

Procedimento de Avaliação Miofuncional Orofacial – MBGR

Katia Flores Genaro
Andréia Fernandes Graziani
Giédre Berretin-Félix

Como citar: GENARO, K. F.; GRAZIANI, A. F.; BERRETIN-FÉLIX, G. Procedimento de Avaliação Miofuncional Orofacial – MBGR. *In*: GIACHETI, C. M. (org.). **Avaliação da fala e da linguagem** : perspectivas interdisciplinares. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2016. p.219-232. DOI: <https://doi.org/10.36311/2016.978-85-7983-782-1.p219-232>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL – MBGR

Katia Flores GENARO

Andréia Fernandes GRAZIANI

Giédre BERRETIN-FÉLIX

O processo de diagnóstico fonoaudiológico abrange, dentre outros, os aspectos do sistema estomatognático, visto que este se relaciona ao desempenho de várias funções, tais como a respiração, a mastigação, a deglutição e a fala. Nesse sentido, este capítulo visa abordar questões pertinentes ao exame miofuncional orofacial (MBGR), no que se refere aos itens investigados, forma de avaliação, registro das informações, organização, análise e interpretação dos dados para a definição do diagnóstico e das metas terapêuticas.

Mesmo antes da regulamentação da Fonoaudiologia como profissão, em dezembro de 1981, o exercício profissional já era uma realidade no Brasil. Tais profissionais realizavam avaliação do sistema estomatognático, cada qual seguindo seu roteiro específico de exame, a fim de compreender as disfunções e desenvolver, a partir de terapia, o equilíbrio morfofuncional. Nas duas últimas décadas, houve importante avanço técnico-científico da profissão¹, especialmente com a criação das especialidades em Fonoaudiologia, somado à organização da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia em Departamentos e Comitês.

A Motricidade Orofacial, por se tornar uma especialidade, impulsionou a sistematização e a padronização da avaliação do sistema estomatognático. Especialistas passaram a discutir e propor protocolos de avaliação clínica e de exames instrumentais, para refletir, dentre outros temas, a uniformização da nomenclatura, os novos conhecimentos de avaliação e terapia oriundos da prática clínica e de pesquisas, realizadas tanto no Brasil como em outros países². Atualmente, estão publicados alguns protocolos para a avaliação do sistema estomatognático, que envolve um exame geral e um específico para determinadas condições³⁻¹⁴. No início da primeira década do segundo milênio, quatro fonoaudiólogas, que ensinavam Motricidade Orofacial para alunos de graduação e pós-graduação *lato sensu*, sentiram a necessidade de padronizar um roteiro de exame, que contemplasse os itens a serem investigados e, assim, a partir de 2006, passaram a se reunir com esta finalidade.

Inicialmente, foi consultada a literatura para determinar os itens e possibilidades de respostas, que deu origem à primeira versão preliminar, analisada por seis fonoaudiólogos com experiência em avaliação do sistema estomatognático, os quais sugeriram adequações. Deste modo, obteve-se a segunda versão preliminar, que foi aplicada em 233 jovens e adultos com distúrbio miofuncional orofacial e em 10 adultos sem este distúrbio. Foram necessários alguns ajustes para dar origem à terceira versão preliminar. Finalmente, essa versão foi aplicada em 17 jovens e adultos com distúrbio miofuncional orofacial e, assim, obteve-se a versão final da proposta desses profissionais para o exame miofuncional orofacial⁵. Ao longo de sua aplicação clínica por diversos profissionais da área, outras adaptações e adequações foram realizadas^{8,13}.

Essa proposta de exame foi desenvolvida exclusivamente para auxiliar na formação dos alunos, oferecendo-lhes um roteiro de avaliação que também permitisse, além da realização do exame em si, desenvolver o raciocínio diagnóstico, fazer relações entre os aspectos estrutural e funcional, definir condutas pertinentes e elaborar metas terapêuticas. Por essa razão, a proposta é extensa, uma vez que, além de contemplar todos os itens a serem investigados e as possibilidades de resposta, pode propiciar a vivência do aluno na realização de um exame clínico completo na área da Motricidade Orofacial.

