

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Motricidade Orofacial I

Triagem em Motricidade Orofacial

Katia Flores Genaro

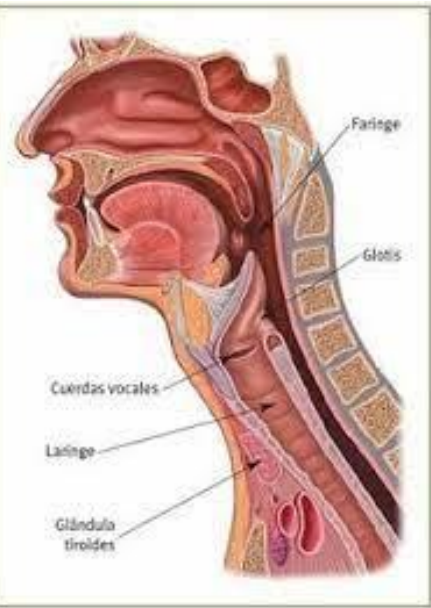
Motricidade Orofacial

Sistema Estomatognático



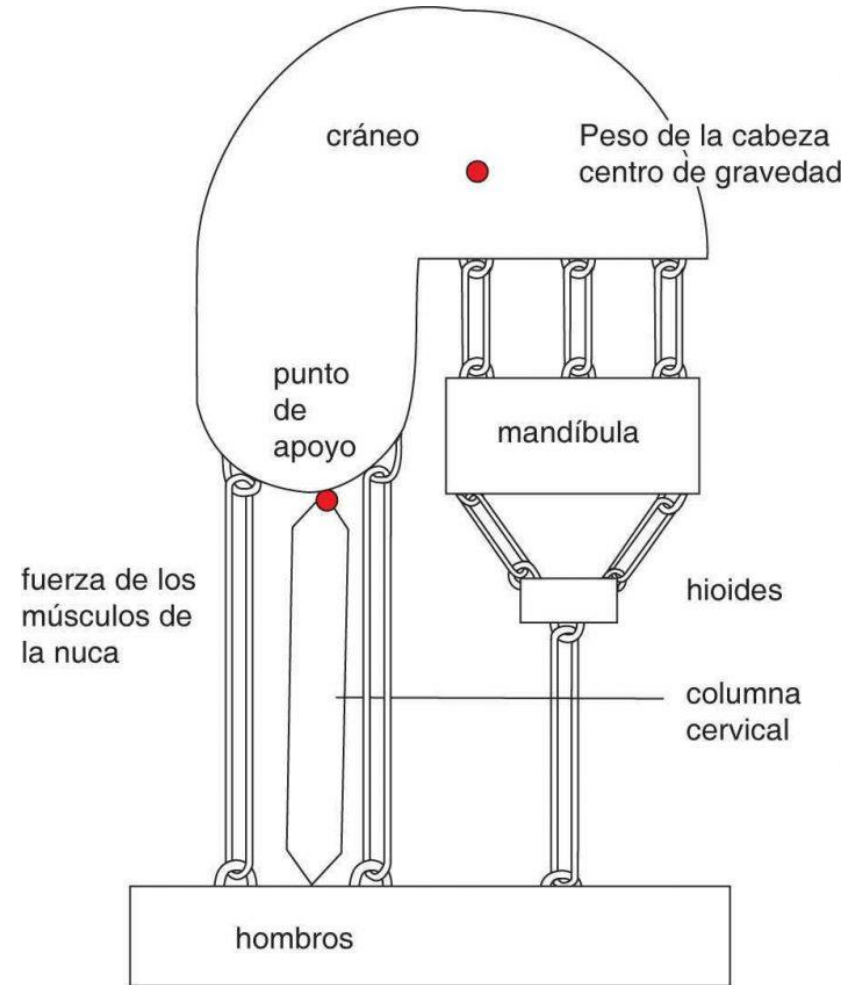
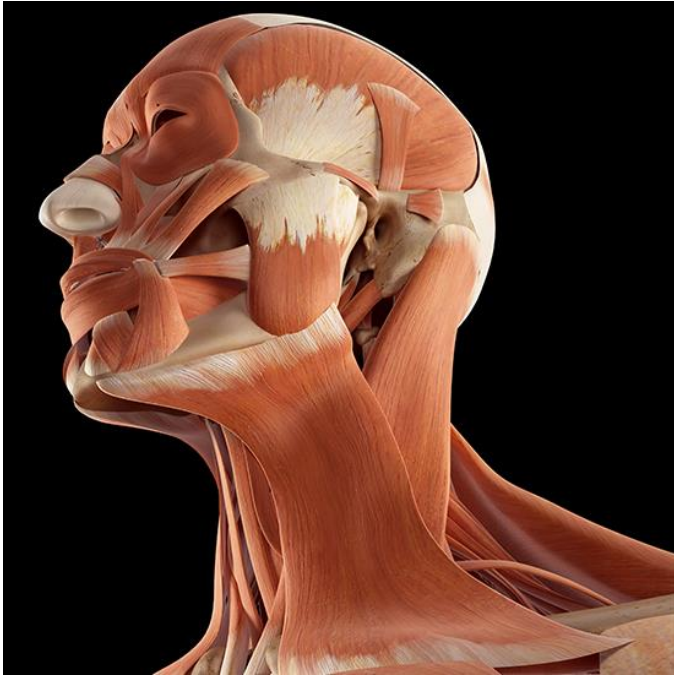
Conjunto de estruturas orais que desenvolvem funções comuns, com a participação da mandíbula (DOUGLAS 2006)

