

# Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio

## *Self-inflicted burns: attempted suicide*

JEFFERSON LESSA SOARES DE MACEDO, TCBC-DF<sup>1</sup>; SIMONE CORRÊA ROSA<sup>2</sup>; MARIANA GOMES E SILVA<sup>3</sup>

### R E S U M O

**Objetivo:** Analisar a incidência, características, conduta e taxa de mortalidade de pacientes com autolesão por queimaduras internados no Centro de Queimaduras de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Métodos:** Os pacientes do estudo consistiram das vítimas de queimaduras consecutivamente internadas na Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, Distrito Federal, Brasil, durante o período de fevereiro de 2008 e fevereiro de 2009. Os dados foram obtidos na admissão e foram registrados prospectivamente durante a internação. Os pacientes foram seguidos até a alta ou o óbito. **Resultados:** No período do estudo, foram admitidos 15 casos de autolesão por queimaduras na Unidade de Queimados. A média de idade foi  $38,0 \pm 20,6$  anos; 66,7% dos casos de autolesão por queimadura eram mulheres. Na maioria dos casos eram casadas, provedoras do lar, e pobres. O maior motivo foi conflito conjugal. A taxa de mortalidade foi 40%. A área média de superfície corporal queimada foi  $38,7 \pm 26,1\%$ . O álcool foi usado por 66,7% dos pacientes como causa das queimaduras. A média de duração do tratamento foi  $20,1 \pm 14,8$  dias. Pacientes com autoinjúria por queimadura apresentaram lesões mais extensas, permaneceram mais tempo no hospital e pior prognóstico. **Conclusão:** Pacientes com autolesão por queimaduras apresentaram média de idade mais elevada, maior superfície corporal queimada, maior período de internação, mais complicações infecciosas e maior taxa de letalidade do que os pacientes com queimaduras acidentais. Esses pacientes precisam de constante suporte psiquiátrico, o qual pode ser útil na prevenção de futuros episódios de autoagressão.

**Descritores:** Conduta terapêutica. Comportamento autodestrutivo. Ferimentos e lesões. Tentativa de suicídio. Queimaduras.

### INTRODUÇÃO

As queimaduras por autolesão podem significar uma tentativa de autoexterminio ou fazer parte de um processo contínuo de autoflagelamento. Existem diferentes métodos de autoagressão, de acordo com a região geográfica, fatores sociais e gênero<sup>1</sup>.

As queimaduras por autolesão não são frequentes, mas constituem uma causa regular de internação nas unidades de queimados. Na Ásia (Irã, Índia e Iraque), a incidência de lesões autoproduzidas por queimadura é alta, com relatos prévios indicando de 9 a 32% do total de internações por queimaduras. Isto representa um enorme problema, pois são queimaduras geralmente extensas e profundas, e os pacientes apresentam com frequência antecedentes de doença psiquiátrica e dificuldades de relacionamento familiar<sup>1-4</sup>.

O objetivo deste estudo foi analisar a incidência, as características, a conduta e a taxa de mortalidade de pacientes com queimaduras por autoagressão de um centro regional de tratamento de queimaduras no Brasil.

### MÉTODOS

A amostra foi de 278 pacientes consecutivamente internados na Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, DF, Brasil, durante o período de fevereiro de 2008 e fevereiro de 2009. Os dados foram obtidos na admissão e registrados prospectivamente durante a internação. Os pacientes foram seguidos até a alta ou o óbito.

Mais de 90% dos pacientes chegaram ao hospital nas primeiras 48 horas após a queimadura. Os pacientes readmitidos para operações reparadoras e os transferidos de outros hospitais foram excluídos.

As variáveis que foram adotadas para análise durante a internação foram: idade, sexo, percentual de superfície corporal queimada, nível escolar, estado civil, ocupação, etiologia da queimadura, desenvolvimento de infecções, circunstâncias envolvidas na causa da queimadura, história psiquiátrica prévia, intervenções cirúrgicas (desbridamentos e enxerto de pele), tempo de hospitalização e resultado.

Trabalho realizado no Hospital Regional da Asa Norte, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, SMHN, AE 1, Bloco A, 70000-000, Brasília, DF, Brasil.

