



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

ALINE DA SILVA FRAJUCA

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL
NOS TRAUMAS DE FACE: REVISÃO DE LITERATURA**

LAGARTO
2022

ALINE DA SILVA FRAJUCA

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL
NOS TRAUMAS DE FACE: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe, Campus Professor Antônio Garcia, como parte das exigências para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador(a): Prof. Dr^a. Janayna de Aguiar
Trench

LAGARTO

2022

Trabalho de conclusão de curso intitulado "PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL NOS TRAUMAS DE FACE: REVISÃO DE LITERATURA" foi confeccionado em formato de artigo, obedecendo às normas da Revista Distúrbios da Comunicação; contando com a orientação da Profª Drª Janayna de Aguiar Trench.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL NOS TRAUMAS DE FACE: REVISÃO DE LITERATURA

OROFACIAL MYOFUNCTIONAL ASSESSMENT PROTOCOL IN FACE TRAUMS: LITERATURE REVIEW

Aline da Silva Frajuca, Janayna de Aguiar Trench

Objetivo: Desenvolver um protocolo na área de Motricidade Orofacial para avaliação de indivíduos vítimas de trauma de face baseado em uma revisão de literatura. **Estratégia de pesquisa:** Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo-Brasil, PubMed, Lilacs, Periódicos CAPES. Foram analisados 28 artigos para a revisão de literatura integrativa de caráter qualitativo, com objetivo primário e descritivo. **Crítérios de seleção:** Foram incluídos os estudos completos, português e inglês, com publicação entre 2004 e 2021. **Desenvolvimento da proposta:** O protocolo desenvolvido é composto por 10 partes: identificação, história pregressa, postura corporal, avaliação estrutural, dor, respiração, mastigação, deglutição, fala e conclusão. **Conclusão:** O Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial nos Traumas de Face foi elaborado através de uma revisão de literatura integrativa e depende que seja aplicado por profissionais da área para validação.

Palavras-chaves: Trauma Facial; Fonoaudiologia; Sistema

Objective: To develop a protocol in the area of Orofacial Motricity for the evaluation of individuals victims of facial trauma based on a literature review. **Research strategy:** A bibliographic survey was carried out in the databases Scielo-Brasil, PubMed, Lilacs, CAPES Periodicals. Twenty-eight articles were analyzed for an integrative qualitative literature review, with a primary and descriptive objective. Selection criteria: Complete studies, Portuguese and English, published between 2004 and 2021 were included. **Development of the proposal:** The protocol developed consists of 10 parts: identification, past history, body posture, structural assessment, pain, breathing, chewing, swallowing, speech and conclusion. **Conclusion:** The Orofacial Myofunctional Assessment Protocol in Facial Trauma was developed through an integrative literature review and depends on it being applied by professionals in the area for validation.

Keywords: Facial Trauma; Speech Therapy; Stomatognathic System; Protocol.

INTRODUÇÃO

Trauma pode ser definido como alterações das estruturas ou desequilíbrio fisiológico do organismo induzido pela troca de energia entre os tecidos e o meio.⁽¹⁾ A cada dia cerca de 16 mil pessoas morrem em decorrência do trauma, sendo o traumatismo facial o mais prevalente, estando entre as principais causas de morbi-mortalidade.⁽²⁾ As causas mais frequentes são: acidentes automobilísticos, agressões pessoais e quedas.⁽³⁾ A incidência do trauma facial é maior em homens do que em mulheres, sendo respectivamente de 84,9% e 15,1%. Pode-se concluir que há maior incidência em homens devido às atividades em que estes estão relacionados, como por exemplo: no trânsito, praticando esportes de contato físico, frequentando bares e fazendo uso maior de bebidas alcoólicas e drogas. É possível observar que com o tempo o número de mulheres com traumas vem aumentando e podemos associar a inclusão de mulheres nesses meios. Na faixa etária de até 30 anos, em acidentes com veículos 38% estavam alcoolizados e em agressões físicas 68%; deve-se levar em consideração a sociedade urbana atual, conflitos socioeconômicos, aumento de violência, desobediência às normas.⁽⁴⁾