Cada resposta recebe uma pontuação, em que zero equivale à condição adequada, enquanto valores maiores que zero indicam comprometimento, o qual pode ser graduado, de forma que quanto maior a pontuação recebida, pior a condição. Todavia, a graduação da condição depende da percepção do avaliador para interpretar e determinar a sua significância clínica. Por outro lado, uma vez que graduar a condição depende de experiência e treinamento do avaliador, é possível utilizar apenas zero ou um, ou seja, normal ou alterado.

A proposta está organizada em partes, como o exame intraoral, o exame extraoral, a tonicidade, a mobilidade e as funções orofaciais. Deste modo, é possível obter a pontuação individual para cada aspecto, como também uma pontuação geral, que envolve um conjunto de itens. A análise quantitativa possibilita determinar o grau de alteração funcional, estabelecer prioridades no tratamento, definir etapas no processo de reabilitação, assim como constatar a evolução terapêutica, coletar informações e comparações para fins de pesquisa. Na figura 1 pode ser visualizada a pontuação obtida por um caso, referente ao exame intraoral e extraoral, tônus, mobilidade e funções orofaciais, tanto na avaliação inicial quanto na avaliação após 17 sessões. Observa-se que para os aspectos intra e extraoral não houve alteração, atribuído à condição morfológica, por se tratar de um caso em tratamento ortodôntico. Por outro lado, pode ser observada melhora em relação aos aspectos funcionais.

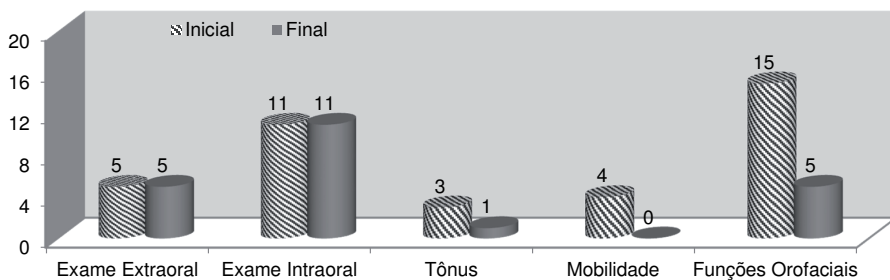


Figura 1 - Pontuação obtida antes e após a terapia miofuncional orofacial para os aspectos avaliados

Precedendo ao exame miofuncional, a realização do levantamento do histórico clínico, parte essencial do processo diagnóstico, se faz necessária, visto que favorece a compreensão dos achados, bem como a definição de condutas apropriadas a cada caso. Assim, informações que apontem possíveis fatores etiológicos ou agravantes da condição funcional podem ser investigados, tais como: queixa, antecedentes familiares e tratamentos realizados; saúde geral, respiratória e sono; hábitos orais deletérios; alimentação, mastigação e deglutição; fala e audição; e dados escolares.

Durante a avaliação do sistema estomatognático, é essencial que todas as normas de biossegurança sejam adotadas e respeitadas¹⁵. Além disso, preconiza-se que os aspectos morfológicos e funcionais sejam documentados por meio de imagens em foto e vídeo^{5,16-18} para serem detalhadamente analisados em outro momento, pois algumas condições podem não ser visualizadas facilmente.

Alguns aspectos são avaliados presencialmente a partir de mensurações por meio de paquímetro digital. Ressalta-se que a bateria deste instrumento deve ser previamente verificada, para que os valores obtidos sejam confiáveis. As características estruturais da face, como tipo e proporção facial, são verificadas, além da simetria facial obtida pela comparação do valor da distância entre a comissura dos olhos e dos lábios, em ambos os lados. A oclusão dentária anterior é também verificada para analisar a relação entre a maxila e a mandíbula, por meio da obtenção de medidas dos trespasses horizontal e vertical.

