

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE MEDICINA DOS MITOS E VERDADES SOBRE O SUICÍDIO**KNOWLEDGE OF MEDICAL STUDENTS ABOUT THE MYTHS AND TRUTHS ABOUT SUICIDE****MATEUS PAES BARRETO LOSSIO**

E-mail: Mateuslossio@hotmail.com, Telefone: (81) 99927-0208, Graduando do decimo primeiro período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, ORCID: 0000-0001-5762-7937, Recife, Pernambuco, Brasil; autor

ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA

E-mail: analaisa.andrada@hotmail.com, Telefone: (81) 99925-4050, ORCID: 0000-0001-7707-4794, Graduando do decimo primeiro período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil; co-autor

ALLYSON LUCAS DA COSTA MEDEIROS

E-mail: aldcm11@live.com, Telefone: (81) 997672578, ORCID: 0000-0002-0631-1374, Graduando do decimo primeiro período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil; co-autor

SAMIR AUGUSTO DO NASCIMENTO FERREIRA

E-mail: samiraugusto14@gmail.com, Telefone: (81) 98925-7887, ORCID: 0000-0003-2848-3932 Médico graduado pela Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil; co-autor

LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

E-mail: leopoldopsi@gmail.com, Telefone: (81) 99245-1890, Psicólogo pela Santa Casa de SP, ORCID: 0000-0002-0956-8915; Recife, Pernambuco, Brasil; orientador

ARTURO DE PÁDUA WALFRIDO JORDAN

E-mail: arturojor@yahoo.com.br, Telefone (81) 99971-2961, ORCID 00000-0002-2955-8302, Médico formado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com residência médica em Medicina de Família e Comunidade pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife, Pernambuco, Brasil Co-orientador

Informações de financiamento: Esta pesquisa não recebeu nenhuma concessão específica de agências de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Conflitos de interesse: Nenhum

Comitê de Ética: Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 48137821.3.0000.5569 e Parecer nº 4.993.836, e seguiu todos os procedimentos éticos propostos e aprovados pelo mesmo.

Agradecimentos: Agradecemos ao Sr. Leopoldo Barbosa por sua leitura cuidadosa e contribuições úteis ao manuscrito.

Contribuição dos autores: Todos os autores colaboraram de forma significativa na idealização do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo, na revisão do conteúdo e na avaliação da versão final a ser publicada.

RESUMO

Introdução: O suicídio é configurado como qualquer ato danoso autodirigido com o intuito de subtrair a própria vida, alcança cerca de 800 mil mortes por ano. É papel do médico conhecer sobre o suicídio, pois uma a cada três pessoas que executam o ato tendem a dar entrada no sistema de saúde pela emergência, onde na maioria das vezes, será atendido por um médico generalista, e este necessitará intervir de forma eficiente. **Objetivo:** Analisar o conhecimento de estudantes de medicina acerca dos mitos e verdades sobre o suicídio, evidenciando sua abordagem na vida profissional e acadêmica. **Métodos:** Realizou-se um estudo analítico, observacional e transversal, que utilizou questionários autoaplicáveis para avaliar o conhecimento do comportamento suicida para estudantes de medicina. Os dados foram coletados por meio da aplicação de formulário online disponível na plataforma Google Forms. Para análise estatística, realizou-se análise multivariada e para todos os testes aplicados, foi considerado o coeficiente de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Foram incluídos no presente estudo 190 estudantes. A maioria era do sexo feminino (128; 67,4%), a proporção mulher:homem foi de aproximadamente 2:1, a faixa etária variou de 18 a 40 anos e estavam cursando o quinto ano de medicina (31,6% - $n=60$). Dos participantes, foi relatado que 30.5% ($n=58$) possuíam acompanhamento psicológico e 19.5% ($n=37$) psiquiátrico. Desses, 27.9% ($n=53$) informaram que apresentavam diagnóstico de transtorno mental, com predomínio dos transtornos de ansiedade (57,7% - $n=45$). No âmbito educacional, 80% ($n=152$) dos estudantes nunca foram expostos a assuntos acerca do suicídio e a média de acertos por questão entre os estudantes do 1o ao 4o ano e do 5o e 6o ano demonstrou um valor significativo (0,002). **Conclusão:** A aplicação de temas acerca do suicídio na grade curricular dos estudantes de medicina é essencial, visto que são distúrbios que vêm aumentando nos últimos anos. Além disso, foi possível determinar os fatores sociodemográficos daqueles que participaram da pesquisa e correlacionar os seus dados com as suas quantidades de acertos. No entanto, ainda é necessário que sejam realizados estudos abrangendo estudantes de outras áreas da saúde e de outras instituições para melhor avaliação.

Palavras-chave: Suicídio, Estudantes de Medicina, Conhecimentos, Psiquiatria

ABSTRACT

Introduction: Suicide is configured as any self-directed harmful act with the intention of subtracting one's own life, reaching about 800 thousand deaths per year. It is the doctor's role to know about suicide, as one in three people who perform the act enter the health system through the emergency, where they will be attended by a general practitioner, and this will need to intervene efficiently. **Objective:** To analyze the knowledge of medical students about the myths and truths about suicide, highlighting their approach in professional and academic life. **Methods:** An analytical, observational and cross-sectional study was conducted in the first semester of 2022 with medical students and used self-administered questionnaires containing sociodemographic characteristics and questions about suicide. Datas were collected through the Google Forms platform. For statistical analysis, multivariate analysis was performed and for all tests applied, the significance coefficient $p < 0.05$ was considered. **Results:** A hundred ninety students were included in the present study. Most were female (128; 67.4%), the female:male ratio was approximately 2:1, the age group ranged from 18 to 40 years and they were in the fifth year of medicine (31.6%). Of the participants, it was reported that 30.5% had psychological counseling and 19.5% had psychiatric care. Of these, 27.9% reported that they had a diagnosis of mental disorder, with a predominance of anxiety disorders (57.7%). In the educational field, 80% of the students were never exposed to subjects about suicide and the average number of correct answers per question among students from the 1st to the 4th year and from the 5th and 6th year showed a significant value (0.002). **Conclusion:** The application of themes about suicide in the curriculum of medical students is essential, since it is a disorder that has been increasing in recent years. In addition, it was possible to determine the sociodemographic factors of those who participated in the research and correlate their data with their numbers of correct answers. However, it is necessary to conduct studies covering students from other areas of health and from other institutions for better evaluation.

