

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2021/2022

Elsa Baptista Mendes

Disparidades étnico-culturais
na Perturbação Bipolar Afetiva:
comparando afro-descendentes
e caucasianos / Ethnic-cultural
disparities in Bipolar Affective
Disorder comparing Afro-
descendants and Caucasians

Junho, 2022

FMUP

U. PORTO



**FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

Elsa Baptista Mendes

**Disparidades étnico-culturais
na Perturbação Bipolar Afetiva:
comparando afro-descendentes
e caucasianos / Ethnic-cultural
disparities in Bipolar Affective
Disorder comparing Afro-
descendants and Caucasians**

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria

Tipologia: Monografia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professora Doutora Lia Paula Nogueira Sousa Fernandes

E sob a Coorientação de:
Dra. Lídia Sousa Bom

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Revista de Psiquiatria Clínica

Junho, 2022

FMUP

Eu, Elsa Baptista Mendes, abaixo assinado,
nº mecanográfico 201607352, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em
Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta
integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão,
assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as
frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou
redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 28/06/2022

Assinatura conforme cartão de identificação:

Elsa B. Mendes

NOME

Elsa Baptista Mendes

NÚMERO DE ESTUDANTE

E-MAIL

201607352 elsy9625@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Disparidades étnico-raciais na Pertubação Afetiva Bipolar: Comparando afrodescendentes e Caucasianos

ORIENTADOR

Lis Paula Nogueira Louisa Fernandes

COORIENTADOR (se aplicável)

Lidia Louisa Bom

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	☒

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 28/06/2022

Assinatura conforme cartão de identificação:

Elsa B. Mendes

Dedicatória

Aos meus pais, por me acompanharem de perto ao longo desta caminhada, mesmo estando longe e por todo o sacrifício que fizeram ao longo de todos estes anos. Sem eles não seria possível a concretização deste sonho.

Aos meus irmãos por me apoiarem sempre, principalmente nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, pelos bons momentos criados ao longo destes anos.

Agradeço à minha orientadora Professor Doutora Lia Fernandes e à minha co-orientadora Lídia Sousa, por terem disponibilizado o seu tempo e por todo apoio demonstrado ao longo da elaboração do trabalho.

Disparidades étnico-culturais na Perturbação Afetiva Bipolar: comparando afro-descendentes e caucasianos

Elsa Baptista Mendes ^{1*}, Lúdia Sousa Bom², Lia Fernandes³

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Porto, Portugal.

²Mestrado Integrado em Medicina; Doutoranda do Programa Doutoral em Medicina da FMUP. Assistente Hospitalar de Psiquiatria no Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/ Vila do Conde. Assistente Convidada no Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da FMUP.

³Professora Associada com Agregação da FMUP. Diretora do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da FMUP. Investigadora principal do grupo GeriMHealth CINTESIS@RISE. Assistente Graduada Sénior de Psiquiatria no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto.

*Correspondência: Elsa Baptista Mendes

Email: up20160735@med.up.pt

Tel: 967391520

Morada: Rua Álvaro de Castelões nº769, 4200-047 Porto

ABSTRACT

Bipolar Affective Disorder (BAD) is a recurrent and chronic mood disorder with multifactorial etiology. It is one of the most common psychiatric disorders, being associated with elevated risk of suicide and a high socio-economic burden. Even though was described above about the manifestations, natural history, and treatment of BAD are broadly generalizable, some studies indicate important racial-ethnic differences in the expression of BAD and that they may condition a correct identification and treatment of the disease. The present work aims, through a review of recent literature, to identify and characterize these differences in African descendant ethnic groups in contrast with the Caucasian race. The present work highlights the importance of considering the sociocultural factors that may influence the clinical presentation and therapeutic approach to BAD.

Keywords: bipolar disorder; healthcare disparity; african continental ancestry group; caucasian race.

RESUMO

A Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) é uma perturbação do humor, recorrente e crónica de etiologia multifatorial. É uma das doenças psiquiátricas mais comuns, associando-se a um elevado risco de suicídio e elevado burden-socioeconomico. Apesar do descrito anteriormente sobre as manifestações, história natural e tratamento da PAB serem amplamente generalizáveis, alguns estudos indicam importantes diferenças étnico-raciais na expressão da PAB e que poderão condicionar uma correta identificação e tratamento da doença. O presente trabalho tem como objetivo, através da revisão da literatura recente, identificar e caraterizar estas diferenças nos grupos étnicos Afrodescendentes em contraponto com a raça Caucasiana. O presente trabalho destaca a importância de considerar os fatores socioculturais que podem influenciar na apresentação clínica e na abordagem terapêutica da PAB.

Palavras-chave: *perturbação bipolar; disparidades na saúde; afro-descendentes; caucasianos.*

INTRODUÇÃO

A Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) é uma doença crônica, caracterizada por flutuações do humor e da energia vital, havendo alternância entre episódios depressivos e maníacos/ hipomaníacos ou mistos.[1] Num episódio maníaco, destacam-se como principais sinais/sintomas a elevação persistente do humor, o aumento da energia e da atividade, verborreia, fuga de ideias, elevação de autoestima ou grandiosidade, insônia, irritabilidade ou agressividade, podendo existir sintomas psicóticos, como delírios ou alucinações em casos mais graves. A hipomania é uma forma de apresentação menos grave, com menor impacto funcional e com menor duração, geralmente de poucos dias.[2] Os episódios depressivos caracterizam-se geralmente por uma tristeza profunda, astenia, anedonia, desmotivação, lentificação ou inibição psicomotora, isolamento social e sentimentos de menos valia ou de culpa, por vezes acompanhados de ideação suicida.[2] A coexistência de sintomas típicos dos dois polos (depressivo e maníaco) resulta num episódio misto.

Vários estudos indicam que a prevalência anual da PAB é de aproximadamente 1% (intervalo de 0,5 a 1,1%), sendo a prevalência ao longo da vida ligeiramente superior (1,5-2%). [1, 3] Os episódios maníacos geralmente têm início abrupto e duração entre 2 semanas a 4/5 meses, enquanto os episódios depressivos tendem a durar cerca de 6 meses.[2]

A etiologia exata da PAB é desconhecida, havendo vários fatores que parecem estar envolvidos. Quanto aos fatores genéticos, vários estudos apontam para a existência de alguns polimorfismos genéticos que conferem suscetibilidade para o desenvolvimento da doença.[4] Não foi, no entanto, identificado nenhum gene candidato que pudesse explicar por si só o desenvolvimento da doença. Ainda assim, a PAB tem uma hereditariedade significativa, estimada em cerca de 60 a 85%. [5, 6] Relativamente a alterações estruturais e funcionais a nível cerebral, existem vários estudos que apontam para diferenças no padrão de ativação cerebral e no tamanho de algumas estruturas cerebrais em pessoas com PAB. [7, 8]

Apesar disto, não foram identificadas alterações estruturais patognomónicas ou que façam o diagnóstico da doença.[7]

Fatores ambientais, tais como os conflitos intrafamiliares ou eventos estressantes de vida (perda dos pais, problemas socioeconómicos, abuso sexual na

infância e lesão cerebral) parecem ter também uma contribuição importante na etiologia desta patologia. O consumo abusivo de certas substâncias tóxicas, tais como cocaína, canábis e álcool está também muito associado a esta patologia. [9, 10]

O diagnóstico de PAB é então um diagnóstico clínico, sendo os critérios diagnósticos mais difundidos os definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5 e pela Classificação Internacional das Doenças, 11ª edição (CID-11). Instrumentos como o Questionário de Perturbação de Humor (MQD), podem ser usados para quantificação de risco de PAB.[11] Dentro do espectro da PAB identificam-se os seguintes como os principais diagnósticos clínicos.

Perturbação Bipolar Afetiva Tipo I (PBI): De acordo com o DMS-5, a PB I é definida pela presença de pelo menos um episódio maníaco, precedido ou não de episódios depressivos ou hipomaniacos. A PB I parece ser ligeiramente mais comum nos homens, que apresentam em média um maior número de episódios maníacos, ao contrário das mulheres, que exibem uma maior frequência de episódios depressivos e mistos durante a vida. A prevalência anual da PB I é de cerca de 0,3%. [2]

Perturbação Bipolar Afetiva Tipo II (PBII): é definida pela presença de episódios depressivos e episódios hipomaniacos, mas sem episódios maníacos evidentes. [2]

Perturbação Ciclotímica ou Ciclotimia: É definida por vários períodos onde estão presentes sintomas de hipomania e vários períodos onde estão presentes sintomas de depressão, com a duração de pelo menos 2 anos. No entanto, os episódios depressivos e de mania não preenchem os critérios requeridos para o diagnóstico para a perturbação bipolar. [2]

Perturbações bipolares induzidas por substância ou medicação: Ocorrem devido aos efeitos fisiológicos de um fármaco, outros tratamentos somáticos para depressão, drogas de abuso ou exposição a toxinas. Os sintomas maníacos, com ou sem sintomas depressivos, ocorrem durante ou logo depois de intoxicação ou abstinência da substância, ou após a exposição ao medicamento. [2]

Perturbações bipolares devidas a outra condição médica: Cursa com sintomas semelhantes aos da PAB, como por exemplo elevação do humor e aumento da energia, mas há evidências da história clínica, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de uma outra condição médica. [2]

Outras perturbações bipolares ou relacionadas especificadas: Perturbações com características bipolares que não se enquadram nas categorias anteriores e onde importa assinalar a razão pela sua especificidade. Como por exemplo: episódios hipomaniacos de duração insuficiente (2 a 3 dias) com episódios depressivos, episódios hipomaniacos com sintomas insuficientes e episódios depressivos, episódio hipomaniaco sem episódio depressivo prévio e ciclotimia de duração insuficiente (duração menor de dois anos).[2]

Outras perturbações do humor sem outra especificação: Perturbações com sintomas do humor, que não preenchem os critérios de nenhuma perturbação de humor específica, como definida anteriormente.

