



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC

Comunicações em Eventos - HRAC

2011-06-15

Fonoterapia para indivíduos com disfunção velofaríngea

Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 44, 2011, Bauru.

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/46366>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

Fonoterapia para indivíduos com disfunção velofaríngea

Ms. Giovana Rinalde BRANDÃO, Maria Cristina ZIMMERMANN
Fonoaudiólogas HRAC-USP

A análise da função velofaríngea requer a avaliação perceptivo-auditiva e procedimentos instrumentais complementares, tais como a nasoendoscopia e a videofluoroscopia da função velofaríngea. Mais especificamente na nasoendoscopia, pode ser observado as condições do movimento velofaríngeo durante a fala, havendo a possibilidade de determinar quais são os fatores que estão contribuindo para a disfunção velofaríngea (DVF) e desta forma determinar o planejamento terapêutico, seja ele cirúrgico, protético e/ou fonoterápico.

Na presença de articulações compensatórias (AC) como o golpe de glote, a fricativa faríngea e outros, o fonoaudiólogo deverá ter primeiramente como objetivo, a eliminação desses distúrbios uma vez que eles prejudicam o desempenho do mecanismo velofaríngeo na fala.

Uma vez definido que o tratamento é fonoterápico, ao final dos procedimentos de avaliação, faz-se necessário verificar o modo e a qualidade dos fonemas testados, com a utilização de várias pistas sensoriais, tais como as visuais e auditivas, dentre outras, tendo como objetivo o direcionamento do fluxo aéreo para a cavidade oral, inibindo a AC e verificando, desta forma, quais são as pistas facilitadoras para a produção correta. Além disso, deve-se buscar quais são os fonemas que o paciente tem maior facilidade para produzir sem alterações, denominada prova terapêutica, terapia diagnóstica e/ou teste de estimulabilidade.

Para a eliminação das AC deve-se, inicialmente fornecer ao paciente o modelo correto, isolado e amplificado, com o uso das pistas sensoriais. Posteriormente, se o paciente conseguir a produção correta isolada, deve-se passar para outra etapa, com o fonema associado à vogais e, assim por diante, até que o mesmo consiga a produção correta em vocábulos sem conteúdo lexical, devendo o paciente conseguir monitorar a produção correta, diferenciando da incorreta, sendo que o fonoaudiólogo deverá estar atento aos possíveis erros e coarticulações. Devemos ainda considerar a necessidade de manter o treino de uma etapa por um período maior que outra, dependendo do desempenho do paciente, pulando etapas que poderão interferir no resultado do tratamento.

Para facilitar a eliminação das AC pelo paciente, o fonoaudiólogo deve utilizar: pistas visuais, como uma tira de papel em frente aos lábios para que o paciente veja o fluxo oral na produção do som; pistas auditivas como um garrote de borracha com uma extremidade colocada próxima ao ouvido do paciente e a outra próxima à sua boca; pistas verbais, onde o fonoaudiólogo diz ao paciente como ele deve posicionar os articuladores para a produção do som; pistas proprioceptivas como sentir o fluxo aéreo oral no dorso da mão na produção do som. Após a colocação, o treino e automonitoramento da produção correta do fonema com qualidade e velocidade, pode-se iniciar a

“técnica da língua do som”, onde se utiliza o fonema alvo dentro de um contexto lexical e prosódico já conhecido, substituindo todas as consoantes dos vocábulos pelo fonema alvo, mantendo as vogais, arquifonemas e encontros consonantais, com o objetivo de realizar treinamento neuromotor para aumentar a precisão, rapidez, o grau de excursão e a sinergia de movimentos.

Em nossa experiência clínica temos vivenciado o uso da prótese de palato associado à terapia para correção das AC, o que proporciona ao paciente pressão aérea intra-oral e, conseqüentemente, maior facilidade na colocação dos elementos sonoros corretos.

Os pacientes que apresentam hipernasalidade e ausência de AC deverão ser submetidos às avaliações instrumentais e provas terapêuticas, com o objetivo de verificar em qual produção sonora ele consegue o fechamento velofaríngeo e, a partir desta situação, realizar aproximações sucessivas, ou seja, a partir de uma emissão sonora em que o paciente consegue realizar o fechamento velofaríngeo completo, ele produz outro som onde há falha no fechamento (exemplo: emissão do fonema /p/ seguida por /s/). Esta é uma tentativa de generalizar o padrão correto de fechamento velofaríngeo.

