UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

ANA GABRIELLE ARAUJO E SILVA

REGISTROS DE SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL DE 2000 A 2014

Ceilândia - DF
2016

ANA GABRIELLE ARAUJO E SILVA

REGISTROS DE SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL DE 2000 A 2014

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia, como exigência para obtenção da aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II pertencente ao currículo do Curso de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Ceilândia – DF

2016

ANA GABRIELLE ARAUJO E SILVA

REGISTROS DE SUCÍDIO NO DISTRITO FEDERAL DE 2000 A 2014

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia, com o objetivo de obter o título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ___/____/____

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª Diane Maria Scherer Kuhn Lago
(Orientadora)

_____

Prof.ª Dr.ª Ana Cláudia Afonso Valladares Torres

_____

Prof.ª Dr.ª Janaína Meirelles Sousa

Ceilândia - DF
2016

Dedico este trabalho a todos as pessoas que enfrentaram ou enfrentam a dor do suicídio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida e tudo o que nela tem proporcionado, como a minha família, amigos e pessoas afins, além das experiências, oportunidades, permitindo todas essas minhas conquistas;

Agradeço aos meus pais por todo amor, apoio, incentivo e educação, além do empenho, esforço e sacrifício para me oferecer o que de melhor tinham, à eles devo minha gratidão eterna;

Agradeço a toda minha família que mesmo perto ou longe sempre se fizeram presente em minha vida, em especial a minha avó Irene, da qual não tenho palavras suficientes para demonstrar todo amor e gratidão que tenho por ela;

Agradeço ao meu namorado Rômulo pelo seu fiel companheirismo, que me acompanhou e apoiou em todos os momentos e decisões, sobretudo, pela sua paciência e por sempre acreditar em mim. Agradeço também a sua família, que me acolheu de braços abertos com todo amor e carinho;

Agradeço aos meus amigos, tanto os de fora da UnB, como aqueles que a universidade me permitiu conhecer, que acompanharam e compartilharam os bons e maus momentos dessa jornada;

Agradeço a minha orientadora Diane por todos os ensinamentos, oportunidades, apoio e paciência;

Agradeço as professoras da Banca Examinadora pela disponibilidade e contribuições feitas a este trabalho e

Agradeço aos professores e a todos os outros profissionais com que tive contato, que contribuíram para o meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional.

“Meu filho, se entrares para o serviço de Deus, permanece firme na justiça e no temor, e prepara a tua alma para a provação; humilha teu coração, espera com paciência, dá ouvidos e acolhe as palavras de sabedoria; não te perturbes no tempo da infelicidade, sofre as demoras de Deus; dedica-te a Deus, espera com paciência, a fim de que no derradeiro momento tua vida se enriqueça. Aceita tudo o que te acontecer. Na dor, permanece firme; na humilhação, tem paciência. Pois é pelo fogo que se experimentam o ouro e a prata, e os homens agradáveis a Deus, pelo caminho da humilhação. Põe tua confiança em Deus e ele te salvará; orienta bem o teu caminho e espera nele. Conserva o temor dele até na velhice.”

(Eclesiástico 2,1-6)

SUMÁRIO

1. RESUMO **7**
2. INTRODUÇÃO **9**
3. MÉTODOS **11**
4. RESULTADOS **12**
5. DISCUSSÃO **17**
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **23**
REFERÊNCIAS **25**
ANEXO **27**

REGISTROS DE SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL DE 2000 A 2014

RESUMO

Objetivos: Descrever os registros de suicídio no Distrito Federal.

Métodos: Estudo descritivo sobre a mortalidade por suicídio no Distrito Federal no período de 2000 a 2014**.** Dados coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS), tabulados e analisados no Microsoft Excel®.

Resultados: Foram encontrados 1.628 registros de óbitos por suicídio no Distrito Federal no período analisado. A taxa de mortalidade foi de 4.4 óbitos/100 mil habitantes. A predominância de óbitos foi em homens (75.4%), de 20 a 39 anos (52%), de cor parda (70.3%), com 0 a 7 anos de estudo (44.7%) e solteiros (62.4%). O principal local de ocorrência foi o domicílio (48.4%) e o método prevalente foi o enforcamento (47.5%).

Conclusões: A análise epidemiológica tem importante valor, sendo base para o delineamento de estratégias de prevenção precoce e de políticas públicas efetivas que tenham impacto na redução do suicídio.

Palavras-chaves: suicídio, epidemiologia, mortalidade, sistemas de informação.

ABSTRACT

Objectives: To describe suicide records in the Distrito Federal.

Methods: A descriptive study on suicide mortality in the Federal District from 2000 to 2014. The data were collected in the Mortality Information System on Department of the Unified Health System (SIM/DATASUS), organized and analyzed in the package Excel®.

Results: There were 1.628 records of deaths by suicide in the Federal District during the period. The mortality rate was 4.4 deaths/ 100.000 inhabitants. The predominance of deaths occurred in men (75.4%), 20-39 years (52%), Brown people (70.3%) with 0-7 years of

education (44.7%) and single (62.4%). The main place of occurrence was at home (48.4%) and the prevalent method was hanging (47.5%).

Conclusions: The epidemiological analysis has an important value and can be use like basis for the design of early prevention strategies and effective public politics that have an impact on reducing of suicide.

Descriptors: suicide, epidemiology, mortality, information systems.

Title: Records of suicide in the Distrito Federal from 2000 to 2014

RESUMEN

Objetivos: Describir los registros de suicidio en el Distrito Federal.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo sobre la mortalidad por suicidio en el Distrito Federal de 2000 hasta 2014. Los datos recogidos en el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), fueron tabulados y analizados en Microsoft Excel®.

