

JÚLIA ISABEL RICHTER CICOGNA

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR
SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NO BRASIL SEGUNDO
MACRORREGIÕES DE 2000 A 2015**

Mortalidade por suicídio em adolescentes

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2018**

JÚLIA ISABEL RICHTER CICOGNA

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR
SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NO BRASIL SEGUNDO
MACRORREGIÕES DE 2000 A 2015**

Mortalidade por suicídio em adolescentes

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Simone Van de Sande Lee
Professor Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza de Lima Curi Hallal
Co-orientador: Danúbia Hillesheim**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2018**

Cicogna, Júlia Isabel Richter

Tendência temporal da mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil segundo macrorregiões de 2000 a 2015 : Mortalidade por suicídio de adolescentes / Júlia Isabel Richter Cicogna ; orientador, Ana Luiza de Lima Curi Hallal, coorientador, Danúbia Hillesheim, 2018.

33 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Adolescente. 3. Suicídio. 4. Análise de Regressão. 5. Brasil. I. de Lima Curi Hallal, Ana Luiza . II. Hillesheim, Danúbia. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. IV. Título

APRESENTAÇÃO AO LEITOR

Este trabalho de conclusão de curso intitulado “*Tendência temporal da mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil segundo macrorregiões de 2000 a 2015*” foi desenvolvido junto ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa foi orientada pela professora Dra. em Saúde Pública Ana Luiza de Lima Curi Hallal.

A presente pesquisa encontra-se estruturada em cinco tópicos principais. O primeiro tópico (introdução) apresenta uma breve caracterização do problema a ser estudado, culminando com a descrição do objetivo geral do estudo. O segundo tópico apresenta detalhadamente a proposta metodológica adotada para o desenvolvimento da pesquisa, desde seu delineamento até os procedimentos estatísticos utilizados. Posteriormente são apresentados os principais resultados das análises, a discussão dos resultados e as considerações finais.

Considerando a relevância do tema, e com o intuito de contribuir com a difusão de conhecimento na área, o presente estudo foi submetido ao *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* e está estruturado conforme as normas dessa revista.

Excelente leitura!

Júlia Isabel Richter Cicogna

DEDICATÓRIA

Às mulheres na ciência!

“Estou entre aqueles que acreditam que a ciência tem grande beleza”
Marie Curie

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Débora e Luís Fernando;

Aos meus irmãos, Fernanda e Samuel;

Ao meu namorado, Luciano;

À minha família;

Aos meus colegas e amigos;

Aos professores, em especial às minhas orientadoras Prof^{as}. Ana e Danúbia;

Aos pacientes,

Agradeço imensamente por incentivarem e contribuírem a cada dia com meu aprendizado! Obrigada!

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
FICHA CATALOGRÁFICA.....	iii
APRESENTAÇÃO AO LEITOR.....	iv
DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
SUMÁRIO.....	vii
MANUSCRITO.....	1
RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
MÉTODOS.....	6
RESULTADOS	7
DISCUSSÃO.....	9
CONCLUSÕES.....	12
CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS.....	13
CONFLITOS DE INTERESSE.....	14
REFERÊNCIAS.....	15
TABELAS.....	17
FIGURAS.....	20
ANEXO.....	21

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO DE
ADOLESCENTES NO BRASIL SEGUNDO MACRORREGIÕES
DE 2000 A 2015**

Time Trends in Suicide Mortality Among Adolescents in Brazil, 2000-2015

Mortalidade por suicídio em adolescentes
Suicide mortality among adolescents

Júlia Isabel Richter Cicogna¹, Danúbia Hillesheim², Ana Luiza de Lima Curi Hallal³

1. Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0246382132097227>. E-mail: jrichtercicogna@hotmail.com.
2. Universidade Federal de Santa Catarina. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8414163080962189>. E-mail: nubiah12@yahoo.com.br.
3. Universidade Federal de Santa Catarina. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/9718225535074530>. E-mail: anacuri@gmail.com.

RESUMO

Objetivos: Analisar a tendência temporal de mortalidade por suicídio entre adolescentes no Brasil de 2000 a 2015. **Métodos:** Os dados foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As variáveis do estudo foram sexo, ano e causa básica de morte. O estudo incluiu mortes por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente, X60-X84 - de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), de adolescentes de 10 a 19 anos. A técnica estatística utilizada foi a de regressão linear simples e os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 5\%$. **Resultados:** Entre 2000 e 2015, foram observados 11.947 óbitos por suicídio em adolescentes no Brasil, sendo que 67% deles foram no sexo masculino, o que corresponde a uma relação de 2,06:1 entre os sexos. Houve crescimento estatisticamente significativo da mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil ($p = 0,016$), a qual passou de 1,71 por 100.000 habitantes em 2000 para 2,51 em 2015, crescimento de 47%. Essa expansão ocorreu em função do incremento nos suicídios de adolescentes do sexo masculino ($p = 0,001$), especificamente no norte ($p < 0,001$) e nordeste ($p < 0,001$) do Brasil. Em relação ao sexo feminino, houve tendência de diminuição da mortalidade por suicídio na região Centro-Oeste ($p = 0,039$), mas quando se trata do Brasil como um todo, houve oscilação da mortalidade por suicídio. **Conclusões:** Houve crescimento significativo da mortalidade por suicídio entre os adolescentes no Brasil, particularmente na população masculina.