O trauma não afeta apenas os tecidos moles e ossos, mas também o cérebro, olhos, seios e dentição.⁽⁵⁾ Conseqüentemente a função e desempenho do sistema estomatognático altera na: postura, mobilidade, coordenação, fala, mastigação e deglutição.⁽⁶⁾ As estruturas mais acometidas pelos traumas são: complexo zigomático (região malar, arco zigomático) mandíbula, dento-alveolares, fraturas associadas e maxilares do tipo Le Fort I, II e III.⁽⁷⁾

Quanto aos ossos mais fraturados durante o Trauma Facial foram: zigoma 17,5%, nasal 22,2% e a mandíbula com 30,40%; e a lesão que mais acomete nesses casos são: trauma ocular 4,1%, musculoesquelético 8,2% e traumatismo cranioencefálico 21,1%.⁽⁸⁾

Qualquer que seja o tratamento adotado para a correção de fratura o tempo estimado é de até 6 meses, o desempenho oral e amplitude mandibular permanece o mesmo, porém pacientes que passam pelo procedimento de redução aberta apresentam melhor simetria do masseter.⁽⁹⁾

OBJETIVO

Desenvolver um protocolo na área de Motricidade Orofacial para avaliação de indivíduos vítimas de trauma de face baseado em uma revisão de literatura.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Esta pesquisa seguiu os critérios de uma revisão de literatura integrativa de caráter qualitativo, com objetivo primário e descritivo. As buscas foram realizadas em 4 bases de dados bibliográficas: Scielo, PubMed, LILACS e Periódicos Capes.

Foram selecionados artigos publicados entre 2004 e 2021. Em uma busca prévia de literatura é possível observar que não ocorre uma crescente linear de número de publicações, mas os anos em que mais houve publicações foram: 2010 à 2012, 2016, 2020 e 2021. Foram selecionados artigos escritos em inglês e português.

Descritores utilizados: Trauma Facial; Fonoaudiologia; Sistema Estomatognático; Protocolo.

Operadores lógicos booleanos utilizados: AND

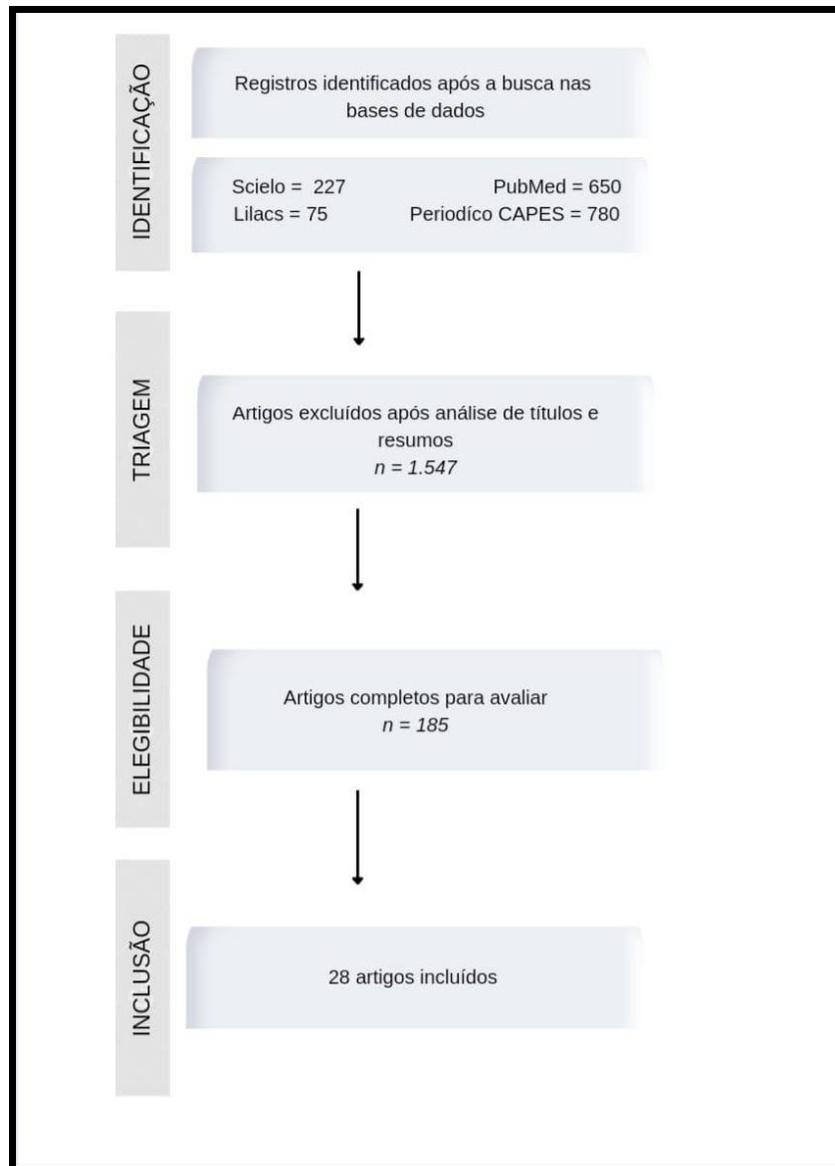
Crítérios de inclusão e exclusão: Foram incluídos todos os artigos originais e disponíveis indexados no período entre 2004 e 2021, que se relacionavam com os descritores citados. Foram excluídos artigos incompletos, revisões sistemáticas anteriores a 2004.