Key words: Suicide, Medical Students, Knowledge, Psychiatry

INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como qualquer ato danoso autodirigido com o intuito de subtrair a própria vida e tem sido estudado, através dos séculos, pelos mais diversos campos do conhecimento, haja vista o seu caráter multidisciplinar¹. Entende-se por tentativa de suicídio o comportamento autolesivo não fatal, com evidências de intenção de morte; e por comportamento suicida o conjunto de atitudes que incluem a ideação suicida, o planejamento, a tentativa e o suicídio em si².

Os números mundiais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), mostram que o suicídio é responsável por 1,3% dos óbitos na população, sendo equivalente a cerca de 700 mil mortes por ano. Desses óbitos, 58% ocorrem em indivíduos abaixo dos 50 anos, principalmente em países de renda baixa ou média. Outrossim, no Brasil e no mundo, o suicídio configura a quarta maior causa de morte em indivíduos entre 15 e 29 anos, atrás apenas dos acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Vale destacar ainda que houve um aumento de 27,5% das taxas de suicídio, sendo substancial essa elevação nas mulheres com 29%, e nos homens verificou-se um aumento de 26%³⁻⁵.

Considerando os dados com relação aos gêneros, os homens têm maior prevalência, utilizam métodos mais violentos e demonstram maior mortalidade, apesar de um número menor de tentativas. Notou-se, ainda, que ambos os sexos preferem enforcamento, dentre os possíveis métodos. Em segundo lugar, os homens demonstram preferência por armas de fogo, enquanto as mulheres por intoxicação exógena^{4,6}.

Já em relação aos fatores de risco, a tentativa prévia de suicídio representa o maior fator, e o Transtorno Depressivo Maior (TDM) representa a afecção mental que mais se relaciona com a tentativa. Além desses observamos os fatores em nível populacional, como fragmentação social e crises econômicas; fatores de nível individual distal, como histórico familiar, adversidade no início da vida e traços e personalidade; e fatores de nível individual proximal, como orientação sexual, TDM, psicose, tentativa de suicídio anterior, transtorno de abuso de substâncias. e vida estressante. Transtornos ansiosos, esquizofrenia, idade avançada, ser profissional e estudante de saúde, especialmente psiquiatras, poluição do ar – por mecanismos ainda não muito bem explicados – comportamento impulsivo-agressivo, fatores temperamentais e perder a cobertura de um serviço psiquiátrico são, também, fatores de risco importantes a serem considerados^{3,7,8,9,10}.

Concernente aos fatores protetores observamos que boa rede de suporte social, fortes razões para viver e habilidades de soluções de problemas contam como maiores fatores protetores; como outros fatores temos o maior nível educacional e econômico, baixa taxa de desemprego, uso de lítio, e religião, apesar de muito específico culturalmente e não demonstrar muita significância para populações mais jovens e para os asiáticos, que culturalmente romantizam o suicídio^{9,11,12}. Sabe-se que o paciente suicida tende a dar entrada no sistema de saúde pela emergência – uma a cada

três pessoas que tentam o suicídio – onde, na maioria das vezes, será atendido não por um psiquiatra, mas por um médico de outra especialidade, este que necessitará de conhecimento suficiente para intervir de forma eficiente^{1,2}.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) editou, juntamente com o Ministério da Saúde (MS), uma cartilha de orientação para distribuir informações para profissionais de saúde. Na cartilha foram descritos 7 mitos sobre o suicídio que deveriam ser combatidos de forma a dirimir o preconceito e desconstruir o tabu acerca do tema. Os mitos vão desde o suicídio ser um ato individual até não se dever falar sobre o ato, pois supostamente poderia servir como gatilho¹³.

Em uma pesquisa realizada com os residentes em hospital de rede pública do Rio de Janeiro, foi aplicado um questionário sobre o suicídio e possíveis intervenções por parte dos profissionais. Após análise dos dados, foi identificado que 32% responderam que o suicídio estaria associado a doença psiquiátrica, enquanto apenas 12% responderam que o suicídio poderia ser evitado. Não sendo suficiente, apenas 4% disseram que o médico deveria considerar a religião do paciente e 12% responderam que o profissional deveria conversar com a família do paciente, atitudes essas que são altamente recomendadas; 40% dos entrevistados responderam desconhecer os dados atualizados acerca do tema¹⁴.

Percebe-se, portanto, o despreparo dos profissionais de saúde acerca do tema, crendo nos mitos supracitados. Resta estudar se estes são problemas pontuais, ou se são de caráter estrutural e relacionados à matriz curricular das faculdades.

Este estudo analisou o conhecimento de estudantes de medicina sobre o comportamento suicida evidenciando sua abordagem na vida profissional e acadêmica em uma faculdade privada, especializada em saúde, no nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Desenho do estudo e características dos participantes

Trata-se de um estudo de analítico observacional realizado em uma faculdade localizada no Nordeste do Brasil, com estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano, no primeiro semestre de 2022 por meio de um questionário.

Variáveis e procedimentos

Elaborou-se um questionário on-line por meio disponível na plataforma Google Forms de acesso restrito ao participante da pesquisa e pesquisadores. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eram disponibilizados os questionários ao participante. A amostra foi obtida por conveniência, do tipo não probabilística, com 190 participantes.

A coleta de dados foi realizada através três questionários: 1) Questionário composto por variáveis sociodemográficas e educacionais; 2) Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida e 3) Questionário de avaliação do conhecimento acerca de mitos e verdades do suicídio, o qual foi elaborado a partir das recomendações acerca dos mitos do suicídio da OMS e de um documento de Associação Brasileira de Psiquiatria com relação à prevenção do suicídio¹⁵⁻¹⁷.

O questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida é composto por 21 assertivas, as quais os pesquisados responderam se concordavam ou discordavam acerca do tema, por meio de uma escala Likert, com o intuito de avaliar a qualidade da abordagem ao paciente suicida. Já o questionário de avaliação do conhecimento acerca de mitos e verdades do suicídio era composto por 7 questões de verdadeiro ou falso, para mensuração do conhecimento dos estudantes acerca do tema. O mesmo foi elaborado a partir de recomendações acerca dos mitos e verdades do suicídio da OMS e de um documento da Associação Brasileira de Psiquiatria com relação a prevenção do suicídio¹⁵⁻¹⁷.

Análise de dados

Os dados obtidos foram salvos automaticamente no programa Microsoft Excel versão 2016, através do qual foi realizada a codificação e limpeza dos dados.

Para a análise descritiva, a caracterização foi apresentada pela frequência observada, porcentagem, valores mínimo e máximo, medidas de tendência central e de variabilidade.

Para análise inferencial, considerando-se variáveis quantitativas (escala), primeiramente, foi verificado se as distribuições dos dados das amostras seguiam uma distribuição Gaussiana (normal) ou não-Gaussiana. Para tal, o teste de normalidade de Shapiro-Wilk foi aplicado, com nível de significância definido em 5%¹⁸.

Assim, para o confronto entre dois grupos, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando não foi verificada distribuição Gaussiana, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, e o teste t, quando as amostras acusaram aderência à distribuição normal e, respectivamente, Kruskal-Wallis e análise de variância (ANOVA), quando o confronto se deu entre mais de dois grupos e, ainda, o teste a posteriori adequado no caso de significância nessas análises com mais de dois grupos¹⁹.

Para análise bivariada, envolvendo o cruzamento entre duas variáveis categóricas, utilizou-se o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher em sua substituição quando o pressuposto da inexistência de valores esperados menores que 5 foi violado²⁰. Dessa forma, as análises foram realizadas de maneira personalizada e respeitando o pressuposto de sua distribuição.

Os procedimentos estatísticos foram realizados utilizando o programa estatístico SPSS 26.0. Para todos os testes aplicados, foi considerado um valor de significância de 5%. As diferenças entre os parâmetros foram consideradas significativas quando o valor de p obtido foi menor que 0,05 ($p < 0,05$).

Considerações éticas

O estudo teve início apenas após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 48137821.3.0000.5569 e Parecer nº 4.993.836, e seguiu todos os procedimentos éticos propostos e aprovados pelo mesmo. Todos os participantes incluídos no estudo concordaram em participar do estudo assinando virtualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram incluídos no presente estudo 190 estudantes. Desses, 67,4% (n=128) do sexo feminino e 32,6% (n=62) do sexo masculino, resultante em uma razão de aproximadamente 2:1. A idade variou de 18 a 40 anos (média: 22,75) e houve predomínio de estudantes que estavam cursando o quinto ano de medicina 31,6% (n=60), seguido do quarto 17,4% (n=33), primeiro 14,7% (n=28), segundo 14,7% (n=28), terceiro 12,1% (n=23) e sexto 9,5% (n=18). Dos participantes a renda mensal média foi de 12,03 salários-mínimos, sendo hegemônica a renda de zero a 10 salários mínimos 43,2% (n=82), 10.1 a 20 (27,9%; n=53), acima de 30 (6,8%; n=13) e 20.1 a 30 salários mínimos (3,7%; n=7). Dentro da amostra houve predominância de solteiros com 93,2% (n=177) e 6,8% (n=13) casados, além de a maioria não possuir filhos 97,4% (n=185) (Tabela 1).

Entre os participantes, 30,5% (n=58) estavam em acompanhamento psicológico e 19,5% (n=37) psiquiátrico, 27,9% (n=53) informaram diagnóstico de transtorno mental, com predomínio dos transtornos de ansiedade 57,7% (n=45), depressão 28,2% (n=22), déficit de atenção com hiperatividade 7,7% (n=6), Transtorno Obsessivo-Compulsivo 2,5% (n=2), Transtorno Bipolar 1,3% (n=1), Transtorno do Estresse pós-traumático 1,3% (n=1) e não informaram 1,3% (n=1).

Em relação a formação acadêmica, 80% (n=152) dos estudantes referiram nunca ter sido expostos a temática do suicídio de forma curricular ou extracurricular.

Considerando o nível de conhecimento sobre verdades e mitos acerca do suicídio por estudantes de medicina (Tabela 2), foi verificado que 65,3% (n=124) dos participantes responderam de forma correta reiterando que o suicídio não é um ato individual e que ter o pensamento suicida não está relacionado diretamente ao fato de que o indivíduo terá risco de suicídio para o resto da vida, não apresentando diferenças significativas entre os grupos do 1 ao 4 ano e do 5 ao 6 ano.

No tocante à gravidade e teatralidade do ato suicida e queda do risco de recorrência após tentativa prévia, 99,5% (n=189) dos entrevistados responderam corretamente que a ideação suicida representa gravidade considerável, não devendo ser ignorada, e que o risco não sofre uma diminuição considerável após sobrevivência a uma tentativa prévia. Com uma diferença entre 17,3% e 18,4% entre os grupos do 1 ao 4 ano e do 5 ao 6 ano, sendo o primeiro o grupo com maior número de acertos em ambos os casos.

Quanto à permanência do risco após resolução de episódio depressivo, 98,4% (n=187) dos participantes responderam assertivamente que o risco não tende a decair consideravelmente após ideação prévia. Novamente, não há diferença relevante entre as respostas entre os grupos aqui estudados.

Acerca da abordagem do tema suicídio, tanto no ambiente interpessoal quanto midiático, 97,4% (n=185) e 83,2% (n=158) respectivamente, responderam corretamente que é permitido e

incentivado que esse tema seja abordado de forma clara e ampla, com o intuito de dirimir possíveis novos casos. Mais uma vez, sem diferença estatisticamente relevante entre os grupos abordados.

Entretanto, quando considerados isoladamente o número de acertos por questão e o desvio padrão, o valor da diferença entre os grupos foi significativa (0,002).

Considerando os dados obtidos nos questionários, juntamente com os dados sociodemográficos obtém-se os resultados dispostos na Tabela 3. Demonstra-se uma quantidade de acertos semelhante entre os sexos, com predominância entre aqueles da faixa etária dos 25 aos 29 anos, não brancos, solteiros, sem filhos, com renda maior que 30 salários-mínimos, que não exercem atividade remunerada, tabagistas, que não fazem uso de substâncias psicoativas, sem diagnóstico de transtornos mentais, com acompanhamento psicológico e psiquiátrico, que conhecem pessoas que tentaram suicídio.

