



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

**LÍVIA SOARES SANTOS**

**COMPARTILHANDO SABERES NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL E SUÍCIDIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Salvador  
2018

**LÍVIA SOARES SANTOS**

**COMPARTILHANDO SABERES NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL E SUÍCIDIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso em Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marcus Vinicius Borges Oliveira.

Salvador  
2018

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. MÉTODOS.....</b>	<b>4</b>
<b>3. RESULTADO E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Aproximação com Núcleo de Estudos e Prevenção do Suicídio .....</b>	<b>5</b>
<b>3.2 Reflexões sobre saúde mental e o comportamento suicida no fazer da fonoaudiologia.....</b>	<b>7</b>
<b>3.3 Desafios da Rede de Saúde Mental.....</b>	<b>10</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>
<b>APÊNDICE 1- NORMAS EDITORIAIS.....</b>	<b>16</b>

## **PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO**

### **PROCESSO FORMATIVO EM FONOAUDIOLOGIA E SUICÍDIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Lívia Soares Santos (1); (2) Marcus Vinicius Borges Oliveira.

Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Lívia Soares Santos; Avenida Teixeira Barros, Apartamento 1403. Brotas, Salvador, Bahia. CEP: 40279080; Liviaa.soares@hotmail.com.

Área: Saúde Mental/ Saúde Coletiva.

Tipo de Manuscrito: Relato de Experiência.

Conflito de interesse: Inexistente.

## **RESUMO**

**OBJETIVO:** descrever a experiência vivenciada no âmbito da saúde mental com foco para o comportamento suicida, durante graduação em fonoaudiologia. **MÉTODO:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência acerca do vivido durante o processo formativo no curso de fonoaudiologia. A partir da análise de relatórios e diário de campo escrito durante a permanência da graduanda no grupo vid@ - Estudo e pesquisa: Violência, saúde e qualidade de vida, onde a mesma participou dos projetos ambos vinculados ao projeto de tese intitulado Mulheres com História de Violência Doméstica e Comportamento Suicida: modelo de cuidado fundamentado na *Grounded Theory*, desenvolvida no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio. **RESULTADOS:** Questões fundamentais que perpassaram as discussões do grupo e que estão implicadas na formação da autora em fonoaudiologia tais como: Suicídio como importante problema de saúde pública, reflexão sobre o trabalho e o campo da fonoaudiologia e desafios da Rede de Saúde Mental. **CONCLUSÃO:** Destaca-se a importância de uma revisão da grade curricular do curso de fonoaudiologia, com maior oferta de disciplinas teórico-práticas no âmbito da saúde mental, além da promoção de espaços que abordem a temática nos diversos contextos de formação, bem como implantação de mais serviços substitutivos que acolham de forma sensível e cuidadosa indivíduos com transtornos mentais, sobretudo com comportamento suicida.

**DESCRITORES:** Suicídio. Fonoaudiologia. Saúde Mental. Reforma Psiquiatria. Saúde Coletiva.

## 1. INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é um fenômeno complexo, multifatorial, definido como ato deliberado executado pelo próprio indivíduo.<sup>1</sup>

De acordo com boletim Epidemiológico de tentativas e óbitos por Suicídio no Brasil, divulgado pelo ministério da saúde, o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, embora possua o coeficiente de mortalidade de 4,5 mortes por 100.000 habitantes o qual não é considerado alto, a recorrência com que ocorrem essas mortes é elevada, desse modo, devido a sua dimensão populacional, o país ocupa atualmente o oitavo lugar no *ranking* mundial em mortes por suicídios.<sup>1-2</sup>

Dentre principais formas que são acometidos os suicídio no Brasil estão: enforcamento, lesões por armas de fogo e autointoxicação por pesticidas, com maior recorrência entre os indígenas, pessoas com baixa escolaridade, homens e maiores de 60 anos, havendo importantes diferenças regionais na mortalidade por suicídio.<sup>3</sup>