1. Doutor em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB) – DF-BR; 2. Mestre em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB) – DF-BR; 3. Especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Todos os pacientes, cuja queimadura configurava tentativa de suicídio, foram abordados pelo Serviço Social do hospital e a avaliação foi completada. Destes, 15 foram claramente reconhecidos. Os critérios de inclusão basearam-se em confissão do paciente quanto à queimadura autoinfligida ou relatos de testemunhas confiáveis. Os pacientes com história duvidosa foram excluídos do estudo.

A superfície corporal queimada (SCQ) foi calculada pela escala de Lund & Browder, acrescentando porcentagem de derme e subderme queimadas<sup>5</sup>.

A fluidoterapia foi realizada de acordo com a fórmula de Parkland e o plasma foi administrado após o segundo dia, através de acesso venoso central. Os desbridamentos e enxertos precoces foram realizados dentro de cinco dias nas queimaduras de espessura total, quando as condições gerais do paciente permitiam.

As infecções em todos os paciente admitidos e tratados por queimadura foram registradas posteriormente, de acordo com critérios previamente definidos<sup>6</sup>. Todas as infecções foram registradas a partir do primeiro dia de internação. As infecções manifestadas durante o tratamento dos pacientes queimados foram acompanhadas cuidadosamente. As infecções foram divididas em três categorias: infecção da corrente sanguínea, pneumonia e infecção de ferida. O diagnóstico de infecção em pacientes queimados foi fechado pela Clínica e por parâmetros laboratoriais. Os critérios para infecção foram baseados principalmente pelo *Center for Disease Control*, (CDC), Atlanta, USA<sup>7</sup>.

Todos os pacientes com queimadura autoinfligida foram avaliados por um psiquiatra, exceto dois pacientes que estavam grave e não tinham condições de prestar informações. As avaliações psiquiátricas foram obtidas pelos familiares ou por relatórios médicos prévios. A avaliação psiquiátrica foi baseada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV)<sup>8</sup>.

Todos os valores foram expressos pela média  $\pm$  desvio padrão ou por porcentagens, As associações entre as variáveis categóricas foram testadas por metodologia estatística univariada com significância aceita de  $p < 0,05$  (Qui-quadrado, teste T de *Student* ou *Mann-Whitney*). A análise estatística foi feita usando o pacote estatístico do SPSS 10.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Estado da Saúde de Brasília, DF, sob o nº 088/2007.

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 278 pacientes queimados admitidos na Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte em Brasília, DF, durante o período de fevereiro de 2008 e fevereiro de 2009. Esses se constituíam de 192 homens e 86 mulheres. A taxa de mortalidade foi 5%. A média de idade foi 24 anos (variação entre 1-82 anos) e a média de superfície corporal queimada (SCQ)

foi 14% (variação entre 1-100%). Cento e cinquenta e dois pacientes (54,7%) apresentavam queimadura por chama, 96 (34,5%) por escaldadura, 25 (9%) por eletricidade e cinco (1,8%) por agentes químicos. A lesão por inalação esteve presente em nove (3,9%) pacientes.

Duzentos e quarenta e cinco pacientes permaneceram mais do que 72 horas na Unidade de Queimaduras e a média de permanência foi 12 dias (variação entre 1-86 dias).

Durante o período do estudo, 15 (5,4%) pacientes tinham história de tentativa de suicídio por queimadura. Em seis (40%) pacientes o óbito ocorreu de um a 52 dias após a lesão, com uma média de sobrevivência de 21 dias. Dez (66%) pacientes eram mulheres e 5 cinco (33,3%) pacientes eram homens. A média de idade foi 38 anos, com uma variação entre 15-65 anos.

O método escolhido para cometer o suicídio foi o uso de álcool, em dez (66,7%) pacientes, seguido de gasolina (três pacientes), e solvente orgânico (dois pacientes).

O local escolhido para tentativa de autoextermínio foi o domicílio em 73% dos casos. A SCQ variou de 12 a 86%, com uma média de  $38,7 \pm 26,1\%$ . Oitenta e três por cento dos casos eram casados e 53,3% eram provedores do lar.

As razões para a tentativa de suicídio foram conhecidas em todos os casos. A principal foi conflito matrimonial, em dez (66,7%) pacientes, seguida de depressão, em três (20%) pacientes, motivações políticas e desemprego. Neste grupo, apenas dois pacientes tinham história positiva para abuso de álcool ou substâncias. A desordem mental mais comum que levou à tentativa de autoextermínio por queimadura foi a depressão seguida de ansiedade.

