



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA**

**RAÍSSA CRUZ DO NASCIMENTO**

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UM CASO DE PARALISIA FACIAL  
PERIFÉRICA DE ORIGEM TRAUMÁTICA**

**LAGARTO - SE**

**2019**

**RAÍSSA CRUZ DO NASCIMENTO**

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UM CASO DE PARALISIA FACIAL  
PERIFÉRICA DE ORIGEM TRAUMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Janayna de Aguiar Trench.

LAGARTO - SE

2019

## **APRESENTAÇÃO DO TRABALHO**

Este trabalho está em conformidade com o Manual de Formatação (ANEXO A) referente às normas da revista Distúrbios da Comunicação.

## **Atuação fonoaudiológica em um caso de paralisia facial periférica de origem traumática**

Raíssa Cruz do Nascimento  
Janayna de Aguiar Trench  
Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento

### **Resumo**

**Introdução:** As paralisias faciais periféricas de origem traumática decorrem principalmente de acidentes motociclísticos, os quais acarretam prejuízos tanto na expressão facial como no sistema estomatognático. Assim, o fonoaudiólogo poderá intervir nas questões funcionais e estética da face, através da reabilitação miofuncional, a fim de minimizar as alterações encontradas, proporcionando um melhor funcionamento dos mesmos. **Objetivo:** descrever a contribuição da terapia miofuncional orofacial em paciente com paralisia facial periférica decorrente de traumatismo facial. **Método e descrição do caso:** Trata-se de um relato de caso, de um paciente de 53 anos, sexo masculino, atendido na Clínica Escola de Fonoaudiologia, vítima de acidente motociclístico, com queixa de dormência do lado direito da face. Foi realizada avaliação fonoaudiológica, a partir da utilização do protocolo de avaliação para trauma de face, baseado em Bianchini e Parolo (2010), e do protocolo de avaliação muscular funcional na paralisia facial, baseado em Chevalier (1987). A terapia foi realizada 1x por semana, com duração de 60 minutos, por um período de 4 semanas. **Resultados:** Concluiu-se que o paciente apresentava flacidez em terço médio da face, do lado direito, com perda de sensibilidade no lábio superior e região zigomática. Foram realizadas 4 sessões e pode-se notar um bom resultado na assimetria facial e melhora na função mastigatória. **Conclusão:** Com o protocolo de tratamento, foi possível atingir um bom resultado, mesmo sendo uma paralisia facial periférica de origem traumática, observou-se uma redução da assimetria facial com a melhora da fibrose e notou-se uma melhora na função mastigatória.

**Palavras-chave:** Paralisia Facial; Traumatismo Facial; Reabilitação.

## Speech-language pathology in a case of peripheral facial paralysis of traumatic origin

Raíssa Cruz do Nascimento  
Janayna de Aguiar Trench  
Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento

### Abstract

**Introduction:** Peripheral facial paralysis of traumatic origin is mainly due to motorcycle accidents, which cause damage both in facial expression and in the stomatognathic system. Thus, the speech therapist can intervene in the functional and aesthetic aspects of the face through myofunctional rehabilitation, in order to minimize the alterations found, providing a better functioning of the same. **Objective:** to describe the contribution of orofacial myofunctional therapy in patients with peripheral facial paralysis due to facial traumatism. **Case report and method:** It is a case report of a 53-year-old male patient attending the Clinic School of Speech-Language Pathology and Audiology, a victim of motorcycle accident, complaining of numbness on the right side of the face. Based on Chevalier (1987), a speech-language evaluation was performed using the evaluation protocol for face trauma, based on Bianchini and Parolo (2010), and on the functional muscular evaluation protocol for facial paralysis. The therapy was performed 1x per week, lasting 60 minutes for a period of 4 weeks. **Results:** It was concluded that the patient presented flaccidity in the middle third of the face, on the right side, with loss of sensitivity in the upper lip and zygomatic region. Four sessions were performed and a good result can be observed in facial asymmetry and improvement in masticatory function. **Conclusion:** With the treatment protocol, it was possible to achieve a good result, even being a peripheral facial paralysis of traumatic origin, a reduction of facial asymmetry was observed with the improvement of the fibrosis and an improvement in the masticatory function.

**Keywords:** Facial Paralysis; Facial Trauma; Rehabilitation.

## INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica é uma doença que acomete o indivíduo tanto em aspectos funcionais como psicossociais, caracterizada pela perda da motricidade na hemiface acometida, devido a lesão de neurônios motores periféricos, apresentando uma assimetria de face em repouso e durante os movimentos<sup>1,2</sup>.

As paralisias faciais periféricas de origem traumática é a segunda causa mais frequente ficando atrás somente dos casos idiopáticos. O trauma pode acontecer em consequência das fraturas de face, como o cranioencefálico. Segundo a literatura, há uma maior ocorrência no sexo masculino, com predomínio de casos súbitos<sup>3-5</sup>.

Os acidentes motociclísticos estão entre as causas mais comuns de origem traumática, principalmente devido a vulnerabilidade do usuário, visto que, durante uma colisão, o motociclista absorve toda a energia gerada do impacto, tendo como consequências lesões, em que as lesões mais graves localizam-se na cabeça<sup>6</sup>.

As lesões traumáticas do nervo facial são, geralmente, por uma compressão devido a fratura do osso temporal (neuropraxia ou axonotmese) ou uma total transecção (neurotmese) do nervo<sup>7</sup>.