A Figura 1 na etapa de análise de dados mostra a forma que foi feita a seleção dos artigos para este trabalho. As referências coletadas foram incluídas em uma tabela feita pelo programa CANVA; a partir da tabela é possível observar os principais itens dos métodos e dos resultados de cada artigo selecionado (autor, ano, local, população de estudo e resultados).

Com os critérios de inclusão e exclusão definidos foram selecionados 28 artigos no total.

ANÁLISE DE DADOS

Figura 1 - Seleção dos artigos utilizados



REVISÃO DE LITERATURA

Autor/Ano	Local	Estudo	Resultados
Carvalho, C. <i>et al</i> , 2021.	Jequié, BA.	499 prontuários, sendo 81,6% masculino, 50,3% de etnia parda, 25,5% entre 25 a 34 anos.	Indivíduos do sexo masculino e adultos jovens foram os mais acometidos pelo trauma de facial, sendo mais prevalente por acidentes de motocicleta e quedas.
Muller, V. <i>et al</i> , 2021.	Montenegro, RS.	114 prontuários de pacientes atendidos no Hospital Montenegro.	Mesmo conseguindo alcançar as altas taxas de restabelecimento funcional é necessário analisar casos falhos, impactos econômicos e estratégias de prevenção no trauma facial.
Santos, R. <i>et al</i> , 2021.	Goiânia, GO.	1 paciente com trauma de face por acidente ciclístico.	O paciente apresentou Disfagia Orofaríngea leve a moderada e permaneceu em uma dieta via oral com consistência.
Santos, J. <i>et al</i> , 2020.	Brasil, BR.	76,23% masculino, 17,65% entre 20 e 29 anos.	O sexo masculino são os mais acometidos por traumatismo cranioencefálico(TCE), sendo necessário buscar maior prevenção afim de evitar complicações.
Pasqual, P. <i>et al</i> , 2020.	Porto Alegre, RS.	1230 pacientes, 2241 fraturas sendo 31,28% no orbitozigomático maxilar, 32,2% em acidentes automobilísticos.	Que seja divulgado dados, a fim de promover melhor compreensão e orientação de políticas de saúde públicas focadas no controle, prevenção e recuperação dos pacientes.
Martins, N. <i>et al</i> , 2020.	Recife, PE.	852 entrevistas.	O entendimento das consequências do trauma, qual população mais acometida, principais causas, profissionais e tratamento envolvidos, qual o impacto e conhecimentos do assunto aumentam conforme níveis de escolaridade.
Maia, A. <i>et al</i> , 2019	Rio de Janeiro, RJ.	778 cirurgias, todos do sexo masculino, 23,9% por ferimentos de arma de fogo e média de 34,7% anos.	O tratamento por arma de fogo necessita de múltiplas intervenções e é necessário de mais estudos qualitativos sobre o impacto do trauma.
Ribeiro, C. <i>et al</i> , 2018.	Aracaju, SE.	432 observações.	É uma escala válida e confiável e observou que os escores da BPS- Br elevaram-se durante a aspiração traqueal.
Farias, I. <i>et al</i> , 2017.	Campina Grande, PE.	244 casos, 31,16% de 15 e 17 anos.	A maioria dos acometidos eram homens, por acidentes de trânsito e teve fratura do complexo zigomático, submetidos a tratamento cirúrgico.