A SCQ foi significativamente maior nos pacientes com queimaduras por tentativa de autoextermínio comparada à acidental. Outras variáveis mostraram-se significativamente mais frequentes nos pacientes com queimaduras autoinfligidas: a presença de bactéria multirresistente na ferida, as complicações infecciosas e a taxa de mortalidade (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

Existem diferentes métodos e meios de tentativa de autoextermínio. O uso de fogo para suicídio é incomum, porém não raro, mas está descrito como baixa incidência comparada a outros meios de tentativa de suicídio<sup>9</sup>.

O uso do fogo para suicídio está entre as mais dramáticas de todas as formas de suicídio, e tem um forte significado cultural e impacto político em vários países. Existem referências de autolesão associada com diferentes crenças, tais como o ritual Sati, na Índia, em que as viúvas se atiravam nas piras funerárias dos maridos mortos. Nos tempos mais modernos, a principal motivação para autoimolação são questões pessoais ou familiares<sup>2</sup>.

**Tabela 1** - Comparações entre pacientes com queimaduras acidentais e com queimaduras autoinfligidas internados no Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, no período de fevereiro de 2008 a fevereiro de 2009.

	Auto-extermínio N= 15	Acidental N=263	P
Idade (anos, desvio padrão)	38,0 ± 20,6	23,2 ± 20,4	0,007
Injúria por chama (% pacientes)	93,3%	52,9%	0,023
SCQ % (média,desvio padrão) *	38,7 ± 26,1	12,2 ± 12,1	<0,001
SCQ > 30% (% pacientes)	46,7	6,5	<0,001
Tempo de internação (dias, média, desvio padrão)	20,1 ± 14,8	11,8 ± 9,2	0,002
Bactéria Multirresistente na Ferida (% pacientes)	73,3	28,9	0,001
Complicações infecciosas (% pacientes) **	73,3	28,5	0,001
Sepse (% pacientes)	60,0	19,4	0,001
Mortalidade (% pacientes)	40,0	3,4	<0,001

\*SCQ=Superfície Corporal Queimada.

\*\* Incluem: Infecção da corrente sanguínea, pneumonia e/ou infecção na ferida.

O sexo e distribuição geográfica influenciam os métodos de suicídio. No Irã, a maioria dos suicídios é cometida por mulheres jovens e casadas, com o uso de gasolina<sup>1,4</sup>. Isto é semelhante no Cairo<sup>3</sup> e em outras populações asiáticas<sup>10</sup>.

Em relação à frequência de suicídios por queimadura comparada com outros métodos, esta representa 11% no Zimbábue e tornou-se o terceiro método de suicídio depois do uso de organofosforados e de antimaláricos<sup>11</sup>. Em Durban (África do Sul), 9,9% de todos os suicídios foram resultado de autossacrifício<sup>12</sup>. Por outro lado, na Alemanha, queimadura foi muito menos usada como meio de suicídio, representando apenas 0,76% de todos os suicídios em Berlim<sup>13</sup>. O significado e a interpretação da queimadura autoinfligida como método suicida, variaram de acordo com o país e são, provavelmente, devidas às diferenças culturais, religiosas e psicológicas.

Nosso estudo revelou que a tentativa de suicídio através de queimadura representa 5,4% do número total de pacientes com queimaduras que necessitaram de internação. A incidência de queimadura autoinfligida admitida em nossa Unidade de Queimaduras correlaciona-se estreitamente com os achados de Castelan *et al.*<sup>9</sup>, na Itália (4,4%). Enquanto nos países ocidentais a autolesão por queimadura é relativamente incomum, em algumas partes do mundo ela é a maior causa de queimaduras extensas e, conseqüentemente, de mortes por esta causa. Os índices mais altos de queimadura autoinfligida foram relatados na Índia (40%)<sup>2</sup>, Srilanka (25%)<sup>14</sup>, Egito (17%)<sup>3</sup> e Irã (14,5%)<sup>15</sup>.

