

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA ALTA DE USUÁRIOS DE
SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO
INTEGRATIVA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Carlos Oclides Pereira de Quadros

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA ALTA DE USUÁRIOS DE
SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO
INTEGRATIVA**

por

Carlos Oclides Pereira de Quadros

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Mental

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Enf^{fa} M^a Amanda de Lemos Mello

Santa Maria, RS, Brasil

2017

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no
Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Residência

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA ALTA DE USUÁRIOS DE
SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO
INTEGRATIVA**

elaborada por
Carlos Oclides Pereira de Quadros

como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Mental

COMISSÃO EXAMINADORA:

Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Amanda de Lemos Mello, Ma.
(Coorientadora)

Héctor Omar Ardans-Bonifacino, Dr. (UFSM)
(Banca examinadora)

Daiana Foggiato de Siqueira, Ma. (UFSM)
(Banca examinadora)

Fábio Becker Pires, Me. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 21 de fevereiro de 2017.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Residência
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no
Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

FATORES QUE INFLUENCIAM NA ALTA DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA

AUTOR: CARLOS OCLIDES PEREIRA DE QUADROS

ORIENTADOR: MARLENE GOMES TERRA

COORIENTADOR: AMANDA DE LEMOS MELLO

Data e local da defesa: 21 de fevereiro de 2017, Santa Maria/RS.

Objetivo: evidenciar na literatura os fatores que influenciam na alta de usuários de serviços de internação em saúde mental. **Método:** a busca foi realizada entre junho e julho de 2016, nas bases de dados LILACS, IBECs e PUBMED com os descritores “alta do paciente”, “saúde mental”, “hospitais psiquiátricos”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados 417 artigos, dos quais 24 atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** evidenciou-se fatores de risco e operacionais que influenciam na alta dos usuários, referentes ao planejamento de alta de acordo com as circunstâncias sociais do usuário, caracterização de grupos de risco para suicídio e reinternação, aderência ao tratamento pós-alta e necessidade de maior diálogo e corresponsabilização entre os serviços hospitalares e a rede extra-hospitalar. **Conclusão:** esta revisão traz contribuições acerca do cuidado que deve ser realizado conjuntamente pela assistência hospitalar em saúde mental e os serviços comunitários.

Palavras-chave: Alta do paciente. Saúde mental. Hospitais Psiquiátricos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma elaborado a partir das seis etapas desenvolvidas no estudo de revisão	12
------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos artigos analisados.....	14
Tabela 2 -	Fatores que influenciam na alta de usuários dos serviços de internação em saúde mental.....	15

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPRIS-A	Brief Psychiatric Rating Scale - Anchored Version
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
IBECS	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
PUBMED	Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Normas da revista em que o manuscrito será submetido.....	31
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MÉTODO	10
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO	19
4.1 Fatores Operacionais	19
4.2 Fatores de Risco	22
5 CONCLUSÕES	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXOS	30

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem seu início nos anos 70, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, buscando um novo paradigma no campo da saúde mental. A partir da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), instaurada pela Lei da Reforma Psiquiátrica Nº 10.216, preconizou-se o modelo de atenção psicossocial em detrimento do modelo hospitalocêntrico.¹ Nesse contexto, situa-se a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), priorizando a rede comunitária a partir de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residenciais terapêuticos, hospitais-dia, unidades de acolhimento, a inclusão da atenção básica como ponto da RAPS e a proposição de estratégias para a desinstitucionalização.²

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH), lançado pela Portaria Nº 52 de 2004, é outra normativa que busca potencializar a mudança do modelo de atenção em saúde mental. Buscou-se uma transição segura em que a redução dos leitos hospitalares fosse acompanhada da construção e ampliação da atenção psicossocial de caráter comunitário. Tem-se como foco a desinstitucionalização, reduzindo progressivamente os hospitais para a classe de menor porte com a realocação dos recursos na rede extra-hospitalar.³ Além disso, incentivou-se a criação de leitos em hospitais gerais a partir da normatização e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.⁴

Apesar do modelo de atenção psicossocial e da RAPS colocarem em relevância as estratégias extra-hospitalares, a internação ainda é prevista pela PNSM. A Reforma Psiquiátrica apregoa que a internação pode ser indicada quando os recursos hospitalares se mostrarem insuficientes, desde que seja de curta duração ou até a estabilidade do usuário.⁴⁻⁵ Além disso, prevê três tipos de internações: voluntária, com o consentimento do usuário; involuntária, sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e, a compulsória, determinada judicialmente.⁵

As diretrizes acerca das internações têm como finalidade a reinserção social do usuário a partir de uma assistência integral e multidisciplinar, com abordagem familiar, focada em orientações do quadro clínico, tratamento e sua continuidade.⁴⁻⁵ As normas para o Serviço Hospitalar de Referência orientam que a atenção hospitalar deve estar integrada à RAPS, garantindo a continuação do cuidado pelos outros componentes da rede, articulando-se com os mesmos e corresponsabilizando-se pelos casos. Ainda, estabelece que essa articulação terá

como perspectiva a prevenção da reinternação.⁴

Tendo em vista as mudanças realizadas na assistência em saúde mental, o novo modelo de atenção traz consigo novos desafios. Como evidenciado em outros estudos,^{1,6-7} apesar do investimento na rede extra-hospitalar, que passou a receber mais recursos que a assistência hospitalar a partir de 2005 e do aumento do número de CAPS,⁸ essa não oferece a atenção adequada aos usuários e familiares. Assim, gera uma série de problemas nos serviços que compõem a RAPS, opondo-se ao processo da Reforma Psiquiátrica.

Em decorrência dessa insuficiência e ineficiência da rede extra-hospitalar, a reinternação psiquiátrica, fenômeno conhecido como “porta giratória”, tem como consequência a geração de novos pacientes crônicos. Como efeito, a taxa de reinternação reflete a qualidade da assistência prestada em saúde mental, bem como, a organização e comunicação entre os serviços.^{1,7,9} Além disso, os serviços de internação hospitalar em saúde mental não conseguem exercer o previsto pela Portaria N° 148, a qual prevê a corresponsabilidade entre o hospital e os serviços comunitários pelos casos com a integração do hospital na RAPS, trabalhando na perspectiva de prevenção da reinternação.⁴

O presente estudo justifica-se para que a assistência hospitalar em saúde mental, integrada na rede de atenção psicossocial, possa buscar estratégias e dispositivos de enfrentamento aos problemas que emergem no atual cenário da atenção à saúde mental. Para tanto, o objetivo desta revisão é evidenciar na literatura os fatores que influenciam na alta de usuários de serviços de internação em saúde mental.