O diagnóstico de PAB ocorre geralmente entre os 18 e os 30 anos de idade, não havendo evidência robusta de diferença entre sexos.[11]

Geralmente o primeiro episódio afetivo é depressivo, de início precoce e com sintomas graves, com má resposta à terapêutica farmacológica. [12]

Esta é uma doença crónica, que evolui por surtos, com tendência a uma deterioração cognitiva, com predomínio de défice nos domínios cognitivos sob a dependência do lobo frontal.[13]

Como principais fatores de mau prognóstico são apontados história de abuso na infância, abuso de substâncias, presença de sintomas psicóticos e sintomas depressivos graves, sexo masculino, idade de início precoce, vinte ou mais episódios afetivos prévios e ciclos rápidos (ocorrência de quatro ou mais episódios de mania, hipomania ou depressão dentro de um período de 12 meses).[14] Relativamente a fatores de bom prognóstico da doença, há a salientar a melhor adesão à terapêutica, insight para doença, rotinas de vida saudáveis, a presença de um bom suporte social e familiar e ausência da história familiar. [2, 15-17]

Esta doença causa assim um enorme *burden* social e económico e associa-se também a uma taxa de suicídio cerca de 10 a 30 vezes superior à da população em geral. Cerca de 4-19% destes doentes cometem suicídio e entre 20 a 60% têm pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida. [18, 19] O seu tratamento deve compreender uma abordagem bio-psico-social, assentando o tratamento biológico em fármacos estabilizadores do humor (como o valproato de sódio e o lítio), antipsicóticos e, em algumas ocasiões, fármacos antidepressivos, cuja instituição deve ser muito

bem ponderada e monitorizada, pelo risco de viragem maníaca. [11] A intervenção psico-social, por sua vez, inclui psicoeducação, psicoterapia (como a terapia cognitiva-comportamental, terapia interpessoal e de ritmo social, terapia familiar e conjugal) e um apoio social para garantir um bom enquadramento socio-profissional. [11]

Apesar do descrito anteriormente sobre as manifestações, história natural e tratamento da PAB serem amplamente generalizáveis, alguns estudos indicam importantes diferenças étnico raciais na expressão da PAB e que poderão condicionar uma correta identificação e tratamento da doença. Deste modo, pretende-se com esta revisão narrativa identificar e caraterizar estas diferenças entre grupos étnicos de Afrodescendentes e da raça Caucasiana, nomeadamente quanto à apresentação clínica, diagnóstico, terapêutica e taxas de suicídio.

MÉTODOS

Para esta revisão narrativa foi realizada uma pesquisa bibliográfica no motor de busca PubMed, considerando-se artigos originais, de revisão ou meta-análises, sobre as disparidades étnico-raciais relativamente às manifestações clínicas, diagnóstico e abordagens terapêuticas da PAB. Foi considerado o limite temporal de publicação desde o início do ano 1999 até à data de 18 de março de 2022 e foram utilizadas na pesquisa, em inglês, os seguintes termos *MeSH*: bipolar disorder; healthcare disparity; african continental ancestry group; caucasian race. A seleção primordial foi efetuada com base na leitura do título e resumo, seguindo-se a leitura integral dos artigos selecionados. Foram excluídos os artigos escritos em outras línguas que não Inglês ou Português. Foi feita ainda uma análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos nesta revisão.

RESULTADOS

Com base na análise da literatura encontrada nesta pesquisa, identificaram-se os seguintes pontos de interesse, no que diz respeito a diferenças transculturais da PAB nos grupos étnicos de Afrodescendentes por contraposição à raça Caucasiana.

Diferenças na idade de início

Segundo Javiad et al, a etnicidade não parece ter impacto significativo na idade de início da perturbação bipolar.[3] No que concerne aos grupos étnicos de interesse, existem estudos em particular que sugerem não haver diferenças significativas quanto à idade de início da PAB. Salienta-se o estudo de Perron *et al.* que estima a idade média de aparecimento do primeiro episódio maníaco em afro-americanos e caucasianos diagnosticados com PAB I em cerca de 25,5 anos (IC 95% 24,6–26,3), não havendo diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0,285$). [19]

Diferenças na apresentação de sintomatologia

Foram reportadas diferenças étnico-culturais significativas, na sintomatologia de apresentação da PAB. Os doentes bipolares negros parecem ser mais propensos a apresentar episódios maníacos quando comparados com os doentes caucasianos. [20, 21] Existe ainda evidência de que os afro-americanos aparentam apresentar sintomas psicóticos e maníacos mais severos, tais como delírios persecutórios, delírios de influência e alucinações auditivas. [22]

Um estudo de 2006, avaliando as apresentações clínicas em 78 adolescentes com PAB (17 afro-americanos e 61 caucasianos) relatou que os doentes afro-americanos apresentavam mais frequentemente irritabilidade e alteração do conteúdo do pensamento. [20] Adicionalmente os autores deste estudo reportavam que os adolescentes afro-americanos eram mais propensos a desenvolver sintomas psicóticos, tais como delírios de grandiosidade e de temática religiosa/mística e alucinações auditivas. Similarmente num estudo do Reino Unido, foi reportado que, quando comparados com caucasianos, os africanos-caribenhos e africanos eram menos propensos a apresentarem sintomas depressivos antes do início do primeiro episódio maníaco, mostrando mais frequentemente sintomas maníacos ou psicóticos.[22] Ainda neste estudo de coorte retrospectivo, foi observado que os grupos

dos veteranos de guerra das minorias (afro-americanos e hispânicos) apresentavam sintomas psicóticos mais severos, comparativamente com os veteranos caucasianos, o que poderá ser justificado pelo uso de substâncias psicoativas, dificuldade no acesso a cuidados de saúde, crenças culturais que desvalorizam a medicina tradicional ou ainda pior estado de saúde prévio. [21]

Apesar das evidências de que os doentes bipolares afro-americanos apresentam mais comumente sintomas maníacos, quando comparados com doentes caucasianos, os primeiros parecem desvalorizar frequentemente estes sintomas tais como a elação de humor. [24] Contudo, os sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, parecem ser mais valorizados entre os participantes afro-americanos, em comparação com os caucasianos. Segundo Do et al., a hipomania é mais frequente nos afro-americanos (0,9%) do que nos caucasianos não hispânicos (0,5 %) ou outros grupos étnico-culturais (0,7%).[25] Apesar de todas as evidências acima mencionadas, a razão para estas disparidades na apresentação clínica, continua pouco compreendida.

Diferenças no diagnóstico

O diagnóstico diferencial de PAB com Esquizofrenia é por vezes difícil, apesar de crucial para um adequado tratamento e consequente melhoria do prognóstico.[21] Há evidência na literatura de um potencial sobrediagnóstico de Esquizofrenia nos afro-descendentes/afro-americanos quando comparados com a população caucasiana.[26]

Pensa-se que esta diferença na frequência de diagnósticos reportados de Esquizofrenia se deva a erros no diagnóstico e não a uma real disparidade de prevalência. Alguns estudos apontam como principal razão do sobrediagnóstico de Esquizofrenia o facto dos doentes afroamericanos apresentarem mais sintomas psicóticos quando comparado com caucasianos.

Estudos indicam que doentes hispânicos e afro-americanos apresentam uma taxa superior de perturbação do espectro da esquizofrenia, menos diagnosticados quando comparados com caucasianos com a perturbação bipolar. [27, 28] Por outro lado, os doentes caucasianos apresentavam uma taxa superior de perturbação

esquizoafetiva em comparação com os caucasianos. Ainda há evidência de que doentes caucasianos apresentam tendencialmente mais história familiar. [27]

Diferenças no tratamento

Num coorte prospetivo de doentes bipolares dos EUA, foi observado que os afro-americanos relataram significativamente menor uso de lítio (afro-americanos 52,5% vs. caucasianos 74,2%, $p < 0,0001$) ou anticonvulsivantes estabilizadores de humor (afroamericanos 69,4% vs. caucasianos 79,8%, $p = 0,0003$) ao longo da vida. Contudo, no que respeita ao uso de antipsicóticos atípicos (afro-americanos 78,6% versus caucasianos 72,9%, $p = 0,05$) ou típicos de alta potência (haloperidol e flufenazina) verificou-se o inverso. [24] Similarmente, os autores deste estudo longitudinal de 2009, avaliaram as disparidades raciais/étnicas no uso de medicamentos anti-maníacos em doentes com PBI. Quando comparados com doentes caucasianos, os doentes afro-americanos eram menos propensos a receber prescrição médica com estabilizadores de humor (afroamericanos 40% vs. caucasianos 58%). Porém, não foram observadas diferenças na prescrição de antipsicóticos em monoterapia.[29] Os doentes afro-americanos e latinos parecem ser menos propensos a receber qualquer estabilizador de humor ou antipsicótico.[30]

Num estudo retrospectivo realizado nos EUA em 2005, com doentes diagnosticados com PABI, verificou-se que, quando comparados com doentes caucasianos, os afro-americanos eram menos propensos a terem consultas de seguimento no ambulatório dentro de 90 dias após o diagnóstico. Contudo, não foi verificada diferença étnica quanto à prescrição de estabilizadores de humor, ao contrário do que é relatado noutros estudos. [24,29,30] Também não foi observada diferença quanto aos cuidados/consulta após a alta hospitalar. [31] Segundo Degenhardt, E.K., et al., não houve diferença na dosagem ou no *outcome* entre doentes afro-americanos e caucasianos quanto ao uso de olanzapina para tratamento de mania. Porém, verificou-se que os doentes afro-americanos eram mais propensos a ter interrupção precoce do tratamento. [32]

Num estudo de coorte recentemente realizado em Inglaterra, foi reportado que, quando comparado com doentes caucasianos, os africanos eram menos propensos a receber uma única sessão de terapia comportamental e cognitiva e que afro-

caribenhos eram menos propensos a receber um mínimo de 16 sessões de terapia comportamental e cognitiva (OR=0,83, IC 95% 0,71 a 0,98; p=0,03). [33] Ainda neste estudo, os autores concluíram que, no internamento, os doentes africanos e afro-caribenhos eram significativamente menos propensos a receber terapia comportamental e cognitiva do que doentes caucasianos.

Adesão terapêutica

Segundo Zeber et al, os doentes afro-americanos com PAB relataram significativamente mais dias sem toma da medicação e mais barreiras de adesão do que os doentes caucasianos.[34] Num ensaio clínico randomizado com 283 participantes com PAB, foi reportado que a descontinuação precoce do lítio foi mais frequente em caucasianos do que em afro-americanos (37% vs. 21%). Adicionalmente, no grupo de doentes medicados com lítio, os afro-americanos tiveram uma melhoria superior dos sintomas depressivos e uma melhor qualidade de vida quando comparados com doentes caucasianos.[35] Para além disso, num estudo de coorte de 2011 dos EUA, houve uma diferença significativa nas taxas de descontinuação de olanzapina entre doentes afro-americanos e caucasianos (41,5% vs. 25,3%, p=0,03). Contudo, não houve diferença significativa no tempo desde início da terapêutica até a interrupção do mesmo.[32] Os motivos para a descontinuação foram semelhantes entre afro-americanos e caucasianos, centrando-se essencialmente na reduzida resposta medicamentosa e na decisão do doente, sem justificação clínica.

