jun [acesso em 24 de setembro de 2013]. Disponível em: <http://biblioteca.univap.br/dados/000003/0000034F.pdf>
6. Marchesan I Q. Alterações de fala de origem musculoesquelética. In.: Ferreira L P, Befi-Lopes D M, Limongi S C O. *Tratado de fonoaudiologia.* São Paulo: Roca, 2004. P. 292-303.
7. Bigenzahn W. *Disfunções orofaciais na infância.* 2. ed. São Paulo: Santos, 2008.
8. Quintal M, Tessitore A, Paschoal JR, Pfeilsticker LN. Quantificação da paralisia facial com paquímetro digital. *Rev CEFAC.* [periódico na internet]. 2004 abr-jun [acesso em 03 de setembro de 2014]; 6 (2): (7p.). Disponível em: <http://www.cefac.br/revista/revista62/Artigo%208.pdf>
9. Romão AM, Viterbo F. Reabilitação em paralisia facial. In: Félix GB. (Re) habilitação fonoaudiológica, avaliação e eficácia. São Paulo: Parma; 2009. P. 150-8.
10. Fouquet ML. Atuação fonoaudiológica nas paralisias faciais. In: Barros APB, Arakawa L, Tonini MD, Carvalho VA. *Fonoaudiologia em Cancerologia* [livro na internet]. São Paulo: Imprensa oficial; 2000 [acesso em 23 de setembro de 2013] P.99-104. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_03.pdf
11. Cury RWI, Fouquet ML, Lazarini PR. Reabilitação da paralisia facial periférica por biofeedbackeletro-neuromiográfico. In: Lazarini PR, Fouquet ML. *Paralisia facial: avaliação, tratamento e reabilitação.* São Paulo: Lovise; 2006. P. 177-80.
12. Fouquet ML, Serrano DMS, Abbud IA. Reabilitação fonoaudiológica na paralisia facial periférica: fase flácida e de recuperação do movimento. In: Lazarini PR, Fouquet ML. *Paralisia facial: Avaliação, tratamento e reabilitação.* São Paulo: Lovise; 2006. P. 149-59.
13. Salvador CHM, Tessitore A, Pfeilsticker LN, Paschoal JR, Nemr K. Mensuração da evolução terapêutica com paquímetro digital na paralisia

facial periférica de Bell. Rev CEFAC. [periódico na internet]. 2013 mai-jun [acesso em 03 de setembro de 2014]; 15 (3): (6 p.). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S151618462013000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

14. Tessitore A, Paschoal JR, Pfeilsticker LN. Avaliação de um protocolo da reabilitação orofacial

na paralisia facial periférica. Rev CEFAC. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 08 de setembro de 2014]; 11(3): (9p.). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s3/a19v11s3.pdf>

15. Viterbo F. Paralisia Facial. In: Carreirão S, Cardim V, Goldenberg D. Cirurgia Plástica. São Paulo: Atheneu; 2005.P.325-35.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620159114>

Recebido em: 20/04/2014

Aceito em: 03/12/2014

Endereço para correspondência:

Adriana Maria Romão

Rua Ezequiel Ramos, nº 11-69

Bauru – SP – Brasil

CEP: 17013-111

E-mail: driromao@uol.com.br