

MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS: UM ESTUDO SOBRE AS REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS DE GESTANTES

Wellington Soares de Albuquerque Filho¹; Juliana Monteiro Costa²

¹Estudante da Graduação do Curso de Psicologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde e bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Cpf: 098.508.034-52. E-mail: wellington.psicologia1@gmail.com. Endereço: Rua Vigário João Batista, 119, Cabo de Santo Agostinho-PE. Celular: (81)98557-5470.

²Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco; Docente da Graduação e Pós-Graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde e Psicóloga do Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Cpf: 616.666.103-72 E-mail: jullymc@hotmail.com Endereço: Rua São Salvador, 60, apto 1604, Espinheiro, Recife-PE. Celular: (81)98826-4456.

Resumo

Objetivo: Compreender as repercussões biopsicossociais do diagnóstico de HIV/Aids em gestantes. *Método:* Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com cinco gestantes que estavam em acompanhamento e tratamento no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids de um hospital filantrópico na cidade de Recife-PE. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista individual semiestruturada composta de questões abertas e, posteriormente, submetida à Técnica de Análise de Conteúdo. *Resultados e Discussão:* A descoberta do HIV na gestação é marcada por sentimentos de desespero, medo, dúvida, culpa, revolta e raiva. O acolhimento por parte da família, a chegada do filho e a espiritualidade aparecem como estratégias de enfrentamento frente às situações adversas que a condição de soropositividade impõe, dentre elas a vivência com o preconceito. *Conclusão:* O resultado positivo para o HIV traz muito sofrimento às gestantes, tornando-se necessário suporte emocional sistemático da equipe de saúde por meio de um aconselhamento continuado.

Palavras-chave: Gestação; HIV/Aids; Repercussões Biopsicossociais.

Abstract

Objective: Understanding the biopsychosocial impact of the diagnosis of HIV/AIDS in pregnant women. *Method:* It is a qualitative survey of five pregnant women who were monitoring and treatment in Specialized Service in HIV/AIDS a philanthropic hospital in the city of Recife-PE. For data collection it was used an individual semi-structured interview composed of open questions, and subsequently submitted to Content Analysis Technique. *Results and discussion:* The discovery of HIV in pregnancy is marked by feelings of despair, fear, doubt, guilt, anger and rage. The reception by the family, the arrival of the son and spirituality appear as front coping strategies to adverse situations that seropositivity condition imposes, among them the experience with preconception. *Conclusion:* The positive result for HIV brings much suffering to pregnant women, making it necessary systematic emotional support of the health team through continued sustained.

Keywords: pregnancy; HIV/AIDS; Biopsychosocial repercussions.

Introdução

No final do século XX a descoberta de um novo retrovírus, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a doença por ele causada, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids apresentaram-se como um evento sociocultural marcante. A epidemia disseminou-se por todos os continentes, sem respeitar fronteiras geográficas, sociais, culturais, econômicas e políticas (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001).

Durante a primeira década da epidemia de Aids (1980-1990), a probabilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV foi examinada sob uma perspectiva epidemiológica, na qual o risco de contaminação estava associado aos comportamentos individuais resultantes de escolhas ou de decisões autônomas, guardando íntima relação com a ideia de grupo de risco - homossexuais masculinos, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Na segunda década (1990-2000), a epidemia passou a representar outro padrão epidemiológico em muitos países, inclusive no Brasil. Avançou entre

os heterossexuais, intensificou a feminização, a transmissão vertical e, em consequência disso, o conceito passou a ser o de vulnerabilidade (Paiva, 2003).

Dentro do contexto da feminização, diversos fatores em níveis subjetivos, sociais e culturais estão associados à vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV. Segundo Gonçalves e Piccinini (2007) grande parte das mulheres assumem uma posição submissa em seus relacionamentos amorosos, delegando aos homens a responsabilidade pela prática de sexo seguro. Esse pensamento termina por deixá-las suscetíveis às possíveis infecções de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), dentre elas a Aids.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), até o ano de 2014 foram notificados 84.558 casos de mães infectadas pelo vírus, com maior prevalência na região Sudeste. Atualmente existe uma tendência de aumento nos últimos 10 anos. A taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, a qual passou para 2,5 em 2013, indicando um aumento de 25% (Ministério da Saúde, 2014).

Diversos autores sinalizam que a descoberta do diagnóstico de HIV na gestação emerge repleta de desespero, dúvida, ansiedade, além do medo da transmissão do vírus para o bebê, sendo necessário o monitoramento de diversos fatores, como: clínico, imunológico, virais, comportamentais e obstétricos (Galvão, Cunha & Machado, 2010). Diante desta temática, a presente pesquisa teve como objetivo compreender as repercussões biopsicossociais do diagnóstico de HIV/Aids em gestantes.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com gestantes soropositivas em acompanhamento e tratamento no Setor de Imunologia Clínica de um hospital filantrópico na cidade de Recife-Pernambuco. As participantes foram escolhidas de forma intencional, sendo o número de participantes finalizado pelo critério de saturação. Este consiste em um processo em que os

pesquisadores, por meio da análise contínua dos dados coletados e objetivos do estudo, avaliam que poucas informações novas apareceram (Turato, 2008).

Foi utilizado como procedimento de coleta de dados uma entrevista individual semiestruturada de questões abertas, realizada em local reservado, sendo gravada mediante autorização prévia das entrevistadas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O material coletado foi transcrito na íntegra e guardado em local seguro, além disso, as participantes foram identificadas por nomes que elas próprias sugeriram, a fim de garantir o sigilo e anonimato.

Leituras sucessivas do material coletado foram realizadas para o delineamento dos principais temas. Estes, por sua vez, foram transformados em categorias para efeito de uma análise mais abrangente e sem perda dos aspectos mais profundos que foram observados. Os dados coletados foram analisados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo (Minayo, 2004).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde, através do CAAE número 32331514.3.0000.5569.