Embora os dados sejam alarmantes, o suicídio é atravessado por estigmas e tabus que dificultam a discussão e compreensão do ato na sua complexidade e historicidade, considerando as possíveis motivações e efeitos. De acordo com Costa e Moreira, (2017), a não compreensão sobre o comportamento suicida por profissionais de saúde reflete na dificuldade em identificar os sinais de sofrimento e, conseqüentemente, de acolhimento aos cuidados de cada caso.<sup>4</sup> Desta maneira, na esfera do suicídio, remover a sua invisibilidade implica em favorecer práticas novas e menos estigmatizantes sob o ponto do acolhimento, do cuidado, da valorização da vida e das possibilidades de solidariedade. Nessa perspectiva, profissionais de saúde devem estar atentos para o reconhecimento e abordagem de indivíduos susceptíveis para o ato suicida.

O presente artigo tem como objetivo descrever a experiência vivenciada no âmbito da saúde mental com foco para o comportamento suicida, durante graduação em fonoaudiologia.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Foi realizado a partir da análise de relatórios e diários de campo produzidos durante a permanência da graduanda no grupo Vid@ - Estudo e Pesquisa: Violência,

Saúde e Qualidade de vida. A inserção da graduanda, ao grupo de estudo e pesquisa se deu por meio de um processo seletivo em 2016, composto de 3 etapas: Análise de carta de interesse ; Criação e apresentação de um objeto com temática do Estatuto da Criança e do Adolescente e Elaboração de um projeto de execução com alusão aos 16 dias de ativismo pelo fim da violência contra mulher, sendo assim aprovada no processo seletivo.

O Grupo de Estudo e Pesquisa: Violência, Saúde e Qualidade tem por linha de pesquisa cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos com caráter multidisciplinar, sendo então composto por graduandos, mestrados e doutorandos de diversos cursos de saúde, dentre eles: psicologia, direito, bacharelado interdisciplinar em saúde, enfermagem e fonoaudiologia. Realizando reuniões semanais de aprofundamento metodológico com a temática das múltiplas formas de violência sendo conduzidas por mestrando doutorandos bem como palestrantes/ profissionais convidados.

A graduanda participou de dois projetos, um de pesquisa e outro de extensão intitulados *Compreendendo os significados do cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida e Desenvolvendo Ações para Prevenção e Abordagem Multiprofissional a Pessoas em Risco para o Suicídio*.

Iniciou participação como bolsista do Projeto de extensão intitulado “Desenvolvendo Ações para Prevenção e Abordagem Multiprofissional a Pessoas em Risco para o Suicídio”, com plano de trabalho sob título de “Abordagem Multiprofissional à Pessoa em Risco para o Suicídio: Articulação entre a Universidade Pública e o Serviço de Saúde, tendo vigência de 2016-2017.

Nesse sentido, durante extensão foram realizadas atividades em grupo – Oficinas Terapêuticas com abordagem multiprofissional – a cada quinze dias, no turno vespertino, às terças-feiras. As oficinas tiveram como foco principal discussões acerca dos fatores de risco para o comportamento suicida, bem como reflexões quanto às repercussões/implicações/consequências das ações/reações para a saúde física, mental e desenvolvimento humano dos envolvidos, a fim de sensibilizá-los para o impacto destas, além da necessidade de ações para a prevenção e abordagem multidisciplinar das pessoas em risco para o suicídio.

No ano seguinte participou de um Projeto de iniciação científica cujo título “Compreendendo os significados do cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida” com plano de trabalho “Violência doméstica e comportamento suicida: repercussões para a vida e saúde de mulheres”, tendo vigência 2017-2018.

