

Avaliação de motricidade orofacial a partir da utilização do protocolo MBGR – Irene Marchesan

Material desenvolvido pela Professoras
Viviane Marques e Isabela Poli

UVA 2017

*Quais são as
funções estomatognáticas?*

*São consideradas
funções estomatognáticas a sucção,
mastigação, deglutição, respiração
e a fala.*

Protocolo MBGR

- Criado em 2009 pelas fonoaudiólogas Irene Marchesan, Giédre Berretin-Félix, Katia Flotes Genaro e Maria Inês Beltratti Rehder.
- Necessidade de reunir todos os aspectos relacionados à estrutura e miofuncionalidade orofaciais , utilizando parâmetros descritos na literatura. O Protocolo MBGR apresenta *escores*, os quais permitem ao fonoaudiólogo avaliar, diagnosticar e estabelecer prognóstico em motricidade orofacial.

A avaliação clínica em motricidade orofacial (MO), representa fundamental etapa no processo de diagnóstico fonoaudiológico nessa área, uma vez que possibilita a compreensão das condições anatômicas e funcionais do sistema estomatognático. Permite, ainda, estabelecer o **raciocínio terapêutico** e definir a necessidade de **encaminhamentos**, além de fornecer dados quanto ao **prognóstico** do caso.

Parâmetros objetivos (quantitativos) foram atribuídos ao exame clínico do sistema estomatognático na avaliação do frênulo lingual e na análise facial. Essa possibilidade, somada a contribuição dos aspectos qualitativos envolvidos na complexidade desse sistema e, conseqüentemente, das funções por ele desempenhadas, valoriza a possibilidade de utilização de escores nos protocolos miofuncionais orofaciais.

HISTÓRIA CLÍNICA - MBGR

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Nome: _____ N° _____

Data do exame: __ / __ / __ Idade: __ anos e __ meses DN: __ / __ / __

Estado civil: _____ Informante: _____ Grau de parentesco: _____

Estuda: sim. Em qual ano: _____ não. Até que série estudou: _____

Trabalha: sim. Em que: _____ não

Já trabalhou: não sim. Em que: _____

Atividade física: não sim. Qual: _____

Endereço: _____ N°: _____ **Complemento:** _____

Bairro: _____ **Cidade/Estado:** _____ **CEP:** _____

Fones: Residencial: (____) _____ Trabalho: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço eletrônico: _____

Nome do pai: _____ **Nome da mãe:** _____

Irmãos: não sim. Quantos: _____

Quem indicou para Fonoaudiologia? (Nome, especialidade e telefone): _____

Queixa principal: _____

Queixa principal: _____

Outras queixas relacionadas à: (0) não (1) às vezes (2) sim

<input type="checkbox"/> lábios	<input type="checkbox"/> língua	<input type="checkbox"/> sucção	<input type="checkbox"/> mastigação	<input type="checkbox"/> deglutição
<input type="checkbox"/> respiração	<input type="checkbox"/> fala	<input type="checkbox"/> frênulo lingual	<input type="checkbox"/> voz	<input type="checkbox"/> audição
<input type="checkbox"/> aprendizagem	<input type="checkbox"/> estética facial	<input type="checkbox"/> postura	<input type="checkbox"/> oclusão	<input type="checkbox"/> cefaléia _____
<input type="checkbox"/> ruído na ATM	<input type="checkbox"/> dor na ATM	<input type="checkbox"/> dor no pescoço	<input type="checkbox"/> dor nos ombros	
<input type="checkbox"/> dificuldade ao abrir a boca	<input type="checkbox"/> dificuldade ao movimentar a mandíbula para os lados			<input type="checkbox"/> Outro: _____

Antecedentes Familiares

não sim. Qual: _____

Intercorrências

Na gestação: não sim. Qual: _____

No nascimento: não sim. Qual: _____

Desenvolvimento motor

Sentar: normal alterado Em que época: _____

Andar: normal alterado Em que época: _____

Tem dificuldade motora para: (0) não (1) às vezes (2) sim

andar de bicicleta correr amarrar sapato vestir-se abotoar Outras: _____

Problemas de saúde

	Qual	Tratamento	Medicamento
Neurológico:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Ortopédico:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Metabólico:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Digestivo:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Hormonal:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____

Outros problemas: _____

Problemas respiratórios

			Frequência anual	Tratamento	Medicamento
Resfriados frequentes*:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Problemas de garganta:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Amidalite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Halitose:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Asma:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Bronquite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Pneumonia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Rinite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Sinusite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Obstrução nasal:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Prurido nasal:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Coriza:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Espirros em salva:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			

*resfriado frequente (alteração de via aérea superior – viral): crianças até 5 anos acima de 12 episódios/ano
entre 6 e 12 anos acima de 6 episódios/ano

