

Qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras atendidos no ambulatório da unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte

Quality of life of outpatients with burn sequelae from burn unit of Hospital Regional da Asa Norte

Calidad de vida de los pacientes con secuelas de quemaduras en atención ambulatoria de la unidad de quemados del Hospital Regional da Asa Norte

João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Paola Borges Eckstein Canabrava, José Adorno, Maria de Fátima de Novais Gondim

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos pacientes atendidos no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte. **Métodos:** Estudo quantitativo, do tipo transversal, com pacientes queimados atendidos em ambulatório. Os dados foram coletados por meio dos questionários de caracterização sociodemográfica e do *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) para avaliar a qualidade de vida, aplicados no período de agosto a dezembro de 2013. **Resultados:** A amostra foi composta por 71 pacientes ambulatoriais. Trinta e sete (52,1%) eram do sexo masculino e 34 (47,9%), do sexo feminino. Os agentes causais mais comuns foram chama aberta (18,3%) e álcool (16,9%). Os domínios mais comprometidos na BSHS-R foram afeto e imagem corporal (23,2 pontos) e sensibilidade da pele (17,3 pontos). **Conclusão:** A queimadura afeta de forma consistente a qualidade de vida da vítima, influenciando, principalmente, os domínios relacionados à imagem corporal e sensibilidade da pele. A reabilitação do paciente com sequelas (estéticas e/ou funcionais) é importante para manutenção e melhora da qualidade de vida desses pacientes.

DESCRIPTORIOS: Queimaduras. Qualidade de Vida. Unidades de Queimados. Ambulatório Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of outpatients from Burns Unit of Hospital Regional da Asa Norte. **Methods:** Quantitative study, cross-sectional, with burned outpatients. Data were collected through questionnaires of socio-demographic characteristics and the *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) to assess the quality of life, applied in the period from August to December 2013. **Results:** The sample was composed by 71 outpatients. Thirty-seven (52.1%) were male and 34 (47.9%), female. The most common causative agents were open flame (18.3%) and alcohol (16.9%). The domains most affected in BSHS-R were affect/body image (23.2 points) and skin sensitivity (17.3 points). **Conclusion:** The burning consistently affects the quality of life of the victim, affecting, primarily, the domains body image and skin sensitivity. The rehabilitation of patients with aesthetics and/or functional sequelae is important for maintaining and improving the quality of life of these patients.

KEYWORDS: Burns. Quality of Life. Burn Units. Outpatient Clinics, Hospital.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes atendidos en la clínica de la Unidad de Quemados del Hospital Regional da Asa Norte. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, con pacientes quemados. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios de las características socio-demográficas y el *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) para evaluar la calidad de vida, aplicado de agosto a diciembre 2013. **Resultados:** La muestra consistió en 71 pacientes ambulatorios. Treinta y siete (52,1%) eran hombres y 34 (47,9%) mujeres. Los agentes causales más frecuentes fueron la llama abierta (18,3%) y el alcohol (16,9%). Las zonas más afectadas en BSHS-R eran afecto e la imagen corporal (23,2 puntos) y la sensibilidad de la piel (17,3 puntos). **Conclusión:** La quemadura afecta constantemente la calidad de vida de la víctima, que afecta principalmente a las áreas relacionadas con la imagen corporal y la sensibilidad de la piel a. La rehabilitación de pacientes con secuelas (estético y / o funcional) es importante para mantener y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Quemaduras. Calidad de Vida. Unidades de Quemados. Servicio Ambulatorio en Hospital.

INTRODUÇÃO

As queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, os quais atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos¹.

As queimaduras são consideradas problemas de saúde pública no Brasil e no mundo devido a sua alta incidência, morbidade e mortalidade, além da elevada onerosidade que trazem ao sistema de saúde pública^{2,3}. No Brasil, aproximadamente 1 milhão de pessoas envolvem-se em queimaduras por ano, sendo as consequências desses acidentes as mais variáveis, desde simples lesões cutâneas, passando por sequelas físicas e psicológicas, podendo levar até à morte^{4,5}. De todos esses acidentados, aproximadamente 10% irão procurar atendimento hospitalar e cerca de 0,25% falecerão direta ou indiretamente pelas lesões provenientes de tais acidentes⁵.