A análise da associação entre as características sociodemográficas, acadêmicas e as atitudes relacionadas ao comportamento suicida e aos mitos sobre o suicídio foi incluída na Tabela 3. Houve significância estatística quando utilizou-se a variável renda familiar (p 0,029), relação entre a mesma variável com a média do Likert do questionário de atitudes relacionadas ao comportamento suicida (Gráfico 1).

Houve significância estatística quando utilizou-se a variável de renda familiar (p 0,029), relação entre a mesma variável com a média do Likert do questionário de atitudes relacionadas ao comportamento suicida (Gráfico 1).

DISCUSSÃO

O suicídio é definido como qualquer ato danoso autodirigido com o intuito de subtrair a própria vida e a tentativa de suicídio é o comportamento autolesivo não fatal, com evidências de intenção de morte; e por comportamento suicida entende-se o conjunto de atitudes que incluem a ideação, o planejamento, a tentativa e o suicídio per se²¹. Futuros profissionais da saúde necessitam de treinamento e discussões durante a graduação acerca do tema para que quando eles iniciem a vida profissional, estejam aptos a identificar os sinais de alerta, fatores de risco e de proteção para o suicídio nos pacientes²².

Um estudo demonstrou que a maioria dos participantes profissionais da saúde (52,9%) relatou não ter realizado treinamento prévio em prevenção e avaliação do suicídio, enquanto os que já possuíam treinamento mostraram maior desenvolvimento e confiança acerca do tema.²³ Do ponto de vista da graduação, é notório que se o estudante for estimulado e preparado desde a graduação para lidar com situações que envolvem o suicídio, ele terá uma maior maturidade para intervir no momento correto nesses pacientes podendo, possivelmente, evitar que o ato seja levado a cabo²⁴.

Considerando a incidência, prevalência e gravidade do tema, notou-se a necessidade de uma abordagem crítica acerca da matriz curricular da graduação de medicina e a qualidade desta, no que concerne ao preparo dos estudantes para abordar estes pacientes. Logo, o principal objetivo do presente trabalho foi tentar determinar a qualidade do preparo oferecido por uma faculdade particular de saúde, na região nordeste brasileira, para seus estudantes abordarem efetivamente os pacientes suicidas.

A amostra deste estudo foi composta principalmente por mulheres, dos 20 aos 24 anos, com renda de 0 - 10 salários-mínimos, sem atividade remunerada, sem transtornos mentais diagnosticados, sem filhos, sem acompanhamento psiquiátrico ou psicológico e que conhecem alguém que já tentou suicídio.

O presente artigo teve um resultado principal positivo, demonstrando uma boa capacidade dos estudantes em responder os questionários de maneira assertiva, sobretudo naqueles do primeiro ao oitavo períodos quando comparados aos últimos. Fato que, provavelmente, representa a efetividade da mudança na matriz curricular ocorrida em 2018, com o intuito de incluir uma abordagem com maior ênfase nas humanidades e saúde mental.

Esse estudo envolveu a avaliação do conhecimento dos estudantes de medicina acerca do tema suicídio, além da avaliação sociodemográfica dos estudantes. Obteve-se como resultado que 27,9% (n=53) dos participantes tinham pelo menos um diagnóstico de transtorno mental atual, (sendo 30,19% ansiosos, 28,3% depressivos, etc.), enquanto 54,2% (n=103) tinham um parente diagnosticado com algum transtorno mental, demonstrando a prevalência cada vez maior dessas patologias em nossa sociedade²⁵. Na presente amostra houve um predomínio de transtornos de

ansiedade com 57,7% (n=45), transtornos depressivos 28,2% (n=22) e transtorno do déficit de atenção com hiperatividade 6,4% (n=5)^{26,27}. Como mostrado em outros estudos, a taxa de ideação suicida foi maior no sexo feminino em pacientes com uso de álcool e outras substâncias e ansiedade²⁸⁻³².

Ao avaliar métodos para prevenir o suicídio, viu-se que fatores importantes são a educação de médicos e de estudantes do ensino médio sobre saúde mental, além de acompanhamento multiprofissional com psicólogos e psiquiatras e farmacoterapia nos pacientes com indicação³³. Assim, o paciente terá apoio nas diversas áreas de sua rotina e conseqüente redução nas taxas de suicídio.

O presente estudo apresenta limitações, sobretudo pelo escopo reduzido a apenas uma faculdade em apenas uma cidade brasileira, não permitindo a generalização das informações. Deste modo, os nossos achados além de apontarem dados que subsidiam o desenvolvimento de propostas de informação e esclarecimento sobre a temática refletem uma tendência já apresentada por outros estudos com populações semelhantes e profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

A aplicação de temas acerca do suicídio na grade curricular dos estudantes de medicina é para o benefício de todos, visto que no Brasil e no mundo o suicídio figura a quarta maior causa de morte em indivíduos entre 15 e 29 anos, configurando uma questão de interesse da saúde pública⁴.

É necessário preparar os futuros profissionais da área da saúde para cuidar de pacientes com diagnóstico de transtorno mental, visto que são distúrbios que vêm aumentando nos últimos anos. Com isso em mente, foi considerado importante avaliar os conhecimentos e atitudes dos estudantes de uma faculdade no nordeste do Brasil acerca dos mitos e verdades do suicídio, entendendo, também, o seu perfil sociodemográfico.

Considerando as respostas obtidas, têm-se que há uma prevalência de acertos dentre aqueles nos anos iniciais, provavelmente reflexo de uma mudança na matriz curricular da faculdade, agora com maior ênfase em humanidades e saúde mental. Além disso, foi possível aferir uma quantidade de acertos satisfatória dentre os participantes, com uma maioria de acertos em todos os mitos. Não obstante, foi possível determinar os fatores sociodemográficos daqueles que participaram na pesquisa e correlacionar os seus dados com as suas quantidades de acertos.