Palavras-chave: Adolescente, Suicídio, Análise de Regressão, Brasil.

ABSTRACT

Objectives: Analyze the suicide mortality time trends among adolescents in Brazil from 2000 to 2015. **Methods:** Data was collected from the Brazilian Mortality Database and from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Study variables were sex, year and underlying cause of death. The study included deaths from Intentional Self-Harm, X60-X84 - according to the 10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), of adolescents aged 10 to 19. Simple linear regression technique was used, and results were considered statistically significant when $p \leq 5\%$. **Results:** From 2000 to 2015, there were 11,947 deaths due to suicide of adolescents in Brazil and 67% of these occurred in male adolescents, which corresponds to a 2,06:1 male-female ratio. There was a statistically significant increase in adolescent suicide mortality in Brazil ($p=0.016$), which increased from 1.71 per 100,000 inhabitants in 2000 to 2.51 in 2015, a raise of 47%. The increase occurred on account of the increment in suicides of male adolescents ($p=0.001$) specifically in the North ($p<0.001$) and Northeast ($p<0.001$) of Brazil. In regard to the female group, there was a decline of mortality by suicide in the Center West region ($p=0.039$), but when it comes to Brazil as a whole, there was a stabilization behavior of mortality by suicide. **Conclusions:** These results indicate an increase in the suicide rate of adolescents in Brazil, particularly in the male population. The improvement of suicide prevention strategies in Brazil is imperative.

Keywords: Adolescent; Suicide; Regression Analysis, Brazil.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e de impacto tanto individual quanto coletivo, que ocorre por uma convergência entre fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais e culturais, combinados com experiências de trauma e perda.¹

A cada ano cerca de 800.000 mortes por suicídio ocorrem no mundo, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Entre os jovens (15 a 29 anos), é a segunda causa de morte globalmente, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS).² As maiores taxas anuais de suicídio ocorrem no leste europeu, onde 10 países reportaram mais de 27 suicídios por 100.000 pessoas; já a América Latina e os países muçulmanos têm as menores taxas, menos de 6,5 por 100.000.³ Entretanto, é questionado se os dados são subestimados, uma vez que valores culturais e sociais, com maior ou menor impacto dependendo da região, podem afetar o procedimento de registro da morte por lesão autoprovocada intencionalmente.⁴

Estatísticas em relação ao suicídio variam conforme localizações geográficas, sexo e faixas etárias. Em consonância com outros países, as taxas de suicídio no Brasil têm aumentado, passando de 4,4 para 100.000 habitantes em 1980 para 5,8 em 2006. Isso ocorre às custas do incremento nas taxas do fenômeno na população masculina. Registraram-se quatro óbitos masculinos para cada óbito feminino por suicídio em 1980 e 5,4:1 em 2006.⁵ No Brasil, as variações regionais são expressivas, sendo que em algumas localidades, como o interior do Rio Grande do Sul, os índices se assemelham aos dos países do leste europeu.⁶

A adolescência é um período de transição em que o indivíduo é especialmente vulnerável a reagir com atitude suicida em resposta a conflitos. História de adoção, homossexualidade, bissexualidade ou o questionamento da orientação sexual, história de abuso sexual, depressão e outros transtornos psiquiátricos, estresse pós-traumático, abuso de substâncias e uso patológico de internet estão entre fatores de risco para o suicídio entre adolescentes. Além disso, adolescentes são mais influenciáveis por exposição midiática do que adultos e podem imitar comportamentos vistos na televisão, com potencial para epidemias de suicídio quando o assunto é exposto.⁷

O suicídio é incomum antes dos 15 anos de idade, porém a sua prevalência aumenta na adolescência. No mundo, adolescentes do sexo masculino tem maior probabilidade de morrer por suicídio do que as adolescentes do sexo feminino, sendo a taxa entre os meninos de 15 a 19

anos 2 a 6 vezes mais alta do que a taxa em meninas da mesma idade.⁸ O suicídio, no entanto, não é menos importante entre a população feminina, representando a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos, e a terceira em meninos na mesma faixa etária.⁹

Apesar de existirem estudos que investigaram a mortalidade por suicídio entre adolescentes em localizações específicas no Brasil, não se pode extrapolar esses dados para a descrição do país, considerando a variação regional. Assim, tendo em vista a importância do suicídio como causa de morte entre adolescentes e a variação temporal, regional e de gênero que pode ocorrer entre as taxas desse evento, esse estudo tem por objetivo analisar a tendência temporal de mortalidade por suicídio em adolescentes no Brasil segundo macrorregiões e sexo, no período de 2000 a 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de tendência temporal da taxa de mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil, segundo macrorregiões, de 2000 a 2015.

Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e as informações relativas à população residente do Brasil e suas macrorregiões foram obtidas do censo populacional de 2000 e de 2010¹⁰ e das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os demais anos.

Foram considerados suicídio os óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente, codificadas como X60 a X84 segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10a Revisão (CID-10)¹¹. Os óbitos foram estudados segundo as variáveis sexo, ano, idade e região. Incluiu-se no estudo indivíduos de 10 a 19 anos.

Para descrição e análise dos dados foram obtidos, para cada ano do calendário, os coeficientes médios brutos de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, segundo macrorregião, em cada sexo. As taxas foram calculadas para cada 100.000 habitantes.

Foi realizada a análise de tendência das taxas de mortalidade, para o Brasil e suas macrorregiões, utilizando-se a técnica estatística de regressão linear simples, através do software STATA 14. Justifica-se a opção por esta modelagem pela facilidade de elaboração, interpretação e poder estatístico. Foram considerados, como variável dependente (Y), os coeficientes padronizados de mortalidade suicídio e, como variável independente (X), os anos calendário do estudo. O modelo linear foi definido como $y = \beta_0 + \beta_1 x$, sendo β_0 o coeficiente médio do período e β_1 o incremento (acréscimo ou decréscimo) médio do período (Variação média anual). Admitiu-se tendência linear estatisticamente significante somente quando a sua probabilidade de ter ocorrido foi igual ou menor do que 0,05, ou seja, $p \leq 5\%$.

RESULTADOS

De 2000 a 2015, no Brasil, ocorreram 11.947 mortes por lesões autoprovocadas intencionalmente em indivíduos de 10 a 19 anos. Isso representa 8,25% do total de óbitos por suicídio em todas as faixas etárias no período. A maior parte (85,32%) dos suicídios na faixa etária estudada aconteceu em adolescentes de 15 a 19 anos. A maioria dos óbitos por suicídio em adolescentes no Brasil no período ocorreu na população masculina (67,31%) e a proporção da mortalidade na população masculina pela feminina foi de 2,06:1 em todo o período (Tabela 1).

O principal método de suicídio utilizado nessa faixa etária em ambos os sexos no período foi o enforcamento, estrangulamento ou sufocação (X70), o qual foi responsável por 58,95% das mortes. O segundo método mais frequentemente utilizado foi o disparo de arma de fogo não especificada (X74), correspondendo a 9,75% das mortes. Em seguida, aparece a autointoxicação a pesticidas (X68), com 7,99%.

O coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente na faixa etária de 10 a 19 anos em ambos os sexos no Brasil em 2000 foi de 1,71 óbitos a cada 100.000 habitantes. Em 2015, o coeficiente foi de 2,51. Esses resultados representam crescimento de 47% na mortalidade por suicídio em adolescentes no Brasil no período estudado (Tabela 2).

Considerando ambos os sexos, na região norte, o coeficiente de mortalidade por suicídio teve crescimento de 72,81%, tendo variado de 2,28 a cada 100.000 habitantes em 2000 para 3,94 em 2015. Na região nordeste, o coeficiente passou de 1,14 a cada 100.000 habitantes em 2000 para 2,14 em 2015, um aumento de 87,72%. A região centro-oeste revelou os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil. A região sul foi a segunda região com mais mortes por suicídio no período (Tabela 2).

Entre os meninos, o coeficiente de mortalidade por suicídio foi de 2,12 em 2000 e de 3,42 em 2015, aumento de 61,15%. Na região norte, o coeficiente de mortalidade era de 3,03 em 2000 e de 5,06 em 2015, o que representou um aumento de 67,15%. Na região nordeste o aumento foi de 141,44%, sendo que em 2000 o coeficiente era de 1,17 e em 2015 passou para 2,83. Da mesma maneira que nos dados de ambos os sexos, a região com maiores coeficientes de mortalidade na população masculina foi a região centro-oeste (Tabela 2).

Entre as meninas, o coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil foi de 1,28 em 2000 e 1,56 em 2015. A região centro-oeste revelou-se a região em que ocorreram mais suicídios de adolescentes do sexo feminino no período (Tabela 2).