A recuperação do movimento facial, depende do tipo de lesão neural, duração do período de desnervação, conexões motoras e sensoriais (direcionamento do crescimento das fibras), grau de reinervação e estado do músculo<sup>5</sup>.

Com relação às manifestações na paralisia facial periférica, pode-se observar no sujeito, assimetria facial, apagamento das rugas e do sulco nasogeniano, dificuldade de inflar as bochechas, piscar de olho mais lento, entre outros. As alterações miofuncionais acabam interferindo no sistema mastigatório, como dificuldade de vedamento labial, escape do alimento pela comissura labial afetada e alteração nos movimentos mastigatórios<sup>8</sup>.

O prejuízo nas questões estéticas e funcionais, podem limitar a expressividade do indivíduo, interferindo assim na comunicação e no autorreconhecimento, além de acarretar problemas psicossociais, como depressão, rejeição e ansiedade<sup>9</sup>.

O fonoaudiólogo irá intervir nas questões funcionais e estéticas da face, através de uma reabilitação miofuncional, buscando obter resultados positivos, a fim de minimizar as alterações encontradas, proporcionando uma melhor organização e funcionamento do sistema estomatognático. Além disso, é importante mencionar que a recuperação dos movimentos faciais do paciente é uma condição essencial para a

recuperação social e psíquica do mesmo. Assim, o fonoaudiólogo deve acolher o paciente, ter uma boa escuta terapêutica para trabalhar os aspectos psicossociais, superando os conflitos, as angústias e transmitindo segurança, de modo paralelo aos exercícios miofuncionais<sup>2,10,11</sup>.

Devido à região de face ser a predominantemente mais acometida em indivíduos traumatizados em acidentes motociclísticos e que acaba gerando alterações da mímica facial, e nas funções do sistema estomatognático, é essencial, portanto, o uso de terapia para o reestabelecimento dessas funções, sendo escassa na literatura a atuação fonoaudiológica na reabilitação desses indivíduos.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é descrever a contribuição da terapia miofuncional orofacial em paciente com paralisia facial periférica decorrente de traumatismo facial.

## METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de um indivíduo do sexo masculino, 53 anos, que compareceu a Clínica Escola de Fonoaudiologia, com queixa de dormência do lado direito da face. Por se tratar de uma revisão de prontuário clínico, houve dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no entanto, o indivíduo já havia assinado um Termo de Compromisso, de acordo com as normas da Clínica Escola de Fonoaudiologia, onde foi autorizada a exposição do caso para fins de publicação científica, segundo Resolução 196/96 do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Todos os procedimentos deste estudo foram submetidos à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe e aprovados pelo protocolo nº 3.013.704.

Esse estudo compreende a descrição de um caso clínico, sendo a anamnese o primeiro procedimento realizado. A anamnese constou de perguntas com base no protocolo adaptado de Anamnese e Avaliação Fonoaudiológica em Traumas de Face (ANEXO B) e no protocolo adaptado de Anamnese e Avaliação da Paralisia Facial (ANEXO C). Esses mesmos protocolos também foram utilizados para uma avaliação clínica. A avaliação clínica foi realizada através da observação, palpação, resistência e sensibilidade da musculatura da face, e da função da mastigação. A hipótese diagnóstica fonoaudiológica é de um distúrbio miofuncional orofacial caracterizado por

paralisia da musculatura de expressão facial secundária a paralisia periférica do nervo facial de origem traumática.

A condição funcional da face foi avaliada por meio da observação da face em repouso e na execução dos movimentos: elevação da testa, bico, sorriso aberto, sorriso fechado, elevação do nariz e fechamento dos olhos. A avaliação da movimentação facial foi classificada em: movimento simétrico, movimento com amplitude reduzida e ausência de movimento.

Na avaliação clínica, para função da mastigação o alimento utilizado foi um biscoito salgado da marca Club Social, sendo a avaliação filmada e avaliada. O paciente foi orientado a mastigar de forma habitual, como é realizado em casa, evitando, portanto, modificar o comportamento habitual.

A avaliação da função mastigatória seguiu os seguintes passos:

1. Paciente sentado em cadeira, com os pés apoiados no chão.
2. Oferta de um biscoito salgado da marca Club Social.
3. Orientação a comer de forma habitual, mastigando conforme realiza em casa.

Além disso, as sessões terapêuticas eram sempre fotografadas antes e após os procedimentos.

De acordo com a interpretação da anamnese e exame clínico, foi elaborado uma sequência de exercícios isotônicos e isométricos e estimulação sensorial térmica (uso do gelo) e tátil com o objetivo de promover a contração muscular na hemiface acometida. A terapia foi realizada uma vez por semana, às sextas-feiras, com duração de 60 minutos, por um período de 4 semanas.

## RESULTADOS

Através da observação presencial e dos registros fotográficos, foi possível analisar a mímica facial, notando que em repouso, o paciente apresentou no lado direito (lesado): a pálpebra inferior era parcialmente caída, o nariz era desviado para o lado são, o sulco nasolabial estava totalmente abolido, havia desvio e depressão total da comissura labial, o lábio superior estava totalmente “desabado” e a bochecha estava flácida pendendo em saco (figura 1). Não houve abolição das rugas frontais, nem rebaixamento da ponta da sobrancelha e o lábio inferior estava normal. Na Escala House-Brackmann o paciente alcançou grau II. Na observação do tônus da musculatura em repouso, notou-se uma flacidez importante em todo o terço médio da

face do lado direito. Além disso, o paciente apresentava uma perda de sensibilidade no lábio superior e região zigomática no lado lesado. Ainda no lado da lesão, observou-se que, na execução dos movimentos de elevação da testa, bico, sorriso aberto, sorriso fechado, elevação do nariz e fechamento dos olhos, o paciente apresentou movimento com amplitude reduzida em bico, sorriso aberto e elevação do nariz. Percebendo-se uma diminuição da mobilidade facial em região zigomática devido a cicatriz fibrótica, sendo essa a região acometida pelo trauma.

