



NOTA DE ESCLARECIMENTO À POPULAÇÃO:

A ABRAFIN, Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional, imbuída de sua responsabilidade de prover a população das informações mais confiáveis no que tange ao exercício da especialidade, vem a público manifestar seu repúdio a algumas das informações veiculadas em reportagem sobre paralisia facial apresentada no programa “FANTÁSTICO” no domingo passado, dia 15/01/17.

Na reportagem em tela, a atuação fisioterapêutica é diversas vezes colocada como ineficaz em detrimento de um “novo método” desenvolvido na Holanda, baseado em técnicas de alongamento miofascial e imagética motora (imaginar o movimento). Importante lembrar que **ambas as técnicas são rotineiramente utilizadas por fisioterapeutas para este e outros fins.**

O surgimento de novos métodos é benéfico e a ABRAFIN aplaude o desenvolvimento científico, porém a criação de uma abordagem que exclui as evidências científicas que fundamentam uma profissão inteira é questionável. Para que a ciência se desenvolva, não se faz necessário desmerecer as experiências já consagradas. Pelo contrário, é a partir destas que a ciência se desenvolve. A Fisioterapia Neurofuncional é a ciência que inclui o uso de vários métodos e recursos utilizados no momento certo e para um determinado fim, não podendo jamais ser vinculados a uma determinada técnica, método ou recurso.

Há que alertar a população de que uma paralisia facial periférica (PFP) se dá em função da lesão de um nervo, ou seja, da estrutura que conecta o cérebro com os músculos. O grau de recuperação depende do quanto esse nervo foi afetado. Como o nervo facial (nervo afetado nos casos de paralisia facial) é um nervo predominantemente motor, os sinais mais frequentemente encontrados são a fraqueza dos músculos da face unilateral. Assim, para testar se há PFP, solicita-se ao indivíduo para “fechar os olhos” e “mostrar os dentes”. Nos casos de PFP, o trabalho da fisioterapia se dá no sentido de manter a simetria facial de modo a que os músculos fracos, mas com alguma atividade, possam ter possibilidade de se fortalecer e atuar no máximo de seu potencial. É importante ressaltar que geralmente as formas não idiopáticas da paralisia facial periférica, como a que foi apresentada na reportagem do Fantástico, costumam ser mais graves e por consequência, de recuperação mais difícil.

Para contribuir com o maior entendimento da população sobre o tema, a ABRAFIN envia abaixo uma pequena descrição do que é recomendável e do que não é, no caso de acometimento por paralisia facial periférica.

O que dizem as evidências científicas gerais e mais recentes sobre o tratamento da paralisia facial(1)?

É recomendado:

- Proteção ocular se o fechamento ocular for incompleto, que pode incluir lubrificação com colírio, por exemplo e fita adesiva da pálpebra;
- Tratamento medicamentoso: No caso da paralisia facial idiopática (ou de Bell), nos primeiros dias é recomendado o uso de corticosteroides, ao longo das primeiras semanas, pois aumenta a probabilidade de recuperação completa da função motora facial; Medicamentos Antivirais podem ser utilizados em associação com corticosteroides, mas não isoladamente (OBS: A prescrição do medicamento é competência do profissional médico e não do fisioterapeuta);

Tratamento fisioterapêutico:

- Exercícios faciais personalizados podem ajudar com a melhora da recuperação funcional em pacientes com paralisia facial, principalmente nos casos mais grave e em casos crônicos;



- Acupuntura pode melhorar os resultados do uso de medicação + Fisioterapia.

Não é recomendado:

- Não há evidências suficientes para apoiar o uso de cirurgia de descompressão do nervo facial (OBS: A cirurgia é competência do profissional médico e não do fisioterapeuta).

Algumas recomendações da ABRAFIN:

1. Sobre a consulta, avaliação cinesiológica funcional, prognóstico e orientações sobre a recuperação funcional:

- É necessário avaliar o grau de comprometimento das funções relacionadas com o nervo facial. Sugere-se avaliar a **simetria facial ao repouso**, a **simetria facial durante os movimentos** e a existência ou não de **sincinesia** (movimentos involuntários) ou **contratura facial** (“dureza/tensão” dos músculos). O registro em foto ou vídeos é conveniente.

- Avaliar o **retorno do movimento** após o início da fraqueza muscular, pois o período de retorno dos movimentos (e demais funções do nervo facial) são fatores de prognóstico que devem ser considerados nos primeiros dias/semanas de acompanhamento fisioterapêutico para orientação ao paciente e sua família, além de equalizar expectativas quanto o tratamento fisioterapêutico;

- Considerar, além das funções da face, eventuais limitações das **atividades e participações** do indivíduo na sociedade (sair para comer em lugares públicos, lazer, etc.), **fatores pessoais** (doenças pré-existente, idade, gestação, etc.) e alguns **fatores ambientais** que podem servir como facilitadores ou barreiras. Todos estes critérios podem influenciar no prognóstico para a recuperação da funcionalidade global.