Na forma presencial, também é avaliada a tonicidade dos lábios, da língua, das bochechas e do mentual, por meio de palpação digital. Além disso, verifica-se a atividade da articulação temporomandibular a partir de algumas provas, como: palpação dos músculos masseteres em repouso e durante a contração máxima, para perceber a simetria no recrutamento das fibras musculares de ambos; constatação de dor durante a palpação dos músculos masseter, temporal, pterigoideo, esternocleidomastoídeo, trapézio e da própria articulação temporomandibular; além dos movimentos mandibulares em que se mensuram a lateralidade da mandíbula e a abertura da boca.

Outros aspectos morfológicos e os funcionais são avaliados a partir da análise das imagens. Deste modo, para a documentação necessária à

avaliação, são registradas imagens estáticas do corpo inteiro (frente, perfil em ambos os lados e costas), da face (frente e perfil), da língua e do frênulo lingual, da arcada dentária superior e inferior, da oclusão (frente e posterior bilateralmente), do palato duro, do véu palatino e da úvula. Também são registradas as provas de mobilidade (lábios, língua e mandíbula) e das funções de mastigação, deglutição e fala. Algumas variações nas tomadas das imagens podem sofrer variação, de acordo com a especificidade da avaliação.

Com o propósito de obter imagens confiáveis, com boa qualidade e nitidez, são necessários alguns requisitos, como: padronização do espaço físico com fundo preto, liso e sem brilho; iluminação controlada do ambiente para evitar reflexos e sombras que interfiram na qualidade da imagem; enquadrar a região a ser registrada; e controlar a distância entre a estrutura registrada e a lente da câmera que está apoiada em um tripé¹⁷⁻¹⁸. Outro importante fator é a qualidade técnica da câmera utilizada. Para as tomadas de corpo inteiro, é indicada a lente regular, enquanto a lente macro destina-se aos registros da cavidade oral que, neste caso, também requer uma lâmpada circular para controlar a luminosidade e evitar sombras em algumas estruturas. Além disso, afastadores labiais são recomendados para melhor visualização das estruturas e, em alguns casos, câmeras endoscópicas podem ser utilizadas para as imagens da região posterior da cavidade oral¹⁷⁻¹⁹. Atenção também deve ser dada a detalhes, como tirar óculos, brincos, sapatos (em caso de registro do corpo inteiro), casacos ou roupas volumosas, além de prender o cabelo para visualizar a região cervical, pavilhão auricular e ombros²⁰.

A documentação inicial é obtida, mas outras devem ser periodicamente realizadas para acompanhar a evolução do caso, rever as metas quando necessário e orientar o paciente e seus familiares. Cabe lembrar que, para fins de comparação, há que se seguir um mesmo padrão para a realização da documentação, pois alguns aspectos técnicos podem interferir na visualização e gerar uma análise equivocada.

A partir das imagens, o aspecto morfológico é detalhadamente analisado e relacionado às funções, para compreender as alterações funcionais, pois estruturas anatômicas preservadas são primordiais para uma função adequada²¹. Assim sendo, identificar e compreender as disfunções,

além de relacionar os diversos aspectos avaliados, favorecem a determinação assertiva de encaminhamentos e de metas a serem alcançadas.

Deste modo, a análise é iniciada pela verificação das características posturais da cabeça e ombros em relação ao corpo, pois as funções orofaciais demandam movimentos mandibulares e sabe-se da relação entre face, crânio e coluna cervical⁶; além disso, desequilíbrios do sistema estomatognático podem gerar compensações e hábitos posturais inadequados, levando a adaptações^{4,5}. A partir desta análise, pode ser identificada a necessidade de encaminhamento para um profissional da área da fisioterapia.

Aspectos como lábios, bochechas, língua, palato duro, véu palatino, úvula e tonsilas palatinas são analisados para caracterizá-los quanto à forma, simetria e posição habitual, no caso dos lábios e da língua. Os dentes e a oclusão dentária também são analisados no que se refere ao número de elementos dentários nas arcadas superior e inferior, a presença de falhas dentárias que podem levar a adaptações funcionais da língua, o uso de aparelhos ou próteses, assim como a condição de saúde oral. Quanto à oclusão, a relação horizontal, vertical e transversal entre os arcos dentários é verificada para identificar mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior ou mordida aberta. A presença de alterações morfológicas nesses aspectos justifica o encaminhamento para profissionais especializados da área odontológica.