Neste estudo, a maioria das pessoas que tentaram suicídio por meio de queimadura (66,7%) estava entre a faixa etária de 20 e 40 anos, semelhante a outros estudos<sup>9,16</sup>. Estes achados são perfeitamente compreensíveis porque pessoas nesta idade frequentemente incorrem em diferentes situações de risco (no trabalho, na meio so-

cial e no casamento) que podem gerar angústia ou uma resposta inesperada. Essas tentativas de suicídio são uma forma de encontrar uma saída para essas situações.

A maioria dos estudos revelou que problemas familiares (vícios do parceiro, diferenças de idade, pouca compreensão do parceiro, bigamia, falta de interesse familiar), carência afetiva e casamentos prematuros são as razões mais importantes que levam ao suicídio por queimadura, particularmente entre mulheres<sup>17</sup>.

Houve uma predominância masculina entre pessoas com queimadura por autoextermínio nos países europeus e no extremo leste da Ásia<sup>18-20</sup>. Em contraste, uma predominância feminina foi observada neste estudo na maioria dos países do Oriente Médio e na Índia. Nos EUA, nenhum sexo foi claramente dominante<sup>21</sup>.

A maioria dos pacientes em nosso estudo usou álcool para inflamar suas roupas. Por outro lado, combustíveis como gasolina, benzina e querosene foram os líquidos inflamáveis usados em 91% das tentativas de suicídios em Israel<sup>19</sup>, em 84,3% no Irã<sup>1</sup> e em 60,6% na Coreia<sup>20</sup>.

Neste estudo, a média de SCQ foi 38% entre os pacientes com tentativa de autoextermínio, enquanto em outros países, a extensão da queimadura nesses pacientes foi 41% no Reino Unido<sup>16</sup>, de 41% na Itália<sup>9</sup>, de 45% no Egito<sup>3</sup>, e de 65,5% no Irã<sup>1</sup>.

É possível que uma internação prolongada seja devido à extensão da queimadura, às complicações e às dificuldades comportamentais. Possivelmente a combinação de todos esses fatores resulte num longo período de internação e em uma lenta recuperação comparada com os pacientes com queimadura acidental.

A taxa de mortalidade por queimadura autoinfligida foi maior do que a população queimada em geral. Uma alta incidência de mortalidade para suicídio por queimadura foi um fenômeno comum em outros estu-

dos. A taxa de mortalidade de queimaduras por autoextermínio variou de 14% (EUA) a 90% (Índia)<sup>22</sup>. Neste estudo, 40% dos pacientes morreram. Esta taxa de mortalidade é mais baixa do que a encontrada no Irã (79,6%), mas semelhante à mortalidade que tem sido relatada na Bulgária (34,8%)<sup>23</sup>, na Alemanha (37,6%)<sup>24</sup>, no Reino Unido (44%)<sup>16</sup> e na Itália (38,7%)<sup>9</sup>. As razões para a alta mortalidade desses pacientes foram a extensão da queimadura, a presença de infecções complicadas e a resistência desses pacientes ao tratamento<sup>24</sup>. O desejo de morrer e a pouca colaboração tornam o prognóstico pior. Os suportes psiquiátrico e psicológico ajudam a manter o paciente colaborativo e assim facilita o trabalho realizado pelos médicos e enfermeiros.

A presença de doença psiquiátrica entre os pacientes de autolesão intencional por queimadura parece ser comum em países da Europa, América do Norte e Oriente Médio. A depressão foi o diagnóstico psiquiátrico mais frequente, seguido pela esquizofrenia<sup>18</sup>. A associação com problemas psiquiátricos, abuso de drogas ou álcool foi relatada previamente em outras séries<sup>22</sup>. Entretanto, os problemas interpessoais e a desarmonia conjugal pareceram ser a principal razão para autolesão por queimadura no Brasil, semelhante na Índia<sup>2,22</sup> e Zimbábue<sup>11</sup>. O protesto político é o motivo menos frequente<sup>18</sup>. No Brasil, a ignorância sobre as consequências sérias, ou mesmo fatais, de autoqueimadura intencional leva a uma significativa proporção dessas lesões, resultando em mortes não pretendidas<sup>25</sup>.

Vários incidentes de queimadura autoinfligida, como uma forma de protesto político, foram reportados na imprensa, especialmente nas décadas de 60 e 70. A motivação política foi verificada em apenas um paciente na nossa série de casos.