Diferenças na taxa de suicídio

Dois estudos de referência realizados nos EUA em 2015 e 2021 reportaram que afro-americanos são menos propensos a relatar tentativa de suicídio quando comparados com caucasianos. [35, 36] Os africanos e afrocaribenhos, também parecem ser menos propensos a ter ideação suicida.[23]

DISCUSSÃO

A evidência disponível sugere que a maior parte dos afro-descendentes são mais frequentemente diagnosticados com esquizofrenia e menos frequentemente com perturbações de humor, em comparação com caucasianos.

Além disso, recebem tratamento adequado com menor frequência do que a população em geral. As falhas nos diagnósticos, observadas em doentes pertencentes a minorias culturais, podem conduzir a atraso ou omissão da terapêutica adequada, resultando num pior prognóstico destes doentes e cursando com importantes implicações para a saúde pública.

Vários outros fatores, sobretudo socioeconómicos e culturais contribuem também para estas disparidades nas minorias étnicas. Nomeadamente, os custos de saúde, o estigma cultural de doenças mentais, as convicções religiosas, a falta de confiança nos profissionais de saúde, a barreira cultural e/ou linguística entre profissionais de saúde e doentes, a baixa acessibilidade a cuidados de saúde especializados, o baixo nível educacional, entre outros, podem contribuir de forma decisiva para estas diferenças encontradas. Muito particularmente, tornam-se determinantes as diferenças socioeconómicas, como se aponta nos dados estatísticos de *Affordable Care Act (ACA)*, em que cerca de 11,8% dos negros americanos não tinham seguro de saúde em 2020, e de acordo com os dados de *Statista Research Department* os afro-americanos tiveram a maior taxa de pobreza, estimada em cerca 19,5%, quando comparado com latinos (17%) e caucasianos (8,2%).

Considera-se também que a **diversidade cultural nos cuidados de saúde** é essencial, uma vez que a cultura pode influenciar o modo como o doente perceciona a própria doença. Para além disso, os profissionais de saúde frequentemente não identificam nem compreendem as diferenças socioculturais destas minorias, havendo maior probabilidade de erro (por exemplo, na correta identificação e valorização dos sintomas, no diagnóstico, tratamento e definição de prognóstico). Os doentes tendencialmente preferem comunicar os seus problemas a pessoas que tenham vivências semelhantes, por forma a sentirem-se mais compreendidos e validados. A título de exemplo, os doentes afro-americanos parecem valorizar mais os sintomas físicos, em detrimento de sintomas mentais, recorrendo com frequência ao abuso de substâncias para encobrir estas doenças mentais. Tendencialmente, têm receio de

comunicar aos seus familiares e pessoas das suas comunidades os seus sintomas mentais, pelo facto destas doenças mentais serem vistas como sinal de fraqueza.

A literatura sugere que os afro-americanos são muito mais propensos a procurar na religião um mecanismo de lidar com a sua doença mental, confiando mais na sua comunidade do que nos profissionais de saúde mental. A prática de matrizes africanas em algumas comunidades afro-americanas como por exemplo *Vodu e Hodu*, podem implicar negativamente na aceitação e compreensão de doenças mentais por parte de indivíduos destas comunidades. O facto destes indivíduos acreditarem mais nos seus *curandeiros e na magia* para tratamento dos problemas mentais, pode dificultar a procura dos profissionais de saúde adequados.

CONCLUSÃO

Esta revisão reúne várias pesquisas que detalham as disparidades étnico-raciais na apresentação clínica e diagnóstico de perturbação bipolar. Quando comparados com caucasianos, os afro-descendentes com diagnóstico de PAB tendem a apresentar mais sintomas maníacos e psicóticos, estes últimos sendo mais severos nos afro-americanos. Por outro lado, os afro-americanos são menos propensos a apresentarem ideação suicida, enquanto os caucasianos relatam mais sintomas depressivos. As evidências encontradas sugerem que os afro-americanos são geralmente sobrediagnosticados com esquizofrenia e subdiagnosticados com perturbações bipolar e esquizoafetiva, quando comparados com caucasianos. Consequentemente, os afroamericanos com PAB tendem a receber tratamentos inadequados, sendo menos propensos a receber prescrição com fármacos antimaníacos (por exemplo, o lítio) e menos tratados com psicoterapia como a cognitivo-comportamental.

Apesar da evidência encontrada, existem ainda poucos estudos sobre doenças mentais realizados em minorias étnicas, como os afro-americanos/afro-caribenhos o que prejudica uma adequada abordagem destas doenças nessas populações. De futuro, seria importante a inclusão dos fatores socioculturais, que podem influenciar a apresentação clínica e a abordagem terapêutica da PAB, nas classificações internacionais de doenças como o DSM-5 e a ICD-11, assim como garantir a maior equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde destas minorias.

REFERÊNCIAS

1. Pini, S., et al., Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005. 15(4): p. 425-34.
2. American Psychiatric Association (APA).
3. Javaid, N., J.L. Kennedy, and V. De Luca, Ethnicity and age at onset in bipolar spectrum disorders. *CNS Spectr*, 2011. 16(6): p. 127-34.
4. Bipolar, D., et al., Genomic Dissection of Bipolar Disorder and Schizophrenia, Including 28 Subphenotypes. *Cell*, 2018. 173(7): p. 1705-1715 e16.
5. Maier, W., et al., Genetic models of schizophrenia and bipolar disorder: overlapping inheritance or discrete genotypes? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2005. 255(3): p. 159-66.
6. Ozdemir, O., et al., Family History in Patients with Bipolar Disorder. *Noro Psikiyatr Ars*, 2016. 53(3): p. 276-279.
7. Hibar, D.P., et al., Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group *Mol Psychiatry*, 2018. 23(4): p. 932-942.
8. Janssen, J., et al., Cortical morphology of adolescents with bipolar disorder and with schizophrenia. *Schizophr Res*, 2014. 158(1-3): p. 91-9.
9. Marangoni, C., M. Hernandez, and G.L. Faedda, The role of environmental exposures as risk factors for bipolar disorder: A systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord*, 2016. 193: p. 165-74.
10. Mortensen, P.B., et al., Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders in Denmark. *Arch Gen Psychiatry*, 2003. 60(12): p. 1209-15.
11. Yatham, L.N., et al., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2018. 20(2): p. 97-170.
12. Baldessarini, R.J., L. Tondo, and C. Visioli, First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand*, 2014. 129(5): p. 383-92.
13. Borges, S.Q., et al., Cognitive impairment in bipolar disorder Neuroprogression or behavioral variant frontotemporal dementia? *Dement Neuropsychol*, 2019.

13(4): p. 475-480.

14. Post, R.M., et al., Illness progression as a function of independent and accumulating poor prognosis factors in outpatients with bipolar disorder in the United States. *Prim Care Companion CNS Disord*, 2014. 16(6).
15. Berk, M., K.T. Hallam, and P.D. McGorry, The potential utility of a staging model as a course specifier: a bipolar disorder perspective. *J Affect Disord*, 2007. 100(1-3): p. 279-81.
16. Melo, M.C., et al., Exercise in bipolar patients: A systematic review. *J Affect Disord*, 2016. 198: p. 32-8.
17. Ghaemi, S.N., E. Boiman, and F.K. Goodwin, Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2000. 41(3): p. 167-171.
18. Rihmer, Z., X. Gonda, and P. Döme, The assessment and management of suicide risk in bipolar disorder, in *The treatment of bipolar disorder: Integrative clinical strategies and future directions*. 2017, Oxford University Press: New York, NY, US. p. 207-224.
19. Perron, B.E., et al., Racial/Ethnic group differences in bipolar symptomatology in a community sample of persons with bipolar I disorder *J Nerv Ment Dis*, 2010. 198(1): p. 16-21.
20. Patel, N.C., M.P. Delbello, and S.M. Strakowski, Ethnic differences in symptom presentation of youths with bipolar disorder *Bipolar Disord*, 2006. 8(1): p. 95-99.
21. Blow, F.C., et al., Ethnicity and diagnostic patterns in veterans with psychoses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004. 39: p. 841-851.
22. Kennedy, N., et al., Ethnic differences in first clinical presentation of bipolar disorder: results from an epidemiological study. *J Affect Disord*, 2004. 83(2-3): p. 161-8.
23. Kirov, G. and R.M. Murray, Ethnic differences in the presentation of bipolar affective disorder. *European Psychiatry*, 2020. 14(4): p. 199-204.
24. Akinhanmi, M., et al., Decreased core symptoms of mania and utilization of lithium/mood stabilizing anticonvulsants in U.S. bipolar I patients of African vs European ancestry. 2020. 260: p. 361-365.

25. Do, E.K. and B. Mezuk, Comorbidity between hypomania and substance use disorders *J Affect Disord*, 2013. 150(3): p. 974-80.
26. Gara, M.A., et al., Influence of patient race and ethnicity on clinical assessment in patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 2012. 69(6): p. 593-600.
27. Choi, M.R., et al., The Effects of Sociodemographic Factors on Psychiatric Diagnosis. *Psychiatry Investig*, 2012. 9(3): p. 199-208.
28. Minsky, S., et al., Diagnostic patterns in Latino, African American, and European American psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 2003. 60(6): p. 637-44.
29. Busch, A.B., et al., Longitudinal racial/ethnic disparities in antimanic medication use in bipolar-I disorder. *Med Care*, 2009. 47(12): p. 1217-28.
30. Depp, C., et al., Trends in use of antipsychotics and mood stabilizers among Medicaid beneficiaries with bipolar disorder, 2001-2004. *Psychiatr Serv*, 2008. 59(10): p. 1169-74.
31. Kilbourne, A.M., et al., Racial differences in the treatment of veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 2005. 56(12): p. 1549-55.
32. Degenhardt, E.K., et al., Relationship between African-American or Caucasian origin and outcomes in the olanzapine treatment of acute mania: a pooled analysis of three adult studies conducted in the United States of America. *Int Clin Psychopharmacol*, 2011. 26(3): p. 141-5.
33. Morris, R.M., et al., Ethnicity and impact on the receipt of cognitive-behavioural therapy in people with psychosis or bipolar disorder: an English cohort study. *BMJ Open*, 2020. 10(12): p. e034913.
34. Zeber, J.E., et al., Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 2008. 107(1-3): p. 53-62.
35. Gonzalez Arnold, J., et al., An exploratory study of responses to low-dose lithium in African Americans and Hispanics. *J Affect Disord*, 2015. 178: p. 224–228.
36. Carter, S.P., et al., Suicide Attempts Among Racial and Ethnic Groups in a Nationally Representative Sample. *J Racial Ethn Health Disparities*, 2021.

