



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

CATIANO PLAQUITKEN

**IDEAÇÃO SUICIDA, ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA CRISE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

PASSO FUNDO, RS

2019

CATIANO PLAQUITKEN

**IDEAÇÃO SUICIDA, ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA CRISE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
como requisito para obtenção de Título de
Médico na Universidade Federal da Fronteira
Sul.

Orientador: Professor Msc José Ribamar
Fernandes Saraiva Júnior

PASSO FUNDO, RS

2019

CATIANO PLAQUITKEN

**IDEAÇÃO SUICIDA, ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA CRISE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de
Título de Médico na Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Professor Msc. José Ribamar Fernandes Saraiva Júnior

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.

Prof.

Prof.

PROGRAD/DBIB - Divisão de Bibliotecas

Plaquitken, Catiano. Ideação suicida, estratégias de intervenção na crise na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática / Catiano Plaquitken. -- 2019.
28 f.

Orientador: Professor Msc. José Ribamar Fernandes Saraiva Júnior.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Medicina, Passo Fundo, RS, 2019

1. Ideação suicida. 2. Intervenção na atenção primária. 3. Prevenção do suicídio. I. Saraiva, Professor Msc José Ribamar Fernandes Júnior, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Introdução: o presente trabalho trata-se de uma revisão sistemática, que explora sobre a abordagem da ideação suicida e formas de intervenções na atenção básica em saúde. Indubitavelmente é alarmante o número de pessoas que atualmente praticam o suicídio. Conforme a Organização Mundial de Saúde - OMS (World Health Organization / WHO) o suicídio ocupa o segundo lugar entre as mortes mais violentas do mundo, tornando-se um problema de saúde pública, dentre as práticas de suicídio, em sua grande maioria é portadora de alguma patologia de fundo também psiquiátrico, assim como problemas familiares, financeiros, sociais, entre outros. **Objetivo Geral:** determinar quais estratégias de abordagem da pessoa em crise de ideação suicida tem melhor aplicabilidade e eficácia no atendimento na atenção primária em saúde. **Metodologia:** as bases de dados utilizadas foram Medline, abrangendo estudos sem um período específico. Os descritores utilizados para pesquisa nas bases de dados foram: Primary Health Care; Crisis Intervention; Suicide Attempted. A decisão sobre inclusão de itens envolvia duas etapas: I) triagem a partir de títulos e resumos, II) seção de leitura dos métodos ou leitura do texto completo. A classificação de itens incluídos ou excluídos foi realizada por dois revisores de forma independente. As discrepâncias foram resolvidas em consenso. **Resultados:** a busca identificou 35 documentos, na primeira triagem, restaram 17 documentos incluídos. Posteriormente, foram selecionados 3 artigos nessa revisão. **Conclusão:** há pouca literatura disponível sobre estratégias de acolhimento e atendimento de pacientes em crise de ideação suicida na rede de atenção básica em saúde. Por ser a grande porta de entrada para os usuários do sistema de saúde brasileiro, é importante que as equipes se capacitem para identificar e melhor conduzir esses casos e minimizar suicídios.

Palavras-chave: Ideação suicida; Atenção básica em saúde; Intervenção em saúde;

ABSTRACT

Introduction: The present work is a systematic review that explores the approach of suicidal ideation and forms of interventions in primary health care. Undoubtedly the number of people currently committing suicide is alarming. According to the World Health Organization - WHO (World Health Organization / WHO), suicide ranks second among the most violent deaths in the world, becoming a public health problem. some psychiatric background, as well as family, financial, social problems, among others. **General Objective:** To determine which strategies to approach the person in crisis of suicidal ideation have the best applicability and effectiveness in primary health care. **Methodology:** The databases used were Medline, covering studies without a specific period. The descriptors used for searching the databases were: Primary Health Care; Crisis Intervention; Suicide Attempted. The decision to include items involved two steps: I) screening from titles and abstracts, II) reading the methods or reading the full text. The classification of included or excluded items was performed by two reviewers independently. The discrepancies were resolved by consensus. Results: The search identified 35 documents, in the first screening, 17 documents were left. Subsequently, 3 articles were selected in this review. **Conclusion:** there is little literature available on strategies for the reception and care of patients with suicidal ideation crisis in the primary health care network. As the major gateway for users of the Brazilian health system, it is important for teams to be able to identify and better conduct these cases and minimize suicides.

Keywords: Suicidal ideation; Basic health care; Health intervention;

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	DESENVOLVIMENTO	10
2.1	PROJETO DE PESQUISA	10
2.1.1	Resumo	10
2.1.2	Tema	10
2.1.3	Problema	10
2.1.4	Hipóteses	10
2.1.5	Objetivos	10
2.1.6	Justificativa	10
2.1.7	Referencial teórico	11
2.1.7.1	Ideação suicida, estratégias de intervenção na crise na atenção básica	11
2.1.8	Metodologia	15
2.1.8.1	Tipo de estudo	15
2.1.8.2	Local e período de realização	15
2.1.8.3	População e amostragem	15
2.1.8.4	Variáveis e instrumentos de coleta de dados	16
2.1.8.5	Processamento, controle de qualidade e análise de dados	16
2.1.8.6	Aspectos éticos	17
2.1.9	Recursos	17
2.1.10	Cronograma	18
2.1.11	Referências	19
2.1.12	Apêndice	20
2.1.12.1	Ficha de coleta de dados	20
3	RELATÓRIO DE ATIVIDADES	21
4	ARTIGO CIENTÍFICO	22
5	ANEXOS	32

1. INTRODUÇÃO

As causas do suicídio são complexas e envolvem inter-relações entre fatores psicológicos, biológicos, sociais e ambientais no contexto de experiências negativas pessoais ao longo da vida, geralmente agravadas por dificuldades recentes. A morte prematura por suicídio tem muitas consequências negativas para a família, amigos e a sociedade em geral (Magalhães et al, 2014).