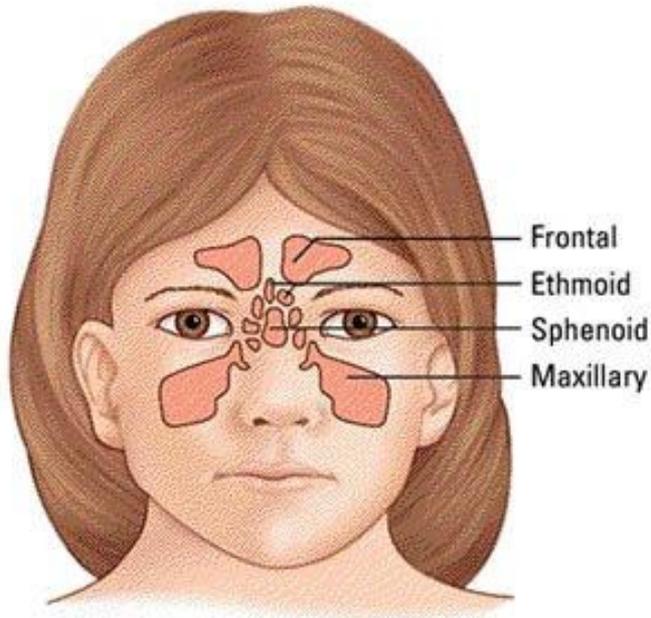
Outros problemas: _____

Respiração Oral

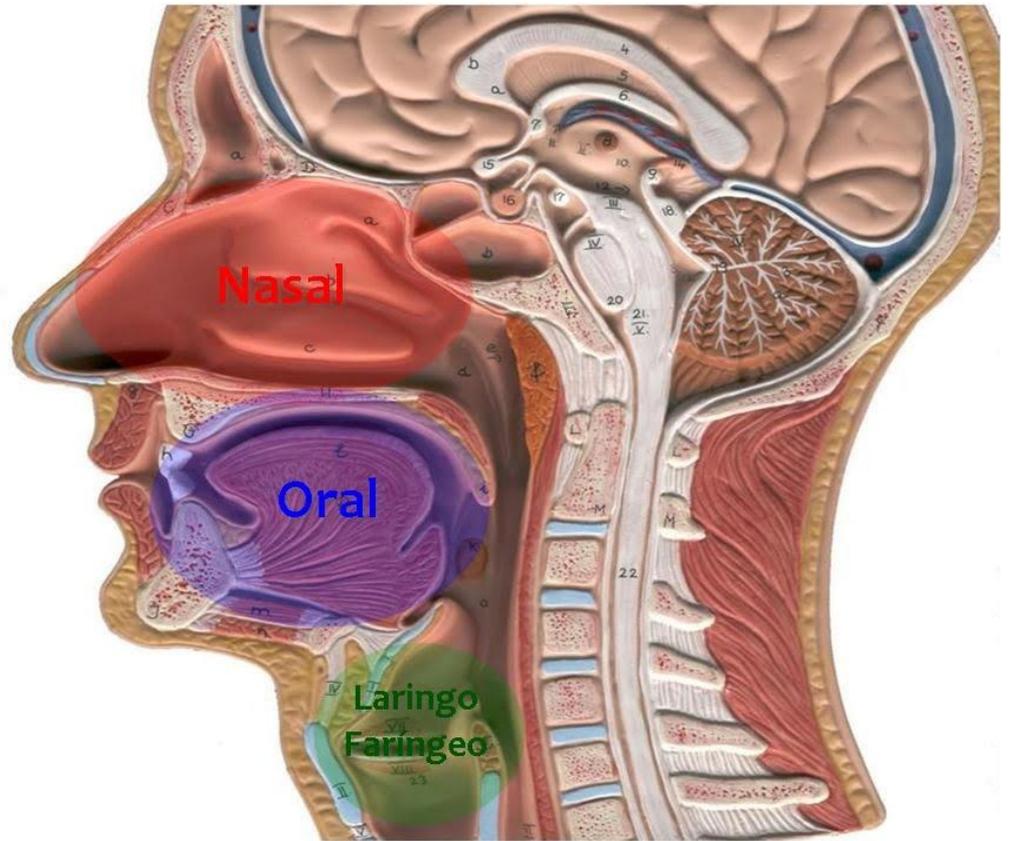


Seios nasais e cavidades de ressonância

Sinuses
(cavities within bones)



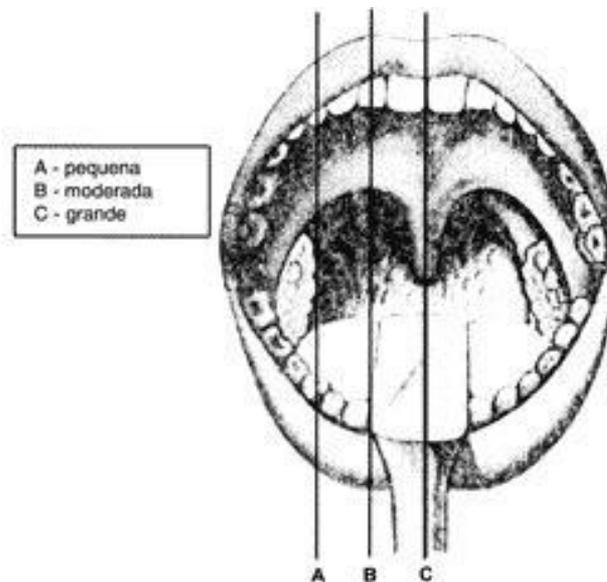
adam.com



Fonte: <http://www.gimidiagnostico.com.br/images/nasofibrosopia/sinusite.jpg>

Fonte: http://2.bp.blogspot.com/_cTHMLodSlmg/SzpM1ZtA2MI/AAAAAAAAAIw/m9DAWVhU2ls/s1600/resssss.JPG

Classificação das Tonsilas Palatinas



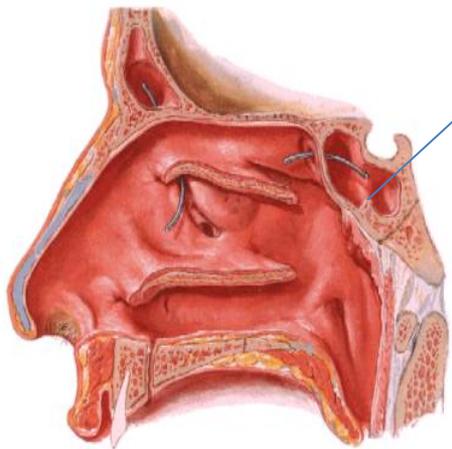
A = Grau II

B = Grau III

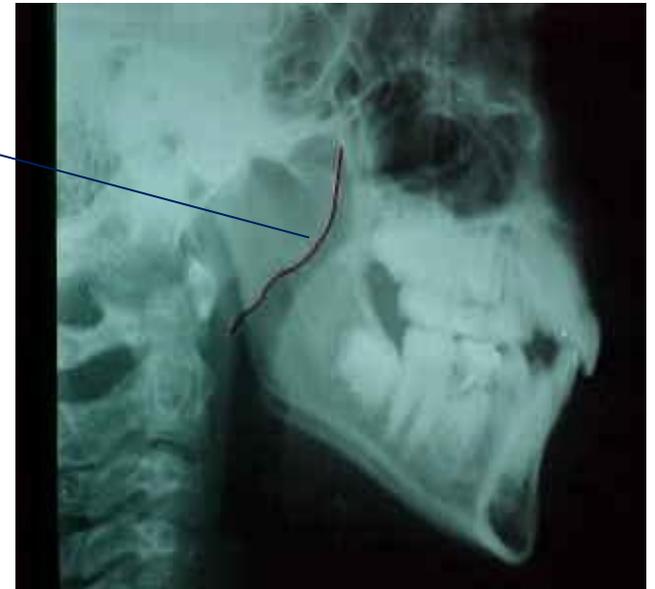
C = Grau IV

Tonsilas faríngeas (ou adenóide)

Principal causa de obstrução nasal, relatada na literatura, é a hipertrofia de adenóides



Tonsilas
faríngeas



Tonsilas faríngeas (ou adenóide)

- Estão localizadas no teto da nasofaringe, próximas à tuba auditiva e coanas. Faz parte do mecanismo de defesa linfático e o seu aumento na infância pode causar obstrução tubária (otite média) e dificuldades e estreitamento da parede faríngea dificultando a passagem do ar.

Alterações auditivas

- Disfunções da tuba auditiva;
- Otites de repetição;
- Déficit auditivo;
- Alteração da membrana timpânica;
- Afecções respiratórias recorrentes.

Sono

Agitado:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Fragmentado:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ronco:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ressona:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Sialorréia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Apnéia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ingestão de água a noite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Boca aberta ao dormir:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Boca seca ao acordar:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Dores na face ao acordar:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Postura:	<input type="checkbox"/> decúbito lateral	<input type="checkbox"/> decúbito dorsal	<input type="checkbox"/> decúbito ventral
Mão apoiada sob o rosto:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes []D []E	<input type="checkbox"/> sim []D []E

