

Tratamento fonoaudiológico em queimadura orofacial

Speech-language treatment in orofacial burn

Evelyne M. L. Ramos¹, Fabrícia M. G. Danda¹, Flavia T. C. Araujo¹, Renata M. F. L. Regis¹, Hilton J. Silva²

RESUMO

Objetivos: Após ter sido detectado o desconhecimento de vários profissionais da Fonoaudiologia e de áreas afins, bem como da população estudada, sobre o assunto em nossa região, procuramos através de estudos bibliográficos, por em evidência a importância do tratamento fonoaudiológico e os processos terapêuticos relacionados às queimaduras orofaciais. **Método:** Foram analisados livros que abordaram dados sobre queimaduras, motricidade orofacial e tratamento fonoaudiológico em pacientes acometidos por queimaduras de cabeça e pescoço, além de livros da área da saúde em geral e artigos científicos nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO. **Resultados:** Os pacientes com queimaduras orofaciais apresentam graves alterações que comprometem as funções do sistema estomatognático e a mímica facial. Contudo, ainda é observada a dificuldade do fonoaudiólogo ser inserido na equipe multidisciplinar envolvida; com isso, grupos de pessoas estão deixando de receber assistência fonoaudiológica. **Conclusões:** As queimaduras são traumas térmicos que ocasionam lesões nos tecidos acompanhadas de dor, o que é algo comum nesse tipo de acidente, deixando, na maioria das vezes, sequelas irreversíveis às vítimas de queimaduras. As queimaduras que atingem a face podem acarretar cicatrizes que prejudicam a capacidade de comunicação, assim como a funcionalidade do sistema motor orofacial dos indivíduos queimados. Apesar dos crescentes avanços obtidos no tratamento dos grandes queimados, ainda são consideráveis as taxas de mortalidade e morbidade. Os sobreviventes de queimaduras graves ainda carregam um pesado fardo de sequelas físicas e psicossociais que geram grande sofrimento.

DESCRIPTORES: Queimaduras. Face. Sistema estomatognático. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Objective: After having been detected the ignorance of several professionals in speech therapy and related areas as well as the population studied on the issue in our region; we have tried to stand out the importance of speech therapy and the therapeutic procedures related to orofacial burns via bibliographic research. **Method:** Books addressing data on burns, orofacial motricity and speech treatment in patients with head and neck burnt were analyzed, in addition to books on health area in general and scientific articles from LILACS, MEDLINE and SciELO databases. **Results:** Patients with orofacial burns exhibit severe changes that compromise functions of the stomatognathic system and facial mime. However, difficulties are found by the speech therapist to be inserted in the multidisciplinary team involved; thus, groups of people are deprived of speech assistance. **Conclusions:** Burns are thermal injuries that cause lesions in the tissues accompanied by pain, which is something common in this type of accident, leaving most of the times, irreversible sequelae to burns victims. Burns that reach the face can cause scars that affect the communication ability and the functionality of the orofacial motor system in people burned. Despite the growing advances in the treatment of major burns, there are considerable mortality and morbidity rates. Survivors of severe burns still carry a heavy burden of physical and psychosocial sequelae that cause great suffering.

KEY WORDS: Burns. Face. Stomatognathic system. Speech, language and hearing sciences.

1. Especialização em Motricidade Orofacial pela Faculdade Integrada do Recife.
2. Doutor em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco.

Correspondência: Evelyne M. L. Ramos. Rua São Salvador, 105 apt 1002 – Espinheiro – Recife, PE, Brasil – CEP 52020-200
Email: hiltonfono@hotmail.com
Recebido em: 5/5/2009 • Aceito em: 12/8/2009

A Fonoaudiologia é uma especialidade e disciplina acadêmica voltada ao estudo do desenvolvimento, dos distúrbios e das diferenças da comunicação humana em seus aspectos de fala, linguagem oral e escrita, audição e sistema sensorio motor oral. Promove, habilita, aperfeiçoa e recupera os padrões comunicativos¹.

A Motricidade Orofacial é a especialidade da Fonoaudiologia que tem como objetivo prevenção, avaliação, diagnóstico funcional e tratamento de alterações relacionadas ao sistema estomatognático, bem como a estética facial². O objeto de estudo da motricidade orofacial é o sistema estomatognático, que identifica um conjunto de estruturas orais que desenvolvem funções comuns, tendo como característica constante a participação da mandíbula. Esse sistema é formado por vários tecidos e órgãos como: músculos, ossos, dentes, articulações, glândulas, mucosas e o suporte neurovascular correspondente³.