Apesar dos avanços no tratamento dos pacientes queimados, com redução marcante na mortalidade desses indivíduos, as sequelas resultantes desse tipo de injúria ainda são bastante prevalentes, levando a um comprometimento considerável da qualidade de vida das vítimas de queimaduras^{2,5}.

Considerando-se o conceito de qualidade de vida adotado pela Organização Mundial de Saúde, o qual engloba cinco dimensões (saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e meio ambiente)⁶, percebe-se que os pacientes vítimas de queimaduras podem apresentar comprometimentos em qualquer uma dessas dimensões^{6,7}.

As vítimas de queimaduras consideram que as modificações decorrentes desse tipo de trauma resultam em prejuízo à qualidade de vida, devido às desvantagens experimentadas no cotidiano^{7,8}. Dentre essas dificuldades, estão: dificuldades laborais; tempo gasto para os cuidados com a queimadura; limitações físicas; mudança da autoimagem; prejuízo causado na relação com os familiares; impedimento da realização de atividades cotidianas e de lazer; perda da autonomia⁸. Do ponto de vista psicossocial, o paciente queimado se vê alijado dos padrões de exigência da beleza física e da sua própria exigência interna, inconformando-se com a cicatriz cutânea, a qual interfere em sua autoimagem, o que influencia na retomada de suas atividades cotidianas^{7,8}.

A avaliação da qualidade de vida é hoje considerada parte da história clínica do paciente, sendo defendida como uma variável tão importante quanto a sobrevivência ou a taxa de mortalidade, constituindo-se em um tópico de interesse para a pesquisa nas áreas médicas e psicossocial⁹. Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes atendidos no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de abordagem quantitativo, do tipo descritivo e transversal, desenvolvido no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, em Brasília, DF.

O Hospital Regional da Asa Norte é um dos centros do país especializados no atendimento a queimados. É um serviço de referência no atendimento às vítimas de queimaduras na região Centro-Oeste e atende uma média de 150 pacientes todos os meses. O centro rece-

be pacientes de todo o Distrito Federal e entorno, além de pessoas de outros estados como Minas Gerais, Bahia e São Paulo¹⁰.

Participaram do estudo pacientes queimados que se encontravam em acompanhamento no ambulatório do Hospital Regional da Asa Norte, no período de agosto a dezembro de 2013. Os participantes foram abordados por meio de entrevista semiestruturada, sendo aplicados: o questionário específico para queimaduras *Burn Specific Health Scale- Revised* (BSHS-R), adaptado e validado para ser aplicado no Brasil¹¹; e questionário de caracterização para avaliação da condição socioeconômica. As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, durante seguimento ambulatorial.

O BSHS-R tem 31 itens, organizados em seis domínios: habilidades para funções simples, sensibilidade da pele, afeto e imagem corporal, tratamento, trabalho e relações interpessoais. Cada item da BSHS-R pode variar sua pontuação de 1-5, e a pontuação total varia entre 31 e 155; na versão utilizada no Brasil, quanto maior a pontuação, pior o estado de saúde do paciente¹¹.

Para inclusão no estudo, os pacientes deveriam preencher os seguintes critérios: ter sofrido queimadura há mais de 2 meses, realizar acompanhamento no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte no período de agosto de 2013 a dezembro de 2013, ter mais de 12 anos de idade, e concordar com a pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os pacientes que não preencheram algum dos critérios de inclusão.

Para a análise descritiva, utilizou-se o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e o coeficiente de alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach é uma ferramenta estatística utilizada para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala. O valor mínimo aceitável para o alfa é de 0,7¹².