Resultados e Discussão

Realizaram-se cinco entrevistas, das quais participaram gestantes soropositivas. A faixa etária das entrevistadas variou de 23 a 32 anos. Entre as participantes, três moravam com o companheiro e duas com membros da família. Quanto à escolaridade, três participantes possuíam 1º grau incompleto e duas 2º grau completo. Com relação às atividades laborativas, três participantes afirmaram ser dona de casa, uma cozinheira e uma auxiliar de serviços gerais. A religião mostrou-se variada: duas disseram ser católicas, duas evangélicas e uma disse não ter religião, mas possuir fé. O tempo do diagnóstico variou de 1 semana a cinco meses.

A partir da análise de conteúdo das cinco entrevistas, quatro categorias foram identificadas: 1) Impacto do diagnóstico de HIV na gestação; 2) O sentido de ser mãe soropositiva; 3) Estigma e preconceito vivenciados pelas gestantes soropositivas; 4) As estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de HIV/Aids.

A seguir, serão apresentados e discutidos detalhadamente os resultados da pesquisa, buscando realizar sempre uma interlocução com a literatura consultada.

Impacto do diagnóstico de HIV na gestação

Uma das situações que pode se impor às próprias demandas que surgem com a chegada de um filho é a ocorrência do diagnóstico de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na gestação.

A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores. Entre eles destacam-se: a) fatores virais, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo viral; b) fatores maternos incluindo estado clínico e imunológico, presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), co-infecção e o estado nutricional da mulher; c) fatores comportamentais como o uso de drogas e prática sexual desprotegida; d) fatores obstétricos, tais como a ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto; e) fatores inerentes ao recém-nascido, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer; f) fatores relacionados ao aleitamento materno (Ministério da Saúde, Brasil, 2014).

Tomar conhecimento da soropositividade no período gestacional, especificamente na realização dos exames de rotina preconizados para o pré-natal gera grande impacto na vida da mulher e de sua família, pois há contraposição de vida e de morte. Acionam-se imaginários socialmente construídos, especialmente em relação ao preconceito e à discriminação, como também a possibilidade de morte (Galvão, Cunha & Machado, 2010; Moura, Kimura & Praça, 2006; Faria & Piccini, 2010).

De acordo com o relato das gestantes da pesquisa, o momento do diagnóstico foi impactante, desesperador, destruidor, marcado por sentimentos de tristeza, vergonha e ideia de cometer suicídio.

O resultado do HIV acabou comigo [...] Eu queria morrer de tanto chorar [...] Queria ficar no canto [...] É um bocado de sensações que vem na cabeça [...] Um bocado de sentimentos [...] De você sair, desaparecer [...] procurar um lugar para sumir. (Ana, 32)

Desespero [...] Eu quase desmaiei na hora [...] Chorava sem saber o que fazer até por conta da minha família [...] Vergonha porque a gente sabe que tem muito preconceito. (Vanessa, 24)

Quando eu soube o que tinha fiquei querendo me jogar em um carro. (Dida, 23)

Esse resultado de HIV foi demais [...] Acho que foi o pior momento de minha vida. (Carla, 28)

Através dos relatos de Ana, Vanessa, Dida e Carla, percebe-se que a compreensão do vírus é multifacetada, colocando essas mulheres frente às mais diversas preocupações, temores e receios com relação à sua condição sorológica. Segundo Figueiredo (2000), o impacto do diagnóstico de HIV é bastante estressante para o portador, uma vez que apresenta implicações afetando a representação das perspectivas históricas que a Aids encerra, tais como: morte iminente, estados depressivos de ansiedade, sentimentos de raiva, de medo, do curso da síndrome, doenças oportunistas, limitações e tratamento, além das reações psíquicas.

Nesse estudo observou-se que a ideia de aproximação da morte psicológica e social advinda do próprio diagnóstico de HIV está ancorada principalmente no caráter simbólico que as pessoas mais próximas atribuem ao estado de soropositividade.

Eu acredito que essa doença mata psicologicamente [...] Você vai morrendo [...] vai morrendo aos pouquinhos [...] aos pouquinhos. (Ana, 32)

Minha mãe acha que o que eu tenho é uma sentença de morte! (Carla, 28)

De acordo com Cechim e Celli (2007), as emoções negativas advindas da descoberta do vírus da Aids representam a desestrutura emocional das mulheres que ficam aniquiladas e

perdem qualquer esperança diante da expectativa de estagnação e finitude de sua existência. O medo começa a ter múltiplas faces que vai somando ao longo do processo que cada pessoa imprime à sua realidade cotidiana. A fala de Ana mostra como a experiência de estar gestante e ser soropositiva é uma situação complexa, que clama a integração de elementos promotores de esperança.

Meu marido disse para mim que eu não tenho mais a alegria que tinha antes [...] Eu não consigo mais sorrir como antes [...] Não consigo me relacionar com as pessoas com aquela intenção de querer que seja duradoura [...] Eu me sinto como uma pessoa muito mais que passageira, entendeu? (Ana, 32)

Etimologicamente, a palavra esperança deriva do latim *esperantia*, cujo significado se atrela à confiança em conseguir o que se deseja, à expectativa de alcance. Ela é compreendida como o ato de esperar, expectativa na aquisição de algo que se almeja. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo de natureza individual, com orientação para o futuro, que envolve a busca de significados e sentidos na e para a vida (McClement & Chichinov, 2008).

No âmbito psicológico a esperança tem sido associada ao estabelecimento de comportamentos para se atingir um objetivo almejado e incorpora as estratégias de enfrentamento utilizadas para as pessoas adaptarem-se as circunstâncias adversas, como situações estressantes, crônicas ou agudas, como a descoberta do diagnóstico de HIV (Berg, Snyder & Hamilton, 2008; Cavaco et. al, 2010).