Soller, I. <i>et al</i> , 2016.	São José do Rio Preto, SP.	867 pacientes, 60,9% masculino, 66,8% entre 0 e 20 anos, 87% brancos.	Os traumas de face mais frequentes foram entre 20 e 60 anos, pessoas com companheiro, ativos e com ensino de nível superior.
Silva, M. <i>et al</i> , 2016.	Recife, PE.	99 indivíduos, 90,9% masculino, média de idade de 32,7.	Foi possível observar alto percentual de lesões na região da cabeça e face por acidentes com motocicletas, agravando lesões fonoaudiológicas.
Silva, M. <i>et al</i> , 2016.	São Paulo, SP.	26 adultos, sendo 8 com redução aberta, 9 com redução fechada e 9 saudáveis.	Independente do tratamento adotado, o período de correção da fratura é de até 6 meses.
Zanata, I. <i>et al</i> , 2016.	Curitiba, PR.	30 indivíduos, 83,3% masculino, 16,7% feminino, média de 32 anos.	Quando aplicado a conduta fonoaudiológica, o tempo de permanência com a traqueostomia é menor.
Silva, A. <i>et al</i> , 2015.	São Paulo, SP.	57 pacientes, sendo 19 com redução aberta, 19 com redução fechada e 19 saudáveis.	Pacientes com trauma de face apresentam prejuízo na mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e nas funções de mastigação e deglutição.
Secchi, M. <i>et al</i> , 2012.	Santos, SP.	28 pacientes internados com TCE.	Pacientes com TCE devem ser submetidos a uma avaliação otorrinolaringológica e de imagem para evitar complicações.
Rampaso, C. <i>et al</i> , 2012.	São Paulo, BR.	124 casos, 72% masculino, faixa etária de 21 a 30 anos.	Vítimas de acidentes de trânsito, quedas, agressão, armas de fogo e acidente esportivo o tratamento cirúrgico é realizado acima de 10 anos.
Trench, J. <i>et al</i> , 2012.	Salvador, BA.	1 paciente, masculino e 13 anos.	Foi possível observar na avaliação fonoaudiológica: limitação de abertura de boca e protrusão, deflexão para direita em movimentos mandibulares, amplitude reduzida e parestesia do músculo depressor do ângulo da boca do lado esquerdo.
Silva, J. <i>et al</i> , 2011.	Fortaleza, CE.	70 pacientes, 90% masculino, 80% cor branca, 68% do interior.	As fraturas localizadas em maior incidência na região da parassínfise e corrigidas por fixação interna em 75% dos casos.
Silva, J. <i>et al</i> , 2011.	Fortaleza, CE.	194 casos, 80,4% masculino, 5,7% idosos e crianças, média de idade 30 a 35 anos.	O número de incidência por traumas faciais pode diminuir com ações educativas.
Ykeda, R. <i>et al</i> , 2010.	Curitiba, PR.	277 pacientes, 74,72% masculino, 25,27% feminino.	É mais comum no sexo masculino, média de 21 a 30 anos, por de agressão, sendo a fratura nasal mais frequente.