2. Sobre o tratamento(1)

a) **Fisioterapia através de exercícios faciais** são recomendados para pacientes com fraqueza persistente. A reeducação neuromuscular facial baseia-se em exercícios que estimulam a ativação muscular para a recuperação da função facial em casos de **disfunção grave**. Estes exercícios faciais simulam a expressão emocional facial e os movimentos funcionais, associados à funcionalidade da face.

A Reeducação Neuromuscular Facial consiste em sessões individuais de 45 minutos, duas vezes por semana durante os primeiros 3 meses e depois uma vez por semana até o final do acompanhamento, associado a um programa individualizado de exercícios diários em casa, incluindo massagem facial (duas vezes por dia durante 10 minutos), exercícios de movimento ativo com e sem espelho (4 vezes por dia durante ≤ 10 minutos).

Não é recomendado estimulação elétrica com eletrodos grandes, os mesmos devem ser apropriados para a face para não gerar discinesias.

O grupo de especialistas da ABRAFIN sugere:

a) Se há retorno gradativo dos movimentos nas primeiras 3 semanas: orientações sobre o problema e sua recuperação espontânea devem ser fornecidas e só um acompanhamento fisioterapêutico semanal é recomendado, até o retorno completo da função motora e simetria da face. Exercícios faciais e acompanhamento intensivo não estão indicados para estes indivíduos com disfunção leve e recuperação espontânea;

b) Indivíduos sem indícios de recuperação nos primeiros dias/semanas: devem ser acompanhados mais de perto. Orientações sobre as chances de recuperação nos primeiros três meses, treinamento para a simetria facial ao repouso, massoterapia facial (principalmente para o lado oposto a lesão) e exercícios de facilitação e controle do movimento na medida da recuperação gradativa são estratégias possíveis para este subgrupo de pacientes;

c) Casos crônicos: Simetria ao repouso, ao movimento e a inibição de sincinesia devem ser os desfechos perseguidos nestes casos, com muita orientação sobre a influência da tensão na funcionalidade da face. Recursos como a massagem facial, relaxamento e imagética podem ser úteis.

Há sugestões de progressão dos exercícios na literatura que podem seguir modelos multiprofissionais como o sugerido abaixo:

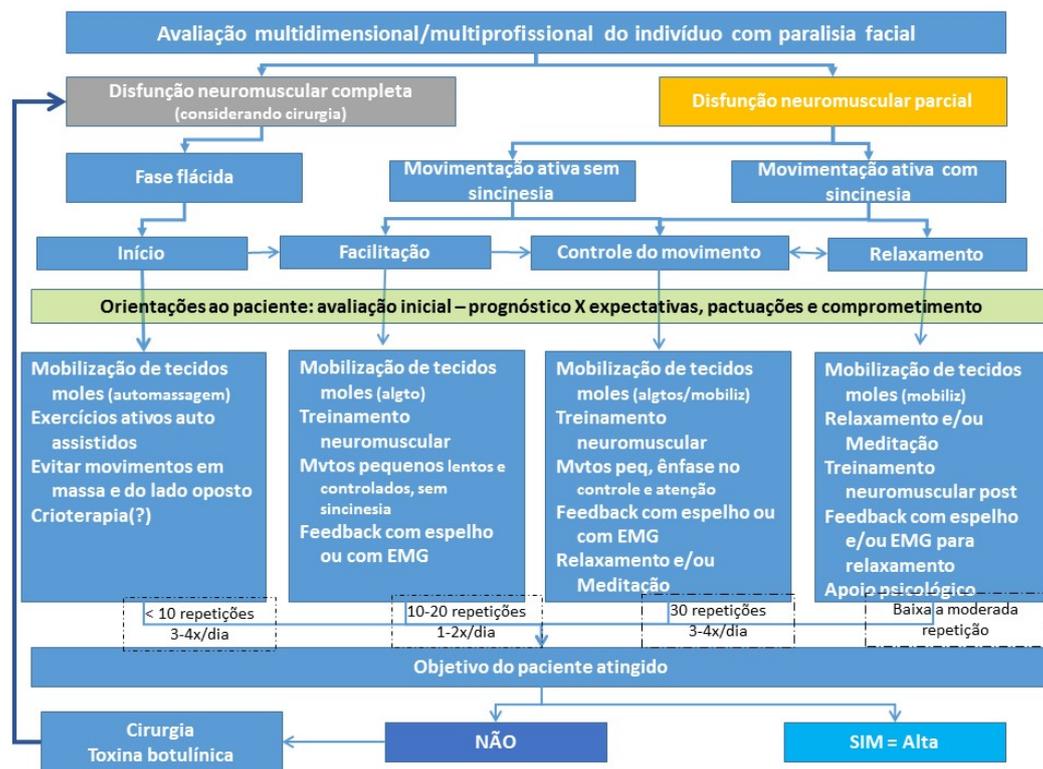


FIGURA 1 - Adaptado dos esquemas terapêuticos multiprofissionais propostos por Brack e VanSweringen, 1999(2) e Robinson, 2012(3).

Tabela 1 - Programação do tratamento conforme a fase.

Categoria	Tratamento	Repetições	Frequência
Início <i>Assimetria ao repouso</i> <i>Movimentos iniciais ou mínimos</i> <i>Comprometimento funcional grave</i>	ADM ativo assistida Movimentos simétricos Orientações sobre o processo de melhora	Pouca (<10)	Alta (3-4x/dia)
Facilitação <i>Assimetria mínima ao repouso</i> <i>Fraqueza leve ou moderada</i>	ADM - Ativa <i>Exercícios resistidos</i>	Alta (10-20)	Moderada (1-2x/dia)
Controle do movimento <i>Olho estreito, sulco nasogeniano profundo</i> <i>Fraqueza leve ou moderada</i> <i>Sincinesia</i>	Movimentos isolados Movimentos simétricos Controle da sincinesia	Alta (30) <i>Qualidade, não quantidade</i> <i>Controle, não força</i>	Alta (3-4x/dia)
Relaxamento <i>Tensão facial ao repouso</i> <i>Espasmo facial</i> <i>Limitações psicossociais acentuadas</i>	Massagem, alongamento Relaxamento (Jacobson e meditação) Movimentos rítmicos	Baixa a moderada	Como indicado pelos sintomas

Legenda: ADM = Amplitude de movimento. Fonte: Brack e VanSweringen(2, 4).

Finalmente, a ABRAFIN sugere a população em geral que busque informações e acompanhamento fisioterapêutico preferencialmente com profissionais fisioterapeutas especialistas registrados em Fisioterapia Neurofuncional.

Dúvidas, contribuições e busca por profissionais especialistas podem ser obtidos no site www.abrafin.org.br.

Referências:

1. DynaMed. Record No. 116940, Bell palsy Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995; 2016 [atualizado em: 09 dez 2016; acessado em: 18 jan 2017]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=116940&site=dynamed-live&scope=site>. Necessário registro e login.
2. Brach JS, VanSwearingen JM. Physical therapy for facial paralysis: a tailored treatment approach. *Physical Therapy*. 1999;79(4):397-404.
3. Robinson MW, Baiungo J, Hohman M, Hadlock T. Facial Rehabilitation. *Facial Rehabilitation Operative Techniques in Otolaryngology*. 2012;23(4):288-96.
4. VanSwearingen J. Facial Rehabilitation: a neuromuscular reeducation, patient-centered approach. *Facial Plastic Surgery*. 2008;24:250-9.

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar o teor do documento.

**Esta nota de esclarecimento foi redigida por:
MEMBROS DA DIRETORIA DA ABRAFIN TRIÊNIO 2017-2020:**

- Diretora Presidente – Dra. Sibeles de Andrade Melo Knaut (PR)
- Diretor Vice-Presidente – Dr. Felipe Lemos (SP)
- Diretor Administrativo – Dr. Lázaro Juliano Teixeira (SC)
- Diretora Científica – Dra. Sheila Schneiberg Valença Dias (SE)
- Diretora Financeira – Dra. Geciely Munaretto Fogaça De Almeida (SC)
- Diretora Secretária – Dra. Livia Fachinetti (RJ)
- 1º Suplente – Dr. Diogo Suriani (GO)
- 2º Suplente – Dra. Bruna Baggio (RS)
- 3º Suplente – Dr. Matheus D'Alencar (BA)

COM A COLABORAÇÃO E ANUÊNCIA DE:

- Dra. Solange Canavarro (Delegada da ABRAFIN - RJ)
- Dra. Kátia Monte-Silva (Membro da Comissão Científica da ABRAFIN - PE)
- Dra. Cristiane Sousa Nascimento Baez Garcia (Membro da Comissão Científica da ABRAFIN - RJ)
- Dr. André Rocha (Membro do Conselho Fiscal - SC)