O sentido de ser mãe soropositiva

A partir de uma perspectiva organicista, a gravidez pode ser compreendida como um fenômeno biológico e é conceituada como sendo o período desenvolvimento intra-uterino dos bebês, iniciando-se na fertilização e finalizando no nascimento da criança (Baptista & Dias, 2003). A gestação tem duração em média de 38 semanas; no entanto, observa-se que a gestação não se resume e se encerra somente no aspecto orgânico/fisiológico, embora se

perceba que é dela que se compreende a formação do fenômeno da maternidade (Castro, 2001).

A maternidade está associada, ideologicamente, à essência natural do feminino, portanto exclusividade das mulheres, tanto do ponto de vista biológico como espiritual. Dessa forma, reconhecer esta especificidade é voltar-se para garantir medidas seguras e eficazes que assegurem a saúde reprodutiva e sexual da mulher, evitando assim o elevado nível de morbidade e mortalidade dessa população, sobremaneira, as que se encontram à margem da sociedade (Braga, 2009)

Estudos mostram que a gestação provoca na mulher alterações fisiológicas e psicossociais. Ao perceber que o corpo e a mente recebem estímulos não habituais começa a enfrentar as estranhezas que a gravidez faz na mulher. É muito comum ter sentimentos de ansiedade, de não saber o que é melhor para a criança, de preocupação demasiada, de inexperiência ou inadequação com a situação (Baptista & Dias, 2003).

A gravidez traz para mulher e para as pessoas com que ela mantém vínculos afetivos, mudanças e desafios, podendo provocar alterações psicossociais, a exemplo dos fatores psicológicos, sociais, econômicos e culturais (Cabral, 2001). Naturalmente, a gestação na mulher desenvolve profundas alterações psicológicas, sociais e biológicas. Neste sentido, percebe-se como é importante e necessário dispensar a esta mulher, parceiro e família uma rede de apoio visando ao cuidar integral, através de ofertas de atitudes positivas para evitar o desenvolvimento de pensamentos e sentimentos negativos durante a gestação.

Vivenciar a maternidade traz para a mulher uma carga psicológica intensa, tornando-se ainda mais pesada quando esta descobre ser soropositiva neste período. O impacto ocasionado pelo diagnóstico poderá leva-la a alterações psicossociais envolvidas no diagnóstico de infecção do HIV/Aids durante uma gestação (Gonçalves; Piccinini, 2007).

A possibilidade de infectar o filho afeta os sonhos, projetos de vida e determina um cotidiano imerso na dúvida, ansiedade e medo de transmitir o vírus e todo o desdobramento que este processo ocasiona (Galvão, Cunha & Machado, 2010; Moura, Kimura & Praça, 2006). As falas de Ana e Dida mostram como essas mulheres vivenciam pensamentos dolorosos, de preocupação e medo em torno da ideia de que o filho poderá nascer ou não com HIV.

Aquele peso de você saber a responsabilidade que tem dentro de você, entendeu? [...] De não saber o que vai acontecer até que nasça [...] De não saber como ficará o bebê até que os médicos façam todos os exames. (Ana, 32)

Eu tenho muito medo, medo assim [...] Será que meu filho vai pegar? [...] Fico com medo, com muito medo que ele nasça com essa doença. (Dida, 23)

O Ministério da Saúde (2014) aponta que as gestantes que estão sob os cuidados da equipe de saúde apresentam menor possibilidade de transmissão do vírus para sua prole. Os dados sinalizam que a probabilidade de transmissão vertical cai de 30% para aproximadamente 1%. Não obstante, mesmo que cientificamente seja comprovada que as estratégias da quimioprofilaxia diminuam bastante a chance de infecção do feto, o medo e o temor do filho nascer infectado ainda assombra muitas gestantes.

Segundo Moreno, Rea e Filipe (2006) o leite materno é fundamental para o desenvolvimento saudável dos bebês; todavia, em se tratando de mulheres soropositivas esse conceito se inverte e é concebido algo ameaçador. Desse modo, a recomendação do Ministério da Saúde (2014) é a de que as mães não amamentem seus filhos e não façam doação para os Bancos de Leite Materno, devido à alta possibilidade de transmissão do HIV para outros bebês.

A não amamentação, tão desejada pelas gestantes e símbolo da maternidade foi pontuada por Vanessa e Carla como algo profundamente doloroso e uma das maiores perdas que a soropositividade ocasionou.

A questão da não amamentação me machucou muito [...] Eu passei muitos dias assim, pensando [...] É a coisa mais bonita que a gente pode fazer para o filho[...] E isso eu não vou poder fazer. (Vanessa, 24)

Eu não vou poder amamentar meu filho [...] Sempre quis ter um filho e poder amamentar [...] Fazer tudo normal. (Carla, 28)

Os sentimentos de culpa e revolta expressa pela participante Ana diante do diagnóstico de HIV e a descoberta da gravidez apontam para a existência de ambivalência. Na fala da gestante pode-se observar uma relação de amor e ódio marcado através do desejo de ter a filha saudável e a culpa por estar doente.

Acho que é uma colheita [...] É uma sensação de colher mesmo [...] A sensação é só de revolta por você ter deixado isso acontecer com você [...] A sensação foi pior porque tenho uma vida dentro de mim [...] Quero que ela não colha o que eu estou colhendo [...] Eu deixei isso acontecer, mas minha filha não tem nada a ver com isso [...] Uma sensação de que ninguém é culpado, eu sou a culpada [...] Eu fui negligente e dá aquela revolta com você mesmo de não ter feito nada a tempo. (Ana, 32)

A pesquisa realizada por Carvalho e Piccinini (2006) corrobora com esse achado à medida que as gestantes concebem a criança como um ser “inocente” que não merece sofrer as repercussões da soropositividade para o HIV.

Um dado interessante que também apareceu nas falas das participantes foi que o filho, de forma consciente ou inconsciente, representa para a mulher um dos aspectos primordiais no cenário de tratamento e cuidado. É por meio da experiência de tornar-se mãe que as gestantes encontraram a motivação necessária para iniciar e continuar com a adesão a terapia antirretroviral. É cuidando de si que a mulher percebe uma possibilidade de cuidar da sua prole, evitando assim a transmissão vertical.