Podem ser utilizados recursos como o garrote, o espelho de Glatzel e o teste-escape no nariz para o monitoramento do fluxo aéreo nasal que deve ser evitado nos fonemas orais.

Vários estudos já demonstraram que exercícios de sopro e sucção não auxiliam o fechamento velofaríngeo na fala, pois apesar de também exigirem o fechamento velofaríngeo, o padrão dos movimentos diferem daqueles realizados durante a fala. Portanto, esse tipo de exercício é contra indicado na terapia para correção da hipernasalidade e, quando realizados, podem provocar um movimento de retroposição da língua na fala prejudicando o tratamento.

Cabe ressaltar que a terapia para hipernasalidade é uma tentativa de tratamento, e quando bem direcionada, caso não houver melhora em aproximadamente 24 sessões, o paciente deverá ser submetido à avaliação objetiva do mecanismo velofaríngeo com provável indicação de cirurgia ou prótese de palato.

Alguns critérios importantes devem ser considerados antes da fonoterapia, como idade do paciente, nível de expectativa e condições anatômicas (fístulas, má-oclusão, aparelho ortodôntico e insuficiência velofaríngea). A eficácia do tratamento fonoaudiológico dependerá diretamente de um correto diagnóstico, elaboração das prioridades em cada caso com objetivos bem claros, a frequência do treino e o envolvimento do paciente e dos seus cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTMANN, EBC. Fissuras labiopalatinas. São Paulo: *Pró-Fono*, 1994 p. 363-99.
2. BZOCH, KR. Rationale, method and technique of cleft palate speech therapy. In: BZOCH, K. R (ed.) *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. Boston: little, Brown, 1979.p.239-303.

3. GENARO KF, FUKUSHIRO AP, SUGUIMOTO MLFCP. Avaliação e tratamento dos distúrbios da fala. In: TRINDADE IEK, SILVA FILHO OG (Coord.). *Fissuras Labiopalatinas: Uma abordagem interdisciplinar*, Editora Santos; 2007. p.109-122.
4. GOLDING-KUSHNER KJ. Treatment of articulation and resonance disorders associated with cleft palate and VPI. In: SHPRINTZEN, R.J. *Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach*. St. Louis. Mosby, 1995.p.327-349.
5. DININNO CQMS, JESUS MSV. Terapia fonoaudiológica para alterações de fala decorrentes de fissura labiopalatina. In: JESUS MSV, DININNO CQMS. *Fissura Labiopalatina: Fundamentos para a prática fonoaudiológica*, ed. Roca: São Paulo; 2009. p.76-98.
6. PEGORARO-KROOK MI, DUTKA-SOUZA JCR, MAGALHÃES LCT, FENIMAN MR. Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In: FERREIRA LP, BEFI-LOPES DM, LIMONGI SCO. *Tratado de fonoaudiologia*, ed. Roca: São Paulo; 2004. p.439-455.
7. PETERSON-FALZONE SJ, TROST-CARDAMONE JE, KARNELL MP, HARDIN-JONES MA. *Treating cleft palate speech*. St Louis: Mosby; 2006.
8. PICCOLI EMH. MONTENEGRO W.,TSUJI D.H. Função velofaríngea: considerações na avaliação e no tratamento fonoaudiológico. *Pró-Fono*, v.7,n.2,p.60-63, 1995.
9. SHPRINTZEN, RJ Et al. A new therapeutic technique for the treatment of velopharyngeal incompetence. *J. Speech Dis.*, v.40, p.69-83, 1975.
10. TOMES, LA, KUEHN, DP, PETERSON-FALZONE, SJ. Behavioral treatments of velopharyngeal impairment. In: BZOCH, K.R (ed). *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 4.ed Austin: Pro-ed,1997.p.529-562.
11. VAN DEMARK, DR. Speech and voice therapy techniques for school-age and adult patients with remaining cleft palate speech disorders. In: BZOCH, K.R (ed). *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 4.ed. Austin: Proed, 1997.p.493-508.
12. MYSAK, ED. *Patologias dos sistemas da fala*. 1998, 2ª edição - Rio de Janeiro: Atheneu - p.276-311.