Resultados: Fueron obtenidos 1.628 registros de muertes por suicidio en el Distrito Federal durante el periodo. La tasa de mortalidad fue de 4.4 muertes / 100 mil habitantes. El predominio de las muertes fue en los hombres (75,4%), 20-39 años (52%), Moreno (70,3%) con 0-7 años de estudio (44,7%) y solteros (62,4%). El principal lugar de ocurrencia fue el domicilio (48,4%) y el método frecuente fue el ahorcamiento (47,5%).

Conclusiones: El análisis epidemiológico tiene un valor importante y es la base para el diseño de estrategias de prevención temprana y políticas públicas eficaces que tienen un impacto en la reducción de suicidio.

Palabras clave: sistemas de suicidio, epidemiología, mortalidad, de información.

Título: Registros de suicidio en el Distrito Federal de 2000 hasta 2014.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial com efeitos devastadores sobre a comunidade, principalmente nas famílias e nos amigos, sobretudo no aspecto emocional. É comportamento fatal em que o indivíduo morre em decorrência de uma lesão autoinfligida e intencional, não devendo ser considerado como um ato aleatório ou sem finalidade, pois decorre da relação de uma série de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Atualmente, é grave problema de saúde pública de proporções mundiais que, infelizmente, é negligenciado em virtude do estigma social, de preconceitos e do tabu associado a esse comportamento[1-5].

Em âmbito mundial, estima-se que em razão do suicídio ocorram 800.000 mortes por ano e 1 óbito a cada 40 segundos, sendo 20 tentativas para cada ato efetivo. Em 2012, houve 804.000 registros de suicídios no mundo, dos quais 75,5% corresponderam aos países de média e baixa renda e 24,5% aos países de alta renda, representando uma taxa global de mortalidade por suicídio de 11.4 óbitos/100 mil habitantes[4.]

Ainda em 2012, os países de alta e baixa renda apresentaram uma taxa de mortalidade por suicídio superior, de 12.7 e 11.2 óbitos/100 mil habitantes, respectivamente. A mortalidade mais elevada por suicídio ocorreu no sudeste da Ásia, de 17.7 óbitos/100 mil habitantes, e na Europa, de 12 óbitos/100 mil habitantes[4]. Quanto aos continentes americanos, no período de 2005 a 2009, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 7.3 óbitos/100 mil habitantes, principalmente na América do Norte, de 10 óbitos/100 mil habitantes[5]. A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil é baixa se comparada à média mundial, em 2014 foi de 5.2 óbitos/100 mil habitantes[6]

O Brasil também tem apresentando elevação nas taxas de mortalidade por suicídio; no período de 2000 a 2012 a taxa aumentou de 4.9 para 6.2 óbitos/100 mil habitantes, correspondendo a um aumento de 26,5% na mortalidade por essa causa[7].Entre 1980 e 2011 a taxa de mortalidade por suicídio cresceu significativamente a partir dos 17 anos de idade, de 3.3 para 5.5 óbitos/100 mil habitantes, representando um crescimento de 40%. Considerando esse período, o suicídio apresentou um aumento de 56% e foi a segunda causa responsável pelo aumento da mortalidade por causas externas[8].

As dimensões continentais e as diversidades culturais nacionais refletem em taxas de mortalidade por suicídio divergentes entre as regiões brasileiras, de 2000 a 2012 a maior prevalência foi nos Estados das regiões Sul e Centro-Oeste (9.8 e 7.6 óbitos/100 mil habitantes, respectivamente) e relativamente menor nos Estados das regiões Sudeste, Norte e Nordeste (5.6, 5.3 e 5.2 óbitos/100 mil habitantes, respectivamente. No entanto, apesar da predominância do suicídio no Sul e Centro-Oeste, a mortalidade por essa causa reduziu nessas regiões, enquanto houve aumento das taxas nas outras regiões7.

A tendência nacional e mundial é de que os suicídios ocorram com maior frequência entre os homens. Atinge principalmente o grupo etário de 15 a 29 anos, sendo a 2ª causa de morte. As causas mais comuns de óbitos são por enforcamento, arma de fogo e envenenamento. A mortalidade por suicídio também tem apresentou incremento em grupos marginalizados e/ou discriminados, como os idosos e indivíduos com transtornos mentais[4,7,9,10].

Em 2012, a OMS registrou que dos países que fazem parte da International Association for Suicide Prevention (IASP), incluindo o Brasil, apenas 31% tinham uma estratégia nacional abrangente ou um plano de ação acerca da prevenção do suicídio[4]. No Brasil, a única política oficial existente no país são as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio instituídas pela Portaria nº 1.876, em 2006[1,4]. Via Sistema Único de Saúde, os serviços oferecidos voltados a

esta causa são prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que, por ser especializado em saúde mental, auxilia no rastreamento de pessoas em risco de cometer suicídio[7]. Em 2012, o Distrito Federal foi pioneiro ao estabelecer uma política instituída pela Portaria no. 185, que inclui a estruturação da rede de atendimento, incentivos à pesquisa e capacitação de profissionais[1].

As ações de prevenção e promoção da saúde promovem a redução efetiva da mortalidade por suicídio e o comportamento de risco. No entanto, é essencial que os profissionais de saúde sejam treinados e qualificados para atuar na identificação precoce, gestão eficaz e manejo das situações de risco, sobretudo aqueles que atuam na atenção básica, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que tem maior contato com a população[4,7]. Desde a graduação educação sobre o suicídio deve ser incorporada, para reduzir o estigma social e mudar as atitudes, assim como, ser visto como um problema de saúde pública tratável[4].