Nesse momento, a relação entre as estruturas deve ser verificada para identificar desequilíbrios, como, por exemplo, comprimento do lábio superior *versus* má oclusão. Além disso, algumas condições como a presença de lesões na cavidade oral podem justificar o encaminhamento para profissionais das áreas da odontologia ou medicina.

Com o propósito de analisar a mobilidade dos lábios e da língua, algumas provas são realizadas, uma vez que a atividade muscular influencia o desempenho das funções orofaciais. A partir da execução de tarefas motoras após ordem verbal ou modelo do avaliador, o movimento das estruturas é classificado segundo o seu desempenho: adequado, quando realizado com precisão, ritmo/coordenação e sem movimento associado; alterado, quando a precisão e o ritmo/coordenação estão comprometidos ou há movimento

associado, bem como não corresponde ao movimento solicitado; ou ainda não realiza o movimento.

Nesse item são investigados os movimentos de lábio, como protrair e retrair com os lábios abertos e fechados, lateralizar protraídos para direita e esquerda, assim como estalar em protrusão e em retração. Para a língua, os movimentos testados são protrair, retrair, elevar o ápice na papila incisiva, elevar o ápice no lábio superior, elevar e abaixar tocando os lábios, tocar a comissura direita e esquerda, tocar as bochechas direita e esquerda, estalar o ápice e o corpo, sugar e vibrar. Recomenda-se que todos os movimentos sejam realizados três vezes e o mais completo possível, com atenção, para sempre retornar à posição de repouso antes de iniciar a testagem do próximo movimento. Ao avaliar os lábios, deve-se solicitar que os dentes sejam levemente ocluídos durante toda a prova, assim como para avaliar a língua deve-se solicitar que a boca seja mantida aberta ao longo da prova.

Na avaliação do véu palatino são solicitadas várias emissões, não contínuas, da vogal “a” para verificar a presença e a simetria do movimento velar e, se possível, o ponto de fixação do músculo levantador do véu palatino. Algumas condições como malformações, traumas ou paresias/paralisias podem gerar distúrbios da fala, como hipernasalidade e emissão de ar nasal, além de naso regurgitação de alimentos durante a deglutição.

A mobilidade de mandíbula é analisada a partir da execução dos movimentos de abertura e fechamento da boca, assim como da lateralização mandibular para ambos os lados. Essa movimentação pode estar limitada diante de disfunção da articulação temporomandibular.

As funções de respiração, mastigação, deglutição e fala são investigadas a partir da análise das imagens e relacionadas à condição morfológica. Nesse sentido, o modo respiratório é verificado, uma vez que a respiração oronasal leva a várias alterações, dentre elas: a mastigação ineficiente, devido à dificuldade de coordenação com a respiração; deglutição atípica e/ou adaptada decorrente da condição muscular e/ou morfológica; e imprecisão e comprometimento na ressonância da fala²².

Outra função avaliada é a mastigação, quanto à incisão e trituração, velocidade e padrão mastigatório, fazendo o uso de porções de alimentos, como biscoito tipo wafer, pão de queijo ou francês. As causas

da disfunção mastigatória estão relacionadas à deformidade dentofacial, próteses mal adaptadas, ausência de elementos dentários, saúde oral inadequada, problemas respiratórios, hipotonia, disfunção temporomandibular e sensibilidade orofacial alterada, entre outras. Um estudo comparou a mastigação em crianças, distribuídas em dois grupos de acordo com o modo respiratório, tendo encontrado velocidade aumentada, presença de resíduos na cavidade oral e ruído, assim como lábios abertos no grupo com respiração oronasal²³.