Dessa forma o comportamento suicida representa um problema global de saúde pública, sendo sua prevenção um grande desafio para os serviços de saúde em todos os níveis. É difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio, enquanto outras em situação similar ou pior não o fazem. Contudo a maioria dos suicídios pode ser prevenida (Soares, 2003).

Segundo Soares (2003), o suicídio é agora uma grande questão de Saúde Pública em todos os países. Capacitar a equipe de atenção primária à saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), somente em 2012, o suicídio foi responsável pela morte de, aproximadamente, 800 mil pessoas em todo o mundo e, atualmente, a cada 40 segundos, acontece uma nova morte. Tais dados podem se tornar ainda mais alarmantes se considerada a escassez e a imprecisão das estatísticas referentes às tentativas de suicídio.

Na maioria dos países, tal fenômeno se configura como uma das principais causas de morte, sobretudo, em relação à população na faixa-etária de 15 a 29 anos, na qual é a segunda causa de morte mais frequente. Sobre este aspecto, estima-se que para cada caso de suicídio, há mais de 20 casos de tentativas, o que exerce considerável impacto nos serviços de saúde (OMS, 2014).

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média, um único suicídio, afeta pelo menos outras seis pessoas (Costa & Bigras, 2007). Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas.

De acordo com Costa & Bigras (2007) há pesquisas na área que tem sugerido que entre 40 e 60% das pessoas que cometeram o suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio; destes, a maioria foi a um clínico geral, e não a um psiquiatra. Em países nos quais os serviços de saúde mental não estão bem organizados, a

proporção de pessoas em crises suicidas que consultam um clínico geral provavelmente é maior.

Identificar, avaliar e manejar pacientes suicidas é uma importante tarefa do médico, que tem um papel fundamental na prevenção do suicídio.

Neste contexto, a presente revisão de literatura busca, em linhas gerais, analisar a literatura disponível e verificar as principais estratégias já adotadas em serviços de atenção primária em saúde, verificando sua aplicabilidade e eficácia.

Com o melhor conhecimento dessas estratégias é possível delinear e adaptar às diferentes realidades de cada região em que há atendimento de unidades básicas de saúde.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 RESUMO

Trata-se de uma revisão da literatura científica a ser realizada com a seguinte problemática: quais estratégias adotadas na atenção básica existem para abordar a crise de ideação suicida? O estudo será baseado em pesquisas no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline). A pesquisa incluirá artigos publicados sem uma data específica. Os descritores usados serão: Primary Health Care; Crisis Intervention; Suicide Attempted.

Palavras-chave: Ideação suicida; prevenção ao suicídio; cuidados na atenção primária em saúde.

2.1.2 TEMA

Ideação suicida, estratégias de intervenção na crise na atenção básica.

2.1.3 PROBLEMA

Quais as principais estratégias adotadas em unidades de atenção primária em saúde para a prevenção de crises de ideação suicida?

2.1.4 HIPÓTESES

As estratégias de abordagem ao paciente com ideação suicida contribuem para uma redução no número de suicídios tentados e consumados.

2.1.5 OBJETIVOS GERAIS

Determinar quais estratégias de abordagem da pessoa em crise de ideação suicida tem melhor aplicabilidade e eficácia no atendimento na atenção primária em saúde.

2.1.6 JUSTIFICATIVA

Uma das piores coisas que um médico tem que enfrentar é o suicídio de um paciente. As reações comumente vivenciadas pelos médicos que passaram por este evento são descrença, perda de confiança, raiva e vergonha. O suicídio de um paciente

pode desencadear sentimentos de inadequação profissional, dúvidas sobre a própria competência e medo de perder a reputação.

Dessa forma é importante reconhecer estratégias e ferramentas para divulgar e implementar na atenção primária em saúde, dando um reforço no aporte técnico-teórico para o médico e uma segurança e oportunidade de intervenção para o paciente.

2.1.7 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.7.1 Ideação suicida:

Suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio, enquanto outras em situação similar ou pior não o fazem. Contudo a maioria dos suicídios pode ser prevenida (Magalhães et al, 2014).

Suicídio é agora uma grande questão de Saúde Pública em todos os países. Capacitar a equipe de atenção primária à saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio (Botega et al, 2006).

O enfoque na equipe de atenção primária à saúde é uma boa estratégia, pois: a equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local; a equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde. Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde. O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações. Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado. É também a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitarem. Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde.

SUICÍDIO E TRANSTORNOS MENTAIS

Estudos tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento revelam dois importantes fatores relacionados ao suicídio (Azevedo & Matos, 2014).

Primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo, suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. Esses são os grupos diagnósticos, em ordem decrescente de risco de: depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (antissocial e borderline com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes); esquizofrenia e o transtorno mental orgânico;

Apesar de a maioria das pessoas com risco de suicídio apresentarem transtorno mental, a maioria não procura um profissional de saúde mental, mesmo em países desenvolvidos, segundo Botega et al (2006). Assim, o papel da equipe de atenção primária à saúde torna-se vital.

DEPRESSÃO

Depressão é o diagnóstico mais comum em suicídios consumados. Todos se sentem deprimidos, tristes, solitários e instáveis de tempos em tempos, mas marcadamente esses sentimentos passam (Azevedo & Matos, 2014). Contudo, quando os sentimentos são persistentes e interferem na vida normal, usual da pessoa, eles tornam-se sentimentos depressivos e levam a um de transtorno depressivo. Alguns dos sintomas comuns de depressão são: sentir-se triste durante a maior parte do dia, diariamente; perder o interesse em atividades rotineiras; perder peso (quando não em dieta) ou ganhar peso; dormir demais ou de menos ou acordar muito cedo; sentir-se cansado e fraco o tempo todo; sentir-se inútil, culpado e sem esperança; sentir-se irritado e cansado o tempo todo; sentir dificuldade em concentrar-se, tomar decisões ou lembrar-se das coisas; ter pensamentos frequentes de morte e suicídio.

PORQUE A DEPRESSÃO É IGNORADA?