No suicídio, cada vida perdida tem um importante impacto para a sociedade, pela perda do potencial social do sujeito. Antes que sejam elaboradas e implementadas ações preventivas ao suicídio, este precisa ser conhecido e entendido. A compreensão do problema depende do recolhimento de dados específicos e válidos que sejam traduzidos em informação pertinentes acerca do fenômeno. Analisar os dados disponíveis contribui para conhecer os fatores envolvidos e para direcionar as ações, objetivando a prevenção do comportamento suicida e mapeamento do real panorama[4].

Há diversos estudos e pesquisas relativas ao suicídio na população brasileira, de forma geral ou dirigida a um grupo específico, todavia, são poucos os estudos publicados que avaliem estritamente este fenômeno no Distrito Federal, e diante deste cenário, surge o questionamento: Qual é o perfil do suicídio neste local e as características relacionadas? A partir dessa indagação e com base nesse contexto, este trabalho objetiva descrever os registros

no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)[6] dos óbitos por suicídio no Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo que se destina a caracterizar a mortalidade por suicídio no Distrito Federal no período de 2000 a 2014. O Distrito Federal está localizado na Região Centro-Oeste, ocupando o centro do Brasil, com uma área de 5.789,16 km². O território é dividido em 31 regiões administrativas, que corresponde a Brasília/Plano Piloto e as outras que são caracterizados como núcleos periféricos. Em 2013, a população urbana estimada foi de 2.786.684 habitantes, sendo 51.9% constituída por mulheres; 65.5% têm entre 15 e 59 anos; 49.5% declarou ser parda/mulata, 32.8% são analfabetos ou têm ensino fundamental incompleto e 50.6% referiu estar casada.

Os dados foram obtidos por meio do SIM, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)[6]. A coleta de dados foi realizada no período de março de 2016. Foram considerados os números absolutos do suicídio codificados como X60 a X84, de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As variáveis sociodemográficas e epidemiológicas foram selecionadas conforme a disponibilidade no SIM, sendo elas: sexo, faixa etária, escolaridade, cor, estado civil, local de ocorrência e causa. Foram desconsiderados os óbitos por suicídio dos indivíduos com idade inferior a 10 anos, devido à ausência desses dados no SIM.

A tabulação dos dados e a análise das variáveis foram realizadas por meio da utilização do programa Microsoft Excel. Para os cálculos, foram considerados os números absolutos e relativos (porcentagem, média, taxa de mortalidade geral e proporcional). As estimativas populacionais foram conforme a projeção da população por sexo e grupo de idade de 2000 a

2030 do Distrito Federal, proveniente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), também através do DATASUS.

Para melhor análise, as faixas etárias foram organizadas e estratificadas em grupos de idade de 10 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, ≥60 anos e idade ignorada. A escolaridade foi agrupada em níveis de 0 a 7 anos, 8 a 11 anos, ≥12 anos e ignorado. As causas do suicídio foram ordenadas conforme o tipo de método utilizado (X60-X69: Envenenamento; X70: Enforcamento, estrangulamento e sufocação; X71: Afogamento e submersão; X72-X74: Arma de fogo; X75-X77: Fogo, explosivo e gases; X78-X79: Objeto cortante, penetrante ou contundente; X80: Precipitação de um lugar elevado; X81: Precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento; X82: Impacto de um veículo a motor e X83-X84: Outros meios).

As taxas de mortalidade por suicídio foram avaliadas conforme Diekstra e Gulbinat[11], que classifica a mortalidade por esta causa como: baixa (<5 óbitos/100 mil habitantes), média (5 a 15 óbitos/100 mil habitantes), alta (15 a 30 óbitos/100 mil habitantes) e muito alta (>30 óbitos/100 mil habitantes). A pesquisa ocorreu em conformidade com princípios éticos. Não foi necessária a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois o estudo se refere a coleta de informações provenientes de um banco de dados de acesso e uso público.

RESULTADOS

No Distrito Federal, de 2000 a 2014, foram registrados no SIM o total de 1.628 óbitos por suicídio, que representa 108.5 óbitos por ano, e a taxa de mortalidade por suicídio foi considerada baixa com 4.4 óbitos/100 mil habitantes. O suicídio foi responsável por 6.1% dos registros de óbitos por causas externas e 1% das mortes em geral.

Neste período, a taxa de mortalidade por suicídio subiu de 4.1 para 4.7 óbitos/100 mil habitantes, representando um aumento percentual de 14.6%. Entre os anos de 2000 e 2010 a taxa de suicídio aumentou em 39% (de 4.1 a 5.7). Em 2011, a taxa reduziu em 33.3% (de 5.7 para 3.8), e aumentou novamente entre os anos de 2011 e 2014 em 23.6% (de 3.8 para 4.7). Do total de registros de óbitos por suicídio no Brasil, 1.2% do total correspondem ao Distrito Federal.

No Brasil, entre 2000 e 2014, houve 133.531 registros de óbitos por suicídio e a taxa de mortalidade por esta causa foi de 4.7 óbitos/100 mil habitantes. Considerando o período, houve um aumento na taxa de 3.9 para 5.2 óbitos/100 mil habitantes, que correspondeu a crescimento de 33.3% na taxa.

Em relação ao sexo, a predominância foi de homens com uma taxa de mortalidade por suicídio classificada como média (6.9 óbitos/100 mil habitantes). Em contraposição, os óbitos por mulheres foram menos representativos e a taxa de mortalidade por suicídio classificada como baixa (2.1 óbitos/100 mil habitantes). A mortalidade teve um aumento de 10.1% (de 6.4 para 7.9) nos homens e de 18.7% (de 1.9 para 2.1) nas mulheres. A razão de óbitos homem/mulher foi de 3.28:1. Esses dados são apresentados na Figura 1.