Na avaliação da mastigação, o paciente mastigou bilateralmente, alternadamente, com preferência para o lado esquerdo, porém mastiga no lado paralisado com ciclos mastigatórios mais lentos. No momento da incisão do biscoito, foi verificado que o paciente utilizou os dentes incisivos e caninos, o que ocasionalmente, ocorreu uma mordida de lábio superior do lado paralisado. Durante a mastigação, os lábios estavam ocluídos, com acúmulo de saliva na mucosa labial e sobra de alimento no vestíbulo em ambos os lados. Paciente relatou dificuldade somente na incisão do alimento, sentindo que os dentes caninos prendiam os lábios no lado paralisado.

A terapia miofuncional orofacial teve início com a diminuição da fibrose em região zigomática através do uso da termoterapia (compressa quente) e uso de escova de cerdas médias para promover a sensibilidade nessa região. O resultado obtido foi uma redução significativa da fibrose, em que o procedimento foi realizado pelo próprio paciente em casa, citado três vezes ao dia, durante uma semana. Quanto a sensibilidade, paciente relatou não sentir melhora.

Posteriormente, foi inserida a estimulação sensorial térmica (uso do gelo) e tátil, juntamente com os exercícios isotônicos e isométricos. Inicialmente, era realizado uma massagem cicatricial intra e extraoral afim de reduzir ainda mais a fibrose. Em seguida, utilizava-se o gelo com movimentos rápidos no sentido da contração das fibras musculares somente em terço médio da face no lado paralisado e logo após, eram realizadas estimulações táteis. Os exercícios isotônicos e isométricos foram realizados sempre em frente ao espelho com o intuito de garantir o feedback visual e auxiliar o paciente na percepção da simetria dos movimentos. O paciente foi orientado a realizar o mesmo procedimento em casa.

Através das 4 sessões de terapia, notou-se um bom resultado em relação a assimetria facial resultante da melhora na fibrose (figura 2), assim como uma melhora na função mastigatória, decorrente das orientações dada ao paciente sobre continuar

a mastigar bilateralmente, do tipo alternado, pois beneficia o tônus muscular e manutenção da harmonização facial, no entanto, o paciente não deu continuidade ao tratamento, abandonando a terapia.



Figura 1 – Paciente na 1ª sessão.



Figura 2 – Paciente na 4ª sessão.

## DISCUSSÃO

Estudos demonstram que as maiores vítimas de trauma facial são predominantemente do sexo masculino, ocasionado por acidentes motociclísticos devido ao uso inadequado do capacete, sendo que a causa frequente é a paralisia unilateral decorrente da lesão do nervo facial<sup>3,5-7,12-16</sup>. O presente relato de caso vai de acordo com o achado na literatura, pois trata-se de uma paralisia facial periférica traumática no lado direito, em fase flácida, decorrente de acidente motociclístico.

A paralisia facial periférica compromete a realização de expressões e gestos faciais, e em uma pesquisa observou-se que durante uma avaliação dos músculos da mímica facial em movimento, as manifestações encontradas foram: abolição de rugas frontais, incompetência no fechamento ocular, desvio de protrusão labial para o lado lesado, rima nasolabial mais acentuada, ausência de elevação de narina, diminuição da capacidade de inflar as bochechas e sincinesia de olho/lábios nos comandos para movimentos labiais<sup>5</sup>. No presente estudo, observou-se que os achados não estão semelhantes ao da pesquisa, o que faz refletir que cada caso é único e que depende da gravidade da lesão.

Uma outra pesquisa teve o intuito de verificar a mastigação e as adaptações desenvolvidas por pacientes com paralisia facial periférica na alimentação. A pesquisa comprovou que os indivíduos mesmo com dificuldade mastigam no lado paralisado com ciclos mastigatórios mais lentos, apresentam retenção de alimentos no vestibulo, têm preferência por alimentos de consistência pastosa, ingerem em porções menores, e que os mesmos buscam adaptações para compensar as dificuldades funcionais<sup>17</sup>. O paciente em estudo apresentou as mesmas características da pesquisa citada, porém o paciente afirmou que consegue se alimentar com todas as consistências alimentares.

Em relação a atuação do fonoaudiólogo na paralisia facial periférica, esta ocorre através da reabilitação miofuncional, a partir da utilização de manobras de deslizamentos orofaciais, com os objetivos tanto de aumento da força muscular quanto de elevação do tônus, a fim de promover uma reorganização funcional ou adaptações funcionais, possibilitando assim um melhor funcionamento do sistema estomatognático<sup>11,18</sup>. A terapia miofuncional foi efetivamente constatada no presente estudo.

É de grande relevância a atuação fonoaudiológica nos traumas faciais, já que estes podem provocar alterações nas estruturas fonoarticulatórias, e conseqüentemente, interferir no desempenho das funções estomatognáticas, sendo, fundamental, o reestabelecimento dessas funções, a fim de evitar uma redução funcional ou possíveis sequelas<sup>19</sup>.