As funções responsáveis por este sistema são: as sensitivas (estomatognosia) e as motoras (estomatoponia). As funções motoras estão classificadas em: clássicas e adaptativas. As clássicas são: mastigação, sucção, deglutição, respiração e fonoarticulação. Essas funções são mais conhecidas cientificamente, por esta razão, são as mais exploradas dentre as funções do sistema estomatognático. As adaptativas são: bocejo, beijo, mordida, mímica facial, vocalização, cuspidura, sopro, etc. São funções pouco conhecidas cientificamente, sendo pouco exploradas⁴.

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado a atender pessoas que apresentam dificuldades na realização dessas funções⁵. A Motricidade Orofacial possui várias interfaces com outras profissões e outras especialidades. Com os novos campos de conhecimento e o aumento de perspectivas de novos trabalhos, os fonoaudiólogos têm desenvolvido técnicas específicas de atuação⁶.

MÉTODO

Foram analisados livros que abordaram dados sobre Fonoaudiologia; Motricidade Orofacial; Sistema Estomatognático; Fisiologia da Pele; Queimaduras Conceito, Etiologia e Classificação; Fisiopatologia da Queimadura; Queimaduras na Face e Pescoço; Cicatrização; Enxertia; Alimentação Via de Acesso; Alterações do Sistema Estomatognático Causadas por Queimaduras; Processo Terapêutico Fonoaudiológico em Pacientes Queimados; Equipe Interdisciplinar. Além de livros da área da saúde em geral e artigos científicos nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, utilizando as seguintes palavras-chaves: Queimaduras; Queimados; Sistema Estomatognático; Face; Atendimento Fonoaudiológico a pacientes queimados; *Sunburn e Face*; *Sunburn e Stomatognathic System*; *Stomatognathic System e Face*; *Stomatognathic System*; *Modification e Stomatognathic System*.

DISCUSSÃO

Nas lesões por queimaduras, a pele é o órgão mais afetado⁷. A pele íntegra constitui um dos mais importantes elementos de proteção do organismo humano contra os agentes de agressão ambiental⁸. Histologicamente, a pele é composta pela epiderme e pela derme. A epiderme compõe-se de células que se originam na derme e migram para a superfície. A pele é constituída por ceratina que protege o organismo das agressões do meio e evita a perda exagerada de líquidos⁷.

A queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica^{8,9}. São acidentes relativamente comuns, as repercussões para a vítima variam de uma lesão superficial ao óbito, com a possibilidade de anos de tratamento, invariavelmente com sequelas físicas, funcionais, psíquicas e sociais^{10,11}.

Os riscos gerais do queimado nas primeiras horas dependem fundamentalmente da extensão da área queimada, sendo maior a repercussão sistêmica, devido à perda das funções da pele, quanto maior for a área afetada. A extensão é calculada em porcentagem da superfície corporal total, sendo consideradas apenas as áreas queimadas com profundidade de segundo e terceiro graus¹².

A profundidade da queimadura é um sistema de classificação que descreve a aparência da queimadura pela lesão das várias camadas da pele. O paciente com lesão por queimadura geralmente exibe mais do que um tipo de queimadura, sendo a classificação difícil de ser realizada¹³.

A classificação das queimaduras está relacionada de acordo com o grau e profundidade da lesão. As queimaduras de primeiro grau atingem a camada mais externa da pele, a epiderme, este tipo de queimadura não provoca alterações hemodinâmicas, nem alterações clínicas significativas, a região atingida encontra-se hiperemiada na ausência de bolhas ou flictenas^{7,9,13}.

As queimaduras de segundo grau são aquelas que atingem tanto a epiderme como parte da derme. A característica clínica mais marcante é a formação de bolhas ou flictena^{7,9,13,14}. Já as queimaduras de terceiro grau acometem a totalidade das camadas da pele (epiderme e derme) e, em muitos casos, outros tecidos, tais como o tecido celular subcutâneo, músculo e tecido ósseo. Dentre as queimaduras é a mais grave, provocando lesões deformantes^{7,9,14}.