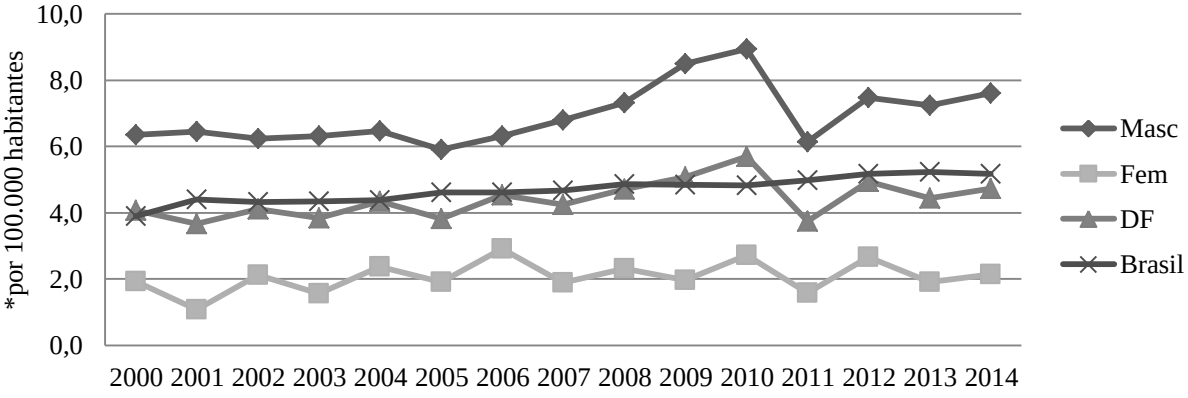

Figura 1 – Taxa de mortalidade proporcional por suicídio segundo sexo no Distrito Federal entre os anos de 2000 a 2014*

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Em ambos os sexos, as características sociodemográficas e epidemiológicas principais do suicídio foram: homens, de 20 a 39 anos, cor parda, baixa escolaridade (0 a 7 anos de estudos) e solteiros. Os dados referentes às variáveis sociodemográficas e epidemiológicas são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e epidemiológicas dos registros de suicídios segundo as variáveis no Distrito Federal de 2000 e 2014

Variáveis	Sexo				Total	
	Masc		Fem			
	n	%	n	%	n	%
Total	1229	75.4	399	24,5	1628	100
Idade (anos)						
10 a 19	114	9,3	42	10,5	156	9,6
20 a 39	665	54,1	181	45,4	846	52
40 a 59	320	26	145	36,3	465	28,6
≥60 anos	121	9,8	30	7,5	151	9,3
Ignorado	9	0,7	1	0,3	10	0,6
Cor/raça						
Branca	281	22,9	140	35,1	421	25,9
Preta	33	2,7	14	3,5	47	2,9
Amarela		0	3	0,8	3	0,2
Parda	907	73,8	238	59,6	1145	70,3
Ignorado	8	0,7	4	1	12	0,7
Escolaridade (anos)						
0 a 7	581	47,3	146	36,6	727	44,7
8 a 11	298	24,2	107	26,8	405	24,9
≥12	233	19	103	25,8	336	20,6
Ignorado	117	9,5	43	10,8	160	9,8
Estado Civil						
Solteiro	790	64,3	226	56,6	1016	62,4
Casado	296	24,1	96	24,1	392	24,1
Viúvo	22	1,8	23	5,8	45	2,8
Separado judicialmente	91	7,4	48	12	139	8,5
Outro	6	0,5	2	0,5	8	0,5
Ignorado	24	2	4	1	28	1,7

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Quantos aos grupos de idade, os óbitos foram maiores no grupo de 20 a 39 anos, que em conjunto com o grupo de 40 a 59 anos representaram 80.6% dos óbitos, como apresentado na Tabela 1. Ambas as faixas etárias apresentaram aumento no período considerado de 3.6% e

43.1%, respectivamente. Em contraste, os grupos de 10 a 19 anos e ≥60 anos demonstraram redução de 42.4% e 39%, respectivamente.

Em relação aos coeficientes de mortalidade, a taxa por suicídio foi baixa nos indivíduos de 10 a 19 anos (2.4 óbitos/100 mil habitantes) e considerada média nas demais faixas etárias, que apresentaram uma taxa de mortalidade semelhante (em torno de 6.0 óbitos/100 mil habitantes). O grupo de ≥60 anos foi o que apresentou picos oscilatórios mais significantes durante o período, sendo as taxas mais elevadas em 2004 (10.6 óbitos/100 mil habitantes), 2010 (9.2 óbitos/100 mil habitantes) e 2012 (8.5 óbitos/100 mil habitantes). Os dados relativos às taxas de mortalidade específicas por idade estão contemplados na Figura 2.