Apesar de uma grande variedade de tratamentos estarem disponíveis para depressão, existe muitas razões para que esta doença seja frequentemente não diagnosticada: as pessoas frequentemente ficam constrangidas em admitir que estejam deprimidas, porque veem os sintomas como um “sinal de fraqueza”. As pessoas estão familiarizadas com os sentimentos associados à depressão e, então, não são capazes de reconhecê-los como doença. A depressão é mais difícil de diagnosticar quando a pessoa tem outra doença física. Pacientes com depressão podem apresentar-se com uma ampla variedade de dores e queixas vagas.

ALCOOLISMO

Pessoas dependentes de álcool que cometem suicídio não só começam a beber em idade precoce e bebem intensamente, como também vêm de famílias de alcoolistas.

Abuso de substâncias químicas tem sido encontrado cada vez mais em adolescentes que começam a ter comportamentos suicidas. Cerca de um terço dos casos de suicídio estão ligados à dependência do álcool; 5 - 10% das pessoas dependentes de álcool terminam sua vida pelo suicídio; no momento do ato suicida, muitos se apresentam sob a influência do álcool.

Caracteristicamente, pessoas com problemas relacionados ao álcool que cometem suicídio são preferencialmente as que: iniciaram o consumo de álcool em idade bem jovem; vêm consumindo álcool por um longo período; bebem em grandes quantidades; têm uma saúde física pobre; sentem-se deprimidas; têm vidas pessoais perturbadas e caóticas; sofreram uma grande perda interpessoal recente, como separação da mulher e/ou família, divórcio ou perda da pessoa amada; têm um desempenho limitado no trabalho.

ESQUIZOFRENIA

O índice de suicídios é mais alto em pessoas com esquizofrenia do que a população geral. Aproximadamente 10% dos esquizofrênicos acabam cometendo suicídio, especialmente jovens do sexo masculino.

Esquizofrenia é caracterizada por distúrbios na fala, pensamento, audição ou visão, higiene pessoal e comportamento social. Em resumo, por uma mudança drástica no comportamento e/ou sentimentos, ou por ideias estranhas (Azevedo & Matos, 2014).

Esquizofrênicos têm um aumento no risco de suicídio se eles: são jovens, solteiros, homens desempregados; estão nos estágios iniciais da doença; encontram-se deprimidos; propensos a recaídas frequentes; altamente instruídos; paranoides (cismados). Esquizofrênicos são mais propensos ao suicídio nos seguintes períodos: nos estágios iniciais da doença, quando estão confusos e/ou perplexos; no início da recuperação, quando externamente seus sintomas estão melhores, mas internamente eles sentem-se vulneráveis; no início de uma recaída, quando achavam que tinham superado o problema, mas os sintomas retornaram e logo que recebem alta hospitalar.

DOENÇAS FÍSICAS E SUICÍDIO

Alguns tipos de doenças físicas são associados a um aumento das taxas de suicídio, tais como epilepsia, trauma medular ou craniano e acidente vascular cerebral, câncer, HIV e AIDS e Condições Crônicas.

O ESTADO MENTAL E O SUICÍDIO

De acordo com Aquino (2009), três características em particular são próprias do estado das mentes suicidas:

1. Ambivalência: A maioria das pessoas já teve sentimentos confusos de cometer suicídio. O desejo de viver e o desejo de morrer batalham numa gangorra nos indivíduos suicidas. Há uma urgência de sair da dor de viver e um desejo de viver. Muitas pessoas suicidas não querem realmente morrer - é somente porque elas estão infelizes com a vida. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminui.

2. Impulsividade: Suicídio é também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos ou horas. É usualmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o desejo suicida.

3. Rigidez: Quando pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, quer dizer: elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Elas pensam rígida e drasticamente.

A maioria das pessoas suicidas comunica seus pensamentos e intenções suicidas (Botega et al, 2006). Elas frequentemente dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos estes pedidos de ajuda não podem ser ignorados. Quaisquer que sejam os problemas, os sentimentos e pensamentos da pessoa suicida tendem a serem os mesmos em todo o mundo.

2.1.8 METODOLOGIA

2.1.8.1 Tipo de estudo

Revisão sistemática de literatura.

2.1.8.2 Local e período de realização do estudo

Passo Fundo, RS, de Agosto a Outubro de 2019.

2.1.8.3 População e Amostragem

A amostragem final do estudo compreende uma revisão de 3 artigos principais coletados nas bases de dados Medline, Web of Science e Psycinfo abrangendo estudos sem data delimitada.

Inicialmente foram inclusos um total de 35 artigos, sendo excluídos 17 deles após análise inicial por dois estudantes, em seguida após leitura completa dos estudos, permaneceram um total de 3 artigos.

Além destes, a revisão sistemática inclui variados estudos mencionados na referência bibliográfica para um desenvolvimento de introdução e resumo.

Critérios de inclusão

Artigos publicados encontrados com a aplicação dos filtros, sem delimitação de data. Os artigos devem incluir obrigatoriamente os temas (“primary health care” ou “primary health care” ou “Healthcare, Primary” ou “Primary Care” ou “Care, Primary”) e (“Crisis Intervention” ou “Crisis Interventions” ou “Interventions, Crisis” ou OR “Critical Incident Stress Debriefing”) e (“suicide, attempted”). Também foram incluídos estudos clínicos.

Critérios de exclusão

Artigos de revisão, estudos de intervenção e pesquisa qualitativa foram excluídos.

2.1.8.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados será feita a partir das bases Medline, Web of Science e Psycinfo abrangendo estudos sem delimitação de datas.

Os descritores utilizados para pesquisa nas bases de dados foram: Primary Health Care; Crisis Intervention; Suicide Attempted.

Após a coleta referente aos primeiros artigos haverá uma análise feita em períodos diferentes por dois alunos diferentes, ambos da área da saúde para selecionar um número adequado de artigos que incluam apenas os termos previamente determinados.