A classificação da queimadura em crianças torna-se diferente pelo fato de ser considerada a superfície corporal queimada, sendo a superfície corporal da criança menor do que a do adulto. As queimaduras em crianças podem ser classificadas, em pequeno queimado, quando ocorre queimadura de segundo grau \leq a 5% da superfície corporal; médio queimado, com queimadura de segundo grau $>$ a 5% e \leq a 15% da superfície corporal ou terceiro grau $<$ 5% da superfície corporal e; grande queimado, com queimadura de segundo grau $>$ a 15% da superfície corporal, de terceiro grau

> a 5 % da superfície corporal e qualquer extensão com uma ou mais situações adversas que podem agravar o quadro clínico^{9, 15}.

As infecções são responsáveis por 75% dos óbitos nos pacientes queimados, assumindo características peculiares de desenvolvimento por motivos ligados a alterações depressoras e imunológicas do hospedeiro, bem como por condições locais predisponentes após a lesão, que favorecem o desenvolvimento bacteriano¹⁴.

Os sinais mais comuns que indicam a presença de infecções são as conversões da queimadura fina para espessa com necrose e a aparência de áreas focais negras ou hemorrágicas escuras. Deve-se lembrar que pequenos traumas locais podem provocar pequenas hemorragias locais. Por esses pacientes estarem com as camadas subepiteliais expostas, há maior predisposição a infecções geradas pelos mais diversos microorganismos¹⁶.

Há várias hipóteses para o surgimento de infecções nas queimaduras, entre elas a contaminação das feridas por fatores ambientais e hospitalares como, por exemplo, a veiculação cruzada de microorganismos por profissionais de saúde que assistem o paciente e a inadequada manipulação de material de procedimentos. Acredita-se também que a autocontaminação, a partir de germes, já existentes nos folículos pilosos e glândulas sebáceas são responsáveis pela maioria das infecções¹⁴.

A infecção não é comum nas queimaduras de face, e quando ocorre, o seu tratamento é muito difícil e de péssimo prognóstico. Torna-se difícil combater a infecção, por ser difícil a aplicação de ultra-violeta nessa região⁷.

A cicatriz decorrente de trauma tecidual caracteriza-se por um tecido fibroso, de estrutura, textura e elasticidade diferentes do tecido sadio. Durante a cicatrização, a hemostasia combate infecção, redução da área cruenta e a epitelização, que ocorrem, a fim de evitar sangramento, sepse, perda volêmica, além de proteger o organismo do meio externo. A cicatrização apresenta grande complexidade e o processo envolve quatro etapas, divididas desta maneira com fins didáticos: inflamatória, epitelização, fibroplasia e remodelação¹⁷.

Há também diferentes tipos de cicatrização ou tegumento em casos de queimaduras, resultantes de sua cura, conforme a etiologia e a profundidade da lesão. Na queimadura superficial em que ocorre apenas destruição da epiderme, a cicatrização é obtida por meio da regeneração da camada, no processo de epitelização. Nas queimaduras superficiais com destruição da derme, os anexos da pele permanecem em porção íntegra, originando células epiteliais para a restauração da epiderme. Nas queimaduras de espessura total, ocorre destruição de toda a epiderme e de quase toda a derme, não restando anexos cutâneos para promover reepitelização¹⁸.

Uma vez estabelecidas, as cicatrizes estão sujeitas às evoluções como atrofia, hipertrofia, retração, calcificação, alterações do pig-

mento (discromias), degeneração maligna, que ocorre em cicatrizes pós-queimadura⁹.

O processo de cicatrização, em caso de enxertia, fica em curso por 6 meses a 2 anos, até que a pele fique madura. Nesse ponto, a vascularização da ferida está quase normal e não há mais deposição de colágeno no local. Com exceção das feridas pequenas, todas as feridas de espessura completa requerem enxerto de pele. As feridas profundas de espessura parcial que demoram a cicatrizar também podem necessitar de enxerto¹⁷.

A enxertia da pele na face só é realizada quando não existe conveniência em esperar a regeneração epitelial espontânea. A pele da face, pela presença de grande quantidade de anexos da derme, apresenta fácil restauração epitelial. A face representa 5% do revestimento cutâneo, porém, histologicamente, tem características que proporcionam uma perda exagerada de líquidos no interior dos tecidos, resultando na presença rápida e volumosa de líquido concentrado na face e no pescoço, tornando o paciente desfigurado⁷.