Outros problemas: _____



100% do ciclo do sono

Estágio 1

Estágio 2

Estágio 3

Estágio 4

Estágio 5

4-5%

45-55%

4-6%

12-15%

20-25%

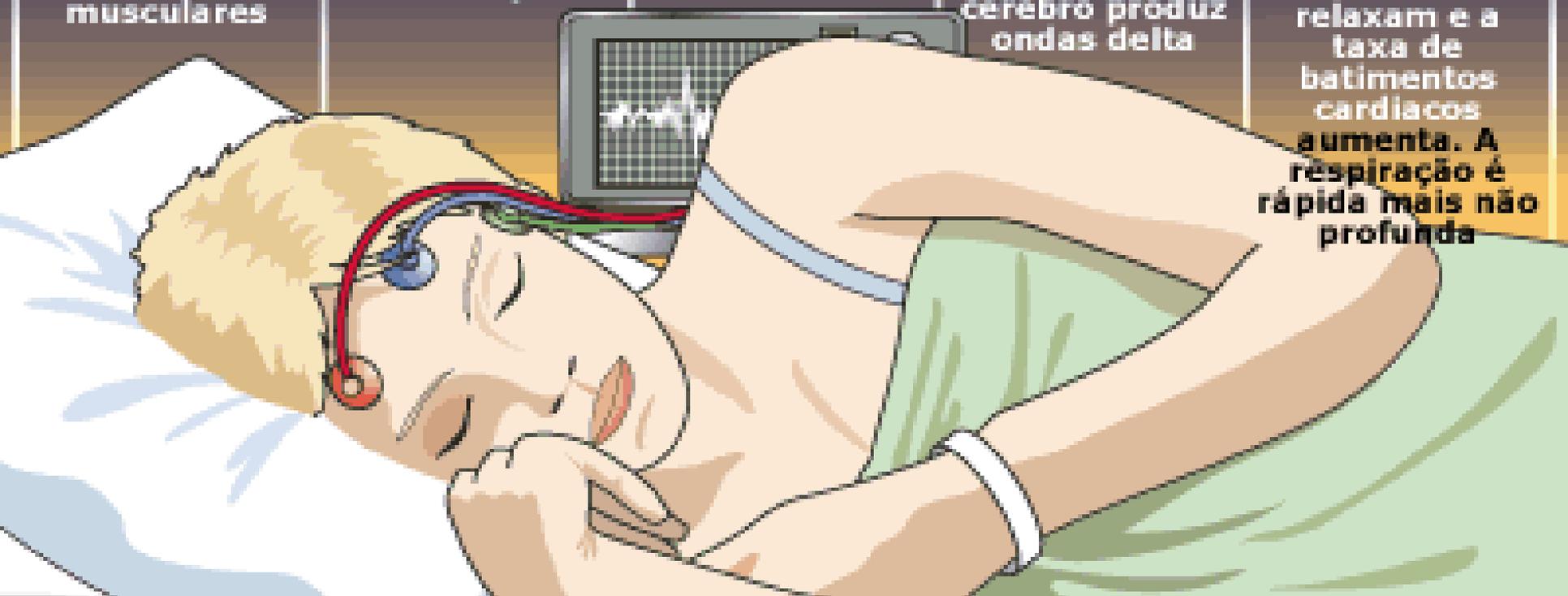
Sono leve. A atividade muscular fica mais leve. Acontecem algumas contrações musculares

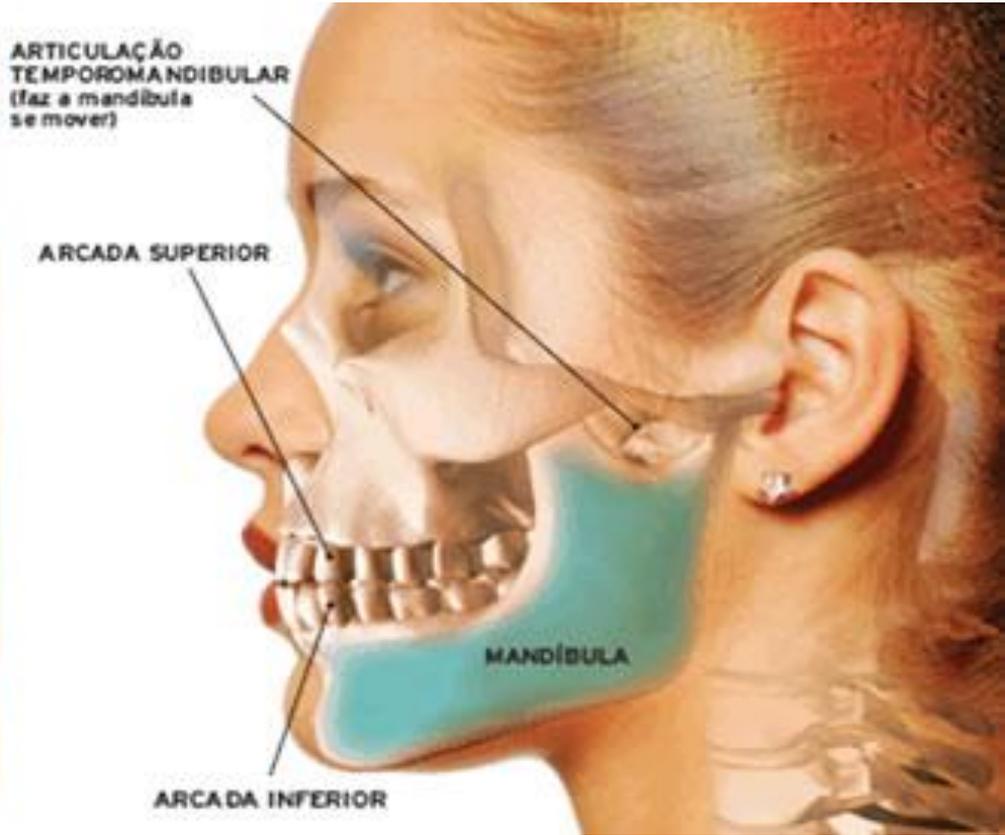
A respiração e as batidas do coração diminuem. Leve diminuição da temperatura do corpo

Começa o sono profundo; cérebro começa a gerar as ondas delta

Sono bastante profundo. Respiração rítmica. Atividade muscular limitada. O cérebro produz ondas delta

Movimento rápido dos olhos. As ondas cerebrais aceleram e o sonho acontece. Os músculos relaxam e a taxa de batimentos cardíacos aumenta. A respiração é rápida mais não profunda