Na figura 1 são apresentados os coeficientes de mortalidade por suicídio em adolescentes em ambos os sexos no Brasil segundo os anos estudados. Observa-se tendência de crescimento no Brasil e nas regiões norte e nordeste (Figura 1).

Houve tendência de aumento na mortalidade por suicídio em adolescentes em ambos os sexos no Brasil no período estudado ($p=0,01$), com incremento médio de 0,02 óbitos a cada ano. Observou-se, ainda, tendência de aumento entre os adolescentes do sexo masculino no Brasil ($p=0,00$), enquanto no sexo feminino ocorreu flutuação nos valores, não tendo sido estatisticamente significativa. A região norte apresentou crescimento, considerando o sexo masculino e ambos os sexos ($p<0,001$). A região nordeste seguiu a mesma tendência, com um incremento de 0,08 óbitos ao ano na população masculina ($p<0,001$) e de 0,04 em ambos os sexos ($p<0,001$). Nas regiões sul e sudeste houve flutuação das taxas. A região centro-oeste revelou uma tendência de diminuição dos óbitos por suicídio na população feminina ($p=0,03$) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo observou tendência de crescimento das taxas de óbitos de adolescentes de 10 a 19 anos por suicídio no Brasil de 2000 a 2015. Isso ocorreu às custas do incremento na taxa de óbitos masculino nas regiões norte e nordeste. Entre a população feminina, houve uma tendência de diminuição na região centro-oeste, porém quando se avaliou o Brasil como um todo, ocorreu oscilação nas taxas de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no período. A região centro-oeste, apesar de não ter apresentado tendência de aumento, revelou-se a região com maior taxa de óbitos por suicídio.

Segundo o Mapa da Violência, a participação do suicídio no total de óbitos de crianças e adolescentes aumentou de 0,2% em 1980 para 1% em 2013 no Brasil. Nesse período, foi a segunda causa que mais cresceu, atrás apenas dos homicídios.¹² Abasse et al. (2009) concluíram em seu estudo que, apesar de a mortalidade por suicídio em adolescentes ter sido considerada baixa em Minas Gerais, menor que 5 para 100 000 habitantes, a faixa etária de 10 a 19 anos representou 16,2% do total das internações no SUS decorrentes de tentativas de suicídio.¹³ Borges, Werlang e Copatti (2008) identificaram ideação suicida em 31,9% de adolescentes da cidade de Erechim, o que é especialmente preocupante quando se considera que foi investigada uma população não-clínica.¹⁴ Ademais, no “Boletim epidemiológico de tentativas e óbitos por suicídio”, publicado pela secretaria de vigilância do Ministério da Saúde em setembro de 2017, foi observado que 44,8% dos suicídios na população indígena foram cometidos por adolescentes (10 a 19 anos).¹⁵ Em conjunto com o efetivo aumento na mortalidade por suicídio em adolescentes encontrado nesse trabalho, esses dados tornam clara a importância do suicídio como causa de morte de adolescentes no Brasil.

O coeficiente de mortalidade observado no presente estudo considerando ambos os sexos em 2015 foi de 2,51 a cada 100.000 habitantes. Segundo dados de 2016 da OMS, no Brasil, em todas as idades, esse coeficiente foi de 6,5 a cada 100.000.¹⁶ Há na literatura relatos de aumento da ocorrência de suicídios entre a população brasileira em geral¹⁷⁻¹⁹ o que respalda a tendência de aumento encontrada na mortalidade por suicídio de adolescentes. Da mesma maneira do que é destacado aqui para os adolescentes, o nordeste foi apontado como a região com maior aumento na taxa de suicídios em um estudo realizado com adultos.¹⁷ O crescimento

do número de suicídios em crianças e adolescentes na região norte também foi identificado em estudo realizado no Pará.²⁰

O centro-oeste revelou-se a região brasileira com mais mortes por suicídios em adolescentes. Isso corresponde aos resultados de outros estudos, que também apontaram esse estado como a liderança nacional em suicídios, tanto em adultos como em jovens e adolescentes.^{21,22} Machado e Santos (2015) analisaram a incidência de suicídios na população com mais de 10 anos no Brasil entre 2000 e 2012, e identificaram maior mortalidade na região sul, seguida da região centro-oeste.¹⁷ O presente estudo também observou maior mortalidade nessas duas regiões tendo, porém, a liderança do centro-oeste.