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES-DF) sob parecer número 313.306.

RESULTADOS

Foram recolhidos os dados de 71 participantes, dos quais 37 (52,1%) eram do sexo masculino e 34 (47,9%), do sexo feminino. A idade variou entre 12 e 68 anos, sendo a média de 36,2 anos. Em relação ao estado civil, 35 (49,3%) eram solteiros, 30 (42,3%) casados e seis (8,5%) divorciados. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria apresentava primeiro grau incompleto (29,6%), seguido de segundo grau completo (25,4%) (Tabela 1).

Os principais agentes etiológicos foram chama aberta (18,3%), álcool (16,9%), escaldadura (15,5%) e contato (14,1%). Mais da metade (62%) sofreu queimaduras em menos de 20% da superfície corporal. O tempo da primeira internação hospitalar após a queimadura variou de 0 a 730 dias, sendo a média de 40 dias. Os principais locais atingidos foram membros superiores (27,8%), membros inferiores (19,1%) e tronco (19,1%). O tempo decorrido da queimadura até a aplicação do questionário variou de 2 meses a 482 meses, sendo a média 53,6 meses e a moda 3 meses. Entre os participantes, 43 (60,6%) apresentaram sequelas estéticas e funcionais e 28 (39,4%) apenas sequelas estéticas (Tabela 2).

Os domínios afeto e imagem corporal e sensibilidade da pele apresentaram predomínio para a resposta “descreve-me muito bem”, demonstrando uma alta pontuação e, portanto, comprometimento desses domínios. Já os domínios habilidades para funções simples, tratamento e relações interpessoais apresentaram baixa pontuação. O domínio trabalho apresentou uma pontuação consi-

derável, sendo a média de 12,1 no total de 20 pontos. A média da pontuação total da BSHS-R foi de 76,26 (DP=27,09), sendo a pontuação mínima observada 33 e a máxima observada 137 (Tabela 3).

No questionário aplicado, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,929, mostrando alta consistência interna na versão aplicada na amostra estudada.

TABELA 1
Características sociodemográficas dos participantes. Brasília, 2013-2014.

| | | | | | | |
|--------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|------------|
| Sexo | Masculino | Feminino | | | | |
| | 52,1% | 47,9% | | | | |
| Estado civil | Solteiro | Casado | Divorciado | | | |
| | 49,3% | 42,3% | 8,5% | | | |
| Idade | Média | Mínima | Máxima | | | |
| | 36,2 | 12 | 68 | | | |
| Escolaridade | 1º incompleto | 1º completo | 2º incompleto | 2º completo | Superior | Analfabeto |
| | 29,6% | 12,7% | 16,9% | 25,4% | 12,7% | 2,8% |

TABELA 2
Características clínicas das queimaduras dos participantes. Brasília, 2013-2014.

| | | | | | | |
|--|----------------------|--------------------|-------------|----------|--------------|--------|
| Agente etiológico | Chama aberta | Álcool | Escaldadura | Contato | Eletricidade | Outros |
| | 18,3% | 15,5% | 15,5% | 14,1% | 11,3% | 25,3% |
| Superfície corporal queimada | Até 20% | 21 a 30% | 31 a 40% | 41 a 50% | Mais de 50% | |
| | 62,0% | 16,9% | 12,7% | 2,8% | 5,6% | |
| Local atingido | Membros superiores | Membros inferiores | Tronco | Face | Outros | |
| | 27,8% | 19,1% | 19,1% | 11,7% | 22,2% | |
| Tempo transcorrido da queimadura (meses) | Média | Mínimo | Máximo | | | |
| | 53,6 | 2 | 482 | | | |
| Tempo de internação hospitalar (dias) | Média | Mínimo | Máximo | | | |
| | 40 | 0 | 730 | | | |
| Sequela | Funcional e estética | | Estética | | | |
| | 60,6% | | 39,4% | | | |

TABELA 3
Pontuação por domínios do BSHS-R para amostra estudada. Brasília, 2013-2014.