Ambos projetos estavam vinculados ao projeto de tese intitulado Mulheres com História de Violência Doméstica e Comportamento Suicida: modelo de cuidado fundamentado na *GroundedTheory*, conhecida no Brasil como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que consiste em uma metodologia de investigação qualitativa que extrai os aspectos significativos das experiências vivenciadas pelos atores sociais, possibilitando interligar constructos teóricos.<sup>5</sup>

Os projetos ocorreram em um serviço especializado no atendimento a pessoas com comportamento suicida - Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), vinculado ao Centro de Informações Antiveneno da Bahia (CIAVE), em Salvador, Bahia, Brasil.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA**

Para compor a discussão deste relato de experiência acerca das vivências nos Projetos de Pesquisa e Extensão proporcionados pelo Grupo Vid@, elencamos algumas questões fundamentais que estão implicadas na formação da autora em fonoaudiologia. Desta forma, inicialmente discutiremos sobre aproximação com o Núcleo de Estudos e Prevenção do suicídio posteriormente refletiremos a relação com a Fonoaudiologia e os desafios da rede de saúde mental.

#### **3.1 Aproximação com o Núcleo de Estudos e Prevenção do suicídio**

A aproximação com o Núcleo de Estudos Prevenção do suicídio se deu por meio da extensão e pesquisa em saúde mental, e a partir desta foi possível compreender o comportamento suicida, fenômeno global, complexo e multifatorial, com números crescentes, sendo assim importante problema de saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas e familiares que dão suporte social, sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas.<sup>6</sup>



Embora os dados sejam alarmantes, o suicídio pode ser prevenido, mesmo com toda sua complexidade e fatores de risco. O tabu social e o estigma em relação ao mesmo anulam discussões acerca da temática o que conseqüentemente inibe a busca por ajuda, o olhar sensível desprovido de julgamentos e conceitos morais que poderiam evitar mortes, minimizara invisibilidade e subnotificações.<sup>2</sup>

No que tange a invisibilidade, a Organização Mundial da Saúde em 2000 publicou uma cartilha<sup>6</sup> com objetivo de promover orientação aos profissionais da imprensa, a cartilha informa sobre como noticiar casos de suicídio, pois, é sabido que a exibição do fenômeno dispõe para disseminação e reprodução do mesmo, no entanto ao ser emitindo de forma responsável e cuidadosa opera como um fator protetivo do suicídio contrapondo suas causas, e sendo ferramenta importante de promoção e prevenção de saúde.

Em seguida, com objetivo de minimizar as subnotificações, o Ministério da Saúde institui em 2014 a partir da portaria 1.271, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública dentre eles a tentativa de suicídio para notificação compulsória e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.<sup>7</sup>

A notificação compulsória propicia para um manejo e atenção do sujeito em sofrimento, às redes de atenção á saúde que contemplem o cuidado integral para suas demandas socioemociais e, sobretudo para o fornecimento de dados epidemiológicos. Chamando atenção para gravidade do problema, necessidade de mais políticas públicas e educação permanente aos profissionais em todos os níveis da rede de atenção á saúde para que estejam atentos e sensíveis para identificação de sinais de risco para suicídio e possam realizar manejo adequado e ou encaminhamento responsável.

No que concerne a políticas públicas, há uma lacuna importante no que refere ao cuidado dirigido às pessoas em risco para o suicídio, pois não existe uma Política Nacional de Prevenção do Suicídio. No Brasil, as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (Portaria Nº 1.876) foram promulgadas em 2006 com intuito de propiciar a redução de danos associados aos comportamentos suicidas em toda a sociedade. Em seguida, foram lançadas em 2009 e 2013, respectivamente, Estratégias Nacionais para Prevenção do Suicídio e o Plano Nacional para Prevenção do Suicídio (PNPS), 2013-2017, com objetivo de promover a prevenção e proteção na identificação de qualquer

sinal de comportamento suicida. Dessa forma são de suma importância, porém, são insuficientes para elaboração de políticas de prevenção do suicídio.

Decorrente a ausência de políticas de prevenção do suicídio, há forte tensionamento para instauração de serviços de saúde mental compostos por profissionais sensíveis e qualificados no enfoque para o acolhimento e atendimento às pessoas em risco de suicídio.