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa de literatura acerca dos fatores que influenciam na alta de usuários de serviços de internação em saúde mental. Foi desenvolvida em seis etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca, na literatura, de estudos primários; extração de dados; avaliação dos estudos primários incluídos; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão.¹⁰ A questão de pesquisa que orientou o presente estudo foi: quais são os fatores que influenciam na alta de usuários de serviços de internação em saúde mental?

A busca foi realizada nos meses de junho e julho de 2016, utilizando-se os descritores: alta do paciente [Descritor de assunto] *and* saúde mental [Descritor de assunto] *or* hospitais psiquiátricos [Descritor de assunto]. As bases de dados eleitas para a pesquisa foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public Medical*

Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (Ibecs), Foram incluídos estudos a partir dos critérios: ser estudo primário que respondesse à questão de pesquisa, nos idiomas inglês, espanhol e português, com recorte temporal de 2001 a 2015, devido a Lei Federal Nº 10.216, da Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre a proteção e direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental.⁵

A análise das produções foi iniciada por dois revisores de forma independente e, posteriormente a essa etapa, um terceiro revisor foi solicitado a fim de realizar o julgamento dos artigos discordantes. Foram identificadas 417 produções nas bases de dados. Após a revisão independente dos pares para a escolha dos artigos a serem analisados, com base nos critérios de inclusão, 24 artigos de pesquisa foram selecionados para síntese desta revisão. No caso de artigos duplicados nas bases de dados, esses foram considerados somente uma vez, conforme a Figura 1.

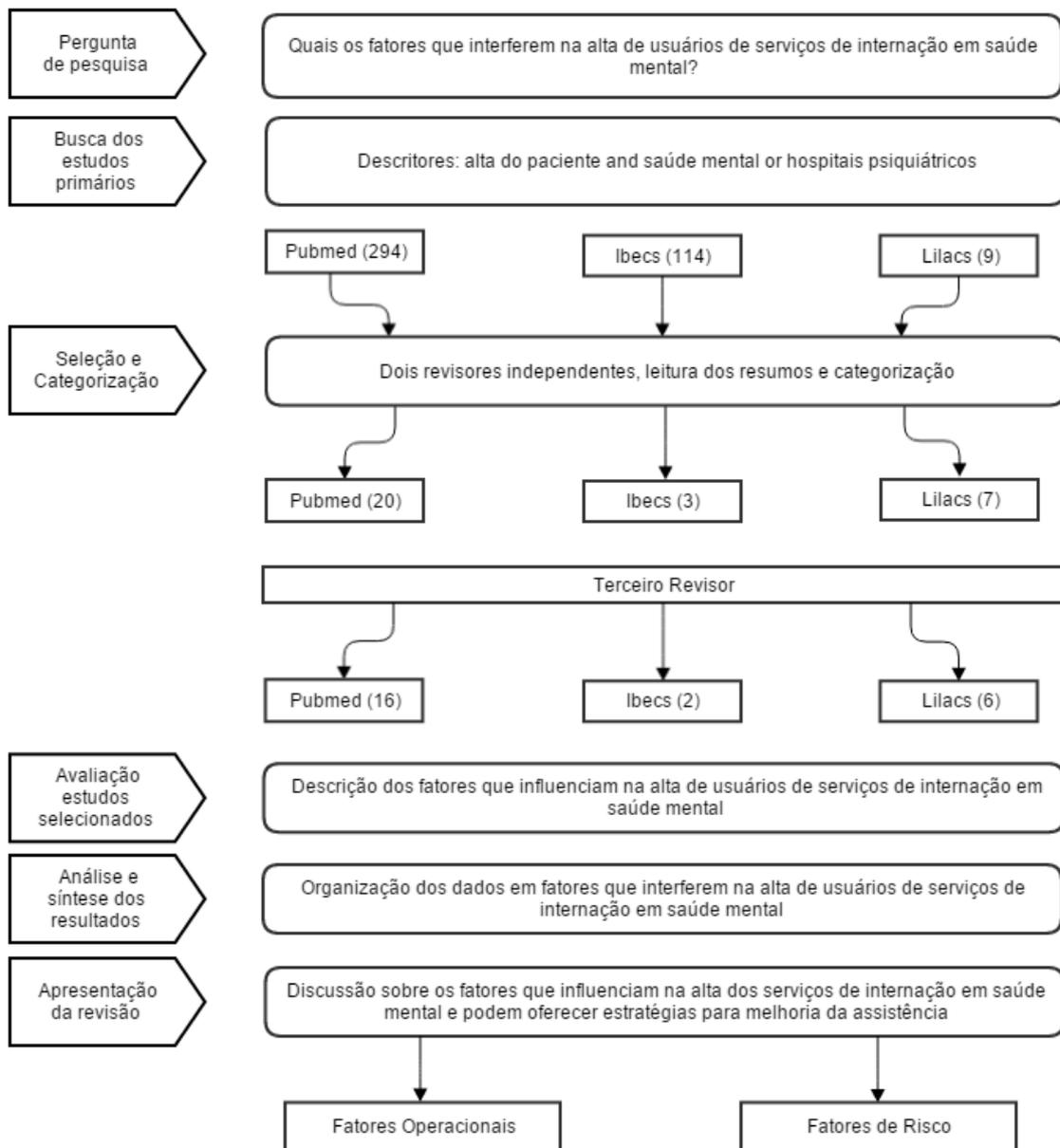


Figura 1 – Fluxograma elaborado a partir das seis etapas desenvolvidas no estudo de revisão.

Para a extração dos dados dos artigos primários foi construído um instrumento a fim de responder ao objetivo proposto, o qual compreendeu os seguintes aspectos: identificação do artigo, referência, instituição que o primeiro autor está vinculado e sua área profissional, ano de publicação, objetivo da pesquisa, delineamento, cenário, participantes e principais resultados que respondessem à questão de pesquisa.

A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar no processo de alta dos serviços de saúde mental,

visando fornecer subsídios na tomada de decisões das práticas de cuidado. E, também, no sentido de contribuir para que o processo de alta possa ser desenvolvido de maneira efetiva e corresponsável, a partir de um planejamento que leve em conta as características biopsicossociais do usuário. Para tanto, os fatores evidenciados nos estudos foram agrupados em duas categorias, quais sejam: fatores operacionais e fatores de risco.

No que se refere aos aspectos éticos, as ideias, os conceitos e as definições utilizados pelos autores dos artigos analisados foram apresentados de forma fidedigna, assim como descritos e citados.