Em seguida, haverá nova análise pelos mesmos alunos, novamente em períodos diferentes para uma nova filtragem e exclusão de artigos que não se encaixem no assunto predefinido pelos critérios de exclusão.

2.1.8.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os artigos coletados serão duplamente analisados. Para fins de análise serão consideradas como variáveis dependentes: fatores de risco para suicídio, doenças mentais associadas, condições sociais da pessoa; e como independentes: ideação suicida identificada.

Extração dos dados e avaliação da qualidade metodológica dos estudos elegíveis

Para extrair os dados dos estudos selecionados, usaremos o Formulário de Extração de Dados de Ensaio Clínico. Este questionário será aplicado em todos os estudos selecionados, individualmente, afim de garantir homogeneidade na coleta de dados, garantido mais fidelidade ao trabalho. (Apêndice I). Os itens avaliados em cada estudo serão: autor e ano de publicação; desenho metodológico; número de sujeitos; mascaramento dos participantes e investigadores; período de estudo; principais resultados.

Modelo esquemático da triagem de seleção dos artigos

A figura apêndice I resume de maneira esquemática a triagem de seleção dos artigos encontrados para revisão sistemática.

2.1.8.6 Aspectos éticos

O projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e obedecerá à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados serão referentes a artigos publicados nas bases de dados pré-definidas sem delimitação de data. Será solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo motivo de não haver utilização de prontuários, já que a pesquisa trata de uma revisão sistemática.

Riscos: Não há riscos diretos a nenhum paciente já que a pesquisa será feita residencialmente sem o contato direto e/ou presencial com pacientes, apenas serão analisados artigos já publicados. Caso ocorra a identificação de qualquer paciente, o estudo será imediatamente interrompido.

Benefícios: Há um benefício direto no sentido de que a divulgação dos resultados do estudo poderá propiciar a qualificação dos atendimentos de pessoas com ideação suicida na rede de atenção primária em saúde. Salienta-se que tais medidas preventivas, podem levar à diminuição importante dos custos dos serviços de saúde.

2.1.9 RECURSOS

Orçamento				
Item	Unidade	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Caneta	Embalagem com 3	2	R\$ 4,72	R\$ 9,44
Lápis	Embalagem com 4	2	R\$ 16,11	R\$ 32,22
Borracha	3	3	R\$ 0,50	R\$ 1,50
Folha/ Papel	Embalagem com 500	2	R\$ 19,80	R\$ 39,60
Agenda	1	1	R\$ 5,00	R\$ 5,00
TOTAL	R\$87,76			

*Valor calculado com preços de mercado vigente no terceiro trimestre de 2019

FONTE: Elaborado pelo autor (2019)

Observação: Os custos supracitados são de inteira responsabilidade do acadêmico da equipe de pesquisa.

2.1.10 CRONOGRAMA

ATIVIDADE/ MÊS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Redação do protocolo de pesquisa									X	X	X	
Revisão e atualização de literatura									X	X	X	
Submissão do projeto ao CEP												
Coleta de dados									X	X		
Análise dos dados										X	X	
Redação do relatório, TCC e artigo									X	X	X	

Fonte: elaborado pelo autor, 2019

ATIVIDADE/ MÊS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Coleta de dados									X	X		
Análise dos resultados										X		
Redação de relatório, TCC e artigo										X	X	

Fonte: elaborado pelo autor, 2019

2.1.11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, T. A. A. De. **Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos** (Tese de doutorado, UFPB & UFRN). Disponível em http://www.vvgouveia.net/en/images/Teses/Aquino_T._A._A._2009.pdf. 2009

AZEVEDO, A., & MATOS, A. P. **Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes**. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 179-190. 2014

BOTEGA, N. J., WERLANG, B. S. G., CAIS, C. D. S., & MACEDO, M. M. K. **Prevenção do comportamento suicida**. *Psico*, 37, 213-220. Disponível em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161562>. 2006

COSTA, M. C. O., & BIGRAS, M. **Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1101-1109. doi: 10.1590/S1413-81232007000500002. 2007

MAGALHÃES, A. P. N. de, de MEDEIROS A., V., COMASSETTO, I., LIMA, P. C., MANCUSSI, A. C., & FARO, A. E. N. **Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63, 16-22. doi: 10.1590/0047-2085000000003. 2014

SOARES, F. N. **Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo** (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The World Health Report: Shaping the future*. Genebra, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A cada três segundos ocorre um suicídio no mundo/Arma em casa é situação de risco/Sentimentos contraditórios/Registros oficiais de casos não são confiáveis**. Paraná, 2009.
Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br>

2.1.12 APÊNDICE

2.1.12.1 APÊNDICE I - Ficha de coleta de dados de ensaios clínicos

ARTIGO 1

Título do artigo

Autor e ano de publicação

Desenho metodológico

Número de sujeitos

Período de estudo

Duplo cego?

**Houve descrição das
perdas e exclusões?**

**As limitações foram
descritas?**

Principais resultados

3 RELATÓRIO DE ATIVIDADES

As atividades deste relatório foram desenvolvidas ao longo do semestre em reuniões com o orientador e o segundo revisor.

Primeiramente foi ratificado o tema para revisão sistemática, baseado na formulação do Projeto de Pesquisa realizado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC-I).

Após seguiu-se na pesquisa por artigos de revisão na base de dados selecionada (Medline), com a aplicação de filtros conforme descrito no projeto de pesquisa. Dos artigos listados, foram selecionados os artigos completos em língua inglesa ou portuguesa. Passando então à leitura dos resumos e seleção dos artigos mais relevantes para leitura completa e análise.

Procedeu-se a confecção do artigo científico e seleção da revista para publicação, sendo selecionada a **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Ideação Suicida, Estratégias De Intervenção Na Crise Na Atenção Primária Em Saúde: Uma Revisão Sistemática.

Suicidal Ideation, Intervention Strategies In The Crisis In Primary Health Care: A Systematic Review.

Catiano Plaquitken, acadêmico do curso de medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

José Ribamar Fernandes Saraiva Júnior, médico especialista em Psiquiatria, médico especialista em Saúde da Família e Comunidade, mestre em ciências da saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondência:

Catiano Plaquitken, acadêmico de Medicina.

Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, Rua Capitão Araújo, 204-346, Centro, Passo Fundo – RS, CEP 99010-200.

E-mail: catianopla@gmail.com Tel: +55 54 99613-0840.

**Artigo escrito nas normas da Revista de Psiquiatria do RS*

**IDEAÇÃO SUICIDA, ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA CRISE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

**SUICIDAL IDEATION, INTERVENTION STRATEGIES IN THE CRISIS IN
PRIMARY HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW.**

Catiano Plaquitken, acadêmico do curso de medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

José Ribamar Fernandes Saraiva Júnior, médico especialista em Psiquiatria, médico especialista em Saúde da Família e Comunidade, mestre em ciências da saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondência: Catiano Plaquitken, acadêmico de Medicina.
Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, Rua Capitão Araújo,
204-346, Centro, Passo Fundo – RS, CEP 99010-200.
E-mail: catianopla@gmail.com Tel: +55 54 99613-0840.

RESUMO

O presente trabalho constitui-se de uma revisão sistemática, que busca verificar os estudos sobre a abordagem da ideação suicida na atenção básica em saúde e suas formas de intervenção. Sabe-se que atualmente vem crescendo de forma alarmante o número de pessoas que praticam o suicídio. Conforme OMS o suicídio ocupa o segundo lugar entre as mortes mais violentas do mundo e se torna um problema de saúde pública. A pessoa que tenta praticar o suicídio na maioria das vezes é portadora de alguma patologia psiquiátrica. Vários são os fatores envolvidos, desde problemas familiares, financeiros, sociais, entre outros. As bases de dados utilizadas foram PubMed, abrangendo estudos sem um período específico. Os descritores utilizados para pesquisa nas bases de dados foram: Primary Health Care; Crisis Intervention; Suicide Attempted. A decisão sobre inclusão desses itens envolvia duas etapas: I) triagem a partir de títulos e resumos, II) seção de leitura dos métodos ou leitura do texto completo. A classificação de itens incluídos ou excluídos foi realizada por dois revisores de forma independente. As discrepâncias foram resolvidas em consenso. A busca identificou 35 documentos, na primeira triagem 17 documentos foram incluídos. Posteriormente, acabamos incluindo 3 artigos nessa revisão. Verificou-se que um bom treinamento de equipes

multidisciplinares no acolhimento e a disponibilidade de recursos para atendimento de pacientes em risco contribuíram para melhor desfecho dessas pessoas.

Palavras-chave: Ideação suicida; Atenção básica em saúde; Intervenção em saúde;

ABSTRACT

The present work is a systematic review that seeks to verify the studies on the approach of suicidal ideation in primary health care and its forms of intervention. It is known that the number of people who commit suicide is growing alarmingly now. According to WHO suicide ranks second among the most violent deaths in the world and becomes a public health problem. The person who tries to commit suicide most often has some psychiatric pathology. There are several factors involved, from family, financial, social problems, among others. The databases used were PubMed, covering studies without a specific period. The descriptors used for searching the databases were: Primary Health Care; Crisis Intervention; Suicide Attempted. The decision to include these items involved two steps: I) sorting from titles and abstracts, II) reading the methods or reading the full text. The classification of included or excluded items was performed by two reviewers independently. The discrepancies were resolved by consensus. The search identified 35 documents, in the first screening 17 documents were included. Later, we ended up including 3 articles in this review. Good training of multidisciplinary teams in care and the availability of resources to care for patients at risk contributed to a better outcome of these people.

Keywords: Suicidal ideation; Basic health care; Health intervention;

INTRODUÇÃO

As causas do suicídio são complexas e envolvem inter-relações entre fatores psicológicos, biológicos, sociais e ambientais no contexto de experiências negativas pessoais ao longo da vida, geralmente agravadas por dificuldades recentes⁵. A morte prematura por suicídio tem muitas consequências negativas para a família, amigos e a sociedade em geral. Dessa forma o comportamento suicida representa um problema global de saúde pública, sendo sua prevenção um grande desafio para os serviços de saúde em todos os níveis¹.

Suicídio é agora uma grande questão de Saúde Pública em todos os países. Capacitar a equipe de atenção primária à saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), somente em 2012, o suicídio foi responsável pela morte de, aproximadamente, 800 mil pessoas em todo o mundo e, atualmente, a cada 40 segundos, acontece uma nova morte. Tais dados podem se tornar ainda mais alarmantes se considerada a escassez e a imprecisão das estatísticas referentes às tentativas de suicídio. Na maioria dos países, tal fenômeno se configura como uma das principais causas de morte, sobretudo, em relação à população na faixa-etária de 15 a 29 anos, na qual é a segunda causa de morte mais frequente. Sobre este aspecto, estima-se que para cada caso de suicídio, há mais de 20 casos de tentativas, o que exerce considerável impacto nos serviços de saúde³.

Um estudo europeu mostrou que muitos suicídios ocorrem no contexto de doenças psiquiátricas, com um risco atribuível à população de tentativas de suicídio ao longo da vida em 28% no transtorno depressivo maior (MDD)⁶. Isso sublinha a importância de um reconhecimento e tratamento eficazes. De acordo com um estudo da OMS¹, a depressão está no topo da lista de distúrbios que contribuem para a carga global de doenças.

Há pesquisas na área que tem sugerido que entre 40 e 60% das pessoas que cometeram o suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio; destes, a maioria foi a um clínico geral, e não a um psiquiatra⁴. Em países nos quais os serviços de saúde mental não estão bem organizados, a proporção de pessoas em crises suicidas que consultam um clínico geral provavelmente é maior.

Identificar, avaliar e manejar pacientes suicidas é uma importante tarefa do médico, que tem um papel fundamental na prevenção do suicídio⁷.