Eu penso em me tratar e cuidar do meu filho! (Carla, 28)

Quero muito ter normal, muito, muito mesmo, para ter suporte para cuidar dele [...] Vou tomar todos os meus medicamentos todos os dias e fazer de tudo para ele não ter. (Vanessa, 24)

Vou ter que ter muitos cuidados [...] Agora que o bebê está dentro [...] Depois que tiver o parto eu vou ter que vir a consultas [...] Eu vou ter que ter um cuidado maior, né? (Ana, 32)

Matão, Denismar e Freita (2014) destacam a importância dos filhos, sendo determinante para que as gestantes mantenham a persistência e a esperança. Os autores apontam ainda que o desejo de ser mãe é tido como existente e natural no contexto anterior em que estavam inseridas, ou seja, antes da infecção pelo HIV o desejo de ser mãe sempre existiu. Dessa maneira, o sentido de ter um filho é concebido como essencial para vida da mulher, independentemente da situação sorológica da mesma (Carvalho & Galvão, 2007).

Estigma e preconceito vivenciados pelas gestantes soropositivas

De acordo com Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro (2006), no decorrer da história da Aids, a mesma esteve relacionada a doenças como a hanseníase, a peste, a sífilis e a tuberculose. Entretanto, a melhoria e a eficácia do tratamento por meio da Terapia Antirretroviral (TARV) possibilitou delinear a trajetória da Aids em dois momentos importantes: um que antecede e outro que posterga a introdução desses fármacos (depois da década de 1990) que propiciou o enquadramento da Aids entre as doenças crônicas.

Schaurich, Coelho e Motta (2006) ressaltam a garantia dos resultados promissores devido aos inibidores de protease que são expressivos, contudo o desdobramento desse avanço se defronta com obstáculos. Os principais entraves observados pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com Aids ainda perpassam pela discriminação e preconceito familiar e social.

Goffman (1988), construtor do conceito de estigma, o define como sendo um atributo com significado depreciativo de quem o porta e que a sociedade o utiliza para desqualificar a pessoa, já que o mesmo é entendido como defeito, fraqueza ou desaprovação. Segundo o autor, a pessoa estigmatizada carrega uma identidade marcada e deteriorada e os estigmas de uma pessoa ou grupo acabam levando a reações e comportamentos de repulsa e evitação.

No compartilhar de sua situação sorológica, as gestantes vivenciam discriminação, rejeição, abandono, desamparo e até mesmo exclusão familiar. Em um estudo realizado,

Major e O'Brien (2005) constataram que pessoas que fazem parte de grupos estigmatizados correm maiores riscos referentes à saúde física e psíquica, relacionados aos constantes estresses da vivência com o estigma. Os relatos de Vanessa, Amanda e Ana sinalizam como o preconceito tem um lugar chave diante do fenômeno da Aids.

Eu me sinto perdida, sozinha [...] Eu não tenho com quem conversar sobre o assunto [...] Às vezes a gente precisa desabafar e não tem com quem falar [...] Tenho muito medo da minha família saber que tenho HIV, tenho medo da reação da minha família [...]. É como se fosse um desgosto que eu fosse dar a minha mãe [...] É muito preconceito com essa doença. (Vanessa, 24)

Muita gente tem preconceito [...] Pensam que pega no ar, no respirar [...] Tem muita gente assim. (Amanda, 27)

Eu tenho cuidado para que eles (referindo-se aos amigos e vizinhos) não vejam meus medicamentos [...] Sei que se eles souberem vão se afastar de mim. (Ana, 32)

Alguns autores apontam para a importância da relação entre Aids e as doenças psicoafetivas. Essa consideração se deve ao elevado número de casos de depressão entre pessoas soropositivas, despertando o interesse para a atenção à saúde diante de sofrimentos psíquicos e também para a necessidade de suporte social e tratamento dos casos mais graves (Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2006).

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de HIV/Aids

Diante do impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV, alguns fatores funcionam como amparo emocional para as gestantes soropositivas no processo gestacional como também na adesão ao tratamento antirretroviral. O apoio da equipe de saúde, o suporte familiar e a espiritualidade funcionaram como estratégias de enfrentamento que as participantes utilizaram para se adaptar as situações e circunstâncias estressoras, dolorosas e adversas que a sorologia positiva do HIV impõe.

A “porta de entrada” para que a gestante consiga lidar com as repercussões biopsicossociais que Aids provoca encontra-se intimamente ligada a equipe de saúde - responsável primeira pela notícia do diagnóstico de soropositividade. O acolhimento pelos profissionais de saúde no momento da revelação do diagnóstico de HIV é extremamente relevante. Para além do preparo com as habilidades técnicas, faz-se necessário que a equipe trabalhe junto aos pacientes com suporte, aconselhamento, sensibilidade, ética e cuidado humanizado e integral. Essas características possibilitam que esse momento seja menos doloroso para o indivíduo portador do vírus (Carvalho & Piccinini, 2006; Galvão, Cunha & Machado, 2010).

A arte do cuidar é uma tarefa que requer acolhimento dos profissionais de saúde às gestantes, visando minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, acolher e ajudar a parir e a nascer, assegurando o bem-estar do binômio mãe/bebê. Trata-se, portanto, de um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede integrada de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades, percebidas ou não da gestante, configurando uma assistência humanizada (Brasil, 2003).

Ter conhecimentos sobre o processo de transmissão e o tratamento recomendado faz com que a gestante se sinta mais esperançosa e se conceba como uma gestante “normal”, por lhe possibilitar maior pertença no processo de gestar e prevenir a contaminação do filho. Dessa maneira, a informação é um recurso que potencializa o enfrentamento autônomo da mulher em relação aos sofrimentos e tomado de decisões ao longo da gestação (Coelho & Motta, 2005).