Assim, a terapia fonoaudiológica tem demonstrado eficiência tanto na fase flácida como na fase de sequelas, visando à reabilitação da motricidade orofacial, contribuindo para o retorno dos movimentos dos músculos, melhorando nos aspectos da mímica facial, mastigação, deglutição e comunicação. Sendo extremamente importante a participação ativa do paciente, para que a reabilitação seja bem sucedida<sup>8,9</sup>. O paciente desistiu do tratamento, abandonando a terapia.

## CONCLUSÃO

Com o tratamento proposto, foi possível atingir um bom resultado, mesmo sendo uma paralisia facial periférica de origem traumática, observou-se uma redução da assimetria facial com a melhora significativa da fibrose e notou-se uma melhora na função mastigatória. Assim, a terapia fonoaudiológica tem se mostrado importante e

eficaz para adequar as funções estomatognáticas alteradas, contribuindo para melhora na qualidade de vida do indivíduo. No entanto, sugere-se a realização de mais pesquisas nessa área, afim de enriquecer a atuação fonoaudiológica neste assunto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mitre, E. I.; Giancoli, S. M.; Lazarini, P. R. Avaliação clínica na paralisia facial periférica. In: Lazarini, P. R.; Fouquet, M. L. Paralisia facial: avaliação, tratamento e reabilitação. São Paulo: Lovise; 2006. p. 33-51.
2. Barros, J. N.; Melo, A. M.; Gomes, I. C. D. Paralisia facial periférica-prognósticos. Rev CEFAC. 2004;6(2):184-8.
3. Pinna, B. R.; Testa, J. R. G.; Fukuda, Y. Estudo de paralisias faciais traumáticas: análise de casos clínicos e cirúrgicos. Rev Bras de Otorrinolaringol. 2004;70(4):479-482.
4. Vasconcelos, B. E. C.; Silva, E. D. O.; Dantas, W. R.; Barros, E. S.; Monteiro, G. Q. M. Paralisia facial periférica traumática. Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial. 2001;1(2):13-20.
5. Jesus, L. B.; Bernardes, D. F. F. Caracterização funcional da mímica facial na paralisia facial em trauma de face: relato de caso clínico. Rev CEFAC. 2012;14(5):971-6.
6. Koizumi, M. S. Padrão das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. Rev Saúde públ. 1992;26(5):306-315.
7. Jorge, J. S.; Borges, G. C.; Pialarissi, P. R.; Junior, J. J. J. Paralisia facial periférica traumática: avaliação clínica e cirúrgica. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2013;15(3):68-72.
8. Magalhães Junior, H. V. Fonoterapia na paralisia facial periférica: uma abordagem miofuncional orofacial. Rev bras promoç saúde. 2009;22(4):259-263.
9. Freitas, K. C. S.; Gómez, M. V. G. Grau de percepção e incômodo quanto à condição facial em indivíduos com paralisia facial periférica na fase de sequelas. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(2):113-8.
10. Silva, M. F. F.; Guedes, Z. C. F.; Cunha, M. C. Aspectos psicossociais associados à paralisia facial periférica na fase sequelar: estudo de caso clínico. Rev CEFAC. 2013;15(4):1025-1031.
11. Bianchini, E. M. G.; Mangilli, L. D.; Marzotto, S. R.; Nazário, D. Pacientes acometidos por trauma da face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. Rev CEFAC. 2004;6(4):388-395.
12. Andrade, L. M.; Lima, M. A.; Silva, C. H. C.; Caetano, J. A. Acidentes de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza – CE, Brasil. Rev Rene. 2009;10(4):52-9.

13. Calil, A. M.; Sallum, E. A.; Domingues, C. A.; Nogueira, L.S. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(1):121-7.
14. Brasileiro, B. F.; Vieira, J. M.; Silveira, C. E. S. Avaliação de traumatismos faciais por acidentes motociclísticos em Aracaju/SE. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2010;10(2):97-104.
15. Santos, M. E. S. M.; Silva, E. K. P.; Rocha, W. B. S. S.; Vasconcelos, J. M. Perfil epidemiológico das vítimas de traumas faciais causados por acidentes motociclísticos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2016;16(1):29-38.
16. Silva, J. J. L.; Lima, A. A. A. S.; Melo, I. F. S.; Maia, R. C. L.; Filho, T. R. C. P. Trauma facial: análise de 194 casos. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(1):37-41.
17. Mory, M. R.; Tessitore, A.; Pfeilsticker, L.; Junior, E. B.C.; Paschoal, J. R. Mastigação, deglutição e suas adaptações na paralisia facial periférica. *Rev CEFAC*. 2013;15(2):402-410.
18. Tessitore, A.; Pfeilsticker, L. N.; Paschoal, J. R. Aspectos neurofisiológicos da musculatura facial visando a reabilitação na paralisia facial. *Rev CEFAC*. 2008;10(1):68-75.
19. Câmara, G. O.; Mangilli, L. D.; Sassi, F. C.; Andrade, C. R. F. Sistema miofuncional orofacial e trauma de face: revisão crítica da literatura. *Rev Bras Cir Plást*. 2014;29(1):151-8.