RESULTADOS

Dos 24 estudos primários analisados nesta revisão, evidenciou-se a prevalência de estudos que advinham do Brasil, publicados no período que corresponde entre 2011 a 2015, com delineamento metodológico quantitativo. Referente aos periódicos os quais os estudos estavam vinculados, identificou-se uma grande variedade, com destaque para *Psychiatric Services* com cinco publicações, seguido dos demais periódicos, com uma publicação cada: *Journal of Affective Disorders*, *The British Journal of Psychiatry*, *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *The Medical Journal of Australia*, *American Journal of Orthopsychiatry*, *BMC Psychiatry*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública*, *Journal of Psychiatric Practice*, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *The European Journal of Psychiatry*, *Revista Enfermagem da UERJ*, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *Clinics*, *Physis - Revista de Saúde Coletiva* e *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

No que se refere aos cenários de estudo, esses foram agrupados de forma meramente didática, em quatro grandes eixos. O eixo Hospitais/Unidades Psiquiátricas obteve maior evidência, com onze artigos. Desses, oito utilizaram como cenário hospitais psiquiátricos e os demais, unidades psiquiátricas, unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico e hospitais de saúde mental. O segundo eixo corresponde aos cenários referentes a Ambulatórios Psiquiátricos, com seis estudos, sendo cinco em ambulatórios psiquiátricos e um em ambulatório especializado em transtornos de humor.

O eixo referente aos cenários de Centros de Registro de Dados, corresponde a quatro estudos, sendo que dois artigos coletaram dados em um Registro Nacional de Causas de

Morte e os demais em um Registro Nacional de Suicídio de Pessoas com Transtorno Mental, e em um Banco de Dados Nacional de Seguros de Saúde. O último eixo referente aos cenários para coleta de dados, refere-se aos Serviços de Rede de Saúde Mental, o qual corresponde a dois estudos, com um Centro de Saúde Mental e um Núcleo de Saúde Mental.

Em relação aos participantes dos artigos primários, oito estudos foram desenvolvidos com egressos de internação psiquiátrica. Sendo que desses, seis estavam em acompanhamento ambulatorial, um com egressos com projetos para desinstitucionalização e um estudo era com egressos de uma internação psiquiátrica (sem acompanhamento). Sete estudos foram desenvolvidos a partir da participação de usuários que estavam internados, dentre eles, seis em hospitais/unidades psiquiátricas e um com usuários internados em serviços de saúde mental. Evidenciou-se artigos que realizaram as coletas de dados em prontuários e registros, que somaram quatro estudos, seguido de dois artigos que coletaram dados com adolescentes internados e adolescentes em acompanhamento pós-alta e seus pais. Observou-se, ainda, um estudo que desenvolveu a coleta de dados em registros e junto aos profissionais de saúde, e outro com pacientes ambulatoriais.

Tabela 1 – Caracterização dos artigos analisados, Santa Maria, RS, Brasil.

	N	%
Procedência		
Brasil	7	29,17
Estados Unidos	6	25
Finlândia	2	8,3
Outros	9	37,5
Ano de Publicação		
2011-2015	10	41,7
2006-2010	9	37,5
2001-2005	5	20,8
Delineamento		
Quantitativo	16	66,7
Qualitativo	3	12,5
Quantitativo-intervenção	2	8,3
Intervenção	2	8,3
Quantitativo-qualitativo	1	4,17
Periódico		
Psychiatric Services	5	20,8
Outros	19	79,17
Cenários		
Hospitais/Unidades psiquiátricas	11	45,83
Ambulatórios psiquiátricos	6	25
Centro de registro de dados	4	16,7
Serviços da rede de saúde mental	3	12,5

Participantes

Egressos de internação psiquiátrica	8	33,3
Internados	7	29,17
Coleta em prontuário ou registro	4	16,7
Adolescentes	2	8,3
Egressos e profissionais	1	4,17
Coleta em registros e profissionais da equipe	1	4,17
Pacientes ambulatoriais	1	4,17

De acordo com as evidências que emergiram da análise das produções, os dados foram organizados em fatores que influenciam na alta de usuários dos serviços de internação em saúde mental, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1: Fatores que influenciam na alta de usuários dos serviços de internação em saúde mental. LILACS, PUBMED, IBECs, 2016.

Autores	Título	Evidências que respondem a questão de pesquisa
Winkler P, Mladá K, Csémy L, Nechanská B, Höschl C, 2015 ¹¹	Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control.	Risco de suicídio logo após a alta de pessoas que possuem histórico de internação psiquiátrica, múltiplas hospitalizações e diagnóstico de transtorno afetivo, ansiedade ou de personalidade.
Bickley H, Hunt IM, Windfuhr K, Shaw J, Apple L, Kapur N, 2013 ¹²	Suicide Within Two Weeks of Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Case-Control Study.	Planejamento de alta para pacientes de alto risco; compreensão das circunstâncias sociais. Participação de familiares e amigos como apoio; Casos de suicídio pós-alta.
Bowersox NW, Bohnert ASB, Ganoczy D, Pfeiffer PN ¹³	Inpatient Psychiatric Care Experience and Its Relationship to Posthospitalization Treatment Participation.	Fatores associados com a diminuição da probabilidade de acompanhamento pós-alta.
Kessing LV, Hansen HV, Hvenegaard A, Christensen EM, Dam H, Gluud C, Wetterslev J ¹⁴	Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial.	Para pessoas com diagnóstico de transtorno de humor, observou-se que o acompanhamento ambulatorial pós-alta em clínicas especializadas reduziu a taxa de readmissão, comparado com o tratamento ambulatorial padrão.

Grinshpoon A, Lerner Y, Hornik-Lurie T, Zilber N, Sc D, Ponizovsky AM ¹⁵	Post-discharge Contact with Mental Health Clinics and Psychiatric Readmission: A 6-month Follow-up Study.	Reinternação associada com a descontinuidade do contato com serviços psiquiátricos, mas não com o diagnóstico; Acompanhamento efetivo em clínica pós-alta diminui o índice de reinternação.
Batscha C, McDevitt J, Weiden P, Dancy B. ¹⁶	The effect of an inpatient transition intervention on attendance at the first appointment postdischarge from a psychiatric hospitalization.	Facilidade de aderência ao acompanhamento ambulatorial dos egressos da internação com profissionais que eles já conheciam e tinham contato desde a internação; Importância de haver um “médico ponte”.
Nakanishi M, Sawamura K, Sato S, Setoya Y, Anzai N ¹⁷	Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia.	Planejamento de alta que compreenda aspectos como: avaliação da saúde do usuário, delimitação de objetivos terapêuticos, preparação para o desenvolvimento dos objetivos e da alta (cuidados básicos de vida para monitoramento).
Wood SK, Campbell AK, Marden JD, Schmidtman L, Blundell GH, Sheerin NJ, Davidson PM ¹⁸	Inpatient care to community care improving clinical handover in the private mental.	Resumo de alta para encaminhamento aos outros serviços de acompanhamento, que contenha: diagnóstico, medicamentos utilizados, risco de automutilação, fluxograma com funções e responsabilidades do pessoal envolvido, resumo clínico (médico, físico, psicossocial e farmacológico).
Fontanella CA ¹⁹	The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on Psychiatric Readmission of Adolescents.	O planejamento da alta de acordo com o modo de vida do adolescente diminui o risco de readmissão; Há risco de readmissão maior em adolescentes: áreas domiciliares sem prestadores de cuidado em saúde, não adesão a medicação.
Pirkola S, Sohlman B, Heilä H, Wahlbeck K ²⁰	Reductions in Postdischarge Suicide After Deinstitutionalization and Decentralization: A Nationwide Register Study in Finland.	Descentralização do cuidado apresenta melhoras na transição do hospital para o ambulatório; casos de suicídio pós-alta.
Kruse GR, Rohland BM ²¹	Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital.	As pessoas mais propensas a comparecer ao acompanhamento pós-alta em ambulatório eram brancos, viviam na cidade e tinham retorno agendado dentro de duas semanas da alta.
Hopko DR,	Assessing predictive	Utilização da Brief Psychiatric Rating Scale - Anchored