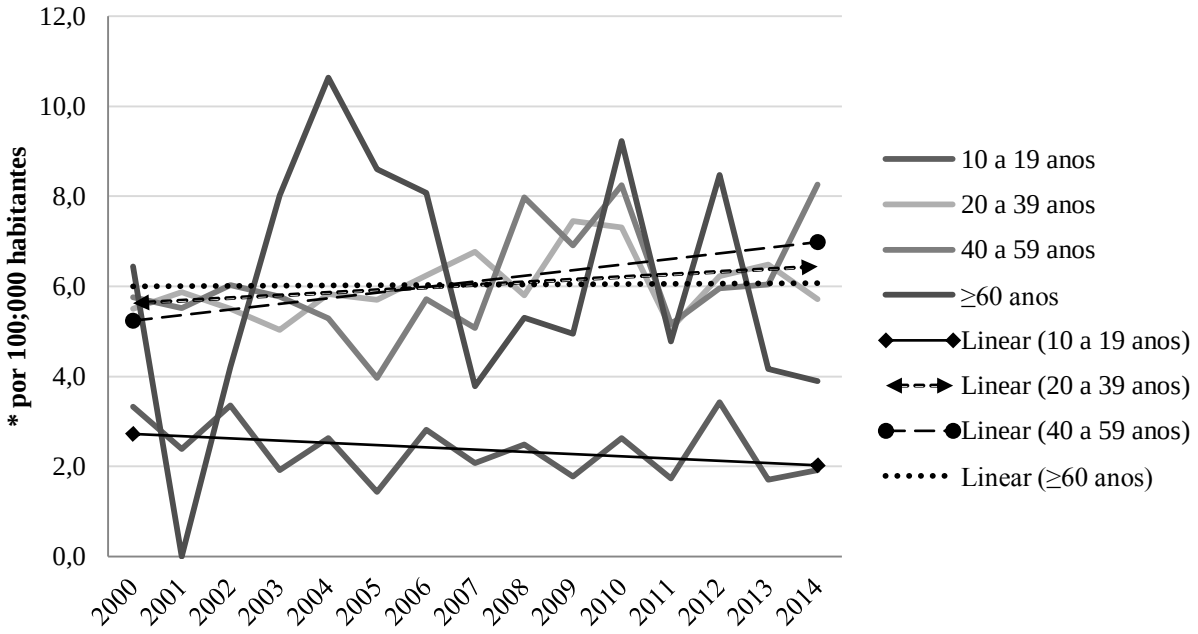

Figura 2 – Taxa de mortalidade proporcional por suicídio segundo a idade no Distrito Federal de 2000 a 2014 e sua tendência linear

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Houve um predomínio dos indivíduos de cor parda e preta, representando 73.2% dos óbitos, em relação aos indivíduos de cor branca e amarela, que corresponderam a 26.1%. Os suicídios de indivíduos pardos foram os únicos que apresentaram redução referente a 3.26%, enquanto

nos indivíduos brancos e pretos tiveram um aumento de 19.4% e 30.4%, respectivamente, nos indivíduos de cor amarela não houve mudanças relevantes.

Entre os níveis de escolaridade, 69.6% dos indivíduos tinham de 0 a 11 anos de estudos. Os óbitos dos indivíduos com 0 a 7 anos de estudos apresentaram redução de 18.7% durante o período analisado. Houve um crescimento considerável de 360.3% e 130.1% dos indivíduos com nível de escolaridade de 8 a 11 anos e ≥12 anos, respectivamente. No período considerado, a escolaridade foi a variável que apresentou a maior índice de ignorados, ou seja, óbitos que não tiveram essa informação registrada. No entanto, a ausência de dados relativos à escolaridade reduziu em 76.7% (de 2000 a 2014).

Os indivíduos sem união conjugal oficial, ou seja, solteiros, viúvos e separados judicialmente, representaram 73.37% dos óbitos por suicídio registrados. No decorrer do período analisado estudo, solteiros, viúvos e separados judicialmente demonstraram um aumento de 12.9%, 65% e 80%, respectivamente, ao passo que os casados apresentaram redução de 21.5%.

Não obstante o suicídio ter ocorrido principalmente no domicílio, 30% dos óbitos ocorrem dentro de algum estabelecimento de saúde, conforme apresentado na tabela 2. Dos registros pesquisados, 13% não apresentam o local de ocorrência e foram denominados de “outros”. Os óbitos no domicílio aumentaram em 39.5%, ao contrário do hospital que apresentou queda de 50%, nos outros estabelecimentos de saúde os óbitos foram de 0 para 1.5%.

Quanto à causa do ato, os óbitos ocorreram principalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação; envenenamento, em que 46.8% foi referente ao uso de pesticida; e arma de fogo. Entre os homens, prevaleceu os óbitos por enforcamento e arma de fogo, respectivamente, enquanto entre as mulheres o método principal foi o envenenamento seguido do enforcamento.

Tabela 2 – Características dos suicídios segundo as variáveis: sexo, método utilizado e local do ocorrido no Distrito Federal de 2000 e 2014

Variáveis	Sexo					
	Masc		Fem		Total	
	n	%	n	%	n	%
	1229	75,4	399	24,5	1628	100
Local da ocorrência						
Hospital	306	24,9	162	40,6	468	28,7
Outro estabelecimento de saúde	4	0,3	1	0,3	5	0,3
Domicílio	611	49,7	177	44,4	788	48,4
Via pública	127	10,3	23	5,8	150	9,2
Outros	179	14,6	36	9,0	215	13,2
Ignorado	2	0,2	0	0	2	0,1
Métodos utilizados						
Envenenamento	168	13,6	150	37.5	318	19,5
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	648	52,7	126	31,6	774	47,5
Afogamento e submersão	5	0,4	4	1	9	0,6
Arma de fogo	221	18,0	33	8,3	254	15,6
Fogo, explosivos e gases	34	2,8	27	6,8	61	3,7
Objeto cortante, penetrante ou contundente	26	2,1	3	0,8	29	1,8
Precipitação de local elevado	108	8,8	46	11,5	154	9,5
Precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	6	0,5	1	0,3	7	0,4
Impacto de veículo a motor	4	0,3	1	0,3	5	0,3
Outros meios	9	0,7	8	2	17	1

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Tendo como referência o início do período, foi observado aumento nos óbitos por enforcamento (29%) e precipitação de local elevado (155.1%). Houve queda expressiva nos óbitos por envenenamento (70.5%) e arma de fogo (66.6%). Suicídios por afogamento; fogo, explosivo e gases; objetos cortantes, penetrantes ou contundentes e precipitação ou permanência diante de um objeto se mantiveram estáveis durante todo o período de análise, sem aumentos ou reduções significativos.