Na avaliação da deglutição são verificados aspectos como a posição dos lábios e da língua, contenção do alimento, contração da musculatura perioral, presença de ruído, movimento de cabeça e resíduos após a função, além da coordenação. É analisada a deglutição habitual de líquido, para a qual se utiliza água, assim como a de sólido; aproveitando a prova da mastigação, a deglutição dirigida de líquido também é testada. A condição muscular e morfológica pode alterar a deglutição²² e, alguns autores verificaram, a partir de revisão da literatura, que a desproporção entre a maxila e a mandíbula promove ajustes fisiopatológicos para a realização de funções, incluindo a deglutição²⁴.

Em relação à fala, as estruturas do sistema estomatognático – aliadas, dentre outras, à condição muscular, à aprendizagem dos movimentos articulatorios, ao frênulo lingual e à capacidade para discriminar os sons da língua – são fundamentais para a sua realização²⁵⁻²⁷. Em alguns casos, o comprometimento morfofuncional pode prejudicar o desenvolvimento da fala e, deste modo, a avaliação desta função é importante para compreender determinados distúrbios da fala. Na avaliação, por meio de amostras de fala espontânea e dirigida, é verificada a presença de distorções e troca de pontos articulatorios, como forma de adaptação funcional decorrente da condição estrutural, bem como de omissões e substituições, alterações na velocidade, no ritmo e na coordenação.

Após a análise das imagens e filmes, são levantados quais aspectos morfológicos estão alterados, identificando os aspectos funcionais alterados. Na sequência, a relação entre a função e a forma é determinada e, deste modo, é possível verificar a necessidade de encaminhamentos para a intervenção de determinadas áreas, tais como fisioterapeuta, pediatra, otorrinolaringologista, nutricionista, psicólogo, odontopediatra, ortodon-

tista, dentre outros. Da mesma forma, o momento de iniciar o tratamento miofuncional pode ser estabelecido, se previamente ou simultaneamente à realização da terapia miofuncional orofacial.

No campo das anomalias craniofaciais, quadros sindrômicos evidentes ou malformações isoladas podem determinar comprometimentos em diferentes níveis da linguagem, como também nos aspectos morfofuncionais, o que justifica um exame minucioso do sistema estomatognático, pois as funções de respiração, mastigação, deglutição e fala podem estar afetadas. Além disso, a má oclusão pode cursar com tais quadros e acarretar comprometimentos funcionais na mastigação, na medida em que a condição dentária é desfavorável para a incisão e trituração dos alimentos. Assim, pode levar os indivíduos a quebrar o alimento com as mãos, utilizar dieta facilitada ou pressionar o alimento contra o palato na tentativa de trituração. Nesses casos, o tratamento deve ser realizado por vários profissionais em equipe, incluindo o fonoaudiólogo, a fim de minimizar os problemas instalados e prevenir outros. Destaca-se a importância da contribuição da família no processo de reabilitação; contudo, para tais casos, muitas vezes pais, cuidadores ou familiares não estão preparados para enfrentar essa tarefa que lhes é imposta.

Alguns casos sindrômicos evidenciam vários comprometimentos miofuncionais orofaciais, como na síndrome de Moebius, em que são encontrados comprometimentos na sucção, deglutição, mastigação e fala, o que requer a atuação do fonoaudiólogo. No que se refere à fala, alteração na produção dos fones [p], [b], [m] e [f] podem ser encontradas²⁸. Para alguns autores²⁹, os distúrbios da fala presentes decorrem de alterações orofaciais inatas, como vedamento labial insuficiente, ausência de mobilidade dos músculos faciais, hipersalivação, assimetria facial, úvula bífida, micrognatia, ausência de elementos dentários, hipoplasia da língua, dentre outras. Ao analisar 22 casos entre 1 e 11 anos de idade, um estudo observou que todos apresentavam alguma alteração no sistema estomatognático, como: alteração em palato e na língua, como sulco longitudinal profundo e língua geográfica; alteração no tônus e na mobilidade da língua; lábio superior curto com falta de selamento no repouso; mobilidade labial alterada; sucção ineficiente e dificuldade na mastigação³⁰.