No entanto, ainda é necessário que mais estudos, com um número maior de participantes submetidos aos questionários e abrangendo estudantes de outras áreas da saúde e de outras instituições sejam realizados, para melhor avaliação e obtenção de dados estatisticamente mais relevantes acerca do tema aqui abordado.

REFERÊNCIAS

1. Cortez PA, Veiga HMDS, Gomide APDÁ, Souza MVRD. Suicídio no trabalho: um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2019; 19(1): 523-531.
2. Durkheim, É. *O Suicídio: Estudo de sociologia*. 1 ed. São Paulo, Martins Fontes, 2000.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. World Health Organization. Geneva: WHO; 2021.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Suicídio. Saber, agir e prevenir*. *Boletim Epidemiológico*, Brasília. 2017; 48 (30): 2358-9450
5. Viana GN, Zenkner FDM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(1):38–43.
6. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Suicídio. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. *Boletim epidemiológico*, Brasília. 2021; 52 (33): 1-10
7. Zhang XY, Du X, Yin G, Zhang Y, Chen D, Xiu M, Wang C, Zhang R, Cassidy RM, Ning Y, Huang X, Soares JC. Prevalence and Clinical Correlates of and Cognitive Function at the Time of Suicide Attempts in First-Episode and Drug-Naive Patients With Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2018; 79(4):17m11797
8. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(7):1–23.
9. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, de Almeida RMM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2018; 23(11):3767–77.
10. Cha CB, Franz PJ, M GE, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018; 59(4):460-482.
11. Sinyor M, Tse R, Pirkis J. Global trends in suicide epidemiology. *Curr Opin Psychiatry*. 2017; 30(1):1–6.
12. Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar Disord*. 2017; 19(7):575–8.
13. Vasconcelos, T. *et al*. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015; 39(1), 135-142.
14. Ramos I, Falcão E. Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(4), 507-516.
15. Cais CFSC, Silveira IU, Stefanello S, Botega JB. Suicide Prevention Training for Professionals in the Public Health Network in a Large Brazilian City. *Archives of Suicide Research*. 2011; 15(4) 384-398
16. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: 2014.

17. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. Geneva: WHO; 2014.
18. Silva C, Smith AR, Dodd DR, Covington DW, Joiner TE. Suicide-Related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States. *Psychiatr Serv.* 2016; 67(11):1240-1245.
19. Vieira, Sonia. Bioestatística: tópicos avançados. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
20. Howell, D. C. (2012). *Statistical methods for psychology* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth. 2012
21. Patel R, Mehta R, Dave K, Chaudhary P. Effectiveness of gatekeepers' training for suicide prevention program among medical professionals and medical undergraduate students of a medical college from Western India. *Ind Psychiatry J.* 2021; 30(2):217-223.
22. Cross W, Matthieu MM, Lezine D, Knox KL. Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills? *Crisis.* 2010; 31(3):149-59
23. Silva C, Smith AR, Dodd DR, Covington DW, Joiner TE. Suicide-Related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States. *Psychiatr Serv.* 2016; 67(11):1240-1245
24. Patel R, Mehta R, Dave K, Chaudhary P. Effectiveness of gatekeepers' training for suicide prevention program among medical professionals and medical undergraduate students of a medical college from Western India. *Ind Psychiatry.* 2020; 30(2):217-223
25. Zeng W, Chen R, Wang X, Zhang Q, Deng W. Prevalence of mental health problems among medical students in China: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(18):e15337.
26. Grether E, Becker M, Menezes H, Nunes C. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre Estudantes de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC). 2019; 43 (1): 276-285
27. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebrià A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Rodríguez-Jiménez T, Rodríguez-Marín J, Roca M, Soto-Sanz V, Vilagut G, Alonso J. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health.* 2019; 64(2):265-283
28. Erbuto D, Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Sparagna A, Nigrelli G, Lester D, Innamorati M, Pompili M. Suicide-Related Knowledge and Attitudes among a Sample of Mental Health Professionals. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 18(16):8296.
29. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(5):e0126870.
30. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf).* 2016; 38 (3): e282-e291

31. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, Murad MH. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013; 30(10):917-29
32. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*. 2021; 178(7):611-624

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e de saúde mental dos estudantes de **medicina**

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	62	32,6
Feminino	128	67,4
Faixa etária	N	%
De 18 a 19 anos	24	12,6
De 20 a 24 anos	130	68,4
De 25 a 29 anos	27	14,2
30 anos ou mais	9	4,7
Ano do curso de medicina	N	%
1º ano	28	14,7
2º ano	28	14,7
3º ano	23	12,1
4º ano	33	17,4
5º ano	60	31,6
6º ano	18	9,5
Cor da pele	N	%
Branco(a)	139	73,2
Pardo(a)	44	23,2
Preto(a)	7	3,7
Estado civil	N	%
Solteiro(a)	177	93,2
Casado(a)	13	6,8
Filhos	N	%
Não	185	97,4
Sim	5	2,6
Renda mensal	N	%
0-10 salários mínimos	82	43,2
10.1-20 salários mínimos	53	27,9
20.1-30 salários mínimos	7	3,7
> 30 salários mínimos	13	6,8
Desenvolve atividade remunerada atual	N	%
Não	167	87,9
Sim	23	12,1
Tabagismo atual	N	%
Não	186	97,9
Sim	3	1,6
Parou	1	0,5
Uso de outras substâncias psicoativas atual	N	%
Não	166	87,4
Sim	20	10,5
Parou	4	2,1
Como considera sua saúde	N	%
Muito má	1	0,5
Má	10	5,3
Regular	52	27,4
Boa	100	52,6
Muito boa	27	14,2
Diagnóstico de transtorno mental atual	N	%
Não	137	72,1
Sim	53	27,9
Se sim, qual (is)?	N	%