| | Média | Mínimo | Máximo | Varição |
|-------------------------------------|--------------|-----------|------------|-----------------|
| 1. Afeto e imagem corporal | 23,2 | 8 | 40 | 8 a 40 |
| 2. Sensibilidade da pele | 17,3 | 5 | 25 | 5 a 25 |
| 3. Habilidades para funções simples | 6,8 | 4 | 16 | 4 a 20 |
| 4. Trabalho | 12,1 | 4 | 20 | 4 a 20 |
| 5. Tratamento | 9,3 | 5 | 25 | 5 a 25 |
| 6. Relações interpessoais | 7,6 | 5 | 21 | 5 a 25 |
| Total | 76,26 | 33 | 137 | 31 a 155 |

DISCUSSÃO

O tratamento das queimaduras tem evoluído ao longo dos anos, se desenvolvendo muito nas últimas décadas^{13,14}. Este progresso no tratamento das queimaduras deve-se a diversos fatores como o aprimoramento de pesquisas na área; desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para a fase aguda; e o melhor conhecimento da fisiopatologia da queimadura¹⁵.

Isso oferece melhor suporte na fase clínica de reposição de líquidos, tratamento de infecções, suporte nutricional, fisioterapia precoce, aliado ao estabelecimento de melhor rotina de curativos especiais e outras coberturas temporárias, como, por exemplo, curativo com pele de cadáver, ainda muito preconizado, tem contribuído no progresso das lesões térmicas com progressivo aumento na taxa de sucesso¹⁵⁻¹⁷.

Cirurgicamente, o tratamento precoce com desbridamento, autoenxerto, uso de pressão negativa e matrizes de regeneração dérmica modificou positivamente o prognóstico dos pacientes na sobrevivência e a diminuição de sequelas e o uso de curativos sintéticos e semissintéticos matrizes de regeneração dérmica mudaram positivamente o prognóstico dos pacientes^{8,11,17}. Aliado a isso, a avaliação da qualidade de vida incorpora-se cada vez mais as propostas terapêuticas instituídas no tratamento de pacientes queimados, mostrando nítidos benefícios em relação à evolução do paciente¹⁷.

Apesar de a maioria dos serviços de referência no tratamento de pacientes queimados ser feita desde o ingresso do paciente na Unidade de internação ou a nível ambulatorial, em alguns serviços, num primeiro momento de atendimento ao paciente queimado, o aspecto físico é colocado em primeiro plano, deixando a análise psicossocial do paciente para um segundo momento^{9,18}.

Vale lembrar que poucas são as doenças que trazem sequelas tão grandes quanto as queimaduras, pois, mesmo com a sobrevivência física e o processo de reepitelização, as cicatrizes, contraturas e distorção da própria imagem resultam, com frequência, em problemas de adaptação a nova realidade^{9,11,16}.

No serviço onde foi realizado o presente estudo trabalham clínicos, pediatras, intensivistas, cirurgião plástico, anestesista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos auxiliares de serviços diversos, além de psicólogo, nutricionista, fisioterapeutas, pedagogo e assistente social. Isso mostra que a atenção holística ao paciente queimado é valorizada neste centro¹.

Os resultados da pesquisa corroboram achados de outros estudos brasileiros realizados em diferentes serviços de atendimento a pacientes vítimas de queimaduras^{7,9,16,19}. A idade dos pacientes analisados está em consonância com a literatura¹⁹, com predomínio de indivíduos entre 21 e 40 anos (47,7%). O predomínio do sexo masculino e da baixa escolaridade na amostra é verificado em diversos estudos^{7,16,19}.