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

1) Justification of the article's importance for the readership

- The importance is not justified. _____ 0
The importance is alluded to, but not explicitly justified. _____ 1
The importance is explicitly justified. _____ 2

2

2) Statement of concrete aims or formulation of questions

- No aims or questions are formulated. _____ 0
Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions. _____ 1
One or more concrete aims or questions are formulated. _____ 2

2

3) Description of the literature search

- The search strategy is not presented. _____ 0
The literature search is described briefly. _____ 1
The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria. _____ 2

2

4) Referencing

- Key statements are not supported by references. _____ 0
The referencing of key statements is inconsistent. _____ 1
Key statements are supported by references. _____ 2

2

5) Scientific reasoning

(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)

- The article's point is not based on appropriate arguments. _____ 0
Appropriate evidence is introduced selectively. _____ 1
Appropriate evidence is generally present. _____ 2

2

6) Appropriate presentation of data

(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)

- Data are presented inadequately. _____ 0
Data are often not presented in the most appropriate way. _____ 1
Relevant outcome data are generally presented appropriately. _____ 2

2

Sumscore

12

Fig. 1 SANRA - Scale

SANRA – explanations and instructions

This scale is intended to help editors assess the quality of a narrative review article based on formal criteria accessible to the reader. It cannot cover other elements of editorial decision making such as degree of originality, topicality, conflicts of interest or the plausibility, correctness or completeness of the content itself. SANRA is an instrument for editors, authors, and reviewers evaluating individual manuscripts. It may also help editors to document average manuscript quality within their journal and researchers to document the manuscript quality, for example in peer review research. Using only three scoring options, 0, 1 and 2, SANRA is intended to provide a swift and pragmatic sum score for quality, for everyday use with real manuscripts, in a field where established quality standards have previously been lacking. It is not designed as an exact measurement of the quality of all theoretically possible manuscripts. For this reason, the extreme values (0 and 2) should be used relatively freely and not reserved only for perfect or hopeless articles.

We recommend that users test-rate a few manuscripts to familiarize themselves with the scale, before using it on the intended group of manuscripts. Ratings should assess the totality of a manuscript, including the abstract. The following comments clarify how each question is designed to be used.

Item 1 – Justification of the article's importance for the readership

Justification of importance for the readership must be seen in the context of each journal's readership.

Consider how well the manuscript outlines the clinical problem and highlights unanswered questions or evidence gaps – thoroughly (2), superficially (1), or not at all (0).

Item 2 – Statement of concrete/specific aims or formulation of questions

A good paper will propose one or more specific aims or questions which will be dealt with or topics which will be reviewed.

Please rate whether this has been done thoroughly and clearly (2), vaguely or unclearly (1), or not at all (0).

Item 3 – Description of the literature search

A convincing narrative review will be transparent about the sources of information on which the text is based. Please rate the degree to which you think this has been achieved. To achieve a rating of 2, it is not necessary to describe the literature search in as much detail as for a systematic review (searching multiple databases, including exact descriptions of search history, flowcharts, etc.), but it is necessary to specify search terms, and the types of literature included. A manuscript which only refers briefly to its literature search would score 1, while one not mentioning its methods would score 0.

Item 4 – Referencing

No manuscript references all statements. However, those that are essential for the arguments of the manuscript – “key statements” – should be backed by references in all or almost all cases. Exceptions could reasonably be made for rating purposes where a key statement has uncontroversial face-validity, such as “Diabetes is among the commonest causes of chronic morbidity worldwide.”

Please rate the completeness of referencing: for most or all relevant key statements (2), inconsistently (1), sporadically (0).

Item 5 – Scientific reasoning

The item describes the quality of the scientific point made. A convincing narrative review presents evidence for key arguments.

It should mention study design (randomized controlled trial, qualitative study, etc), and where available, levels of evidence.

Please rate whether you feel this has been done thoroughly (2), superficially (1), or hardly at all (0). Unlike item 6, which is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data, this item relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments.

Item 6 – Appropriate presentation of data:

This item describes the correct presentation of data central to the article's argument. Which data are considered relevant varies from field to field. In some areas relevant data would be absolute rather than relative risks or clinical versus surrogate or intermediate end-points. These outcomes must be presented correctly. For example, it is appropriate that effect sizes are accompanied by confidence intervals. Please rate how far the paper achieves this – thoroughly (2), partially (1), or hardly at all (0). Unlike item 5, which relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments, this item is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data.

Fig. 2 SANRA—explanations and instructions document

1. “Apesar do descrito anteriormente sobre as manifestações, história natural e tratamento da PAB serem amplamente generalizáveis, alguns estudos indicam importantes diferenças étnico raciais na expressão da PAB e que poderão condicionar uma correta identificação e tratamento da doença. Deste modo, pretende-se com esta revisão narrativa identificar e caraterizar estas diferenças entre grupos étnicos Afro-descentes e Caucasianos.” **-Página 7**
2. “Pretende-se com esta revisão narrativa identificar e caraterizar estas diferenças entre grupos étnicos Afro-descentes e Caucasianos.” **Página 7**
3. “Para esta revisão narrativa foi realizada uma pesquisa bibliográfica no motor de busca PubMed, considerando-se artigos originais, de revisão ou meta-análises, sobre as disparidades étnico-raciais relativamente às manifestações e abordagens terapêuticas da PAB. Foi considerado o limite temporal de publicação desde o início do ano 1999 até à data de 18 de março de 2022 e foram utilizadas na pesquisa, em inglês, os seguintes termos *MeSH*: bipolar disorder; healthcare disparity; african continental ancestry group; caucasian race.” **-Página 7**
4. “Dois estudos de referência realizados nos EUA em 2015 e 2021 reportaram que afro-americanos são menos propensos a relatar tentativa de suicídio quando comparados com caucasianos.” **-Página 10**
5. “Num ensaio clínico randomizado com 283 participantes com PAB, foi reportado que a descontinuação precoce do lítio foi mais frequente em caucasianos do que em afro-americanos (21% versus 37%).” **-Página 11**
6. “Num estudo de coorte recentemente realizado em Inglaterra, foi reportado que, quando comparado com doentes caucasianos, os doentes africanos eram menos propensos a receber uma única sessão de terapia comportamental e cognitiva e que afro-caribenhos eram menos propensos a receber um mínimo de 16 sessões de terapia comportamental e cognitiva (OR 0,83, IC 95% 0,71 a 0,98, $p=0,03$).” **-Página 11**

NORMAS DE REVISTA PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (RPPSM)



1. OBJETIVOS E ÂMBITO

A Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (RPPSM) é a revista científica da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental que foi criada em 1989.

É uma revista com arbitragem científica (*peer review*) que publica com periodicidade trimestral em *open access* trabalhos de investigação básica, translacional e clínica, revisões, casos clínicos, editoriais, cartas ao editor, assim como artigos de educação e perspetiva, de todas as áreas da psiquiatria. Estudos epidemiológicos e baseados na comunidade, com foco em questões de saúde mental, também são bem-vindos.

O público-alvo da revista são profissionais interessados em saúde mental, incluindo psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas e enfermeiros psiquiátricos.

a. Razões para publicação com RPPSM:

- Rapidez: Oferece publicação rápida, mantendo uma rigorosa revisão por pares;
- Qualidade: Comprometida com os mais altos padrões de revisão por pares;
- Indexada no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP);
- Indexada em IndexRMP;
- Acesso Livre - visibilidade máxima;
- Sem quaisquer encargos de publicação.

2. LIBERDADE EDITORIAL

A RPPSM adota a definição de liberdade editorial do ICMJE descrita pela World Association of Medical Editors, que afirma que o editor-chefe assume completa autoridade sobre o conteúdo editorial da revista. A Sociedade Portuguesa de RPPSM, enquanto proprietária da RPPSM, não interfere no processo de avaliação, seleção, programação ou edição de qualquer manuscrito, tendo Editor-Chefe total independência editorial.

3. COPYRIGHT E DIREITOS DOS AUTORES

Todos os artigos publicados na RPPSM são de acesso aberto e cumprem os requisitos das agências de financiamento ou instituições académicas. Relativamente à utilização por terceiros a RPPSM rege-se pelos termos da licença Creative Commons 'Atribuição – Uso Não-Comercial – (cc-by-nc)'. É da responsabilidade do autor obter permissão para reproduzir figuras, tabelas, etc. de outras publicações.

Após a aceitação de um artigo, os autores serão convidados a preencher uma "Declaração de Responsabilidade Autoral e Autorização de Publicação" (<https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/libraryFiles/downloadPublic/6>) e a "Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse" (<https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/libraryFiles/downloadPublic/5>). Será enviado um *e-mail* ao autor correspondente, confirmando a receção do manuscrito.

Os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados e de acordo com a licença *Creative Commons*.

4. CUSTOS DE PUBLICAÇÃO

Não há taxa de processamento de artigo (não tem taxas de submissão nem de publicação).

5. ORCID

A RPPSM exige os IDs ORCID para o autor correspondente; também é sugerido que os co-autores indiquem os seus IDs ORCID. Acreditamos fortemente que o aumento do uso e integração de IDs de ORCID será benéfico para toda a comunidade científica.

Para obter mais informações e para se registar, visite ORCID.org ([https://orcid.org](https://orcid.org/content/collect-connect) (<https://orcid.org/content/collect-connect>))

6. CRITÉRIOS DE AUTORIA E FORMULÁRIO DE AUTORIA

A RPPSM segue as diretrizes sobre autoria estabelecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors na Declaração sobre Autoria e Contribuição.

(<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>)

a. Declaração das contribuições individuais assinada por cada autor

Todos aqueles designados como autores devem cumprir os quatro critérios para autoria, em baixo Indicados e todos aqueles que cumprem os quatro critérios devem ser identificados como autores.

Os colaboradores que não cumpram os quatro critérios para autoria mas que tenham Contribuído para o estudo ou manuscrito, deverão ser reconhecidos na seção de Agradecimentos, especificando o seu contributo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados ou supervisão geral por si só não constituem Autoria.

Cada manuscrito deve ter um "Autor Correspondente". O autor correspondente deverá obter permissão por escrito de todos aqueles que forem mencionados nos agradecimentos.

b. Autores são aqueles que:

- 1) Têm uma contribuição intelectual substancial, direta, no desenho e elaboração do artigo;
- 2) Participam na análise e interpretação dos dados;
- 3) Participam na redação do manuscrito, revisão de versões e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final;
- 4) Concordam que são responsáveis pela exatidão e integridade de todo o trabalho.