Carvalho, T. <i>et al</i> , 2010.	São José do Rio Preto, SP.	355 prontuários.	A maior prevalência de trauma facial é entre homens adultos por violência interpessoal e a maioria está associada ao consumo de álcool.
Bianchini, E. <i>et al</i> , 2010.	São Paulo, SP.	1 paciente com fratura condilar cominutiva por arma de fogo.	Paciente com trauma da face encontra-se com: mordida aberta anterior, redução de amplitude dos movimentos mandibulares com desvios para o lado acometido, ausência de lateralidade e parestesia em terço médio e superior da hemiface direita.
Leporace, A. <i>et al</i> , 2009	São Paulo, SP.	833 pacientes, 76,7% masculino, 30,5% com fraturas mandibulares, na faixa etária de 20 a 29 anos.	Fraturas simples localizadas em corpo de mandibular, mais acometido sexo masculino, entre 20 a 29 anos por acidentes com veículos.
Ribeiro, M. <i>et al</i> , 2007.	Belo Horizonte, MG.	1 paciente, masculino, 22 anos, acidente motociclístico.	Após 3 meses de terapia fonoaudiológica (oito sessões) observou-se melhora na mobilidade mandibular, ausência de queixas funcionais, melhora no vedamento labial, da fibrose e mobilidade da língua.
Montovani, J. <i>et al</i> , 2006	São Paulo, SP.	513 pacientes, 84,9% masculino, 82,7% brancos, média de 29 anos.	A principal causa de trauma de face é acidentes automobilísticos.
Wulkan, M. <i>et al</i> , 2005.	São Paulo, SP.	164 pacientes, 78% masculino, faixa etária de 20 a 39 anos.	As causas do trauma facial estão relacionadas com idade e tipo de lesão e não com sexo e gravidade da lesão.
Patrocínio, L. <i>et al</i> , 2005.	Uberlândia, MG.	293 pacientes, faixa etária de 20 a 29 anos.	A incidência de fraturas na mandíbula é maior no sexo masculino, na terceira década de vida por acidentes de trânsito ferindo a sínfise e côndilo. A complicação mais recorrente foi a osteomielite.
Bianchini, E. <i>et al</i> , 2004.	São Paulo, SP.	18 pacientes, 78% masculino, média de idade 21,8 anos.	Os principais sintomas e sinais miofuncionais orofaciais em casos de trauma é dor na musculatura facial e/ou cervical, comprometimento da mastigação e ruído articular. O tratamento fonoaudiológico mostrou-se eficiente.

Foram selecionados 28 artigos para compor a revisão de literatura. As datas das publicações estão entre 2004 à 2021, sendo um publicado em 2004, dois em 2005, um em 2006, um em 2007, um em 2009, três em 2010, dois em 2011, três em 2012, um em 2015, quatro em 2016, um em 2017, um em 2018, um em 2019, três em 2020 e

três em 2021. Pode-se observar que teve momentos que não houve publicações, mas houve um aumento de 2010 para 2012, no ano de 2016 e após isso nos anos de 2020 e 2021.

A partir da seleção feita com os critérios de inclusão estabelecidos, pode-se observar que a maioria das publicações são estudos traçando o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por Trauma de Face e pouco sobre a atuação fonoaudiológica, mais específico a área de motricidade orofacial.

A população de estudo varia de 1 para 1230 participantes; sendo a maioria dos artigos publicados no Brasil. Quando levantado os principais resultados, devemos levar em conta fatores socioeconômicos, grau de escolaridade, localização geográfica, entre outros fatores, para conseguir definir melhor o perfil epidemiológico, mas com os estudos selecionados a incidência é maior no sexo masculino, com faixa etária de 20 a 39 anos, principalmente em acidentes automobilísticos, seguido de quedas e violência interpessoal.

Nos poucos artigos correlacionados com a fonoaudiologia, pode-se observar que a terapia miofuncional para readequar o sistema estomatognático é positiva, trazendo resultados e bom feedback, porém deve ser feito mais estudos para saber como cada área é afetada e qual a melhor terapia ser feita.

DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A partir da revisão de literatura feita, propõe-se o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial nos Traumas de Face.

O protocolo pode ser aplicado em todas as pessoas que sofreram um Trauma de Face, em todas as idades, deve-se ser levado em conta o que se espera em cada idade, o protocolo é constituído em 10 partes, sendo: identificação, história pregressa, postura corporal, avaliação estrutural, dor, respiração, mastigação, deglutição, fala e conclusão.

Para aplicação deste protocolo é necessário estar com: jaleco, luvas, espátula, lanterna e uma câmara para realizar registos fotográficos e conseguir avaliar melhor, por exemplo, a simetria facial.