## ANEXO A – Manual de Formatação

1

**Margens: 2,5 cm**  
**Páginas numeradas**  
**Máximo de 25 páginas para artigos, 20 para comunicações e até 2000 palavras para resenhas**  
**Referências Bibliográficas: 30 para artigos e comunicações e 10 para resenhas**  
**Arial, 12, espaçamento simples**

---

**ATENÇÃO O NOME DOS AUTORES, INSTITUIÇÃO OU CLÍNICAS NÃO DEVE APARECER EM NENHUM LUGAR DO MANUSCRITO**

Título em português Só a primeira letra em MAIÚSCULO\*  
**(Centralizado, tamanho 12, Arial, Negrito, Português)**

Título em inglês Só a primeira letra em MAIÚSCULO\*  
**(Centralizado, tamanho 12, Arial, Negrito, Inglês)**

Título em espanhol Só a primeira letra em MAIÚSCULO\*  
**(Centralizado, tamanho 12, Arial, Negrito, espanhol)**

**Verificar se tem até 250 palavras. Após a revisão atualizar nos metadados da submissão.**

**Resumo**

**Introdução:** A preservação da habilidade de cantar tem sido utilizada para promover a recuperação linguística de pacientes afásicos com défices expressivos, sendo designada como Terapia da Entoação Melódica (TEM). **Objetivo:** Testar a eficácia terapêutica de um programa de reabilitação de linguagem através da música, com base na TEM, numa paciente com diagnóstico de afasia de Broca pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) no hemisfério esquerdo (HE). **Método:** Desenho experimental de caso único do tipo AB com múltiplas linhas de base. Participante: sexo feminino (G.), destra, 46 anos de idade, pós AVC isquêmico há aproximadamente cinco anos com conseqüente afasia de Broca. Procedimentos: avaliação neuropsicolinguística antes, durante e no final da terapia. O tratamento ocorreu durante três meses, em dois encontros semanais (24 sessões). **Resultados:** Importante melhora na fluência verbal, havendo um aumento do número de palavras produzidas por minuto durante o discurso conversacional, redução das anomias, melhora na sintaxe e na dispraxia de fala. Quanto às funções neuropsicolinguísticas: melhora no desempenho da paciente nas funções de atenção, memória de trabalho, memória verbal episódico-semântica (reconhecimento), memória prospectiva, nomeação, leitura em voz alta e escrita espontânea e ditada. **Conclusão:** as funções neuropsicolinguísticas não envolvidas no processo da TEM permaneceram com desempenhos iguais nas avaliações inicial e final, indicando que as melhoras de G. nas demais funções ocorreram em virtude da intervenção. Desta forma, pode-se concluir que a TEM se mostrou eficaz para um caso de afasia de Broca.

**(verificar se as palavras-chave estão no DeCS/Bireme. Mínimo de 3 ou até 6 palavras-chave)**

Negrito

2

**Palavras-chave:** Reabilitação; Afasia de Broca; Linguagem; Música; Neuropsicologia.

**Abstract (LEMBRE-SE AS PALAVRAS Introduction, Objective, Methods, Results, Conclusion, Keywords- DEVEM ESTAR EM NEGRITO)**

**Introduction:** Melodic Intonation Therapy (MIT) is a therapeutic method which uses the ability to sing to pro... **Objective:** Testing the efficacy of a music-based language rehabilitation program... **Methods:** This research used the methodology of AB single case experimental design with multiple baselines. The participant G. is a female, right-handed, 46-year-old... **Results:** significant improvement was observed in verbal fluency, with an increased number of words produced per minute during conversational spee... **Conclusion:** the neuropsychological functions which were not trained in the MIT...

**Keywords:** Rehabilitation; Aphasia, Broca's Aphasia; Language; Music; Neuropsychology. (verificar no DeCS)

**Resumen (LEMBRE-SE AS PALAVRAS Introduccion, Objetivo, Metodos, Resultados, Conclusión, Palabras clave- DEVEM ESTAR EM NEGRITO)**

**Introducción:** la preservación de la capacidad de cantar ha sido utilizada para promover la recuperación ling... **Objetivo:** Evaluar la eficacia de un programa de rehabilitación de lenguaje través la música, bajo la base de TEM, en una paciente con afasia de ... **Metodos:** Diseño experimental de caso único de tipo AB con múltiples líneas de base. Participante: sexo femenino (G.), diestra, 46 años de edad, ... **Resultados:** Mejora significativa en la fluidez verbal, con aumento en el número de palabras producidas por minuto... **Conclusión:** las funciones neuropsicológicas no involucradas en el proceso de ...

**Palabras clave:** Rehabilitación; Afasia de Broca; Lenguaje; Música; Neuropsicología. (Verificar no DeCS)

**Introdução**

XXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXX XXXX XXXXX XXXXX  
XXXXXX XXX XXXX XXXX XXXX XXXXXXXX XXXXX XXXXXX XXXXX XXXX XXXXXXXX  
XXXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXX XXXX XXXXX XXXXX XXXXX  
XXX XXXX XXXX XXXX XXXXXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXX XXXXXXX<sup>1-3</sup> (da  
referência 1 até a 3, ou seja 1, 2, 3). XXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX<sup>1,5</sup>  
(inclui a referência 1 e a referência 5) XXXX XXX XXXX XXXXX XXXXX XXXXX  
XXX XXXX XXXX XXXX XXXXXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXX XXXXXXX<sup>3</sup>

**Método**

XXXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXX XXXX XXXXX XXXXX  
XXXXXX XXX XXXX XXXX XXXX XXXXXXXX XXXXX XXXXXX XXXXX XXXX XXXXXXXX  
XXXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXX XXXX XXXXX XXXXX XXXXX  
XXX XXXX XXXX XXXX XXXXXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXX XXXXXXX

### Resultados

XXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXX XXX XXXX XXXXX XXXXX  
XXXXX XXX XXXX XXXX XXXX XXXXXXX XXXXX XXXXX

AS FIGURAS/ TABELAS/ QUADROS DEVEM ESTAR NO FINAL DO  
MANUSCRITO. COLOCAR NO TEXTO O LUGAR EM QUE DEVE SER  
COLOCADA A FIGURA/ TABELA/ QUADRO.