Quando um grande grupo multicêntrico conduz o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem atender plenamente aos critérios de autoria. A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam a autoria.

7. ALTERAÇÕES NA AUTORIA

É responsabilidade do autor correspondente garantir que a lista de autores esteja correta, tanto no formulário de submissão *online* e no texto submetido. Qualquer alteração na lista de autores, incluindo a remoção ou adição de qualquer autores, entre a submissão inicial e a aceitação exigirão a concordância por escrito de todos autores, caso o manuscrito esteja a ser avaliado para publicação. Os novos autores também devem confirmar que cumprem integralmente com os critérios de autoria da RPPSM. Mudanças na autoria (adição ou remoção) não serão permitidas após aceitação do manuscrito para publicação.

8. AGRADECIMENTOS

Todos os colaboradores que não atendem aos critérios de autoria devem ser listados numa seção de Agradecimentos. Exemplos de pessoas que podem ser reconhecidas incluem: quem forneceu ajuda puramente técnica ou um chefe de departamento que forneceu apenas apoio geral.

9. APOIO NA ESCRITA

Indivíduos que forneceram assistência para redação, por exemplo de empresa de comunicação especializada, não se qualificam como autores e, portanto, devem ser incluídos na seção Agradecimentos.

Os autores devem divulgar qualquer ajuda por escrito - incluindo o nome do indivíduo, empresa e nível de entrada - e identificar a entidade que financiou essa ajuda.

Não é necessário divulgar o uso de serviços de polimento de linguagem.

10. AUTOR CORRESPONDENTE

O autor correspondente funcionará em nome de todos os coautores como o correspondente preferencial com a equipa editorial durante o processo de submissão e revisão. Qualquer autor pode ser o autor correspondente mas apenas um autor pode ser o autor correspondente.

a. Papel do autor correspondente:

- Garante o cumprimento dos requisitos de submissão e submete o manuscrito à revista
- Garante que todos os autores reviram e aprovaram a versão final do manuscrito antes da submissão
- Garante o preenchimento dos formulários de autoria - isso inclui formulários de conflitos de interesse para todos os autores

- Distribui cartas de decisão, comentários de revisores e outras mensagens da RPPSM, e distribui provas entre os coautores para revisão
- Envia correções e garante que todos os autores aprovam cada versão do artigo

11. COVER LETTER

Escreva uma carta explicando por que o Editor gostaria de publicar seu manuscrito. Todas as cartas de apresentação devem conter estas frases:

- Confirmamos que este manuscrito não foi publicado em nenhum outro lugar e não está sendo considerado por outra revista.
- Todos os autores aprovaram o manuscrito e concordam com sua submissão à RPPSM.

12. CONFLITO DE INTERESSE E FONTES DE FINANCIAMENTO

Todos os participantes do processo de revisão por pares e publicação - não apenas autores, mas também revisores, editores e membros do conselho editorial da RPPSM - devem considerar seus conflitos de interesse ao cumprir suas funções no processo de revisão e publicação do artigo e devem divulgar todos relacionamentos que possam ser vistos como potenciais conflitos de interesse.

O rigor e a exatidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores.

Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho. Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse. Todos os autores devem completar e submeter o modelo de Declaração de Conflitos de Interesse (*ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest*), disponível em <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>. Seguindo as diretrizes do ICMJE, as definições e termos de tais divulgações incluem:

Quaisquer potenciais conflitos de interesse “envolvendo o trabalho em consideração para publicação” (durante o tempo que envolve o trabalho, desde a conceção inicial e planeamento até a apresentação),

Quaisquer “atividades financeiras relevantes fora do trabalho submetido” (durante os 3 anos anteriores à apresentação), e quaisquer “outros relacionamentos ou atividades que os leitores possam perceber como tendo influenciado, ou que deem a aparência de influenciar potencialmente” o que está escrito no trabalho enviado (com base em todos os relacionamentos que estiveram presentes durante os 3 anos anteriores ao envio).

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos revisores e não influenciará a decisão editorial, mas será publicada se o artigo for aceite. Se não existirem conflitos, os autores devem mencionar esse facto. Exemplos de declarações:

- Os autores declaram não haver conflitos de interesse
- O trabalho de XXX foi financiado pelo XXX. Recebeu remuneração como membro do conselho consultivo

científico da XXX. Também prestou consultoria para a XXX. YYY e YYYY declaram não ter conflito de interesses.

13. POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDADE

Os manuscritos enviados são considerados CONFIDENCIAIS e EMBARGADOS desde o momento da submissão. Em cumprimento à Política de Embargo, nenhuma informação além da contida no Resumo pode ser tornada pública antes da publicação do manuscrito. Manuscritos que contenham uma quantidade substancial de informações sobrepostas que tenham sido publicadas anteriormente ou disponibilizadas aos leitores por meio de outros locais não são elegíveis, exceto se for na forma de um resumo ou como parte de uma palestra publicada ou de uma tese acadêmica.

As Políticas de Confidencialidade e Embargo exigem que, antes de o embargo ser levantado, todos os autores da investigação não estão autorizados a:

Publicar as informações ou fornecê-las a terceiros que possam publicá-las ou divulgá-las por outros meios.

14. ORIGINALIDADE

Os manuscritos devem conter material original que ainda não esteja disponível em outro lugar. No entanto, os autores estão autorizados a enviar e apresentar resumos (ou seja, apresentações orais ou em pôster) reuniões científicas abertas.

A página de título e a carta de apresentação devem incluir uma declaração verificando a originalidade do trabalho e divulgar quaisquer resumos, apresentações, relatórios ou publicações anteriores que contenham material que possa parecer sobreposto ao envio atual.

A RPPSM não aceitará para revisão qualquer manuscrito que esteja atualmente em revisão em outra revista.

Os autores podem postar seus resultados em registros de ensaios clínicos ou submetê-los a agências regulatórias governamentais (por exemplo, FDA ou EMA) sem que o manuscrito seja considerado publicado anteriormente ou uma publicação sobreposta.

A RPPSM segue as *guidelines* da International Committee of Medical Journal Editors sobre duplicação de publicações - *Overlapping Publications* (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html>)

Em raras ocasiões, a RPPSM considerará a co-publicação de manuscritos de *guidelines*/consensos com um número limitado de outras revistas, assumindo que as seguintes condições sejam atendidas:

A solicitação por escrito deve ser aprovada pelo Editor-Chefe antes da submissão do manuscrito de *guidelines*/consensos, justificando a necessidade de co-publicação, bem como indicando as revistas específicas que estão sendo consideradas.

O Editor-Chefe da RPPSM tem a responsabilidade de avaliar o manuscrito de *guidelines*/consensos e decidir sua adequação para a revista.

A co-publicação *online* do manuscrito de *guidelines*/consensos deve ocorrer simultaneamente em todas as revistas envolvidas. O autor correspondente do manuscrito das *guidelines*/consensos assume a responsabilidade de garantir que isso ocorra.

15. ÉTICA DE PUBLICAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS DOENTES

A RPPSM encoraja os autores a consultar o ommittee on Publication Ethics International Standards for Authors (<https://publicationethics.org/resources/resources-and-further-reading/international-standards-editors-and-authors>)

A investigação médica envolvendo seres humanos deve ser conduzida de acordo com a Declaration of Helsinki atualizada em 2013.

Os manuscritos enviados devem estar em conformidade com as *ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* e todos os artigos relatando estudos em animais e / ou humanos devem declarar na seção de Métodos que a Comissão de Ética forneceu (ou dispensou) a aprovação. Certifique-se que fornece o nome completo e a instituição da comissão de ética, além do número de aprovação.

Em linha com as recomendações do ICMJE sobre a proteção dos participantes em investigação, os autores devem evitar fornecer informações de identificação, a menos que seja estritamente necessário para a submissão e os atributos identificáveis dos participantes devem ser tomados anônimos no manuscrito. Se as informações de identificação forem necessárias, os autores devem confirmar se o indivíduo forneceu consentimento por escrito para o uso dessas informações na publicação.

As informações sobre o consentimento informado para relatar casos individuais ou séries de casos devem ser incluídas no texto do manuscrito. É necessária uma declaração do(s) doente(s) ou do seu representante legal autorizado para publicação de informações e imagens do doente.

Os autores são responsáveis por obter o consentimento informado relativamente a cada indivíduo presente em fotografias, vídeos, descrições detalhadas ou em radiografias ou ecografias, mesmo após tentativa de ocultar a respetiva identidade. Nomes, iniciais ou outras formas de identificação devem ser removidos das fotografias ou outras imagens. Devem ser omitidos dados pessoais, como profissão ou residência, exceto quando sejam epidemiologicamente relevantes para o trabalho. Os autores devem assegurar que não apresentam dados que permitam identificação inequívoca ou, caso isso não seja possível, devem obter o consentimento informado dos intervenientes.

As barras "Blackout" ou estratégias de ocultação de identidade similares não anonimizam doentes em imagens clínicas: é necessário o apropriado consentimento.

Todas as pesquisas envolvendo animais submetidos para publicação devem ser aprovadas por um comitê de ética com supervisão da unidade em que os estudos foram realizados. A investigação experimental realizada em animais deve estar de acordo com *NIH Guide for the Care and Use*

of *Laboratory Animals* ou equivalente. Uma declaração de que a pesquisa foi realizada de acordo com as Diretrizes do NIH deve ser incluída na seção Métodos.

16. RESULTADOS E REGISTO DE ENSAIOS CLÍNICOS

A RPPSM apoia iniciativas que contribuam para uma melhor divulgação de resultados de ensaios clínicos.

O International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, <http://www.icmje.org>), adota a definição da Organização Mundial de Saúde de ensaio clínico, que é “qualquer estudo de investigação que prospectivamente atribua a participantes humanos, individualmente ou em grupo, uma ou mais intervenções relacionadas com a saúde, com o objetivo de avaliar os seus resultados relacionados com a saúde”. Esta definição inclui ensaios das fases I a IV. O ICMJE define intervenções relacionadas com a saúde como “qualquer intervenção usada para modificar um resultado biomédico ou relacionado com a saúde” e resultados relacionados com a saúde como “qualquer medida biomédica ou relacionada com a saúde obtida em doentes ou participantes”.

O registo numa base de dados pública de ensaios clínicos, aprovada pela Organização Mundial de Saúde, antes da inscrição do primeiro doente, é condição necessária para a publicação de dados de ensaios clínicos na RPPSM, de acordo com as recomendações do ICMJE. Os ensaios devem ser registados anteriormente ou no início do período de recrutamento de doentes. Os estudos puramente observacionais (aqueles em que a atribuição de uma intervenção médica não é do critério do investigador) não exigem registo.