A primeira parte do protocolo (Figura 2) é realizada a Identificação do paciente, sendo constituído por 16 itens: nome, data da avaliação, data de nascimento, idade, sexo, gênero, endereço, telefone, residência própria ou alugada, renda familiar, profissão, se foi encaminhado, diagnóstico médico, médico responsável e contato, observação e queixa principal.

Figura 2 - Identificação

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL NOS TRAUMAS DE FACE	
1- Identificação	
Nome: _____	Data: ___/___/___
Data de nascimento: ___/___/___	Idade: _____ Sexo: _____ Gênero: _____
Endereço: _____	Telefone: () _____
Residência: () própria () alugada () outros: _____	Renda familiar: _____
Profissão: _____	
Encaminhado por: _____	
1.1 Informações da condição clínica:	
Diagnóstico médico: _____	
Médico responsável: _____	Contato: () _____
Observação: _____	
Queixa principal: _____	

O segundo tópico é composto pela História Progressiva (Figura 3), com o intuito de saber mais da história do Trauma; contém 5 itens: quando aconteceu, idade, como ocorreu, tipo de fratura e tratamentos realizados.

Figura 3 - História pregressa

2. História pregressa:

Quando aconteceu: _____ Idade: _____

Como ocorreu: () acidente automobilístico () queda () briga/violência
() arma de fogo () outro: _____

Tipo de fratura: _____

Tratamentos realizados: _____

A terceira parte é composta pela Postura Corporal (Figura 4), contendo 7 itens, sendo eles: se a postura corporal está organizada ou não, se cabeça e ombros apresentam movimentação frontal e lateral e espaço para observações que forem feitas.

Figura 4 - Postura Corporal

3. Postura corporal:

() organizado () desorganizado

Cabeça

Frontal: () adequado () rotação D () rotação E () inclinação D () inclinação D

Lateral: () adequado () anteriorizada () flexão () extensão

Observação: _____

Ombros

Frontal: () adequado () elevado D () elevado E

Lateral: () adequado () alterado _____

Observação: _____

A quarta parte deste protocolo é a Avaliação Estrutural (Figura 5), que irá avaliar: presença de dispositivos, proporção da face, condição da pele, presença de cicatrizes, dentição completa ou incompleta, mobilidade dentária, repouso da mandíbula e masseter, ATM e estrutura dos lábios.

É importante conhecer os tipos de fraturas e seus métodos de fixação, como as imobilizações intrabucais como por exemplo: ligaduras interdentárias (Método de Gilmer, Método de Angle, Arco de Erich, entre outros), ligaduras metálicas circulares e goteiras; e imobilizações extrabucais, que pode ser: fixações internas (osteossíntese com fio metálico, osteossíntese com placas metálicas e transfixações com fio de Kirschner) ou fixações externas (pinos ou parafusos metálicos).⁽¹⁰⁾

Deve-se considerar também a condição da pele e a presença de cicatrizes. As cicatrizes podem ser classificadas em: cicatriz normal (com menos de 2 mm de largura), cicatriz alargada (com alargamento igual ou superior a 2mm), cicatriz

escavada (que localiza-se abaixo do nível da pele), cicatriz hipertrófica (que apresenta consistência endurecida e elevada acima do nível da pele) e cicatriz quelóide (que cresce fora dos limites originais da incisão).⁽¹¹⁾ É importante observar se apresenta algum impedimento e redirecionar o restante da avaliação.

Em casos de traumas é possível observar perda dos elementos dentários 33, 32, 31, 41 e 42, também encontra-se fibrose em ventre da língua com limitação dos movimentos, extensa perda de substância em lábio superior com encurtamento de tecido prejudicando a mobilidade labial e o vedamento.⁽¹²⁾ Tornando Avaliação Estrutural de suma importância para observar esses pontos que frequentemente são acometidos.