Estudos recentes, como o realizado no Hospital de Pernambuco com profissionais compreendidos em cinco categorias : Nutrição, Enfermagem, Medicina, Serviço social, Técnico em Enfermagem que atendem na urgência e emergência do mesmo, suscitou evidências para o desconhecimento por parte dos profissionais na identificação dos sinais de risco para suicídio bem como dos equipamentos de saúde e socioassistencial disponíveis frente a uma rede de saúde mental frágil e desarticulada.<sup>8</sup>

Em Salvador, o serviço em que ocorreu a vivência - Núcleo de Estudo e Prevenção ao suicídio é o único serviço especializado no atendimento a pessoas em risco para o suicídio, tendo uma equipe composta por Terapeuta Ocupacional, Enfermeira, Psicólogo e Psiquiatra realizando atendimentos por demanda espontânea e usuários referenciados pela Rede de Atenção Psicossocial de Salvador e Região Metropolitana, e busca a emancipação para torna-se um I Centro de Referência no atendimento de pessoas em risco de suicídio na Bahia, ressalta-se a ausência do profissional de Fonoaudiologia no serviço.

### 3.2 Reflexões sobre a saúde mental e o comportamento suicida sobre o fazer da Fonoaudiologia

Para refletir sobre este ponto, é necessário, anteriormente, retomar o percurso formativo da graduanda, fazendo alusão no que se refere ao ensino, destaca-se havia ausência do profissional fonoaudiólogo no grupo de pesquisa a qual a graduanda estava imersa bem como a da grande curricular do curso não havia componentes curriculares que abordassem conteúdo da saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, ou até mesmo espaço de discussões sobre temáticas nesse sentido em que o suicídio pudesse ser discutido e refletíssemos sobre nossa prática de saúde nesse serviço.

Contudo, foi possível através do componente teórico-prático Práticas Fonoaudiológicas I, uma disciplina cuja ementa é “promoção da saúde, prevenção,

diagnóstico e reabilitação dos distúrbios da comunicação e das funções orofaciais” (SIAC/UFBA) que discute, ainda que de maneira incipiente, a portaria 3.088 da Rede de Atenção Psicossocial.

A disciplina Práticas Fonoaudiológicas I no semestre letivo 2017.2 teve como objetivo promover discussões teóricas e vivências em alguns pontos da Rede Atenção Psicossocial e a Rede Pessoa com Deficiência em um serviço especializado do município de Salvador visando construir de forma pedagógica a noção de redes de atenção. Foram realizadas visitas a pontos estratégicos, mediadas por profissionais do serviço e sob supervisão das docentes da disciplina, além disso era realizado um encontro mensal para compartilhamento das experiências vivenciadas.

A disciplina teve como vigência o período de Outubro 2017 á Fevereiro 2018, as atividades desenvolvidas envolveram três dimensões: 1) apoio à equipe de um ambulatório municipal especializado em saúde mental e reabilitação, no âmbito da gestão do serviço e 2) visitas técnicas (no CAPS II e CER); 3) roda de conversa com o movimento social. Pode-se considerar que houve pouco tempo para imersão no conteúdo teórico, bem como para refletir sobre as visitas, a fim de problematizar e se reconhecer no serviço enquanto processo formativo.

Salienta-se que durante imersão no conteúdo pratico da disciplina de Praticas Fonoaudiologicas I, onde eram realizado visitas não havia técnicas institucionais do profissional de Fonoaudiologia nos pontos de serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Este fato está atrelado ao contexto histórico de surgimento da Fonoaudiologia, o qual era centrado no atendimento da clinica que visava corrigir questões apenas de linguagem, perpassando assim por uma construção de saberes e práticas de saúde baseada no tecnicismo com forte influência do modelo biomédico de atenção com olhar para as patologias minimizando a singularidade do sujeito bem como determinantes e condicionantes de saúde.<sup>9</sup>