XX  
XX  
XXXXXXXXXXXX

#### TABELA 1

XX  
XX  
XX

#### FIGURA 1

XX  
XX  
XXXX

**VERIFICAR AS REGRAS PARA FIGURAS, TABELAS E QUADROS AO FINAL  
DESSE MANUAL**

### Discussão

XXXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXX XXX XXXX XXXXX XXXXX  
XXXXXX XXX XXXX XXXX XXXX XXXXX XXXXX XXXX XXXXXX A<sup>1-3</sup>. XXXXX XXXX  
XXXX XXXX XXXX XXXX<sup>1,2</sup> XXXX XXX XXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXX XXXX  
XXXX XXXX XXXXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXX XXXXXX<sup>3</sup>.

### Conclusão

XXXXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXX XXXX XXXXX XXXXX  
XXXXXX XXX XXXX XXXX XXXX XXXXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXX XXXXX  
XXXXXX XXXX XXXX XXXX XX XXXXX XXXXX XXXX XXXXXXX.

### Agradecimentos

(Se houver necessidade)

### Referências bibliográficas

**Máximo de 30 referências:**

**Artigos de Periódicos:** Autor(es) do artigo.Título do artigo. Título do periódico  
abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al.  
Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions:  
two retrospective studies. J Speech Lang Hear Res. 2000;43(1):79-99.

**Observação: Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números  
coincidentes, eliminar os dígitos iguais.**Ex: p. 320-329; usar 320-9. Ex.: Halpern  
SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl  
J Med. 2002Jul;25(4):284-7.

**Livros:** Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Ex.: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

**Capítulos de Livro:**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

Ex.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Observações: Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso.

Ex.: Adelaide (Austrália);

Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la; A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed.

1. Bonakdarpour B, Eftekhazadeh A, Ashayeri H. Preliminary report on the effects of melodic intonation therapy in the rehabilitation of Persian aphasic patients. *Int J Medic Science*. 2000; 25(3-4):156-60.  
(PULAR LINHA)
2. Helm-Estabrooks N, Nicholas M, Morgan A. *Melodic Intonation Therapy*. Austin: Pro-Ed; 1989.  
(PULAR LINHA)
3. Racette A, Bard C, Peretz I. Making non-fluent aphasic speak: Sing along! *Brain*. 2006; 129(10):2571-84.
4. Norton, Zipse L, Marchina S, Schlaug G. Melodic Intonation Therapy: Shared insights on how it is done and why it might help. *Ann. N.Y. Acad. Sci. The Neurosciences and Music III: Disord Plastic*. 2009; 1169:431-6.
5. Helm-Estabrooks N, Albert ML. *Manual of Aphasia and Aphasia Therapy*. Austin: Pro-Ed.; 2003: 281.
6. Hébert S, Racette A, Gagnon L, Peretz I. Revisiting the dissociation between singing and speaking in expressive aphasia. *Brain*. 2003;126:1838-50.
7. Helm-Estabrooks N, Albert ML. *Manual de terapia de la afasia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1991.
8. Albert M, Sparks R, Helm N. Melodic intonation therapy for aphasia. *Arc Neurol*. 1973;29:130-1.

9. Sacks O. Speech and song: Aphasia end music therapy. In O. Sacks, Musicophilia: Tales of music and the brain. New York, Toronto: Alfred A. Knopf; 2007.
10. Muszkat M, Mello CB. Neuroplasticidade e reabilitação neuropsicológica. In J. Abrisqueta-Gomes (Org.), Reabilitação neuropsicológica: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2012.

### FORMATAÇÃO DE FIGURAS/ TABELAS/ QUADROS

**Atenção seu artigo poderá conter no máximo 10 (dez) tabelas ou figuras ou quadros.**

**-Figuras:** Figura é a denominação genérica atribuída aos gráficos, fotografias, gravuras, mapas, plantas, desenhos ou demais tipos ilustrativos. O título da figura deve ser apresentado sempre a baixo da figura, Contendo apenas a primeira letra em maiúscula. Deve ser separada por . (ponto) exemplo: Figura 3. Escrever o resto do título.



**Figura 1.** Índice de fala - número de palavras corretas produzidas por minuto durante o discurso, ao longo das sessões.

Apenas a primeira letra maiúscula

Negrito-  
Apenas a  
primeira  
letra  
maiúscula

**ACRESCENTAR A LEGENDA (SE HOUVER) APÓS O NOME DA FIGURA**  
(Legenda)

...