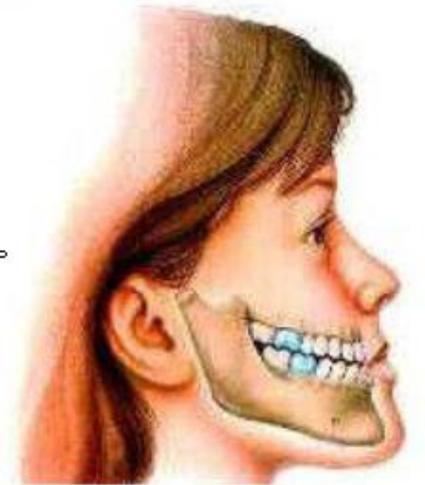
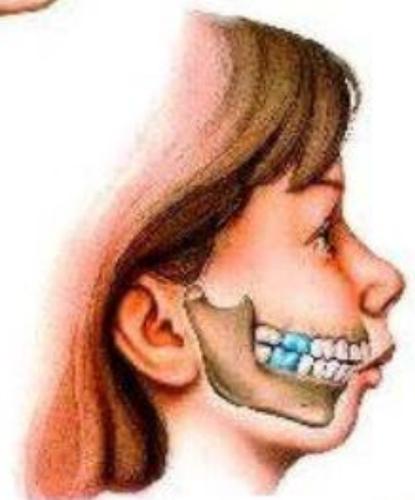
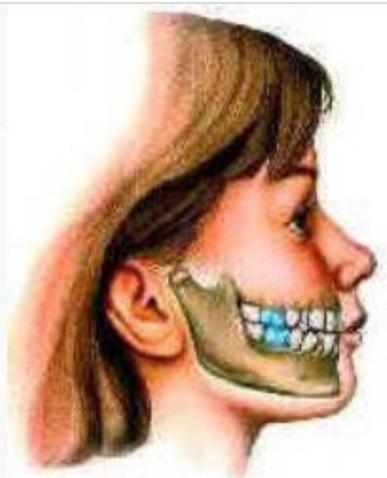
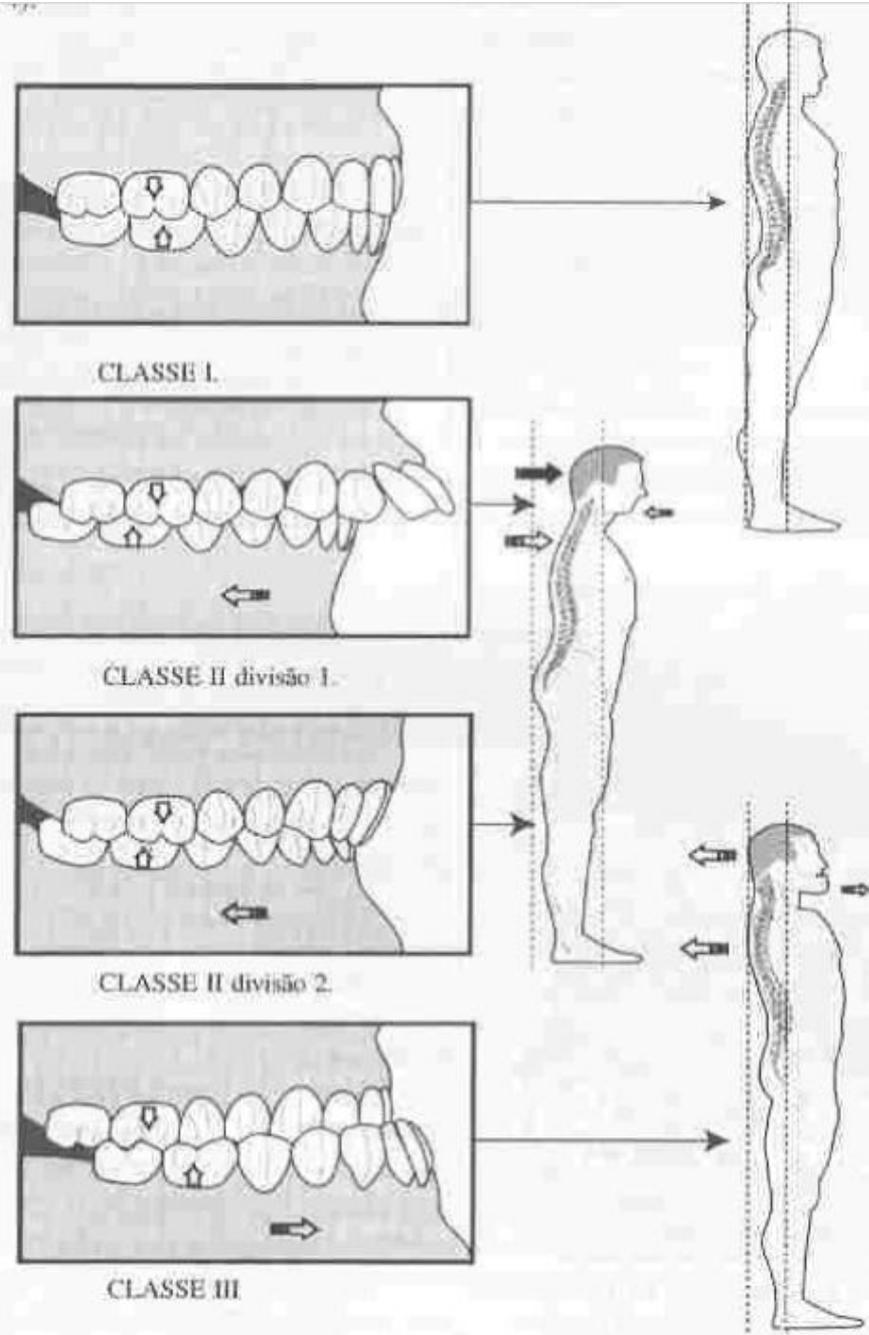


Fig. 5-4. A POSIÇÃO MANDIBULAR CONDICIONA A POSIÇÃO CERVICO-ESCAPULAR

Características sutis de indicação da respiração oral

- Olheiras, expressão triste;
- Agitação, ansiedade;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Sialorréia, halitose;
- Incoordenação pneumofonoarticulatória;
- Fala imprecisa ou com distorções;
- Cansaço ao falar;
- Postura corporal;
- Afecções respiratórias frequentes.

Tratamentos

				motivo	profissional
Fonoaudiológico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Médico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Psicológico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Fisioterápico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Odontológico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Procedimento:	<input type="checkbox"/> exodontia	<input type="checkbox"/> prótese	<input type="checkbox"/> implante	<input type="checkbox"/> aparelho fixo	<input type="checkbox"/> aparelho removível
Cirúrgico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim. Qual: _____			Quando: _____

Outros tratamentos:

Amamentação

Peito: sim. Até quando: _____ não
Mamadeira: sim. Até quando: _____ não

Alimentação - dificuldades em introduzir

Copo: não sim (*descrever*): _____
Sabores: não sim (*descrever*): _____
Consistências: não sim (*descrever*): _____

Alimentação atual

	quais		
Frutas:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Verduras:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Legumes:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Cereais (<i>arroz, macarrão, trigo</i>):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Grãos (<i>feijão, lentilha, ervilha</i>):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Carnes:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Leite e derivados:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Açúcares:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim

De maneira geral ingere predominantemente alimentos

líquidos pastosos sólidos

Onde faz as refeições na maioria das vezes

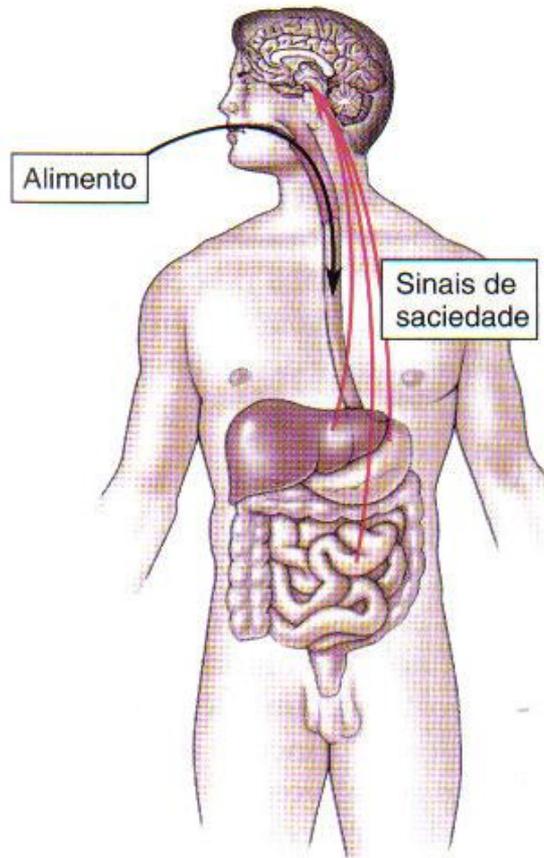
Sem outra atividade:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Lendo:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Vendo TV:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Fazendo lição:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Ao computador:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama

De maneira geral ingere predominantemente alimentos

líquidos pastosos sólidos

Onde faz as refeições na maioria das vezes

Sem outra atividade:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Lendo:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Vendo TV:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Fazendo lição:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Ao computador:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama



Mastigação

Lado: <input type="checkbox"/> bilateral <input type="checkbox"/> unilateral: [] D [] E
Lábios: <input type="checkbox"/> fechados <input type="checkbox"/> entreabertos <input type="checkbox"/> abertos
Ruído: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Ingestão de líquido durante as refeições: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes: [] hábito [] auxiliar a formação do bolo <input type="checkbox"/> sim: [] hábito [] auxiliar a formação do bolo
Dor ou desconforto durante a mastigação: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E <input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Ruído articular: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E <input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Dificuldade mastigatória: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Qual:
Escape de alimentos durante a mastigação: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

Outros problemas: _____

Mastiga os alimentos

<input type="checkbox"/> adequadamente <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> muito
--

Mastiga com velocidade

	semelhante	rápido	devagar
Com relação à família:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com relação aos amigos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Quais são as
funções da mastigação?*

Mastigação

“Conjunto de fenômenos estomatognáticos que visa à degradação mecânica dos alimentos, isto é, a trituração e moagem, transformando-os em partículas pequenas” É a função mais importante do sistema estomatognático e corresponde à fase inicial do processo digestivo. Tem como objetivos: (1) fragmentar os alimentos e prepará-los para a deglutição; (2) mastigação promover uma ação bacteriana sobre os alimentos; (3) proporcionar o desenvolvimento normal dos ossos maxilares e (4) promover a manutenção dos arcos dentários.