Verifica-se que, desde os primórdios do reconhecimento da profissão no Brasil, em 1981, a habilitação do fonoaudiólogo encontra-se na atuação de áreas específicas divididas nas grandes áreas da profissão: linguagem, voz, audição e padrões de fala (Lei 6965/1981). Atualmente, em 2018, o Conselho Federal de Fonoaudiologia reconhece as seguintes áreas de atuação da profissão: audiologia, disfagia, gerontologia,

fonaudiologia educacional, fonaudiologia neurofuncional, fonaudiologia do trabalho, neuropsicologia, linguagem, motricidade orofacial, voz e saúde coletiva.

O Conselho não define a área da saúde mental como campo de atuação. Fonaudiologia, observa-se assim, uma busca crescentena divisão em especialidades com exceção da saúde coletiva, em preconiza o perfil do profissional fonoaudiólogo como generalista.

Compreende-se a saúde coletiva como uma área que possui conexão com saúde mental no Brasil, pois surge por meio da perspectiva biopsicossocial dos indivíduos, é um campo multipragmático e interdisciplinar, que visa a compressão do sujeito para além do padrão médico biológico, almeja o entendimento do processo saúde/doença ao seu lugar social.<sup>10</sup> Em suma é possível compreender que há uma lacuna importante no processo formativo da graduanda, e de estudos acerca da temática, e ou até mesmo que tragam a interface da Fonaudiologia.

### 3.3 Desafios da Rede de Saúde Mental

Por meio da imersão em um serviço de saúde mental, foi possível reconhecer alguns desafios da rede de saúde mental para tanto é preciso fazer alusão ao contexto histórico da saúde mental perpassando pelo momento que antecede a reforma psiquiatria até a eclosão mesma.

Os indivíduos em sofrimento com algum transtorno mental foram segregados e vitimados, por muitos séculos. De acordo com Foucault (1995), havia uma dicotomia entre a loucura e o saber médico - sendo assim, a exclusão dos ditos loucos – pessoas que possuíam algum transtorno mental, moradores de rua e demais marginalizados-, estava ligada muito mais à ordem do que à doença.<sup>11</sup>

Isto posto, havia uma preocupação em isolar todos aqueles que pudessem causar desordem social, subsidiado por estudos acerca da loucura pela psiquiatria, de que o meio social era o culpado potencializador de doenças, desse modo era necessário que estes, estivessem isolados, medicalizados, institucionalizado para serem tratados.<sup>12</sup> Sendo assim, aprisionava-se não só o corpo, mas também a subjetividade, as habilidades criativas desses indivíduos. Era uma restrição do campo existencial, uma forma de repressão através da disciplina.<sup>13</sup>

Teve início no século XX o começo da reforma psiquiátrica na Europa, almejando novas alternativas de tratamento, que fossem diferentes da institucionalização em manicômios e hospitais psiquiátricos. A reforma psiquiátrica brasileira, por sua vez, teve seu início no final da década de 70, por conseguinte, o deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional, um projeto de lei que propunha um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica e por meio deste deu-se início questionamentos e necessidade da mudança em torno da política da saúde mental.

Em 2001 foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, que oficializou transição da saúde mental no Brasil para um tratamento mais humanizado, com vistas para garantia de segurança atendimento cuidadoso, pautado no respeito aos portadores de doenças mentais com intuito de promover a reinserção dessas pessoas à sociedade, ao optar por serviços comunitários em detrimento da institucionalização, internação e pela implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos.

Suscitou a implantação de ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura.<sup>14</sup> Ademais foram criados os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com a finalidade de propor um cuidado de forma humanizada, implicando a família, amigos, e demais círculos sociais dos quais participa ao projeto terapêutico com vistas para reinserção social, ou seja, visando a reabilitação psicossocial.

Desta maneira, o campo da saúde mental e atenção psicossocial passaram por processo de transformações e ressignificações que auxiliaram para a constituição de uma nova imagem social frente à loucura e aos sujeitos em sofrimento mental ou transtorno mental.