Os pacientes com queimaduras de face e pescoço apresentam graves alterações morfológicas que comprometem a realização de algumas funções do sistema estomatognático¹⁹.

A intervenção fonoaudiológica inicia-se ainda no leito, partindo das informações obtidas em seu prontuário. Com o paciente em estado de "ferida aberta", o fonoaudiólogo tem a possibilidade de aproveitar o momento para estabelecer uma relação de cordialidade, empatia, conhecendo-o, ouvindo suas queixas e da família²⁰.

Ao fazer a anamnese, o fonoaudiólogo poderá examinar o paciente, observando comportamentos, posturas, hábitos e funções. Na avaliação do sistema estomatognático, faz-se necessário observar tanto as partes duras como as moles, ou seja, ossos e músculos. A avaliação deverá ser completa, não só examinando todas as estruturas que compõem este sistema como a relação entre elas, já prevenindo as possíveis alterações dessas estruturas²¹.

O principal objetivo do fonoaudiólogo junto a pacientes queimados é realizar um trabalho precoce e reabilitar as sequelas funcionais do sistema estomatognático e aparelho fonador²²⁻²⁴. Tais alterações podem variar de acordo com o agente etiológico, estruturas envolvidas, profundidade e extensão da lesão^{23, 24}.

As funções de sucção, mastigação, deglutição e fala aparecem, na maioria das vezes, com alterações significativas, devido à modificação anátomo-funcional das estruturas envolvidas nestas funções^{5, 24}.

Ressaltamos o trabalho com a função respiratória, relevante no processo terapêutico desde a Unidade de Terapia Intensiva, principalmente em pacientes com queimaduras inalatórias, casos frequentes em queimaduras de face. Podem apresentar também perda da mímica facial, disfunção têmporo-mandibular e, principalmente, redução da abertura oral, seguida por tratamento cirúrgico de microstomia, que sem o tratamento complementar funcional,

levava ao resultado restrito de aumento da abertura oral no pós-cirúrgico^{5, 24, 25}.

A higiene intra-oral deve ser feita constantemente desde o início, mesmo com as dificuldades provocadas pelo edema, pela alta frequência de formações cicatríciais e pelas possibilidades constritivas, a fim de evitar infecções. O paciente com face queimada tem muitas vezes comprometimento, direta ou indiretamente, das funções digestivas⁷.

Todos os exercícios realizados devem ser isométricos e de alongamento, pois nosso maior problema é a redução da mobilidade das estruturas envolvidas na região orofacial e cervical; manobras isométricas intra-orais devem respeitar o sentido das fibras musculares dos músculos mastigatórios e faciais²⁵.

As técnicas de fricção (manipulação da musculatura mais profunda) e alongamento (alongar estruturas patologicamente encurtadas) contribuem para conferir à pele aspecto de superfície queimada, pois, após esse procedimento, ocorre afrouxamento dos tecidos aderidos e amolecimento da cicatriz. A manipulação firme é aplicada de modo a atingir os músculos mais profundos. Nela, introduz-se calor na região a ser tratada, provocando efeito de vasodilatação. Durante os processos de cicatrização, utiliza-se a palpação para compor manobras intra-orais e edificam-se técnicas de atuação específicas em estruturas musculares⁹.

Com a utilização das manobras, pode-se observar melhora na aparência das cicatrizes, no entanto, esse não é o foco principal da intervenção fonoaudiológica. Entende-se que, o ganho na melhora da aparência das cicatrizes é secundário na realização das funções⁵.

Após o período de cicatrização incluem-se as manobras de compressão intra e extra-oral, durante 5 a 8 segundos, em locais pontuais da área cicatricial; pequenos movimentos circulares, favorecendo o desalinhamento das fibras colágenas aglomeradas; compressão extra-oral associada a movimentos antagônicos teciduais na área cicatricial; manobras com alongamento do cordão cicatricial, associados a movimentos antagônicos contrários ao sentido do cordão; massagens em áreas teciduais adjacentes à cicatriz⁹.

Quanto maior o tempo que a pele fique retraída, sem desenvolver nenhum trabalho, mais sequelas podem aparecer, reduzindo funcionalmente os movimentos dos músculos da face e aspectos cicatríciais hipertróficos²⁵.