Conforme foi demonstrado no artigo, a razão entre a taxa de mortalidade da população adolescente masculina pela feminina foi de 2,06:1 em todo o período, o que vai ao encontro dos achados anteriores de maior taxa de suicídio entre homens, tanto no Brasil quanto no mundo.^{4,5,17} Entre a população brasileira adulta, a razão era de 3,60:1 em 2012.¹⁷

Kølves e De Leo (2014) analisaram o suicídio entre adolescente de 15 a 19 anos em 81 países de 1990 a 2009. Os autores verificaram que as taxas de suicídio em adolescentes do sexo masculino estão diminuindo entre os continentes, com exceção da América do Sul. Esta região, em oposição às outras regiões do mundo, apresentou aumento significativo das mortes de adolescentes por suicídio no período analisado, corroborando com os resultados deste estudo.²³ Tendo em vista esses dados, percebe-se que o Brasil, junto aos seus países vizinhos, apresenta uma tendência oposta à mundial em relação ao suicídio de adolescentes. Isso reafirma a relevância do suicídio como causa de óbito de adolescentes no Brasil.

Os dados expostos aqui tornam clara a necessidade de que estratégias para a prevenção de suicídio de adolescentes sejam implementadas. As estratégias de prevenção de suicídio, segundo um estudo realizado na cidade de Pelotas, devem priorizar adolescentes do sexo feminino, principalmente as que são sexualmente ativas, apresentam sintomas de distúrbios da saúde mental e de abuso de substâncias.²⁴ No entanto, conforme foi elucidado no presente estudo, há substanciais variações regionais em relação ao suicídio, e assim a prevenção deve levar em consideração os fatores de risco de cada região.

Destaca-se que entre as limitações do presente estudo está a subnotificação.²⁵ Estudo realizado em Recife observou que dos casos de morte de adolescentes inicialmente classificados como sendo de intencionalidade indeterminada de 2000 a 2014, 9% foram reclassificados como suicídio. Isso representou um percentual geral de 23,7% de subnotificação.²⁶ Outra limitação diz respeito à cobertura e à qualidade do SIM que, embora tenha melhorado substancialmente ao longo dos anos, ainda apresenta uma subenumeração de óbitos captados, especialmente nas

regiões norte e nordeste.²⁷ Não se pode excluir que a melhora na abrangência do SIM, principalmente nas regiões norte e nordeste, tenha interferido nos dados coletados, provocando um aumento das notificações e não no número real de suicídios.

Por outro lado, considerando essa melhoria na qualidade e abrangência do SIM, esse artigo possui como potencialidade ter usado uma base de dados de alcance nacional, o que permite traçar um panorama brasileiro referente aos suicídios. Segundo publicação da OMS, o Brasil figura entre o restrito grupo de 60 países que tem dados vitais de boa qualidade e que podem ser usados diretamente para estimar as taxas de suicídio.² Além disso, o presente estudo contribui com a portaria número 1.876,²⁸ a qual instituiu em 2006 as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, no que se refere a um de seus objetivos, que é a coleta e análise de dados para que se permita a qualificação da gestão e a disseminação de informações e conhecimentos em relação aos suicídios. Por fim, não foram encontrados dados recentes na literatura que investiguem mortes por lesões autoprovocadas intencionalmente entre a população adolescente (10 a 19 anos) no Brasil como um todo, o que potencializa a relevância do artigo.

CONCLUSÕES

Os dados apresentados nesse estudo indicam que a mortalidade de adolescentes por suicídio no Brasil apresentou tendência de crescimento nos últimos anos, especialmente entre população masculina das regiões norte e nordeste no Brasil. Essas informações sugerem que os esforços nacionais para a prevenção de suicídio devem ser expandidos. Para que se aperfeiçoem as estratégias de prevenção ao suicídio, mais informações em relação aos fatores de risco específicas para adolescentes de cada macrorregião devem ser desenvolvidas. Por fim, destaca-se a importância de que profissionais da saúde, em especial os que trabalham nas regiões mais afetadas, estejam informados sobre esses dados para que possam diagnosticar e intervir mais cedo na prevenção do suicídio em adolescentes.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Júlia I. R. Cicogna, Danúbia Hillesheim e Ana Luiza de Lima Curi Hallal, autoras do manuscrito, declaram que o trabalho descrito não foi publicado anteriormente e que não está em consideração para publicação em outro lugar. JIR Cicogna contribuiu com a concepção do estudo, interpretação dos dados, redação e revisão do artigo final. D Hillesheim contribuiu com a análise dos dados, redação e revisão do artigo. ALLC Hallal contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, redação, normatização e revisão final do artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras Júlia Isabel Richter Cicogna, Danúbia Hillesheim e Ana Luiza de Lima Curi Hallal declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. *CMAJ*. 2014;143(7):609–10.
3. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA [Internet]*. 2005;294(16):2064. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201761>
4. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet [Internet]*. 2009;373(1474–547X (Electronic)):1372–81. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60372-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60372-X/abstract)
5. Minayo MCDS, Pinto LW, Assis SG De, Cavalcante FG, Mangas RMDN. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):300–9.
6. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP [Internet]*. 2014;25(3):231–6. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
7. Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents [Internet]. *Pediatrics*. 2016. Available at: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
8. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Vol. 379, *The Lancet*. 2012. p. 2373–82.
9. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009;374(9693):881–92.
10. Censo. IBGE Censo 2010 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Available at: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
11. OMS - Organização Mundial da Saúde. CID-10 VOL. 1: Classificação Estatística Internacional de Doenças [Internet]. Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 1200 p. Available at: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
12. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015. Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil. *Fac Latino-Americana Ciências Sociais [Internet]*. 2015;1:1–30. Available at: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015_adolescentes.pdf
13. Abasse MLF, de Oliveira RC, Silva TC, de Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva [Internet]*. 2009;14(2):407–16. Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-67650321249&partnerID=tZOtx3y1>
14. Borges VR, Werlang BSG, Copatti M. Ideação Suicida Em Adolescentes De 13 a 17 Anos. *Barbarói*. 2008;7(28):109–23.
15. Vigilância Sanitária. Boletim Epidemiológico - Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Bol Epidemiológico Suicídio Saber Agir e Prevenir*. 2017;48.