Muitos avanços foram alcançados a partir da Reforma Brasileira a qual se consolida como política pública federal caracterizando-se por dois movimentos, os quais são: construção de uma rede humanizada de atenção à saúde mental sendo assim substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva bem como programada dos leitos psiquiátricos existentes.<sup>15</sup>

Havendo repasses de recursos federais de incentivo financeiro cuja finalidade e propor alternativas e estratégias de reabilitação psicossocial como trabalho, cultura, ou seja ferramentas que favoreçam o protagonismo de usuários e familiares.<sup>16</sup>

Diante da centralidade histórica do processo reformista brasileiro, pois com a desativação dos leitos e reinserção dos usuários que estavam em longa internação para a vida social, outros grupos foram invisibilizados pelas ações de cuidado a exemplo dos usuários de álcool, crack e outras drogas; população de rua; violências intrafamiliares.<sup>17</sup>

Sendo assim, foi instituída por meio da portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinado às pessoas em sofrimento e/ ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, sobretudo das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas bem como de suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

São pontos de atenção da RAPS: atenção primária, atenção psicossocial especializada, atenção à urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial.

É possível então compreender por meio da vivência no núcleo de estudos e prevenção que o atendimento/acolhimento para indivíduos com comportamento suicida que acolha as demandas socioemocionais destes é um desafio da Rede de Saúde, o que está atrelado ao fato que mesmo frente ao número crescente no perfil de morbimortalidade relacionado ao comportamento suicida e do compromisso assumido pelo Ministério da Saúde desde 2006, o Brasil ainda não possui um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Tendo atualmente apenas a publicação de uma nova agenda de ações estratégicas com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando as melhores práticas e intervenções ao agravo, no período de 2017 a 2020.<sup>18</sup>

Além disso, é necessário pontuar como mais um desafio da rede de saúde mental, a abordagem multiprofissional, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica por meio da diretriz Portaria nº 224/ms, de 29 de janeiro de 1992, que instituiu a multiprofissionalidade na prestação de serviços na saúde mental, fomentando importância da interação de profissionais para um atendimento de saúde integral. O

serviço em que ocorreram os projetos iniciação científica já citado, bem como de extensão não havia profissional de Fonoaudiologia.

Não apenas, desafio para rede de saúde, mas para o profissional de fonoaudiologia, que historicamente utilizou-se de abordagens clínicas centradas na patologia do indivíduo, tendo assim seu trabalho em serviços de cunho ambulatorial.<sup>9</sup>

No entanto, a exemplo de outros profissionais dentro da saúde coletiva, o fonoaudiólogo possui competência para realizar acolhimento e participar da construção e elucidação de casos que perpassam pelos centros de saúde mental a exemplo de casos de comportamento suicida. Como um profissional sensível aos aspectos da linguagem e da comunicação humana, está atento as mais diversas possibilidades enunciativas do sujeito. Neste sentido o fonoaudiólogo pode colaborar com o trabalho das diferentes formas de dizer e de elaboração do não dito, contribuindo para a resolução de queixas, reconhecimento das demandas envolvendo todos os aspectos necessários à promoção e de qualidade de vida.

Importante ressaltar, que a atuação do fonoaudiólogo na saúde mental, não é restrito as questões que circundam a linguagem, mas em práticas interdisciplinares e multiprofissionais, tais como matriciamento, construção do projeto terapêutico singular (PTS), acolhimento, troca de saberes entre as diferentes clínicas/áreas do saber, corroborando assim, ao teorizado por Campos, 2000, quanto aos conceitos de o núcleo que corresponde ao saber específico de cada profissão, e o campo que refere ao espaço onde os saberes são compartilhados e se misturam, em uma ação interdisciplinar ou multidisciplinar.<sup>19</sup>

Vale salientar que a reforma, propôs novas práticas de cuidado preconizando um novo olhar clínico, mais humanizado e cuidadoso, visando a reabilitação psicossocial do sujeito, e a importância desses elementos puderam ser evidenciados nos resultados da pesquisa de iniciação científica. A iniciativa do trabalho multiprofissional nos serviços, conforme preconizado, proporciona a construção de saber a partir de vários outros saberes ofertando um cuidado integral aos indivíduos em sofrimento.