Transtornos de ansiedade	45	57,7
Depressão	22	28,2
Déficit de atenção com hiperatividade	6	7,7
Transtorno Obsessivo-compulsivo	2	2,5
Transtorno Bipolar	1	1,3
Transtorno do estresse pós traumático	1	1,3
Não informou	1	1,3
Faz acompanhamento psicológico atual	N	%
Não	132	69,47
Sim	58	30,53
Faz acompanhamento psiquiátrico atual	N	%
Não	153	80,53
Sim	37	19,47
Algum parente seu foi diagnosticado com um transtorno mental?	N	%
Sim	103	54,21
Não	87	45,79
Se sim, qual?	N	%
Depressão	46	24,2
Transtornos de ansiedade	38	20
Transtorno Bipolar	6	3,2
Esquizofrenia	6	3,2
Alzheimer	2	1,0
Borderline (BPD)	2	1,0
Não informou	90	47,3
Você já teve alguma atividade na instituição sobre suicídio	N	%
Não	152	80,00
Sim	38	20,00
Se sim, qual?	N	%
Atividades extracurriculares	18	56,25
Atividades curriculares	13	40,63
Ambas	1	3,13
Você conhece alguém que já tentou suicídio?	N	%
Sim	134	70,53
Não	56	29,47

Fonte: Elaborada pelos autores

Tabela 2. Conhecimentos, verdades e mitos acerca do suicídio por estudantes de medicina

Variável	1º ao 4º ano		5º ao 6º ano		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
O suicídio é um ato individual, já que cada um tem pleno direito a exercitar seu livre arbítrio	77	40,5	47	24,7	124	65,3	0,226 ^a
Quando a pessoa pensa em se suicidar, terá risco de suicídio para o resto da vida	74	38,9	50	26,3	124	65,3	0,779 ^a
As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar atenção	111	58,4	78	41,1	189	99,5	0,589 ^b
Se uma pessoa que se sentia deprimida e pensava em suicidar-se, em um momento seguinte passa a se sentir melhor, normalmente significa que o problema já passou	110	57,9	77	40,5	187	98,4	1,00 ^b
Quando um indivíduo mostra sinais de melhora, ou sobrevive à uma tentativa de suicídio ele está fora de perigo	112	58,9	77	40,5	189	99,5	0,411 ^b
Não devemos falar sobre o suicídio, pois isso pode aumentar o risco	109	57,4	76	40	185	97,4	1,00 ^b
É proibido que a mídia aborde o tema suicídio	96	50,5	62	32,6	158	83,2	0,259 ^a
Média de acertos por questão +/- desvio padrão	98,43 +/-	16,58	165,14 +/-	30,13	131,79 +/-	41,76	0,002 ^c

^a: Valores de p < 0,05 representam significância estatística pelo teste do qui-quadrado

^b: Valores de p < 0,05 representam significância estatística pelo teste Exato de Fisher

^c: Valores de p < 0,05 representam significância estatística pelo teste de Mann-Whitney

Fonte: Elaborada pelos autor

Tabela 3. Associação entre características sociodemográficas, acadêmicas e atitudes relacionadas ao comportamento suicida e aos mitos sobre o suicídio na perspectiva de estudantes universitários.

Variável	N	Posto médio	Média	Desvio padrão	Valor de p
Sexo					
Feminino	128	101,09	2,66	2,66	0,749 ^a
Masculino	62	83,97	2,66	0,32	
Faixa etária					
De 18 a 19 anos	24		2,70	0,44	
De 20 a 24 anos	130		2,63	0,31	0,200 ^b
De 25 a 29 anos	27		2,78	0,32	
30 anos ou mais	9		2,62	0,51	
Período					
1º a 8º período	112	88,78	2,62	0,34	0,638 ^a
9º ao 12º período	78	105,15	2,72	0,35	
Renda					
0 - 10 SM	82	78,14	2,64	0,31	
10.1 – 20 SM	53	80,25	2,66	0,31	
20.1 – 30 SM	7	31,79	2,32	0,26	0,029 ^d
> 30 SM	13	92,85	2,77	0,52	
Cor da pele					
Branco(a)	139		2,66	0,36	0,888 ^c
Preto(a) e Pardo(a)	51		2,67	0,30	
Estado civil					
Solteiro(a)	177	96,02	2,66	0,34	0,630 ^a
Casado(a)	13	88,42	2,64	0,48	
Filhos					
Sim	5	73,70	2,61	0,76	0,368 ^a
Não	185	96,09	2,66	0,33	
Desenvolve atividade remunerada atual					
Sim	23		2,57	0,26	0,191 ^c
Não	167		2,67	0,35	
Tabagismo atual					
Sim	3	141,67	2,86	0,08	0,136 ^a
Não	186	94,25	2,65	0,35	
Uso de outras substâncias psicoativas atual					
Sim	20	89,98	2,61	0,33	0,756 ^a
Não	166	93,92	2,66	0,35	
Parou	4				
Diagnóstico de transtorno mental atual					
Sim	53	94,49	2,65	0,33	0,875 ^a
Não	137	95,89	2,66	0,35	
Se sim, qual(is)?					
Transtornos de ansiedade	45	36,37	2,66	0,34	
Depressão	22	36,16	2,66	0,33	0,638 ^d
Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade	6	44,83	2,79	0,32	
Faz acompanhamento psicológico atual					
Não	132		2,66	0,36	0,808 ^c
Sim	58		2,67	0,31	
Faz acompanhamento psiquiátrico atual					
Não	153		2,64	0,34	0,819 ^c
Sim	37		2,73	0,37	

Você conhece alguém que já tentou suicídio?	N				
Não	56	92,90	2,65	0,37	0,673 ^a
Sim	134	96,59	2,66	0,34	

a. Valores de $p < 0,05$ representam significância estatística pelo teste de Mann-Whitney.

b. Valores de $p < 0,05$ representam significância estatística pela ANOVA.

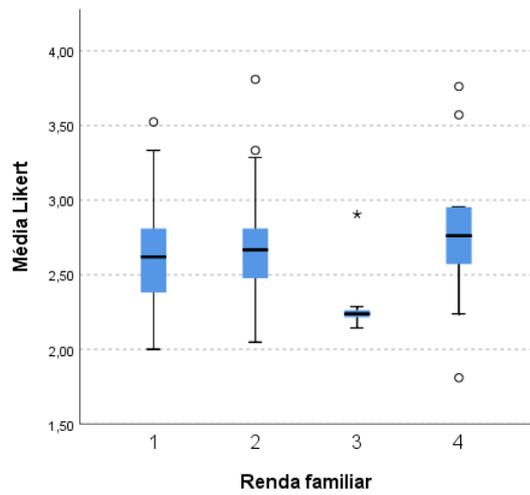
c. Valores de $p < 0,05$ representam significância estatística pelo Teste t .

d. Valores de $p < 0,05$ representam significância estatística pelo teste de Kruskal-Wallis.