Figura 5 - Avaliação Estrutural

<p>4. Avaliação estrutural:</p> <p>Dispositivos: () ligaduras interdentárias () ligaduras metálicas circulares () goteiras () outros _____</p> <p>Proporção de face: () semelhante () assimétrica</p> <p>Condição da pele: () íntegra () não íntegra</p> <p>Cicatrizes: () não apresenta () apresenta _____</p> <p>Dentição: () completa () incompleta _____</p> <p>Mobilidade dentária: () adequado () alterado _____</p> <p>Repouso mandibular: () adequado () aberta () desvio D () desvio E</p> <p>Repouso masseter: () adequado () contraído D () contraído E</p> <p>ATM: () adequado () desvio () ruído</p> <p>Lábios: () fechados () entreabertos () abertos</p> <p>Tônus muscular: () adequado () hipertônico () hipotônico</p> <p>Mobilidade: () adequado () alterada _____</p> <p>Forma do lábio superior: () adequado () outro _____</p>

A quinta parte irá avaliar se há presença de dor (Figura 6). Dentre os principais sintomas e sinais miofuncionais orofaciais em casos de traumas de face a dor pode estar presente na musculatura facial, mastigatória e ou cervical.⁽¹³⁾

Figura 6 - Dor

5. Dor:

Esternocleidomastóideo: () ausente () presente D () presente E

Masseter: () ausente () presente D () presente E

Mandíbula: () ausente () presente D () presente E

Temporal: () ausente () presente D () presente E

Trapézio: () ausente () presente D () presente E

O sexto tópico irá avaliar a respiração (Figura 7), devido ao trauma pode-se apresentar alterações estruturais e funcionais, portanto deve ser avaliado as funções estomatognáticas, sendo a primeira de forma espontânea a respiração.

Figura 7 - Respiração

6. Respiração:

Modo: () clavícula/ superior () abdominal/ inferior () torácica/ média () costodiafragmática

Tipo: () nasal () buconasal () oral

Na sétima parte está a avaliação da função mastigatória (Figura 8). Pode-se encontrar comprometimento na mastigação devido à limitação e assimetria dos movimentos mandibulares, além de ruído articular levando a desconforto.⁽¹³⁾ Deve ser escolhido um alimento e solicitar ao paciente que mastigue da forma habitual, a fim de não modificar durante a avaliação. É importante observar a forma que ocorre o corte do alimento, levando em consideração a condição dentária do indivíduo e movimentos mandibulares; durante a mastigação observar se o fechamento labial é eficiente e a fim de evitar algum escape, direcionando para uma deglutição normal.⁽¹⁴⁾

Figura 8 - Mastigação

7. Mastigação:

Volume ofertado: _____ g ou _____ ml

Alimento: _____

Incisão: () anterior () lateral () outro _____

Trituração: () eficiente () ineficiente

Padrão mastigatório: () unilateral () bilateral () outro _____

Fechamento labial: () adequado () fraco () ausente

Velocidade: () adequada () lenta () rápida

Dor: () presente () ausente

Seguindo a sequência das funções, a oitava parte irá avaliar a deglutição (Figura 9). Sabe-se que as principais alterações encontradas em vítimas de trauma de face são alterações na tensão da musculatura e sensibilidade dos órgãos e das funções estomatognáticas, tanto nas estruturas orofaciais como na deglutição.⁽¹⁵⁾

É importante lembrar que a avaliação das funções de mastigação e deglutição podem ser aplicadas ao decorrer do tratamento fonoaudiológico, de acordo com a evolução do paciente, pois nem sempre o indivíduo chegará na primeira consulta fonoaudiológica com condições estruturais para desempenhar a função mastigatória.

Figura 9 - Deglutição

8. Deglutição:
Coordenação: () adequada () incoordenada _____
Escape extra oral: () presente () ausente
Movimento de cabeça: () presente () ausente
Dor: () presente () ausente
Intercorrências: _____

A nona parte desse protocolo é avaliar a fala (Figura 10). Pode ser avaliada de forma espontânea durante a avaliação. Com todas as alterações estruturais e funcionais decorrentes do trauma, é possível observar alterações na fala, bem como é importante saber a queixa do paciente para essa possível alteração.