Neste contexto, a presente revisão de literatura busca, em linhas gerais, analisar a literatura disponível e verificar as principais estratégias já adotadas em serviços de atenção primária em saúde, verificando sua aplicabilidade e eficácia.

Com o melhor conhecimento dessas estratégias é possível delinear e adaptar às diferentes realidades de cada região em que há atendimento de unidades básicas de saúde.

MÉTODOS

A revisão sistemática foi conduzida de acordo com os critérios PRISMA14. Os estudos foram identificados através de pesquisa na base de dados: PubMed/MEDLINE, até 25 de setembro de 2019. Foram considerados os artigos encontrados na busca, bem como os artigos relacionados a esses. Os critérios de inclusão adotados por esta revisão foram os estudos sobre ideação suicida e suas estratégias de atendimento na crise na atenção primária em saúde, que fossem originais, completos e disponíveis online escritos em português e inglês do ano 2000 a 2019. Foram excluídos desta revisão os artigos do tipo metanálise, de revisão e os duplicados. Foram encontrados 35 resultados na busca, sendo selecionados 3 (ver figura 1).

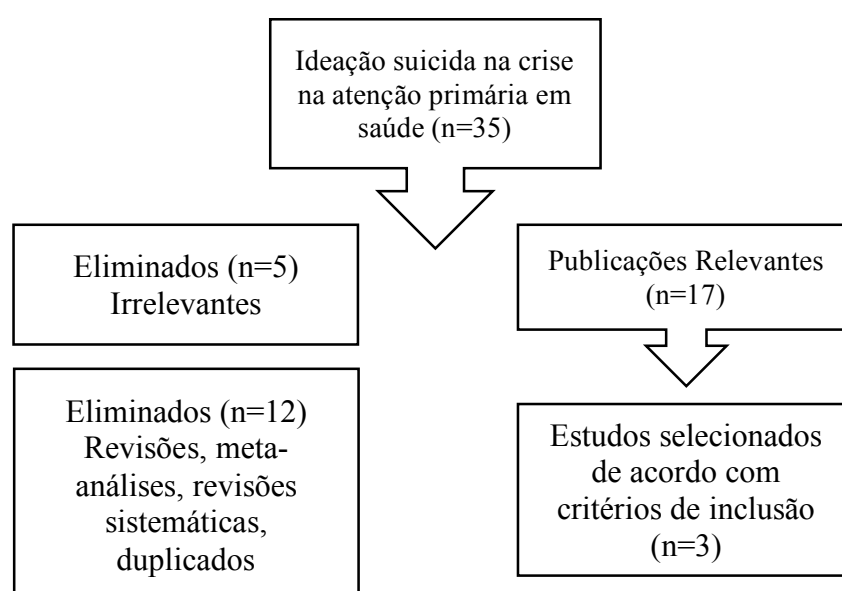


Figura 1 – Fluxograma da revisão sistemática

RESULTADOS

A estratégia de busca identificou 35 documentos, não incluindo duplicados ou triplicados nas bases de dados. Na primeira triagem 17 documentos foram incluídos, e, na segunda triagem, a partir da leitura de métodos ou do texto integral, apenas 3 documentos preencheram os critérios de elegibilidade e foram analisados.

Desses trabalhos, verificamos as principais formas de abordagem do paciente sob-risco ou que apresente ideações suicidas.

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais estão se debatendo.

No nível da atenção primária, verificou-se que uma melhoria no reconhecimento da depressão e na avaliação do risco de suicídio pelos clínicos gerais é um componente importante da prevenção do suicídio⁴. Esta recente revisão sistemática confirma que o aumento das taxas de prescrição de antidepressivos e as taxas de suicídio significativamente reduzidas são refletidas em estudos que examinam o reconhecimento e o tratamento da depressão em relação ao comportamento suicida após os programas de educação para o grupo multidisciplinar. Presume-se que o mecanismo aqui envolva geralmente o reconhecimento e o tratamento melhorados dos problemas mentais subjacentes.

Os distúrbios psiquiátricos estão presentes em pelo menos 90% dos suicídios e até 80% desses casos não são tratados no momento da morte⁴. Estudos também indicam que o tratamento farmacológico pode contribuir significativamente para a diminuição do risco suicida em indivíduos com vários transtornos mentais¹. A nova geração de psicotrópicos (inibidores seletivos da recaptção da serotonina, ISRS; inibidores da recaptção da serotonina-noradrenalina, SNRIs; antidepressivos de ação dupla; ansiolíticos de alta potência; ansiolíticos de alta potência; antipsicóticos atípicos) tem potencial para tratamento seguro e eficaz, seja a curto ou a longo prazo. Muitas formas diferentes de psicoterapia foram avaliadas em estudos revisados, no entanto, com uma exceção (terapia cognitivo-comportamental), nenhuma foi encontrada com sucesso na redução dos riscos de suicídio¹.

Ao examinar a conscientização pública como um nível de intervenção preventiva¹, observam que as campanhas de educação pública visam principalmente melhorar o reconhecimento do risco de suicídio e o comportamento de busca de ajuda, promovendo uma compreensão mais clara das causas e fatores de risco para o comportamento suicida, particularmente doenças mentais.

Em termos de saúde pública, uma abordagem para prevenção de suicídio delineada pelas políticas públicas poderia ser usada para rastrear pessoas em risco de comportamento suicida e depressão¹. Até o momento, nenhum estudo publicado avaliou a eficácia do rastreamento do risco de suicídio em adultos ou crianças e adolescentes na atenção primária. Embora uma revisão dos estudos de rastreamento da depressão não tenha encontrado evidências de que o rastreamento isolado de rotina na atenção primária melhore os cuidados de depressão na ausência de um acompanhamento adequado⁴, há bastante evidência de melhores resultados de depressão se esses recursos estiverem disponíveis ou quando o tratamento for oferecido apenas a indivíduos com escores acima de certos limites.

A restrição de meios foi identificada como outro elemento importante na prevenção do suicídio. Foi demonstrado que as mortes por suicídio como consequência de métodos com alta letalidade diminuem após o acesso a eles ser restrito².