O acolhimento pelos profissionais de saúde no momento da revelação do diagnóstico de HIV é extremamente relevante. Para além do preparo com as habilidades técnicas, faz-se necessário que a equipe trabalhe junto aos pacientes com suporte, aconselhamento, sensibilidade, ética e cuidado humanizado e integral. Essas características possibilitam que

esse momento seja menos doloroso para o indivíduo portador do vírus (Carvalho & Piccinini, 2006; Galvão, Cunha & Machado, 2010).

Os relatos de Amanda, Ana, Vanessa e Carla sinalizam o quanto o apoio da equipe de saúde foi fundamental no momento da revelação do diagnóstico, minimizando o sofrimento, o medo, a angústia e as dúvidas causadas pela notícia da infecção.

Eu me senti acolhida [...] o rapaz que faz o exame foi super gente fina comigo [...] me distraiu e distraiu meu marido também. (Amanda, 27)

Fui bem atendida e me acalmaram, porque eu não sabia de nada [...] não sabia o que podia acontecer com o bebê, nem comigo [...]. Aí eles me acalmaram me atenderam muito bem. (Ana, 32)

A enfermeira me deu o suporte, me deu apoio [...] Em todo momento quando eu vou fazer uma pergunta, além dela perguntar sobre meu filho, ela pergunta sobre mim também [...] Posso dizer tenho um suporte bom. (Vanessa, 24)

Fui muito bem atendida [...] Tive todo suporte, toda atenção [...] Assim... a noticia não é boa, claro [...] Eu não queria receber essa notícia nunca, mas a médica e a enfermeira me deram todo o apoio. (Carla, 28)

O relato das gestantes acerca do acolhimento realizado pelo grupo de trabalho está de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde (2008). A comunicação do diagnóstico pode favorecer a criação de um vínculo saudável entre a gestante e a equipe de saúde, contribuindo para o esclarecimento do que o HIV/Aids representa para a mulher. Não obstante, a notícia quando mal comunicada pode trazer graves prejuízos para o usuário, dificultando inclusive a adesão ao tratamento.

A espiritualidade, por sua vez, tem sido muito estudada em sua relação, importância e significado no processo saúde-doença. Cientistas, médicos, pesquisadores e acadêmicos tentam de forma intensa e frequente relacionar os efeitos da espiritualidade aos efeitos benéficos na vida da pessoa, especialmente, no resgate da saúde.

A espiritualidade está descrita como busca por significado e propósito da vida. Ela permite a integração da pessoa consigo mesma, com os outros, com seu meio, com a fé, promovendo bem-estar. Envolve a busca pelo entendimento da vida e da morte. Trata-se

daquilo que motiva a luta (Basset, Lloyd & Tse, 2008). De acordo com Vasconcelos (2006), seria a arte e o saber de tornar viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência; a busca de sentido, de unidade, de conexão e de transcendência. É algo espontâneo, informal, criativo e universal; significa autêntica experiência interior, liberdade de expressão individual, de busca e mesmo de experimentação religiosa.

A espiritualidade ainda expressa o sentido profundo do que se é e se vive de fato (Valle, 2005). É uma necessidade psicológica constitutiva de todo ser humano e consiste essencialmente em uma busca pessoal de sentido para o próprio existir e agir. Promove também um direcionamento das crenças e reorienta os objetivos da vida das pessoas, mas sem fugir dos questionamentos e compromissos que se impõe, ajudando-as a ter força para se comprometer com eles.

Estudos mostram que no contexto da espiritualidade existe uma ferramenta poderosa que se constitui como enfrentamento na busca de sentido e significado para viver. De acordo com Giovanetti (2005) a busca de sentido interior é o que dará luz à existência humana. Aliada a esta busca de sentido, encontra-se a esperança e a fé. Estes sentimentos muitas vezes perdidos ou adormecidos são ocasionados por situações que ameaçam a vida, tais como os processos de adoecimento. Amanda, Carla e Vanessa explicitam em suas falas como a espiritualidade está presente no contexto da soropositividade.

Eu me apego muito a Deus [...] eu leio muito a bíblia [...] Quando eu tô com alguma dificuldade, o que eu faço é isso. Primeiramente Deus em tudo na minha vida. [...] Tenho esperança e fé que ele me cure, não só a mim como a meu esposo. Dê saúde a minha família! (Amanda, 27)

Eu me apego muito a Deus [...] Tenho muita fé em Deus [...] Peço força a Ele todo dia [...] Para mim é Deus, família e trabalho! (Carla, 28)

Quando eu recaio assim, não dá nem vontade de tomar os remédios [...] Mas aí eu rezo a Deus para ter força por ele (referindo-se ao genitor) e pelo meu filho! (Vanessa, 24)

O acolhimento da família às gestantes soropositivas quando da descoberta do vírus HIV é também parte constituinte das estratégias de enfrentamento destas mulheres. Araújo et.

al (2008), encontrou em sua pesquisa que as gestantes, em geral, compartilham o resultado do teste especialmente com a mãe que, em algumas situações demonstra interesse em ajudar e confortar. Segundo o autor, com o apoio e a presença da família essas mulheres tornam-se mais preparadas para enfrentar as dificuldades. Além disso, a aceitação e a adesão ao tratamento podem ser melhoradas com o suporte familiar.

A família é considerada o contexto natural da coexistência humana, relacionada com o crescimento e o desenvolvimento. De acordo com a perspectiva sistêmica, é ela que provê ao indivíduo um sentimento de pertença, de legitimação e de apoio, funcionando como um organismo multicelular que em si mesmo é uma forma de vida (Minuchin, 1982).

Da minha família só quem sabe é minha mãe. [...] Depois que ela soube que eu sou soropositiva ela está me dando mais apoio [...] A relação mudou para melhor. (Carla, 28)

Na minha casa eles me apoiam [...] O apoio das pessoas, assim, do meu companheiro e do meu filho me faz sentir forte [...] O que me tira desses momentos de tristeza é pensar que eu tenho eles [...] Eles são carinhosos, chegam e me abraçam [...] Então já não me sinto anormal. (Ana, 32)

As falas das gestantes demonstram como a família tem um local especial no cenário de enfrentamento, representando um porto seguro, um local de acalento e de esperança diante do impacto do diagnóstico de HIV. O sistema familiar não é estático e imutável e, dessa maneira, tende a se reorganizar e se adaptar mesmo quando um dos seus membros está adoecido.