Lachar D, Bailey SE, Varner RV ²²	factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission.	Version (BPRIS-A) pode oferecer auxílio no planejamento da alta.
Pirkola S, Sohlman B, Wahlbeck K ²³	Characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation – a nationwide register study.	Suicídios pós-alta dentro de uma semana mais frequentemente em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos de humor; Melhor reconhecimento dos riscos e prevenção de suicídio pós-alta imediata para ter mais tempo para gestão de cuidados eficazes.
Machado V, Manço ARX, Santos MAdos ²⁴	A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo.	Comprometimento da autonomia, com relação a administração de dinheiro, ocupação, lazer, preparo de alimentos, transporte, foi associado diretamente com a longa internação e severa incapacitação física.
Wagner LC, Fleck MPA, Wagner M, Dias MGT ²⁵	Autonomia de pacientes em internação prolongada em hospital psiquiátrico.	Internação pode tratar-se de uma questão social, internação prolongada pode tornar-se uma iatrogenia.
Yen S, Fuller A, Joel S, Spirito A ²⁶	. Follow-up Treatment Utilization by Hospitalized Suicidal Adolescents.	Alta taxa de novas tentativas de suicídio; necessidade de melhorar o atendimento ambulatorial, alta mais elaborada com planejamento de transição.
Moratalla BG, Lobo AO ²⁷	Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlad.	Menor tempo de espera no período de pós-alta e retorno ambulatorial se associa com maior comparecimento na primeira consulta, as ausências começam a ter maior porcentagem a partir de 15 dias.
Neto DD, Silva Acda ²⁸	Characterization of readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: An analysis over a 21 month.	Intervenções psicossociais podem ter um papel importante na diminuição de readmissões, como: intervenções comunitárias, visitas domiciliares, intervenção psicoterapêutica especializada; falta de integração social pode contribuir para a recaída.
Dutra VFD, Rocha RMR ²⁹	O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral.	O processo de alta é compreendido como um exercício de reabilitação psicossocial.
Cardoso L, Miasso AI, Galera SAF, Maia BM, Esteves RB ³⁰	Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica.	A maioria dos pacientes egressos de internação psiquiátrica apresentou baixo grau de adesão ao tratamento, psicofarmacológico; baixo conhecimento dos pacientes em relação à sua prescrição e o tempo de doença.
Cardoso L, Galera SAF ³¹	Internação psiquiátrica e a	Baixo conhecimento dos pacientes em relação à sua prescrição e o tempo de doença. Necessidade do

	manutenção do tratamento extra-hospitalar.	acompanhamento nos serviços extra-hospitalares.
Lin CH, ChenWL, Lin CM, MD Lee, KO MC, Li YC ³²	Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in taiwan.	Pacientes com duração de mais de 15 dias de reinternação, tiveram maior índice de readmissão independente do período; Pacientes de áreas menos urbanizadas e com pequenos números de serviços de saúde são vulneráveis à readmissão.
Dimenstein M, Bezerra CG ³³	Alta-assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise.	Ausência de uma rede articulada para dar suporte aos serviços substitutivos, usuários com dificuldades no enfrentamento de aspectos da vida social e familiar.
Castro APW, Elkis H ³⁴	Rehospitalization rates of patients with schizophrenia discharged on haloperidol, risperidone or clozapine.	Pacientes em uso de clozapina apresentaram taxas de re-hospitalização menores que aqueles em uso de haloperidol e risperidona.

DISCUSSÃO

Com base nos materiais analisados, foi possível evidenciar temas de relevância sobre a alta dos usuários de serviços de internação em saúde mental. Para tanto, a discussão dos resultados divide-se em duas categorias oriundas das evidências dos estudos, prevista nos pressupostos metodológicos da Revisão Integrativa de Literatura,¹⁰ sendo essas: fatores operacionais e fatores de risco.

Os fatores operacionais evidenciados referem-se às ações e estratégias de proteção e promoção de saúde, relacionados ao planejamento da alta;^{12,17-19,22,26} acompanhamento pós-alta;^{14-16,21,27,31} cuidado territorial;^{12,28,32-33} reabilitação psicossocial;^{28-29,33} e, o uso de fármacos como auxílio à reabilitação pós-alta.³⁴

Em relação aos fatores de risco, esses englobam as evidências, no cuidado em saúde mental, relacionadas ao risco de suicídio;^{11,20,23,26} risco de reinternação;^{14,19,28,32} baixo grau de adesão ao tratamento;^{13,19,30} e, internação prolongada.^{24-25,32}

Fatores Operacionais

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como preceito a desinstitucionalização, a partir

de um cuidado mais humanizado e integral às pessoas com transtornos mentais, com ênfase no tratamento extra-hospitalar e na inclusão social.⁹ O planejamento do processo de alta pode ser considerado uma estratégia, com vistas a facilitar a articulação da rede de saúde, bem como, a assistência em território para o suporte adequado à pessoa com transtorno mental.

É possível evidenciar que o planejamento surge como um dos fatores que mais interferem na efetividade da alta de serviços de saúde mental.^{12,17,19,26,31} Estudos enfatizam que o planejamento voltado às pessoas no pós-alta diminui a incidência de suicídios, que era representativa até duas semanas após a alta, devido ao impacto do retorno à sociedade,^{12,19} e que o planejamento de acordo com o modo de vida é um fator que pode diminuir o número de readmissões entre adolescentes.¹⁹

Para tanto, esse planejamento necessita ser construído a partir da realidade da pessoa com transtorno mental.¹⁹ Segundo as evidências,^{17,29,31} a construção do projeto de alta, necessita compreender para além da avaliação clínica da saúde do usuário, precisa delimitar os objetivos terapêuticos com metas idealizadas junto a ele, para que se sinta corresponsabilizado no seu cuidado à saúde. Assim, o desenvolvimento de objetivos da alta e o monitoramento pós-alta de acordo com o estilo de vida e cuidados básicos, são importantes para a manutenção do tratamento e prevenção de possíveis reinternações.