Números diferentes na mesma coluna indicam diferença pelo teste de Dunn a 5% de significância.

Fonte: Elaborada pelos autores

Gráfico 1. Relação entre a média do Likert do questionário de atitudes relacionadas ao comportamento suicida e a renda familiar dos participantes.



Fonte: Elaborada pelos autores

Instruções aos autores

Política editorial

A **Revista Brasileira de Educação Médica** publica artigos originais, artigos de revisão, relatos de experiência, ensaios, cartas ao editor e resenhas de livros sobre temas relevantes na área de educação médica. A RBEM segue a política de acesso aberto do tipo Gold Open Access e seus artigos são disponibilizados com acesso integral, de forma gratuita, e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (rolling pass). Números especiais são publicados a critério do Conselho Editorial. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (peer review), preservado o anonimato dos autores e avaliadores.

A Revista é normalizada seguindo os “Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals) publicados pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICJME). A RBEM adota as recomendações do Código de Conduta Ética e Práticas Básicas publicado pelo Comitê de Ética em Publicações (COPE).

A vinculação de todos os autores ao ORCID (Open Researcher and Contributor ID) é obrigatória.

A RBEM aceita artigo preprint.

A RBEM aceita submissões contendo material que já tenha feito parte de uma tese de doutorado ou dissertação de mestrado, incluindo aquelas que foram disponibilizadas publicamente de acordo com os requisitos obrigatórios da instituição que concede a qualificação, desde que obedeça a estrutura exigida pela categoria de submissão à revista.

Todos os artigos que envolvam pesquisa com seres humanos devem ser encaminhados à Revista com cópia da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos de ensaios clínicos devem ter o número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos, que deve ser enviado à Revista. Em pesquisas envolvendo animais, deve ser submetida à aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais.

A RBEM possui diretrizes editoriais independentes e por isso não aceita material publicitário com fins comerciais.

Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico ScholarOne em português, inglês ou espanhol (não é permitida a alteração de idioma em nenhuma etapa após a submissão) e destinados exclusivamente à RBEM. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação. A RBEM considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. O software iThenticate é a ferramenta utilizada pela RBEM para verificação de originalidade e detecção de similaridade/plágio dos manuscritos enviados. O Artigo submetido para análise será rejeitado imediatamente em casos que a RBEM identifique que há ocorrência de má conduta. Artigo publicado pela RBEM que apresente equívocos ou que não contenha alegações adequadas deve ser retratado com as devidas correções e esclarecimentos.

Caso a RBEM decida encerrar as suas atividades, os artigos publicados ficarão de posse da Associação Brasileira de Educação Médica que deverá salvaguardar os arquivos. Para solicitar arquivos, entrar em contato por e-mail rbem.abem@gmail.com.

Categorias

Editorial: de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até 3 mil palavras). Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Artigo original: artigos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas (até 5 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Objetivo, Método, Resultado, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Ensaio: artigo com análise crítica sobre um tema específico relacionado à educação médica (até 3 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Desenvolvimento, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- (Desenvolvimento livre)
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Artigo de revisão: artigo baseado exclusivamente em fontes secundárias, com revisão crítica da literatura, pertinentes ao escopo da Revista (até 5 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Objetivo, Método, Resultado, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Relato de experiência: artigo que apresente experiência inovadora na educação médica, acompanhada por reflexão teórica pertinente (até 3 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Relato de experiência, Discussão, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- RELATO DE EXPERIÊNCIA
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Carta ao editor: Correspondências de conteúdo científico contendo comentário sobre material publicado em números anteriores da Revista, textos sobre achados em dissertações e teses e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até 1.200 palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Resenha: análise crítica (com reflexões e impactos para os leitores) de publicações lançadas no Brasil ou no exterior (até 1.200 palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Posicionamento, Consensos e Diretrizes: os editores formulam convite a um grupo de trabalho que será responsável pela revisão aprofundada e elaboração consensuada do artigo sobre tema específico (até 8 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- (Desenvolvimento livre)
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

A contagem de palavras começa a partir da Introdução e exclui as referências.

Informações sobre a instituição envolvida na pesquisa que constarem no corpo do artigo devem ser sombreadas (realce) na cor preta para ocultar os dados.

Obs: A contagem de palavras, independente da categoria, não inclui resumo/abstract, elementos figurativos, referências bibliográficas.

Custos

Taxa de submissão: não será cobrada taxa para a submissão de artigos.

Taxa de publicação: R\$ 1.000,00. Caso o autor desejar a tradução integral do artigo para inglês, será cobrada uma taxa adicional de R\$ 500,00.

- **Desconto:** caso haja pelo menos um autor associado adimplente da ABEM, há um desconto de R\$ 200,00 na taxa de publicação no idioma de submissão.

Isenção: não será cobrada a taxa para a publicação no idioma de submissão (português, inglês ou espanhol) quando todos os autores forem associados adimplentes da ABEM (Prazo para verificação da adimplência: 1 semana após o aceite). Caso o autor deseje publicar o artigo em inglês, será cobrada a taxa de tradução de R\$500,00.

Errata: caso haja a necessidade de correção de nomes dos autores após a publicação do artigo e seja identificado que o autor principal confirmou a liberação do artigo com o erro, haverá um custo de R\$ 60,00 para confecção da errata.

Formato e preparação do manuscrito

Formato

Arquivo: Word, papel A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3" x 11,7").

Letra: Padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm ou 0,79" (direita, esquerda, superior e inferior).

Alinhamento: Justificado.

Parágrafos: Devem estar com recuo de 1 cm.

Títulos de seções: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito e em caixa alta.

Subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito e apenas a primeira letra em maiúsculo.

Sub-subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito, apenas a primeira letra em maiúsculo e em itálico.

Sub-sub-subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito, apenas a primeira letra em maiúsculo, em itálico e sublinhado.

Citação até 3 linhas: Deve ser inserida no texto e estar entre aspas.