-Tratado de Fonoaudiologia
-MARCHESAN, I.C.

Mandíbula

Vista Superior e Ântero-lateral



FRANK H. NETTER, MD - Netter Atlas de Anatomia Humana

Mandíbula

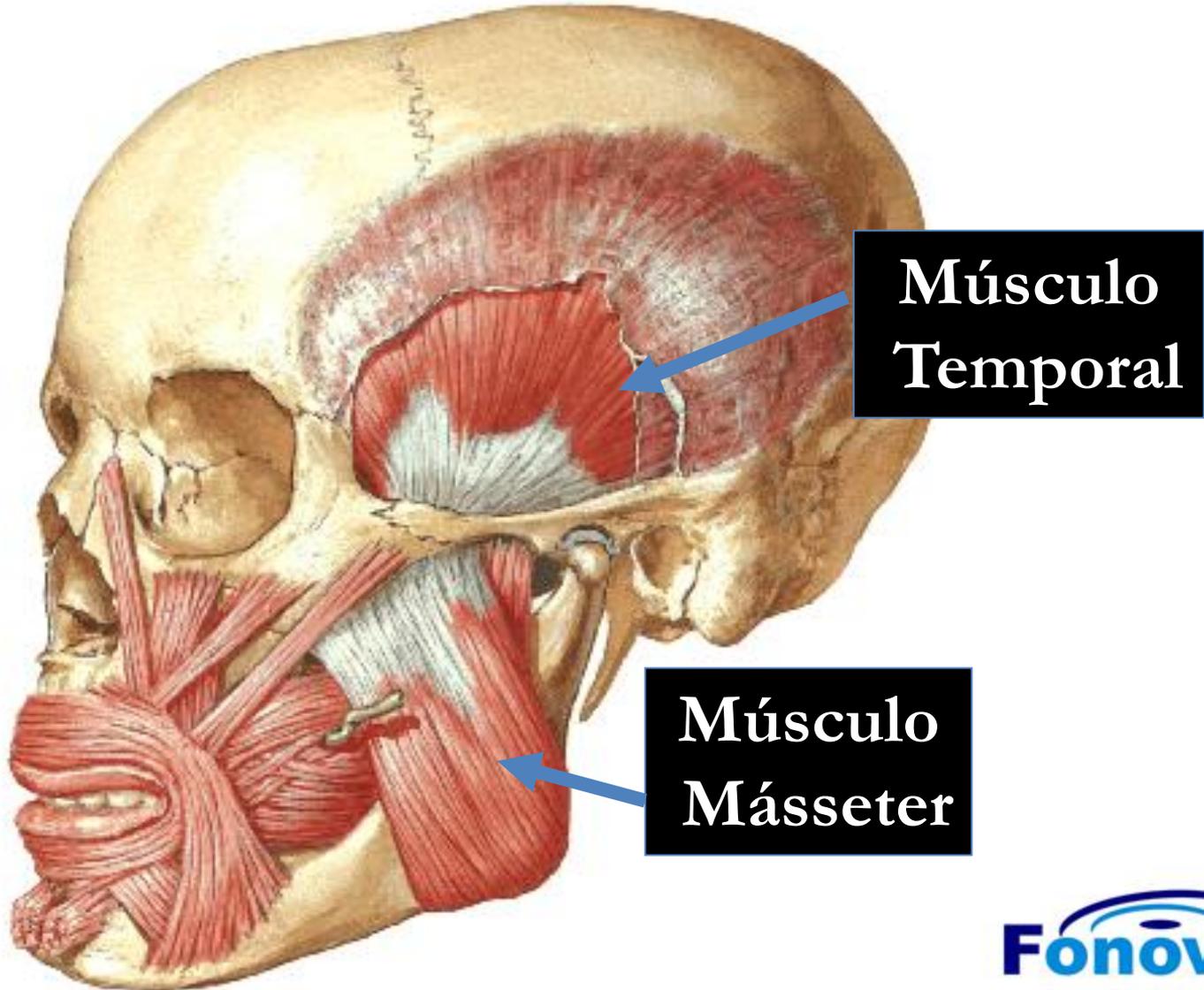
Vista Posterior e Esquerda



FRANK H. NETTER, MD - Netter Atlas de Anatomia Humana

Músculos Envolvidos na Mastigação

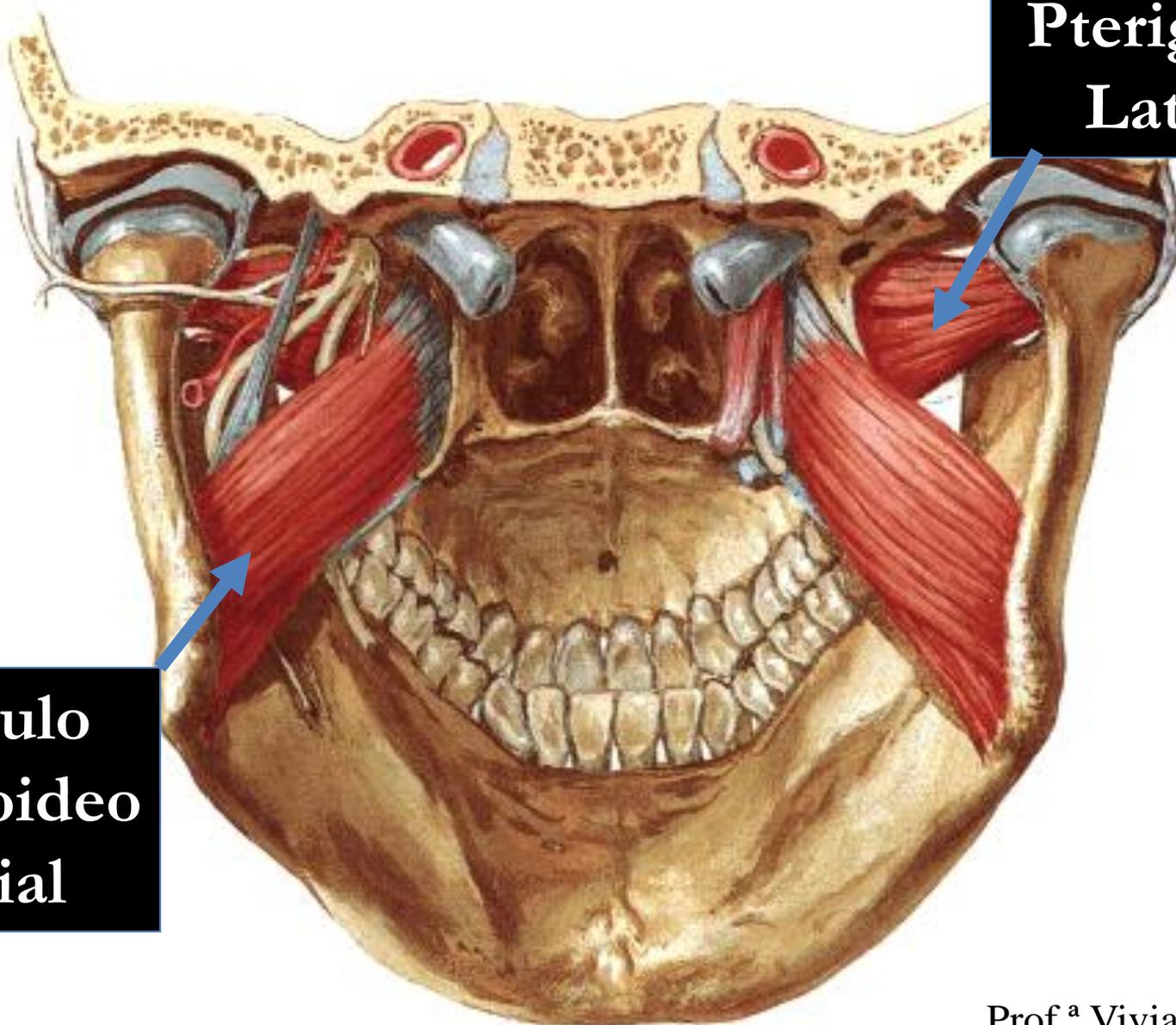
Vista Lateral



Músculos Envolvidos na Mastigação

Vista Posterior

Músculo
Pterigoideo
Lateral



Músculo
Pterigoideo
Medial



Músculos da Mastigação

Subdividem-se em elevadores, depressores e auxiliares.

Músculos Elevadores, sua função básica é elevar a mandíbula, no entanto, participam de outros movimentos mandibulares.

Músculo Temporal – eleva a mandíbula, contrai os feixes anteriores na abertura máxima e os feixes posteriores na retração mandibular, age no deslocamento contralateral. É fundamental na determinação do tônus muscular da posição postural da mandíbula.

Músculo Masseter – além de ser elevador, atua na projeção anterior da mandíbula e na lateralização.

Músculo Pterigóideo Medial – paralelo ao masseter, é também elevador e age em conjunto com o masseter na protrusão e na lateralização da mandíbula, com boca fechada.

Depressores da Mandíbula

Músculos Envolvidos na Mastigação

Vista Lateral

Músculo Pterigoideo Lateral

Abertura da boca

Rafe pterigomandibular

Tubérculo articular

Disco articular da articulação temporomandibular

Ducto parotídeo

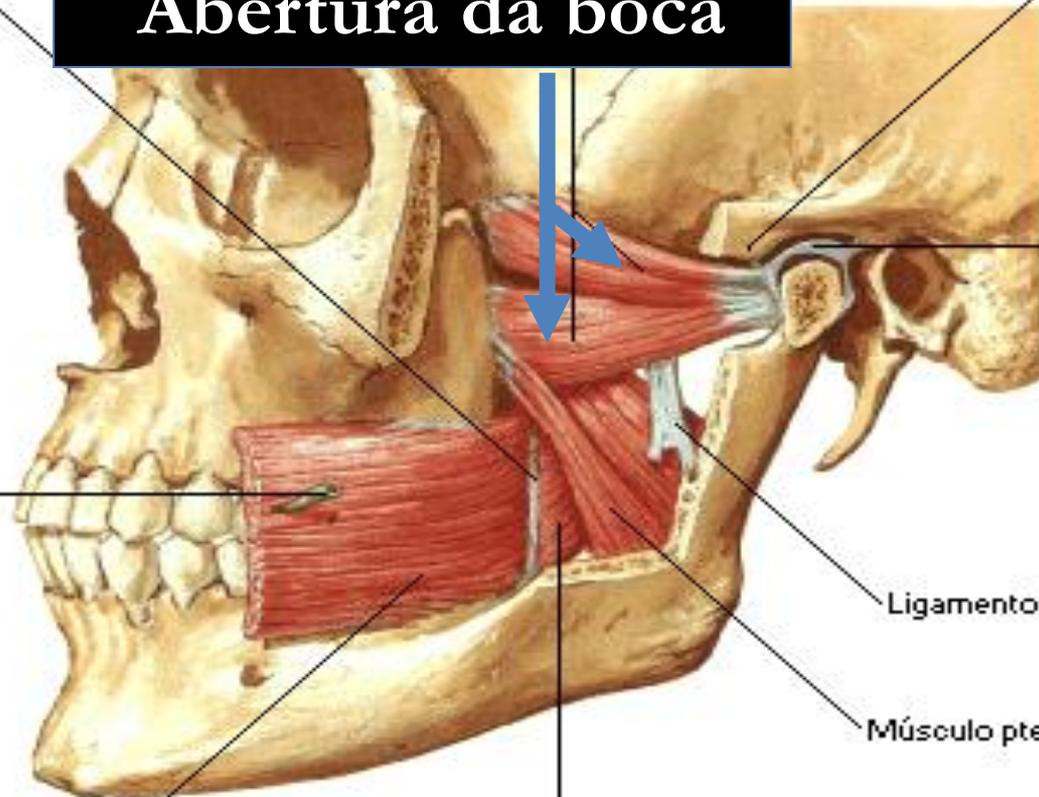