Deste modo, urge a necessidade da inserção dos profissionais fonoaudiólogos no âmbito da saúde mental, para que com os instrumentos que lhes são próprios, possam contribuir nos atendimentos em grupos, nas discussões em equipe, no que refere ao atendimento individual possa estar aptos a realizar um encaminhamento seguro e responsável.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da descrição do vivido na formação de uma graduanda de Fonoaudiologia no âmbito da saúde mental em uma Universidade Federal, é possível notar a incipiência de disciplinas curriculares e discussões acerca de temáticas tão importantes e necessárias para formação do “ser profissional de saúde” que antecede a especialidade do “ser fonoaudiólogo”.

Sendo necessário, a reformulação da grade curricular, com inserção de disciplinas teórico-práticas no âmbito da saúde mental, abrangendo olhares e possibilidades do fazer fonaudiológico orientados pela perspectiva da Atenção Psicossocial, utilizando como ferramentas a exemplo de projetos de pesquisa, projeto de extensão e rodas de conversa, impulsionando assim para construção de habilidades, conhecimentos e estratégias.

Os resultados concedidos pela vivência trouxeram a tona inquietações e reflexões importantes com vistas para os avanços, bem como para os desafios para Rede de Atenção Psicossocial, evidenciando a necessidade de maior número de serviços substitutivos que acolham de forma sensível e cuidadosa indivíduos com comportamento suicida, além uma política efetiva de educação permanente, tendo em vista a potencialidade deste nível de atenção para o cuidado.

#### REFERÊNCIAS

1. Associação brasileira de psiquiatria (abp) suicídio: informando para prevenir [Internet]. [cited 2018 Dec 2]. Available from: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf)
2. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. 2017 [cited 2018 Dec 2]; Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
3. Borges Machado D, Neves dos Santos D. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. [cited 2018 Dec 2]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>



4. Alves Da Costa R, Inês M, Moreira B. Formação interprofissional em saúde e o acolhimento a situações limites: compreensão do fenômeno do suicídio [Internet]. Vol. 920. 2017 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a06.pdf>
5. Erdmann AL. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 2];22(2):v-vi. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000200001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200001&lng=pt&tlng=pt)
6. Organização mundial da saúde. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO UM RECURSO PARA CONSELHEIROS [Internet]. 2000 [cited 2018 Dec 3]. Available from: <http://auseinet.flinders.edu.au/>
7. Ministério da Saúde - Portal da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/41893-notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada-portaria-gm-ms-n-1271-2014-e-sinan-versao-5-0>
8. Ivanca De Espíndola Gonçalves P, Amorim Da Silva R, Lindair ;, Ferreira A. COMPORTAMENTO SUICIDA: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO [Internet]. Vol. 13. 2015 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v13n2/13n2a05.pdf>
9. Andrei V, Arce R. Fonoaudiologia e saúde mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial Speech, Language and Hearing Sciences and Mental Health: redirecting the work according to psychosocial care [Internet]. Vol. 16. 2014 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n3/1982-0216-rcefac-16-3-1004.pdf>
10. NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado Remoto. In: Campos et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo- Rio de Janeiro, Editora Hucitec- Editora Fiocruz, 2007. p 19-40.
11. FOUCAULT, M. (1995). História da loucura. São Paulo: Perspectiva
12. AMARANTE Paulo. Saude mental e atenção psicossocial [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 2]. Available from: [http://leticiafrancomartins.pbworks.com/w/file/115707664/AMARANTE\\_LIVRO\\_sade-mental-e-ateno-psicossocial-paulo-amarante.pdf](http://leticiafrancomartins.pbworks.com/w/file/115707664/AMARANTE_LIVRO_sade-mental-e-ateno-psicossocial-paulo-amarante.pdf)
13. Cedraz A, Dimenstein M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma

- Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? [Internet]. [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v5n2/06.pdf>
14. BRASIL Ministério da Saúde. Lei n. 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001 [cited 2018 Dec 3]; Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm1515](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm1515)
  15. Ministério da Saúde Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Brasília, novembro de 2005 [Internet]. [cited 2018 Dec 2]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
  16. BRASIL. Ministerio da Saúde. Saude mental em dados 12. 2015 [cited 2018 Dec 3]; Available from: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
  17. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. [cited 2018 Dec 3]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>
  18. Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio [Internet]. [cited 2018 Dec 3]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>.
  19. Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cien Saude Colet [Internet]. 2000 [cited 2018 Dec 3];5(2):219–30. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&tlng=pt).

## APÊNDICE 1 - NORMAS EDITORIAIS

### Tipos de manuscritos e escopo

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade na avaliação por pares, são publicados relatos de experiência, reflexão e revisão de literatura.

**Artigo original:** contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, método, resultados, discussão e conclusão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento o "estado da arte" e os objetivos do estudo. O **método** empregado (tipo de estudo), o contexto/população estudada, as fontes de dados e os critérios de seleção amostral, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), a coleta de dados, os processos de análise, entre outros. Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Em pesquisas qualitativas, a descrição do processo de análise deve contemplar o detalhamento dos passos específicos do estudo, não bastando indicar o tipo de análise efetuada. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e do CAAE e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas ilustrações (tabelas, figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo nelas contido. A **discussão, separada dos resultados**, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as recomendações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. As **conclusões** devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências bibliográficas. A extensão total do artigo limita-se a 15 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

**Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, método, resultados da experiência e conclusão. Sua extensão limita-se a 10 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

**Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área de saúde e de enfermagem. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, desenvolvimento da reflexão e conclusão. Sua extensão limita-se a 12 páginas, incluindo resumo e excluindo as referências.

**Revisão: A Texto & Contexto Enfermagem** aceita dois tipos de revisão (sistemática e integrativa). Sua extensão limita-se a 20 páginas incluindo resumo, tabelas, quadros e referências.

**Revisão Sistemática**, com ou sem metanálise, que utiliza um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial e reprodutível; localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos para obter uma visão geral e confiável da estimativa do efeito da intervenção (Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration; 2009).

**Revisão Integrativa**, que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5):546-53). Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões.

## **Normas e instruções para submissão dos manuscritos**

### **Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos**

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

#### **1) Página de identificação**

Deve conter a) título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; b) nome completo de cada autor registro do [ORCID](#), seu título acadêmico mais elevado e afiliação institucional, cidade, estado, país e e-mail; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência; e) Se houver agradecimentos, devem constar nesta página.

Incluir também, informações sobre texto de origem do manuscrito: extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

Na **página de identificação** devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor em sua elaboração. Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#), em que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

**Fontes de financiamento:** informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. A informação deve constar na página de identificação e no sistema ScholarOne.

#### **2) Manuscrito (Documento principal)**

Os manuscritos devem ser preparados 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.

### **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
- Conclusão
- Referências

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**.

**Resumo:** 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. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

**Descritores:** abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

**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*

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no conjunto. Configuradas na 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. Exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

**Tabelas:** devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível

em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- 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.
- 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 notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡.
- 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:** devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

- 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;
- 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 descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

**Figuras:** não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

- 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.
  - devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi)
  - 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

**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.<sup>7</sup>

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, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

**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”.<sup>1:30-31</sup>

**Verbatins:** as citações de pesquisa qualitativa devem estar 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 o (*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.

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.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

**Literatura cinzenta:** devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

**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](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 [National Center for Biotechnology Information](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/central/).

**Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.