A revelação do diagnóstico, no entanto, é temida por algumas gestantes mediante a representação social que elas têm da infecção. O medo da discriminação e do preconceito impede que elas atravessem vários obstáculos. No imaginário social destas gestantes, quebrar o silêncio para a família poderá trazer sentimentos de rejeição. Dessa maneira, algumas das gestantes da pesquisa além de ter que enfrentar o diagnóstico sofrem por falta de suporte familiar. Segundo Vilella, Barbosa, Portela e Olveira (2012), o desamparo e a falta de suporte por parte do companheiro podem contribuir para acentuar o aspecto negativo advindo da

infecção, podendo, inclusive, culminar em uma tentativa de aborto induzido por parte da gestante. A fala de Vanessa exemplifica bem essa situação:

Eu queria um apoio maior dele (referindo-se ao companheiro) [...] Se eu tivesse no primeiro momento o apoio dele [...] Se eu tivesse a força de dizer assim “eu não vou tirar” [...] Eu tomei o cytotec, mas o útero rejeitou [...] Ele (referindo-se ao companheiro) me deu chá de maconha [...] Me deu umas quatro coisas, mas não desceu nada, nem sangrou [...] E eu no desespero, tomando, tomando e tomando [...] Quando a médica fez o toque e ela disse que meu útero estava fechado [...] A cara de desprezo, a cara de raiva que ele fez na hora eu nunca vou esquecer. (Vanessa, 24)

Através deste relato é possível perceber que o temor de ser mãe soropositiva, vinculada ao medo de perder o companheiro culminou nessa primeira ação de tentativa de retirada do filho, por meio de utilização de chás e medicamentos.

Considerações Finais

Pôde-se perceber que as gestantes, ao falarem sobre a contaminação pelo vírus HIV, vivenciam sentimentos de angústia, segredo, dúvidas, mitos e crenças, além do medo de transmitir o vírus para o bebê. Apesar de vivenciarem o recebimento do diagnóstico de uma doença crônica no período gestacional - momento marcado por profundas transformações físicas e psíquicas – as entrevistadas expressaram o desejo de lutar, mesmo sofrendo estigmas e preconceitos por parte da família e da sociedade.

Evidenciou-se que o acolhimento por parte da família, a chegada do filho e a espiritualidade aparecem como importantes estratégias de enfrentamento frente às situações adversas que a condição de soropositividade impõe. Salienta-se que profissionais de saúde precisam ter perspicácia e sensibilidade para atender às muitas demandas geradas após um resultado positivo para o HIV, especialmente quando se trata de gestantes. Torna-se fundamental que a equipe de saúde acompanhe a gestante durante todo o curso da gestação, oferecendo apoio emocional ao longo de todos os processos desencadeados a partir desse resultado. Para tanto se faz necessário que eles sejam capacitados e encontrem espaço na

instituição, uma vez que essa prática requer mais disponibilidade de tempo durante os atendimentos.

Por último, deve-se atentar para as limitações deste estudo, por se tratar de uma metodologia qualitativa e não possibilitar generalizações sobre os resultados. Apesar disso, este estudo aponta reflexões para os profissionais de saúde sobre a magnitude do tema na vida dessas mulheres, uma vez que privilegia um aprofundamento nos conteúdos simbólicos e emocionais.

Referências

Araújo, M. A. L. et. al (2008). Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico de HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.61, n.5, p. 589-594.

Baptista, M. N & Dias, R. R (2003). *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Basset, H; Lloyd, C & Tse, S. Approaching in the right spirit: spirituality and hope in recovery from mental health problems. *Internacional Journal of Therapy and Rehabilitation*. v.15, n.6, p.254-259.

Berg, C. J; Snyder, C. R & Hamilton, N (2008). The effectiveness of a hope intervention in coping with cold pressure pain. *Journal of Health Psychology Minneapolis*. v.13, n.6, p.804-809.

Braga, I. C (2009). Mulheres em idade reprodutiva infectada pelo HIV: contribuições para a prática da enfermagem. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Brasil. *Ministério da Saúde* (2003). Projeto nascer – maternidade. Brasília, Distrito Federal.

Brasil. *Ministério da Saúde* (2008). Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília, Distrito Federal.

Brasil. *Ministério da Saúde* (2014). *Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS*. Brasília, Distrito Federal.

Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2001). Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.34, n.2, p.207-217.

Carvalho, C. M. L., & Galvão, M. T. G. (2007). Enfrentamento da Aids entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. *RevEscEnferm, USP - São Paulo*.

Carvalho, F. T & Piccini, C. A (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*. v.10, n.2, p.345-355.

Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W. & Ribeiro, C. G. (2007). Avaliação de qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estudos de Psicologia, São Paulo, Campinas*, v.24, n.1.

Castro, C. M (2001). Os sentidos da maternidade para as gestantes e puérperas vivendo com HIV. *Dissertação de Mestrado*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Cavaco, V. S. J. et. al. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa. Revisão Sistemática. *Revista Referência*. S.1, v.2, n.12, p.93-103.

Cechim, P. L & Selli, L (2007). Mulheres com HIV/Aids: fragmentos de sua fase oculta. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília.

Coelho, D. F & Motta, M. G. C (2005). A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre.

Faria, E. R.; Piccinini, C. A (2010). Maternidade no contexto de HIV/Aids: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, v.27, n.2, p.147-159.

