

III SEMANA DO CONHECIMENTO

Os dados foram passados para uma planilha do excel V. 2010 para posterior análise, a qual constou de nome, idade, diagnóstico fonoaudiológico, causa da alteração e tempo de tratamento.

Foram selecionados 54 pacientes atendidos, sendo estes, 33 do sexo feminino (61%) e 21 do sexo masculino (39%).

O Gráfico 1, mostra que a faixa etária variou de 04 a 77 anos. A média de idade dos pacientes em atendimentos em Motricidade Orofacial ficou na faixa etária de 11 á 18 anos (31%), seguido de 03 á 10 anos (28%).

Em análise ao Gráfico 2, constatou-se a presença de 17 diferentes diagnósticos Fonoaudiológicos, a seguir apresentados com seu respectivo número de casos: Alterações Oromiofuncionais decorrente de fatores neurológicos(10), Disfagia(8), Deglutição Atípica(8), Respiração Oral(4), Respiração Oral associada a Deglutição adaptada(4), Deglutição adaptada(3), Respiração Oral associada á Deglutição atípica (4), Respirador Oral e Ceceo(2), Desvio Fonético(2), Alterações Oromiofaciais e fala(2), Ronco(1), Paralisia Facial Periférica(1), Fala Hipernasal(1), DTM(1), Ceceo Lateral(1), Ceceo Anterior(1), Alterações oromiofaciais e disfagia(1).

O diagnóstico fonoaudiológico mais prevalente foi Respiração oral associada a outras alterações com 16 casos, Alterações oromiofuncionais decorrente de problemas neurológicos com 10 casos seguida de Deglutição atípica e Disfagia com 8 casos cada.

Com relação às causas mais prevalentes das alterações, podemos citar os fatores neurológicos com 13 casos, hábitos deletérios com 11 casos, seguido de obstrução de vias aéreas superiores com 9 casos.

Segundo Guerrer (2000), pacientes com alterações neurológicas podem apresentar diversas alterações fonoaudiológicas. Os distúrbios e alterações são variáveis de acordo com os graus de acometimento encefálico, aparecem em função das alterações provenientes de mímica facial, reflexos orais, alimentação, respiração, articulação, fonação, linguagem, voz e audição.

Com relação à alta prevalência de Respiradores orais associadas a outras alterações, Marchesan (1995) refere existir um contingente enorme de respiradores bucais em Clínica e citam como causas : problemas orgânicos como rinites, sinusites, hipertrofia de amígdalas faríngea ou palatinas e hipotonia de musculatura elevadora de mandíbula.

O tempo médio de atendimento foi de 13,5 sessões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante das patologias e causas mais prevalentes encontradas, reforça-se que o fonoaudiólogo deve estar preparado para o atendimento dos pacientes com alterações neurológicas bem como, deve promover campanhas como promoção ao aleitamento materno para prevenção da respiração oral e outras alterações oromiofuncionais.

III SEMANA DO CONHECIMENTO

REFERÊNCIAS:

Guerrêr,J.E.; Respiração Bucal, suas causas e Consequências; CEFAC centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral, 2000. Disponível em <http://www.cefac.br/library/teses/b0fcb60fe0321a1e4ebdf94852599d02.pdf>

MARCHESAN, Irene Queiroz. Motricidade oral: Visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo: Pancast, 1993. P. 34-61

Marchesan, I.Q.; Krakauer, L.H. (1995) A importância do trabalho respiratório na terapia miofuncional. Tópicos em Fonoaudiologia Vol.II: 155- 160, Editora Lovise, São Paulo.

ANEXOS:

III SEMANA DO COMUNICAR

Universidade e comunidade
em transformação

3 A 7 DE OUTUBRO
DE 2016

Gráfico 1: Distribuição dos atendimentos conforme a faixa etária dos pacientes atendidos na área de motricidade orofacial da Clínica de Fonoaudiologia da UPF

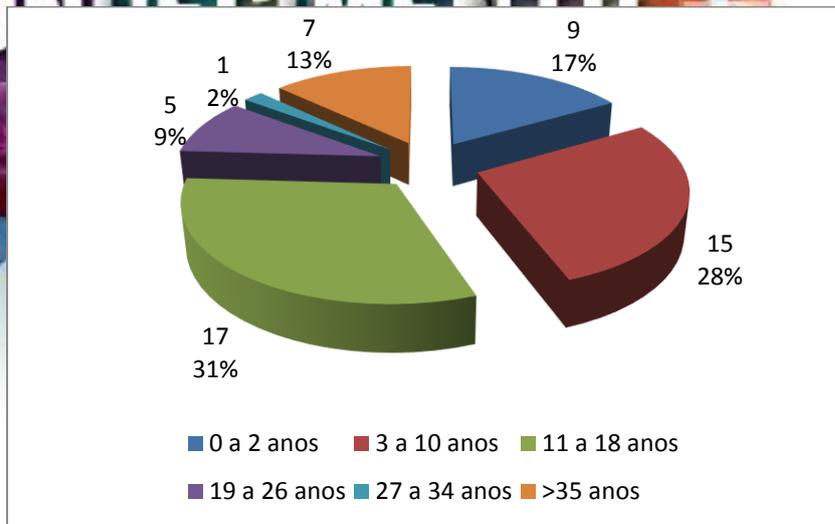


Gráfico 2: Diagnósticos Fonoaudiológicos mais prevalentes na área de motricidade orofacial