DISCUSSÃO

Os dados do suicídio são comumente registrados de forma errônea, intencional ou equivocada, com outra classificação do CID-10, como exemplo, mortes acidentais ou causa indeterminada. O complicado processo de notificação, que envolve aspectos médicos e legais,

ou o estigma social ainda presente nos dias atuais contribui para tal problemática e resulta em informações imprecisas e ineficazes. A subnotificação de dados não é um problema único do suicídio, mas deve-se considerar a sensibilidade de tal fenômeno e comprometimento da disponibilidade dos dados[2, 4].

A taxa de mortalidade por suicídio do Distrito Federal (4.4) foi aquém quando comparado, no mesmo período, a média nacional (5.6) e aos registros estaduais de 2014 do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul (9.8, 8.6 e 7.7 óbitos/100 mil habitantes), respectivamente. No entanto, é superior considerando os estados do Pará, Bahia e Rio de Janeiro (2.55, 2.75 e 2.92, respectivamente)[6]. A divergência da mortalidade entre os estados , também ocorrida entre países, ocorre principalmente pelas diferenças socioculturais que influenciam o perfil epidemiológico do suicídio e mortalidade por esta causa[7,9].

A proporção de óbitos expressivamente superior nos homens encontrada nesse estudo, converge com o registrado em outro estudo, razão de 3.6:1 em 2012,[7], e também a média mundial, razão de 3.5:1 em 2012[4]. Tais dados demonstram que perfil do suicídio é predominantemente masculino, característica que é unanime entre os autores.

A diferença de sexo ocorre por fatores associados. Os homens tendem a ser mais vulneráveis em decorrência do comportamento impulsivo, da utilização de métodos suicidas mais letais e do uso do álcool e outras drogas, que aumenta em 6 vezes a mortalidade por suicídio [7,9,12,13,14]. As mulheres apresentam mais fatores protetores, como a prática religiosa, reconhecimento precoce dos fatores de risco, e busca por ajuda e/ou suporte mental[9,12]. Importante considerar que situações como violência contra mulher, sobretudo as físicas e sexuais, potencializam a chances de tentativas suicidas e do suicídio propriamente dito[4].

Os resultados então encontrados demonstram a baixa mortalidade por suicídio no grupo de 10 a 19 anos, sendo expressivamente maior nos indivíduos ≥20 anos, assim como apontam as publicações recentes[4,7,13]. Autores relatam que o suicídio acomete principalmente o grupo etário de 15 a 29 anos, no qual é a 2ª causa de morte e responsável por 3.9% nas causas de mortalidade violenta, com uma mortalidade de 4.8 óbitos/100 mil habitantes [4,8,9].

Outra característica observada nesse estudo, foi o relevante aumento do suicídio em indivíduos com idade ≥30 anos, semelhante ao relatado em outros estudos[4,7,9,10]. Em termos globais, no ano de 2012, o suicídio foi responsável por 4,1% de todas as mortes e a quinta maior causa de morte no segmento etário de 30 a 49 anos.

A etiologia do suicídio em jovens é atribuída principalmente aos transtornos mentais, como os afetivos, de comportamento e os relacionados ao uso de substâncias. Além disso, há outros fatores importantes que incluem tentativas prévias de suicídio, problemas familiares, perdas afetivas, abusos físicos e sexuais, orientação sexual, entre outros[2].

As más condições socioeconômicas do país afetam principalmente a população economicamente ativa, que corresponde primordialmente os indivíduos de 15 a 49 anos, desencadeando aumento do desemprego, da informalidade e de instabilidades financeiras. Tais fatores ambientais podem favorecer o surgimento de sentimentos negativos, por interferir na qualidade de vida do individuo, potencializar a vulnerabilidade e contribuir para o risco de suicídio nesse grupo, principalmente nos indivíduos acima de 30 anos[2,7,15].

Nos idosos do Distrito Federal (≥60 anos), observou-se uma importante vulnerabilidade ao suicídio. Alguns estudos indicam elevações expressivas na taxa de suicídio nesse segmento populacional[4,5,16], apresentando uma a razão de 2:1 entre tentativas e suicídios consumados[16,17]; no entanto, alguns autores contradizem esses resultados e/ou relatam que a

alta ou baixa mortalidade por suicídio depende da região analisada, por exemplo, nas regiões desenvolvida onde o contingente de idosos é maior que nas subdesenvolvidas [4,5,10,12].

A melhora da qualidade de vida nos dias atuais representa o aumento de condições favoráveis que permitem ao individuo envelhecer de forma mais saudável, representado pelo aumento da sobrevida e envelhecimento populacional mais acentuado. Em razão deste fato, o aumento da taxa de mortalidade por suicídio nos idosos pode estar relacionada ao aumento desse segmento na sociedade atual[4,7].

O risco do suicídio em idosos é ainda maior em razão de a maioria ser aposentada, de baixa escolaridade, com dificuldade de adaptação às mudanças decorrentes da idade; em que há perda do *status* social e da autonomia, dificuldades financeiras, ocorrência de doenças crônico-degenerativas, viuvez, perda de entes queridos, entre muitos outros fatores[12,16,17].

Em relação à cor/raça, os resultados demonstraram a prevalência de indivíduos pardos, característica igualmente registrada por apenas um autor[7]. Em estudos realizados nos Estados de São Paulo e na região Sul do Brasil, o predomínio foi de indivíduos brancos, semelhante ao encontrado nos Estados Unidos e em países europeus. A denominação de raça/cor e as características étnicas variam conforme a especificidades culturais de cada sociedade e região, de forma que interfere no registro dos dados, assim como a classificação subjetiva, que no Brasil que é feito de forma declarada[10,12,13]. Além disso, observou-se a carência de estudos e discussões acerca da relação suicídio-etnia que contribui para a ausência de dados disponíveis para esse segmento.