DISCUSSÃO

Se o paciente está emocionalmente perturbado, com pensamentos suicidas vagos, a oportunidade de falar sobre estes pensamentos e sentimentos com um médico que mostre preocupação pode ser suficiente. No entanto, uma oportunidade para seguimento deve ser dada, particularmente se o paciente tem suporte social inadequado. Seja qual for o problema, os sentimentos de uma pessoa suicida normalmente são uma tríade de desesperança, desamparo e desespero.

Esta revisão de três revisões sistemáticas sobre prevenção de suicídio produziu evidências da efetividade real ou potencial de vários tipos de intervenções preventivas: (1) o treinamento de clínicos gerais no reconhecimento e tratamento de transtornos mentais, especialmente depressão unipolar e bipolar; (2) campanhas de conscientização, desde que haja um caminho claro e rápido para o tratamento; (3) o treinamento de porteiros e facilitadores da comunidade no reconhecimento da ideação suicida e na ajuda às pessoas em risco a acessar serviços apropriados; (4) melhoria dos serviços de saúde direcionados às pessoas em risco, incluindo medidas organizacionais, como

disponibilizar cuidados posteriores para pacientes internados e ambulatoriais para pessoas que tentaram suicídio; (5) o treinamento de jornalistas em reportagens responsáveis sobre suicídio ou a imposição de blecautes da mídia;

CONCLUSÃO

Compromisso, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a crença de que a vida é um aprendizado que vale a pena - são os principais recursos que os profissionais de saúde primária têm; apoiados nisso, eles podem ajudar a prevenir o suicídio. O trabalho em equipes multidisciplinares, reconhecendo os sinais e sintomas, acolhendo o paciente de forma adequada, pode contribuir efetivamente na redução das taxas de suicídio. Outra linha de melhoria nas taxas de sucesso no tratamento desses pacientes é o acesso contínuo à medicação prescrita, não havendo lacunas no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Smith, CW Jr. et al. The Suicidal Patient – The Primary Care Physician’s Role in Evaluation and Treatment. Melbourne. Postgraduate Medicine, V79, n 8, 2016.
2. Hirsch, SR et al. Parasuicide – A Review of Treatment Interventions. London. Journal of Affective Disorders, V4, 1982.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A cada três segundos ocorre um suicídio no mundo/Arma em casa é situação de risco/Sentimentos contraditórios/Registros oficiais de casos não são confiáveis. Paraná, 2013. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br>>
4. Feltz-Cornelis, CM et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. Netherlands. Crisis, V32, n. 6, 2011.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). São Paulo: Edusp. 1992.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The World Health Report: Shaping the future. Genebra, 2003.

5 ANEXOS

Regras para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Normas gerais de publicação.

1. Artigos que apresentarem inconformidades com as normas descritas a seguir serão devolvidos para correção antes de serem submetidos à revisão por pareceristas.
2. Os artigos submetidos à *RPRS* são aceitos com base no pressuposto de que o material é original, ou seja, não foi publicado anteriormente no todo ou em parte e não foi nem está sendo submetido simultaneamente para publicação em outra(s) revista(s). A prévia apresentação do trabalho sob a forma de resumo ou pôster em encontros científicos (congressos, jornadas, etc.) é permitida, mas deve ser informada na folha de rosto do artigo.
3. Todos os autores devem ter participado ativamente da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e da redação ou revisão crítica do artigo. Além disso, todos os autores devem ter lido e aprovado a versão final do texto.
4. Uma vez que o artigo é publicado, os direitos autorais sobre a publicação passam automaticamente à *RPRS*, e a reprodução do texto no todo ou em parte passa a requerer autorização por escrito dos editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.
5. A *RPRS* é publicada em forma impressa e também on-line, em www.scielo.br/rprs.
6. Um autor deverá ser identificado como responsável pela correspondência, informando endereço completo (incluindo CEP), fone, fax e e-mail de contato.
7. Quaisquer conflitos de interesse (por exemplo, profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) devem ser mencionados na carta e na folha de rosto do artigo.
8. Nos ensaios clínicos, o anonimato deve ser preservado, e os autores devem descrever claramente, na metodologia, a existência e aplicação do consentimento informado, assim como a aprovação do protocolo pelo comitê de ética da instituição na qual o estudo foi realizado. Uma declaração informando que o ensaio foi cadastrado em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE (endereços disponíveis em <http://www.icmje.org/faq.pdf>) também deve ser incluída. Essas informações têm que estar presentes tanto na carta quanto na folha de rosto do artigo.
9. Os artigos devem ser digitados em um processador de texto para PC (Word ou similar) em folha A4, fonte Arial 12 e espaço duplo (incluindo tabelas e referências), com margens de 3 cm em todos os lados. Todas as páginas devem ser numeradas.

Tipos de artigos publicados

- 1) **Artigos de Revisão:** Revisões sistemáticas e atuais sobre temas relevantes para a linha editorial da revista. Esses artigos se destinam a englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, comentando trabalhos de outros autores. Devem ter até 7.000 palavras, e a soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de seis. Não há um formato fixo para a estrutura formal do texto, porém os artigos devem ser acompanhados de um resumo não-estruturado com até 250 palavras.
- 2) **Comunicações Breves:** Artigos com dados originais, porém mais curtos, com resultados preliminares ou de relevância imediata. Devem conter no máximo 2.000 palavras, uma tabela ou figura e ser compostas das seções Introdução, Método, Resultados e Discussão. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo estruturado com no máximo 200 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo.
- 3) **Editoriais:** Comentários críticos e aprofundados, preparados pelos editores e/ou a convite dos editores, por pessoas com notória experiência no assunto abordado.
- 4) **Artigos Originais:** Apresentam resultados inéditos de pesquisa e devem conter todas as informações relevantes necessárias para que o leitor possa repetir o experimento se assim desejar, além de avaliar seus resultados e conclusões. Sua estrutura formal deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessárias. Os artigos podem conter até 6.000 palavras para o texto propriamente dito e podem ter, no máximo, seis tabelas ou figuras. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo estruturado com no máximo 250 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo.
- 5) **Relatos de Caso:** Apresentação de experiência profissional, através de estudos de caso único ou de um conjunto de casos peculiares com comentários sucintos de interesse à atuação de outros profissionais da área. Devem conter no máximo 1.500 palavras. O autor deverá empregar todos os esforços para preservar o anonimato do paciente, sem distorcer dados científicos relevantes. Deve ser feita menção explícita à existência de consentimento livre e esclarecido do paciente para a publicação dos dados (em meio impresso e eletrônico) ou justificativa do autor para a ausência do consentimento. Relatos de caso devem

ser acompanhados de um resumo de até 200 palavras estruturado com as subdivisões Objetivo, Descrição do caso e Comentários.