Deste modo, independente da condição instalada, seja malformação isolada, desproporção maxilomandibular ou síndrome, dentre outras, é fundamental a caracterização morfofuncional do sistema estomatognático e a compreensão das disfunções, na busca da reabilitação miofuncional orofacial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção de informações a partir da avaliação miofuncional orofacial favorece a melhor compreensão das relações entre as condições anatômicas e funcionais do sistema estomatognático. Tais informações são essenciais no processo de diagnóstico, no prognóstico e no estabelecimento de condutas terapêuticas apropriadas, as quais possibilitarão o sucesso do tratamento.

Apesar da existência e da importância de exames instrumentais para avaliar algumas funções orofaciais, o exame clínico ainda é soberano para definir o diagnóstico e o plano terapêutico das disfunções orofaciais. Esse exame deve ser realizado por profissionais capacitados, utilizando protocolos padronizados. Contudo, mesmo os protocolos padronizados requerem treinamento para a sua aplicação e, especialmente, a interpretação dos resultados obtidos, estabelecendo as possíveis relações morfofuncionais. Assim sendo, recomenda-se que os profissionais conheçam e realizem corretamente o exame miofuncional.

REFERÊNCIAS

1. Ferigotti ACM, Nagib L. Fonoaudiologia: reabertas as discussões sobre especialidades. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009; 14(3):viii-x. doi: 10.1590/S1516-80342009000300002.
2. Marchesan IQ. O que os especialistas em motricidade orofacial tem feito no Brasil. *Rev CEFAC.* 2009; 11(Supl 3):281-472.
3. Bianchini EMG. Avaliação fonoaudiológica da motricidade oral: anamnese, exame clínico, o que e por que avaliar. In: Bianchini EMG, organizador. *Articulação temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas.* 2a. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 2000. p.191-253

4. Felício CM, Ferreira CL. Protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008; 72(3):367-75. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.11.012.
5. Genaro KF, Berretin-Félix G, Rehder MIBC, Marchesan IQ. Avaliação miofuncional orofacial: protocolo MBGR. *Rev CEFAC.* 2009; 11(2):237-55. doi: 10.1590/S1516-18462009000200009.
6. Felício CM, Folha GA, Ferreira CLP, Medeiros APM. Expanded protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores: validity and reliability. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010; 74(11):1230-9. doi: 10.1016/j.ijporl.2010.07.021.
7. Leme MS, Barbosa TS, Gavião MBD. Versão brasileira do The Nordic Orofacial Test - Screening (NOT-S) para avaliação de disfunções orofaciais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integra.* 2011; 11(2):281-9. doi: 10.4034/PBOCI.2011.112.21.
8. Marchesan IQ, Berretin-Félix G, Genaro KF. MBGR protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores. *Int J Orofacial Myology.* 2012; 38:38-77.
9. Felício CM, Medeiros AP, Oliveira Melchior M. Validity of the 'protocol of oro-facial myofunctional evaluation with scores' for young and adult subjects. *J Oral Rehabil.* 2012; 39(10):744-53. doi: 10.1111/j.1365-2842.2012.02336.x.
10. Lima MRF. Validação do protocolo de avaliação miofuncional orofacial com escalas para idosos e relação com o índice de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.
11. Folha GA, Valera FC, Trawitzki, LVV, Felício CM. Capacidade do OMES-E para discriminar a condição orofacial de adultos saudáveis e com apneia obstrutiva do sono e associação entre variáveis. In: *Anais do 6º. Encontro Brasileiro de Motricidade Orofacial; 2013* mês dias; Fortaleza, CE. Campinas: Associação Brasileira de Motricidade Orofacial; 2013. v.1. p.7.
12. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev CEFAC.* 2013; 15(3):599-610.
13. Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF. MBGR. Protocolo de avaliação em motricidade orofacial. In: Tessitore A, Marchesan IQ, Justino H, Berretin-Félix G. *Práticas clínicas em motricidade orofacial.* Pinhais: Melo; 2014. p.97-116.
14. Graziani AF, Fukushiro AP, Genaro KF. Proposta e validação do conteúdo de um protocolo de avaliação miofuncional orofacial para indi-