- Figueiredo, M. A. C (2000). Estudos da representação sobre Aids em pacientes para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomático ou não. *Jornal Brasileiro de Aids*, v.1, n.5,p.22-32.
- Galvão, M. T. G., Cunha, G. H., & Machado, M. M. T (2010). Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Reben*, Brasília.
- Giovanetti, J. P (2005) Existencial e Espiritualidade. In: AmatuZZi, M. (Org.). *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gonçalves, T. B, & Piccinni, C. A. (2007) Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Revista Psicologia*, São Paulo, USP, 2007.
- Major, B & O'Brien, L. T (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review os Psychology*. v.56, p. 393-421.
- Matão, M. E. L., Denismar, B. M., Freita M. (2014). Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermagem*. Goias.
- McClement, S. E; Chichinov, H. M (2008). Hope in advance cancer patients. *European Journal*. s. 1, v.44, p.1169-1174.
- Minayo, M. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8th ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas.
- Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F., Filipe, E.V. (2006). Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife.

Moura, E. L., Kimura, A. F. & Praça, N. S. (2010). Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paul Enferm.* São Paulo.

Paiva, V. (2003). Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da Aids como um processo de emancipação psicossocial. *Saúde para debate.* Rio de Janeiro, n.27, p.58-69.

Schaurich, D., Coelho, D., & Motta, M. G. C. (2006). A cronicidade no processo saúde e doença: repensando a epidemia da Aids após os antirretovirais. *Revista da Faculdade de Enfermagem da UERJ*, v.14, n.3, p.455-462.

Turato, E. G. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.* Petrópolis-RJ: Vozes.

Valle, J. E. K. (2005). Religião e Espiritualidade: um olhar psicológico. In: AmatuZZi, M. (Org.). *Psicologia e Espiritualidade.* São Paulo: Paulus.

Vasconcelos, E. M. (2006). *A espiritualidade no trabalho em Saúde.* São Paulo: Hucitec.

Villela, W. V., Barbosa, R. M., Portela, A. P., & Oliveira, L. A. (2012). Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* São Paulo.

Instruções aos autores da revista brasileira de psicologia hospitalar

A Rev. SBPH tem como objetivo a publicação de trabalhos originais na área de Psicologia, com ênfase para trabalhos que fazem articulação com as áreas específicas da Psicologia Clínica, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, nas diversas abordagens, de modo a valorizar a interface da Psicologia com as demais Ciências Humanas, Médicas e Sociais.

A revista busca apresentar à comunidade científica textos que reflitam contribuição significativa para a área, inclusive valorizando o aspecto interdisciplinar, e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

São aceitos trabalhos que se enquadram nas seguintes categorias: relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura, relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas. Notícias também podem ser publicadas, a critério do Editor.

Passos para submissão

A submissão eletrônica de trabalhos segue dois passos: e-mail de encaminhamento e apresentação formal, descritos a seguir no Passo 1. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do trabalho e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica utilizando seu nome de usuário e senha. O processo editorial somente terá início com o cadastramento de TODOS os autores no sítio da Revista, com seus respectivos e-mails.

Passo 1: O(a) autor(a) principal envia um e-mail de encaminhamento ao Editor-Chefe (rev.sbph@gmail.com), com cópia para todos os autores:

a) Manifestando seu interesse de submissão do trabalho e apreciação do mesmo pela Comissão Editorial da Rev. SBPH, indicando a categoria à qual o trabalho pertence (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura científica, relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica ou notícia);

b) Autorizando o início do processo editorial de seu trabalho, responsabilizando-se pelos aspectos éticos, atestando que o trabalho não fere as normas éticas da profissão;

c) Responsabilizando-se por sua autoria e declarando que todos os autores mencionados participaram do trabalho;

d) Declarando que o trabalho não está tramitando em outro periódico ou em qualquer outro tipo de publicação;

e) Cedendo seus direitos autorais à Rev. SBPH, em caso de publicação.

Esse e-mail substitui a folha de rosto identificada, portanto, deve informar também:

f) título do trabalho em português e em inglês (máximo de 15 palavras);

g) nome e afiliação institucional (nome da instituição por extenso) de cada um dos autores;

h) nomes dos autores como devem aparecer em citações;

i) informação sobre apoio institucional (se houver)

j) informação sobre apoio financeiro (se houver)

k) endereço de correspondência do(a) autor(a) principal com o(a) qual o Editor-Chefe poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);

l) observações, se necessário.

TODOS os autores devem dar ciência à editora-chefe, em resposta ao e-mail do(a) autor(a) principal, de sua concordância com a submissão do trabalho.

Neste e-mail, o(a) autor(a) principal não deve enviar o trabalho como anexo. O trabalho deve ser submetido apenas eletronicamente (conforme Passo 2, descrito abaixo).

Passo 2: Apresentação formal do trabalho. Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do(a) autor(a) no site da revista (<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>). No caso dos autores de relatos de pesquisa, deve ser anexada uma cópia da aprovação do projeto correspondente por um Comitê de Ética em Pesquisa, quando pertinente. Como a revisão dos trabalhos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores verificarem que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer parte do trabalho, inclusive nas propriedades do arquivo. O e-mail com os dados dos autores não será encaminhado aos consultores ad hoc.

Preparação do trabalho

O trabalho submetido a este periódico não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar.

1) Normas de Publicação

Todas as submissões de trabalhos devem seguir as Normas de Publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do trabalho e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. Quando pertinente, a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhada na ocasião da submissão do trabalho, para que se possa dar início ao processo editorial. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês.

Para um guia rápido em português, consulte Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA. Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide (for the 5th edition of the APA Manual).

2) Formatação

a) Arquivo e número de página

Os trabalhos devem estar em formato doc e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1 e incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto) indicado para cada tipo de trabalho aceito, a saber:

- relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura: 15 a 25 páginas.

- Relatos de experiência profissional: 10 a 15 páginas.

- Carta ao editor, nota técnica e resenhas: 3 a 10 páginas.

b) papel: tamanho A4 (21 x 29,7 cm).

c) fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

d) margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

e) espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o trabalho, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

f) alinhamento: esquerda

g) recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

h) Numeração das páginas: no canto direito superior

i) Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página.

j) endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

k) Ordem dos elementos do trabalho: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

3) Elementos do trabalho

a) Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.

b) Resumos em português e inglês: Parágrafo com no máximo 200 palavras (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura) ou 150 palavras (relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas), com o título e o resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e

separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas da Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia. O resumo em inglês (abstract) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Rev. SBPH tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave).

c) Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em *itálico* e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados).