Ligamento esfenomandibular

Músculo pterigoíde medial

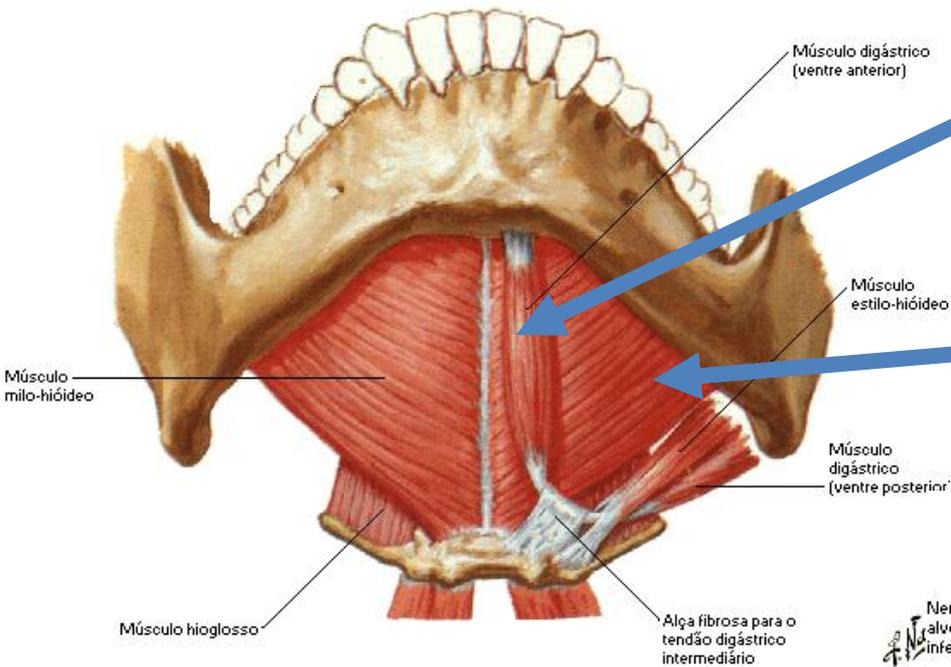
Músculo bucinador

Músculo constritor superior da faringe

Prof.^a Viviane Marques



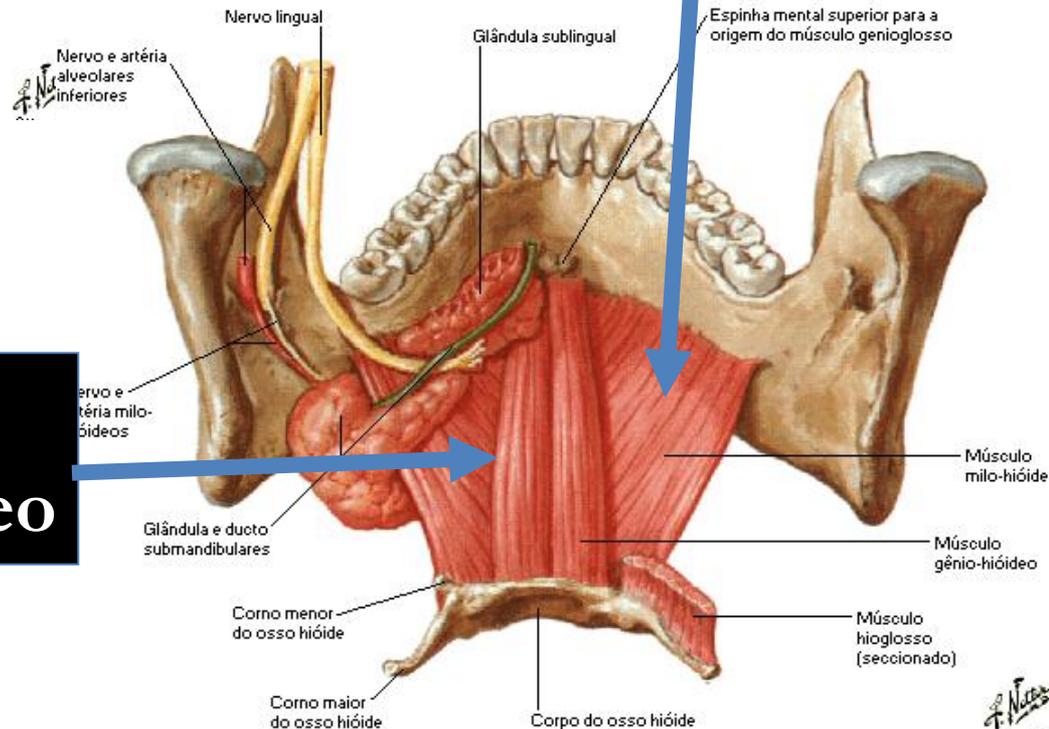
Vista Ântero-inferior



Músculo Digástrico (V.A.)

Músculo Milo-hióideo

Vista Pósterio-superior



Músculo Geni-hióideo

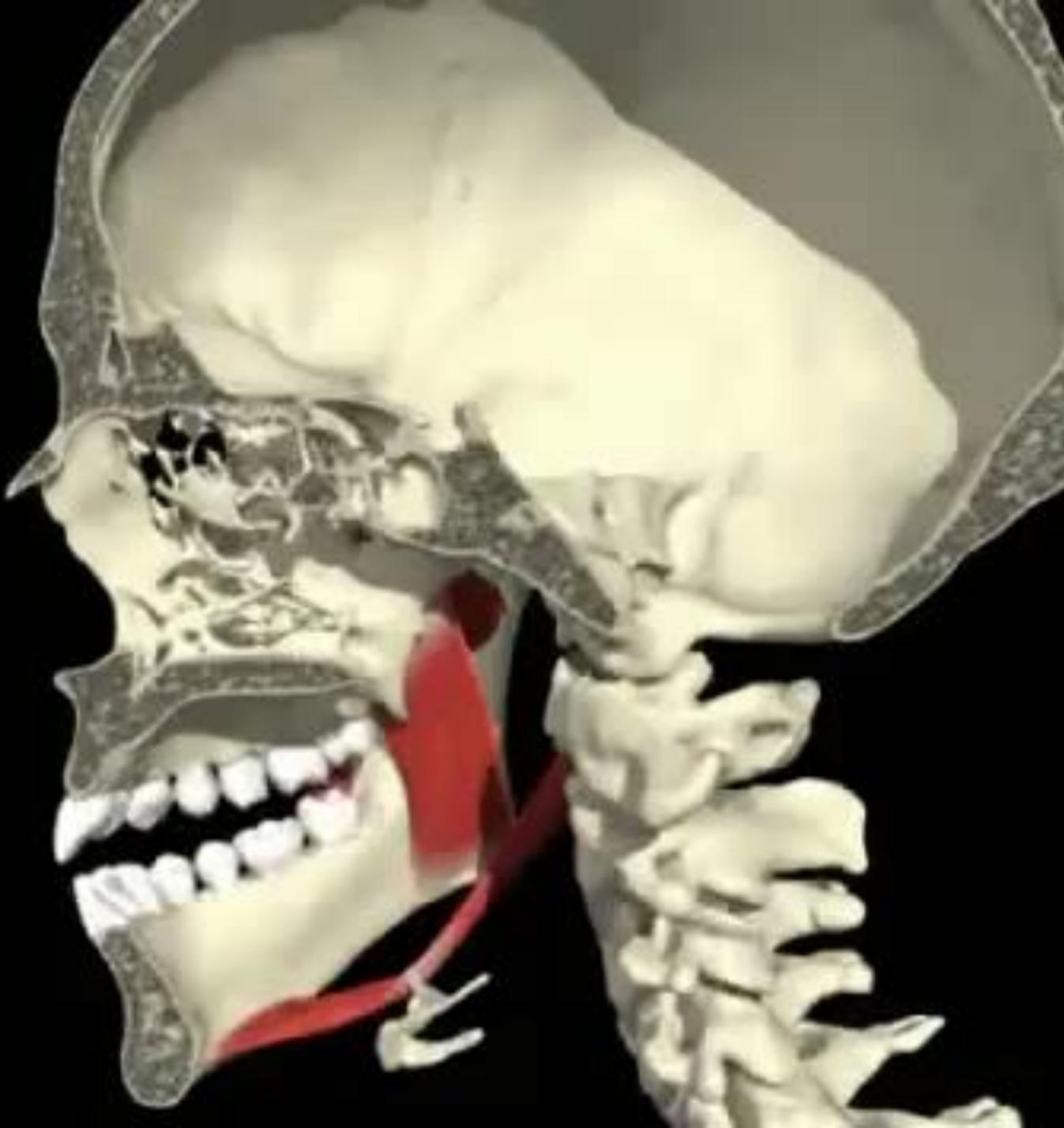
Músculos Depressores, sua função básica é rebaixar a mandíbula, mas também participam de outros movimentos mandibulares. A ação conjunta do pterigóideo lateral e os músculos supra-hióideos promovem o rebaixamento da mandíbula, enquanto a musculatura infra-hióidea estabiliza o osso hióide.

Músculo Pterigóideo lateral – além da depressão, projeta a mandíbula à frente e atua nos movimentos laterais. Estabiliza a ATM.

Músculo Digástrico – faz parte dos músculos supra-hióideos. É basicamente depressor, como todos os músculos supra-hióideos.