- Está interrelacionado com outros sistemas: músculoesquelético, nervoso, circulatório, respiratório, digestório, dentre outros
- Intimamente relacionado com funções do S. digestório e respiratório
- Formado pela maxila, mandíbula, arcadas dentárias, glândulas salivares, suprimento nervoso e vascular, ATM, músculos e ligamentos
- Funções: respiração, mastigação, deglutição, fala, expressão e estética facial, postura da mandíbula, da língua e do osso hioide.

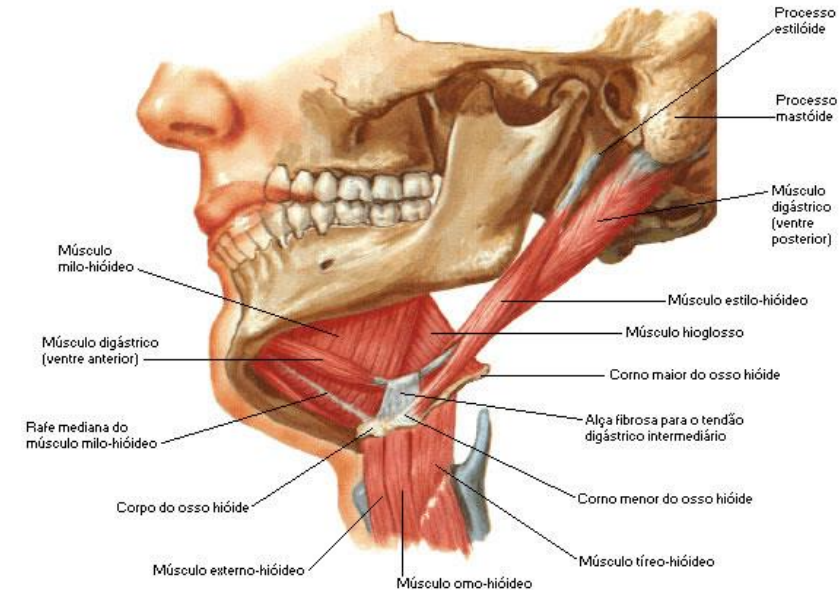


Motricidade Orofacial

Sistema Estomatognático



Esquema de Brodie



Motricidade Orofacial

Sistema Estomatognático

PROCEDIMENTOS

- *Triagem*
- *Processo de Avaliação (diagnóstico)*
- *Terapia Miofuncional*

Motricidade Orofacial

Sistema Estomatognático - HISTÓRIA CLÍNICA

OBJETIVO:

Investigar aspectos voltada à QUEIXA:
o que fez o paciente procurar tratamento?