A intenção primária ao cometer autoinjúria por queimadura e automutilação é a busca de atenção. Este tipo de atitude é denominado de ativo-passividade e pode ser relacionada ao comportamento parassuicida. A ativo-passividade é a tendência a abordar problemas passivamente e desamparadamente mais do que ativamente e de forma determinante. O indivíduo tipicamente tenta aju-

dar os outros a resolver ou gerenciar seus problemas, mas é passivo em resolver seus próprios conflitos<sup>26</sup>.

Os pacientes com autolesão intencional por queimadura foram mais velhos, tiveram queimaduras mais extensas, longo período de internação, mais complicações infecciosas e maior taxa de mortalidade comparados aos pacientes com queimaduras acidentais. Além disso, o envolvimento de mulheres foi mais frequente em nossa Unidade.

São necessárias condições especiais no tratamento e no programa de reabilitação desses pacientes para evitar o óbito. Os pacientes que mantêm uma forte intenção destrutiva podem cooperar pouco com o tratamento e, de fato, eles raramente ou nunca colaboram durante a terapia. O suporte familiar, importante do ponto de vista psicológico, é geralmente pobre porque a maioria dos pacientes vive em isolamento afetivo.

Além disso, é fundamental padronizar o tratamento médico, psicológico, a avaliação psiquiátrica e as consultas para todos os pacientes. As evoluções precoces podem identificar necessidades de seguimento psiquiátrico, tanto hospitalar quanto ambulatorial, após a alta do paciente da Unidade de Queimados. A equipe deve desenvolver um plano para conduzir o potencial comportamento problemático e a possível não aderência ao tratamento inicial.

O manejo de pacientes com queimaduras causadas por tentativa de suicídio requer uma abordagem multidisciplinar e significativos suportes médico, financeiro, psicológico, ocupacional e social.

Os pacientes com autolesão por queimaduras apresentaram média de idade mais elevada, maior superfície corporal queimada, maior período de internação, mais complicações infecciosas e maior taxa de letalidade que os pacientes com queimaduras acidentais. Esses pacientes precisam de constante suporte psiquiátrico, o qual pode ser útil na prevenção de futuros episódios de autoagressão. A identificação de populações ou grupos de risco é de fundamental importância para uma abordagem terapêutica direcionada e para programas de prevenção.

## A B S T R A C T

**Objective:** To analyze the incidence, characteristics, behavior and mortality rate of patients with self-injury by burns admitted to the Burns Centre of Brasília, Federal District, Brazil. **Methods:** The study population consisted of burned patients consecutively admitted to the Burns Unit of Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, Federal District, Brazil, during the period from February 2008 to February 2009. Data were obtained on admission and were prospectively recorded during hospitalization. Patients were followed until discharge or death. **Results:** During the study period, 15 cases were admitted due to self-injury burns in the Unit. The mean age was  $38.0 \pm 20.6$  years, 66.7% of cases of self-injury burning were women. In most cases they were married, home providers and poor. The biggest reason was marital conflict. The mortality rate was 40%. The average burned body surface was  $38.7 \pm 26.1\%$ . Alcohol was used by 66.7% of patients to cause the burns. The average duration of treatment was  $20.1 \pm 14.8$  days. Self-injury burned patients had more extensive lesions, remained in hospital for longer periods and had worse prognosis. **Conclusion:** Patients with self-inflicted burns had a mean higher age, higher burned body surface, longer hospitalization, more infectious complications and higher mortality rate than patients with accidental burns. These patients need constant psychiatric support, which can be helpful in preventing future episodes of self-harm.