Quanto ao agente etiológico, verificou-se que chama aberta e álcool foram os agentes mais envolvidos nesse tipo de trauma, o que também foi descrito por outros pesquisadores^{9,16,19}. Com relação à superfície corporal queimada, a maioria dos indivíduos entrevistados

teve menos de 20% de superfície corporal atingida, o que também é verificado no estudo de Junior et al.¹⁶, diferindo do estudo de Guimarães et al.¹⁹, no qual a maioria dos pacientes teve mais de 20% de superfície corporal queimada. No estudo de Junior et al.¹⁶ as principais áreas atingidas pela queimadura foram face, tronco e braço, já no presente estudo essas áreas foram membros superiores, membros inferiores e tronco.

Na avaliação do BSHS-R para a amostra analisada, constatou-se que os domínios afeto, imagem corporal e sensibilidade da pele foram os mais comprometidos, corroborando de estudo prévio¹⁶. Os domínios menos comprometidos foram habilidades para funções simples, tratamento e relações interpessoais.

No domínio afeto e imagem corporal a maioria dos entrevistados mostra-se preocupada com a alteração da própria imagem, porém essa preocupação está centrada não apenas na autopercepção, como também na percepção dos outros indivíduos sobre a aparência do paciente queimado. Aliado a isso, os resultados mostram que boa parte desses pacientes apresenta comprometimento psicológico, o que é esperado, já que a queimadura é um processo agudo que distorce a imagem e desconstrói a rotina da vítima¹⁸.

A pele queimada é uma estrutura agredida e desprotegida, mais suscetível a agressões e mais sensível¹⁷, o que explica o fato de a maior parte dos pacientes revelarem comprometimento no domínio sensibilidade da pele.

Com relação ao domínio habilidades para funções simples, a maior parte da amostra analisada não revela grande comprometimento, o que pode ser justificado pelo fato de os pacientes já terem passado por um período de adaptação para essas atividades, já que a amostra analisada sofreu o acidente há no mínimo 2 meses da data da entrevista. Outro ponto favorável à preservação da funcionalidade dos pacientes é o fato de a maioria deles terem sofrido pequenas queimaduras.

O domínio trabalho revela comprometimento considerável, o que pode ocorrer devido às sequelas funcionais decorrentes da queimadura, já que 60,6% dos indivíduos entrevistados possuem comprometimento funcional. Este fato pode levar a vítima de queimadura a sentir-se disfuncional, prejudicando sua qualidade de vida, especialmente no aspecto financeiro.

Já os domínios tratamento e relações interpessoais exibem pouco comprometimento. O primeiro revela que a aderência ao tratamento não é um obstáculo para a recuperação do paciente queimado. Já o segundo mostra que a maior parte dos pacientes não apresenta problemas com a família e o ciclo social, o que facilita a recuperação psicossocial do paciente.

A maioria dos estudos realizados analisa a qualidade de vida dos pacientes ainda internados em Unidades de queimados^{16,19}, porém o presente estudo dedicou-se à análise desse aspecto após a alta desses pacientes, pois a atenção ao paciente queimado deve ser crônica para que haja sucesso na reabilitação dos mesmos. Isto poderia justificar o fato de que os participantes da presente pesquisa apresentem maiores alterações nos domínios afeto e imagem corporal, já que a maior parte dos pacientes envolvidos na pesquisa

necessita de acompanhamento ambulatorial, devido ao maior comprometimento funcional e/ou psicossocial.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa mostram que a queimadura afeta de forma consistente a qualidade de vida da vítima, principalmente com relação aos domínios relacionados à imagem corporal, afeto e sensibilidade da pele. Dessa maneira, conclui-se que a reabilitação do paciente com sequelas (estéticas e/ou funcionais) é extremamente importante para manutenção e melhora da qualidade de vida dos mesmos.