16. World Health Organization - Mental Health. Suicide Data [Internet]. Internet. 2016. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
17. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):45–54.
18. Hesler LZ. Suicídio em municípios do sul do Brasil : um enfoque de gênero. [Internet]. Vol. Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2013. Available at: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70766?locale=pt_BR
19. Malta DC, Minayo MC de S, Soares Filho AM, Silva MMA da, Montenegro M de MS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20(suppl 1):142–56. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500142&lng=pt&tlng=pt
20. Batista NO, Araújo JRC, Figueiredo PHM. Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2016;7.
21. Pinto LW, Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(8):1973–81. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800008&lng=pt&tlng=pt
22. Wanzinack C; Temoteo A; Oliveira AL. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. *Divers Rev Eletrônica Interdiscip*. 2017;10:106–17.
23. Kõlves K, De Leo D. Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: changes in the past two decades. *Br J Psychiatry*. 2014;
24. Souza LDDM, Silva RA, Jansen K, Kuhn RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: Prevalence and associated factors. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(1):37–41.
25. Silva LLT, Alvim CGG, Costa CC, Ramos TM, Costa EE. O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2016;5(3):1871–84.
26. Silva JL. Suicídios invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada. Universidade de São Paulo; 2017.
27. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Organ Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2008;349. Available at: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
28. Ministério da Saúde. Portaria no 1.876, de 14 de agosto de 2006 - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasil; 2006.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição do número e percentual de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil na faixa etária de 10 a 19 anos segundo ano de óbito e sexo.

Proporção da mortalidade na população masculina pela feminina. Brasil, 2000 a 2015.

Ano do Óbito	Masculino	%	Feminino	%	Total	Masculino : Feminino
2000	384	63,16	224	36,84	608	1,71:1
2001	533	65,64	279	34,36	812	1,91:1
2002	493	65,47	260	34,53	753	1,90:1
2003	500	66,05	257	33,95	757	1,95:1
2004	482	64,87	261	35,13	743	1,85:1
2005	468	64,29	260	35,71	728	1,80:1
2006	496	66,31	252	33,69	748	1,97:1
2007	484	67,79	230	32,21	714	2,10:1
2008	480	65,93	248	34,07	728	1,94:1
2009	483	71,88	189	28,13	672	2,56:1
2010	489	69,26	217	30,74	706	2,25:1
2011	487	66,44	246	33,56	733	1,98:1
2012	554	69,95	238	30,05	792	2,33:1
2013	555	70,70	230	29,30	785	2,41:1
2014	561	68,92	253	31,08	814	2,22:1
2015	593	69,44	261	30,56	854	2,27:1
Total	8042	67,31	3905	32,69	11947	2,06:1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 2. Coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente de adolescentes de 10 a 19 anos segundo sexo, macrorregiões brasileiras e o ano do óbito. Brasil, 2000 a 2015.