O número de registo do ensaio clínico (TRN) bem como a data desse registo devem ser referidos no final do resumo do artigo.

17. PARTILHA DE DADOS

A RPPSM sugere que os dados gerados pela investigação e que suportam o artigo sejam disponibilizados o mais rápido possível, sempre que legal e eticamente possível.

Sugere-se assim aos autores que assegurem que os seus dados ficam disponíveis em repositórios públicos (sempre que estes estejam disponíveis e sejam adequados), que sejam apresentados no manuscrito principal ou em arquivos adicionais e sempre que possível em formato tratável (por exemplo, em folha de cálculo e não em pdf).

A RPPSM exige uma declaração de disponibilização dos dados, presente no final de cada manuscrito.

Para ensaios de fármacos ou dispositivos médicos, a declaração deve referir, pelo menos, que os dados relevantes de cada doente, devidamente anonimizados, estão disponíveis mediante pedido justificado aos autores.

Sugerem-se formulações para a referida declaração:

“Disponibilização dos dados: os dados individuais dos doentes [e/ou] o conjunto completo de dados [e/ou] o anexo técnico [e/ou] as especificações da análise estatística, estão disponíveis em [doi] [com acesso livre/com as restrições] [do autor correspondente em]. Os participantes deram o seu consentimento informado para disponibilização de dados [ou... não foi obtido consentimento dos participantes, mas os dados apresentados estão anonimizados e o risco de identificação é reduzido... ou não foi obtido consentimento

dos participantes, mas os benefícios potenciais da disponibilização destes dados justificam os prejuízos potenciais, uma vez que...]”

Se os dados não estiverem disponíveis, deve ser referido o seguinte: “Disponibilização dos dados: não estão disponíveis dados adicionais.”

Esta opção não se aplica a ensaios clínicos de fármacos ou dispositivos médicos.

Pode ser solicitado aos autores que disponibilizem os dados brutos em que basearam o seu artigo durante o processo de revisão e até 10 anos após a publicação.

18. POLÍTICA DE PREPRINTS

A RPPSM poderá considerar a publicação de manuscritos que contenham informações previamente postadas em servidores de *preprints*. Os autores não podem enviar seus artigos para um servidor de pré-impressão após terem sido submetidos à RPPSM.

Se um relatório foi publicado num servidor de *preprints* antes da submissão do manuscrito, isso deve ser reconhecido durante o processo de submissão. Além disso, um *link* para esse documento deve ser fornecido para que os revisores e editores possam avaliar as informações do *preprint* e compará-las com o manuscrito submetido. Se o manuscrito for aceite, a RPPSM incluirá este *link* com o seu manuscrito publicado. O não reconhecimento da divulgação prévia da investigação postada num servidor de *preprints* ou bases de dados semelhantes prejudicará o *status* da submissão. Quando o manuscrito é submetido à RPPSM, nenhuma revisão deve ser enviada para o servidor de *preprints* durante o processo de revisão por pares do manuscrito. Se o manuscrito for eventualmente aceite para publicação, nenhuma revisão deve ser postada no servidor de *preprints* até que o manuscrito final seja publicado *online* pela RPPSM. Finalmente, quando o manuscrito é publicado na RPPSM, quaisquer alterações futuras, como errata, por exemplo, devem ser primeiro submetidas, aprovadas e publicadas pela RPPSM, antes de fazer qualquer alteração ao documento de *preprint*. A violação desta política de pré-impressão será considerada motivo para retirada do artigo.

19. POLÍTICA DE PLÁGIO

Seja intencional ou não, o plágio é uma violação grave. Definimos plágio como reprodução de outro trabalho com pelo menos 25% de similaridade e sem citação. Se for encontrada evidência de plágio antes / depois da aceitação ou após a publicação do artigo, será dada ao autor uma oportunidade de refutação. Se os argumentos não forem considerados satisfatórios, o manuscrito será retratado e o autor sancionado pela publicação de trabalhos por um período a ser determinado pelo Editor.

a. Publicação *Fast-Track*

Um sistema *fast-track* está disponível para manuscritos urgentes e importantes que atendam aos requisitos da RPPSM para revisão rápida e publicação.

Os autores podem solicitar a publicação rápida através do processo de submissão de manuscritos, indicando claramente a razão por que o seu manuscrito deve ser considerado para revisão acelerada e publicação. O Conselho Editorial decidirá se o manuscrito é adequado para publicação rápida e comunicará a sua decisão dentro de 48 horas. Se o Editor-Chefe achar o manuscrito inadequado para publicação rápida, o manuscrito pode ser proposto para o processo normal de revisão, ou os autores podem retirar a sua submissão. A decisão editorial sobre manuscritos aceites para revisão rápida será feita dentro de cinco dias úteis. Se o manuscrito for aceite para publicação, a RPPSM terá como objetivo publicá-lo *ahead of print* em 16 dias.

20. PROCESSO REVISÃO POR PARES

Todos os artigos de investigação, e a maioria das outras tipologias de artigos, publicadas na RPPSM passam pelo processo de revisão por pares. Os revisores são obrigados a respeitar a confidencialidade do processo de revisão pelos pares e não revelar detalhes de um manuscrito ou sua revisão, durante ou após o processo de revisão por pares. Se os revisores desejam envolver um colega no processo de revisão, devem primeiro obter permissão do Editor.

Os manuscritos devem ser escritos em um estilo claro, conciso, direto. O manuscrito não pode ter sido publicado, no todo ou em parte, nem submetido para publicação em outro lugar. Todos os manuscritos enviados são inicialmente avaliados pelo Editor-Chefe e podem ser rejeitados nesta fase, sem serem enviados para revisores. A aceitação ou rejeição final recai sobre o Editor-Chefe, que se reserva o direito de recusar qualquer material para publicação.

A RPPSM segue uma rigorosa revisão por pares duplamente cega. A RPPSM enviará manuscritos para revisores externos selecionados de uma base de dados pré-existente, ou convidará novos revisores para o efeito.

A aceitação final é da responsabilidade do Editor-Chefe. As cartas ao Editor ou Editorais serão avaliadas pelo Conselho Editorial, mas também poderão ser solicitadas revisões externas.

Na avaliação, os manuscritos podem ser:

- A) Aceites sem alterações
- B) Aceites, mas dependendo de pequenas revisões
- C) Reavaliados após grandes alterações
- D) Rejeitados

Após a receção do manuscrito, se estiver de acordo com as instruções aos autores e cumprir a política editorial, o Editor-Chefe envia o manuscrito para pelo menos dois revisores.

Dentro de 30 dias, o revisor deve responder ao Editor-Chefe indicando os seus comentários sobre o manuscrito sujeito a revisão e sugestão de aceitação, revisão ou rejeição do trabalho. Dentro de 10 dias, o Conselho Editorial tomará uma decisão que poderá ser: aceitar o manuscrito sem modificações; Enviar os comentários dos revisores aos autores de acordo com o estabelecido; rejeição.

Quando alterações são propostas os autores têm 30 dias (período que pode ser estendido a pedido dos autores)

para apresentar uma nova versão revista do manuscrito, incorporando os comentários dos revisores e do conselho editorial. Têm de responder a todas as perguntas e enviar também uma versão revista do manuscrito, com as emendas inseridas destacadas com uma cor diferente.

O Editor-Chefe tem 10 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar a nova versão, ou encaminhá-la para uma nova apreciação por um ou mais revisores.

Em caso de aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor Correspondente.

A decisão final do editor, para aceitação-rejeição de um trabalho submetido baseia-se nos seguintes fatores:

- i. **Originalidade:** assunto e/ou método original, com informação valiosa e apresentação de resultados novos ou confirmação de resultados já anteriormente verificados.
- ii. **Atualidade e/ou novidade** – tema que está na agenda das reuniões ou comunicações científicas ou é novo.
- iii. **Relevância** – aplicabilidade dos resultados para a resolução de problemas concretos da prática psiquiátrica.
- iv. **Inovação e significância** – avanço do conhecimento científico, técnico e/ou prática clínica.
- v. **Fiabilidade e validade científica** – boa qualidade metodológica evidenciada.
- vi. **Apresentação** – boa redação e organização do texto (boa coerência lógica e apresentação do material).

Apesar de os editores e revisores desenvolverem esforços para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos, a responsabilidade final do conteúdo (nomeadamente o rigor e a precisão das observações, assim como as opiniões expressas) é da exclusiva responsabilidade dos autores.

21. PROVAS TIPOGRÁFICAS

As provas tipográficas serão enviadas aos autores, contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da RPPSM. A revisão deve ser aprovada pelo autor responsável pela correspondência. Os Autores dispõem de 48 horas para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros.

O não respeito pelo prazo proposto desobriga a RPPSM de aceitar a revisão pelos autores, podendo a revisão ser efetuada exclusivamente pelos serviços da RPPSM.

22. ERRATAS

A RPPSM publica alterações, emendas ou retrações a um artigo anteriormente publicado, se, após a publicação,

forem identificados erros ou omissões que influenciem a interpretação de dados ou informação. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

23. RETRATAÇÕES

Os Revisores e Editores assumem que os autores relatam trabalho com base em observações honestas. No entanto, se houver dúvidas substanciais sobre a honestidade ou integridade do trabalho, submetido ou publicado, o editor informará os autores da sua preocupação, procurará esclarecimento junto da instituição patrocinadora do autor e / ou instituição empregadora. Consequentemente, se estes considerarem o artigo publicado como fraudulento, a RPPSM procederá à retratação. Se, este método de investigação não obtiver uma conclusão satisfatória, o editor pode optar por conduzir a sua própria investigação, e pode optar por publicar uma nota de preocupação sobre a conduta ou integridade do trabalho. O Editor-Chefe poderá decidir relatar a situação à instituição dos autores, de acordo com os procedimentos recomendados pelo COPE - Committee on Publication Ethics (<https://publicationethics.org/>).

24. PATROCÍNIOS

Os patrocinadores da RPPSM são empresas da indústria farmacêutica ou outras que geram receitas através da publicidade. A publicidade não poderá pôr em causa a independência científica da revista nem influenciar as decisões editoriais e terá de estar de acordo com a legislação geral e específica da área da saúde e do medicamento. Outras despesas são suportadas pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.

25. GUIDELINES DE SUBMISSÃO

a. Língua

O título, resumo e palavras-chave, devem ser apresentados em inglês e português.