Ressalta-se, assim, que a relação entre os serviços de internação em saúde mental e os serviços de referência de base comunitária é um fator que interfere diretamente no processo de alta e retorno para a comunidade.^{29,31} Pautado na lógica do cuidado em rede, esse diálogo tende a ser uma construção teórica, política e técnica. A partir de um trabalho de cooperação entre os profissionais, voltado à perspectiva da integralidade, acolhimento, estabelecimento de vínculo, responsabilização, organizando e valorizando os recursos territoriais e garantindo os direitos à cidadania.²⁹ Em um sentido dialético, é no território que a finalidade da internação necessita ser trabalhada, podendo prevenir recaídas e favorecendo as relações sociais dos usuários.³¹

A assistência em saúde mental no território é um ponto estratégico, que visa promover práticas para desinstitucionalização do cuidado, investindo na singularidade, na construção de projetos interdisciplinares e estabelecimento de redes sociais e de afeto. Para tanto, a noção de território ultrapassa a concepção de um mapeamento físico, é o espaço onde a vida de cada um acontece com suas características e peculiaridades.³⁵ A ênfase da atenção no território é uma diretriz preconizada pela PNSM dentro da RAPS, favorecendo a inclusão, autonomia e exercício da cidadania,² sendo o planejamento da alta atrelado aos recursos territoriais e

comunitários.

Evidenciou-se as dificuldades de articulação da rede para a efetividade dos serviços substitutivos, bem como, a falta de suporte para usuários e familiares.³³ A fim de efetivar o trabalho em rede e a cooperação dos serviços de saúde mental, um estudo promoveu a construção de um resumo de alta com vistas a diminuir os problemas de comunicação entre o hospital e os serviços comunitários. Os pontos destacados foram diagnóstico, medicamentos utilizados, risco de automutilação, fluxograma com funções e responsabilidades dos profissionais e demais envolvidos e resumo clínico (médico, físico, psicossocial e farmacológico).¹⁸ Outro estudo²² estimou que a escala psiquiátrica BPRS-A, Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve,³⁶ é um instrumento que pode auxiliar no planejamento do tratamento do usuário internado, bem como da sua alta, na identificação de riscos para readmissão e no direcionamento apropriado para o tratamento pós-alta.

As experiências adversas de vida têm potencial para grande repercussão no tratamento de saúde mental. Considerando isso, o trabalho territorial proporciona a compreensão do ambiente de vida do indivíduo, sua existência social e concreta e suas complexidades como sujeito. Dessa forma é um espaço potencializador das intervenções dos profissionais, pois agrega os recursos, quais sejam, as pessoas, os trabalhadores, a família e a comunidade.³⁷ Nesse sentido, o efetivo cuidado em saúde mental exige um aumento na articulação intersetorial, bem como um modelo efetivo de atenção comunitária.⁷ Evidenciou-se que a continuidade do cuidado pós-alta no território em que o usuário se encontra inserido deve se constituir como o eixo central para a efetivação do tratamento, diminuição da prevalência de suicídio e prevenção de reinternações.³¹

Quanto ao acompanhamento pós-alta, um tempo menor de espera entre a alta e a primeira consulta está associado com o comparecimento nessa última.²⁷ Além disso aqueles com o retorno agendado para até duas semanas tinham maior probabilidade de adesão ao acompanhamento pós-alta.²¹ Os diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Afetivo Bipolar também foram associados ao maior comparecimento na primeira consulta dentro de 30 dias.¹³ Além disso, evidenciou-se que egressos que já conheciam, desde a internação, o profissional com o qual seguiriam em tratamento ambulatorial tiveram maior facilidade para aderência ao acompanhamento.¹⁶

Na esteira da mudança paradigmática em Saúde Mental, com a Reforma Psiquiátrica, observou-se um fenômeno que foi denominado “porta giratória”. Tal fenômeno acontece quando usuários são frequentemente admitidos e liberados de um serviço de internação

psiquiátrica, causando problemas nos laços familiares e influenciando seu funcionamento no plano social. A reinternação é um ponto preocupante e reflete falhas na rede territorializada de serviços.^{1,9}

Os estudos mostraram que o fenômeno da reinternação está associado com a descontinuidade do contato com serviços psiquiátricos e comunitários. Destarte, o acompanhamento efetivo de egressos após a alta, em serviços de saúde mental, diminui o índice de readmissão.¹⁵ Aponta-se que as intervenções psicossociais podem contribuir para a diminuição do número de reinternações. Tais intervenções podem ser visitas domiciliares, intervenções comunitárias e intervenção psicoterapêutica especializada.²⁸

Um estudo analisou a relação entre medicamentos antipsicóticos e a reinternação de usuários com diagnóstico de esquizofrenia. Aqueles em uso de clozapina tiveram menores taxas de reinternação em comparação com aqueles em uso de haloperidol e risperidona.³⁴ Esses dados vêm ao encontro de outros estudos que apontam a clozapina como mais eficaz para o tratamento de esquizofrenia refratária, diminuindo as chances de readmissão.³⁸ Esse medicamento apresenta, também, maior eficácia clínica quando comparada com outros antipsicóticos, porém, com maiores riscos de abandono devido aos seus efeitos colaterais.³⁹ Ainda, a clozapina mostra-se profilática em relação às condutas suicidas em populações específicas, transtornos esquizofrênicos e esquizoafetivos, diminuindo, por consequência, as hospitalizações.⁴⁰⁻⁴¹

Fatores de risco

No que se refere aos fatores de risco, a transição do paciente entre os serviços de internação e o retorno à comunidade pode ser influenciada pelo desconhecimento por parte dos profissionais da saúde diante das circunstâncias sociais do usuário.^{12,31} Evidenciou-se que as condições sociais podem constituir-se como fatores de riscos, pois há um aumento da prevalência de suicídio no pós-alta imediato entre usuários que vivem sozinhos, estão desempregados, são homens e possuem idade avançada, além de associar experiências adversas vivenciados no pós-alta, como, por exemplo, o retorno a um ambiente estressante.¹²

Demais estudos apontaram, por outro lado, que os suicídios dentro uma semana após a alta são mais recorrentes em pessoas do sexo feminino, mas também associaram o risco de suicídio com a situação de estar divorciado, solteiro e aposentado.^{20,23} Além desses aspectos, há um aumento do risco logo após alta para aqueles que possuem histórico de internações

psiquiátricas, múltiplas hospitalizações e diagnóstico de Transtorno de Humor, Ansiedade ou Personalidade;¹¹ automutilação, internação por curto período, comorbidades psiquiátricas, egressos que tiveram alta a pedido;¹² e diagnóstico de Esquizofrenia.²³