6) **Cartas aos Editores:** Opiniões e comentários sobre material publicado na revista, sua linha editorial, temas de relevância científica, observações clínicas ou dados novos. Os textos devem ser breves, com no máximo 500 palavras. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas.

7) **Resenhas:** Revisão crítica de livros recém-publicados, com um resumo comentado e opiniões que possam dar uma visão geral da obra e orientar o leitor quanto a suas características e usos potenciais. Devem ser breves, preparadas por especialistas da área. Antes do texto, deve-se incluir a referência bibliográfica completa da obra, e no final, a assinatura, titulação acadêmica e afiliação institucional do autor da resenha.

Folha de rosto

As seguintes informações devem constar na primeira página:

- 1) título do artigo, que deve ser conciso e completo, com a respectiva versão em inglês;
- 2) título abreviado;
- 3) nomes dos autores na forma como deverão ser publicados, categoria profissional e afiliação institucional principal;
- 4) nome do departamento e instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído;
- 5) indicação do autor responsável pela correspondência e dados completos para contato;
- 6) nome da agência de fomento que concedeu auxílio, se houver;
- 7) indicação de conflitos de interesse;
- 8) indicação de obtenção de consentimento informado e de aprovação do protocolo pelo comitê de ética;
- 9) declaração de transferência de direitos autorais;
- 10) se o artigo foi baseado em tese acadêmica, indicação de título da tese, ano e instituição onde foi apresentada;
- 11) se o artigo foi apresentado em reunião científica, indicação do nome do evento, local e data da realização;
- 12) contagem de palavras do texto do artigo (sem incluir página de rosto, abstract, resumo, referências e tabelas/figuras);
- 13) classificação do tipo de artigo que está sendo submetido (artigo original, artigo de revisão, relato de caso, carta, etc.);
- 14) data da última revisão bibliográfica realizada pelo(s) autor(es) sobre o assunto.

Resumo e palavras-chave

Após a folha de rosto, deve ser apresentado um resumo em português e um *abstract* em inglês de acordo com os limites de palavras e estrutura definidos para cada tipo de artigo (ver acima). Após o resumo e o abstract, devem ser indicados três a seis descritores em português, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, <http://decs.bvs.br>) publicados pela BIREME, e 3 a 6 descritores em inglês, de acordo com os Medical Subject Headings (MeSH, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) publicados pela National Library of Medicine.

Análise estatística

Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (por exemplo, $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Abreviações

As abreviações devem ser definidas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.

Medicamentos

Devem ser mencionados apenas por seu nome genérico.

Agradecimentos

Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento mas que não têm justificadas suas inclusões como autores. Exemplos incluem agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências

A citação das referências no texto deve ser numérica e sequencial, conforme a ordem de aparecimento, utilizando algarismos arábicos sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. A numeração de referências citadas em tabelas e legendas de figuras deve respeitar a ordem sequencial considerando o ponto onde a tabela/figura foi mencionada no texto.

Referências devem ser listadas no final do artigo conforme a ordem de citação no texto, de acordo com as normas do ICMJE, disponíveis em http://www.nlm.gov/bsd/uniform_requirements.html. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores, tanto no sentido de garantir que todos os trabalhos citados no texto constam na lista e vice-versa, quanto no sentido de respeitar os modelos apresentados a seguir.

Artigos de periódicos

Listar os primeiros seis autores, seguidos de "et al."

Artigos que foram aceitos para publicação mas que ainda se encontram no prelo deverão apresentar a expressão "In press" após o nome da revista.

Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1173-8.

Livros e outras monografias citadas no todo

Nardi AE, Valença AM. Transtorno do pânico: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Capítulos de livro

Cassorla RMS. A morte e o morrer. In: Botega NJ, ed. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 417-29.

Teses

Zavaschi MLS. Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Conferências

Faraone SV. A genetic perspective on the validity of adult ADHD. In: 11th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2002 May 18-23; Philadelphia, USA. Washington: APA; 2002.

Artigos de periódico em formato eletrônico

Stefano SC, Borges MBF, Claudino AM. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Psiquiatr Med*. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_07.htm. Acessado jul 2006.

Tabelas, figuras e gráficos

Tabelas não devem ser submetidas como imagens, e sim produzidas utilizando a ferramenta específica para este fim disponível no processador de texto. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Explicações complementares às tabelas devem ser apresentadas como notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, etc. As tabelas devem ser numeradas em ordem consecutiva, com algarismos arábicos. Cada tabela deve constar em uma folha separada, com um título conciso. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação.

Figuras (fotografias, ilustrações, gráficos, desenhos, etc., todos denominados de figuras) também devem ser numeradas em ordem consecutiva, com algarismos arábicos, e devem ser enviadas em arquivos separados (.tif, preferencialmente), com resolução mínima de 300 dpi. Fotografias de pacientes não devem permitir sua identificação. Cada ilustração deve ter uma legenda, incluindo o título da figura e explicações complementares, quando necessário. As legendas de figuras devem ser apresentadas reunidas em uma única página ao final do arquivo de texto. Tabelas e figuras retiradas de trabalhos já publicados devem ser acompanhadas de autorização por escrito do detentor do direito autoral.