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje grifar. Não utilize *itálico* (menos onde é requerido pelas normas de publicação), **negrito**, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

•Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Magtaz e Berlinck (2012) referem-se à temática da oralidade na melancolia (...)

A questão da oralidade na melancolia (Magtaz & Berlinck, 2012) (...)

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

Sobre a avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora e Sá (2013) apontam (...)

Este assunto foi descrito em outro artigo (Santos et al., 2003) (...)

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de Referências Bibliográficas todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

•Citações de obras antigas e reeditadas

Segundo Foucault (1980/2011) (...)

A respeito da história das práticas institucionais (Foucault, 1980/2011) (...)

Na seção de referências, citar

Foucault, M. (2011). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense.
(Trabalho original publicado em 1980)

- Citações diretas

Citações diretas com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citação com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

d) Referências Bibliográficas

Inicie uma nova página para a seção de Referências Bibliográficas, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA (veja alguns exemplos

abaixo). Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a), utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos de referências:

- Artigo de revista científica

Rosa, M. D. (2013) Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 41, 29-40.

- Artigo de revista científica paginada por fascículo

Proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.

- Artigo de revista científica editada apenas em formato eletrônico

Maia, M. V. M., & Pinheiro, N. N. B. (2008, maio) Um mundo arcaico de vastas emoções e pensamentos imperfeitos: reflexões sobre sonhos e atos agressivos na adolescência. Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line, 5(1). Recuperado em 12 de novembro, 2013, de www.fundamentalpsychopathology.org

- Livros

Moretto, M. L. (2001). O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Capítulo de livro

Albert, S. (2006). A estrutura e as redes em psicanálise. In S. Albert & A. C. Figueiredo (Orgs.), Psicanálise e saúde mental: uma aposta (PP. 83-100). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Obra antiga reeditada em data posterior

Nietzsche, F. W. (2006). Introdução à tragédia de Sófocles. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1870)

- Trabalhos inseridos em coletânea de obras de um autor

Freud, S. (1969a). Além do princípio de prazer. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., V.18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1969b). O ego e o id. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., V.19, pp. 15-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

- Autoria institucional

Ministério da Saúde (2012). Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília, DF: Editora MS.

- Trabalho publicado em anais, resumos, e outras publicações de eventos

Dunker, C. I. L. (2006) Elementos para uma Metapsicologia do Corpo. Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental: Belém, PA. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

- Teses ou dissertações

Nogueira, L. C. (1972). Contribuição ao estudo do inconsciente freudiano. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Documentos legislativos

Lei n. 10.216 (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

- e) Anexos

Devem ser evitados sempre que possível, e acrescentados somente se contiverem informações consideradas indispensáveis, como testes não publicados ou descrição de equipamentos ou materiais complexos. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

f) Notas de rodapé

Devem ser evitados sempre que possível, no entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas de Rodapé) aparece centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

g) Tabelas

Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

h) Figuras

Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à

figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivo ao qual se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA (2001, 5ª edição) não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

ATENÇÃO: Todo o processo editorial da Rev. SBPH é feito eletronicamente no site <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelo Editor-chefe.

Processo de avaliação do trabalho

Os manuscritos recebidos eletronicamente em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/> que estiverem de acordo com as normas da revista e que forem considerados como potencialmente publicáveis por Rev. SBPH serão encaminhados pelo Editor-chefe para a Comissão Editorial, que fará o encaminhamento para o Conselho Editorial ou para os avaliadores ad hoc.

Os avaliadores ad hoc poderão recomendar à editora-chefe a aceitação sem modificações, aceitação condicional a modificações recomendadas ou a rejeição do manuscrito, com as devidas justificativas. A identidade dos avaliadores não será informada aos autores dos manuscritos. Os autores terão acesso às cópias dos pareceres dos avaliadores ad hoc, que conterão as justificativas para a decisão do avaliador. O texto encaminhado aos avaliadores não terá identificação da autoria.

Versões reformuladas serão apreciadas pelo Comissão Editorial e pelo Conselho Editorial, que podem solicitar tantas mudanças quantas forem necessárias para a aceitação final do texto. A decisão final sobre a publicação de um manuscrito será sempre do Editor-Chefe. A identidade dos autores poderá ser informada ao Comissão Editorial.

O Comissão Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar seu processo de publicação. Casos específicos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

Os autores poderão acompanhar todas as etapas do processo editorial via internet.

No último número de cada ano da revista serão publicados os nomes dos avaliadores ad hoc que realizaram a seleção dos artigos daquele ano, sem especificar quais textos foram analisados individualmente.

Antes de enviar os manuscritos para publicação eletrônica, a Editora-Chefe enviará uma prova para a revisão dos autores. Esta revisão deverá ser feita em cinco dias úteis e devolvida à revista. Caso os autores não devolvam indicando correções, o manuscrito será publicado conforme a prova.

Formulário de autoria e responsabilidade

Título do Artigo: XXXXXXXXXXXXX

Nome Completo dos Autores e E-mails:

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

Os autores do presente trabalho asseguram que:

a. Todos os autores mencionados acima participaram do trabalho de maneira a poder responsabilizar-se publicamente por ele.

b. Todos os autores revisaram a forma final do trabalho e o aprovaram, liberando-o para a publicação nesta Revista

c. Nem este trabalho, nem outro substancialmente semelhante em conteúdo, já foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, sob nossa autoria e conhecimento.

d. Este trabalho está sendo submetido à aprovação do Conselho editorial da Revista da SBPH com o conhecimento e a aprovação da instituição e/ou organização de filiação dos autores.

Local e Data

Assinaturas dos autores, na mesma ordem em que constam acima.

Nome completo

Nome completo

Nome completo