Os estudos evidenciam que o tempo de retorno pós-alta aos serviços necessita ser planejado com o usuário de uma semana a 15 dias. Apontam, ainda, que aqueles que possuem transtornos por uso de substâncias com níveis moderados de comorbidade médica ou possuem mais de 65 anos têm chance diminuída de acompanhamento dentro de 30 dias. Em contraponto, há evidências que, independente do sexo, quanto mais jovem maior é a tendência em faltar à primeira consulta. Ademais, as ausências começam a ter maior porcentagem a partir de 15 dias, entre a alta e a data da primeira consulta.²⁷

Encontram-se evidências que existe uma diminuição na probabilidade de acompanhamento dentro de 7 dias pós-alta entre homens e usuários com idade acima de 65 anos. Aqueles com residência distante do local de acompanhamento têm maior chance de não o seguir dentro de 30 dias.¹³ Os usuários que tentaram suicídio são menos propensos a aderir às consultas ambulatoriais, assim como aqueles com o diagnóstico de Transtorno de Conduta. Por sua vez, usuários com histórico familiar de Transtornos de Humor são mais propensos a participar do tratamento ambulatorial do que aqueles sem histórico familiar desse transtorno. Da mesma forma, aqueles com Transtornos de Ansiedade também têm maior probabilidade de manter acompanhamento em ambulatório.²⁶ No que tange à readmissão, há evidências de que os fatores sociais também estão associados com o aumento do risco. Ressalta-se que a falta de integração social pode contribuir severamente para as recaídas que podem levar a sucessivas reinternações.²⁸

Apesar de um dos estudos não achar correlação entre o diagnóstico e a readmissão,¹⁵ outros dois mostraram uma associação entre os diagnósticos de Esquizofrenia, Transtornos de Personalidade e de Humor com o risco de readmissão.^{28,32} A curta internação não aparece associada ao risco de readmissão, ao contrário, usuários com internação de mais de 15 dias tiveram maior índice de readmissão.³² A internação prolongada está associada ao comprometimento da autonomia, aquisição de comportamentos inadequados socialmente e crença de impossibilidade laboral.²⁴⁻²⁵ Ressalta-se que é previsto pela PNSM que, tanto o usuário há longo tempo internado, como aquele com internação breve, devem ser alvos de alta planejada, visando a continuação do tratamento.⁴⁻⁵ Além disso, há evidências que o índice de readmissão é menor em pessoas com diagnósticos de Transtornos do Humor que acompanharam em clínica especializada do que aquelas que tiveram acompanhamento no

formato ambulatorial padrão.¹⁴

Levando em conta os aspectos sociais, o índice de readmissão em serviços de internação é maior em usuários solteiros, desempregados, mais jovens,²⁸ do sexo masculino, de baixa renda e que vivem em áreas menos urbanizadas.³² Entre adolescentes que vivem em áreas sem prestadores de cuidados em saúde o risco para readmissão também é maior, o que mostra a importância e necessidade do cuidado no território do usuário. Para os adolescentes o risco maior de readmissão está entre os mais jovens, aqueles com distúrbios mais graves, retardo mental e com comorbidades, que tenham apresentado comportamento violento recente, vítima de abuso, sem adesão à medicação e em risco familiar.¹⁹

Dois estudos mostraram que o índice de adesão ao tratamento farmacológico para usuários egressos de internação psiquiátrica é baixo, assim como o entendimento sobre a doença que possuem e a prescrição psicofarmacológica. A adesão ao tratamento medicamentoso é um fator importante na prevenção de recaídas, assim, ligado ao ciclo internação/reinternação e aos cuidados realizados pelos serviços comunitários de saúde mental.³⁰⁻³¹

CONCLUSÕES

A partir desta revisão integrativa foi possível verificar que existem fatores operacionais e de risco que influenciam no processo de alta hospitalar dos serviços de internação em saúde mental. O planejamento da alta é uma estratégia importante que, no diálogo com a rede e na corresponsabilização com outros serviços, impacta diretamente no tratamento e reabilitação de egressos. A alta planejada visa o cuidado na comunidade, que tem potencial para atuar sobre o fenômeno da reinternação, além de focar em aspectos sociais que caracterizam grupos de riscos, não só para a reinternação como para o suicídio. Além disso, foi possível evidenciar fatores que influenciam na aderência ao acompanhamento pós-alta, como o tempo de espera entre a data da alta e a primeira consulta de acompanhamento.

Este estudo traz contribuições acerca do cuidado que deve ser realizado conjuntamente pela assistência hospitalar em saúde mental e os serviços comunitários, segundo as próprias diretrizes da PNSM. No sentido de dar subsídios para que possam ser pensadas estratégias no planejamento da alta hospitalar em saúde mental e no trabalho corresponsável com os serviços extra-hospitalares. Assim, almeja-se uma assistência em saúde mental integrada na rede de atenção psicossocial, de acordo com as necessidades que emergem desses cenários.

As limitações do estudo são verificadas pelo fato de que as redes de saúde de alguns cenários de estudo são diferentes daquela preconizada pelas políticas públicas nacionais. Dessa maneira, é necessário que os dados sejam interpretados levando em consideração a realidade brasileira, sem uma transposição direta dos mesmos. Ressalta-se a importância de fomentar novos estudos que possam evidenciar os fatores que tenham influência no processo de alta, bem como, auxiliar na construção de linhas de cuidado efetivas para a atenção a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Pessoa JM, Santos RCA, Clementino FS, Oliveira KKD, Miranda FAN. Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: challenges and perspectives. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 Jan-Mar [cited 2016 Nov 21]; 20(1):83-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eann/v20n1/en_1414-8145-eann-20-01-0083.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – 2011 [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2011 [cited 2016 Nov 24]. Available from: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria 52. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004 [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2004 [cited 2016 nov 24]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.html>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria 148. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio – 2012 [Internet]. Brasília (DF): 2012. [cited 2016 Nov 24]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). Lei 10.216, de 06 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental – 2001 [Internet]. Brasília (DF): 2001. [cited 2016 Nov 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.html.
6. Gomes TB, Santos JBF. Dilemas e vicissitudes de famílias em situação de vulnerabilidade social no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Jan [cited 2016 Nov 21]; 26(1):271-287. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000100271&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do

paciente reinternado. *Psic Estudo* [Internet]. 2013 Out-Dez [cited 2016 Nov 24]; 18(4):701-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000400012.

8. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados, informativo eletrônico – 2015* [Internet]. Brasília (DF): 2015 [cited 2016 Nov 24]. Available from: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_1_2-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.