Os manuscritos submetidos à RPPSM devem ser claramente escritos em português (de Portugal) e / ou inglês de nível razoável.

b. Submissão dos Trabalhos

A submissão de um manuscrito implica que o trabalho descrito não tenha sido publicado previamente (exceto na forma de um resumo ou como parte de uma palestra publicada ou de uma tese académica), e que não está sendo considerado para publicação noutra revista, que o manuscrito foi aprovado por todos os autores e, tácita ou explicitamente, pelas autoridades competentes onde o trabalho foi realizado e que, se for aceite para publicação, não será publicada em outro lugar na mesma forma, em inglês ou em qualquer outra língua, incluindo eletronicamente.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados por uma carta de apresentação. Deve ser dada garantia na carta de apresentação de que o manuscrito não está sob consideração simultânea por qualquer outra revista. Na carta de apresentação, os autores devem declarar seus potenciais

conflitos de interesse e fornecer uma declaração sobre a autoria.

Para verificar a originalidade, o artigo pode ser verificado pelo serviço de detecção de originalidade.

As submissões que não estejam em conformidade com estas instruções podem ser devolvidas para reformulação e reenvio. Os manuscritos são submetidos através do site da RPPSM em: <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/about/submissions>

c. Contacto

Em caso de dúvidas durante a submissão, contacte: secretariadoeditorial@revistapsiquiatria.pt

d. Uso de programa de processamento de texto O texto deve estar no formato de coluna única.

Para evitar erros desnecessários, aconselhamos o uso das funções “verificação ortográfica” e “verificação gramatical” do seu processador de texto.

Os manuscritos devem ser submetidos em ficheiros de texto em formato Word (.DOC ou .DOCX), com texto seguido e sempre com o mesmo tipo de letra. Os textos devem ser formatados em letra “Arial”, tamanho 11 com espaçamento de 1,5 linhas. Os títulos e sub-títulos deverão estar assinalados a negrito e em tamanho 12.

e. Orientação para Geral para Apresentação de Estudos

Os textos devem ser preparados de acordo com as orientações do International Committee of Medical Journal Editors: *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* (ICMJE Recommendations) disponíveis em <http://www.icmje.org>.

A RPPSM recomenda que devem ser seguidas as diretrizes para publicação da EQUATOR network (<http://www.equator-network.org>), dependendo do tipo de estudo:

- Randomized controlled trials (CONSORT)
- Systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA) and protocols (PRISMA-P)
- Observational studies (STROBE)
- Case reports (CARE)
- Qualitative research (COREQ)
- Diagnostic/prognostic studies (STARD)
- Economic evaluations (CHEERS)
- Pre-clinical animal studies (ARRIVE)

* Os autores de revisões sistemáticas também devem fornecer um *link* para um ficheiro adicional da seção ‘métodos’, que reproduz todos os detalhes da estratégia de pesquisa.

Exceto onde indicado de outra forma, os manuscritos são submetidos a *peer review* duplamente cego por dois revisores anónimos, pelo menos. A aceitação ou rejeição final cabe ao Editor-Chefe, que se reserva o direito de recusar qualquer material para publicação.

Os manuscritos devem ser escritos em estilo claro, conciso, direto, de modo que sejam inteligíveis para o leitor. Quando as contribuições são consideradas adequadas para

publicação com base em conteúdo científico, o Editor-Chefe reserva-se o direito de modificar os textos para eliminar a ambiguidade e a repetição, e melhorar a comunicação entre o autor e o leitor. Se forem necessárias alterações extensivas, o manuscrito será devolvido ao autor para revisão.

Os manuscritos que não cumpram as instruções para autores podem ser devolvidos para modificação antes de serem revistos.

f. Tipologia dos Artigos

A RPPSM aceita artigos das seguintes tipologias:

- a) Artigos Originais reportando investigação clínica ou básica nas áreas de interesse da revista (ensaios clínicos, estudos de coorte, estudos de caso-controlo, outros estudos observacionais);
- b) Revisões Narrativas
- c) Revisões Sistemáticas com ou sem Meta-Análise;
- d) Estudos de Caso/Casos Clínicos;
- e) Imagens em Psiquiatria;
- f) Editoriais, que são escritos a convite do Editor-Chefe e consistem em comentários sobre artigos publicados na revista ou sobre temas de relevância particular;
- g) Cartas ao Editor, que consistem em opiniões concisas sobre artigos recentemente publicados na RPPSM;
- h) Perspetivas;
- i) *Guidelines*;

Os autores devem indicar na carta de apresentação qual o tipo de manuscrito que está a ser submetido para publicação.

g. Organização do Artigo

Na primeira página/ página de título (página separada):

i. Título

Título em português e inglês, conciso, específico e informativo, sem abreviaturas e não excedendo os 120 caracteres. O título pode incluir um complemento de título com um máximo de 40 caracteres (incluindo espaços).

ii. Autores e afiliações

Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) e respetivas afiliações (serviço, instituição, cidade, país) e grau académico mais elevado. Os nomes dos autores devem vir acompanhados dos respetivos números de registo do ORCID.

iii. Autor Correspondente

Indicar claramente quem vai lidar com a correspondência em todas as fases de arbitragem e publicação, também pós-publicação. Indicar endereço postal e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito.

iv. Financiamento

Todas as fontes de financiamento, no domínio público ou privado, incluindo bolsas, que contribuíram para a realização do trabalho.

Indicar se existem ou não conflitos de interesse (nomeadamente comercial no produto, equipamento ou processo).

- v. Os autores também incluirão nesta página de título, sob a designação “Considerações éticas” a declaração de “Proteção de pessoas e animais”, Confidencialidade dos dados e consentimento informado e Conflitos de interesse.

vi. Prêmios e Apresentações prévias

Devem ser referidos os prêmios e apresentações do estudo, prévias à submissão do manuscrito

vii. Resumo e Keywords

Um resumo conciso e factual é requerido, capaz de representar isoladamente o conteúdo do artigo, escrito em português e inglês. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. O resumo não pode remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.

No fim do resumo devem ser incluídas um máximo de 5 *keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no *Medical Subject Headings* (MeSH), <https://meshb.nlm.nih.gov/search>.

Tome nota que os artigos originais devem conter os seguintes componentes. Por favor, veja abaixo para mais detalhes.

- Carta de apresentação/*Cover letter*
- Página de título (excluindo agradecimentos)
- Resumo
- Introdução
- Material e Métodos
- Resultados
- Discussão e Conclusão
- Referências
- Agradecimentos
- Declaração de contribuição dos autores
- Conflito de interesses
- Declaração de Financiamento
- Legendas das figuras
- Tabelas
- Figuras

h. Texto

Artigos Originais

Manuscritos não publicados anteriormente que descrevem investigações clínicas, pré-clínicas, epidemiológicas, ensaios clínicos, observações clínicas e outras investigações relevantes que são baseadas em séries sólidas de doentes, métodos analíticos validados e avaliação estatística apropriada.

Os artigos originais devem seguir a seguinte estrutura: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras. É exigido resumo estruturado.

Palavras: máximo 4000 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas)

Resumo: máximo 350 palavras

Figuras/Tabelas: máximo 6

Referências: máximo 60

Revisões Narrativas

As resenhas devem ser sobre tópicos considerados relevantes para o público da revista. Contendo o estado atual de

conhecimento ou prática, integrando avanços recentes com princípios e práticas aceites, ou resumindo e analisando a visão consensual de questões controversas no conhecimento da prática. É necessário um resumo não estruturado

Palavras: máximo 4000 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas)

Resumo: máximo 350 palavras

Figuras/Tabelas: máximo 6

Referências: máximo 100

Revisões Sistemáticas e Meta-Análises

As revisões sistemáticas podem ou não utilizar métodos estatísticos (meta-análises) para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos.

As Revisões Sistemáticas podem ser apresentadas no formato Introdução, Métodos, Resultados, Discussão. O assunto deve ser claramente definido. O objetivo de uma revisão sistemática deve ser produzir uma conclusão baseada em evidências. Nos Métodos deve ser fornecida uma indicação clara da estratégia de pesquisa da literatura, extração de dados, classificação das evidências e análise. Deve ser seguida a normativa PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>) e realizado o registo do protocolo na PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospéro>). É exigido resumo estruturado.

Palavras: máximo 4000 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas)

Resumo: máximo 350 palavras

Figuras/Tabelas: máximo 6

Referências: máximo 100

Casos Clínicos

O relato de Casos Clínicos deve incluir as seguintes seções: Introdução, Descrição do Caso e Discussão.

Deve ser seguida a normativa CARE (<http://www.care-statement.org/>).

Tendo em conta a sua natureza, os relatos de casos clínicos devem ter um número parcimonioso de autores - excepcionalmente mais de 5. No caso de serem mais de 5 coautores a carta de submissão deve indicar clara e detalhadamente qual o papel de cada um no manuscrito, de modo a justificar a sua inclusão na linha de autoria à luz dos critérios do ICMJE (<http://www.icmje.org/>). A permissão do doente (parente mais próximo, tutor legal) pode ser necessária.

Devem incluir uma declaração detalhando que o consentimento informado por escrito para publicação foi obtido e de quem (por exemplo, “Consentimento informado por escrito foi obtido do doente para publicação deste relato de caso e quaisquer imagens que o acompanham.”). Se o doente morreu, o consentimento para publicação deve ser obtido dos seus parentes mais próximos. Se o doente descrito no relato do caso for menor de idade ou vulnerável, o consentimento para publicação deve ser obtido dos pais / responsável legal. O formulário de consentimento preenchido deve ser disponibilizado ao Editor, se solicitado, e será tratado de forma confidencial.

Dificultar a identificação do doente através da omissão de dados cientificamente irrelevantes é aceitável, mas a alteração desses dados não o é.

Palavras: máximo 2000 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas)
 Resumo: máximo 150 palavras
 Figuras/Tabelas: máximo 4
 Referências: máximo 25
 Autores: máximo 5

Imagens em Psiquiatria

Imagens novas e clinicamente relevantes de exemplos incomuns ou marcantes de entidades clínicas, estudos laboratoriais / radiológicos ou procedimentos terapêuticos com breve texto explicativo.

Uma imagem visual de uma observação psiquiátrica interessante e única, com uma breve descrição do problema clínico e dos achados psiquiátricos do doente.