Região	Ano															
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte																
Masculino	3,03	3,37	3,09	3,25	3,17	2,84	3,11	4,67	4,27	5,04	4,43	3,82	4,35	5,28	5,19	5,06
Feminino	1,50	2,39	1,99	1,85	1,64	2,13	1,55	1,35	1,88	1,69	1,85	2,43	1,64	2,33	2,21	2,78
Ambos	2,28	2,89	2,55	2,56	2,42	2,49	2,34	3,04	3,10	3,39	3,17	3,14	3,02	3,83	3,73	3,94
Nordeste																
Masculino	1,17	1,85	2,14	1,69	1,94	2,11	2,03	2,52	2,26	2,31	2,49	2,21	2,61	2,71	2,83	2,83
Feminino	1,10	1,07	1,01	1,58	1,46	1,39	1,65	1,42	1,74	1,10	1,42	1,52	1,26	1,29	1,31	1,43
Ambos	1,14	1,47	1,58	1,64	1,70	1,75	1,85	1,98	2,00	1,71	1,96	1,87	1,95	2,01	2,08	2,14
Sudeste																
Masculino	1,44	2,75	2,17	2,40	2,16	1,91	2,49	2,02	1,75	1,66	1,95	2,27	2,39	2,18	2,10	2,47
Feminino	0,83	1,34	1,19	1,08	0,96	0,98	0,97	1,00	1,05	0,67	0,98	1,20	1,13	0,86	1,14	1,18
Ambos	1,14	2,06	1,69	1,75	1,57	1,45	1,74	1,52	1,40	1,17	1,47	1,74	1,77	1,53	1,63	1,83
Sul																
Masculino	4,17	5,22	4,59	5,06	4,72	4,61	4,29	3,14	4,23	4,28	3,68	4,16	4,31	4,56	4,95	4,83
Feminino	1,81	2,36	2,36	1,44	2,09	1,75	1,97	2,02	1,68	1,12	1,44	1,09	1,76	1,73	2,24	1,27
Ambos	3,01	3,82	3,50	3,29	3,43	3,21	3,16	2,59	2,98	2,73	2,58	2,66	3,06	3,17	3,62	3,09
Centro																
Oeste																
Masculino	5,19	4,12	4,67	4,97	4,80	5,09	4,83	4,48	5,23	4,58	4,72	3,92	5,80	4,94	4,86	5,92
Feminino	3,33	2,90	3,06	2,97	3,61	3,84	2,52	1,78	1,60	2,79	1,27	1,90	2,52	2,36	1,97	2,91
Ambos	4,27	3,52	3,87	3,98	4,21	4,48	3,69	3,15	3,44	3,70	3,02	2,92	4,19	3,67	3,44	4,45
Brasil																
Masculino	2,12	2,96	2,75	2,81	2,72	2,66	2,83	2,76	2,74	2,76	2,80	2,79	3,17	3,18	3,22	3,42
Feminino	1,28	1,60	1,49	1,49	1,52	1,52	1,48	1,36	1,46	1,12	1,28	1,46	1,41	1,37	1,51	1,56
Ambos	1,71	2,29	2,13	2,16	2,13	2,10	2,16	2,07	2,11	1,95	2,05	2,13	2,31	2,29	2,38	2,51

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Censo populacional de 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Tabela 3. Tendência anual dos coeficientes de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente de adolescentes de 10 a 19 anos, segundo sexo e macrorregiões do Brasil. 2000 a 2015.

Macrorregiões	Varição média anual (IC 95%*)	Tendência	Valor p	R ² **
Norte				
Masculino	0,15 (0,09;0,21)	Aumento	< 0,001	0,68
Feminino	0,03 (-0,00;0,07)	Estável	0,106	0,11
Ambos	0,09 (0,06;0,12)	Aumento	< 0,001	0,72
Nordeste				
Masculino	0,08 (0,05;0,10)	Aumento	< 0,001	0,77
Feminino	0,01 (-0,01;0,03)	Estável	0,358	0,00
Ambos	0,04 (0,03;0,06)	Aumento	< 0,001	0,74
Sul				
Masculino	-0,01 (-0,07;0,05)	Estável	0,685	0,00
Feminino	-0,03 (-0,08;0,00)	Estável	0,094	0,12
Ambos	-0,02 (-0,06;0,01)	Estável	0,231	0,03
Sudeste				
Masculino	0,00 (-0,03;0,04)	Estável	0,691	0,00
Feminino	0,00 (-0,01;0,02)	Estável	0,963	0,00
Ambos	0,00 (-0,02;0,03)	Estável	0,775	0,00
Centro-oeste				
Masculino	0,03 (-0,02;0,09)	Estável	0,242	0,03
Feminino	-0,07 (-0,15;-0,04)	Diminuição	0,039	0,21
Ambos	-0,02 (-0,07;0,03)	Estável	0,436	0,00
Brasil				
Masculino	0,04 (0,02;0,07)	Aumento	0,001	0,53
Feminino	-0,00 (-0,01;0,01)	Estável	0,737	0,00
Ambos	0,02 (0,00;0,40)	Aumento	0,016	0,30

*Intervalo de confiança de 95% **R² ajustado

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Censo populacional de 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