9. Ramos DKR, Guimarães J, Mesquita SKC. Difficulties in the mental health network and psychiatric readmissions: discussing possible relationships. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2014 Jul-Set [cited 2016 Nov 27];19(3):553-60. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35382/23244>.

10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2016 Set 21]; 17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

11. Winkler P, Mladá K, Csémy L, Nechanská B, Höschl C. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: a nationwide case control. *Study Journ Affective Disorders* [Internet]. 2015 [cited 2016 Ago 30]; 184(1):164–69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093829>

12. Bickley H, Hunt IM, Windfuhr K, Shaw J, Apple L, Kapur N. Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study. *Psychiatric Serv* [Internet]. 2013 [cited 2016 Ago 16]:64(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23545716>

13. Bowersox NW, Bohnert ASB, Ganoczy D, Pfeiffer PN. Inpatient psychiatric care experience and its relationship to posthospitalization treatment participation. *Psychiatric Serv* [Internet]. 2013 [cited 2016 Ago22]; 64(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23494079>

14. Kessing LV, Hansen HV, Hvenegaard A, Christensen EM, Dam H, Gluud C, et al. Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial. *British Journ Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2016 Ago 05]; 202(3):212-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23349295>

15. Grinshpoon A, Lerner Y, Hornik-Lurie T, Zilber N, Sc D, Ponizovsky AM. Post-discharge contact with mental health clinics and psychiatric readmission: a 6-month follow-up study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 23]; 48(4):262-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22572089>

16. Batscha C, McDevitt J, Weiden P, Dancy B. The effect of an inpatient transition intervention on attendance at the first appointment postdischarge from a psychiatric hospitalization. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2011 Sep-Oct [cited 2016 Ago 26]; 17(5):330-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21964998>

17. Nakanishi M, Sawamura K, Sato S, Setoya Y, Anzai N. Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clinical Neurosc* [Internet]. 2010 [cited 2016 Ago 20]; 64(1):99–103. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20416029>
18. Wood SK, Campbell AK, Marden JD, Schmidtman L, Blundell GH, Sheerin NJ, et al. Inpatient care to community care improving clinical handover in the private mental. *MJA*. 2009 [cited 2016 Jun 21]; 190(1):144-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485865>
19. Fontanella CA. The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2008 Abr [cited 2016 Ago 21];78(2):187–98. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18954182
20. Pirkola S, Sohlman B, Heilä H, Wahlbeck K. Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in finland. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2007 Fev [cited 2016 Ago 25]; 58(2):221-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17287379>
21. Kruse GR, Rohland BM. Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2002 Abr [cited 2016 Ago 22]; 53(4):473-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11919363>
22. Hopko DR, Lachar D, Bailley SE, Varner RV. Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2001 Oct [cited 2016 Ago 23]; 52(10):1367-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11585954>
23. Pirkola S, Sohlman B, Wahlbeck K. Characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation: a nationwide register study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2005 [cited 2016 Set 26]; 5(32):1-5. Available from: bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.../1471-244X-5-32
24. Machado V, Manço ARX, Santos MAdos. Refusal of psychiatric de-hospitalization: a qualitative study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [cited 2016 Ago 27]; 21(5):1472-9. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500020
25. Wagner LC, Fleck MPA, Wagner M, Dias MGT. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2016 Ago 30]; 40(4):699-705. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32118/34192>
26. Yen S, Fuller A, Joel S, Spirito A. Follow-up treatment utilization by hospitalized suicidal adolescents. *J Psychiatr Pract* [Internet]. 2014 Set [cited 2016 Ago 04]; 20(5):353–62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25226196>
27. Moratalla BG, Lobo AO. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2002 [cited 2016 jun 28]; 21(83):27-36. Available from: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15808>

28. Neto DD, Silva Acda. Characterization of readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: an analysis over a 21 month. Eur J Psychiat [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 28]; 22(2):69-76. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2755335>
29. Dutra VFD, Rocha RMR. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. Rev enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2016 jul 12]; 19(3):386-91. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a08.pdf>
30. Cardoso L, Miasso AI, Galera SAF, Maia BM, Esteves RB. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2011 [cited 2016 set 5]; 19(5):1146-1154. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_12.pdf
31. Cardoso L, Galera SAF. Psychiatric hospitalization and maintaining the treatment outside the hospital. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2011 [cited 2016 set 5]; 45(1):87-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_12.pdf
32. Lin CH, Chen WL, Lin CM, MD Lee, KO MC, Li YC. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in taiwan. Clinics [internet]. 2010 [cited 2016 set 8]; 65(5):481-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v65n5/05.pdf>
33. Dimenstein M, Bezerra CG. Alta-assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. Physis [internet]. 2009 [cited 2016 set 8]; 19(3):829-848. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a16v19n3.pdf>
34. Castro APW, Elkis H. Rehospitalization rates of patients with schizophrenia discharged on haloperidol, risperidone or clozapine. Rev Bras Psiquiatr [internet]. 2007 [cited 2016 set 8]; 29(3):207-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/a04v29n3.pdf>
35. Silva AB, Pinho LB. Territory and mental health: conceptual contributions of geography to the psychosocial field . Rev enferm UERJ [internet]. 2015 [cited 2016 nov 13]; 23(3):420-4. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091/18312>
36. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Roteiro de entrevista estruturada para a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (SIG-BPRS). In: Clarisse Gorenstein; Laura H.S.G. Andrade; Antonio Waldo Zuardi. (Org.). Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria & Psicofarmacologia. 2ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2008.
37. Leão A, Barros S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde Soc São Paulo [internet]. 2012 [cited 2016 nov 13]; 21(3):572-586. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/05.pdf>
38. Cezaretto M, Silva EFSF, Ambrizzi A, Biase VED, Silva EF, Cruz EMTN, et al. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com esquizofrenia refratária tratados em um centro terciário. J Bras Psiquiatr [internet]. 2014 [cited 2016 nov 13]; 63(3):185-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000300185

39. Peñaranda AB, Restrepo CG, Valencia JG, González LEJ, Hoz AM, Arenas A, et al. Tratamiento con antipsicóticos en la fase aguda del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. Rev Colomb. Psiquiatr [internet]. 2014 [cited 2016 nov 13]; 44(1):13-28. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-tratamiento-con-antipsicoticos-fase-aguda-S0034745015000657>. Acceso em: 13 nov. 2016

40. Martínez-Aguayo JC, Silva H, Arancibia M; Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. Rev Chil Neuro-Psiquiat [internet]. 2015 [cited 2016 nov 13]; 53 (2): 127-133. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000200008

41. Martínez-Aguayo JC, Silva H, Arancibia M, Angulo C, Madrid, E. Antipsicóticos y suicidio. Rev Chil Neuro-Psiquiat [internet]. 2016 [cited 2016 nov 13]; 54 (2): 141-150. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000200008

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA EM QUE O MANUSCRITO SERÁ SUBMETIDO

Os manuscritos devem ser preparados obrigatoriamente de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5 cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3 cm e a margem direita e inferior de 2 cm. Letra *Times New Roman* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis. As tabelas, quadros e figuras devem ter espaçamento simples e letra *Times New Roman 12*.