No Distrito Federal o suicídio ocorreu principalmente em indivíduos com baixo nível de escolaridade, igualmente relatado por outros autores[7,10,15]. Os dados ignorados foram superiores a 20%, ou seja, um índice relevante de incompletude dos dados acerca dessa

variável, observada nesse e em outro estudo[7]. Apesar da falta de registro, a redução da ausência de dados registrada no período demonstra aumento da completude dos dados dessa variável. Apesar das pesquisas apontarem resultados que sugerem uma associação positiva entre o suicídio e a baixa escolaridade[2,7,10], há pouca discussão justifique essa relação.

Uma das hipóteses seria que o baixo nível de instrução define um *status* social e econômico mal sucedido que compromete a qualidade de vida do indivíduo e aumenta o sofrimento moral, tornando-o vulnerável ao ato. Além disso, o aumento do suicídio em indivíduos com maior escolaridade no Distrito Federal pode estar relacionado ao aumento dessa população em decorrência das mudanças socioeconômicas e demográficas ocorridas no Centro-Oeste, como a redução no índice de desigualdade social mais indivíduos acesso aos estudos[2,7,13] .

Quanto ao estado civil, o suicídio no Distrito Federal é predominante em pessoas sem união conjugal oficial (solteiros, viúvos e divorciados), mas de forma isolada é prevalente nos solteiros e casados, conforme o que é apontado na literatura[3,9,12]. No entanto, é inegável que, ao considerar somente os indivíduos que sem união conjugal, a vulnerabilidade ao suicídio é superior enquanto estar casado pode ser considerado um fator de proteção frente ao ato[12].

O processo de divórcio, em que há a ruptura de uma relação afetiva, ou de viuvez, vivenciado pela morte de cônjuge ou perda de um ente querido, são fatores estressantes que podem precipitar ideias suicidas ou até mesmo o ato. Além disso, indivíduos solteiros ou divorciados estão mais associados com depressão ou outras condições psiquiátricas, como a esquizofrenia, que aumentam o risco de suicídio[3,12,13].

Pouco se discute acerca dos motivos da ocorrência do suicídio em determinados locais, contudo, é unânime entre os estudos que a maioria dos atos ocorre no domicílio seguido do hospital, assim como foi observado neste estudo. A provável associação é que os métodos

mais letais ocorram na própria residência, como o enforcamento e o uso da arma de fogo. No hospital são atribuídos os óbitos por métodos menos letais, como a autointoxicação por medicamento, por permitir o socorro e a prestação de ajuda efetiva ao encaminhar para uma unidade de saúde, onde serão oferecidos cuidados pertinentes que possam evitar o óbito[9,10,13].

O próprio ambiente hospitalar pode desencadear sentimentos situacionais e apresentar problemas que aumentam o risco, como estrutura física inadequada, falta de preparo da equipe, falhas no cuidado e acesso facilitado à medicamentos e objetos perfurocortantes. Os riscos relacionados à doença clínica preexistente, ao tratamento e as consequências do método utilizado podem agravam ainda mais a situação[13].

Em relação aos métodos preferenciais do suicídio, verificou-se que no Distrito Federal os meios predominantes são o enforcamento, a arma de fogo e o envenenamento, conforme o encontrado em outros estudos nacionais e internacionais[4,7,9,13]. Há de se considerar que os meios variam pela influência das especificidades culturais e antropológicas de cada grupo populacional[4,13].

Os homens tendem a optar por métodos mais letais, como o uso de arma de fogo, em razão do comportamento agressivo e o acesso mais facilitado às armas, tornando o ato mais efetivo e elevando a mortalidade nesse gênero. As mulheres optam por meios menos letais, que favorecem a probabilidade de socorro em tempo de evitar o óbito, e por isso, estão mais associadas às tentativas de suicídio do que ao ato consumado[12,13].

Os resultados encontrados no presente estudo demonstram que a autointoxicação por pesticidas teve representação significativa em relação às substâncias utilizadas no envenenamento. É um dos métodos que mais preocupam as autoridades de saúde, considerada como importante questão de saúde mundial[4,18]. Autores relatam que o seu uso está

principalmente correlacionado as populações rurais e agricultores, pela facilidade na disponibilidade e manipulação dos agrotóxicos. Além disso, os efeitos dos pesticidas tem demonstrado aumento de problemas psiquiátricos por desencadear alterações no sistema nervoso central, contribuindo para o aumento do risco ao suicídio, principalmente na população rural[4,9,10,12].

Além dos numerosos fatores de risco ao suicídio, os transtornos mentais são um dos principais contribuintes e que estão presentes em 90% dos suicidas. Vários autores[10,16] relatam a associação positiva entre suicídio e desordens mentais, sendo as mais comuns depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia. O risco aumenta ainda mais na coexistência de dessas doenças ou quando associadas ao uso de drogas e/ou álcool[2,12,13].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os registros de suicídio no Distrito Federal se assemelham aos encontrados em outros estudos e pesquisas e equipara-se ao restante do país e do mundo. Há carência de informações na literatura que dificultam a discussão das variáveis de cor,escolaridade e estado civil, sobretudo em razão da interferência de outros fatores, como a forma de obtenção da informação e a subnotificação dos dados. Os óbitos por arma de fogo, pesticidas e medicamentos salienta a necessidade de discussão quanto ao acesso à esses meios. Outros estudos precisam ser realizados para avaliar melhor a correlação das variáveis e do suicídio.

Cabe considerar também a necessidade de avaliar qualidade no serviço prestado pelas redes assistenciais de saúde para a detecção precoce dos fatores de risco e do comportamento suicida, bem como, o oferecimento de suporte ao indivíduo em sofrimento e à sua família como método de prevenção.