FIGURAS

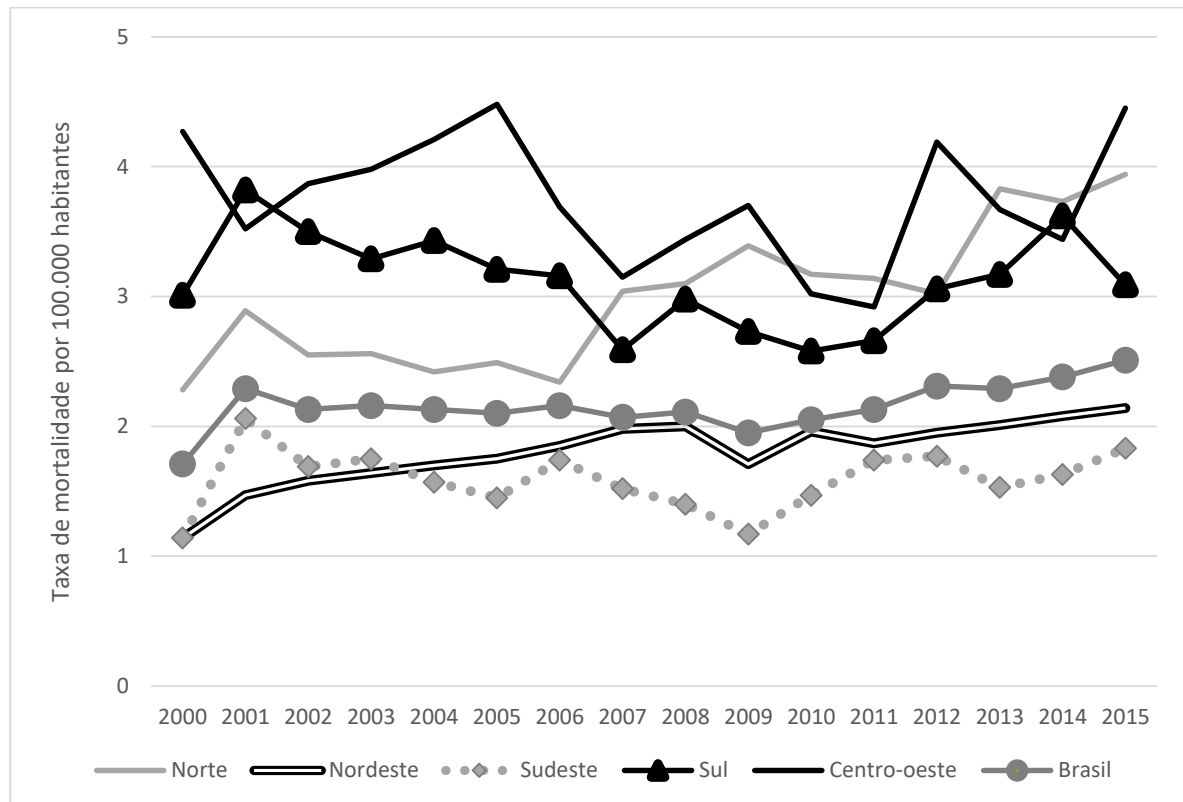


Figura 1. Tendência anual dos coeficientes de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente de adolescentes de 10 a 19 anos de ambos os sexos no Brasil segundo macrorregiões. 2000-2015.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Censo populacional de 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

ANEXO: NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Foco e políticas gerais

O **Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)** é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforça-se para publicar estudos de alta qualidade que tenham como objetivo o avanço do conhecimento sobre os transtornos mentais e a melhoria da assistência e cuidado dos pacientes que sofrem destas condições. O Jornal visa educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outros campos científicos relacionados à saúde mental.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, cartas ao editor e editoriais que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

Preparação dos manuscritos

Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.

- Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.
- Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.
- Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais, relato de casos ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.
- Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo)

Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, *royalties*, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuírem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no *British Medical Journal*, intitulado "*Beyond conflict of interest*", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a seção "Contribuições Individuais".

Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na seção intitulada "Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes. Finalmente, em caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

Registro de experimentos clínicos

Antes de submeter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a *National Institutes of Health Clinical Trials* (<http://www.clinicaltrials.gov>), a *Netherlands Trial Register* (<http://www.trialregister.nl>), a *UMIN Clinical Trials Registry* (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a seção "Conflito de Interesses".

Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde de que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturados em 4 tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos *Descritores de Ciências da Saúde*, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter o resumo e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitidas para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

Introdução - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

Métodos - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

Resultados - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em parágrafo único e curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta seção, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho dos estudos, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro)

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication*" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

- Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.
- Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livros:

- Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulos de livros:

- Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da internet:

- Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_t/diretrizes_moda.pdf. Acessado em 12 de Abril de 2007.

Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (*Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*). Além disso, todas devem ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela deve ser autoexplicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.