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusões
- Referências

Agradecimentos: possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que, de alguma forma, possibilitaram a realização da pesquisa, e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores. Serão incluídos ao final do manuscrito, apenas após sua aprovação final e antes da tradução.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*. Quando tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores universalmente aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente e citações de autores.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Exemplos:

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209);**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Times New Roman*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS¹²

Quadros

Os quadros devem ser apresentados conforme abaixo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras

Não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

Fotos

- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidas;
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão “et al.”.

Exemplos:

Segundo Oliveira et al.,⁹ entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (*verbatim*) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>) e *International Nursing Index*.

Não há limite para o número de referências nos manuscritos.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos; **citação em inglês das referências que estejam disponíveis on-line nesse idioma**; restringir para cerca de 30% o uso de referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor e/ou que não possam ter o impacto científico medido (literatura cinza, como: teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações legais oficiais) ou obras de reduzida expressão científica.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Artigo de periódico com até 6 autores

Senna MH, Andrade SR. Indicators and information in local health planning: the perspective of the family health strategy nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):950-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000400950&lng=en

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 07]; 24(4):1071-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en. INCLUIR

Artigo cujo autor é uma organização

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and pro insulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002; 40(5):679-86.

Artigo sem indicação de autoria

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

Artigo publicado em fascículo com suplemento

Andrade ACS, Peixoto SV, Friche AAL, Goston JL, César CC, Xavier CC, et al. Social context of neighborhood and socioeconomic status on leisure-time physical activity in a Brazilian urban center: The BH Health Study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Mar 17]; 31(Suppl 1):136-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300136&lng=en

Artigo publicado em número com suplemento

Nowinski CJ, Victorson D, Debb SM, Gershon RC. Input on NIH Toolbox inclusion criteria. *Neurology*. March 12, 2013; 80 (1 Supplement 3):S7-12.

Artigo publicado em número especial

Morera JAC, Parada AR, Ogowewo B, Gough H, Alava MMS, Zeferino MT, et al. The role of family relations, spirituality and entertainment in moderating peer influence and drug use

among students of eight universities from five countries in Latin America and three from the Caribbean. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 17]; 24(Spe):106-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600106&lng=en

Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002; 16(2):iii-v.

Artigo contendo retratação

Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63(2):169. Retraction of: Feifel D, Moutier CY, Perry W. *J Clin Psychiatry.* 2000; 61(12):909-11.

Artigos com erratas publicadas

Callegari DC, Correa JA, Pires OC, Braga RBC, Gimbo AFM, Souza AA, et al. Efeito hiperálgico da fentolamina, por via subaracnoidea, em ratos. *Rev Bras Anesthesiol.* 2015 Abr; 65(2):111-6. Errata em: *Rev Bras Anesthesiol.* 2016 Fev; 66(1):111-4.

Artigo republicado com correções

Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. *Mol Cell Endocrinol.* 2002; 188(1-2):22-5. Corrigido e republicado de: *Mol Cell Endocrinol.* 2001; 183(1-2):123-6.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública;* 43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

Artigo no prelo

Baggio MA, Erdmann AL. The occurrence of the care 'of us' in the movements and fluctuations of the interactive processes in the hospital environment. *Texto Contexto Enferm.* 2016 prelo.

Artigo com numero no lugar de paginação tradicional

Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. *N Engl J Med.* 2009 Jan 29; 360(5):e6. PubMed PMID: 19179309.

Artigo de jornal

Conselho da UFSC aprova adesão do Hospital Universitário à Ebserh. Diário Catarinense, 2015 Dez 01; Notícias.

LIVROS**Livro padrão**

Dornelles S, Padilha MI, Ramos FRS, Silva DGV, Leopardi MT, Erdmann AL. Investigação em Enfermagem de Reabilitação um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Porto (PT): Universidade do Porto; 2014.

Capítulo de livro

Vargas MAO, Marques AMFB, Schoeller SD, Ferrazzo S, Ramos FRS, Heineck LH . Bioética social: delineando modos de cuidar em enfermagem. In: Sousa FGM, Backes DS, organizadores. Cuidado em enfermagem e saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis (SC): Editora Papa-livro; 2015.

Livro com organizador, editor ou compilador

Padilha MI, Borenstein MS, Santos I, organizadores. Enfermagem – Historia de uma profissão. 2ª ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2015.

Livro editado por uma organização

Ministério da Saúde (BR). As cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [199?].

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15- 18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Brasil. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2014.

Tese/Dissertação

Alvarez AG. Tecnologia persuasiva na aprendizagem da avaliação da dor aguda em enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2014.

Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2010. Relatório final.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários

Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Curitiba (PR): Editora Positivo; 2014.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from:<http://portalsaude.saude.gov.br/>

Legislação na internet

Brasil. Lei 13021, de 8 de agosto de 2014: dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014. [cited 2016 Mar 06]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htmMODIFICADO

Material eletrônico

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD- ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

Waterkemper R, Prado ML, Medina JLM, Reibnitz KS. To be the shadow – awareness of undergraduate nursing students: a case study. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):1079-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401079&lng=en. Epub Nov 24, 2015.

Ferreira AC. História de vida de pessoas com deficiência física adquirida [dissertação da internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PNFR0923-D.pdf>

Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho – 2013 [Internet]. Brasília (DF): 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/>

Livro na íntegra na internet

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial [Internet]. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2007 [cited 2016 Mar 03]. Available from: <http://books.scielo.org/id/j94p9>

Homepage na internet

Revista Texto e Contexto Enfermagem [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015 [cited 2016 Mar 06]. Available from: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas

de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br> e, em outras línguas, se necessário, consultar: International Nursing Index, Index Medicus ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>.

Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do **ICMJE**. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem a Rede EQUATOR e os *Uniform Requirements for Manuscripts* do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC)

A **Texto & Contexto Enfermagem** defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de estudos científicos, por meio do incentivo à utilização de guias internacionais pelos autores, na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por *checklists* fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaio clínico randomizado), PRISMA

(revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos). Seu uso na preparação do manuscrito pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

- . Ensaio clínico randomizado – CONSORT (*checklist*fluxograma).
- . Revisões sistemáticas e metanálises – PRISMA (*checklist*fluxograma).
- . Estudos observacionais em epidemiologia – STROBE (*checklist*)
- . Estudos qualitativos – COREQ (*checklist*) publicado *Int. Journal for Quality in Health Care* em 2007 em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ): *a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.