Hábito

Doença respiratória

Tratamentos já realizados

Atraso no desenvolvimento

- Entender a queixa
- Historiar
- Levantar aspectos positivos
- Buscar informações que a justifique
- Observar alguns aspectos estruturais e funcionais
- Conhecer a relação com a mãe, avó, companheira, cuidadora

MUITO IMPORTANTE TER ATENÇÃO AO QUESTIONAR

Motricidade Orofacial

Sistema Estomatognático – EXAME MIOFUNCIONAL

OBJETIVO:

Investigar os aspectos morfológicos e funcionais do Sistema Estomatognático



Relação maxilomandibular alterada
Hipotonia da musculatura orofacial
Disfunção mastigatória
Respiração Oronasal

- Conhecer os aspectos adequados e alterados
- Estabelecer relação causa e consequência
- Relacionar à queixa e história clínica

MUITO IMPORTANTE TER TREINAMENTO PARA REALIZAR ADEQUADAMENTE OS PROCEDIMENTOS

- ✓ *Encaminhar para avaliação de áreas afins*
- ✓ *Organizar e sintetizar as informações obtidas*
- ✓ *Identificar os aspectos funcionais alterados e sua relação com a estrutura*

Aspectos Clínicos Morfofuncionais

Face:	Terço médio: _____ mm	Atura: _____ mm	Lábio superior: _____ mm
	Terço inferior: _____ mm	Largura: _____ mm	Lábio inferior: _____ mm
Lábios:	Aspecto: _____		
Língua:	Aspecto: _____	Frênulo (fixação e extensão): _____	
Palato Duro:	Profundidade: _____	Véu Palatino: _____	Úvula: _____
	Largura: _____		
Tonsilas palatinas:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> hipertrofia	<input type="checkbox"/> não observável
Dentes:	Dentadura: _____	Saúde Oral: Dentes: _____	Gengiva: _____
	Ausência de Elementos: <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: _____	
	Uso de Aparelho: <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: _____	
	Uso de Prótese dentária: <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: _____	
Oclusão:	TV: _____ mm	TH: _____ mm	Relação molar D: _____ E: _____
	Relação entre os arcos dentários: _____		
Observação:	_____		

Posição habitual:	Lábios _____	Língua: _____	
Tônus:	- Lábio superior: _____	Bochecha D: _____	Língua: _____
	- Lábio inferior: _____	Bochecha E: _____	Mental: _____
Mobilidade:	- Lábios: _____	Língua: _____	
	- Mandíbula: DIMA sem guia de língua: _____ mm	Abertura da boca: _____ mm	
	com guia de língua: _____ mm	Lateralidade D: _____ mm E: _____ mm	
	Ruído na ATM: <input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> presente _____	
Dor à Palpação:	<input type="checkbox"/> masseter _____	<input type="checkbox"/> ATM lateral _____	<input type="checkbox"/> esternocleidomastóideo _____
	<input type="checkbox"/> temporal anterior _____	<input type="checkbox"/> trapézio _____	
Observação:	_____		

Respiração:	Modo: <input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> oronasal	Tipo: <input type="checkbox"/> médio inferior <input type="checkbox"/> médio superior	CPFA: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> alterada _____
Mastigação:	Tipo: <input type="checkbox"/> bilateral alternada <input type="checkbox"/> bilateral simultânea	<input type="checkbox"/> unilateral preferencial _____ <input type="checkbox"/> unilateral crônica _____	
	Contrações musculares atípicas: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente _____		
Deglutição:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> atípica	<input type="checkbox"/> adaptada <input type="checkbox"/> disfagia
	Características: _____		
Fala/Voz:	<input type="checkbox"/> sem alteração	<input type="checkbox"/> com alteração:	<input type="checkbox"/> fonética: _____ <input type="checkbox"/> fonológica: _____
	Padrão articulatorio: _____		
	Ressonância: _____		
	Tipo de Voz: _____		
Observação:	_____		

Parecer Conclusivo: _____

Conduta: _____

Data: ___ / ___ / ___
Docente (assinatura e carimbo)