A alimentação dos pacientes queimados deve ser rica em vitaminas e calorias a partir do terceiro dia, devido à hiperatividade catabólica presente, o que só é corrigida após o fechamento das feridas. O grande queimado sofre, em geral, de anorexia e deverá por isso fazer uso de alimentos de sabor agradável, de pouco volume e com intervalos pequenos entre as refeições⁷.

A nutrição via oral é a forma mais fisiológica de prover calorias e proteínas, devendo ser indicada nas primeiras 24 horas, conforme a tolerância, adaptada às necessidades individuais. Paciente com superfície corporal queimada inferior ou igual a 20% consegue obter adequado aporte protéico calórico via oral, associado à suplementação de nutrientes específicos²⁶.

Utilizam-se dietas enterais fornecidas através de sonda nasogástrica plástica de fino calibre e posicionamento gástrico, em pacientes grandes queimados com área lesada superior a 30% da superfície corporal, desnutridos previamente com queimaduras extensas e pacientes pequenos queimados, mas com queimaduras de boca e lábios, e pacientes em coma⁸.

A dieta por via oral é sempre mantida e, conforme o paciente comece a aceitar melhor a dieta oral e a queimadura a cicatrizar, diminui-se o volume da dieta enteral e aumenta-se o volume oral, até a retirada completa da enteral²⁶.

Após a alta hospitalar, esses pacientes devem continuar com atendimento nos ambulatórios das especialidades necessárias, dando continuidade ao atendimento iniciado no leito, incluindo sessões fonoaudiológicas semanais. Nesse momento, a atuação do fonoaudiólogo faz-se imprescindível, já que promoverá maior qualidade alimentar e comunicativa no paciente queimado¹⁹.

Chegar a formar uma equipe multidisciplinar é o primeiro passo, mas de nada adiantaria se cada membro atuasse de modo individual, pois o ideal é a formação de um grupo interdisciplinar, com cada profissional ocupando-se de sua área específica, mas também se preocupando com o que acontece paralelamente, de forma que o tratamento seja global, integrativo e interativo, sendo fundamental a troca de informações e ocorrendo a discussão do caso do paciente²⁷.

Portanto, os objetivos das intervenções devem ser discutidos pelo médico, pelos terapeutas de todas as áreas e pelo paciente de maneira realista. Deve-se, então, estabelecer a programação do tratamento levando em consideração as condições psicológicas e as necessidades do paciente e seus acompanhantes⁹.