**-Tabelas:** deve conter números e/ou cálculos. O título deve estar antes da tabela, o desenho da tabela deve ser: com margem superior e inferior na primeira linha, sem linhas no interior da tabela, ela não deve conter barra/trave nas laterais (deve ficar aberta)

**Tabela 2.** Classificação da voz na percepção dos pais dos escolares de acordo com o sexo.

Classificação da voz	Sexo		p*
	Masculino	Feminino	
	n (%)	n (%)	
Normal	33 (67,3)	34 (61,8)	0,557
Alterada	16 (32,7)	21(38,2)	
<b>TOTAL</b>	49 (100,0)	55 (100,0)	

Legenda: \*Teste Qui-Quadrado de Pearson; n=número de sujeitos; %=porcentagem.  
\*\*p<0,05

**-Quadro:** Os quadros são um arranjo predominantemente de palavras com ou sem indicação de dados numéricos. O seu conteúdo é "descritivo" e não estatístico. A apresentação dos quadros é semelhante à das tabelas, exceto pela colocação dos traços verticais em suas laterais e na separação das casas.

**Quadro 3.** Principais bases de dados bibliográficas de interesse para a área de saúde pública disponíveis para acesso na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP, em 2014.

Nome da base	Instituição responsável/abrangência	Indexa
Lilacs	BIREME (Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) divulga a literatura convencional e não-convencional em ciências da saúde, gerada na América Latina e Caribe.	Década de 80 em diante
Environmental Engineering Abstracts	Literatura mundial nos aspectos tecnológicos do ar, solo, segurança ambiental, sustentabilidade.	Artigos, livros, conferências, publicações governamentais.
Medline	National Library of Medicine (NLM), com resumos de artigos de periódicos em medicina e áreas afins.	Artigos de periódicos.
Sociological Abstracts	Compilada pelo Sociological Abstracts Inc., apresenta resumos de diferentes tipos de documentos em sociologia e disciplinas correlatas.	Livros, capítulos de teses, congressos e cerca de 5 mil periódicos.

CAB Abstracts	Conjunto de bases de dados produzido pela CABI (Commonwealth Agricultural Bureau International), com resumos em nutrição humana, tecnologia de alimentos, veterinária, ciências ambientais entre outras.	Artigos de periódicos, livros, vídeos.
ERIC	Educational Resources Information Center produzida pela US Department of Education.	Artigos, conferências, congressos, teses, documentos governamentais, material audiovisual.
PubMed	Inclui, além da base Medline, outros registros incluídos no Index Medicus ("Old Medline").	
Scopus	Base bibliográfica e de citação editada pela Elsevier nos diversos campos da ciência, área de medicina, ciências sociais, tecnologia.	Artigos, livros, capítulos, conferências.
PsycInfo	Produzida pela American Psychological Association - APA. Campo da da psicologia e disciplinas relacionadas.	Artigos, capítulos, teses.
ISI/Web of Science	Base bibliográfica e de citação produzida pelo Institute for Scientific Information (ISI) nas grandes áreas do conhecimento: ciência, ciências sociais, artes e humanidades.	

\* Disponível em: <http://www.biblioteca.fsp.usp.br>

## ANEXO B - Protocolo Adaptado de Anamnese e Avaliação Fonoaudiológica em Traumas de Face



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA



### PROTOCOLO DE ANAMNESE E AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA - TRAUMAS DE FACE

**1. Identificação** Data do exame: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ D/N: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefone (s): \_\_\_\_\_  
 Profissão/Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
 Equipe responsável: \_\_\_\_\_  
 Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Aspectos sobre o trauma**

Queixa principal: \_\_\_\_\_  
 Data do acometimento: \_\_\_\_\_  
 Etiologia: \_\_\_\_\_  
 Histórico: \_\_\_\_\_  
 Regiões acometidas pelo trauma: \_\_\_\_\_  
 Primeiros socorros (no local): \_\_\_\_\_  
 Primeiros socorros (atendimento médico): \_\_\_\_\_  
 Internação: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos (anteriores e atuais): \_\_\_\_\_  
 Exames / RX: \_\_\_\_\_  
 Evolução: \_\_\_\_\_  
 Tratamento médico atual e prognóstico: \_\_\_\_\_

**3. Sintomas relatados:**

- ( ) Presença de dor: \_\_\_\_\_
- ( ) Limitação dos movimentos mandibulares: \_\_\_\_\_
- ( ) Perda ou diminuição da mobilidade facial: \_\_\_\_\_
- ( ) Incômodo ou sensação de corpo estranho: \_\_\_\_\_
- ( ) Percebe mudança na oclusão: \_\_\_\_\_
- ( ) Perda da sensibilidade: \_\_\_\_\_
- ( ) Aumento da sensibilidade: \_\_\_\_\_

Baseado em Bianchini e Parolo (2003)

( ) Dificuldade em mastigar: \_\_\_\_\_

( ) Dificuldade em deglutir/ ( ) Engasgos: \_\_\_\_\_

( ) Dificuldade em respirar/ ( ) falta de ar: \_\_\_\_\_

( ) Dificuldade ou alteração ao falar: \_\_\_\_\_

Outras dificuldades: \_\_\_\_\_

Algumas dessas dificuldades já existiam antes do trauma? \_\_\_\_\_

Descrição da alimentação atual: \_\_\_\_\_

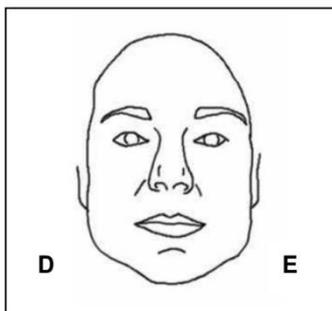
#### 4. Aspecto facial geral

( ) Presença de edema: \_\_\_\_\_

( ) Presença de cicatriz: \_\_\_\_\_

Situação cicatricial: ( ) fibrótica ( ) quelóide ( ) restritiva ( ) não restritiva ( ) superficial

Assinalar na figura abaixo, os locais verificados:



#### 5. Cavidade oral

▪ Presença de bloqueio intermaxilar: ( ) Rígido ( ) Semi-rígido ( ) Brackets ( ) Barra de Erich

▪ Tempo de bloqueio: \_\_\_\_\_

▪ Dor / Localização: \_\_\_\_\_

##### 5.1. Situação dentária (cáries, mobilidade, prótese)

Assinalar elementos ausentes ou supra-numerários:

(1) – 5  
8.7.6.5.4.3.2.1.