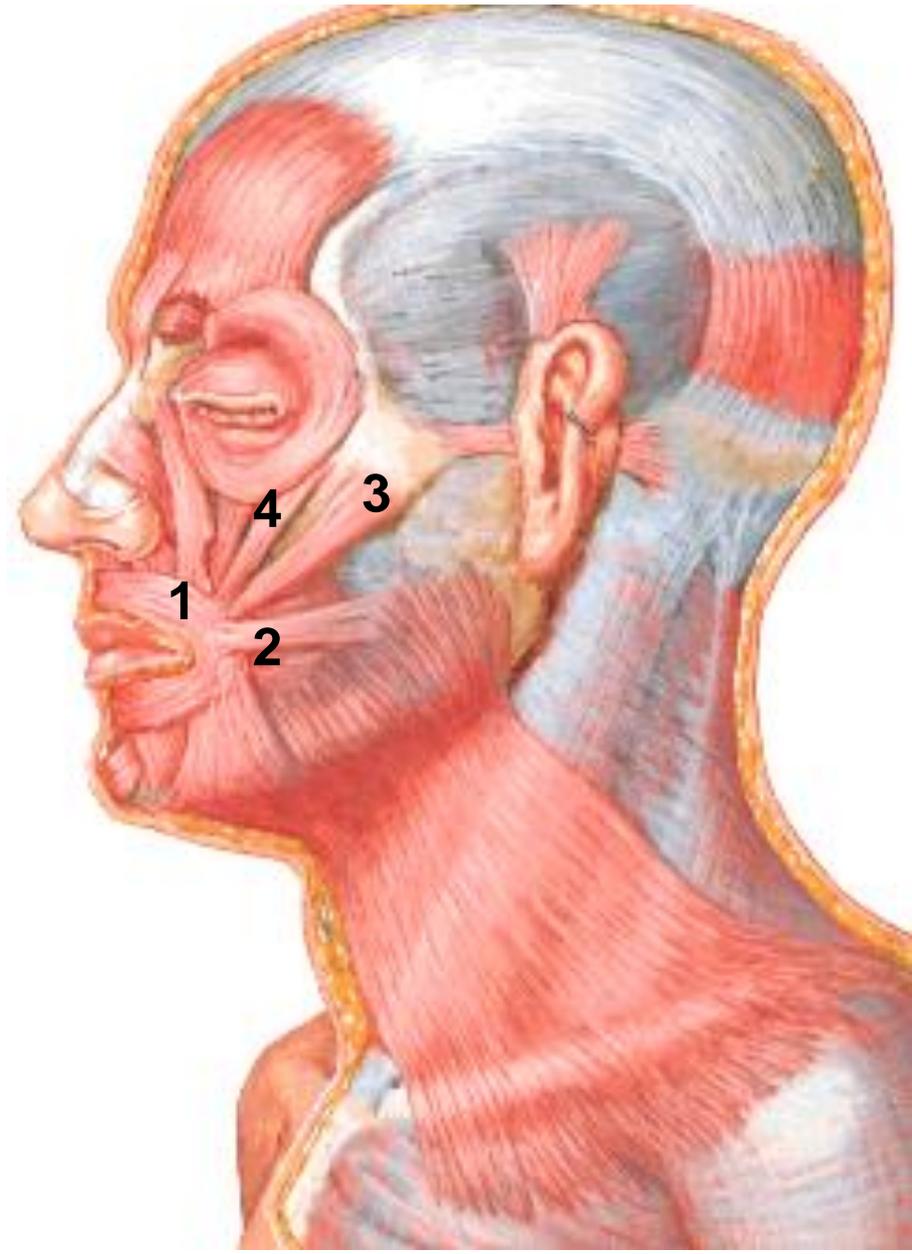
Músculo Geni-hióideo – depressor. Facilita a deglutição.

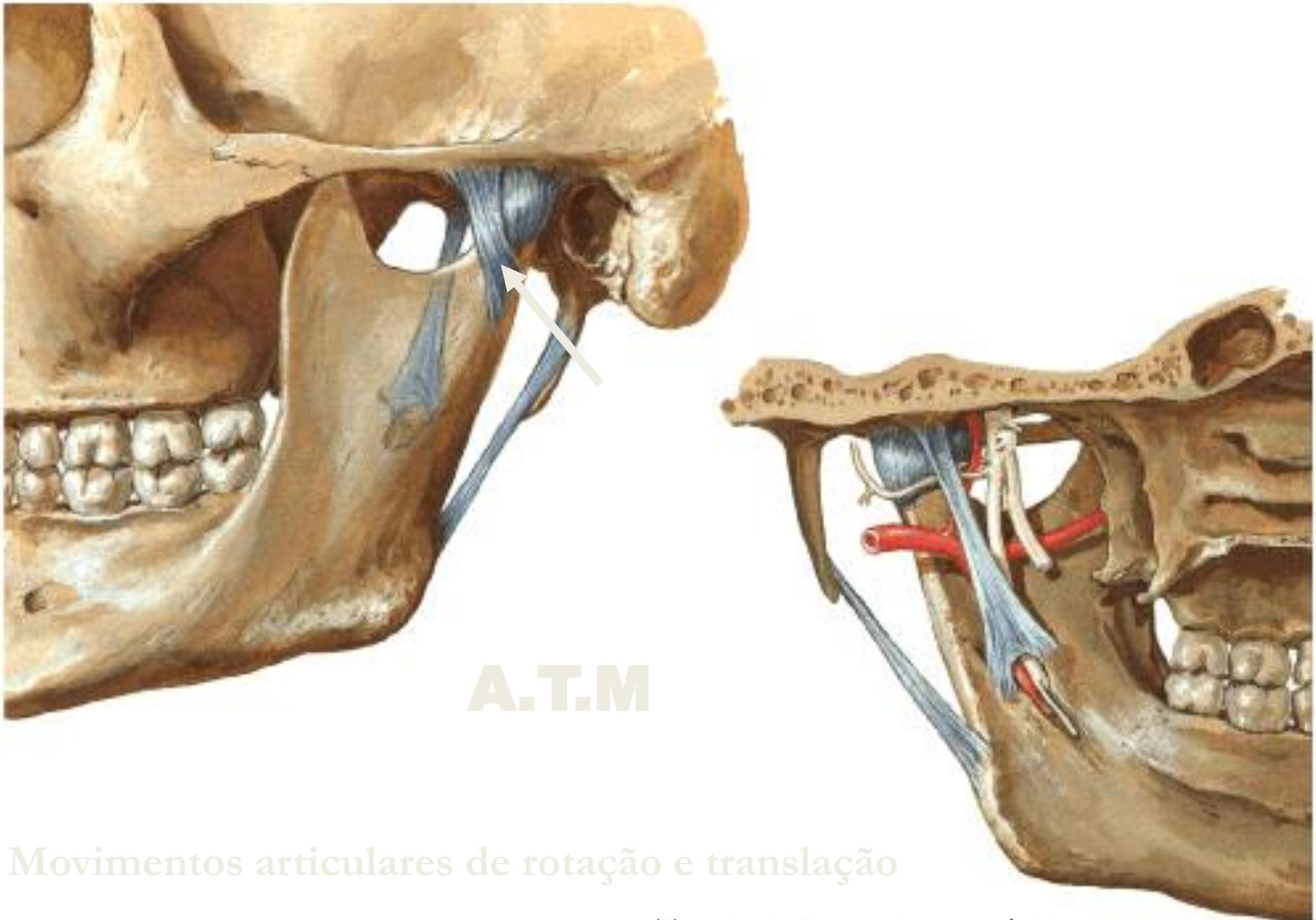
Músculo Milo-hióideo – favorece a deglutição puxando o hióide para cima, como o faz o geni-hióideo. Deprime a mandíbula.



Os *Músculos Auxiliares* não são considerados propriamente músculos da mastigação, mas participam ativamente das funções estomatognáticas. São eles:

- 1 Músculo Orbicular dos Lábios – produz o fechamento e a projeção à frente dos lábios. Importante na sucção.
- 2 Músculo Bucinador – puxa a comissura labial, comprime os lábios e as bochechas tornando-se fundamental na sucção. Na mastigação, empurra o bolo alimentar para a superfície oclusal.
- 3 Músculo Zigomático Maior – junto com o zigomático menor leva a comissura labial para cima e para fora.
- 4 Músculo Zigomático Menor – puxa a comissura labial e o lábio superior em particular, para cima e para fora.





A.T.M

Movimentos articulares de rotação e translação

Deglutição

Dificuldade:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Ruído:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Engasgos:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Odinofagia (dor ao deglutir):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Refluxo nasal:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Escape anterior:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Pigarro:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: () durante () após _____
Tosse:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: () durante () após _____
Resíduos após a deglutição:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____

Outros problemas: _____

Hábitos Oraís:

Chupeta:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Até quando: _____	[] comum	[] ortodôntica
Dedo:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Até quando: _____		
Sucção de língua:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Até quando: _____		
Umidificar os lábios:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Época: _____		
Cigarro:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quantos cigarros/dia: _____		
Cachimbo:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	[] apóia à direita	[] apóia à esquerda	
Bruxismo (<i>ranger dentes</i>)	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	[] diurno	[] noturno	
Apertamento dentário:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quando: _____		
Onicofagia (<i>roer unhas</i>):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quando: _____		
Morder mucosa oral:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quando: _____		
Morder objetos:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Qual: _____	Quando: _____	

Outros: _____