- víduos com fissura labiopalatina. *CoDAS*. 2015; 27(2):193-200. doi: 10.1590/2317-1782/20152014096.
15. Fernandes CG, Alves GAS, Genaro KF, Pereira LMS. Biossegurança aplicada à motricidade orofacial. In: Rahal A, Motta AR, Fernandes CG, Cunha DA, Migliorucci RR, Berretin-Felix G, organizadores. *Manual de motricidade orofacial*. São José dos Campos: Pulso; 2014. p.63-9.
 16. Tanigute CC. A documentação como ferramenta para o diagnóstico e controle da terapia. In: Marchesan IQ. *Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países*. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. p.107-16.
 17. Silveira MC, Sígolo C, Quintal M, Sakano E, Tessitore A. Proposta de documentação fotográfica em motricidade orofacial. *Rev CEFAC*. 2006; 8(4):485-92. 10.1590/S1516-18462006000400009.
 18. Frazão I, Manzi S. Documentação fotográfica e em vídeo em motricidade orofacial. In: Tessitore A, Marchesan IQ, Justino H, Berretin-Félix G. *Práticas clínicas em motricidade orofacial*. Pinhais: Melo; 2014. p.85-96.
 19. Graziani AF. *Avaliação miofuncional orofacial na fissura labiopalatina: proposta de protocolo de exame [dissertação]*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.
 20. Genaro KF, Felício CM. Protocolos clínicos de avaliação miofuncional orofacial. In: Marquesan IQ, Silva HJ, Tomé MC, organizadores. *Tratado das especialidades em fonoaudiologia*. Barueri: Roca; 2014. p.271-82.
 21. Silva MC, Costa MLVCM, Nemr K, Marchesan IQ. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. *Rev CEFAC*. 2009; 11(Supl3):363-9.
 22. Marson A, Tessitore A, Sakano E, Nemr K. Efetividade da fonoterapia e proposta de intervenção breve em respiradores orais. *Rev CEFAC*. 2012; 14(6):1153-66.
 23. Silva MAA, Natalini V, Ramires RR, Ferreira LP. Análise comparativa da mastigação de crianças respiradoras nasais e orais com dentição decídua. *Rev CEFAC*. 2007; 9(2):190-8.
 24. Mezzomo CL, Machado PG, Pacheco AB, Gonçalves BFT, Hoffmann CF. As implicações da classe II de angle e da desproporção esquelética tipo classe II no aspecto miofuncional. *Rev CEFAC*. 2011; 13(4):728-34.
 25. Susanibar FCH, Dioses ACH. “Órgãos” ou “estruturas” fonoarticulatórias: um deslinde teórico-conceitual. *Rev CEFAC*. 2010; 12(5):715-904.
 26. Rabelo ATV, Alves CRL, Goulart LMHF, Friche AAL, Lemos SMA, Campos FR, et al. Alterações de fala em escolares na cidade de Belo Horizonte. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011; 23(4):344-50. doi: 10.1590/S2179-64912011000400009.

27. Campos FR, Rabelo ATV, Friche CP, Silva BSV, Friche AAL, Alves CRL, et al. Alterações da linguagem oral no nível fonológico/fonético em crianças de 4 a 6 anos residentes em Belo Horizonte. *Rev CEFAC*. 2014; 16(4):1151-60.
28. Freitas AC, Nelson-Filho P, Queiroz AM, Assed S, Silva FWGP. Síndrome de Moebius: relato de caso clínico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2006; 18(3):297-302.
29. Alves GAS, Lima ILB, Lima JAS, Lucena BTL, Delgado IC. Alterações de fala em crianças com síndrome de Möbius: análise da literatura. *Rev GEL*. 2015; 12(1):33-45.
30. Carneiro MMS, Gomes ICD. O perfil morfo-funcional oral de crianças portadoras da síndrome de Moebius. *Rev CEFAC*. 2005; 7(1):68-74.