**Key words:** Therapeutical approaches. Self-injurious behavior. Wounds and injuries. Suicide, attempted. Burns.

## REFERÊNCIAS

1. Maghsoudi H, Garadagi A, Jafary GA, Azarmir G, Aali N, Karimian B, et al. Women victims of self-inflicted burns in Tabriz, Iran. *Burns* 2004; 30(3):217-20.
2. Wagle SA, Wagle AC, Apte JS. Patients with suicidal burns and accidental burns: a comparative study of socio-demographic profile in India. *Burns* 1999; 25(2):158-61.
3. Mabrouk AR, Mahmod Omar AN, Massoud K, Magdy Sheriff M, El Sayed N. Suicide by burns: a tragic end. *Burns* 1999; 25(4):337-9.
4. Taghaddosinejad F, Sheikhezadi A, Behnoush B, Reshadati J, Sabery SH. A survey of suicide by burning in Tehran, Iran. *Acta Med Iran* 2010; 48(4):266-72.
5. Lund CC, Browder NC. The estimation of areas of burns. *Surg Gynecol Obstet* 1944; 79: 352-8.
6. Soares de Macedo JL, Santos JB. Nosocomial infections in a Brazilian Burn Unit. *Burns* 2006; 32(4):477-81.
7. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *Am J Infect Control* 1988; 16(3):128-40. Erratum in: *Am J Infect Control* 1988; 16(4):177.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA; 1994.
9. Castellani G, Beghini D, Barisoni D, Marigo M. Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. *Burns* 1995; 21(8):607-9.
10. Sheth H, Dziejewski P, Settle JA. Self-inflicted burns: a common way of suicide in the Asian population: a 10 year retrospective study. *Burns* 1994; 20(4):334-5.
11. Mzezewa S, Jonsson K, Aberg M, Salemark L. A prospective study of suicidal burns admitted to the Harare burns unit. *Burns* 2000; 26(5):460-4.
12. Sukhai A, Harris C, Moorad RG, Dada MA. Suicide by self-immolation in Durban, South Africa: a five-year retrospective review. *Am J Forensic Med Pathol* 2002; 23(3):295-8.
13. Rothschild MA, Raatschen H, Schneider V. Suicide by self-immolation in Berlin from 1990 to 2000. *Forensic Sci Int* 2001; 124(2-3):163-6.
14. Laloë V, Ganesan M. Self-immolation a common suicidal behaviour in eastern Sri Lanka. *Burns* 2002; 28(5):475-80.
15. Panjeshahin MR, Lari AR, Talei A, Shamsnia J, Alaghebandan R. Epidemiology and mortality of burns in the South West of Iran. *Burns* 2001; 27(3):217-26.
16. Rashid A, Gowar JP. Self-inflicted burns: a sporadic phenomenon. *Burns* 2004; 30(8):833-5.
17. Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Yeganeh N, Soroush A, Bazargan-Hejazi S. Familial risk factors for self-immolation: a case-control study. *J Womens Health* 2009; 18(7):1025-31.
18. Laloë V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review. *Burns* 2004; 30(3):207-15.
19. Meir PB, Sagi A, Ben Yakar Y, Rosenberg L. Suicide attempts by self-immolation-our experience. *Burns* 1990; 16(4):257-8.
20. Suk JH, Han CH, Yeon BK. Suicide by burning in Korea. *Int J Soc Psychiatry* 1991; 37(2):141-5.
21. Antonowicz JL, Taylor LH, Showalter PE, Farrell KJ, Berg S. Profiles and treatment of attempted suicide by self-immolation. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(1):51-5.
22. Subrahmanyam M. Epidemiology of burns in a district hospital in western India. *Burns* 1996; 22(6):439-42.
23. Hadjiiski O, Todorov P. Suicide by self-inflicted burns. *Burns* 1996; 22(5):381-3.
24. Theodorou P, Phan VT, Weinand C, Maegele M, Maurer CA, Perbix W, et al. Suicide by burning: epidemiological and clinical profiles. *Ann Plast Surg* 2011; 66(4):339-43.
25. Marchesan WG, da Silva FF, Canalli JE, Ferreira E. Suicide attempted by burning in Brazil. *Burns* 1997; 23(3):270-1.
26. Zor F, Deveci M, Bozkurt M, Dikkatli S, Duman H, Sengezer M. Psychological evaluation of self-inflicted burn patients: suicide or parasuicide? *Burns* 2005; 31(2):178-81.

Recebido em 18/02/2011

Aceito para publicação em 13/05/2011

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhum

**Como citar este artigo:**

Macedo JLS, Rosa SC, Silva MG. Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. *Rev Col Bras Cir*. [periódico na Internet] 2011; 38(6). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

**Endereço para correspondência:**

Jefferson Lessa Soares de Macedo

E-mail: [jlsmacedo@yahoo.com.br](mailto:jlsmacedo@yahoo.com.br)