CONCLUSÃO

As queimaduras vêm sendo um grande problema de saúde pública no país, levando ao paciente queimado graves alterações estruturais, funcionais e emocionais, prejudicando sua vida social e produtiva. O atendimento fonoaudiológico a pacientes com queimaduras orofaciais necessita de maior conhecimento por parte dos fonoaudiólogos e de outros profissionais de áreas afins. Espera-se, com este estudo, contribuir para expansão do mercado pouco explorado, com o intuito de despertar o interesse acerca desse assunto, sensibilizando os profissionais da área da saúde, em torno desta problemática que atinge os pacientes e seus familiares, uma vez que o trabalho fonoaudiológico é significativo, também, na melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Duarte LIM, Krakauer LH, Cattoni DM. Comitê de Motricidade Orofacial. São Paulo:SBFa;2007.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa Nº 269. Brasília; 2001. Disponível em: http://www.abmes.org.br/_Download/Associados/Legislacao/2001/Resolucao/res_CFFa_269_030301.htm. Acesso em 15/11/2007.
- Ferraz MCA. Manual prático de motricidade oral: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro:Revinter;2001.
- Douglas CR. Tratamento de fisiologia aplicada à fonoaudiologia. São Paulo:Robe Editorial;2002.
- Coimbra C. Intervenção fonoaudiológica em pacientes queimados. São Paulo;2003. Disponível em: http://www.acessa.com/viver/arquivo/vida_saude/2004/02/16-Cal/. Acesso em: 26/2/2007.
- Souza EMB, Morais WMB, Silva HJ, Cunha DA. O conhecimento do fonoaudiólogo especialista em motricidade orofacial sobre atuação em estética facial. Rev CEFAC. 2005;7(3):348-55. Disponível em: <http://www.revistacefac.com.br/revista73/artigo%209.pdf>. Acesso em: 12/2/2008.
- Dourado VRC. Tratamento em pacientes com queimaduras. São Paulo: Lovise;1994.
- Gomes DR, Serra MCVF, Pellon MA. Queimaduras. Rio de Janeiro:Revinter;1995.
- Toledo PN, Arrunátegui G. Intervenção fonoaudiológica em pacientes queimados. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limonagi SCO, editores. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo:Roca;2004. p.478-93.
- Beraldo PSS, Nunes LGN, Silva IP, Ramos MFG. Sazonalidade de queimaduras por fogo, em pacientes admitidos numa unidade especializada no Distrito Federal, no período 1993-1999. Brasília Médica. 1999;36(3/4):72-81. Disponível em: <http://www.ambr.com.br/revista/Revistas/36/72.pdf>. Acesso em 16/11/2007.
- Pereira Junior SP, Ely JB, Sakae TM, Nolla A, Mendes FD. Estudo de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão- SC. Arq Catarinenses Med. 2007;36(2):22-7. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/487.pdf>
- Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. An Bras Dermatol. 2005;80(1):9-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>. Acesso em: 18/11/2007.
- Marinho AC, Sá H. Aspectos fisioterapêuticos. Físio&Terapia. 2005;48:23-2. Disponível em: <http://www.novafisio.com.br>. Acesso em: 19/11/2008.
- Gomes DR, Serra MC, Guimarães Jr LM. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro:Revinter;2001.
- Piccolo NS, Correa MD, Amaral CR, Leonardi DF, Novaes FN, Prestes MA, et al. Queimaduras. São Paulo:Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira/ Conselho Federal de Medicina;2002. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083.pdf. Acesso em: 4/3/2009.
- Fernandes NC. Melhoria do cuidado ao paciente queimado: orientações para a elaboração de um instrumento de avaliação [Dissertação de Mestrado]. Mato Grosso do Sul; Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS;2004. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/fernandesncm.pdf>. Acesso em: 19/11/2007.
- Avelar JM. Peleecicatrização. São Paulo;2005. Disponível em: <http://www.nutricaoclinica.com.br/content/view/60/16/>. Acesso em: 23/3/2009.
- Alves JCR. Aspectos da patologia da cicatrização. In: Melega JM, Zanini AS, Psillaks JM. Cirurgia plástica, reparadora e estética. 2ª ed. São Paulo:Médica e Científica;1992. p.15.
- Freitas VL, Souza LMB. A Fonoaudiologia nas queimaduras de face e pescoço. RBPS. 2005;18(2):105-9. Disponível em: <http://www.unifor.br/notitia/file/517.pdf>. Acesso em: 14/2/2008.
- Melo P. Atuação fonoaudiológica em pacientes com sequelas de queimaduras. In: Marchesan IQ, editor. Motricidade orofacial: como atuam os especialistas. São Paulo:Pulso;2004. p.277-9.
- Marchesan IQ. Avaliando e tratando do sistema estomatognático. In: Brasília: IX Congresso Internacional de Odontologia do DF;2001. Disponível em: http://www.ibemol.com.br/ciodf2001/cursos/irene/avaliando_tratando_S_E.htm. Acesso em: 13/2/2008.
- Nunes JA, Nembr K. Queimaduras e as alterações miofuncionais e laringeas. Rev. CEFAC. 2005;7(4):466-72. Disponível em: <http://www.revistacefac.com.br>. Acesso em: 16/11/2007.
- Santos AC, Silva WMB, Souza LMB. A importância da intervenção fonoaudiológica junto ao paciente com queimaduras de face/pescoço atendidos CTQ de Fortaleza. Rev Bras Queimaduras. 2004;4(1):28-35.
- Teles L, Toledo PN. Queimados. In: Jornal do CFFa. 2007;33:4-7.
- Toledo PN. Atuação fonoaudiológica em pacientes com seqüelas de queimaduras. In: Marchesan IQ, editor. Motricidade orofacial: como atuam os especialistas. São Paulo:Pulso;2004. p.273-6.
- Sacramento AL, Serra MC. Terapia nutricional/nutrição enteral no adulto na criança. In: Gomes DR, Serra MC, Guimarães Jr LM. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter;2001. p.43-6.
- Candido LC. Por que uma equipe? Santos;2006. Disponível em: <http://www.feridologo.com.br/abordagem.htm>. Acesso em: 26/2/2008.

Trabalho realizado na Faculdade Integrada do Recife, PE, Brasil.