Tendo em vista que a queimadura é um dos maiores traumas físicos e emocionais que o ser humano pode vir a sofrer, mostra-se necessária a incorporação da análise da qualidade de vida dos pacientes vítimas de queimaduras, não só no tratamento emergencial, mas também durante o seguimento ambulatorial destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Lima Junior EM, Barbosa RC, Teixeira PRO, Melo FRF. Balneoterapia. In: Maciel E, Serra MC, eds. Tratado de queimaduras. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p.421-30.
2. Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. Rev Bras Queimaduras. 2012;11(4):246-50.
3. Rybarczyk MM, Schafer JM, Elm CM, Sarvepalli S, Vaswani PA, Balhara KS, et al. Prevention of burn injuries in low- and middle-income countries: A systematic review. Burns. 2016; pii: S0305-4179(16)30077-8. [Epub ahead of print]
4. Ricci FPFM, Gonçalves AC, Zampar AC, Gomes AD, Guirro ECO, Fonseca MCR. Perfil epidemiológico dos pacientes com queimadura em membros superiores atendidos em uma Unidade de Queimados terciária. Rev Bras Queimaduras. 2015;14(1):10-3.
5. World Health Organization. Facts about injuries: burn. [Acesso 2014 Jan 23]. Disponível em: www.who.int/mipfiles/2014/burns1.pdf. 23/01/2014
6. Minayo MCS. Qualidade de vida como um valor existencial. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(7):1868-8.
7. Elsherbiny OE, Salem MA, El-Sabbagh AH, Elhadidy MR, Eldeen SM. Quality of life of adult patients with severe burns. Burns. 2011;37(5):776-89.
8. Echevarria-Guanilo ME, Gonçalves N, Farina JA, Rossi LA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. Esc Anna Nery. 2016;20(1):155-66.
9. Souza TJA. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. Rev Bras Cir Plást. 2011;26(1):10-5.
10. Secretária do Estado de Saúde do Distrito Federal. Regional de Saúde da Asa Norte. [Acesso 2013 Ago 18]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/500-regional-de-saude-da-asa-norte.html>
11. Ferreira E, Dantas RA, Rossi LA, Ciol MA. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. Burns. 2008;34(7):994-1001.
12. Almeida D, Santos MAR, Costa AFB. Aplicação do coeficiente alfa de cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. In: 30º Encontro Nacional de Engenharia de Produção. 12 a 15 outubro de 2010. São Paulo: ABEPRO; 2010.
13. Harbin KR, Norris TE. Anesthetic management of patients with major burn injury. AANA J. 2012;80(6):430-9.
14. Pishnamazi Z, Asiabar AK, Karimavi MH, Zaeri F, Zadeh RN. Quality of life Burn Patients. Payesh. 2012;11(1):103-10.
15. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the World. Part II: intentional burns in adults. Burns. 2012;38(5):630-7.
16. Júnior GFP, Vieira ACP, Alves GMG. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós-alta hospitalar. Rev Bras Queimaduras. 2010;9(4):140-5
17. Piccolo NS. The 2002 Everett Idris Evans Memorial Lecture. Burn care in Brazil: ideas from the past, trends of the present, and hopes for the future. J Burn Care Rehabil. 2002;23(6):385-400.
18. Guimarães MA, Silva FB, Arrais A. A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. Rev Bras Queimaduras. 2012;11(3):128-34.
19. Guimarães IBA, Martins ABT, Guimarães SB. Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência no nordeste brasileiro. Rev Bras Queimaduras. 2013;12(2):103-7.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

João Lucas Farias do Nascimento Rocha - Graduando do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Paola Borges Eckstein Canabrava - Graduanda do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

José Adorno - Mestrado em Ciências Médicas, Cirurgião Plástico da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, Membro da SBCP e SBQ, Brasília, DF, Brasil.

Maria de Fátima de Novais Gondim - Doutora em Psicologia, docente do curso de Medicina na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, DF, Brasil.

Correspondência: José Adorno

SEPS 714/914 Sul, Ed. Talento, Bloco E, Salas 410-411-412 – Brasília, DF, Brasil - CEP: 70390-145. E-mail: adornog@gmail.com

Artigo recebido: 12/04/20164 • **Artigo aceito:** 10/7/2016

Local de realização do trabalho: Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: nenhum

Fontes de financiamento: nenhuma