Outras limitações ocorreram principalmente pela disponibilidade dos registros no SIM, pois o território do Distrito Federal é considerado apenas como Brasília, sem a estratificação dos dados por regiões administrativas. Uma das lacunas é a subnotificação dos dados ou preenchimento inadequado, que interferem na qualidade e confiabilidade dos registros.

Os resultados demonstram aumento preocupante do suicídio, não obstante a possibilidade de prevenção. Nesse sentido, a análise epidemiológica é fundamental para delimitar o perfil, o contexto das variáveis e do panorama real da situação. Os dados e informações atualizadas possibilitam o monitoramento e o estabelecimento de intervenções precisas, sendo base para o delineamento de estratégias de prevenção e de políticas públicas efetivas que tenham impacto na redução do suicídio.

As ações a serem elaboradas precisam ser abrangentes e multissetoriais, contemplando as diversidades e especificidades locais. Um ambiente de mudança precisa ser estabelecido para suporte bem consolidado, evitando que o suicídio possa atingir proporções ainda mais preocupantes.

Diante do exposto, as informações prestadas neste estudo são relevantes e colaborativas para o conhecimento de todos os profissionais e áreas afins envolvidas no fenômeno do suicídio. Destaca-se a importância da equipe de enfermagem, por estar em contato mais contínuo e próximo à população de risco. Não só a experiência prática é importante, como também o conhecimento teórico para aprimorar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o suicídio no Distrito Federal e os indivíduos mais suscetíveis a esse comportamento.

REFERÊNCIAS

1. Machado M, Leite C, Bando D. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. Revista de Gestão & Políticas Públicas. 2014;4(2):334-356.
2. Associação brasileira de psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir [Internet]. Brasília: Associação brasileira de psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, Comissão de

Estudos e Prevenção de Suicídio; 2014. [citado 2016 jun]. Disponível em: http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf

3. Macente LB, Zandonade E. Spatial distribution of suicide incidence rates in municipalities in the state of Espírito Santo (Brazil), 2003- 2007: spatial analysis to identify risk areas. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34(3):261-9
4. World Health Organization - WHO. Preventing suicide: Global Imperative [Internet]. Luxemburgo: WHO; 2014. [citado 2016 mar]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Suicide mortality in the Americas: regional report [Internet]. Whashignton; 2014. [citado 2016 mar]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=31603&lang=en
6. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília (DF): Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, Ministério da Saúde. 2014 [citado 2016 mar]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205.
7. Machado DB, dos Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. J Bras Psiquiatr. 2015;64(1):45-54.
8. Waiselfisz, JJ. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Mapa da violência: Homicídios e juventude no Brasil. Atualização 15 a 29 anos [Internet]. Brasília; 2014. [citado 2016 mar]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_AtualizacaoHomicidios.pdf.
9. Vidal CEL, Gomes CB, Mariano CA, Leite LMR, da Silva RA, Lasmar SC. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. 2014 jun;22(2):158-164.
10. Ferreira VRT, Trichês VJS. Epidemiological Profile of Suicide Attempts and Deaths in a Southern Brazilian City. Psico. 2014;45(2):219-227.
11. Diekstra RF, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. World Health Stat Q. 1993;46(1):52-68.
12. Daniel HB, André RB, Tiótrefis GF, Isabela MB, Paulo AL. Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis Taxas de suicídio e tendências em São Paulo, Brasil, de acordo com gênero, faixa etária e aspectos demográficos. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34(3):286-93.
13. Botega NJ. Comportamento suicida: Epidemiologia. Psicol. USP. 2014;25(3):231-6.
14. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(1):54896.
15. Bezerra Filho José Gomes, Werneck Guilherme Loureiro, Almeida Rosa Lívia Freitas de, Oliveira Maria Ivoneide Veríssimo de, Magalhães Francismeire Brasileiro. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cad. Saúde Pública. 2012 mai; 28(5): 833-844.
16. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(8): 1943-1954.
17. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2012 out; 17(10):2665-2674.
18. Faria NMX, Fassa AG, Meucci RD. Association between pesticide exposure and suicide rates in Brazil. NeuroToxicology. 2014; 45:355–362.

ANEXO

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions

Diretrizes para autores

3 Instruções para os autores

3.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: TÍTULO; RESUMO); abstract e resumen, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: ABSTRACT; RESUMEN); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: INTRODUÇÃO); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: Histórico). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.] e alíneas [a), b), c)...).

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas e relatos de caso devem ter, no máximo, 10 páginas.

A Revista publica as seguintes seções:

Editorial: é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo);

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (p.ex. http://www.prisma-statement.org/statement.htm). Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);

Artigos de revisão integrativa: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a

fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado por ex.: Cooper, Ganong, Whittemore e Knafl, Broome, dentre outros). Não se trata de artigo de revisão da literatura. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);

Artigos de reflexão: são formulações discursivas, de efeito teorizante, com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de 10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo);

Relatos de caso: são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título; resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de 10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo).

Os manuscritos devem conter:

Título: coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (Abstract) e para o espanhol (Resumen).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de resumo estruturado, com os seguintes itens:

Objetivo: (objetivo geral)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (Keywords) e espanhol (Palabras clave), conforme os "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS" (http://decs.bvs.br), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês (Title) e em espanhol (Título), logo após os palavras-chave do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título "Referências" e não "Referências bibliográficas". A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências Vancouver, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases, disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals. Para os periódicos que não se encontram neste site, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: http://ccn.ibict.br/busca.jsf e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: http://portal.revistas.bvs.br.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: "segundo...", "de acordo com...". Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...(1-4).

Alguns autores acreditam que...(1,4-5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”(7).

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- Gráficos e quadros: apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

-Tabelas: devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf;

- Demais ilustrações: apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).