(2) – 6  
1.2.3.4.5.6.7.8.

(4) – 8  
8.7.6.5.4.3.2.1.

(3) – 7  
1.2.3.4.5.6.7.8.

Baseado em Bianchini e Parolo (2003)

### 5.2. Descrição da oclusão (fornecidas pelo dentista responsável)

- Oclusão: CI-I; CI- II; CI- III
- Mordida: cruzada unil ( ) bilat ( ) profunda ( ) aberta anter ( ) post ( )
- Sobressaliência: \_\_\_\_\_mm sobremordida: \_\_\_\_\_mm
- Linha média:  
 Dentária – central ( ) não central ( ) desvio predominante: \_\_\_\_\_  
 Esquelética – central ( ) não central ( ) desvio predominante: \_\_\_\_\_
- Interferências oclusais evidentes: \_\_\_\_\_

### 6. Estruturas e musculatura (flacidez, rigidez, mobilidade e lesões):

---

### 7. Dor à palpação (0 = sem dor; 1 = dor fraca; 2 = dor moderada; 3 = dor forte)

	DIREITO	ESQUERDO
	Feixe anterior ( )	Feixe anterior ( )
<b>TEMPORAL</b>	Feixe médio ( )	Feixe médio ( )
	Feixe posterior ( )	Feixe posterior ( )
	Origem ( )	Origem ( )
<b>MASSETER</b>	Corpo ( )	Corpo ( )
	Inserção ( )	Inserção ( )

	DIREITO	ESQUERDO
<b>ATM boca fechada (lateral)</b>	( )	( )
<b>ATM boca aberta (posterior)</b>	( )	( )
<b>FACE (região orbitária e zigomática)</b>	( )	( )
<b>ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO</b>	( )	( )
<b>REGIAO CERVICAL</b>	( )	( )
<b>TRAPEZIO</b>	( )	( )
<b>REGIAO PEITORAL</b>	( )	( )

---

**VERTEX CRANIANO ( )**  
**REGIAO SUBMANDIBULAR ( )**  
**GENIOGLOSSO ( )**

**8. Movimentos mandibulares (medidas, desvios, limitações, ruídos, dor)**

- Abertura: \_\_\_\_\_ ( ) Desvio Esquerda \_\_\_\_\_ ( ) Desvio Direita \_\_\_\_\_
- Fechamento: ( ) Desvio Esquerda \_\_\_\_\_ ( ) Desvio Direita \_\_\_\_\_
- Lateralidade D: \_\_\_\_\_
- Lateralidade E: \_\_\_\_\_
- Sobressaliência: \_\_\_\_\_ Protrusiva: \_\_\_\_\_
- Protrusão corrigida: \_\_\_\_\_
- Movimento condilar: ( ) Esquerda \_\_\_\_\_ ( ) Direita \_\_\_\_\_

**9. Exames complementares realizados:****10. Conclusão e conduta :**

Fonoaudiólogo(a) responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO C - Protocolo Adaptado de Anamnese e Avaliação da Paralisia Facial



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
 CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO  
 DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA



### ANAMNESE E AVALIAÇÃO DE PARALISIA FACIAL

Avaliação baseada no livro de Lacôte M, Chevalier AM,  
 Miranda A, Bleton J P, Stevenin P.

Avaliação clínica da Função Muscular. São Paulo: Manole, 1987.

DATA DO EXAME: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG do hospital: \_\_\_\_\_  
 D/N: \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA DA QUEIXA

Quando começou o problema? \_\_\_\_\_

Quais foram os sintomas? \_\_\_\_\_

Quais foram as providências tomadas? \_\_\_\_\_

Realizou alguma cirurgia? Sentiu alguma dificuldade após a cirurgia? \_\_\_\_\_

A perda dos movimentos foi gradual ou súbita? Se fez cirurgia, foi antes ou após esta? \_\_\_\_\_

Apresentou alguma melhora desde então? \_\_\_\_\_

Consegue fechar os olhos? Está realizando acompanhamento oftalmológico?  
 Quais os cuidados com os olhos? \_\_\_\_\_

Tem alguma dificuldade para alimentação? Se fez cirurgia, antes ou após esta?  
 Quais os cuidados com os olhos? \_\_\_\_\_

Observou perda ou modificação no paladar? \_\_\_\_\_

Dados complementares \_\_\_\_\_

Dados Médicos (tipo de paralisia, escala House, realização de cirurgia e tratamento complementares) \_\_\_\_\_

---

### AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

#### EM REPOUSO

Paralisia Facial Flácida	Total	Parcial	Normal
Abolição das rugas frontais			
Rebaixamento da ponta da sobrancelha			
Olho mais aberto/pálpebra inferior caída			
Nariz desviado em vírgula para o lado são			
Abolição do suco nasolabial			
Desvio e depressão da comissura labial			
Lábio superior "desabado"			
Lábio inferior "desabado"			
Bochecha flácida pendendo em saco			