Figura 10 - Fala

9. Fala:
Articulação: () adequada () imprecisa
Abertura da boca: () adequada () alterada _____
Posição da língua: () adequada () assoalho () anteriorizada () posteriorizada
Movimento labial: () adequado () reduzido () exagerado
Movimento mandibular: () adequado () interiorizado () desvio D () desvio E
Velocidade: () adequada () aumentada () reduzida
Coordenação pneumofonoarticulatória: () adequada () inadequada
Saliva: () deglute () acumula () outros _____

O protocolo é finalizado com a Conclusão (Figura 11). Possuindo um espaço para colocar mais informações que foram coletadas durante a avaliação que não possui campo para preencher, em seguida orientações que serão feitas ao paciente ao finalizar avaliação, encaminhamentos se necessário, conduta fonoaudiológica a partir do que foi possível observar durante a avaliação e por fim identificação do fonoaudiólogo responsável.

Figura 11 - Conclusão

10. CONCLUSÃO:

Observações: _____

Orientações: _____

Encaminhamentos: _____

Conduta: _____

Fonoaudiólogo: _____

CONCLUSÃO

Existem poucos instrumentos que facilitem a avaliação miofuncional orofacial dentro da fonoaudiologia em casos de traumas de face, portanto, se torna importante a elaboração de um Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial para traumas de face, que possui objetivo de traçar e nortear o fonoaudiólogo há uma avaliação completa. Para validação desse protocolo é necessária aplicação por outros profissionais, a fim de testar sua confiabilidade. A partir da sua validação, este protocolo terá a função de agregar a prática clínica dentro da fonoaudiologia na área de motricidade orofacial voltado para casos de traumas de face, para facilitar a avaliação dos aspectos miofuncionais alterados.

REFERÊNCIAS

1. Soller ICS, Poletti NAA, Beccaria LM, Squizzato RH, Almeida DB, Matta PRA. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2016;20:e935.
2. Carvalho THO, Cancian LRL, Marques CG, Piatto VB, Maniglia JV, Molina FD. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2010;76(5):565-74.
3. Costa MCF, Cavalcante GMS, Nóbrega LM, Oliveira PAP, Cavalcante JR, D'Avila S. Traumas faciais em mulheres vítimas de violência em Campina Grande-PB. [monografia]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2012.
4. Montovani JC, Campos LMPD, Gomes MA, Moraes VRSD, Ferreira FD, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2006;72(2):235-41.
5. Wulkan M, Parreira JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2005;51 :290-5.
6. Santos RD, Reis LSFD, Amaral IJDL. Alterações estomatognáticas em paciente com trauma de face em um hospital de urgência e emergência. *Revista Científica Escola Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*. 2021;7:e7000040.
7. Bianchini EMG, Mangilli LD, Marzotto SR, Nazário D. Pacientes acometidos por trauma da face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. *Revista CEFAC*. 2004; 6(4):388-95.
8. Silva JJDL, Aurélio AAS, Lima S, Melo IFS, Maia RCL, Filho TRCP. Trauma facial: análise de 194 casos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 2011; 26(1): 37-41.
9. Silva AP, Sassi FC, Andrade CRF. Caracterização miofuncional orofacial e eletromiográfica de pacientes submetidos à correção da fratura condilar por redução aberta e fechada. In: *CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2016: 28(5).
10. Santos RDS, Dall'Magro AK, Dall'Magro E, Silva NL, Carli JPD. Dispositivos de fixação nas fraturas mandibulares: relato de caso. *Salusvita*. 2015: 34 (2): 307-16.
11. Vidigal FM, Andy P. Avaliação de cicatrizes cutâneas: apresentação de um método quantitativo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2010: 37 (2): 121 -27.
12. Ribeiro MRP, Melo IC, Zuccheratte MT, Durão AC. Abordagem fonoaudiológica no trauma de face: Relato de caso. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010
13. Bianchini EMG, Mangili LD, Marzotto SR, Nazário D. Paciente acometidos por trauma de face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. *Revista CEFAC*. 2004: 6 (4): 388-95.

14. Whitaker ME, Júnior AST, Genaro KF. Proposta de protocolo de avaliação clínica da função mastigatória. Revista CEFAC. 2009; 11. 311-23.
15. Santos RD, Reis LSFD, Amaral IJDL. Alterações estomatognáticas em paciente com trauma de face em um hospital de urgência e emergência. Revista Científica Escola Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago". 2021;7:e7000040.