Palavras: máximo 500 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas)

Resumo: não tem

Figuras: máximo 4

Referências: máximo 6

Autores: máximo 3

Editoriais

Os Editoriais são da responsabilidade do grupo editorial, solicitados por convite do Editor-Chefe, e constituirão comentários sobre tópicos atuais ou sobre artigos publicados na revista

Palavras: máximo 1200 palavras (figuras e tabelas)

Resumo: não têm

Figuras/Tabelas: máximo 2

Referências: máximo 20

Cartas ao Editor

As cartas ao Editor consistem em comentários críticos sobre um artigo publicado na revista ou uma nota curta sobre um determinado tópico ou caso clínico.

Palavras: máximo 600 palavras (figuras e tabelas)

Resumo: não têm

Figuras/Tabelas: máximo 2

Referências: máximo 10

Autores: máximo 7

Perspetivas

Este tipo de manuscrito é submetido a convite do Conselho Redatorial, sendo, no entanto, também sujeitas a consideração editorial as candidaturas espontâneas. Pode abranger uma ampla diversidade de tópicos importantes em biomedicina, saúde mental, investigação, descoberta, prevenção, ética, política de saúde ou lei de saúde. Um Autor que deseje propor um manuscrito nesta seção deverá enviar um resumo ao Editor-Chefe, incluindo o título e a lista de autores para avaliação.

Palavras: máximo 1200 palavras

Resumo: não têm

Figuras/Tabelas: máximo 2

Referências: máximo 10

Guidelines

Recomendações para a prática clínica. Este tipo de artigo pode ser submetido por grupos de trabalho organizados no

âmbito de encontros ou associações científicas, ou grupos de autores com trabalho especializado realizado no tópico em causa.

Palavras: máximo 4000 palavras

Resumo: máximo 350 palavras

Figuras/Tabelas: máximo 6

Referências: máximo 100

i. Preparação do Manuscrito

Citação no Texto

Certifique-se de que todas as referências citadas no texto também estão presentes na lista de referências (e vice-versa). As referências devem ser listadas usando algarismos árabes pela ordem em que são citados no texto.

As referências a comunicações pessoais e dados não publicados devem ser feitas diretamente no texto e não devem ser numeradas. As comunicações pessoais devem estar devidamente autorizadas pelo emissor das comunicações, assumindo os autores a responsabilidade pela autorização. A citação de uma referência como “*in press*” implica que o item tenha sido aceite para publicação. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo da Medline. As referências a artigos publicados em revistas devem incluir o nome do primeiro autor seguido dos nomes dos restantes autores (num máximo de 6, a partir daí deve ser utilizado *et al.*), o título do artigo, o nome da revista e o ano de publicação, volume e páginas, e DOI.

Certifique-se que os dados fornecidos nas referências estão corretos. Ao copiar referências, tenha cuidado porque já podem conter erros. A lista de referências deve ser adicionada como parte do texto, nunca como uma nota de rodapé. Códigos específicos do programa de gestão de referências não são permitidos.

Formato

Uma descrição detalhada dos formatos de diferentes tipos de referência pode ser consultada n “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Liste todos os autores se houver seis ou menos. Et al deve ser adicionado se houver mais de seis autores. Título do artigo, nome da revista, ano, volume e páginas.

Estilo de Referência

Texto: Indicar as referências no texto por número (s) em expoente. Os autores podem ser referidos, mas o número de referência deve ser sempre dado.

Lista: Ordene as referências na lista pela ordem em que aparecem no texto

Exemplos:

1. Referência de artigo:

- Com menos de 6 autores

Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. N Engl J Med. 2019;381:1753-61. doi: 10.1056/NEJMra1808803.

- Com mais de 6 autores

Fava GA, Tomba E, Brakemeier EL, Carrozzino D, Cosci F, Eöry A, et al. Mental pain as a transdiagnostic

patient-reported outcome measure. *Psychother Psychosom.* 2019;88:341-9. doi: 10.1159/000504024.

• In press

Kiehn JT, Faltraco F, Palm D, Thome J, Oster H. Circadian Clocks in the Regulation of Neurotransmitter Systems. *Pharmacopsychiatry.* 2019 (in press). doi: 10.1055/a-1027-7055.

2. Referência de livro:

Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Essentials of clinical psychopharmacology.* 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.

3. Referência de capítulo de livro:

O'Connell MA, Jewell DM. Human resources management in group practice. In: Wolper LF, editor. *Physician practice management: essential operational and financial knowledge.* Sudbury: Jones Bartlett Publishers; 2005. p. 139-70.

4. Referência de teses e dissertações:

Melo MC. Saúde e qualidade do sono dos médicos residentes em psiquiatria. [Dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2015.

5. Referências Web:

No mínimo, o URL completo deve ser dado e a data em que o documento foi consultado. Qualquer outra informação, se conhecida (nomes de autor, datas, referência a uma publicação de origem, etc.), também deve ser dada. A.D.A.M. medical encyclopedia [Internet]. Atlanta: A.D.A.M.; 2005 [cited 2019 Mar 26]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html>

Notas de Rodapé

As notas de rodapé devem ser evitadas. Quando imprescindíveis, devem ser numerados consecutivamente e aparecer na página apropriada.

Agradecimentos (facultativo)

Devem vir após o texto, e antes das referências, tendo como objetivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas que não têm peso de autoria. Nesta seção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais.

Abreviaturas

Não use abreviaturas ou acrônimos no título e no resumo e limite o seu uso no texto. Abreviaturas não consagradas devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. A menos que a sigla seja uma unidade padrão de medição. Se um termo for usado de 1 a 4 vezes no texto, ele deve ser definido por extenso ao longo do texto e não abreviado.

Unidades de Medida

Devem ser utilizadas as unidades Sistema Internacional de Unidades. As medidas de comprimento, altura, peso

e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg), e a hemoglobina em g/dL. Todas as medições hematológicas ou bioquímicas serão referidas no sistema métrico de acordo com o Sistema Internacional de Unidades (SI).

Nomes de Medicamentos e Dispositivos Médicos

Identifique com precisão todos os medicamentos e produtos pela denominação comum internacional (DCI). Não é recomendável a utilização de nomes comerciais de fármacos (marca registrada), mas quando a utilização for imperativa, o nome do produto deverá vir após o nome DCI, entre parênteses, em minúscula, seguido do símbolo que caracteriza marca registrada, em sobrescrito (®). O mesmo princípio é aplicável aos dispositivos médicos.

Nomes de Genes, Símbolos e Números de Acesso

Aos genes e estruturas relacionadas devem ser atribuídos os nomes e símbolos oficiais fornecidos pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI) ou o HUGO Gene Nomenclature Committee. Antes da submissão de um manuscrito relatando grandes conjuntos de dados genômicos (por exemplo, sequências de proteínas ou DNA), os conjuntos de dados devem ser depositados em um banco de dados disponível publicamente, como o GenBank do NCBI, e um número de acesso completo (e número da versão, se apropriado) deve ser fornecido na seção Métodos.

Tabelas e Figuras

As Tabelas/Figuras devem ser numerados na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação.

Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto: "Uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença (Fig. 2)"; "Esta associa-se a outras duas lesões (Tabela 1)".

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Cada Tabela e Figura deve ser acompanhada da respetiva legenda, sucinta e clara. As Legendas devem ser autoexplicativas (sem necessidade de recorrer ao texto).

Em relação aos Figuras deve ser explícito se a informação inclui valores individuais, médias ou medianas, se há representação do desvio padrão e intervalos de confiança e o tamanho da amostra (n).

As fotografias deverão incluir identificadores de aspetos cientificamente relevantes (setas e asteriscos). Poderão ser publicadas fotografias a cores, desde que consideradas essenciais.

Cada Tabela deve ser utilizada para mostrar resultados, apresentando listas de dados individuais ou sumariando os mesmos, não devendo, no entanto, constituir duplicação dos resultados descritos no texto. Devem ser acompanhadas de um título curto mas claro e elucidativo. As unidades

de medida usadas devem ser indicadas (em parêntesis abaixo do nome que encabeça cada categoria de valores) e os números expressos devem ser reduzidos às casas decimais com significado clínico.

Para as notas explicativas nas Tabelas devem ser utilizados letras (a, b, c, d, etc), não símbolos.

Se fotografias de doentes forem usadas, estes não devem ser identificáveis. Caso sejam identificáveis, devem ser acompanhadas de autorização por escrito para usá-las.

As ilustrações coloridas são reproduzidas gratuitamente.

Princípios gerais:

- Numere as ilustrações de acordo com a sua sequência no texto.
- Forneça as legendas das ilustrações separadamente.
- Dimensione as ilustrações próximas das dimensões desejadas da versão publicada.
- Envie cada ilustração em ficheiro separado.

A inclusão de figuras e/ou tabelas já publicadas, implica a autorização do detentor de copyright (autor ou editor).

A submissão deve ser feita separadamente do texto, conforme as instruções da plataforma.

Os ficheiros das figuras devem ser fornecidos em alta resolução, 800 dpi mínimo para gráficos e 300 dpi mínimo para fotografias.

A publicação de ilustrações a cores é gratuita, reservando-se a RPPSM de publicar uma versão a preto e branco na versão impressa da revista.

Material gráfico deve ser entregue em um dos seguintes formatos:

- JPEG (. Jpg)
- Portable Document Format (. Pdf)
- Powepoint (.ppt)
- TIFF (. Tif)
- Excel (.xls)

Permissão para Publicação/Reprodução

No caso de publicação de tabelas de livros ou revistas os autores são responsáveis por obter permissão, junto dos autores dos trabalhos de onde forem reproduzidos, para a referida publicação, e terão de a apresentar na submissão.

Ficheiros Multimédia

Os ficheiros multimédia devem ser enviados em ficheiro separado com o manuscrito. O material multimédia deve seguir os padrões de qualidade de produção para publicação sem a necessidade de qualquer modificação ou edição. Os ficheiros aceitáveis são: formatos MPEG, AVI ou QuickTime.

Anexos/ Apêndices

Quando necessário, os anexos devem ser utilizados para apresentar inquéritos longos ou detalhados, descrições de extensos cálculos matemáticos e / ou listas de itens. Devem ser colocados depois da lista de referências, se necessário, com legendas. Anexos longos, tais como algoritmos, pesquisas e protocolos, serão publicados apenas online; o URL será fornecido no artigo impresso onde o anexo é citado.

Se houver mais de um apêndice, eles devem ser identificados como A, B, etc. As fórmulas e equações em apêndices devem ser numeradas separadamente: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.;

Em apêndice posterior, a Eq. (B.1) e assim por diante. Da mesma forma para tabelas e figuras: Tabela A.1; FIG. A.1, etc.

Estilo

RPPSM segue AMA Manual Style, 10ª edição (<http://www.amamanualofstyle.com>) e ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (<http://icmje.org/recommendations>)

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura das Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>

Março 2021