Citação com mais de 3 linhas: Deve constituir um parágrafo distinto, com recuo de 4 cm da margem esquerda, espaçamento simples, em itálico e com fonte 10.

Citação direta no corpo do artigo: Mais de 1 autor, citar o primeiro e depois adicionar et al.

Referências no corpo do artigo: Devem estar em sobrescrito, sem parênteses, antes da pontuação e sem espaço entre a palavra, o número e a pontuação (exemplos: educação médica¹. educação médica^{1,2}. educação médica¹⁻⁴. educação médica^{1,5,8-11}).

Notas de rodapé: Não serão aceitas.

Não serão publicados anexos ou arquivos suplementares.

Preparação do manuscrito

Título: deve conter no máximo 15 palavras e ser redigido em duas versões. Uma versão em português ou espanhol, conforme o idioma do artigo, e outra obrigatoriamente em inglês.

Resumo: deve conter no máximo 350 palavras e ser redigido em duas versões. Uma versão em português ou espanhol, conforme o idioma do artigo, e outra obrigatoriamente em inglês. Deve ser texto corrido e ter as seções marcadas em negrito conforme descrito na categoria do artigo.

Palavras-chave: deve conter de 3 a 5 palavras extraídas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para resumos em português e Medical Subject Heading (MeSH), para resumos em inglês.

Representação ilustrativa: deve ter o título e a numeração na parte superior, a qual deve ter um ponto após (exemplo: Tabela 1. Título), e fonte na parte inferior. As abreviaturas, caso presentes, devem constar na primeira linha da parte inferior (Abreviaturas:). Os símbolos para explicações devem ser identificados com letras do alfabeto sobrescritas e explicados na parte inferior com fonte 10. O número máximo de arquivos é de 5.

Devem ser inseridas no corpo do artigo conforme instruções abaixo:

- Tabelas: devem conter apenas bordas horizontais.
- Figuras: devem ter boa resolução, no mínimo 300 DPI.
- Quadros: devem conter bordas horizontais e verticais em suas laterais e na separação das casas.
- Gráficos: devem conter a legenda.

Referências: a formatação segue o estilo Vancouver, conforme os Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals, publicados pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICJME). As referências devem ser citadas numericamente e por ordem de aparecimento no texto. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus.

Exemplos de referências

Número de autores

O número máximo de autores é de seis. Se o número de autores for superior a este, será preciso enviar uma carta com justificativa ao editor (rbem.abem@gmail.com). Não será aceito acréscimo de autores após o aceite do artigo.

Arquivos adicionais

- **Página de Título:**
- Todos os autores: nome, e-mail, telefone, instituição e função na mesma, número de registro Orcid e contribuição específica de cada autor para o trabalho;
- Informações sobre a existência ou não de conflito de interesses individual considerando cada autor. Caso haja conflito de interesse financeiro, os autores devem informar os dados do financiamento, com o número de cadastro do projeto. No caso de pesquisas que envolvam seres humanos direta ou indiretamente, deve constar o número de registro do

projeto na Plataforma Brasil e o nº do parecer de aprovação correspondente, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS;

- Agradecimentos, quando for o caso.

Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta:

O autor deverá responder o formulário sobre o alinhamento da pesquisa e conformidade do artigo com as práticas da Ciência Aberta, sendo encorajada a disponibilidade dos dados de pesquisa.

- Download do arquivo

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (Anexar no campo: Arquivo suplementar que NÃO é para avaliação):

Os manuscritos com dados que, individual ou coletivamente, envolvam o ser humano de forma direta ou indireta, os autores devem anexar o documento de aprovação do projeto emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, onde consta o número do processo (CAAE) e de aprovação do projeto, bem como a instituição.

Envio de manuscrito

Submissão on-line

Os manuscritos devem ser submetidos por meio eletrônico pelo site da Revista.

Guia do autor

Acompanhamento da avaliação

Todo artigo recebido é avaliado quanto ao formato. Caso não obedeça aos padrões, o artigo é devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o artigo obedecer aos padrões, será encaminhado ao editor-chefe da RBEM, que avaliará se ele faz parte do escopo da Revista e o encaminhará aos editores associados, e estes, para dois avaliadores cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho.

Após revisão dos avaliadores, os editores associados recebem o artigo para emitir o parecer. Os pareceres sempre serão fundamentados e apresentarão uma das seguintes conclusões: Aceito, Pequena Revisão, Grande Revisão ou Rejeitado. Os artigos com as decisões de revisão (Grande ou Pequena revisão) serão submetidos a novo processo de avaliação após a submissão pelos autores da versão de adequação sugerida pelos revisores (ver tipos de decisões). A nova versão terá uma nova decisão com as possíveis conclusões: Aceito, Pequena Revisão, Grande Revisão ou Rejeitado.

O processo de avaliação tem duração estimada de 144 dias.

Tipos de decisões

Os autores que receberem o artigo com parecer Pequena Revisão ou Grande Revisão deverão encaminhar uma carta ao revisor respondendo de maneira detalhada às alterações sugeridas, marcando em vermelho as mudanças no corpo do artigo. O arquivo com as correções deve ser encaminhado em até 60 dias para que o artigo passe por nova revisão. Não havendo manifestação dos autores até esse prazo, o artigo será considerado retirado.

Os artigos que receberem parecer Rejeitado não serão publicados.

Os autores que receberem o artigo com parecer Aceito receberão um e-mail informando o fascículo da Revista em que o artigo deve ser publicado, bem como as informações para pagamento da taxa de publicação. Após o pagamento, o artigo entrará no fluxo de publicação.

Fluxo de publicação

O artigo é encaminhado aos revisores gramaticais e posteriormente é encaminhado por e-mail ao autor principal. Este tem um prazo de no máximo 5 dias para encaminhar o artigo em sua versão final.

O artigo é encaminhado à diagramação. O autor receberá por e-mail a prova do arquivo para conferência exclusivamente da diagramação. Este tem um prazo máximo de 3 dias para retorno do aceite da versão definitiva que será publicada.

Caso não haja manifestação do autor principal até o prazo estipulado em cada etapa, o artigo será cancelado.

Os artigos aceitos, revisados e diagramados serão publicados e se tornarão propriedade da revista.

Autoria e Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores respondem pela autoria dos manuscritos e por ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo.